

MOTS CLÉS

Psychiatrie
Financement
Parcours patient
Ville/hôpital
Inégalités territoriales
Collectivités
Projet de soins
Gouvernance

ANALYSE

Réforme du financement de la psychiatrie hospitalière

Traduire le report en opportunité ?

Si la réforme proposée par le gouvernement repose sur des principes louables et a le potentiel d'amorcer des approches bénéfiques, son déploiement pourrait pérenniser les inégalités sans répondre aux réels besoins de la filière, en ne traitant qu'un aspect, certes clé, mais partiel, des parcours de soins en santé mentale. L'année 2021 représente une opportunité claire de transformer l'essai en détaillant l'ébauche pour renforcer le potentiel de transformation vertueux.

Des principes correspondant aux besoins de réforme de la psychiatrie hospitalière

Les axes de la réforme sont en phase avec certains enjeux d'évolution de la psychiatrie hospitalière, et notamment :

» le comblement des déficits locaux et régionaux, en organisant un rattrapage des régions les moins bien dotées. La nouvelle modélisation prévoirait un nivellement progressif par le haut ;

» constituer une valorisation homogène au niveau national représente un gain majeur en matière de transparence. Les valorisations proposées dans le dernier modèle sont ainsi une véritable rupture pour le financement de la santé mentale publique, en corrélant une forme d'activité à la rémunération ;

» la prise en compte des tendances épidémiologiques des populations prises en charge, en affirmant ainsi un principe de responsabilité territoriale (sectorisation) qui a fait ses preuves. En pratique, cela constitue une reconnaissance de la diversité des enjeux des territoires, et une réponse économique qui en tient ainsi compte ;

» un équilibre entre dotation populationnelle relativement stable, et une prime à l'activité ; incluant une emphase claire sur la densité des prises en charge, en particulier sur les

parcours ambulatoires. Dans le modèle tel que présenté, la valorisation des hospitalisations demeure cependant exclusivement sur la base de sa durée ;

» l'amorce d'une co-détermination économique mettant autour de la table les acteurs véritables de la prise en charge, sous la forme de commissions territoriales menées par les établissements du territoire. Les contours de ces commissions sont encore à préciser.

Fabien JUAN
Directeur d'établissement
Médecin psychiatre
et expert-visiteur HAS

Aurélien ROSA
Directeur associé
d'un cabinet de conseil
aux acteurs de la santé

Au-delà des principes posés, le modèle retenu semble avoir sacrifié l'affinage et la co-construction des mesures concrètes au calendrier

Péchant par excès de prudence, le dispositif risque ainsi de manquer son objectif de transformation. Cela se manifeste ainsi par des arbitrages principalement basés sur des calculs théoriques, plutôt que sur une analyse des coûts sur les bonnes pratiques. Parallèlement, en se voulant simple, le modèle ignore certaines spécificités d'activité, qui pourraient être fortement pénalisées par ce nouveau régime.

» L'insuffisante clarification des règles d'allocation risque de maintenir le *statu quo*. Le mode actuel de

financement de la psychiatrie hospitalière publique et privée est sans aucun doute parmi les plus opaques du monde de la santé. Les ressources dont chaque établissement bénéficie constituent un secret jalousement gardé, par les intéressés d'une part, par les tutelles d'autre part. Souvent, les ressources perçues ne sont pas corrélées à la réalité (et le volume) des prises en charge et de la valeur ajoutée proposée par les établissements pour leurs populations.

Fruit d'un historique ou de volontés politiques directes, ces modalités découragent la comparaison et l'amélioration collective en dissuadant l'innovation et la performance. Les éléments de la réforme dévoilés jusqu'à présent conservent un flou certain quant à la marge de manœuvre d'allocation des ressources au niveau local, indiquant simplement qu'un conseil territorial composé des acteurs des établissements aurait la charge d'affecter ces ressources de la manière la plus pertinente. Cela contribue ainsi fortement aux inégalités entre établissements et restreint le potentiel de développement d'acteurs véritablement innovants.

» Assumer l'ambition de régulation pour donner du sens. Tel que présenté aujourd'hui, le dispositif dévoilé ne semble pas tirer les leçons de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) pour les hôpitaux et, dans une moindre mesure, de la dotation modulée à l'activité pour les soins de suite. Quand bien même la vision initiale de la T2A n'avait pas pour ambition d'utiliser les tarifs comme régulateur des pratiques sanitaires, il est illusoire de prétendre que les arbitrages inscrits dans le modèle n'auront pas un impact direct sur les prises en charge. En ce sens, les points de rupture dans la valorisation des journées d'hospitalisation ne doivent pas être purement le fruit de découpages statistiques.

À titre d'exemple, le modèle actuel prévoit un financement drastiquement réduit pour les journées d'hospitalisation au-delà du neuvième jour au sein d'un centre de crise. Étant donné que la majorité des effets des stabilisateurs médicamenteux n'est ressentie qu'au quatorzième jour, l'efficacité clinique de ce choix est discutable, voire potentiellement risquée, induisant la possibilité de rechute ou de rupture de soins. En outre, les modalités de financement améliorées pour les hospitalisations sous contrainte risquent de conduire à un paradoxe, leur survalorisation incitant les établissements à les privilégier, au détriment possiblement des patients et de la politique actuelle de limitation de ces types de prise en charge.

» La psychiatrie hospitalière, maillon d'une chaîne qui doit être prise en considération dans son intégralité et dans sa territorialité. Les ruptures de parcours de soins, causées bien souvent par les clivages latents entre les acteurs (sanitaires, médico-sociaux et sociaux) de la prise en charge, ne sont en aucun cas visées par la réforme. Les forfaits dits « au parcours » ne sont pas envisagés alors qu'ils pourraient constituer la pierre angulaire de la coopération entre les acteurs d'un territoire, et contribueraient de manière notable à l'établissement et la solidification de filières.

La réponse hospitalière psychiatrique française, bien que très institutionnelle sur nombre de points, a pris la direction privilégiée par la quasi-totalité des pays industrialisés de

« Le mode actuel de financement de la psychiatrie hospitalière publique et privée est sans aucun doute parmi les plus opaques du monde de la santé.

limitation des hospitalisations en faveur de prises en charge ambulatoires et « dans la cité ». Pour autant, le dernier maillon de la chaîne – les structures médico-sociales qui accueillent les patients souffrant de troubles durables et contribuent de manière structurante à leur réinsertion – n'est pas évoqué dans le cadre de la réforme. La contrainte du double financement (État et collectivités locales) explique vraisemblablement cet « oubli », au même titre que la complexité existante.

Dépasser l'approche technocratique et s'appuyer sur la co-construction pour apporter des réponses concrètes et légitimes

Face à ces enjeux, le report offre l'opportunité de mener les travaux nécessaires et essentiels à la pertinence et à la légitimation des mesures en amorçant dès à présent des travaux de co-construction approfondis et concrets. En cohérence avec le plan gouvernemental, des groupes de travail devraient être lancés dès à présent sur les thématiques suivantes.

» Clarification des mécanismes d'affectation au niveau local. Afin de contrer le risque de maintien du *statu quo*, ce groupe aurait pour objectif la définition des modalités précises de fonctionnement du comité territorial d'affectation, ainsi que sa composition. Il est nécessaire d'en établir avec précision les modalités de gouvernance, les règles de calcul au niveau territorial, et le périmètre de marge de manœuvre à accorder. Parallèlement, la teneur des échanges du comité doit être accessible au public, et toute décision prise au-delà de l'application stricte des critères devant être justifiée.

En amont de la définition de sa fiche de mission, et en particulier de son possible caractère consultatif ou décisionnel, il est impératif de réfléchir, et de construire les outils nécessaires au bon fonctionnement et à la bonne information de cette commission. Des travaux méthodologiques doivent donc être généralisés dès maintenant pour mener des diagnostics territoriaux médico-économiques mettant en perspective, de manière globale la relation entre les moyens économiques et la valeur apportée en matière de santé mentale. Ce bilan partagé au niveau territorial doit permettre les décisions de la commission et d'envisager des trajectoires de financement pour les différents acteurs. En matière de constitution, plusieurs enjeux doivent être pris en considération :

- privilégier autant que possible la prise en compte des enjeux locaux et non nationaux, tout en respectant le caractère de représentativité. Il est ainsi fondamental de poser la question du positionnement des fédérations,
- les établissements devraient être représentés à la fois par leurs directions générales et leurs responsables médicaux. Le positionnement des universitaires est lui aussi à préciser,
- les acteurs de la coordination territoriale, ainsi que les collectivités territoriales, de même que les représentants des usagers et des familles pourraient être inclus dans une commission élargie à titre consultatif afin de renforcer la dynamique territoriale.

Afin de réaliser la répartition la plus pertinente des ressources, il est fondamental de se donner les moyens de cette gouvernance, d'assurer une publication en amont des éléments décisionnels et de préparer de manière approfondie les travaux de la commission. Cela établi, une gouvernance outillée et informée pourrait permettre à cette commission d'élargir son périmètre de compétence au-delà de la répartition des financements dans des perspectives cohérentes, notamment en matière de contrôle de bonne affectation et du bon usage des ressources.

» **Définition et affinage de la rémunération des hospitalisations, assumer le rôle de régulation.** Intégrant les communautés médicale et infirmière, ce groupe aurait pour enjeu de développer une réflexion, s'appuyant sur des expériences nationales et internationales, sur les évolutions des pratiques à induire. À partir de celle-ci, le groupe proposera des modalités de modulation de la valorisation des journées afin de rendre plus attractives les pratiques souhaitables et de mieux contextualiser les modalités les plus complexes, notamment l'hospitalisation sous contrainte.

À ce titre, ce travail pourrait viser à établir une vision la plus exhaustive possible de la prise en charge du patient, en y quantifiant la charge en soins que cela représente. La valorisation doit ainsi inclure pour les hospitalisations complètes, la prise en compte des actes réalisés, sur la base des besoins et de la charge de travail que cela représente. Dépassant la tarification à l'activité à la pathologie comme en MCO, il est essentiel de corréliser la durée d'hospitalisation avec les différents critères environnementaux qui influent fortement sur la perspective de prise en charge, qu'il s'agisse des notions somatiques, de la chronicité de la pathologie, des paramètres sociaux (isolement, travail, proches, logement...). En capitalisant sur la nouvelle direction de la certification, centrée sur le patient et la pertinence des soins, un modèle de financement structurellement corrélé à la qualité et à la pertinence constituerait un rattrapage majeur.

Cela permettrait également de prendre en compte, en tant que critère de qualité, les conditions de sortie du patient. Le caractère qualitatif de la sortie tiendrait compte des critères biologiques, pharmacologiques et sociaux, intégrant notamment les réhospitalisations. L'évaluation devra impliquer la constitution de modèles médico-économiques poussés afin de déterminer la meilleure prise en charge pour le patient, à la fois sanitaire et économiquement. À terme, cela devrait contribuer à la fin du dogme de la réduction de la DMS par principe et au partage des bonnes pratiques.

» **Valorisation des parcours de soins pour faciliter la coopération avec la ville.** En capitalisant sur la mécanique de l'article 51, ce groupe aurait pour objectif d'identifier les pathologies ou situations susceptibles de se prêter à un financement au parcours, comme les troubles psychotiques. Le groupe pourrait ensuite établir un protocole d'expérimentation à débiter rapidement pour favoriser l'articulation ville/hôpital/médico-social/social dans un premier temps. Associé à une réflexion médico-économique, cela permettrait de déterminer le soin le plus adéquat à chaque phase de la pathologie, en tenant compte des ruptures de parcours, pour établir la meilleure relation entre moyens affectés et perspectives pour le patient.

Au-delà de ces articulations classiques des parcours patients, envisager une articulation, et le partage des financements, avec les acteurs en amont de la prise en charge pourrait permettre d'améliorer la prise en charge globale de la population. Associer les acteurs de la prévention, dont ceux de la santé au travail, permettrait également de mieux aborder les troubles psychiques et de penser le parcours dès le départ.

Une attention spécifique doit être accordée à la pédopsychiatrie, à la fois pour sa patientèle en tant que telle et pour son impact sur les futurs patients de la psychiatrie adulte. Le financement, notamment de la période transitive 15-25 ans, doit être réfléchi à la hauteur de son impact sur le parcours de vie du patient.

» **Établissement de la feuille de route pour l'amont et l'aval.** En intégrant les acteurs de la prise en charge non hospitalière, ce groupe aurait pour objectif de définir les articulations souhaitables entre la psychiatrie hospitalière et les autres acteurs de la prise en charge en santé mentale, libéraux, médico-sociaux ou sociaux. Sur cette base, le groupe de travail pourrait établir une feuille de route d'évolution possible des modalités de financement, prenant en compte notamment les complexités induites par les financements multiples (État, collectivités territoriales, mutuelles, CPAM).

Que peuvent faire les établissements en 2021 ?

Si la réforme doit encore être affinée au plus haut niveau, les établissements ne doivent pas attendre les préconisations des groupes de travail pour amorcer la réflexion nécessaire à leur transformation. Si les modalités précises doivent encore être finalisées, les grands principes s'appliqueront nécessairement, l'année 2021 constitue donc une opportunité pour les établissements de construire une dynamique afin de partir dans le nouveau modèle. Cela leur permettra ainsi de progresser sur les chantiers suivants :

» repenser les parcours patients, en articulant plus fortement la prise en charge autour du projet de soins personnalisé, mettant autour de la table les différents professionnels de la prise en charge au sein de groupes de travail pluridisciplinaires. Fondés sur les bonnes pratiques, ces travaux permettront d'amorcer la réflexion autour de la structuration de la planification des soins, telle qu'elle se déploie aujourd'hui au sein du SSR;

» construire et structurer l'articulation territoriale. Via le projet médical, il est urgent pour les établissements de santé mentale de sécuriser leur amont et leur aval pour se

positionner sur le périmètre sur lequel ils sont attendus dans la chaîne de la prise en charge, afin de construire ou consolider leur stratégie territoriale avec leurs partenaires locaux autour de parcours de soins solides ;

» mener un état des lieux sur les ressources et les besoins afin de déterminer *a minima* la perspective dans laquelle se trouve l'établissement – au-delà des simulations partagées – et au mieux de se projeter. L'établissement de comparatifs de type benchmark, s'appuyant sur les travaux de l'ENC, aux niveaux territorial et national, permettra aux établissements de déterminer si leurs ressources humaines et leur structure de coût sont comparables à celles des autres opérateurs du territoire pour déterminer les efforts éventuels à consentir. Du point de vue du développement des recettes, une sensibilisation aux enjeux du bon codage et une réflexion sur la charge en soin doivent permettre une planification à plus grande échelle des besoins en ressources humaines sur les années à venir.

Cette réforme constitue une opportunité sans précédent d'actualiser le système ; tous les efforts sont pertinents en vue de minimiser le risque de rater l'opportunité de transformation en protégeant les historiques par un flou trop important, ou de déstabiliser les acteurs en mettant en œuvre un déploiement trop rigide. ●

HOSPIMEDIA RÉPONSE EXPERT

Des experts répondent à vos questions juridiques



réactivité



expertise



disponibilité

Posez votre première question gratuitement
sur <http://reponse-expert.hospimedia.fr>

