

1/ L'état actuel du financement de la psychiatrie

L'activité de la psychiatrie est actuellement financée selon deux modalités différentes :

- Un financement alloué par les régions, intégralement en dotation, via la dotation annuelle de fonctionnement (DAF). Cette dotation est rattachée à l'objectif de dépenses assurance maladie (ONDAM) et concerne les établissements financés sur cette modalité appartenant au public ou sont des structures privées à but non lucratif ;
- Un financement alloué à l'activité à l'aide des tarifs définis par prestation et discipline médico-tarifaire. Cette modalité de financement concerne les établissements sous objectif quantifié national (OQN) à savoir les cliniques privées du secteur commercial et certains établissements privés à but non lucratif

La DAF a longtemps contribué à préserver les ressources de la psychiatrie publique mais l'évolution actuelle de la maîtrise des dépenses ne suffit plus à ce qu'elle puisse rester, dans sa configuration actuelle, un levier efficient de financement. L'ONDAM est en effet en diminution constante depuis 2007 et il stagnera encore pendant plusieurs années puisque l'on nous promet un taux d'évolution de 2,3% jusqu'en 2022 (2% pour les établissements hospitaliers en 2018), alors que ce même taux actuel ne suffira pas à couvrir les dépenses de santé générées.

Dans cette situation extrêmement contrainte, alors que l'activité et les demandes de la population sont en augmentation, il est indispensable de proposer une évolution significative du mode de financement actuel.

2/ Les différentes tentatives de financement

Plusieurs tentatives dans ce sens ont été tentées en psychiatrie dans le cadre de travaux lancés dès 1990 :

- Le PMSI en psychiatrie, pensé sur une modélisation proche de la T2A en MCO n'a pu voir le jour principalement parce que le diagnostic, en psychiatrie, n'apparaît pas comme une variable clef de lourdeur de prise en charge des patients, contrairement à l'univers MCO ;
- Une nouvelle tentative, la valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP), lancée en 2002, n'aura pas plus de succès puisque ses travaux sont quasi à l'arrêt depuis 2008, hormis l'élaboration d'un recueil d'activité, le recueil d'informations médicalisées en

psychiatrie (RIMpsy) maintenant standardisé sur tout le territoire et qui est devenu de ce fait l'outil d'analyse de l'activité en psychiatrie de référence pour les tutelles.

La tarification à l'activité, longtemps considérée comme le système de financement le plus efficient, montre actuellement clairement ses limites. Il soumet les établissements à un paradoxe complexe à résoudre : il faut augmenter l'activité pour produire des recettes alors qu'il est nécessaire de contraindre le recrutement du personnel pour maîtriser les restrictions économiques actuelles, le premier poste de dépense d'un établissement hospitalier étant le personnel. Les conséquences apparaissent douloureuses pour les soignants, épuisés et désabusés, et ne sont pas sans impacts possibles sur les prises en charge des patients.

En corollaire le recueil de l'activité en psychiatrie souffre actuellement d'approximations qui ne permettent pas de le considérer comme un système strictement abouti et totalement fiable :

- Le recueil des actes en ambulatoire ne fait pas l'objet d'un cadrage strict avec, pour une même séquence d'activité un nombre d'actes recueillis qui peut varier de manière significative selon les équipes
- Les systèmes d'information ne sont pas systématiquement calés sur les mêmes règles, ceci est par exemple probant concernant la durée d'une demi-journée en hôpital de jours qui peut être appréciée de manière variable selon les établissements ;
- Il n'existe aucun contrôle de conformité de ces différentes problématiques dans les établissements par les tutelles, contrairement à la T2A en MCO.

Par ailleurs et jusqu'alors, les différentes tentatives de corrélation pour mettre en vis-à-vis les données RIMpsy et les données de la comptabilité analytique (corrélation de l'activité et des coûts afférents) menées par l'ATIH (Agence Nationale de l'Information sur l'Hospitalisation) n'ont pas donné de résultats significatifs.

3/ La proposition d'un nouveau système de financement

La prise en compte des expériences passées, du contexte actuel qui conjugue en particulier contraintes économiques et augmentation significative de la demande dans notre spécialité, aboutit à proposer un système novateur, basé sur un modèle géo-populationnel :

- Qui reste articulé sur la politique de secteur toujours d'actualité en psychiatrie et qui aboutit au concept d'un territoire géographique bien défini dans lequel une équipe assure ses missions de prise en charge
- Qui s'affranchit en grande partie de la seule évaluation socio-économique de l'établissement pour prendre en compte les déterminants de la population du territoire qu'il a en charge.

Ce système est de surcroît partagé par de nombreux institutionnels de terrain, en particulier les directions médicales et les praticiens.

Il s'oriente donc vers la prise en compte préalable des besoins de la population au travers de différents indicateurs pouvant la caractériser plutôt que sur une analyse entièrement et strictement centrée sur l'activité de l'établissement.

Il impose plusieurs préalables :

- Définir des indicateurs géo-populationnels adéquats et partagés. Les péréquations régionales, à partir desquelles les différentes ARS ventilent la DAF dans les

établissements d'une région, contiennent déjà des éléments de ce type dont il convient de s'assurer de l'objectivité, de la faisabilité et du partage au plan national

- il doit s'avérer clair, explicite, en cohérence avec la stratégie nationale des soins en Santé Mentale
- il doit être en concertation avec la communauté médicale psychiatrique de référence à un niveau national, sous la forme d'un comité consultatif et de suivi associé aux travaux le concernant (les syndicats de psychiatrie) mais aussi au plan local dans le cadre des commissions médicales d'établissement.
- Il doit être décliné dans le respect de la politique de secteur.
- Il doit pouvoir valoriser l'activité ambulatoire en CMP et CATTP, l'activité aux urgences, les équipes mobiles en tenant compte de la densité de l'offre de soins de chaque territoire.
- Certaines activités de soin transversales et qui dépassent le cadre d'un territoire de secteur (nous citerons en exemple les unités à vocations régionale ou interrégionales telles que les unités pour maladies difficiles /UMD, les unités hospitalières spécialement aménagées/UHSA) feront l'objet d'un traitement particulier ou le recueil d'une activité standardisée peut être proposée.

Le 17 janvier 2019,

Docteur Thierry ARESU
Conseiller National SPEP