



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **Marie Marvingt 2022-2023**

Date du Jury : **Octobre 2023**

La réforme du financement de la psychiatrie : une opportunité pour redéfinir l'offre ambulatoire ?

Mouna SEUROT

R e m e r c i e m e n t s

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers les personnes qui ont contribué de manière significative à la réalisation de ce mémoire, qui marque la fin de mon parcours en tant qu'élève directrice d'hôpital.

À ma maître de stage, Mme Brigitte Bouland, directrice de site du CH Ravenel, que je souhaite remercier chaleureusement pour le temps accordé, sa pédagogie et sa bienveillance qui m'ont accompagnée tout au long de mon stage.

À l'équipe de direction du CPN Laxou et du CH Ravenel à qui je tiens à exprimer ma reconnaissance pour la confiance accordée et les opportunités des missions offertes. C'est dans ce cadre que j'ai pu conduire de nombreux dossiers dont le projet sur le développement des dispositifs ambulatoires.

À mon encadrante de mémoire, Mme Céline Lagrais, directrice de l'EPSM de la Sarthe, pour ses conseils et commentaires précieux ont été essentiels pour structurer et améliorer mon travail.

Aux participants aux questionnaires et aux entretiens pour leurs réponses qui ont enrichi mon mémoire et ont permis d'apporter des perspectives précieuses à mon travail.

Sommaire

INTRODUCTION	2
METHODOLOGIE	6
1 L'AMBITION DE LA RÉFORME : RENOUELER LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS, NOTAMMENT VERS L'AMBULATOIRE	10
1.1 LES ETABLISSEMENTS SONT APPELES A RENDRE COMPTE DE LEURS ACTIVITES POUR ADAPTER LEURS OFFRES AUX BESOINS DE LEURS TERRITOIRES	10
1.1.1 <i>Faire de la réforme du financement un levier de réduction des inégalités territoriales</i>	10
1.1.2 <i>Faire de la réforme du financement un instrument visant à objectiver et valoriser l'activité des établissements</i>	13
1.2 LES ETABLISSEMENTS SONT INVITES A DIVERSIFIER LES MODES DE PRISE EN CHARGE POUR SORTIR D'UN PARCOURS DE SOINS CENTRE SUR L'HOSPITALISATION COMPLETE	16
1.2.1 <i>Les différents rapports nationaux et les orientations régionales participent à inciter les établissements à améliorer la performance des structures ambulatoires</i>	17
1.2.2 <i>La réforme du financement transpose ces incitations dans la pondération des recettes du compartiment « File active »</i>	22
2 UNE MISE EN ŒUVRE LAISSÉE A LA DISCRÉTION DES ÉTABLISSEMENTS QUANT À LA REDÉFINITION DE L'OFFRE AMBULATOIRE	29
2.1 L'APPROPRIATION DE NOUVEAUX OUTILS MEDICO-ADMINISTRATIFS POUVANT PARTICIPER A UNE GESTION RENFORCEE DES STRUCTURES AMBULATOIRES.....	29
2.1.1 <i>Des réorganisations internes à l'établissement, comparables à la mise en place de la T2A ?</i> ..	30
2.1.2 <i>Vers une mise en place progressive de nouveaux indicateurs de performance au sein des structures ambulatoires</i>	37
2.2 DES REFLEXIONS STRATEGIQUES ORIENTEES SUR L'ÉVOLUTION DE L'OFFRE AMBULATOIRE POUVANT ÊTRE MENEES : L'EXEMPLE DU CH RAVENEL.....	40
2.2.1 <i>Améliorer la proposition de l'offre ambulatoire</i>	41
2.2.2 <i>Du virage ambulatoire au virage inclusif ?</i>	44
3 LES OBSTACLES À SURMONTER PENDANT LA PÉRIODE TRANSITOIRE D'APPLICATION DE LA REFORME (2023-2025)	47
3.1 DES FREINS A LEVER POUR PERMETTRE LE DEPLOIEMENT D'UNE DEMARCHE D'OPTIMISATION DE L'OFFRE AMBULATOIRE	48
3.1.1 <i>Les obstacles liés à la difficile appropriation de l'application de la réforme par les établissements</i>	48
3.1.2 <i>Les obstacles liés à une culture peu prononcée des établissements psychiatriques pour la performance</i>	50
3.2 DES LEVIERS A ACTIONNER POUR ACCOMPAGNER L'APPROPRIATION DURABLE PAR LES ACTEURS DES OPPORTUNITES DE LA REFORME	53

3.2.1	<i>La période transitoire de sécurisation des financements historiques : un temps consacré à l'appropriation des enjeux de la réforme.....</i>	53
3.2.2	<i>Une conduite du changement à mener pour accompagner la mise en œuvre des effets de la réforme.....</i>	54
	CONCLUSION	57
	BIBLIOGRAPHIE	59
	LISTE DES ANNEXES	62

Liste des sigles utilisés

CH : Centre hospitalier
HDJ : Hôpital de jour
CMP : Centre médico-psychologique
CATTP : Centre d'activités thérapeutique à temps partiel
DAF : Dotation annuelle de financement
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
T2A : Tarification à l'activité
CRC : Chambre régionale des comptes
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
ARS : Agence régionale de santé
OQN : Objectifs nationaux quantifiés
DFA : Dotation file active
IFAQ : Incitation financière à la qualité
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DIM : Département de l'information médicale
CCAR : Comité consultative d'allocation des ressources
UMD : Unité pour malades difficiles
UHSA : Unité d'hospitalisation spécialement aménagée
FIOP : Fonds d'innovation organisationnel en psychiatrie
PRISM : Plan régional d'investissement santé mentale
RIM-P : Recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie
GHS : Groupe homogène de séjour
DG : Dotation globale
ADESM : Association des établissements du service public de santé mentale
HC : Hospitalisation complète
ANAP : Agence national d'appui à la performance
DMH : Durée moyenne d'hospitalisation
DMS : Durée moyenne de séjour
TNJP : Tarif national journalier de prestation
TM : Ticket modérateur
RPS : Résumé par séquence
RAA : Résumé d'activité ambulatoire
VAP : Valorisation de l'activité psychiatrique
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
RTC : Retraitement comptable
CREA : Compte de résultat analytique
CRP : Compte de résultat principal
EdC : Étude des coûts en psychiatrie
ENCC : Étude nationale comparative des coûts
GHM : Groupe homogène de malades
TIM : Traitement de l'information médicale
TCCM : Tableau coûts case-mix
CCAM : Classification commune des actes médicaux
NGAP : Nomenclature générale des actes professionnels
CME : Commission médicale d'établissement
FHF : Fédération hospitalière de France

Introduction

Après la dénonciation de l'asile comme « institution totale » (Ervin Goffman) au XXème siècle, la mission de l'hôpital psychiatrique s'est centrée sur les soins aigus avec une réduction du nombre de lits dans la plupart des pays industrialisés. Cette évolution des soins psychiatriques a eu pour conséquence une charge accrue sur les soins ambulatoires, ainsi qu'une augmentation des besoins d'accompagnement lors des sorties de l'hôpital. Les soins hospitaliers sont devenus plus intensifs et plus spécialisés, réservés à des situations de crise, augmentant ainsi la densité de soins sur une période plus limitée dans le temps. Des modèles de soins permettant de s'adapter à un raccourcissement des séjours ont été développés, mettant l'accent à la fois sur la place de l'hospitalisation « au service des soins ambulatoires », et sur des méthodes qui limitent la « régression » et favorisent une action rapide des traitements.

La publication de la circulaire du 15 mars 1960 paracheva cette dynamique en instituant une nouvelle politique d'intervention et d'organisation des soins en santé mentale : la politique de secteur. La circulaire déplaçait de ce fait le mode d'intervention de l'hôpital vers le territoire, au plus près des familles des malades internés. À terme, le secteur devait également entraîner une diminution générale de la durée d'hospitalisation et favoriser la réinsertion sociale des malades « chroniques ». Ce sera chose faite au milieu des années 1970, période durant laquelle le secteur connut un sensible développement avec la création de nombreuses structures extra-hospitalières (structures d'hospitalisation partielle (Hôpital de jour [HD], etc.) et de consultations (centre médico-psychologiques [CMP], centre d'accueil thérapeutique à temps partiel [CATTP], etc.).

Afin de favoriser le développement du « virage ambulatoire » déjà amorcé, les autorités publiques mirent en œuvre un système de financement très avantageux. L'État remboursait à hauteur de 87% des coûts les actions décidées par les conseils généraux. Le département assurait dans son intégralité le reste des dépenses. En ce sens, si un conseil général souhaitait créer une nouvelle structure d'accueil pour les malades, l'achat du terrain, les frais de construction et d'aménagement, ainsi que les ceux de prise en charge des malades étaient majoritairement assurés par l'État. Ce dispositif de financement croisé rencontra un véritable succès auprès des psychiatres et des équipes soignantes, qui purent aisément créer de nouveaux centres et dispensaires.

Toutefois, le déficit budgétaire provoqué par les crises pétrolières de 1973 et 1979 et l'inflation élevée des années 1980 contraignirent les autorités publiques à imposer une maîtrise rigoureuse des dépenses. Dans le cadre de l'hospitalisation psychiatrique, cela se traduisit par une série de réformes visant tant la réduction des dépenses d'hospitalisation que le développement du secteur et de la prise en charge extra-hospitalière.

La mise en place de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF), qui remplaça dès 1983 le système des prix des journées participait à la limitation des dépenses en santé. En effet, chaque année, un arrêté des ministères des finances et de la santé fixait une dotation annuelle pour toutes les régions. Il incombait aux agences régionales de santé (ARS) de répartir ce financement selon les activités des structures intra et extra-hospitalières. Aussi, contrairement aux établissements MCO (Médecine, Chirurgie et Obstétrique), la grande majorité des structures psychiatriques ne sont pas financées par une tarification à l'activité (T2A), mais par une enveloppe de fonctionnement définie par le ministère de tutelle.

Or, l'augmentation continue depuis dix ans de la file active en psychiatrie générale, la croissance soutenue du nombre de personnes ayant fréquenté au moins une fois une structure psychiatrique au cours de l'année, et donc des dépenses, n'a pas engendré une augmentation conséquente de la DAF.

La Cour des comptes, suite à la volonté de procéder à une « *transformation* » de l'offre, inscrite dans la loi du 26 janvier 2016 de « *modernisation de notre système de santé* » a rendu un rapport portant sur : « *les parcours dans l'organisation des soins psychiatriques* » (2021). Ce rapport met en évidence une perte d'efficacité « systémique » des soins psychiatriques liée à un cloisonnement entre les acteurs du privé et du public, à une différence de dotation entre territoire et à une absence de gradation de soins organisée du secteur ambulatoire. Sur ce dernier point, il est vrai que la rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), *Les centres médico-psychologiques et leur place dans le parcours patient* » (2019) faisait déjà état d'un manque de lisibilité de l'offre ambulatoire psychiatrique sur le territoire malgré une demande croissante de prise en charge.

Le rapport de la Cour de comptes mettant en évidence la sous-utilisation par les tutelles d'outils permettant de réguler l'offre de soins en santé mentale achèvera de

convaincre le législateur de se saisir de l'outil le plus incitatif à sa disposition : la régulation par le tarif.

Vieille idée neuve, la réforme du financement de la psychiatrie, comme pour la mise en place de la T2A en 2004 dans le secteur MCO, vise à répondre aux nouveaux enjeux de l'offre de soins.

Le contenu de la réforme s'attache à la fois à réduire les inégalités de moyens entre régions et territoires et donc l'inégalité d'accès aux soins sur le territoire, à assurer davantage de souplesse dans l'allocation des moyens et donc de permettre une évolution de l'offre plus dynamique, et, enfin, à garantir une prise en considération suffisante de la nécessité d'une diversification des modes de prise en charge adaptée aux territoires et aux publics pour sortir d'une prise en charge centrée sur l'hospitalisation.

Ces mesures, qui sont tracées selon la feuille de route de « Ma santé 2022 », si elles se focalisent sur le parcours des patients, se donnent néanmoins pour objectif de « préserver » le budget de la psychiatrie et même d'optimiser les coûts de l'offre de soins. Dans sa rédaction issue du décret n° 2021-1255 fixant les nouvelles modalités de financement des activités de soins en psychiatrie, la réforme établit un financement mixte de la psychiatrie publique et privée, combinant principalement une dotation, pondérée selon des critères populationnels (dotation populationnelle) et une rémunération à l'activité (dotation à la file active).

Dans cette réforme, d'aucuns y verront le triomphe de « l'hôpital entreprise » consacré par l'application à la psychiatrie d'une sorte de tarification à l'activité dictée par un discours de la performance qui s'oppose fondamentalement aux valeurs historiques de l'assistance publique.

En réalité, la combinaison de ces deux conceptions est pourtant bien moins antinomique qu'elle n'y paraît. Paradoxalement, le principal écueil du paiement forfaitaire (Coase, 1937) comme la DAF en psychiatrie est l'incitation pour les établissements à réduire l'offre de soins lorsque la dotation ne couvre pas toutes les dépenses induite par la prise en charge. Par exemple, la carence du personnel médical en psychiatrie ne se traduit pas par un recours accru à de l'intérim médical comme en MCO, mais bien par une réelle perte de chance de suivi de soins pour la patient. Tandis qu'une des conséquences de la T2A en incitant à augmenter l'activité entraîne un effet volumétrique qui se révèle positif lorsqu'il s'agit de réduire les délais d'attente (Cour des comptes, 2023) et donc d'améliorer

la qualité de la prise en charge. Par ailleurs, une incitation tarifaire par l'activité constitue un outil supplémentaire aux mains des planificateurs de l'offre de soins (en complément des autorisations sanitaires) d'adapter l'offre aux besoins du territoire.

Parallèlement, la réforme du financement de la psychiatrie a été aussi l'occasion d'harmoniser les tarifications entre le secteur privé et le secteur public. Précédemment, ces deux secteurs ne bénéficiaient pas des mêmes modalités de financement. Les structures privées à but lucratif facturaient des « forfaits de prestations » et des « actes » sur la base de tarifs historiques, directement auprès de l'assurance maladie. Ces tarifs dépendaient alors de variables géographiques et étaient négociés par les structures auprès des agences régionales de santé (ARS). Le volet forfaits de prestations était encadré par des « objectifs quantifiés nationaux » (OQN) visant à assurer une régulation des financements par rapport à un volume d'activité défini par la tutelle. Ces structures, qui continuent à être appelées « ex-OQN » par néologisme, bénéficiaient donc déjà d'une modalité de financement basée sur un volume d'activité et des tarifs régionaux. Les actes, quant à eux, permettaient de rémunérer les professionnels libéraux.

C'est donc un objectif de conciliation et de convergence de ces différents enjeux qui semble avoir guidé la réforme du financement de la psychiatrie, pour tenter de dépasser les limites bien connues d'une tarification purement forfaitaire. Nouveau modèle de financement, voulant davantage répondre aux besoins de la population tout en incitant les établissements à optimiser leurs coûts et à développer les prises en charge, notamment vers l'ambulatoire, la réforme du financement de la psychiatrie suscite naturellement son lot d'attente, d'espoirs, de réserves et de doutes dans les établissements de santé. Comme toute réforme structurelle, elle prendra la place que les organisations et les acteurs qui les font vivre voudront bien lui donner, et c'est la mesure concrète de son utilité et de son efficacité par les différentes parties prenantes qui permettront son adaptation.

Au Centre Hospitalier Ravenel, la mise en place de la réforme du financement et la mise en œuvre d'un des axes de son projet d'établissement sur le volet « évolution des dispositifs ambulatoires » ont été menées simultanément en 2022. Ces démarches ont suscité un certain nombre de réflexion des dirigeants et du corps médical. Parmi celles-ci, l'une des interrogations les plus nourrissantes réside dans la réalité et la portée de la redéfinition de l'offre de soins, notamment ambulatoire, conférée à la réforme.

La présente étude s’attachera donc à examiner dans quelle mesure la réforme du financement de la psychiatrie constitue une opportunité pour les établissements de santé de redéfinir leur offre ambulatoire. De manière plus concrète, cette étude aspirera à identifier les leviers organisationnels à la disposition des établissements afin de tirer au mieux profit de la réforme du financement.

Il s’agira d’abord d’examiner les déterminants et les attentes principales placées dans le nouveau dispositif de financement par les autorités de tutelle (1). Il conviendra ensuite d’identifier les leviers à la disposition des établissements qui, dans le cadre de la réforme, souhaitent optimiser leurs offres ambulatoire (2) ainsi que les obstacles à surmonter durant la période transitoire de mise en œuvre de la réforme (3).

Méthodologie

Le choix du sujet

Durant mon stage de direction, l’une de mes principales missions était de travailler sur un cahier des charges permettant de mettre en place une des fiches du projet d’établissement du CH Ravenel qui faisait suite au rapport de l’IGAS sur « les centres médico-psychologiques et leur place dans le parcours patient » (2019).

Ce rapport mettait en évidence des dysfonctionnements de l’offre ambulatoire. D’abord, le rapport faisait état d’un morcellement de l’offre ambulatoire sur le territoire qui ne reflétait pas des choix voulus en matière d’organisation de soins mais qui obéissait plutôt à des logiques exogènes avec lesquelles les acteurs ont dû composer. Ensuite, le rapport pointait une différence significative de qualité de prise en charge ambulatoire (délai d’accès à un premier rendez-vous, polyvalence des soins dispensés, etc.) d’un département à un autre mais aussi d’une structure à une autre au sein d’un même département. Fort de ces constats, le rapport insistait sur la nécessité d’organiser les interventions de prise en charge en ambulatoire et le renforcement du pilotage et de la gestion de ces structures. Cela impliquait notamment d’améliorer la lisibilité et la visibilité de ces structures.

Le CH Ravenel partageait le même constat que l’IGAS sur l’organisation de ses structures ambulatoires. Plus encore, l’établissement déplorait une grande disparité de prise en charge d’une structure ambulatoire à une autre (indication vers une structure ou une autre dépendant des médecins, infirmier ou médecin en premier recours, etc.) ainsi qu’une

absence de pilotage de ces structures (activité, peu d'indicateurs de performance, horaires fluctuants, etc.).

Dans ce contexte, le projet d'établissement 2021-2025 du CH Ravenel, en son axe II « Penser des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre de soins en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité », prévoyait la mise en œuvre de la fiche n° 2-1 : « évolution des dispositifs ambulatoires » dont les objectifs étaient de :

- renforcer la clarté et la lisibilité des structures et des dispositifs de soins existants, ainsi que leur mission respective ;
- faciliter l'accès aux structures ambulatoires en aménageant les amplitudes horaires ;
- développer la mise en place de plages d'accueil non programmé de consultation infirmière.

Dans le cadre de ma mission, il a fallu dans un premier temps réaliser une cartographie de l'organisation actuelle des dispositifs extra-hospitaliers (temps partiel et ambulatoire) du CH Ravenel. Ce travail d'audit était indispensable pour disposer d'informations suffisamment exhaustives sur l'organisation et le fonctionnement de ces structures pour établir un plan d'actions permettant de faire évoluer l'offre ambulatoire conformément au projet d'établissement. Ce travail ayant eu lieu pendant la réforme du financement de la psychiatrie, qui porte une attention particulière au développement de l'offre ambulatoire, il me paraissait indispensable de mettre en rapport les implications de la dotation de la file active avec ma mission. Autrement dit, il m'a paru nécessaire de mener des réflexions autour de l'optimisation financière des structures ambulatoires du CH Ravenel pouvant impliquer une redéfinition de l'offre sur le territoire.

L'ambition du mémoire, derrière cette mission, est donc d'analyser les éventuels effets de la réforme du financement sur le comportement des décideurs publics dans le pilotage et l'organisation de l'offre de soins dont ils sont les garants. En effet, par analogie, la mise en place de la T2A dans le secteur MCO a permis de faire évoluer le système de soins de façon considérable en incitant les établissements de santé à développer leurs activités et leur offre de soins. Elle a fortement encouragé le développement dynamique des hôpitaux, tout en les incitant à entrer dans un raisonnement médico-économique, favorisant la responsabilisation des acteurs sur la qualité et la gestion des moyens. Même si la T2A connaît de nombreuses limites et que la réforme du financement de la psychiatrie par son

approche en financement mixte ne s'inscrit pas complètement dans cette dynamique, l'épaisseur de ce sujet est également liée à la disposition des décideurs publics d'accueillir cette réforme et d'en tirer profit dans leurs organisations.

Le traitement du sujet sera donc, pour partie, prospectif puisqu'il se basera essentiellement sur des témoignages des autorités centrales, des tutelles et des chefs d'établissement sur leur appréhension de la réforme dans la redéfinition de l'offre de soins à venir.

Le recueil des données

Pour mener à bien cette étude, la méthodologie repose non seulement sur une revue de la littérature concernant le thème du mémoire (rapports, articles, ouvrages) mais surtout sur la collecte de données à partir de deux sources différentes. D'une part, une enquête sur mon terrain de stage qui, dans le cadre de ma mission de stage, m'a permis de cerner les contours de l'organisation extra-hospitalière et les attentes des professionnels sur les enjeux de la réforme du financement. D'autre part, une enquête externe permettant de mieux comprendre les objectifs de la réforme et ses potentiels effets ainsi que son accueil par les établissements concernés.

Enquête sur le terrain de stage :

Questionnaire de recueil d'informations sur l'organisation des structures ambulatoires auprès des chefs de pôle et des cadres supérieurs de santé :

Ce questionnaire porte sur l'organisation des structures (effectifs du personnel, missions spécifiques, etc.), le fonctionnement des structures (horaires de fonctionnement, les délais pour obtenir un premier rendez-vous, la structure d'adressage des patients et les circuits d'information internes, etc.).

Entretiens :

- Auprès du médecin du Département d'Information Médicale (DIM) concernant les données sur l'activité des structures ambulatoires (nombre de consultations, les types de pathologies prises en charge et indicateurs de performance liés à l'activité des services).

- Après du service des finances concernant les ressources financières allouées aux structures ambulatoires, les dépenses associées et les éventuelles contraintes budgétaires.

Enquête auprès de sources externes :

Questionnaire en ligne (*Googleforms*) de recueil d'information sur l'appréhension de la réforme et les effets anticipés et attendus auprès des directions des établissements en santé mentale (*les réponses apportées par le questionnaire alimenteront la partie 2 et 3 du mémoire – Trame du questionnaire en annexe 1*) :

Sur les 70 établissements en santé mentale interrogés, 27% ont apportés des réponses au questionnaire ce qui a permis d'exploiter les réponses recueillies. Les questions étaient tantôt ouvertes (entrée d'expression libre) tantôt fermées (réponse oui/non).

Les questions portaient sur les thèmes suivants : les caractéristiques de l'établissement du répondant, le contexte de la réforme (enjeux, perception de ces enjeux par la communauté médicale, etc.), la dotation à la file active (poids, implication, caractère progressif en ambulatoire, etc.), les autres compartiments de financements (transformation de l'offre, activités nouvelles, activités spécifiques), le déploiement progressif de la réforme (période de transition, réflexions sur l'évolution de l'offre ambulatoire, réorganisation interne), les potentiels conséquences de la réforme sur l'offre ambulatoire (rapport IGAS sur les structures ambulatoires, réflexions, etc.).

Entretiens (*les réponses apportées alimenteront les développements tout au long du mémoire – Trame des entretiens en annexe 2*) :

- Auprès de l'inspecteur général des affaires sociales, rédacteur du rapport « *Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient* » par téléphone, d'une durée de 1h30.
- Auprès de la cheffe de projet réforme du financement – Sous-direction de l'offre de soins – Direction générale de l'offre de soins par visio d'une durée de 1h
- Auprès de la chargée de performance hospitalière – Direction performance hospitalière - ARS Grand Est par visio d'une durée de 1h
- Auprès du chef de projet en santé mentale – Direction de l'offre sanitaire – ARS Grand Est par questionnaire transmis par mail

1 L'AMBITION DE LA RÉFORME : RENOUVELER LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS, NOTAMMENT VERS L'AMBULATOIRE

1.1 Les établissements sont appelés à rendre compte de leurs activités pour adapter leurs offres aux besoins de leurs territoires

Les modalités actuelles de financement peuvent être un frein au développement de prises en charge de qualité ou d'activités nouvelles, alors même que la santé mentale représente un enjeu majeur du système de santé avec 2 millions de personnes concernées en 2020 par les pathologies psychiatriques selon les chiffres de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique (DREES, 2022).

La feuille de route « Ma santé 2022 » propose d'instaurer un financement cohérent pour l'ensemble des établissements. Ainsi, la psychiatrie bénéficiera à compter de 2023 d'un mode de financement combiné qui associera plusieurs modalités d'attribution : la dotation populationnelle (78% du financement), la dotation file active (DFA, 15% du financement), la dotation activités spécifiques (3% du financement), la dotation activités nouvelles (1% du financement), la dotation transformation (1% du financement), la dotation structuration de la recherche (0,1% du financement), une dotation qualité IFAQ et qualité du codage (2% du financement).

La plupart de ces modalités de financement (dotation populationnelle, activités spécifiques, activités nouvelles, transformation, structuration de la recherche) ont vocation à réduire les inégalités territoriales et notamment les inégalités de ressources entre établissements (1.1.1). D'autres (DFA, IFAQ et qualité du codage) constituent, par ailleurs, un instrument permettant d'objectiver l'activité des établissements en santé mentale, jusque-là peu sujets à des remontées d'activités (1.1.2).

1.1.1 Faire de la réforme du financement un levier de réduction des inégalités territoriales

L'un des principaux objectifs de la réforme est de réduire les inégalités régionales de prise en charge et de donner aux acteurs territoriaux les leviers financiers nécessaires à la transformation de l'offre, en réponse à des besoins et des pratiques en évolution constante.

En effet, les données, produites chaque année par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) dans son rapport annuel sur l'activité hospitalière révèlent une très forte disparité des ressources allouées entre régions mais également entre établissements d'une même région. Ainsi, par exemple, si en 2014, le ratio moyen par habitant s'élevait à 131,58 € sur le territoire national, la région du Languedoc-Roussillon, disposait de moins de 100 € alors que le Limousin bénéficiait de 75 % de plus avec un montant par habitant de 176 € (ADESM, et al., 2017).

Le point de vue de la DGOS et de l'ARS Grand Est (Direction des finances) :

DGOS : « *La réforme vise à répondre à ces questions : est-ce que mon besoin est couvert ? Quelle est la qualité de la réponse apportée aux besoins ? Est-ce que j'ai le bon niveau d'offre ? Est-ce que cette offre, là elle est une réponse efficiente aux besoins et donc est-ce que j'ai le bon niveau de ressources ?* »

Direction des finances de l'ARS Grand Est : « *Dans le cadre de la DAF, on constatait une grande disparité d'allocation des ressources entre région et entre établissements. Nous par exemple sur la région Grand-Est, on était une région qui était sous-dotée, c'est la raison pour laquelle on bénéficie par exemple d'un rattrapage par rapport à d'autres régions. L'idée justement de cette réforme est donc de venir réduire ces disparités et de compartimenter les ressources* ».

Pour répondre à ces enjeux de réduction des inégalités territoriales, la réforme se concentre sur l'organisation territoriale mais aussi assure une prise en compte des dynamiques différentes au sein d'un territoire.

1.1.1.1 Une concentration sur l'organisation territoriale, pivot de la prise en charge en santé mentale

Le compartiment « **Dotation populationnelle** », dont la part est significative (78%), oriente une part majoritaire des financements historiques vers une réduction des inégalités de dotations, et une adaptation de l'offre aux territoires.

Concrètement, la dotation populationnelle est répartie entre régions en prenant en compte les critères suivants : le nombre d'habitants de la région avec l'application d'un coefficient de 2,35 à la prise en compte de la population mineure, la taux de pauvreté, la taille moyenne des ménages, la densité de psychiatres libéraux et le taux de places dans le secteur médico-social adaptés aux patients souffrant de pathologies psychiatriques.

Les enveloppes de financement sont allouées à l'échelle régionale. Chaque région détermine ensuite ses propres critères d'allocation infrarégionale, à partir d'une liste indicative nationale, en concertation avec le comité d'allocation de ressources (CCAR).

De même, le compartiment « **Activités spécifiques** » participe à la réduction des inégalités territoriales en sanctuarisant les activités de recours extra-régionales. Cette modalité de financement a vocation à couvrir les coûts de fonctionnement d'activités à vocation inter régionale – notamment les Unités pour Malades Difficiles (UMD) et les Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA) – via un financement national, insusceptible de peser dans le choix d'allocation régionale de la dotation populationnelle et plus adapté qu'un financement fondé sur la seule file active.

Enfin, outre ces compartiments de financements, les modalités d'allocation des ressources au profit du renforcement de l'échelon régional permet une redistribution des ressources au plus près des besoins du territoire. En effet, le nouveau modèle de financement de la psychiatrie repose sur une conjugaison d'arbitrages nationaux et régionaux des ressources. Les compartiments « DFA », « IFAQ et qualité du codage », « activités spécifiques » sont alloués nationalement alors que la « dotation populationnelle » et « transformation de l'offre » sont régionales. Le compartiment « nouvelles activités » est à la fois national et régional. En raison du poids de la dotation populationnelle dans le total des financements (78%), la gouvernance dans l'allocation des ressources tend donc à se régionaliser. La DGOS a décidé de faire ce choix d'une prépondérance régionale dans la gouvernance pour faire suite à la crise du Covid-19 et recréer des liens entre les établissements et le régulateur régional, l'ARS (Lespez, 2020).

Ce choix se retrouve dans les retours des entretiens menés avec ces deux interlocuteurs :

DGOS : « *La question porte sur le juste degré de régionalisation du modèle de financement. En effet, aujourd'hui, l'une des critiques que nous faisons à la T2A, régie au niveau national, est de ne pas assez prendre en compte la composante territoriale dans l'allocation des ressources. Dans le cas de la psychiatrie, l'idée est que le national n'est pas le mieux placé pour évaluer l'adéquation des ressources aux besoins. Il est incapable de dire si au niveau d'un territoire, il y a un déficit de l'offre qui nécessite des ressources supplémentaires pour développer une offre nouvelle. Et là si on devait faire du national, on retomberait probablement dans un financement 100% à l'activité* ».

ARS Grand Est : « *Le fait de compartimenter activité nationale et activités régionales, c'est aussi une manière de dynamiser un peu nos établissements. Pour se lancer sur des activités dont on estime qu'il y a vraiment un besoin* ».

1.1.1.2 La prise en compte des différentes dynamiques à l'œuvre au sein d'un territoire : Recours, Innovation, Transformation & Recherche

Toujours dans cet objectif de structuration de l'offre au besoin du territoire, le compartiment « **Nouvelles activités** » assure le financement des projets / modalités de prises en charge innovantes correspondant à des priorités régionales ou nationales.

Il correspond au moins pour partie aux projets actuellement financés dans le cadre du Fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP). Cette modalité d'allocation n'est donc pas nouvelle mais fait partie, désormais, du budget de l'établissement. Autrement dit, lorsque auparavant, les crédits FIOP étaient alloués, ils l'étaient en sus de la DAF. Désormais, les établissements sont incités à développer des activités nouvelles pour bénéficier de la globalité du budget pouvant être alloué. Cette remarque est à atténuer par le fait que cette modalité de financement ne correspond que 1% du budget de l'établissement. Les activités financées par ce compartiment, si elles sont pérennisées, ont vocation à être financées en cible par les autres compartiments du modèle.

Aussi, le compartiment « **Transformation** » accompagne le changement structurel des établissements. De la même manière que pour le compartiment « Nouvelles activités », ce compartiment correspond aux financements historiques des aides à l'investissement des établissements et notamment du plan régional d'investissement santé mentale (PRISM).

Enfin, le compartiment « **Structuration de la recherche** » participe à un effort dédié à la matière en psychiatrie pour les établissements à rayonnement régional. Il permet d'initier une démarche de développement de l'activité de recherche en psychiatrie au sein des territoires.

1.1.2 Faire de la réforme du financement un instrument visant à objectiver et valoriser l'activité des établissements

Si l'un des principaux objectif de la réforme est de réduire les inégalités territoriales, deux de ses compartiments : « IFAQ et qualité du codage » et « Dotation file active » permettent aux établissements d'une part, d'objectiver leurs pratiques et leurs activités mais surtout de donner une visibilité aux autorités de tutelle de leurs modalités de

prises en charge. L'arrêté du 30 mars 2023 fixe les conditions d'attribution des dotations relatives à la file active et à la qualité du codage.

1.1.2.1 L'intégration de la dimension qualité

Le compartiment « **IFAQ et qualité du codage** » permet d'améliorer les pratiques et une remontée exhaustive de l'activité des établissements.

Sur la partie IFAQ, suite à l'intégration des établissements psychiatriques dans le dispositif de financement à la qualité, sont pris en compte, les critères suivants :

- Qualité des prise en charges cliniques : repérage et proposition d'aide à l'arrêt des addictions, évaluation et prise en charge de la douleur, évaluation cardiovasculaires et métaboliques chez le patient adulte
- Qualité de la coordination des prises en charge : qualité de la lettre de liaison à la sortie
- Durée de l'hospitalisation : mesure des hospitalisations longue durée à temps plein en soins libres
- Démarche de certification : niveau de certification V2014 ou nouvelle certification des ES pour la qualité des soins

Cette part de financement permet de valoriser les établissements qui ont mis en place un politique qualité. Les critères reprennent ceux portés par la Haute autorité de santé (HAS) et sont donc, pour la plupart, déjà mis en œuvre dans les établissements.

La partie qualité du codage revêt un aspect plus stratégique. Elle vise, en effet, à inciter à la complétude, à la conformité et à la cohérence des données, remontées aux autorités de tutelle de cinq indicateurs sur la base de l'activité réalisée et du recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie (RIM-P) :

- Taux de chainage pour les patients pris en charge exclusivement en ambulatoire ;
- Taux de chainage pour les patients pris en charge non-exclusivement en ambulatoire ;
- Présence du diagnostic principal ;
- Présence d'un code postal valide ;
- Cohérence du nombre de venues entre hospitalisation complète et hospitalisation partielle.

Auparavant, les autorités de tutelle ne disposaient que des remontées issues du RIM-P et du retraitement comptable. Dorénavant, en intégrant un financement à la qualité du codage couplée à la DFA, le codage des files actives et des actes acquièrent une

importance renouvelée pour les établissements et permet aux autorités de tutelle de disposer de données plus objectives sur l'activité des établissements.

1.1.2.2 La reconnaissance des files actives, dans un cadre respectant l'historique de financement des établissements

Le point de vue de la DGOS et de l'ARS GE (Direction des finances) :

DGOS : *« On cherchait quand même à sortir de ces dotations annuelles de financement qui étaient opaques. Il y avait un effet d'objectivation attendu de l'activité : Quels sont les établissements qui prennent en charge les patients de ce territoire ? Dans quelles proportions ? Quels sont les établissements qui réalisent des activités pour le compte de notre territoire. Quels sont les établissements qui prennent en charge les soins sans consentement ? »*

« C'est un sujet de culture sur le fait d'avoir du financement à l'activité en psychiatrie, mais quand même un consensus et en tout cas, côté ministère pour assumer le caractère vertueux d'avoir un compartiment financement à l'activité parce que ça permet quand même, d'objectiver les prises en charge, d'objectiver les moyens alloués. Il y a quand même tout un sujet autour de la qualité des données du RIM-P c'est pour ça qu'il y a un le compartiment qualité du codage aussi, dans le modèle qui est très lié à la DFA et de se dire on a quand même besoin de mieux connaître, caractériser, pouvoir suivre, quantifier l'activité de psychiatrie ».

ARS Grand Est : *« En termes d'activité, même nous une côté ARS, on a très peu d'outils, alors il y a le RIM-P, le RTC, mais c'est pareil, la comptabilité n'est pas très fiable, donc c'était aussi pour quantifier pour nous. C'est d'ailleurs cette volonté pour le compartiment sur le codage ».*

Le compartiment de la « **Dotation file active** » vise à reconnaître les dynamiques d'activité des établissements. Cette modalité d'allocation des ressources permet aux établissements de financer toute ou partie de leurs évolutions d'activités, avec une part différenciée entre secteurs public et secteurs privé.

Concrètement, le compartiment DFA est une sous-enveloppe de l'objectif de dépenses « psychiatrie », répartie selon une clef qui peut être le nombre de journées, pour l'hospitalisation en temps plein ou en temps partiel, ou le nombre d'actes annuels, en ambulatoire, affectés à un patient sur une année civile.

La dotation est calculée selon un décompte de la file active qui dépend :

- De la nature de prise en charge : temps complet, temps partiel, ambulatoire
- De l'âge du patient

Contrairement au financement par groupe homogène de séjour (GHS) dans le cadre de la « T2A » en MCO, ou par prix de journée dans le secteur privé, en psychiatrie, les valeurs unitaires payées par l'assurance maladie ne sont pas des prix « prospectifs », mais une variable « rétrospective » de distribution d'une enveloppe fermée, après remontée de l'ensemble de l'activité d'un territoire. Il s'agit donc d'un compartiment particulièrement sensible puisqu'il constitue une introduction de la variable « activité » dans le financement du secteur « ex dotation globale » (DG).

Pour le moment, seule la DFA revêt donc un caractère incitatif réel sur les pratiques des établissements en les amenant à questionner leurs modalités de codage et l'exhaustivité de leurs files actives sur l'ensemble de leurs prises en charge : hospitalisation à temps plein, à temps partiel, activités ambulatoires. Les compartiments autres que la dotation populationnelle et la DFA ne constituent qu'un poids négligeable du financement total (7%) et s'avère de fait peu incitatifs dans cette première phase de déploiement.

1.2 LES ETABLISSEMENTS SONT INVITES A DIVERSIFIER LES MODES DE PRISE EN CHARGE POUR SORTIR D'UN PARCOURS DE SOINS CENTRE SUR L'HOSPITALISATION COMPLETE

La politique publique de soins psychiatriques s'appuie sur la circulaire du 15 mars 1960, qui a mis en place la sectorisation, complétée par plusieurs textes législatifs, réglementaires et circulaires. En soixante ans, le dispositif de soins s'est profondément transformé. Les prises en charge se sont diversifiées, accordant une place prépondérante aux soins ambulatoires.

En psychiatrie générale, le nombre de lits a été divisé par deux (moins 60 % entre 1976 et 2016) et l'ambulatoire s'est considérablement développé. Des dispositifs de soins en dehors de l'hospitalisation temps plein se sont multipliés : CMP, CATTP, HDJ, foyers de postcure, placements familiaux thérapeutiques, centre d'accueil et de crise, hospitalisation à domicile, etc.

Pour autant, la demande croissante de prise en charge, la forte disparité d'équipements et de moyens ont mis en évidence des problèmes d'organisation et de fonctionnement des dispositifs ambulatoires existants.

Ainsi, si les différents rapports parlementaires et d'inspection soulignent le caractère déjà bien amorcé du « virage ambulatoire » des établissements psychiatriques, l'absence de

valorisation de cette activité ainsi que l'absence d'un cadre d'exercice uniformisé ne permet pas d'assurer une prise en charge ambulatoire efficace (1.2.1). Dans ce contexte, la réforme du financement, en instaurant une dotation à la file active spécifiquement avantageuse pour l'activité ambulatoire permet de répondre aux politiques ciblées de renforcement du recours à l'activité ambulatoire (1.2.2).

1.2.1 Les différents rapports nationaux et les orientations régionales participent à inciter les établissements à améliorer la performance des structures ambulatoires

1.2.1.1 Dans le cadre de la dotation annuelle de financement (DAF) et alors même qu'elle est prépondérante, l'activité ambulatoire n'était pas valorisée financièrement

Selon le rapport de l'association des établissements du service public de santé mentale (ADESM) « Réformer le financement de la psychiatrie de service public », la DAF induit un regard erroné sur l'activité des établissements en l'assimilant à tort à la seule hospitalisation complète (HC) alors que dans les faits une part importante de leurs ressources va au financement des dépenses ambulatoires.

Bien qu'aucune donnée globale ne soit publiée sur cette répartition, il apparaît, à partir de données partielles issues de l'enquête ATIH de 2015 et portant sur 20 établissements, que la part de l'hospitalisation complète en psychiatrie adulte ne représentait en 2014 que 70 % des dépenses totales des établissements. Le reste se répartissait pour 9 % en hospitalisation de jour et pour plus de 21 % dans le champ ambulatoire, ce dernier poste agrégeant les 17 % consacrés aux CMP et les 4 % dépenses CATTP.

Par ailleurs, « la mission flash », réalisée par la rapporteure parlementaire Martine Wonner (2019), indique que l'absence de marge de manœuvre avec la DAF aurait conduit occasionnellement les ARS à se retourner vers les cliniques privées pour augmenter l'offre de soins des territoires ce qui expliquerait alors l'augmentation du nombre de lits dans les établissements privés de plus de 24 % depuis 2013, contre une diminution de 12 % pour les établissements à but non lucratif.

Des lits ont été fermés mais les moyens n'ont pas forcément été redéployés vers l'ambulatoire.

1.2.1.2 Cette situation n'a pas permis de mettre en place une organisation et un fonctionnement performant des structures ambulatoires

En s'ouvrant sur la cité, le dispositif de soins hospitalier sectorisé a fait face à une demande de plus en plus importante qui s'est traduite par un accroissement incessant des files actives (la file active totale a plus que doublé en trente ans selon le rapport de l'IGAS : Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques). La plus grande part de cette file active est suivie désormais en ambulatoire (rapport IGAS : Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient, 2019).

Ainsi, pour répondre à une demande de prise en charge de plus en plus croissante, l'offre de soins dans son ensemble (psychiatres, généralistes, psychologues, établissements, infirmiers) est, au niveau national, importante comparativement à d'autres pays européens.

L'analyse croisée des différents segments de cette offre réalisée par l'IGAS montre que, s'il existe des endroits où les faiblesses d'offre d'un type de professionnels sont compensées par les autres, le plus souvent les difficultés se cumulent. Ainsi, dans près d'un quart des départements, tous les types de professionnels sont très faiblement présents. Ces disparités déjà importantes au niveau départemental se creusent avec un maillage plus fin.

Cette inadéquation de l'offre se traduit notamment par la mise en tension des structures ambulatoires avec pour effet :

- Un allongement des délais d'attente qui constitue un frein à l'accessibilité aux soins ;
- Un possible tri des patients et le déport d'une partie d'entre eux sur les urgences ;
- L'abandon de certaines missions historiques comme la prévention et des difficultés notamment pour déployer en amont un repérage précoce pourtant indispensable, et pour assurer en aval le suivi médico-psycho-social de qualité (réhabilitation psychosociale).

Ces limitations aboutissent dans un certain nombre de cas à un défaut de prise en charge ou à une prise en charge insatisfaisante des troubles psychiques, avec, pour les patients, un risque d'aggravation de ces troubles et de leur retentissement fonctionnel, et pour la collectivité, un risque d'augmentation des coûts directs (soins plus lourds) et indirects associés (absentéisme...). La prise en charge ambulatoire n'est pas assurée de manière optimale au sein des territoires.

L'architecture du dispositif de soins psychiatriques est donc à redessiner, en renforçant certains traits déjà tracés, mais aussi en remodelant son aspect que 60 ans de sectorisation ont profondément fait évoluer (IGAS, 2017).

1.2.1.3 Dans ce contexte, les différents rapports nationaux ainsi que les orientations régionales incitent les établissements à améliorer la performance des structures ambulatoires

Dans un rapport de 2011, la Cour des comptes constate un poids « excessif » de l'HC dans les prises en charge psychiatriques qu'elle explique par l'insuffisance des prises en charge d'amont et d'aval des patients. Selon elle, l'HC a d'abord pour objectif de prendre en charge « les cas lourds », sur une « durée brève » avant de passer le relais, dès que possible, à une prise en charge d'aval, sanitaire ou médico-sociale (Cour des Comptes, 2011). Le Haut conseil de la santé publique publie également en 2017 des observations et des recommandations similaires (ADESM, et al., 2017).

Ainsi, partant du constat qu'il faut encourager le développement de la prise en charge ambulatoire, les rapports de l'IGAS et plus particulièrement le rapport relatif aux CMP et à leur places dans le parcours de soins (IGAS, 2019) dressent une série de recommandation pour simplifier les conditions de développement des alternatives à l'hospitalisation, tout en maîtrisant les dépenses. Parmi ces recommandations, figurent :

- Identifier une section budgétaire dans le budget des établissements dédiée à la psychiatrie et au sein de celle-ci à l'ambulatoire en distinguant ses différentes composantes
- Inclure la question de l'organisation des urgences et des soins non programmés s'assurer que chaque type de demande reçoit une réponse adaptée
- Proposer une définition administrative, juridique et organisationnelle des structures ambulatoires qui permette d'en recenser le nombre tout en s'assurant d'un minimum de caractéristiques et de moyens communs, en envisageant la possibilité d'un régime d'autorisation fondé sur un cahier des charges à définir collégialement (fonctionnement, organisation, délégations, coordinations...)
- Désigner dans les territoires (inter-secteur ou département) un chef de file (dispositif intersectoriel avancé ou CMP référent) en capacité de garantir une équité dans les

prises en charge en évaluant et régulant les demandes sans réponses ou en mal d'orientation).

Le témoignage de l'inspecteur général des affaires sociales, rédacteur de ce rapport :

Sur le virage ambulatoire :

« On constate qu'on a une demande qui est toujours plus importante, plus protéiforme. Mais une réponse qui est très contrainte parce que, d'abord les volumes ont augmenté, et ensuite parce que les organisations ne sont plus complètement adaptées, et tout ceci, corrélé à un problème de répartition de la ressource et de la démographie notamment médicale. Par exemple, le CMP est un service qui, contrairement à la plupart des services hospitaliers, n'a pas fait l'objet de certifications particulières. C'est à dire qu'il y a pas de standard pour organiser l'offre, il n'y a pas y a pas d'agrément. On a fait remonter par notre rapport toute une réflexion à la DGOS sur la manière dont justement il fallait peut-être un peu mieux cadrer l'exercice ».

Sur l'organisation et le fonctionnement des structures ambulatoires :

« Il y a une confusion, entre l'activité ambulatoire des CMP, CATTP et l'hôpital de jour. Ça ne relève pas des mêmes logiques, et pourtant, c'est confondu. Par exemple dans le dénombrement des structures pour le rapport, un des problèmes qu'on a eu quand on a essayé de savoir quel était le nombre de CMP en France, c'est qu'on a vu que selon les sources, on avait des estimations qui différaient. On a compris que les gens ne parlaient pas toujours la même chose. Ce qui prouve bien quand même que c'est quelque chose dont on sait pas suffisamment occupé. Par exemple, ce qu'on voit dans les CMP, c'est qu'il y a un problème de définition : Quelle patientèle doit être pris en charge, les moyens dont on a besoin, etc. Je prends un service hospitaliers de base : on sait quel taux d'encadrement, quelle est la capacité du service, il y a des protocoles, etc. Alors on sait bien que la psychiatrie ne répond pas à des protocoles, même si bon il y a certaines pathologie pour lesquelles on a quand même des recommandations. Mais c'est un champ qui s'est développé à part et donc beaucoup plus compliqué à organiser.

Dès lors, vous vous apercevez qu'il y a une certaine forme d'hétérogénéité dans le fonctionnement des structures ambulatoires qui est lié à la fois aux cultures, aux moyens disponibles, au file actives, etc ».

Sur l'opportunité de la réforme du financement sur les structures ambulatoires :

« Tout est effectivement lié. Vous ne pouvez pas réformer la psychiatrie, notamment avec la réforme de la tarification sans penser à une réforme de l'organisation. On est bien obligé d'aller voir la situation actuelle des organisations. Ça c'était le travail de notre rapport, de dresser les constats et de proposer des recommandations pour améliorer la réponse aux usagers. Si ensuite la réforme du financement, comme celle des autorisations peuvent encourager à améliorer la situation des structures ambulatoires, il faut s'en saisir. On a observé des dysfonctionnements avec des délais d'attente beaucoup trop longue ce qui indique une surcharge d'activité de ces structures. Cela peut être un manque de moyens mais aussi un problème d'organisation interne. Mais il n'y a pas d'outils informatique performant rendant compte de l'activité de ces structures. Dans ces conditions, une valorisation financière de l'activité ambulatoire permettrait de mieux organiser ces structures ».

Au niveau local, les projets régionaux de santé (PRS), inscrivent dans leurs priorités la volonté d'améliorer la prise en charge ambulatoire. Il est en ainsi, par exemple, du PRS 2018-2028 du Grand Est qui dans son axe stratégique n° 4 (« Faire évoluer le système de santé dans une logique de parcours »), se fixe un objectif d'améliorer l'accès, la fluidité aux soins et l'accompagnement ambulatoire.

Cet objectif vise autant un accès facilité et lisible pour les usagers souffrant de troubles psychiques, que pour les familles, les professionnels en santé. Il permet d'améliorer l'accès à un avis spécialisé, de réduire les risques de rupture de soins et d'adapter l'efficacité des suivis. Il doit aussi permettre de limiter les hospitalisations inadéquates et de faciliter les sorties de l'hôpital, en soins libre ou sous contrainte, dans une démarche d'autonomisation et de rétablissement psycho-social.

Cette volonté d'améliorer la prise en charge ambulatoire au niveau local se retrouve dans l'entretien mené avec la direction de l'offre de soins de santé mentale – ARS Grand Est

Sur les principaux enjeux retenus dans le cadre des travaux PRS / SRS : « Il s'agit de renforcer l'offre ambulatoire (contribue à réduire les sollicitations en situation de crise prises en charge trop tardivement) et structurer l'offre de soins non programmés. Aussi, développer l'offre de réhabilitation psychosociale vers l'inclusion sociale ».

Sur le virage ambulatoire : « Les réductions de lits ont atteint un seuil critique ce qui ne permet pas forcément de fongibilité de crédits de l'intra vers l'ambulatoire.

Par ailleurs, le développement de structures ambulatoires (CMP, CATTP, équipes mobiles...) se heurte à une difficulté liée à la démographie médico soignante. Certains projets (y compris dans le cadre du FIOP) n'ont pu se mettre en œuvre, malgré des financements dédiés faute de personnel disponibles ».

Sur le rapport de l'IGAS : « Nous partageons le constat du rapport. Les structures ambulatoires n'étant pas soumis à autorisation et pas toujours à jours au niveau du FINESS, il faut une connaissance de proximité pour les identifier. Par ailleurs, même si des améliorations sont constatées (via les sites des établissements) le public souffre de ce manque de lisibilité (coordonnées, modalités d'accès, correspondance de secteur).

La réforme des autorisations dispose que toutes les structures liées à une mention soient identifiées et décrites dans le dossier ad hoc. Cela concerne les structures ambulatoires notamment et devrait permettre une meilleure lisibilité, d'autant que tout changement d'adresse ou création d'antenne doit faire l'objet d'un signalement à l'ARS ».

1.2.2 La réforme du financement transpose ces incitations dans la pondération des recettes du compartiment « File active »

Le rapport sur les modes de financement et de régulation (Jean-Marc Aubert, 2019) qui fait suite à la *Task force* sur la réforme du financement du système de santé, rappelle que les modes de financement doivent nécessairement s'adapter à l'organisation souhaitée de la production des soins, aux évolutions épidémiologiques, à l'état de l'art médical et aux technologies. Ainsi, la structuration des soins de ville doit être favorisée pour engager la réorientation des pratiques et l'amélioration du suivi des patients et réduire les hospitalisations.

La DGOS intègre dans l'allocation des ressources une composante relative au « virage ambulatoire » et à la reconfiguration de l'offre de soins, par le biais notamment de la DFA.

Quelques généralités sur l'activité ambulatoire

Elle concerne un patient lorsqu'il n'est pas pris en charge par l'établissement dans un mode à temps plein ou à temps partiel (journées). L'activité ambulatoire recouvre l'ensemble des prises en charge ambulatoires d'accueil et de soins en CMP, CATTP, et les consultations réalisées dans un autre lieu (psychiatrie de liaison en établissement sanitaire ou médicosocial).

1.2.2.1 Les mécanismes de la DFA, un système par pondération

La DFA vise à intégrer les dynamiques d'activité des établissements dans leur financement. Le principe de ce compartiment repose sur la répartition d'une enveloppe nationale définie au préalable à partir des files actives des établissements par ancien secteur de financement. Les files actives sont valorisées via l'application de pondérations décrites dans l'arrêté du 30 mars 2023 relatif aux dotations relatives à la file active et à la qualité du codage. Ces pondérations n'ont pas de valeurs monétaires mais sont utilisées pour déterminer une clef de répartition d'une enveloppe financière fermée. Ce compartiment représente 15 % du financement total d'un établissement public.

Le montant de la DFA se base sur le volume de file active de l'établissement et évolue à due concurrence de cette dernière. La notion de file active recouvre le nombre de patients accueillis sur les structures de soins au moins une fois dans l'année. Cela signifie qu'un patient qui a été pris en charge plusieurs fois sur une ou plusieurs structures de soins d'un établissement est compté une seule fois.

Les différentes modalités de prise en charge constituent des sous-compartiments de financement.

La pondération de l'hospitalisation à temps complet :

Catégorie	Forme d'activité	Pondération
Adulte	Hospitalisation à temps plein	1,000
	Séjour thérapeutique	1,034
	Hospitalisation à domicile	0,434
	Placement familial thérapeutique	0,410
	Appartement thérapeutique	0,656
	Centre de postcure	0,780
	Centre de crise	2,021
Enfant	Hospitalisation à temps plein	2,309
	Séjour thérapeutique	0,997
	Placement familial thérapeutique	0,840
	Centre de postcure	1,813
	Centre de crise	2,390

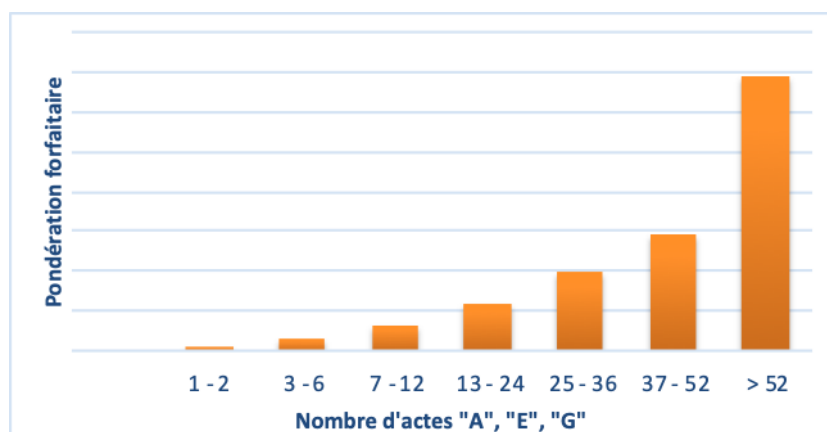
L'application d'un forfait de soins sous contrainte ainsi qu'un coefficient relatif à au jeune adulte (entre 18 et 26 ans) augmente la pondération totale du sous- compartiment.

La pondération de l'hospitalisation à temps partiel :

Catégorie	Forme d'activité	Pondération
Adulte	Hospitalisation de jour	0,712
	Hospitalisation de nuit	0,706
	Atelier Thérapeutique	0,738
Enfant	Hospitalisation de jour	1,499
	Hospitalisation de nuit	1,822
	Atelier Thérapeutique	1,406

L'application d'un coefficient relatif au jeune adulte (entre 18 et 26 ans) augmente la pondération totale du sous-compartiment.

La pondération de l'activité ambulatoire est progressive et varie avec le nombre



d'actes EDGAR codés par patient ainsi que l'intensité de la prise en charge, quel que soit le lieu de soins, à l'exception des services d'urgence, des lieux de liaisons et des centres pénitentiaires. Les actes

pris en compte dans le cadre de la réforme sont ceux réalisés en présence du patient soit : Entretien, Groupe, Accompagnement.

Si les prises en charge sont réalisées à l'extérieur de l'établissement (hors les murs) le forfait est majoré de 20 %. En cas de prise en charge intensive (elle concerne tous les patients avec au moins 15 actes effectués sur au moins 12 jours différents dans une période de maximum trois semaines, par au moins deux intervenants de type différent), une majoration de 1 000 € est ajoutée au forfait. Enfin, une majoration de coordination a été ajoutée au financement en cas de codage d'au moins un acte « D » et un acte « R » par patient (ATIH & Sauvadet, Journées Nationales de l'information médicale, du contrôle de gestion et des finances en psychiatrie - Construire les paramètres de financements 2022, 2021).

Focus sur les actes EDGAR

Entretien : Acte à visée diagnostique, évaluative ou thérapeutique

Démarche : Vise l'obtention d'un service ou d'un droit pour un patient qui n'est pas en état de le faire

Groupe : Acte thérapeutique concernant un ensemble de plusieurs patients identifiés

Accompagnement : Acte de soutien de proximité, marquant la dépendance du patient

Réunion : réunion de plusieurs intervenants dicté par l'état du patient

1.2.2.2 Des mécanismes de la DFA favorables au recours à l'activité ambulatoire

La DFA ne représente, certes, que 15% des financements des établissements et les montants alloués seront sanctuarisés afin qu'ils ne soient pas inférieurs aux années antérieure. Cependant elle constituera un élément déterminant après le 31 décembre 2025, la perte d'un point de file active globale (toutes file actives confondues) pouvant diminuer de 300 K€ les recettes d'un établissement générant 200 M€ de chiffre d'affaire annuel. Or, le montant de la DFA dépendra assurément de la file active de l'établissement compartimentée sur ses différentes modalités de prise en charge.

À ce titre, la DFA paraît plus avantageuse pour le recours à l'activité ambulatoire que l'HC et HJ pour plusieurs raisons.

D'abord, la pondération en HC et HJ en valeur nette est plus faible qu'en ambulatoire. La pondération en HC et HJ est journalière tandis qu'elle est forfaitaire pour l'activité ambulatoire. Or, les moyens mobilisés (effectifs, frais de structures, etc.) pour une journée d'HC sont plus conséquentes que pour la réalisation de 3 actes EGA qui sont pourtant davantage valorisées (1 point pour une journée en HC contre 1,44 point pour la réalisation de 3 actes en ambulatoire).

Ensuite, pour réaliser davantage de file active, les établissements sont encouragés à privilégier un « turn-over » plus rapide de leurs patients en raccourcissant leurs durées de séjour. Ainsi, les dépenses consacrées par les établissements à l'HC se réduisent au profit de la prise en charge ambulatoire, notamment des CMP qui tendent à devenir le centre du dispositif territorial et constituent une offre de premier recours.

Enfin, la majoration de la prise en charge intensive vise explicitement à inciter une prise en charge intensive en ambulatoire plutôt que de recourir à une hospitalisation.

Malgré tout, cette incitation au recours à l'activité ambulatoire est atténuée par l'abandon du caractère dégressif des pondérations en fonction des durées moyennes d'hospitalisation (DMH). Lors de la modélisation de la réforme et dans le cadre des discussions avec les partenaires de santé, les pouvoirs publics avaient proposés de mettre

en place une pondération dégressive sur les tarifs en HC. Ainsi, plus le séjour est long passé une DMH de référence, moins le tarif augmente rapidement.

L'idée était de limiter les DMH des établissements et d'aller plus loin dans le renforcement du recours à l'activité ambulatoire. Sur la demande des acteurs (ADESM, communautés médicales, etc.), la pondération dégressive des tarifs en HC a été écartée de la réforme. Les acteurs ont considéré que cette modalité de financement, inspirée du modèle T2A sur la durée moyenne de séjour (DMS), ne pouvait s'appliquer en psychiatrie. Mais la tentative de mettre en place une contrainte sur la DMH démontre une nouvelle fois la volonté de renforcer le recours à l'activité ambulatoire.

Le point de vue de la DGOS

« On a aussi opéré un transfert de l'enveloppe d'hospitalisation complète vers les prises en charge temps partiel et ambulatoire. Donc il y a eu un transfert de masse budgétaire en accord avec les acteurs et dans le cadre des simulations de la partie hospitalisation complète vers la partie en ambulatoire. Cela contribue aussi à cette incitation de recours à l'ambulatoire. Mais effectivement, la dégressivité des tarifs était plutôt un principe porté côté ministère, mais il était très mal accepté côté acteur ».

1.2.2.3 La mise en place concomitante du tarif national journalier de prestation dans tous les secteurs de soins contribue à encourager la prise en charge ambulatoire

L'application discrète et connexe des tarifs nationaux journaliers de prestation (TNJP) au sein de l'établissement est aussi un moyen de valoriser le « virage ambulatoire » en marge de la réforme du financement.

L'article 35 de la LFSS pour 2020 a maintenu le principe du calcul du ticket modérateur (TM) sur les tarifs journaliers mais ces derniers ne sont plus déterminés au niveau des établissements de santé mais au niveau national. Les nouveaux tarifs sont appelés « tarifs nationaux journaliers de prestations » (TNJP).

Le TM représente le montant de la dépense de santé restant à la charge du patient hospitalisé une fois que l'assurance maladie a payé sa part (*Le ticket modérateur*, 2022). Il est facturé aux patients hospitalisés par l'établissement, en fonction des prestations de soins dont ils ont bénéficié sur la base de tarifs journaliers de prestations.

A compter du 1^{er} janvier 2022, les TNJP sont arrêtés annuellement par le ministre de la santé. Dans les 15 jours suivant, l'ARS arrête les tarifs journaliers applicables dans chaque établissement.

Les écarts de tarifs constatés illustrent clairement l'objectif des tutelles d'accélérer les prises alternatives à l'hospitalisation complète. Ainsi, par exemple, le TJP d'HC du CH Ravenel passe de 851,80 € à 776,19 € (-8,88%) tandis que celui d'HDJ évolue de 281,23 € à 500,69 € (+78,04%). Par ailleurs, en contraignant les TNJP de l'HC, une tension est créée sur les recettes du titre 2, incitant les établissements à réduire le recours aux HC au profit de l'ambulatoire.

La réforme du financement, dont le principal objectif est réduire les inégalités territoriales, en permettant une objectivation de l'activité des établissements, semble s'inscrire dans le cadre des préconisations des différents rapports nationaux et orientations régionales qui visent à développer des alternatives à l'hospitalisation complète. En transposant ces incitations dans ses modalités de tarification, notamment à travers la dotation à la file active, la réforme encourage les établissements à améliorer la performance des structures ambulatoires. Charge aux eux, s'ils le souhaitent, de mener une réflexion sur la redéfinition de l'offre ambulatoire pour tirer au mieux profit de la réforme.

2 UNE MISE EN ŒUVRE LAISSÉE A LA DISCRÉTION DES ÉTABLISSEMENTS QUANT À LA REDÉFINITION DE L'OFFRE AMBULATOIRE

2.1 L'APPROPRIATION DE NOUVEAUX OUTILS MEDICO-ADMINISTRATIFS POUVANT PARTICIPER A UNE GESTION RENFORCEE DES STRUCTURES AMBULATOIRES

Nous l'avons vu, la réforme du financement en psychiatrie, et plus spécifiquement la DFA, encourage les établissements à objectiver leurs activités et à développer des prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète. Sans parler d'incitation à la performance, ces nouvelles modalités de financement impliquent un renforcement du pilotage et de la gestion de l'offre, notamment ambulatoire. Les différents rapports et témoignages évoqués ci-dessus font effectivement état d'un manque de visibilité de l'activité des structures ambulatoires, d'un défaut d'outils de gestion et de la quasi absence d'indicateurs de performance.

Or, en promouvant une meilleure adéquation entre les ressources allouées et les services fournis, l'un des effets potentiels de cette réforme ne serait-il justement pas la mise en place de nouveaux outils de gestion médico-administratifs, similaires à la T2A utilisée en MCO ? (2.1.1). Ainsi, cette réforme pourrait conduire progressivement à l'introduction de nouveaux indicateurs de performance spécifiques au domaine de la psychiatrie (2.1.2).

Rappel méthodologique

Dans le cadre du mémoire, j'ai sollicité *via* un questionnaire en ligne, les directeurs des établissements en santé mentale afin d'avoir leurs regards sur l'appréhension qu'ils en ont de cette réforme et notamment sur la question des réorganisations interne (évolution du système de gestion, de facturation, de codage, mise en place d'un contrôle de gestion, etc.) et de l'évolution de l'offre.

Une analyse des réponses de ce questionnaire sera réalisée tout au long de cette section (la trame du questionnaire est disponible en annexe 1).

2.1.1 Des réorganisations internes à l'établissement, comparables à la mise en place de la T2A ?

2.1.1.1 Des outils de gestion limités en psychiatrie contrairement au secteur MCO

Dans son rapport *La tarification à l'activité* (2023), la Cour des comptes dresse un bilan de la T2A depuis sa mise en place en 2005.

Si elle évoque les limites du dispositif, elle met également en lumière sa contribution à l'évolution de l'offre de soins et son rôle de vecteur de pilotage budgétaire désormais orienté sur les recettes.

Pour rappel, la T2A prévoit, pour chaque séjour correspondant à une pathologie, la détermination préalable d'un tarif, pris en charge par l'assurance maladie et établi au coût moyen d'un échantillon d'établissement participant à une étude nationale de coûts réalisée par l'ATIH. Ce système est basé sur un codage de l'activité médicale qui permet de décrire les séjours des hospitalisations en MCO sur la base de nomenclatures relatives aux diagnostics et aux actes. Cette modalité de tarification a conduit, selon le rapport de la Cour des comptes à une « meilleure connaissance de l'activité » et a incité les établissements dont les coûts se situent au-dessus de ce tarif à « des efforts d'efficience et de productivité ».

Il est vrai qu'avant la tarification, la dotation globale des établissements publics MCO rendait peu nécessaire la mise en place d'une comptabilité analytique dont la fonction est de connaître les coûts et les recettes des fonctions concourant à la production des différentes unités (cliniques, médicotechniques ou administratives) d'un établissement. De fait, en introduisant un financement en fonction de l'activité, la T2A eu le « mérite d'impulser une montée en charge de la comptabilité analytique hospitalière » (Cour des comptes, rapport précité).

Le secteur de la psychiatrie s'inscrit dans une situation similaire d'avant T2A où les outils – c'est-à-dire les diverses formalisations de l'activité et de la performance permis par la valorisation de l'activité –, et les dispositifs – c'est-dire les méthodes et procédures (réunions, documents d'information, groupes projet etc.) par lesquelles les acteurs se coordonnent, négocient, décident – se sont peu développés.

Seuls deux outils de gestion, permettant, dans une certaine mesure, un dialogue de gestion avec les autorités de tutelle, ont été développés dans le champ de la psychiatrie : le RIM-P et le retraitement comptable (RTC).

- Le RIMP-P est recueil qui permet de décrire toute l'activité réalisée au bénéfice de malades par les établissements de santé, en hospitalisation complète ou partielle (résumé par séquence, RPS) comme en ambulatoire (résumé d'activité ambulatoire, RAA). Le RIM-P n'a été rendu obligatoire qu'en 2007 dans le cadre des travaux d'élaboration de la valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP). Cette expérimentation, qui prévoyait la mise en place d'un financement mixte, incluant une part de financement liée à l'activité, n'a pas abouti, faute, notamment, de données fiables d'activités des établissements. Mais le RIM-P qui dans son principe se rapproche du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en MCO, s'est malgré tout généralisé et constitue un socle d'échange avec l'ARS sur l'activité d'un établissement.
- Le RTC est un recueil de données comptables retraitées. Il a pour objectif de répartir l'ensemble des charges d'exploitation incorporables apparaissant au compte de résultat principal (CRP) du compte financier de l'établissement, entre ses différentes activités (charges directes et indirectes (charges des fonctions auxiliaires)). Son établissement constitue une obligation réglementaire pour tous les établissements de santé et il concourt à un dialogue de gestion avec l'ARS.

En revanche, hormis ces deux obligations réglementaires, les établissements en psychiatrie ont développés peu d'outils de gestion pour un pilotage interne des services. Les documents réalisés dans le cadre du dialogue de gestion avec les pôles ne rendent pas suffisamment compte de la situation, la DAF ne permettant pas aux établissements d'identifier les recettes en fonction de l'activité. De ce fait, les chefs de pôle ne dispose pas de compte de résultat analytique (CREA), permettant de maîtriser les dépenses d'un service contrairement au secteur MCO.

Certains établissements volontaires se sont inscrits dans le cadre de l'« étude des coûts en psychiatrie » (EdC) au moment des campagnes de retraitement comptable (RTC). Cette dernière est cependant moins complexe que l'« Étude nationale des coûts à méthodologie commune » (ENCC), équivalent en MCO de l'EdC et qui propose de calculer des coûts complets moyens par Groupe homogène de malade (GHM) au niveau national.

Enfin, le manque d'outils portant sur l'activité ne permet pas de réaliser des tableaux de bord de suivi ou des études médico-économique qui sont pourtant des préalables au développement des nouvelles activités. En effet, ces études permettent d'estimer à l'avance les ressources à mobiliser et leur rentabilité. Elles favorisent surtout, pour la communauté

médicale et soignante, la possibilité de se projeter dans des activités nouvelles et elles sont parfois un préalable au recrutement d'un médecin et de l'équipe soignante.

En acquérant des recettes liée à son activité, l'établissement en psychiatrie, pourrait, comme en MCO, développer un système de gestion plus performant assurant un pilotage plus conséquent sur les services.

2.1.1.2 L'évolution du système de gestion dans les établissements psychiatriques : une déformation organisationnelle à venir au profit de la technostucture (typologie de Mintzberg) ?

Analyse du questionnaire en ligne à l'attention des directeurs d'établissement en santé mentale

A la question qui porte sur les principaux enjeux de la réforme, la plupart des réponses ont porté sur la valorisation de l'activité, l'ajustement des financement en fonction de l'activité et l'amélioration du codage.

Deux données sont à relever :

66 % des répondants déclarent que des réflexions ont été menés dans leurs établissements pour instaurer de nouveaux outils médico-administratifs.

52,6 % des répondants ont affirmé que la réforme du financement entrainerait des réorganisations internes dans leurs établissements (création d'un poste de contrôle de gestion pour le suivi de l'activité, évolution du système de gestion, de facturation, réorganisation interne des services et/ou pôles, etc.). Ces derniers porteraient principalement sur :

-L'amélioration du codage des actes et des séjours (27%)

-L'évolution de la fonction contrôle de gestion (54%)

- *L'évolution, souhaitée par les établissements interrogés, du système de gestion en lien avec la réforme*
 - L'amélioration du codage des séjours et des actes

C'est manifestement un point important, auquel se sont attaqués un certain nombre d'établissements interrogés. En effet, l'allocation de la DFA (couplée à la dotation sur la qualité du codage) se fonde sur la remontée de données fiables. L'enjeu est donc de progresser sur la qualité et l'exhaustivité du codage afin de valoriser les files actives.

Pourtant, certains établissements interrogés évoquent des difficultés avec le RIM-P : « Les prises en charges alternatives peuvent être difficile à coder et ne remonte pas forcément dans le RIMP » ; « Le RIM-P est fruste ».

Par ailleurs, les principes d'organisation du codage en psychiatrie sont principalement décentralisés (68,4% des répondants). Lorsque le codage est centralisé, il est réalisé par des techniciens de l'information médicale (TIM) travaillant auprès du médecin du département d'information médicale (DIM) et non pas par les professionnels médicaux prenant en charge les patients. Lorsque le codage est décentralisé, il est réalisé dans les services cliniques par les professionnels médicaux prenant en charge les patient.

Cette différence est fondamentale dans le cadre d'amélioration des pratiques. Il est plus aisé de travailler sur des protocoles uniformes de codage au sein d'un seul service (TIM / DIM) dans le cadre d'un codage centralisé qu'avec l'ensemble des professionnels médicaux dans le cadre d'un codage décentralisé.

Dans ce contexte, deux leviers ont été identifiés par les établissements interrogés : D'une part, le recrutement d'agent TIM supplémentaires renforçant le service DIM. D'autre part, réaliser en lien avec le médecin DIM un travail de communication auprès des professionnels médicaux sur le circuit du codage afin d'éviter les dysfonctionnements liés au RIM-P (gestion des mouvements, rigueur des identifications patient, etc.). L'objectif essentiel est de convaincre le corps médical de l'absolue nécessité, pour l'établissement, de coder vite et bien.

- L'évolution de la fonction « Contrôle de gestion »

D'une façon générale, l'une des évolution la plus attendue dans le cadre des réorganisations internes consécutives à la mise en place de la réforme est le renforcement de la fonction Contrôle de gestion.

La première tendance ressortie du questionnaire réside dans le souhait de développer des innovations instrumentales de gestion, qui visent à outiller des analyses dites « médico-économiques », jugées aujourd'hui nécessaire avec la DFA, et qui concernent en particulier les services ou pôles, à qui il est demandé de développer de nouvelles approches de leur activité.

En effet, par comparaison avec l'introduction de la T2A qui a fait naître de nombreux outils de gestion (tableaux de bord, indicateurs, outils d'analyse de l'activité, CREA,

tableau coûts case-mix (TCCM), fiches budgétaires, etc.), il est à supposer que la DFA instaurera de nouveaux outils similaires.

Cette variété des nouveaux outils de gestion tiendrait à la coexistence de deux finalités qui peuvent donner lieu à des approches diversifiées selon la taille des établissements, les outils déjà en place, le volontarisme manifesté par les acteurs, etc., d'une part il s'agit de mieux connaître l'activité médicale ; d'autre part, il s'agit de caractériser son efficacité pour impulser une optimisation des organisations.

Ainsi, selon les établissements interrogés, l'évolution de la fonction contrôle de gestion se manifesterait par le recrutement de professionnels qualifiés (contrôleur de gestion), la réalisation d'audit externe, la montée en compétence d'un service de contrôle de gestion ou encore, la mise en place d'outils médico-économique.

- *Une transformation organisationnelle en psychiatrie à venir ?*

Il est intéressant de s'arrêter un instant sur les effets potentiels d'une acculturation à la dimension économique du secteur psychiatrique. En effet, la mise en place progressive d'une dynamique technique modifierait quelque peu les liens entre les acteurs dans un environnement qui n'y est pas habitué. La configuration structurelle théorisée par H. Mintzberg de l'hôpital en serait modifiée.

L'analyse proposée par H. Mintzberg, découlant d'autres travaux analysant les différents acteurs de l'hôpital, considère cinq éléments de base de toute organisation : le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, le centre opérationnel, la technostructure, les fonctions de support logistique (H. Mintzberg, 2004).



Il en découle 5 configurations structurelles représentant des idéaux-types : la structure simple, la bureaucratie mécaniste, la bureaucratie professionnelle, la structure divisionnalisée, l'adhocratie.

Dans cette approche, l'hôpital constitue une bureaucratie professionnelle.

Pour coordonner ses activités la bureaucratie professionnelle s'appuie sur la standardisation des qualifications à partir de la formation et de la socialisation. Les standards sont élaborés pour une large part en dehors de la structure, dans des associations professionnelles autogérées auxquelles les opérateurs de l'organisation adhèrent comme leur pairs. L'autorité découle du pouvoir de la compétence.

Le centre opérationnel, incarné par le corps médical, étant la partie clé de l'organisation, la seule autre partie de l'organisation qui soit complètement développée est l'ensemble des fonctions de supports logistiques qui ont pour missions de servir le centre opérationnel. Compte tenu du coût élevé des professionnels, il est logique de leur accorder tout le support possible pour les aider et faire en sorte que d'autres accomplissent les travaux routiniers qui peuvent être formalisés.

Dans ce type d'organisation, il existe fréquemment deux hiérarchies, l'une pour les professionnels, qui va du bas vers le haut qui est démocratique, l'autre pour les fonctions de support logistique, qui va du haut vers le bas qui a la nature d'une bureaucratie mécaniste. Les administrateurs professionnels, et plus particulièrement la direction, ont des rôles clés situés à la frontière de l'organisation entre les professionnels qui sont à l'intérieur de l'organisation et les parties prenantes externes (tutelles, administration).

Les stratégies de la bureaucratie professionnelle, sont pour une large part celles des professionnels pris individuellement dans l'organisation ainsi que celles des associations professionnelles externes. Elles représentent l'effet cumulé au fil du temps des initiatives stratégiques que les membres ont réussi à amener l'organisation à entreprendre (Thierry Nobre, 1999).

La mise en place de la DFA dans les modalités de financement et donc l'émergence d'un nouveau système de gestion entrainera-t-elle une tendance à une déformation organisationnelle au profit de la technostructure ?

Dans une bureaucratie professionnelle, la place de la technostructure est assez faible, le centre opérationnel (la communauté médicale donc) étant peu influencé par les analyses d'activité et financière. Dans le cas de la mise en place de la T2A, certains auteurs (Michel Pepin, Jean-Claude Moisson, 2010) ont relevé que le renforcement de la direction des finances, du contrôle de gestion et des dispositifs de gestion ont participé à une légère déformation de la bureaucratie professionnelle dans les hôpitaux au profit d'une technostructure. Une évolution similaire peut être supposée dans le cadre de la mise en place de la DFA en psychiatrie. Cela constituerait dans l'organisation hospitalière psychiatrique actuelle un changement de paradigme dans les stratégies décisionnelles qui

pourront, dorénavant, reposer sur des logiques financières alors qu'elles ne l'étaient que peu auparavant. À terme, un accompagnement des pratiques et du processus décisionnel devront être réalisés au sein de ces établissements

Toutefois, cette analogie avec la mise en place de la T2A doit être réalisée avec prudence au regard de la faible part de la DFA dans le financement de l'établissement.

2.1.1.3 La similarité des effets de la T2A à nuancer dans le cadre de la réforme

Il convient, malgré tout, d'atténuer la similarité des effets que peut avoir la mise en place de la DFA par rapport aux effets de la T2A. Les deux modalités de financement sont assez différentes.

Tout d'abord, la DFA est un financement rétrospectif par lequel les recettes sont allouées aux établissements sur une année N à partir de leurs indicateurs de file active de l'année passée. A contrario, la T2A propose un modèle prospectif qui génère des recettes au moment de la production du soin (Lespez, 2021). Les tarifs appliqués dans le cadre de la DFA sont également différenciés en fonction du type de prise en charge (HC, HDJ, centre de crise, post cure) et de l'âge du patient (enfant, adolescent, adulte) et n'oblige pas les services de soins à coder un « diagnostic » principal comme pour les « GHM » de T2A. Les professionnels médicaux peuvent alors se limiter au codage d'un « motif » principal de prise en charge (et non pas d'un « diagnostic »), en décrivant un symptôme et en le complétant si besoin par des diagnostics ou facteurs associés. Le codage en psychiatrie se rapproche donc davantage d'une activité « descriptive » que réellement « diagnostique » (ATIH, *Guide méthodologique PSY*, 2016).

Ensuite, la DFA n'autorise pas non plus le codage d'actes techniques « CCAM » (classification commune des actes médicaux) ou « NGAP » (nomenclature générale des actes professionnels). Les recettes de DFA n'étant pas définies en fonction d'un codage fin de l'activité, seule l'évolution de la file active donnera lieu à des effets-revenus à due concurrence.

Enfin, et ce point a été évoqué plus haut, le poids faible de la DFA (15 %) dans la réforme du financement ne peut produire strictement les mêmes effets en termes organisationnels que la T2A qui, elle, se fonde principalement sur un financement lié à l'activité.

Malgré tout, la DFA incite les établissements à appréhender de manière plus régulière le suivi de leurs activités.

2.1.2 Vers une mise en place progressive de nouveaux indicateurs de performance au sein des structures ambulatoires

Analyse du questionnaire en ligne à l'attention des directeurs d'établissement en santé mentale

20 % des établissements répondant indiquent que l'un des principaux axes de travail dans le cadre de la réforme est la mise en place de nouveaux indicateurs de suivi de l'activité.

Le point de vue de la direction de l'offre de soins – ARS Grand Est

« La question de l'évaluation et de la performance n'est pas l'élément fort dans le domaine de la psychiatrie (sans doute pas uniquement). Il est nécessaire de définir des critères de performance en psychiatrie qui peuvent parfois être simples (délais d'accès à une prise en charge, taux de recours aux hospitalisations ou au re-hospitalisations...) et parfois plutôt complexes liés au contexte territorial (offre libérale, densité de population, précarité...).

Sur le plan du contrôle de gestion, il y a une marge de progression concernant les Retraitements Comptables (RTC) au regard de la mutualisation de moyens entre la part intra hospitalière et la part ambulatoire par exemple ; ce que la DAF n'encourageait pas.

Il me semble qu'un des enjeux de la réforme du financement va rendre cela nécessaire. Car après la période de transition, ces critères de performance au regard de moyens mis en œuvre et du besoin identifié impacteront plus fortement la répartition financière ».

De nombreux indicateurs sont déjà suivis depuis plusieurs années par la plupart des établissements (en tout cas, ceux saisissant leur activité dans le RIM-P) et peuvent, à ce titre, être qualifiés de relativement « classiques ». Ils sont constitués pour le moment :

- de la file active ;
- du nombre de journées d'hospitalisation, du nombre de journées en soins sans consentement (SSC) ;
- de la durée cumulée du séjour (la DMH) ;
- du nombre d'actes ambulatoires « EDGAR ».

Si ces indicateurs suffisent pour objectiver l'activité des établissements dans le cadre de la remontée des données au titre de la DFA, ils donnent des informations assez peu utiles au pilotage des services.

Pourtant, l'existence d'indicateurs de performance fiables est un moyen pour un établissement d'obtenir une allocation de moyens correspondant davantage à ses besoins et de la répartir de manière adéquate entre chaque service.

Aussi, ils permettent de disposer d'arguments solides dans le cadre de demande d'investissement auprès des autorités de tutelle pour la réalisation de nouveaux projets.

Mais surtout, ils constituent une aide à la décision relativement incontestable pour les arbitrages décisionnels qui peuvent parfois être délicats à prendre (réorganisation des services, redéploiement du personnel, mutualisation des locaux, etc.).

L'évaluation quantitative des prise en charge à temps complet et partiel est relativement aisée. En revanche l'activité ambulatoire pose plus de difficultés alors qu'elle représente une part importante de la file active de l'établissement et donc une source de recettes non négligeable.

Dans ce contexte, et en lien avec la mission qui m'a été confiée au CH Ravenel, il est proposé la mise en place de nouveaux indicateurs de performance qui pourront participer à la redéfinition de l'offre ambulatoire de cet établissement. Ces propositions sont faites dans le cadre des travaux réalisés pour mon établissement de stage. Elles devront être discutées avec la communauté médicale et soignante ainsi que les services supports pour réfléchir aux modalités de mise en place effective (système d'information, mobilisation des secrétaires médicales, utilisation d'un agenda électronique type Doctolib, etc.).

Les indicateurs proposés dans le cadre de ma mission de stage sont les suivants :

- **Délai moyen pour un premier rendez-vous** : Lors d'une prise en charge en ambulatoire, comme par exemple en CMP, le délai d'attente pour le premier rendez-vous peut être relativement long (Rapport IGAS précité) avec des risques d'abandon de soins et de rupture de soins sont proportionnels à la durée d'attente du premier rendez-vous. Si cet élément constituait une perte de chance pour le patient, il constitue désormais, avec la DFA, une perte de ressource pour l'établissement.
→ Indicateur mesurant le temps écoulé entre la demande de rendez-vous et la date du premier rendez-vous effectif paraît indispensable. Un délai court indique une meilleure accessibilité des services ambulatoires et permet d'éviter les attentes prolongées.
- **Taux d'utilisation des plages horaires** : Parfois les prises en charge dans les structures ambulatoires se font en fonction des disponibilités des patients plus que des

professionnels ce qui ne permet pas de couvrir toutes les plages horaires disponibles alors même que des listes d'attente existent.

→ Un indicateur mesurant le pourcentage de disponibilité des plages horaires d'ouverture des structures ambulatoires permettrait d'évaluer si les plages horaires sont correctement utilisées et si des ajustements sont nécessaires pour optimiser la file active et répondre aux demandes des patients.

- **Taux de rendez-vous non honorés** : Une des difficultés de prise en charge en ambulatoire, comme en cabinet libéral, est le nombre de rendez-vous non honorés. En effet, ces pratiques sont délétères pour l'établissement puisqu'elles mobilisent des professionnels (et donc du temps agent) sans prise en charge effectives.

→ Un indicateur évaluant le pourcentage de rendez-vous pris mais non honorés par les patients permettrait d'identifier les créneaux horaires non utilisés et de mettre en place des mesures pour réduire le nombre de rendez-vous manqués, optimisant ainsi l'utilisation des ressources.

- **Temps de consultation moyen** : Sur la base de mêmes constats précités, les délais d'attente des patients ainsi que la perte de temps agent dans un contexte de raréfaction des moyens est nuisible pour la qualité des soins prodigués et la captation de ressources potentielles.

→ Un indicateur évaluant la durée moyenne des consultations dans les structures ambulatoires permettrait de s'assurer que le temps alloué aux consultations est approprié et de mieux planifier l'utilisation des ressources en fonction de cette durée moyenne.

- **Taux de complétion des plages horaires** : La pondération de la DFA, dans le cadre ambulatoire, et plus favorablement valorisée pour les actes EGA (Entretien, Groupe, Accompagnement).

→ Un indicateur permettant de mesurer le pourcentage de créneaux horaires disponibles dans les structures ambulatoires qui sont réellement utilisés pour ces actes EGA et ceux utilisés pour les autres actes D et R (Démarche et Groupe). Cet indicateur permet d'évaluer l'efficacité de la planification des rendez-vous et d'optimiser la gestion des ressources.

- **Taux de réadmission évitable** : Une prise en charge optimale en ambulatoire vise d'abord à éviter des rechutes et des réadmission évitables.
 - ➔ Un indicateur mesurant le pourcentage de réadmissions évitables, c'est-à-dire les patients qui nécessitent une réadmission en raison de problèmes liés à une gestion inadéquate de leur suivi ambulatoire, mettrait en évidence les opportunités d'amélioration des suivis ambulatoires et de la coordination des soins pour réduire les réadmissions.

- **Taux de rotation des places** : Une difficulté qui a été remontée au cours de ma mission au CH Ravenel réside dans des limitations d'ordre architectural pour la prise en charge en CATTP ou en HJ. Ces difficultés de « manque de place » ont entraîné des reports de prise en charge alors que des moyens humains étaient disponibles.
 - ➔ Un indicateur, inspiré de la chirurgie ambulatoire, mesurant le nombre de patients accueillis par jour par place disponible au sein d'une structure permettrait de disposer d'une donnée objective sur les besoins architecturaux de prise en charge et d'organiser les plages d'utilisation des locaux. Par ailleurs, cet indicateur pourrait servir pour justifier des projets d'investissements de travaux auprès des autorités de tutelle. etc.).

La mise en place de nouveaux indicateurs de performance, dont la liste peut s'allonger paraissent nécessaires avec la mise en place de la DFA. Mais surtout, ils peuvent servir de fondement pour mener des réflexions stratégiques sur l'évolution de l'offre

2.2 DES REFLEXIONS STRATEGIQUES ORIENTEES SUR L'EVOLUTION DE L'OFFRE AMBULATOIRE POUVANT ETRE MENEES : L'EXEMPLE DU CH RAVENEL

La DFA, par ses mécanismes d'attribution, encourage le recours à l'activité ambulatoire. Un établissement, qui souhaite optimiser ses dépenses, aura tout intérêt à tirer au mieux profit des mécanismes de financement de la DFA et à développer son activité, et ce, pour plusieurs raisons.

D'abord, la DFA, même si sa part ne représente que 15 %, constitue l'un des seuls levier d'action à la portée des établissements.

Ensuite, la pondération d'un établissement dans le cadre de la DFA n'a de sens qu'au regard des pondérations de tous les établissements du même ancien secteur de financement. En effet, un établissement ayant une même pondération totale de sa file

active deux années successives pourrait recevoir des montants de dotation différents puisque ces derniers dépendent des pondérations (et donc des files actives) des autres établissements dépendants de la même enveloppe. Les évolutions de la file active au sein d'un même territoire auront lieu dans le cadre d'un jeu à somme dont les gains budgétaires réalisés par les établissements bénéficiant de files actives croissantes se feront donc probablement au détriment des autres (Finances Hospitalières, 2021). La DFA instaurerait donc une forme de compétition entre établissements du même secteur dont il conviendrait de maximiser le taux de recours.

Enfin, en sus de la DFA, il convient de préciser que la dotation populationnelle procédant d'une enveloppe fermée et se fondant sur des critères objectifs sur un territoire donné serait partagé si une offre similaire existait au sein de ce territoire. Dès lors, l'arbitrage de ce partage d'enveloppe pourrait se faire selon une clé de répartition qui se baserait sur la part de marché et donc l'activité de l'établissement.

Pour toutes ces raisons, le CH Ravenel a entrepris une réflexion sur l'évolution de l'offre ambulatoire. Sur la base de l'offre extra-hospitalière existante sur le département des Vosges, le CH Ravenel a tenté d'identifier les causes des dysfonctionnements de ses structures ambulatoires (organisation, fonctionnement, etc.) et de déterminer des pistes d'amélioration des structures existantes et de développement d'une offre nouvelle dans le cadre de la réforme du financement.

Rappel méthodologique

Les développements qui vont suivre dans cette sous partie sont le fruit de la mission qui m'a été confiée et qui a été réalisée sous forme d'audit. Ils s'appuient sur les données collectés au sein de mon établissement de stage (cf. annexe 3).

2.2.1 Améliorer la proposition de l'offre ambulatoire

2.2.1.1 Les dysfonctionnements des structures ambulatoires sur le CH Ravenel

En réalisant l'audit sur l'organisation et le fonctionnement des structures extra-hospitalières (CMP, CATTP, HDJ, etc.), des dysfonctionnements ont été observés. Ces dysfonctionnements peuvent entraîner difficultés de prise en charge des patients, un parcours de soins saccadé et dans le cas de la réforme du financement, une perte sèche de file active et donc de ressources potentielles.

Le tableau ci-dessous dresse les constats de l’audit et la recherche des éventuelles causes :

Figure 1 : Les dysfonctionnements des structures ambulatoires au CH Ravenel	
Organisation / fonctionnement	Causes possibles
Long délai d’attente (variable en fonction des structures)	<ul style="list-style-type: none"> - Carence en personnel pour assurer la prise en charge. - Absence d’outils de planification solide (agenda). - Éloignement géographique de certaines structures.
Consultations non programmées non organisées	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de centre de crise (ou d’urgence).
Indication dans une structure différente (CMP ou CATTP) en fonction du praticien	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de définition des structures (charte de fonctionnement, etc).
Faible taux d’occupation des HDJ (35%)	<ul style="list-style-type: none"> - Adressage des patients. - Absence de patients admissibles (pose la question de l’étendue de l’offre ?) - Organisation du temps de prise en charge (durée de la prise en charge : demi-journée ?)
Baisse de la prise en charge ambulatoire (activité) spécifiquement le temps de midi	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité des soignants - Temps de pause du personnel - Préférence des patients - Absence d’outils de planification partagée
Un nombre important de rendez-vous non honorés	<ul style="list-style-type: none"> - Délai de rendez-vous trop long - Absence de rappel de rendez-vous - Une patientèle plus propice à renoncer aux rendez-vous - L'utilisation d'un agenda papier non partagé par les professionnels de santé

2.2.1.2 Les potentiels axes d’amélioration des organisations ambulatoires

Analyse du questionnaire en ligne à l’attention des directeurs d’établissement en santé mentale

76,7% des répondants ont engagé des réflexions sur l’évolution de l’offre dans le cadre de la réforme (26% sous la forme d’un Copil, 47% sans formalisme particulier).

Ces réflexions portent principalement sur : l’amélioration de la visibilité des structures ambulatoires, amélioration de la lisibilité du fonctionnement des structures ambulatoires, l’amélioration de la performance des structures ambulatoires, la promotion d’innovation de prise en charge. A la marge, certains établissements mènent des réflexions autour de la fermeture d’activité non financé, le redéploiement vers l’ambulatoire par fermeture de lits, le regroupement de services et le déploiement d’équipes mobiles.

Suite à l'analyse des dysfonctionnements des structures ambulatoires du CH Ravenel, et en nous inspirant des recommandations des rapports (IGAS) et du PRS, il a été identifié pour le CH Ravenel un plan d'action comprenant trois axes d'amélioration de l'offre ambulatoire.

Figure 2 : Les axes d'amélioration de l'offre ambulatoire		
Axe d'amélioration	Implications	Propositions de mesures concrètes
<p><u>Axe 1</u></p> <p>Améliorer l'identification du parcours patient dans la prise en charge des structures extrahospitalières</p>	<p>S'interroger sur le rôle de chacune des structures ambulatoires (CMP, CATTP, HDJ).</p> <p>Les constats de différence d'adressage, de prises en charge différentes selon les professionnels impose de clarifier le rôle de chaque structure et un mode opératoire commun sur l'ensemble du CH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rédiger une charte de fonctionnement en fonction du type de structure : HDJ, CMP, CATTP (indication, prise en charge, etc.) → Permet d'éviter les différences d'adressage et d'admission ▪ Mettre en œuvre le projet CTRL + (proposé dans le cadre du stage, cf. 2.2.2) et donc des dispositifs de télésurveillance → Permet de limiter les délais entre sortie d'hospitalisation et rendez-vous avec l'ambulatoire et de limiter les perdus de vue.
<p><u>Axe 2</u></p> <p>Améliorer la lisibilité du fonctionnement des structures ambulatoires</p>	<p>Homogénéiser dans la mesure du possible l'organisation et le fonctionnement des structures ambulatoires.</p> <p>Les différences de délais de rendez-vous d'une structure à une autre, les différences d'ouverture des structures rendent illisible le fonctionnement « type » d'une structure ambulatoire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place un agenda partagé (via Doctolib ?) → Permet de faciliter la prise de rendez-vous et de disposer d'indicateurs sur le taux d'utilisation des plages, taux de rendez-vous non-honorés, etc. ▪ S'interroger sur l'amplitude des horaires d'ouverture → Permet de s'assurer que l'amplitude horaire concorde avec la demande des patients et la disponibilité des agents (question de la fermeture le midi ?).
<p><u>Axe 3</u></p> <p>Améliorer la visibilité des structures ambulatoires</p>	<p>S'assurer que ces structures soient identifiables par les patients et les partenaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place un projet de regroupements des structures ambulatoires qui, en mettant en place un guichet unique de prise en charge, facilite l'identification par les usagers. ▪ Mettre en place une politique de communication sur le rôle des structures ambulatoires, donner des informations aux patients sur les structures ambulatoires accessibles en ligne. Créez un site web convivial et informatif où les patients peuvent trouver des informations détaillées sur les services, les horaires et les coordonnées des structures ambulatoires. ▪ Mettre en place la possibilité sur le site internet de l'indication du CMP de référence en fonction de l'adresse de l'utilisateur.

2.2.2 Du virage ambulatoire au virage inclusif ?

Selon le rapport parlementaire de la mission « flash » (Martine Wonner, 2019), la réforme du financement de la psychiatrie doit permettre à la psychiatrie de prendre enfin pleinement un véritable « virage inclusif », en favorisant la prévention et la réhabilitation psycho-sociale, grâce à une véritable coordination avec le secteur social, médico-social et les soins de ville.

Par ailleurs, la direction de l'offre de soins de l'ARS Grand Est, indique, lors des entretiens menés, que la réhabilitation psychosociale et l'insertion sociale sont des axes majeurs de la réflexion des priorités du prochain PRS. D'une part, cela va dans le sens du rétablissement. D'autre part, cela contribue à lutter contre la stigmatisation et à potentialiser les alternatives à l'hospitalisation.

Enfin, l'ANAP a publié en 2022, suite à la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM), une communication sur « le nouvel ambulatoire en santé mentale, pour une vie debout ». Dans cet article, il est mis en avant les enjeux de la prise en charge ambulatoire et les nouvelles approches organisationnelles des établissements de santé dont font état les PTSM. On constate, sur ces nouvelles approches, une forte dimension inclusive de l'offre de soins.

Ces nouvelles approches sont encouragés dans le cadre de la réforme du financement. Les prises en charge ambulatoires innovantes (création d'équipes mobiles, de réhabilitation psychosociale, etc.) sont valorisées par les compartiments « activités nouvelles » qui correspond aux anciens crédits FIOP et, dans une moindre mesure au compartiment « transformation de l'offre ». La DFA en instaurant un coefficient valorisant une prise en charge hors les murs participe également à cette dynamique.

Pour illustrer ce nouvel ambulatoire, deux exemples seront traités. Le second est le fruit d'une réflexion qui a été menée au sein de mon établissement de stage suite à ma mission sur l'évolution des dispositifs ambulatoires.

2.2.2.1 L'exemple de l'EPSM de Lille : La généralisation des équipes mobiles

L'EPSM de Lille s'est engagé très tôt dans une dynamique de « l'aller vers » en psychiatrie par la mise en place de nombreuses équipes mobiles.

En effet, dans son intervention à Valence en 2021, le Dr Roelandt, directeur adjoint du centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale de l'EPSM de Lille fait le constat d'une évolution du système de santé vers la communauté et

une pression médico-économique de plus en plus forte en faveur de la santé communautaire.

Ainsi, le projet d'établissement 2018-2022 de l'EPSM de Lille fait état d'un nombre important d'équipes mobiles qui prennent en charge des publics différents : une équipe mobile d'alcoologie, trois équipes mobile de réhabilitation et de réinsertion dans la cité, cinq équipes mobiles de géronto-psychiatrie, deux équipes mobile de soins à domicile, deux équipes mobiles de soins intensifs à domicile, deux équipes mobile périnatalité petite enfance, une équipe mobile de soins ambulatoires personnalisés, une équipe mobile de précarité, une équipe mobile de remédiation cognitive.

2.2.2.2 L'exemple du CH Ravenel : Un projet innovant de case management « CTRL+ » (annexe 4)

Dans le cadre de ma mission portant sur l'évolution des dispositifs ambulatoires, je me suis aperçue que le lien entre la sortie d'hospitalisation et la prise en charge en ambulatoire n'était pas satisfaisante : beaucoup de ruptures de soins, abandon de soins, etc. Cette carence pouvait être source de ré-hospitalisation d'un certain nombre de patients en phase aiguë. En révisant la littérature sur le sujet et travaillant de concert avec la communauté médicale, un dispositif innovant de *case management* a été proposé au chef d'établissement. Le *case management* a pour objectif d'assurer une continuité des soins optimale grâce à des intervenants assurant un rôle de liaison entre les programmes de soins hospitalier et ambulatoire. Ce dispositif a été nommé : CTRL + (Cellule de transition et de liaison +).

▪ *Le constat*

Les patients sans rendez-vous ou ne se rendant pas au premier rendez-vous après une hospitalisation ont deux fois plus de chances d'être ré-hospitalisés dans la même année que les patients qui se sont rendus au moins à un premier rendez-vous en ambulatoire après l'hospitalisation (Nelson, Maruish et al. 2000).

▪ *Description du programme*

L'idée du dispositif CTRL + est de créer une cellule composée de soignants (médecins, infirmiers, psychologues) chargée de faire le lien entre la sortie de certains patients (ceux notamment admis en soins pour péril imminent) et la prise en charge en ambulatoire. Ce lien serait assuré par le biais d'une télésurveillance : le patient via une application « Mon

Jardin mentale » enregistre sa prise médicamenteuse, son état psychologique général, etc. La cellule suit, à distance, ces enregistrements et gardent un contact constant avec le patient pendant au moins quatre semaines après l'hospitalisation et jusqu'à prise en charge complète en ambulatoire. Ce dispositif permet de s'assurer que les progrès cliniques obtenus à l'hôpital peuvent être poursuivis en ambulatoire d'une part, et d'autre part de prévenir l'aggravation des troubles et le risque de ré-hospitalisation en phase aiguë. Il s'insère dans la logique du « nouvel ambulatoire » et répond à des enjeux de la réforme du financement de renforcer les alternatives à l'hospitalisation.

La réforme, en promouvant une meilleure adéquation entre les ressources allouées et les effets fournis va-t-elle entrainer des réorganisations de pilotage interne, comparables à la mise en place de la T2A et conduire à la mise en place de nouveaux indicateurs de performance ? Ce nouveau système de gestion serait propice à l'amélioration de l'offre ambulatoire qui peut aller jusqu'à la mise en place d'un véritable « virage inclusif ». Dans la pratique, la récente mise en œuvre du dispositif permet d'ors et déjà d'en anticiper les freins et, d'identifier quelques leviers permettant de réellement exploiter les modalités de tarification de la réforme.

3 LES OBSTACLES À SURMONTER PENDANT LA PÉRIODE TRANSITOIRE D'APPLICATION DE LA REFORME (2023-2025)

La réforme du financement est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022 mais s'accompagne d'une période de transition sécurisée jusqu'en 2025. Ainsi, en 2022, les établissements, tous statuts, ont été financés par une dotation provisionnelle au moins égale aux recettes 2021.

Sur ce même exercice, comme le prévoient les textes, afin de commencer à appréhender les enjeux de la réforme, le nouveau modèle de financement, constitué de 8 compartiments, a été déployé « à blanc » (pas de versements) et notifié pour information à chaque établissement. Chaque établissement s'est alors vu simuler le montant de sa prochaine dotation. Les années de déploiement progressif de la réforme 2022-2025 devraient alors donner un délai aux acteurs pour s'adapter du mieux possible au modèle ou pour se mettre à niveau avant le probable plan de convergence qui sera exigé d'eux à partir de l'année 2026 (Finances Hospitalières, 2021).

Les établissements qui vont constater une baisse de ressource dans leurs modèles à blanc (dits « perdants »), auront tout intérêt, pendant cette période de sécurisation, à entreprendre une réflexion sur leurs organisations et à développer une offre davantage valorisée. Or, dans un secteur d'activité tel que le secteur psychiatrique, fortement institutionnalisé, la réussite de la mise en place effective de changements organisationnels constitue un véritable défi. C'est pour cela qu'en parallèle de l'implémentation des outils, de tels projets impliquent une analyse précise des freins, qu'il s'agit d'avoir en tête pour anticiper la réalisation de risques susceptibles de mener à leur échec ou à leur abandon (3.1.). De cette analyse découle un travail d'identification des leviers susceptibles d'être actionnés pour favoriser au mieux le déploiement pérenne des projets à l'aide de réponses adaptées (3.2.).

3.1 DES FREINS A LEVER POUR PERMETTRE LE DEPLOIEMENT D'UNE DEMARCHE D'OPTIMISATION DE L'OFFRE AMBULATOIRE

3.1.1 Les obstacles liés à la difficile appropriation de l'application de la réforme par les établissements

3.1.1.1 Une mise en œuvre concrète de la réforme qui dépend de l'avancement des travaux du CCAR

Avant la mise en place de la réforme du financement, un arrêté conjoint des Ministères des finances et de la santé fixait chaque année le montant de l'enveloppe nationale de DAF qui était ensuite alloué sur un périmètre régional par les ARS. Les modalités et les critères de pondération établis par les ARS étaient alors trop différents pour être généralisés. Elles étaient le plus souvent le résultat de négociations entre les établissements et les fédérations régionales et mixaient des données populationnelles et des indicateurs proposés par la DGOS.

Comme évoqué ci-dessus, le nouveau modèle de financement de la psychiatrie repose sur une conjugaison d'arbitrages nationaux et régionaux des ressources. Pour renforcer encore la dynamique de co-construction de la gouvernance régionale, le décret n°2021-1255 crée, sous l'impulsion de la DGOS, un « comité régional consultatif d'allocation des ressources » (« CCAR »), nouvelle « Pierre angulaire » des modalités d'allocation régionale de financement selon, Didier Guidoni (membre de la *Task Force* Aubert), qui se prononce sur les critères et modalités de l'ARS pour allouer les crédits au niveau des établissements, mais pas sur l'allocation établissement par établissement.

Le CCAR est composé de dix membres des fédérations hospitalières représentatives des établissements de la région, dont au moins un représentant médical par fédération, ainsi que de deux représentants des associations d'usagers et des familles nommés par l'ARS. Il se réunit deux fois par an et est sollicité au moins un mois avant le début de la campagne budgétaire annuelle lancée par l'ARS. L'agence peut également le saisir à tout moment, sur tout sujet concernant l'activité psychiatrique et des avis sont rendus publics car publiés au Journal officiel. Il sera dorénavant particulièrement consulté par le directeur général de l'ARS sur les trois outils de conformation de l'offre territoriale de soins arbitrés au niveau régional : la dotation nouvelles activités, la dotation transformation de l'offre de soins et l'enveloppe régionale de contractualisation (Lespez,, 2020).

L'attribution de l'arbitrage de certaines dotations à l'échelle régionale, et notamment au CCAR, implique deux remarques. D'une part, elle crée une incertitude quant aux critères d'arbitrages qui peuvent être différents d'une région à une autre. D'autre part, elle rend dépendante l'appréhension des effets de la réforme par les établissements à l'état d'avancement de ses travaux et donc peut ralentir l'anticipation de la réforme par certains établissements pendant la période de sécurisation.

Concernant d'abord l'incertitude que génère les critères d'arbitrage dévolus aux ARS. Cette incertitude porte principalement sur la dotation populationnelle. En effet, même si les critères d'attribution sont clairement établis par l'arrêté du 31 décembre 2022 relatif au financement des établissements de santé, la dotation populationnelle est une enveloppe fermée allouée par région. Une ventilation entre établissements d'une même région doit être réalisée. Or, c'est à l'échelon régionale de déterminer les critères qui serviront à cette allocation. La dotation populationnelle est donc au final un modèle de financement national dans lequel est imbriqué un nouveau modèle régional à élaborer, et où sa déclinaison concrète dans les différentes régions est à chaque fois une nouvelle équation.

Les modalités d'allocation de la dotation populationnelle pour l'établissement reste donc une inconnue majeure de la réforme et nécessiterait d'être précisée par arrêté de l'ARS. Une des craintes des établissements étant qu'il n'y ait pas une équité de financement entre les régions.

Concernant ensuite la dépendance de l'anticipation des effets de la réforme que peuvent subir les établissements en fonction de l'état d'avancement du CCAR. En effet, il est ressorti du questionnaire réalisé auprès des établissements de santé que certains territoires avaient plus ou moins arrêté leurs arbitrages. De ce fait, certains établissements disposent d'éléments suffisamment étayés pour se projeter dans le cadre de la réforme. En revanche, d'autres disposent de très peu d'informations (hormis celles prévues par voie réglementaires) pour anticiper les effets de la réforme.

3.1.1.2 Une appréhension de la DFA encore floue

Des incertitudes demeurent concernant la DFA. En effet, le poids de la DFA sera peut-être amené à évoluer au même titre que la part de la dotation modulée à l'activité (DMA) en soins médicaux et de réadaptation (SMR), qui est passée de 10% en 2015 à 50%

au 1^{er} janvier 2023. Cette variation possible du poids de la DFA aura également un impact sur celui de la dotation populationnelle, les deux étant inversement proportionnels.

Un poids trop élevé de la dotation populationnelle générerait les mêmes inconvénients que ceux de la DAF historique (peu dynamique, génératrice de rentes de situation) tandis qu'un poids trop important de la DFA générerait des inconvénients proches de ceux de la T2A (régulation par les prix, sélection des patients, etc.). Ce compartimentage de la DAF historique avec une part majoritaire de la dotation populationnelle est donc un moyen de rassurer les acteurs lors de la première phase de déploiement de la réforme, tout en minimisant pour le moment son aspect « valorisation à l'activité ».

Dans ce contexte, l'appréhension des enjeux de la DFA peut paraître encore flou, en témoigne les retours des établissements interrogés sur le sujet : *« l'effet de levier est trop faible pour influencer sur la dotation de financement ; faible incitation à l'activité ; cela devrait permettre de fixer des objectifs de résultats (négociation de futurs contrats de pôle) mais modulation à l'activité et non tarification à l'activité donc fonction de l'enveloppe et des activités des autres établissements donc quasi impossible à estimer localement (flou prospectif) ».*

3.1.2 Les obstacles liés à une culture peu prononcée des établissements psychiatriques pour la performance

Analyse du questionnaire en ligne à l'attention des directeurs d'établissement en santé mentale :

À la question comment sont perçus les enjeux de la réforme par la communauté médicale de votre établissement, voici quelques réponses apportées :

- *« Crainte sur la mise en place d'une dotation à la file active suite aux impacts sur le MCO de la T2A. »*
- *« Ces enjeux sont perçus à travers le prisme de l'établissement dans lequel la communauté hospitalière travaille. Ce qui interpelle, c'est la mise en place d'un compartiment à l'activité alors que les activités MCO reviennent du tout T2A, la valorisation de la qualité du codage et de la qualité des soins (tout particulièrement de la prise en charge somatique) et la logique de comparaison entre établissements. »*
- *« Crainte sur le nouveau système de financement (inquiétude sur l'absence de valorisation des équipes mobiles et de liaison dans la DFA notamment) - Crainte de l'absence de financement de certaines activités spécifiques (tout le restant devra rentrer*

dans la DOTPOP) - Peu de connaissance médico-économique (problématique de la Direction plus que du corps médical à ce stade) »

- « Difficilement lisibles. Méfiance +++ . acculturation du corps médical et soignant en psy à la logique médico-économique, particulièrement faible par rapport au MCO »

- « La communauté médicale a eu peu d'informations sur la réforme du financement pour deux raisons : la première est que les détails de cette réforme ne sont pas encore consolidés (travaux CARRPSY en cours pour la dotation populationnel) et la deuxième est que l'établissement connaît une crise RH majeure (pénurie des RH médicales et paramédicales) dans un contexte organisationnel en pleine restructuration. »

Le point de vue de la DGOS :

« Il y avait presque une opposition sémantique de principe à cette notion d'activité. Pour l'anecdote, je crois que le choix du nom du compartiment a relevé de nombreuses discussions et pour ne surtout pas que ça s'appelle une dotation à l'activité. Mais a été toléré le principe de dotation à la file active... ».

3.1.2.1 Une méfiance à l'égard de valorisation de l'activité qui avait abouti à l'échec de la VAP en 2005

Des travaux avaient déjà été initiés en 2001, à l'initiative de l'ADESM, de la Conférence des présidents de commission médicale d'établissement (CME), des associations d'usagers et de la FHF (Fédération Hospitalière de France), pour financer la psychiatrie en fonction de son activité. De ces travaux, est né le projet de VAP.

Le modèle de financement VAP devait aussi initialement intégrer 4 compartiments :

- un compartiment décrivant les coûts liés à l'activité à partir du RIM-P ;
- un compartiment géo-populationnel ;
- un compartiment décrivant des missions d'intérêt générales ;
- un compartiment pour les médicaments onéreux (« molécules onéreuses »).

Le risque potentiel de la mise en place d'une sorte de « T2A psychiatrique » par la mise en place du premier compartiment, a agité la communauté professionnelle. L'article du docteur BRUN ROUSSEAU « PMSI, VAP, RIM-P et T2A : à quelle sauce les budgets de psychiatrie seront-ils accommodés ? » prouve la méfiance de la communauté médicale pour la valorisation de l'activité. Pour le corps médical, la VAP ne semblait pas solutionner tous les problèmes posés par la traçabilité de l'activité en psychiatrie. Des doutes

demeuraient sur l'adéquation de l'outil proposé, le RIM-P, mais aussi sur le fondement même d'une T2A en psychiatrie.

Le modèle de la VAP ne s'est pas concrétisé. D'abord pour des raisons techniques, la modélisation d'un séjour et la définition d'un coût y afférant étant complexe pour un patient en psychiatrie, malgré l'introduction du RIM-P. Aussi, parce que la valorisation financière d'un acte ou d'un séjour ne permet pas d'appréhender le coût de prise en charge d'un patient, la stratégie thérapeutique psychiatrique pouvant être très différente d'un praticien à un autre (approche par thérapie cognitive comportementale ou approche psychanalytique). De ce point de vue, le modèle DFA, se fondant sur la notion de file active, paraît plus adapté.

3.1.2.2 La réticence à l'égard de la recherche de performance a encouragé l'abandon du caractère dégressif du financement de l'hospitalisation complète dans le cadre de la réforme

A l'annonce de « Ma Santé 2022 », en septembre 2018, le gouvernement français souhaitait mettre en place une réforme du financement de la psychiatrie qui intégrerait alors un compartiment « pour favoriser la réactivité » et financer les établissements « en regard de leur capacité à prendre en charge les patients ». Plusieurs élus locaux, parlementaires, organisations syndicales et médecins psychiatres engagés, s'y sont opposés, notamment en raison des effets négatifs supposés sur les prises en charge en séjours longs (Lésez, 2021).

Plusieurs critiques se sont élevées, dénonçant un risque de prise en charge en fonction du financement et non plus en fonction de la pathologie. L'article de Jean-Pierre Benoit, « Réforme du financement de la psychiatrie : La psychiatrie passe à l'euro ! » (2021) en est un exemple. En effet, est prédit un « raboutage des prises en charge » dictés par des variables selon le nombre d'actes par patient.

Parallèlement, lors des discussions entre la DGOS et les acteurs du secteur psychiatrique (ADESM, communautés médicales, associations d'usagers, etc.), une grande partie était opposée à un principe de dégressivité tarifaire de l'hospitalisation complète, la mise en place d'un contrôle sur les séjours et donc l'instauration d'un indicateur de durée moyenne d'hospitalisation (DMH) étant « inadaptée aux problématiques de la psychiatrie » (Benarroche, 2022).

Les approches par l'activité ou la performance en psychiatrie sont plutôt considérées négativement alors qu'elles peuvent être un puissant levier d'amélioration des prises en

charge. Afin de dépasser les freins mis en évidence par les acteurs interrogés, certaines pistes d'amélioration peuvent être envisagées pour favoriser l'appropriation des opportunités de la réforme.

3.2 DES LEVIERS A ACTIONNER POUR ACCOMPAGNER L'APPROPRIATION DURABLE PAR LES ACTEURS DES OPPORTUNITES DE LA REFORME

3.2.1 La période transitoire de sécurisation des financements historiques : un temps consacré à l'appropriation des enjeux de la réforme

3.2.1.1 L'intérêt de la période de transition 2022-2025

Le point de vue de l'ARS Grand Est – Direction des finances

« Cette période de sécurisation, est là aussi pour permettre à l'établissement de se repositionner et de dire si je suis perdant, soit il faut que je développe un peu plus d'activités ou je passe un petit peu plus d'activités puisque la DFA elle peut avoir une importance. Je pense notamment au privé, mais même pour les publics

En instaurant une période transitoire de garantie, élément d'approche empirique, le décret n° 2021-1255 va concéder aux établissements la possibilité de conserver leurs organisations de prises en charge historiques jusqu'en 2025, sans risque de perte de recettes de l'activité hospitalière par rapport au montant alloué l'année précédente.

Analyse du questionnaire en ligne à l'attention des directeurs d'établissement en santé mentale :

44,6 % des établissements répondant se considèrent plutôt perdants sur la projection du modèle à blanc, c'est-à-dire, qu'en l'état actuelle de leurs activités, ils percevront moins de recettes en 2025 que par rapport à aujourd'hui.

Ainsi à la question : Les trois années de déploiement représentent-elles, selon vous, une opportunité pour faire évoluer les prises en charge ? La majorité des répondants considèrent que oui (surtout pour les « perdants ») mais certaines réponses nuancent : « *la garantie de financement historique n'incite pas à préciser le modèle et vient troubler sa prise en main* » ; « *oui mais l'équilibre général de la réforme est précaire tout comme la situation de certains établissements confrontés à une pénurie médicale majeure* ».

3.2.1.2 Un temps de discussion avec les autorités de tutelle pour la bonne compréhension de la réforme

Le point de vue de l'ARS Grand Est – Direction des finances :

« Je pense que ça serait intéressant de pouvoir faire une présentation à l'ensemble des personnels en pour expliquer le fonctionnement. Notamment y impliquer directement les psychiatres. En effet, malheureusement, les webinaires et diverses communications sont destinés aux directeurs. C'est déjà une bonne chose. Mais on peut aller plus loin et proposer aux établissements une visio avec le corps médical pour expliquer la nouvelle réforme, les mécanismes de dotation ou encore présenter le modèle à blanc. Même si, sur notre territoire, on est moins avancé sur les travaux du CCAR, on peut quand même répondre aux questions des acteurs de terrain. J'ai déjà beaucoup de directeurs qui m'ont sollicité et je prends le temps de voir avec eux la situation de leur établissements. Il est important qu'il y ait le même langage entre les établissements y compris les médecins et les ARS sur cette réforme ».

Les ARS, accompagnés de la DGOS ont, depuis la parution des arrêtés précisant les modalités de financement en mars 2023, réalisé un certain nombre de communications à destination des établissements de santé afin de clarifier certains points liés à la réforme (webinaire, notice explicative, etc.).

Il peut être intéressant, dans un premier temps, de solliciter les autorités de tutelle en compagnie du corps médical et soignant pour la bonne compréhension de la réforme et ne pas tomber dans la croyance de la mise en place d'une T2A psychiatrique.

3.2.2 Une conduite du changement à mener pour accompagner la mise en œuvre des effets de la réforme

3.2.2.1 La constitution d'un Copil pouvant dégager les axes prioritaires de travail

La constitution d'un Copil pour anticiper les effets de la réforme sur le financement de l'établissement peut être une démarche intéressante à mettre en place à plusieurs égards.

D'abord, il permettrait une analyse de la situation actuelle des établissements et la mise en place de préconisations. Dans ce cas, il s'agirait dans un premier temps d'analyser le modèle de financement « à blanc » reçu par l'établissement : est-il perdant ou gagnant ? Sur quel compartiment a-t-il une marge de manœuvre ?

À ce stade de réflexion, une cartographie des organisations actuelles (surtout ambulatoire), comme l'audit réalisé pour le CH Ravenel, est un exercice intéressant à réaliser. En effet, cela permettrait d'avoir une vision claire sur l'organisation et le fonctionnement des services mais surtout d'anticiper les carences en termes d'indicateurs ou de pilotage qu'il conviendrait de corriger.

Ensuite le Copil pourra proposer des pistes de réflexion d'optimisation des pratiques, notamment de codage, de valorisation des files actives ou même de redéfinition de l'offre. Il pourra en résulter un plan d'actions à mettre en place pendant la période de sécurisation des financements.

Ensuite, le Copil, en intégrant les membres du Codir, pourrait appréhender les effets de la réforme sur tous les aspects institutionnels : en lien avec la réforme des autorisations qui aura aussi un impact sur la définition de l'offre, en lien avec la réforme TNJP évoquée ci-dessus, en lien avec le PRS, etc.

3.2.2.2 Une indispensable co-construction du plan d'actions

Si l'établissement identifie des axes d'amélioration dans le cadre du Copil, qu'il peut mettre en œuvre, il est nécessaire d'impliquer tous les acteurs dans la gouvernance du plan d'actions. En effet, un des axes identifiés pour permettre d'accompagner de manière effective et efficace le changement qu'implique la mise en place de nouveaux indicateurs et la réorganisation de certains services, réside dans la gouvernance des projets. Cela impacte en effet la question de l'adhésion des professionnels de santé, essentielle pour impulser les premiers usages et capitaliser l'expérience. Or, si cette implication recherchée des professionnels est en partie due à la personnalité même des agents, celle-ci est aussi conditionnée par des éléments de gouvernance et de pilotage des projets. En effet, il ressort des entretiens réalisés que le niveau de mobilisation de la direction et la création d'une collaboration partenariale avec les personnels médicaux constituent deux éléments nécessaires à la réussite de l'appréhension de la réforme.

L'étude réalisée pour le CH Ravenel a permis de proposer un certain nombre de préconisations permettant d'optimiser les ressources dans le cadre de la réforme du financement. Pour autant, certaines de ces préconisations peuvent être difficiles à mettre en place : installation d'un nouveau logiciel alourdissant le système d'information, augmentation de nombre de tâches des secrétaires médicales, analyse plus fine de l'activité des professionnels de santé, etc. Dans ce contexte, l'adhésion des professionnels ainsi que

la volonté d'opérer des changements de pratiques doivent être assurés. Or pour adhérer au changement, il faut que les acteurs y trouvent un intérêt. Ce sera tout l'enjeu du travail de la gouvernance de dégager des avantages propres à son établissement, autres que financiers, à la réforme.

Conclusion

La réforme du financement de la psychiatrie, en intégrant un compartiment visant à objectiver et valoriser l'activité, rompt avec la culture de la dotation globale et retranscrit de manière plus aboutie la volonté des politiques ciblées de prise en charge alternatives à l'hospitalisation complète.

La présente étude a permis de constater un certain nombre de mouvements intéressants à deux égards sur les effets à venir de la réforme.

Tout d'abord, ils ne sont pas sans rejoindre les mouvements observés à propos de la mise en place de la T2A, où on notait que le paiement prospectif au séjour s'était traduit par de profondes réorganisations au niveau du tissu des organisations elles-mêmes : mise en place d'un système de gestion, place de la technostructure, etc.

Ensuite, parce que ces mouvements semblent répondre, d'une certaine façon, aux besoins des établissements d'un pilotage plus fin des structures ambulatoire et d'une meilleure adéquation de l'offre de soins au territoire. Les orientations politiques actuelles (« Ma santé 2022 ») vont par ailleurs dans ce sens en encourageant la territorialisation.

Pour autant, certains acteurs interrogés restent sceptiques quant à l'imputation des effets potentiels de la réforme sur la redéfinition de l'offre ambulatoire. En démontrent certains verbatims : « *Je ne pense pas que la réforme du financement va inciter les établissements à engager une réflexion sur l'organisation des structures ambulatoires. En effet, ce n'est pas la réforme qui incite cela mais les contraintes diverses que connaissent les établissements : pénurie RH, accroissement des demandes de soins, etc.* » ; « *Les établissements sont obligés de se poser cette question, et à mon avis ils le font non pas en raison de la mise en œuvre du nouveau modèle de financement mais en raison d'une nécessité* ».

Ces considérations nous conduisent à questionner l'hypothèse de cette étude, à savoir la possibilité d'une adaptation « rationnelle » des acteurs. À supposer qu'il soit mis en œuvre de manière conforme à l'esprit et aux objectifs du législateur, l'intérêt incitatif de la réforme semble peu discutable. Il se révèle tout à fait adéquat à aux gestionnaires dans le cadre de la construction de nouvelles représentations des activités des services (développement système de gestion, création de nouveaux indicateurs, etc.). Par contre, lorsque l'on se porte du côté de l'organisation des activités de production des soins (la

prise en charge des patients et l'organisation ambulatoire), le constat est plutôt celui d'une réticence des acteurs à définir des stratégies de changement. En particulier, les nouveaux outils de gestion des pôles et services « embrayent » difficilement sur les organisations, dans le sens où ils sont rarement des facteurs déclenchants de projets de changement.

En conséquence, plus que de grandes tendances de changement, nous sommes tentés de parler « d'effets de capillarité », d'ampleur très variable selon les lieux et les acteurs, très diffus dans les organisations, et marqués par des rythmes temporels lents. Seuls certains établissements, sensibles à l'optimisation des coûts, sembleront mener une réflexion de redéfinition de l'offre ambulatoire.

Dès lors, peut-on faire un pronostic sur les évolutions à venir ? Deux hypothèses s'offrent à nous.

Une première, pessimiste, serait que la difficulté à surmonter la complexité et à obtenir des résultats visibles découragerait les acteurs pionniers. Seules subsisteraient alors les innovations d'ordre gestionnaire.

La seconde, optimiste, consisterait à dire que les germes de changement, dont nous avons vu de nombreuses formes (la proposition de l'amélioration de l'offre ambulatoire, la mise en place d'indicateurs, le déploiement du virage inclusif, etc.) peuvent produire, à un horizon pas trop lointain, suffisamment de fruits pour atteindre une sorte de « masse critique » qui engendrerait une accélération de la dynamique de transformation de l'offre ambulatoire.

Il restera à évaluer cette réforme face à l'épreuve de la réalité de sa mise en œuvre, afin de mesurer avec le recul nécessaire la portée par rapport aux ambitions qu'elle véhicule. En définitive, seul le temps permettra de déterminer si *in fine*, un énième modèle de tarification en aura remplacé un autre ou si au contraire, les gestionnaires hospitaliers se seront saisis de l'opportunité financière pour redéfinir une offre plus adaptée aux besoins de la population.

Bibliographie

Ouvrages :

Mintzberg H., Le management – voyage au centre des organisations, Éditions d'organisation, 2004.

Rapports publics et documents officiels :

ADESM, Angele-Halgand, n., Bastard, M., Berthome, A., Jean-yves, B., Breuls de tiecken, L.,. Réformer le financement de la psychiatrie de service public, 2017.

Aubert, J.-M., Rapport final - Modes de financement et de régulation 2019.

Aubert, J.-M., Task Force « Réforme du Financement du système de santé », 2019.

Cour des Comptes.. L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan "psychiatrie et santé mentale" (2005-2010), 2011.

Cour des Comptes. Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie. Cour des Comptes, 2021.

Cour des Comptes. La tarification à l'activité, 2023.

DREES, Les établissements de santé, fiche 13 : les patients suivis en psychiatrie, 2022.

DGOS.. Ma Santé 2022 - un engagement collectif - Financement pour la psychiatrie, 2018.

IGAS, Lopez, A., & Turan-Pelletier, G.. Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 - Tome II. IGAS, 2017.

IGAS. Emmanuelli J., Dupays S. Les centres médico-psychologiques et leur place dans le parcours patient » 2019.

Véran, O. L'évolution du mode de financement des établissements de santé, 2017.

Wonner, M.. Mission « flash » sur le financement de la psychiatrie, 2019.

Mémoire EHESP :

Bayod S. Assurer la fiabilité du RIM-P à l'approche de la Valorisation de l'Activité en Psychiatrie : Analyse pour le Centre Hospitalier Guillaume Régnier, 2009.

Duluc N. L'évaluation de l'activité ambulatoire en psychiatrie : Système d'information et indicateurs pour le centre hospitalier Charles Perrens, 1994.

Vacher V. La réforme de financement de la psychiatrie perçue par les acteurs Le cas du Groupe Hospitalier Paul Guiraud, 2022.

Articles de périodiques :

ANAP (2021). Le nouvel ambulatoire en santé mentale

Benoit, J.-P. Réforme du financement de la psychiatrie. La psychiatrie passe à l'euro ! *Enfances & Psy*(91), pp. 6-8. (2021).

Bonsack C. et al., Le case management de transition: une intervention à court terme dans la communauté après une hospitalisation psychiatrique, 2009.

Brun Rousseau H. PMSI, VAP, RIMP et T2A : à quelle sauce les budgets de psychiatrie seront-ils accommodés ?, *L'information psychiatrique*, Volume 82 n° :7, 2006.

Guerin O., Husser J. Les effets incitatifs de la T2A pour les établissements de soins : vers une nouvelle répartition des actes chirurgicaux ? *ANDESE « Vie et sciences de l'entreprise »* (n°189), p. 12 à 22. (2011).

Lespez, V. Financement de la psychiatrie: la réforme appliquée en 2021 au niveau national, mais en 2022 en région, 2020.

Lespez, V. Psychiatrie: la conférence des présidents de CME de CHS s'affole d'une "crise d'attractivité sans précédent, 2021.

Lespez, V. Réforme du financement de la psychiatrie: les concertations encore en cours, 2021.

Lespez, V. Financement, autorisations, PTSM: l'enjeu de "l'accompagnement" de la psychiatrie, sous peine de "réformes inabouties" (Frank Bellivier), 2022.

Moison J-C., Pepin C. Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé Étude qualitative d'un échantillon de 8 établissements, *DREES, série études et recherche*, n°97. (2010)

Nobre, T. L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements, 20^{ème} congrès de l'AFC, 1999.

Sources législatives et réglementaires :

Arrêté du 31 décembre 2022 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15

Arrêté du 31 décembre 2022 relatif au financement des établissements de santé exerçant des activités de soins mentionnées au 2^o de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale

Arrêté du 30 mars 2023 relatif aux dotations relatives à la file active et à la qualité du codage mentionnées à l'article R. 162-31-3 du code de la sécurité sociale dans le champ des activités de psychiatrie

Décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie.

Benarroche, .: (2022, Mars 31). Tarification des soins en psychiatrie - question écrite n° 27496 de M. Guy Benarroche (Bouches-du-Rhône - GEST).

NOTICE TECHNIQUE N° ATIH-234-02-2023 Du 11 mai 2023 Campagne budgétaire 2022 Nouvelles modalités de financement du champ PSY

NOTICE TECHNIQUE n° ATIH 188-04-2022 du 10 Mai 2022 Campagne tarifaire et budgétaire Réforme

Liste des annexes

Annexe 1 : Trame du questionnaire *GoogleForms* à l'attention des directeurs des établissements en santé mentale

Annexe 2 : Trame des entretiens (inspecteur générale des affaires sociales, cheffe de projet réforme du financement – Sous-direction de l'offre de soins – Direction générale de l'offre de soins, chargée de performance hospitalière – Direction performance hospitalière - ARS Grand Est, chef de projet en santé mentale – Direction de l'offre sanitaire – ARS Grand Est)

Annexe 3 : Présentation en CODIR de la mission sur l'évolution des dispositifs ambulatoires – CH Ravenel

Annexe 4 : Présentation en CODIR du projet innovant de virage inclusif « CTRL + »

ANNEXE 1 : Trame du questionnaire *GoogleForms* à l'attention des directeurs des établissements en santé mentale

27/09/2023 13:52

La réforme de financement de la psychiatrie : une opportunité pour renouveler l'offre de soins ?

La réforme de financement de la psychiatrie : une opportunité pour renouveler l'offre de soins ?

Je suis élève directrice d'hôpital, actuellement en formation à l'EHESP à Rennes et en stage de direction dans un EPSM. Je me permets de vous solliciter pour une participation au travail de recherche que je mène dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude qui porte sur la réforme du financement en psychiatrie. J'aimerais avoir votre regard sur l'appréhension de cette réforme par vos établissements.

Identification du répondant

1. Vous répondez en qualité de

Une seule réponse possible.

- Direction générale
- Direction des finances
- Médecin DIM
- Autre : _____

Caractéristiques de l'établissement

2. Qui assure le suivi de l'activité dans votre établissement ?

Une seule réponse possible.

- Le médecin DIM
- La direction des finances
- Un contrôleur de gestion (détaché de la DAF)

<https://docs.google.com/forms/d/1-J4NdP8TyN-0jYvPvyEqXCkouVzF2J1xXVMOGIP0III/edit?pli=1&pli=1&pli=1&pli=1&entry.556227090=Direction+généra...> 1/7

3. Le codage de votre établissement est-il centralisé ou décentralisé ?

Une seule réponse possible.

- Centralisé
- Décentralisé

Contexte de la réforme

4. Selon vous, quels sont les principaux enjeux de la réforme ?

5. Comment sont perçus ces enjeux par la communauté médicale de votre établissement ?

La dotation à la file active

L'objectif affiché de la DFA est de favoriser le développement des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation à temps plein

6. Le poids de la DFA (15% du financement) vous paraît-il adapté à l'objectif affiché ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
- Non

7. Pourquoi ?

8. Les derniers textes relatifs à la DFA suppriment la dégressivité des tarifs en fonction des durées moyennes d'hospitalisation. Voyez-vous cette suppression comme un élément de sécurisation de la prise en charge du patient ?

9. Pensez-vous, a contrario, que la suppression de la dégressivité des tarifs réduise l'intérêt de cette réforme ?

10. Pensez-vous que la suppression de la dégressivité ralentisse "le virage ambulatoire" de l'établissement ?

Les autres financements (transformations de l'offre, activités nouvelles, activités spécifiques)

L'objectif affiché est de dynamiser l'offre, reconnaître les spécificités locales et les caractéristiques de certains publics

- 11. La réforme, dans ses compartiments "activités nouvelles et transformation de l'offre", permettra-t-elle, selon vous, de promouvoir les innovations en matière de prise en charge des patients ?

- 12. La réforme, dans ses compartiments "activités nouvelles et transformation de l'offre", permettra-t-elle, selon vous, de promouvoir des activités de réhabilitation sociale ?

Le déploiement progressif de la réforme

L'objectif affiché est de permettre à l'établissement de disposer d'une période de sécurisation pour réadapter son offre en fonction de sa nouvelle dotation

- 13. Les trois années de déploiement représentent-elles, selon vous, une opportunité pour faire évoluer les prises en charge ?

14. Avez-vous reçu votre modèle à blanc de financement pour ces trois prochaines années ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
 Non

15. Êtes-vous plutôt "perdant" ou "gagnant" sur cette projection ?

Plusieurs réponses possibles.

- Perdant
 Gagnant

16. Votre établissement a-t-il engagé des réflexions sur l'évolution de l'offre ?

Une seule réponse possible.

- Oui, sous la forme d'un Copil
 Oui, mais sans formalisme particulier
 Non, l'établissement n'a pas suffisamment d'éléments pour mener cette réflexion
 Non, ce n'était pas la priorité de l'établissement

17. Si des réflexions ont été menées, quels axes de travail ont été soulevés ?

Plusieurs réponses possibles.

- Instaurer de nouveaux outils médico-administratifs (comptabilité analytique, dialogue de gestion, etc.)
 Améliorer le processus de codage de l'établissement
 Promouvoir les innovations en matière de prise en charge
 Améliorer la lisibilité des structures extra-hospitalières (HDJ, CMP, CATTP, etc.)
 La mise en place de nouveaux indicateurs de suivi (taux de renouvellement de la file active, taux de dispersion des patients, etc.)
 Autre : _____

18. Des réorganisations internes à votre établissement ont-elles été anticipées (création d'un poste de contrôle de gestion pour le suivi de l'activité, évolution du système de gestion, de facturation, réorganisation interne des services et/ou pôles, etc.) ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

19. Si oui, lesquelles ?

Les potentielles conséquences de la réforme sur l'offre ambulatoire

Le rapport IGAS de 2020 sur le fonctionnement des CMP faisait état d'un manque de lisibilité du fonctionnement et du positionnement de ces structures. Le rapport proposait un ensemble de préconisations pour améliorer le fonctionnement des structures ambulatoires en psychiatrie.

20. Avez-vous engagé des actions à la suite de ce rapport (dans le cadre du projet d'établissement, du PTSM ou autre) ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

21. Si oui, quels axes de travail ont été soulevés ?

Plusieurs réponses possibles.

- Améliorer l'identification du parcours patient pris en charge dans les structures ambulatoires
- Améliorer la visibilité de ces structures (meilleure identification par le patient et les partenaires)
- Améliorer la lisibilité du fonctionnement de ces structures (objectivation de l'activité, objectivation du délai d'attente, etc.)
- Améliorer la performance des structures ambulatoires (mutualisation des coûts par le regroupement des structures, revue des maquettes organisationnelles en fonction de l'activité, etc.)
- Autre : _____

22. Pensez-vous que la réforme du financement va inciter les établissements à engager une réflexion sur l'organisation des structures ambulatoires ? Si oui, sous quelle forme ?

Merci pour vos réponses !

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

ANNEXE 2 : Trame des entretiens extérieurs

Entretien IGAS – 30/01

Inspecteur général des affaires sociales – Rédacteur du rapport : « Les centres médico-psychologiques et leur place dans le parcours patient » 2019

I) Contexte du rapport de l'IGAS

1. Pouvez-vous expliquer en quoi consistait la mission qui a conduit à la rédaction de ce rapport sur les centres médico-psychologiques et leur place dans le parcours patient ?
2. Quels ont été les principaux constats ou conclusions issus de ce rapport en ce qui concerne les centres médico-psychologiques et leur fonctionnement ?
3. Pourriez-vous nous présenter les principaux leviers d'amélioration recommandés dans le rapport pour optimiser la contribution des centres médico-psychologiques au parcours patient ?
4. Comment le concept de "virage ambulatoire" s'intègre-t-il dans les recommandations de votre rapport ?
5. Quel intérêt avez-vous constaté pour développer les alternatives à l'hospitalisation complète

II) Les potentiels conséquences de la réforme du financement sur l'offre ambulatoire

1. Selon votre analyse, quels sont les scénarios possibles en ce qui concerne le financement des soins ambulatoires à l'avenir, et comment cela pourrait influencer le fonctionnement et le rôle des centres médico-psychologiques ?
2. D'après votre rapport, quelles sont les tendances et les évolutions attendues en matière de financement de la santé et comment ces changements pourraient impacter l'offre ambulatoire ?
3. Dans le cadre de la réforme du financement à venir, quelles recommandations ou mesures spécifiques pourraient être mises en place pour renforcer le rôle des structures ambulatoires ?
4. Les conclusions de votre rapport suggèrent-elles des ajustements nécessaires dans la planification stratégique des structures ambulatoires en prévision de ces éventuels changements dans le financement ?
5. Pouvez-vous identifier les principaux enjeux ou défis que les structures ambulatoires pourraient rencontrer lors de l'adaptation aux nouvelles modalités de financement de l'offre ambulatoire ?
6. Quels sont les bénéfices attendus pour les patients dans le cadre de cette réforme du financement en ce qui concerne l'accès aux services de santé mentale et de soins ambulatoires ?
7. Enfin, avez-vous des recommandations générales pour les décideurs et les professionnels de la santé concernant la préparation aux changements potentiels liés à la réforme du financement de l'offre ambulatoire ?

Entretien DGOS - 18/04

Chef de projet réformes du financement à la Sous-direction de la régulation de l'offre de soins de la DGOS

I) Contexte de la réforme

- 1) Quelle a été la principale source d'inspiration de la réforme ?
- 2) Quels étaient les principaux enjeux de la réforme ?
- 3) Quels sont les inconvénients de la DAF ?
- 4) L'ATIH a publié différents scénarii de la réforme : l'initiative de la réforme n'a-t-elle pas été dévoyée par une recherche de consensus ?

II) L'application de la réforme

- 1) Pourquoi avoir accordé un poids si important à la dotation populationnelle (78%) ?
- 2) Dotation populationnelle sur un territoire avec 2 établissements psychiatriques → Cela revient à calculer en fonction de la part de marché ?
- 3) Quels sont les principaux effets attendus de la DFA ? Retour au projet VAP abandonné en 2001 ?
- 4) Le poids de la DFA (15%) favorise-t-elle une exhaustivité des codages ?
- 5) Pourquoi avoir pris en compte dans le financement certains actes et pas d'autres (EGA sur EDGAR) ?
- 6) Pourquoi avoir supprimé la dégressivité des tarifs liés aux DMS en HC ? Pourtant c'est un enjeu de baisser la DMS des HC ?
- 7) Par quoi a été remplacée la dégressivité ? Évaluation de l'intensité de la PEC ?
- 8) Ne craignez-vous pas que cette mesure ralentisse le virage ambulatoire ?
- 9) La mise en place des TANJP n'assure-t-elle pas, en fin de compte, le virage ambulatoire (tarifs plus intéressants en ambulatoire qu'en hospitalisation complète) ?
- 10) Cette réforme va-t-elle permettre une valorisation des activités de réhabilitation sociale (vers un virage inclusif) ? Par quels leviers ?
- 11) Des prises en charge innovantes sont-elles attendues ?
- 12) Quelles transformations de l'hôpital public sont attendues ?
 - a. Au niveau du parcours patient ?
 - b. Au niveau de l'organisation interne (contrôle de gestion, etc.) ?
- 13) Quelle est la suite de la réforme ? Part de la DFA plus grande ? Prise en compte de la dégressivité de l'HC ?

Entretien ARS GRAND EST - 11/05

Chargée mission performance hospitalière – Direction de la performance ARS GRAND EST

I) Contexte de la réforme

Dotation globale : enveloppe ministère allouée aux ARS qui répartit l'enveloppe entre les établissements. Revient au même que la dotation populationnelle ?

Constats : inégalité de moyens entre régions et territoire :

- Manque de souplesse dans l'allocation des moyens et évolution de l'offre peu dynamique
- Inflation des dépenses
- Prise en considération insuffisante :
 - De la nécessité d'une diversification des modes de prise en charge adaptée aux territoires et aux publics pour sortir d'une prise en charge centrée sur l'hospitalisation
 - Du caractère spécifique de certains publics et certaines prises en charge (publics précaires, psychiatrie infanto-juvénile, sujets âgés, etc.)

Comment avoir objectivé ce constat ?

Question de la régionalité de l'allocation : suite entretien DGOS : volonté de guider les ARS sur les attendus mais quels sont les objectifs de l'ARS GE ?

- ##### II) Reconnaître les spécificités locales et les caractéristiques de certains publics en favorisant le développement des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation à temps plein :

- Compartiment accompagnement à la transformation de l'offre → Dans le cadre de la réduction de l'hospitalisation complète ? : aides à l'investissement : toujours recours au Ségur ? mesures ciblées : en fonction d'un cahier des charges ?
- Compartiment File active :
 - o Perte dégressivité séjour HC ? Pourtant enjeu de baisser la DMH ?
 - o Pondération en faveur de la prise en charge en ambulatoire : ARS a-t-elle anticipé des restructurations des établissements (baisse recours HDJ, augmentation antenne CMP, etc) ?
 - o Quelles sont les effets attendus de la DFA ?
 - o Le virage n'est-il pas, en fin de compte, assuré par la mise en place du TNJP (tarif plus intéressant pour l'ambulatoire) ?
 - o DFA : enveloppe fermée → Course au recrutement de patient ?
- Compartiment activités nouvelles (FIOP): sur quelle base sont déterminées les activités ? Des priorités issues de la réforme sont-elles établies ? On parle souvent du virage inclusif, quelle est la place de la valorisation de la réhabilitation sociale dans le cadre de la réforme ?

Questionnaire à l'attention du chef de projet en santé mentale – Direction de l'offre de soins - ARS GRAND EST

Question 1 : Contexte de la réforme au regard de la planification de l'offre de soins

- Quelle est la situation actuelle de planification de l'offre de soins dans le Grand Est ? (Bilan d'étape PRS et SRS en cours de rédaction ...)
- Plus précisément, dans le secteur de la psychiatrie, quels sont les principaux enjeux retenus dans le cadre des travaux sur le PRS / SRS ?
- De quels constats sont tirés ces enjeux ?
- Comment se sont articulés, la mise en place de la réforme du financement et les travaux sur la planification de l'offre, au niveau régional ? L'ARS GE avait-elle des attendus particuliers ?

Question 2 : La mise en place de la réforme du financement de la psychiatrie se fonde, notamment, sur la volonté de reconnaître les spécificités locales et les caractéristiques de certains publics en favorisant le développement des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation à temps plein.

- Dans le cadre du compartiment « accompagnement à la transformation de l'offre » de la nouvelle dotation, des objectifs spécifiques au développement de la prise en charge ambulatoire sont-ils prioritaires ? D'autres objectifs le sont ?
- Dans le cadre du compartiment « activités nouvelles (FIOP) », quels sont les objectifs prioritaires déterminés par l'ARS ?
- Une place particulière est-elle accordée à la réhabilitation sociale ?
- Dans le cadre du compartiment « DFA », la pondération est en faveur d'une prise en charge ambulatoire. L'ARS a-t-elle anticipé des restructurations des établissements suite à la mise en place de la DFA (baisse recours HDJ, création antenne CMP, etc.) ? Si oui, comment cette anticipation s'est concrétisée ?

Question 3 : Le rapport 2020 de l'IGAS sur l'organisation des CMP faisait état d'un manque de lisibilité et de visibilité des structures ambulatoires en psychiatrie.

- Partagez-vous ce constat ?
- Pensez-vous que les établissements adopteront des instruments de performance pour optimiser l'activité des structures ambulatoires (contrôle de gestion, nouveaux indicateurs de performance, etc.) ?
- Pensez-vous que la réforme incitera les établissements à adopter une politique visant à améliorer l'accès des patients aux structures ambulatoires ?

ANNEXE 3 : Présentation en CODIR de la mission sur l'évolution des dispositifs ambulatoires – CH Ravel

Etude sur l'organisation et le fonctionnement des structures extrahospitalières



Centre hospitalier Ravel

Contexte

- **Projet régional de santé 2018-2028 du Grand Est**
 - **Axe stratégique n° 4** « amélioration de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes en psychiatrie et santé mentale ». L'objectif 3 de cet axe vise à améliorer l'accès, la fluidité aux soins et l'accompagnement ambulatoire.
 - Faciliter l'accès aux structures ambulatoires en aménageant les amplitudes horaires, les jours d'ouverture de ces structures (centres médico-psychologiques (CMP) et hôpitaux de jour, CATTTP...);
 - Mettre en place dans les CMP des plages d'accueil non programmé de consultation infirmière, pour permettre une réponse rapide aux premières sollicitations, ou aux situations d'urgence à évaluer ;
 - Développer les protocoles de coopération entre professionnels de santé ;
 - Mettre en place des dispositifs de télé-médecine ;
 - Mettre en place un dispositif de maintien de contact et de prise en charge pour les patients présentant des pathologies lourdes, en risque ou déjà en rupture de suivi (fugues...).

Contexte

- **Projet d'établissement du CH Ravel dans son axe 2** : « Penser des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre de soins en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité » met l'accent sur l'évolution des dispositifs ambulatoires.
 - Renforcer la clarté et la lisibilité des structures et des dispositifs de soins existants, ainsi que leur mission respective.
 - Faciliter l'accès aux structures ambulatoires en aménageant les amplitudes horaires
 - Développer la mise en place de plages d'accueil non programmé de consultation infirmière
- Enfin, un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) intitulé « Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient » de 2020 souligne l'importance de repenser et de renforcer ces dispositifs ambulatoires dans le parcours global des patients.

Objectifs

Pratiques organisationnelles partagées

Cela implique d'établir des protocoles de travail collaboratifs et harmonisés entre les différents acteurs impliqués dans les parcours de soins en psychiatrie



Optimisation du fonctionnement

Cela implique d'optimiser les ressources de fonctionnement et de dynamiser l'activité au regard de la réforme du financement de la psychiatrie



Méthodologie



Questionnaires de recueil d'informations : auprès des chefs de pôle et des cadres supérieurs de santé : organisation des structures (effectifs du personnel, missions spécifiques, etc.), fonctionnement des structures (horaires de fonctionnement, les délais pour obtenir un premier rendez-vous, la structure d'adressage des patients et les circuits d'information internes, etc.).



Entretiens en interne :

- Médecin DIM concernant les données sur l'activité des structures ambulatoires.
- Service des finances concernant les ressources financières, les dépenses et les éventuelles contraintes budgétaires.

Entretiens en externe :

- Dr J. Emmanuelli : IGAS, rédacteur du rapport « Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient »
- Mme Camille Ruiz : Chef de projet réformes du financement / Sous-direction de la régulation de l'offre de soins - DGOS
- M. Vincent Fortin : Chef de Projet en Santé Mentale / Direction de l'Offre Sanitaire / ARS CE

SOMMAIRE

01

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES STRUCTURES

Offre sur le territoire, activité, financements

POINTS FORTS

Rôle CMP pivot / projets de regroupement / consultations non programmées

02

03

PRINCIPALES OBSERVATIONS

Baisse activité / occupation HDJ / RDV non honorés

PROPOSITION D'UN PLAN D'ACTION

Quatre axes d'amélioration

04

01.

Organisation et fonctionnement des structures

Offre sur le territoire, activité, financements



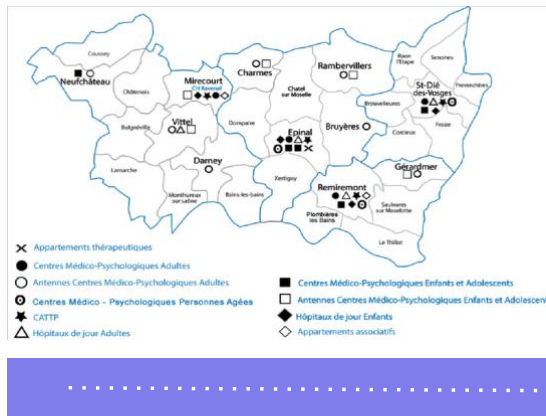
Une offre de soins ambulatoire fournie dans le département



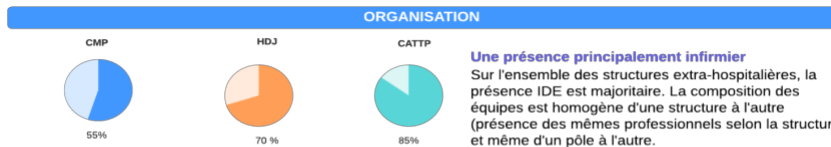
Plus de 40 structures extrahospitalières, et une densité de CMP de 8,3 pour 100 000 habitants (la moyenne nationale est de 4,2)

Le nombre de structure varie en fonction de la densité démographique de chaque pôle et des besoins recensés : PVC a développé des filières de prise en charge adaptées (personnes âgées, personnes détenues, addictologie).

Les autres pôles, assurent une prise en charge extrahospitalière plus classique : CMP, CATT, HDJ.

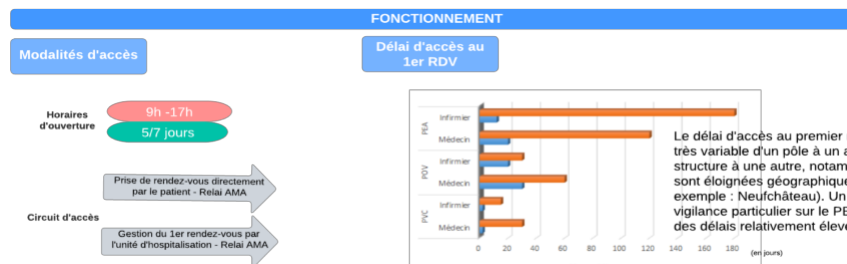


Une organisation et un fonctionnement relativement homogène entre les structures



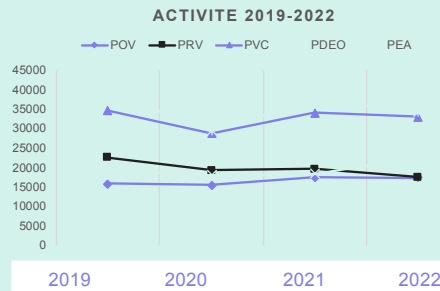
Le cas spécifique du pôle enfants / adolescents

Le PEA présente la même composition que les autres pôles mais avec un volume différent. Ainsi, dans les CMP, il y a en moyenne 20% d'IDE et dans les HDJ 35%



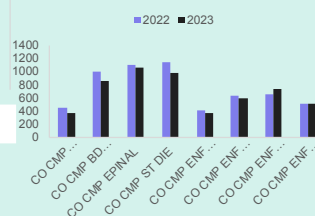
Une activité ambulatoire en légère baisse

Entre 2019 et 2023, l'activité (actes EDGAR) connaît une légère baisse malgré une file active stable. L'année 2020 ne peut pas être prise en compte en raison des répercussions de la pandémie de COVID-19. Pour autant, en 2021 et en 2022, l'activité n'a pas repris une dynamique en hausse



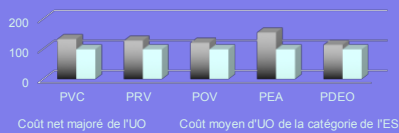
La file active des CMP Pivot est en légère baisse. Il est à rappeler que la réforme du financement dans sa dotation à la file active attribue un coefficient plus ou moins élevé en fonction du nombre d'actes par patient et du nombre de patients pris en charge. Il paraît donc intéressant de réaliser une étude permettant de simuler une valeur cible de la file active.

FILE ACTIVE DES CMP PIVOT

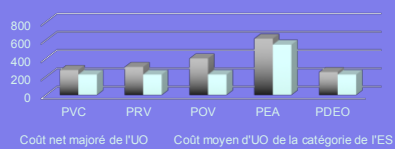


Une activité extrahospitalière structurellement déficitaire

Coût ambulatoire



Coût temps partiel



Les structures extrahospitalières (ambulatoires : CMP et temps partiel : HDJ) engendrent un coût supérieur à la moyenne nationale des autres structures (Source : RTC 2019). Cette constatation qui avait été soulignée lors du CODIR du 3 août 2023 met en évidence la nécessité de réévaluer la gestion des ressources et de valoriser l'activité, compte tenu de la réforme en cours sur le financement de la psychiatrie.

02.

Points forts

Rôle CMP pivot / projets de regroupement / consultations non programmées



Le rôle pivot des CMP bien intégré dans l'organisation ambulatoire

Le rapport de l'IGAS de 2020 sur les CMP a souligné l'importance de renforcer la fonction pivot (CMP de référence) de ces structures dans le parcours du patient en santé mentale. Il a mis en évidence le rôle central des CMP dans l'organisation des soins ambulatoires et la coordination des différentes modalités de prise en charge.

Des projets de regroupements des structures ambulatoires en cours de réalisation

Le regroupement des structures ambulatoires sur le territoire d'Epinal / Le regroupement des structures adultes sur le territoire de Neufchâteau

Une organisation de la prise en charge des consultations non programmées effective

Suite au retour du questionnaire transmis aux chefs de pôle et aux CSS : primo-intervention des IDE en urgence

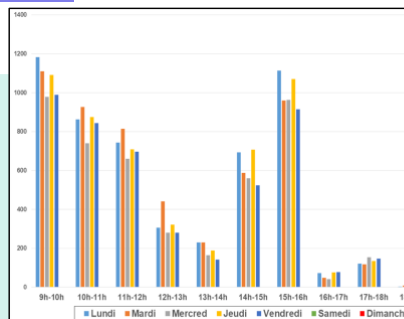
03.

Principales observations

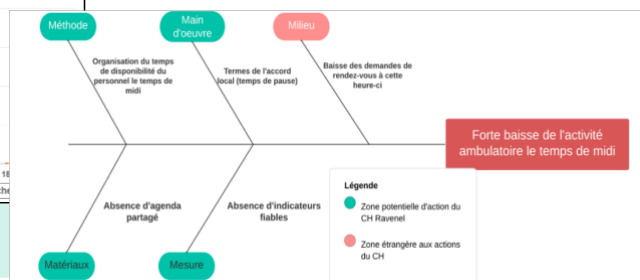
Baisse activité / occupation HDJ / RDV non honorés



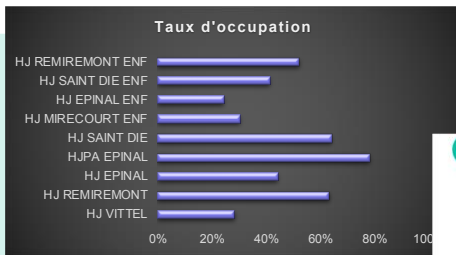
Observation 1: Baisse de l'activité ambulatoire spécifiquement le temps de midi (entre 12h et 14h)



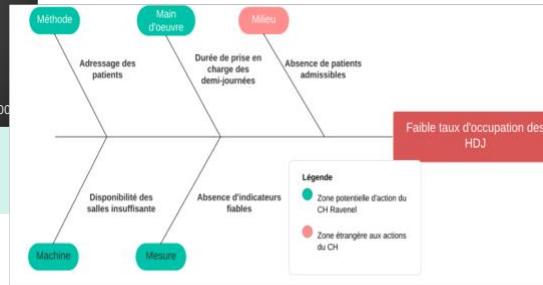
En analysant les actes réalisés par les professionnels de santé tout au long de la journée, on constate une baisse de l'activité spécifiquement le temps de midi. Ce constat se retrouve sur l'ensemble des structures ambulatoires du CH Ravenel, quel que soit le pôle.



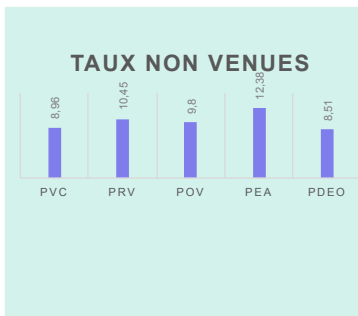
Observation 2 : Faible taux d'occupation des hôpitaux de jour



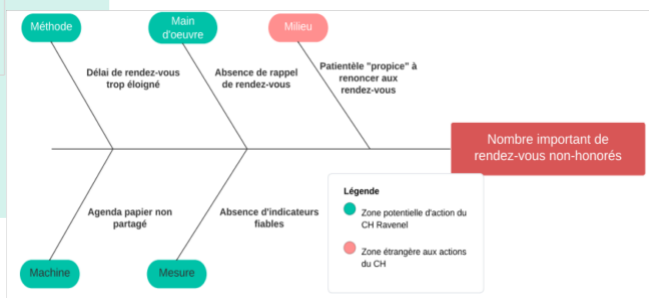
Le taux d'occupation des hôpitaux de jour est assez faible dans l'ensemble des pôles. Seul l'hôpital de jour pour personnes âgées à Epinal présente un taux d'occupation supérieur à 75%.



Observation 3 : Nombre important de rendez-vous non honorés



Sur l'ensemble des pôles et selon les données DIM, on constate une proportion non négligeable de « non venues ». Les « non venues » peuvent être des rendez-vous non honorés, des annulations de dernière minute de la part du patient ou du professionnel. Ces « non venues » concernent surtout les CMP pivot des pôles.



04.

Proposition d'un plan d'actions

Quatre axes d'amélioration



Améliorer l'identification du parcours patient dans la prise en charge des structures ambulatoires : s'interroger sur le rôle de chacune des structures ambulatoires (CMP, CATT, HDJ)



Rédiger une charte de fonctionnement (indication, PEC, etc.)

Pour chacune des structures → Permet d'homogénéiser les organisations, d'éviter les différences d'adressage et d'admission



Développer la télésurveillance

Permet de limiter les perdus de vue

Améliorer la lisibilité du fonctionnement des structures ambulatoires : homogénéiser dans la mesure du possible l'organisation et le fonctionnement des structures ambulatoires



Mettre en place un agenda partagé

Permet de faciliter la prise de rendez-vous et de disposer d'indicateurs sur le taux d'utilisation des plages, le taux de rendez-vous non honorés, etc.



S'interroger sur la question de l'amplitude horaire

S'assurer que l'amplitude horaire concorde avec : la demande des patients et la disponibilité des agents → Question de la fermeture le midi ?

Améliorer la visibilité des structures ambulatoires : s'assurer que ces structures soient identifiables par les patients et les partenaires



Mettre en place une politique de communication sur le rôle des structures

Informations détaillées sur les services, les horaires et les coordonnées des structures ambulatoires, etc.



Insérer la possibilité de disposer de son CMP de référence en fonction de son adresse sur le site internet de l'établissement

Exemple : EPSM de Lille



Améliorer la performance des structures ambulatoires : définir des indicateurs de performance des structures ambulatoires



Taux d'utilisation des plages horaires

Mesure le pourcentage de disponibilité des plages horaires d'ouverture des structures ambulatoires

Taux de rendez-vous non honorés

Evalue le pourcentage de rendez-vous pris mais non honorés par les patients

Délai moyen pour un premier rendez-vous

Mesure le temps écoulé entre la demande de rendez-vous et la date du premier rendez-vous effectif

Taux de complétion des plages horaires

Mesure le pourcentage de créneaux horaires disponibles dans les structures ambulatoires qui sont réellement utilisés pour des consultations.

Taux de réadmission évitable

Mesure le pourcentage de réadmissions évitables, c'est-à-dire les patients qui nécessitent une réadmission en raison de problèmes liés à une gestion inadéquate de leur suivi ambulatoire

ANNEXE 4 : Présentation en CODIR et CME du projet innovant de virage inclusif

« CTRL+ »



Constats

Les études montrent que, sans mesures particulières d'accompagnement, environ 50% des patients ne se rendent pas au premier rendez-vous après une hospitalisation (Olfson, Mechanic et al. 1998).

Les patients sans rendez-vous ont deux fois plus de chances d'être ré-hospitalisés dans la même année que les patients qui se sont rendus au moins à un premier rendez-vous après l'hospitalisation (Nelson, Maruish et al. 2000).

La discontinuité des soins hospitalo-ambulatoires et le risque de ré-hospitalisation semblent davantage en lien avec des caractéristiques du système de soins qu'avec celles du patient ou dues à la présence d'un trouble psychiatrique sévère (Boyer, McAlpine et al. 2000; Bruffaerts, Sabbe et al. 2004; Bonsack, Pfister et al. in press).

Enfin, l'implication des proches dans le séjour hospitalier apparaît comme un élément essentiel, mais négligé, pour favoriser l'application dans la vie quotidienne des résultats obtenus par le traitement hospitalier. Une étude récente a montré que la satisfaction des patients et des proches était liée à un contact direct durant l'hospitalisation entre les cliniciens et les proches, mais que pour plus de 80% des patients, ce contact restait inexistant (Perreault M. et al. The role of relatives in discharge planning from psychiatric hospitals: the perspective of patients and their relatives. Psychiatr Q. 2005;76:297-315).

Questions soulevées par le constat

- Q1 Comment réduire les ré-admissions hospitaliers en phase aiguë ?
- Q2 Comment éviter les ruptures de soins et les "perdus de vue" ?
- Q3 Comment favoriser la connexion avec l'ambulatoire à la sortie de l'hôpital ?

La doctrine scientifique sur les solutions +

Meisler et al. retiennent quatre éléments propres au secteur psychiatrique pour assurer une continuité des soins :



Liaison

Des intervenants sont responsables d'un rôle de liaison entre les programmes de soins hospitalier et ambulatoire et coordonnent l'organisation des soins post-hospitaliers (Bogin, Anish, Taub, & Kline, 1984; Boyer et al., 1995; Tessler, 1987).



Contact

Un agent entre activement en contact pendant et après l'hospitalisation (Kanter, 1984)



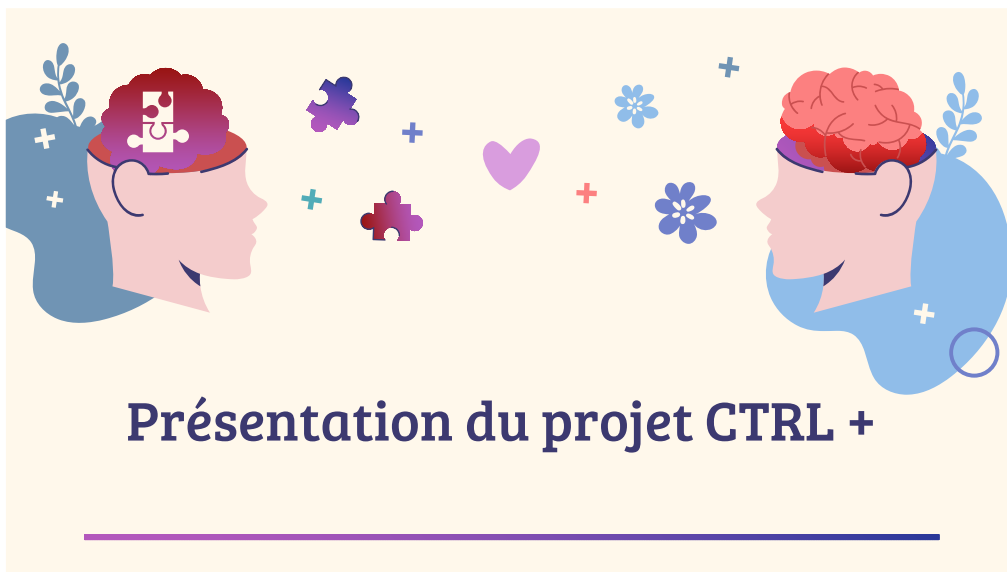
Continuité

L'intervalle de temps entre la sortie et le début du traitement en ambulatoire est bref (Axelrod & Wetzler, 1989; Tessler, Willis, & Gubman, 1986; Wells, 1992).



Soutien

Durant la période d'adaptation à la sortie, les patients sont soutenus de manière intensive (Dincin et al., 1993; Wells, 1992).



Présentation du projet CTRL +

Méthode du projet CTRL +

1. Population cible :

- Garantir que tous les patients admis en SPI dont on anticipe une ré-hospitalisation soient identifiés dès l'admission (par le médecin).

2. Première rencontre avec le patient :

- Présenter l'intervention au patient en présence de l'équipe hospitalière et examiner les enjeux initiaux.

3. Evaluation clinique :

- Evaluation approfondie à l'aide des outils de télésurveillance (Mon jardin mental)
- Elaboration d'un plan de crise conjoint (Un plan de crise conjoint est élaboré, afin de déterminer les rôles des personnes-clés des réseaux primaire et secondaire, d'identifier les signes précoces d'une aggravation de la situation, les soins d'urgences et l'aide pratique en cas de nécessité).

4. Première consultation dans le milieu :

- S'assurer que la planification du retour à domicile soit réalisable et que le réseau soit disponible.
- Ajuster le plan de crise conjoint.

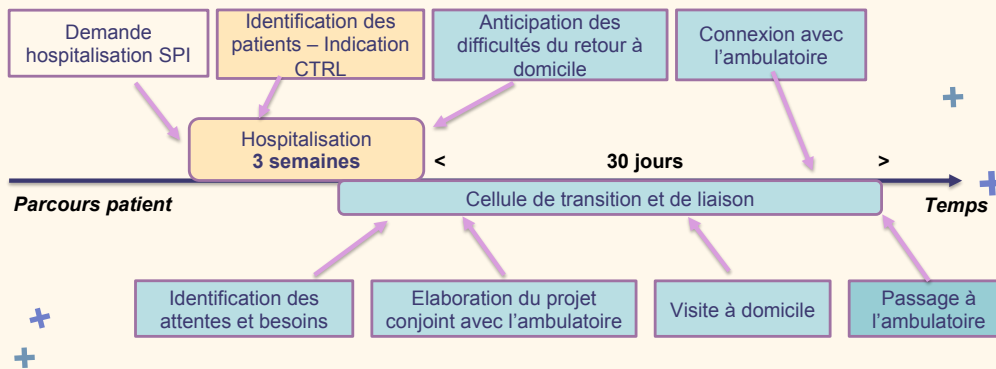
5. Ajuster un suivi optimal :

- CTRL bref : à disposition en cas de besoin.
- CTRL standard : quatre contacts durant le mois de suivi.
- CTRL intensif : plus de quatre contacts durant le mois de suivi ; transmission à un suivi spécialisé à plus long terme probable.


6. Bilan à un mois et transmission :


- Assurer la continuité avec les intervenants de première ligne (information; relation; processus).
- Prendre congé et rédiger un bilan écrit de l'intervention

Schématiquement :



Objectifs pour le CH Ravenel

 Assurer que les progrès cliniques obtenus à l'hôpital peuvent être poursuivis en ambulatoire

 Prévenir l'aggravation des troubles et la réadmission dans la période à risque de quatre semaines après la sortie

Un dispositif éligible à l'article 51 LFSS ?

Un dispositif dérogatoire au mode de financement

Le projet induit une prise en charge financière par parcours patient, ce qui n'est pas prévu actuellement dans le cadre de la dotation globale de financement.

Un dispositif dérogatoire aux conditions tarifaires

La cellule de transition et de liaison serait, idéalement, composée :

- 1 IPA, chef de cellule
- 1 psychologue
- 1 patient ressource (lien avec l'entourage)

Les modalités de rémunération du patient ressource ne rentrent pas de le cadre des modalités de tarifications actuelles.

SEUROT

Mouna

Octobre 2023

Directeur d'hôpital
Promotion 2022-2023

La réforme du financement de la psychiatrie : une opportunité pour redéfinir l'offre ambulatoire ?

Résumé :

La réforme du financement de la psychiatrie, dont un des objectifs est de développer les alternatives à l'hospitalisation complète, s'inscrit dans le cadre des préconisations de différents rapports nationaux et orientations régionales. En instaurant une dotation à la file active, favorable à l'activité ambulatoire, la réforme incite les établissements à améliorer la performance de leurs structures ambulatoires.

Ainsi, en promouvant une meilleure adéquation entre les ressources allouées et les effets fournis, la réforme va-t-elle entraîner des réorganisations de pilotage interne, comparables à la mise en place de la T2A et conduire à la mise en place de nouveaux indicateurs de performance ? Ce nouveau système de gestion serait propice à l'amélioration de l'offre ambulatoire qui pourrait aller jusqu'à la mise en place d'un véritable « virage inclusif ». Dans la pratique, la récente mise en œuvre du dispositif permet d'ores et déjà d'en anticiper les freins et d'identifier quelques leviers permettant de réellement exploiter les modalités de tarification de la réforme.

En définitive, la réforme du financement de la psychiatrie sera-t-elle à l'origine d'un renouvellement de l'offre ambulatoire, motivée par la recherche par les gestionnaires hospitaliers d'une optimisation rationnelle de leur organisation et modes de fonctionnement afin de tirer le meilleur parti des nouvelles règles de financement ? C'est ce que ce mémoire s'attache à étudier.

Mots clés :

Réforme financement psychiatrie – structures ambulatoires – dotation file active – parcours patient

L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.