

## **CONSEIL D'ADMINISTRATION EXCEPTIONNEL DE LA FHP-PSYCHIATRIE**

29 novembre 2018 – en conférence téléphonique

**Étaient présents :** Pascal ALLAIN, Cyril BAZIN, Sabine BIAU, David CASTILLO, Nicolas CHOUTET, Patrick DE SAINT JACOB, Jérôme DISCHAMPS, Olivier DREVON, Olivier DUBOIS, Jérôme GOMES, Benjamin GUIRAUD CHAUMEIL, Karine JALENQUES, Alain LONGONE, Gérard PICHENOT, Jean-Louis PLACE, Nadine POTIER, Geoffrey ROUBEHIE, Gwenaële SAUZAY, Evelyne THOMAS-JOANNES

**Étaient excusés :** Odile AGOPIAN, Nathalie ALQUIER, Marie-Pierre BRASSARD, Gilles BRIQUET, Aude D'ABBADIE SAVALLI, Frédéric LEFEBVRE, Vincent MASETTI, Florence MASQUIN, Yannick MAZIER, Houria MEZEMATE, Jérôme PETITDIDIER, Patrice PIPERAKIS, Edouard VIDEGRAIN, Michel VIDEGRAIN, Stéphane WITCZAK

**Étaient invités, excusés :** Marcel ALCHECH, Nicolas BASSOT

### **ORDRE DU JOUR UNIQUE**

- Réforme du financement en psychiatrie

## RÉFORME DU FINANCEMENT EN PSYCHIATRIE

David CASTILLO réalise un retour de la réunion avec Didier GUIDONI du 8 novembre et des échanges intervenus lors du Bureau exceptionnel de la FHP-Psychiatrie organisé le 20 novembre et chargé de préparer la réunion avec Jean-Marc AUBERT, pilote de la Task force, le 22 novembre. Une nouvelle réunion avec Didier GUIDONI est prévue le 10 décembre puis avec Jean-Marc AUBERT tout début janvier 2019. Le rapport de la Task force doit être rendu d'ici fin janvier 2019.

Le modèle présenté lors de la réunion du 8 novembre prévoit 8 enveloppes.

4 enveloppes régionales :

- **Allocation régionale populationnelle et précarité (ARPP, 81 %)** : application dans le privé à 50 % en 2020 puis 75 % en 2021 et 100 % en 2022 (le solde resterait financé en prix de journée). La dotation régionale serait affectée selon 3 critères : population (distinction entre jeunes et adultes), précarité et nombre de psychiatres en ville. Les ressources ne baisseraient pas dans les régions sous dotées. Ceci nécessitera une augmentation de 2 % de l'enveloppe PSY.
- **Amorçage des nouvelles activités (ANA, 1%)** : montant financier attribué aux régions pour développer de nouvelles activités sur la base d'appels d'offres. Aucune contrainte sur les modalités de financement (file active, prix de journée, etc.) en phase expérimentale. Généralisation si cela est pertinent = bascule dans le modèle ARPP.
- **Compartment accompagnement** pour les 3 premières années de mise en œuvre : reconversion de l'offre.
- **Enveloppe Recherche** en psychiatrie indépendante de l'enveloppe MERRI : financement par appels d'offres.

4 enveloppes nationales versées directement aux établissements :

- **Incitation à la réduction des files d'attente (IRFA, 1 %)** : accroissement des files actives. Trois indicateurs : patients « lourds » (codes F20 à F29, F30 et F31), hospitalisation complète ou partielle (hors codes précités), ambulatoire (consultations à ce stade).
- **Incitation à la qualité du codage (InCA, 1%)** : exhaustivité et qualité du codage. Cette enveloppe a vocation à disparaître à terme.
- **Qualité** : 0,1 % en psychiatrie au début (10 à 15 M€) avec objectif de 5 % à terme (450 M€).
  - Pas de score global, possibilité d'obtenir du financement pour chaque indicateur (avec système bonus – malus). Test à blanc en 2020 pour identifier les impacts.
  - Pistes d'indicateurs (10 indicateurs maximum) : variation du taux départemental de suicide, taux de recours aux urgences des patients suivis en psychiatrie, niveau de santé somatique des patients psychiatriques (niveau de complication somatique), e-Satis patient, taux de patients hospitalisés depuis plus de 270 jours, soins sans consentement, qualité de vie au travail (ex : taux d'absentéisme à la maladie ordinaire, ie moins d'une semaine, réflexion sur un indicateur de type e-Satis pour le personnel).
- Enveloppe pour le financement des **activités interrégionales (AIR, 11 %)** : UHSA, UMD (activités nationalement reconnues).

Il est rappelé que l'objectif de la mission est de construire un modèle de financement commun public – privé.

L'enveloppe ARPP constitue à ce stade la principale modalité de financement puisqu'elle représente 80 % du financement de la psychiatrie publique et privée (9 milliards d'euros). David CASTILLO explique que la régulation régionale de l'enveloppe ARPP quant à la répartition des financements régionaux par établissement de santé constitue une source d'augmentation des hétérogénéités de financements entre les acteurs. Après échanges avec la psychiatrie publique, ce point peut faire l'objet d'une proposition commune allant vers une régulation nationale.

David CASTILLO indique que les modalités de répartition par établissement des enveloppes régionales ARPP ne sont pas connues à ce jour. La mission a évoqué la possibilité de procéder par appels d'offres, en cohérence avec les PTSM dans les territoires.

Olivier DUBOIS s'interroge sur les objectifs de la mission avec les 3 critères de modulation des enveloppes ARPP. David CASTILLO répond que le critère sur le nombre de médecins libéraux en ville a pour but de tenir compte de l'offre de soins dans les régions et de moduler les financements entre les régions en conséquence. Par ailleurs, ce critère dans un contexte de développement de l'ambulatoire aura pour effet de limiter les ressources de l'hospitalisation dans les territoires ayant une forte activité en ville.

Jean-Louis PLACE demande la position du secteur public sur ce projet de modèle. David CASTILLO répond que le secteur public est globalement favorable mais demande une part plus importante de l'enveloppe ARPP (plus proche de 90 %).

Olivier DREVON explique que, lors du rendez-vous avec Jean-Marc AUBERT, il a pointé les incohérences du calendrier. Le modèle prévoit une mise en œuvre dès le 1<sup>er</sup> janvier 2020 alors même qu'il fait référence aux PTSM qui doivent être réalisés d'ici au 27 juillet 2020 et alors même que le Ministère a demandé une année blanche pour IFAQ en psychiatrie. Il a été proposé une expérimentation en 2020 sur quelques territoires et évoqué le risque de blocage du secteur privé avec un financement en dotation globale. L'objectif de dynamisme de la psychiatrie ne sera pas atteint.

Benjamin GUIRAUD CHAUMEIL comprend que les acteurs du secteur public soient rassurés par une dotation globale à hauteur de 80 % du financement mais estime que ce système est archaïque pour le secteur privé et va augmenter les durées moyennes de séjour et réduire la pertinence. Il souhaite une part de dotation globale la plus basse possible.

Olivier DUBOIS demande la marge de manœuvre dans les discussions avec la Task force. Olivier DREVON répond qu'il est important que le secteur privé réagisse à ces propositions de modèle et poursuive son travail pour la valorisation des prises en charge spécialisées. La DGOS pourrait être une alliée importante sur ce point.

Cyril BAZIN s'interroge sur la nature fiscale d'une dotation globale et sur l'application d'un impôt sur les sociétés pour ces financements qui ne s'apparentent pas à du chiffre d'affaires.

Benjamin GUIRAUD CHAUMEIL estime que le modèle présenté sera néfaste pour de nombreux établissements de santé privés car il ne tiendra pas compte des spécialisations.

Olivier DREVON précise que lors du rendez-vous avec Jean-Marc AUBERT, la FHP-SSR a dénoncé la double échelle tarifaire public – privé. La Task force a répondu que pour un même soin, un même financement doit être apporté quel que soit le secteur d'activité de l'établissement de santé. Nicolas CHOUTET propose de mettre ce point en prérequis de nos propositions.

Olivier DUBOIS s'inquiète du fait que les patients du secteur privé viennent de territoires régulièrement lointains. Benjamin GUIRAUD CHAUMEIL propose de travailler, comme la réforme SSR, sur la notion de protocole pour des prises en charge dédiées (TCA, bipolaire, etc.).

Gérard PICHENOT explique que 70 % des patients de son établissement de santé sont schizophrènes. Il alerte sur le besoin de ne pas fléchir sur des prises en charge particulières et invite à prendre en compte la diversité de la psychiatrie privée. Cyril BAZIN propose d'analyser les diagnostics dans la base RIM-P. Jean-Louis PLACE rétorque que les diagnostics ne sont pas très fiables dans le RIM-P.

Sur le débat de la lourdeur des patients, Olivier DUBOIS explique qu'il est inexact de parler de lourdeur pour un patient. A titre d'illustration, un patient schizophrène n'est pas lourd mais nécessite plus de moyens et par conséquent une intensité de prise en charge plus importante. Jérôme DISCHAMPS estime que le secteur public va plutôt mettre en avant la précarité des patients.

Olivier DUBOIS se demande quel est l'intérêt de l'Etat de modéliser le dispositif de financement qui marche le moins bien (dotation globale).

Geoffrey ROUBEHIE demande si la question de la convergence tarifaire a été abordée dans les discussions. Olivier DREVON répond que la réaction du syndicat portera sur la prochaine version du modèle qui est attendue dans les jours à venir, nous sommes à ce stade dans une phase de concertation officieuse. Il invite les membres du Conseil d'administration d'émettre des commentaires et propositions sur le modèle. Geoffrey ROUBEHIE confirme la position du groupe sur la convergence tarifaire et, à défaut, la volonté de travailler sur les règles d'indexation des dotations pour les années suivantes. Olivier DREVON explique que le critère de durée moyenne d'hospitalisation sera important pour la mission.

Geoffrey ROUBEHIE souligne que l'intérêt du modèle est de réunir le secteur public et le secteur privé et d'agir de concert. David CASTILLO explique que la difficulté avec un modèle unique concerne le changement d'incitatif pour les deux secteurs : actuellement nous travaillons en complémentarité car nous avons deux modèles de financement différents avec deux types d'incitatifs différents. Avec un même système d'incitation, nous allons devenir concurrents ce qui posera de nouvelles problématiques sur les territoires. Geoffrey ROUBEHIE estime que cela ne rendra pas le secteur public plus attractif pour les psychiatres. Jean-Louis PLACE ajoute qu'il n'est pas correct de regarder la durée moyenne d'hospitalisation sans parler du niveau tarifaire.

Geoffrey ROUBEHIE estime que le secteur privé est en avance sur le secteur public, notamment en termes de qualité. Olivier DREVON est d'accord sur cette remarque mais reste vigilant sur le fait que le futur modèle ne bride pas le secteur privé et lui laisse sa capacité de mouvement.

David CASTILLO propose l'application d'un modèle de financement unique public – privé avec des pondérations différentes selon les secteurs : plus de dotation dans le public, plus d'activité dans le privé.

Alain LONGONE propose de limiter le compartiment en dotation uniquement pour les missions de service public.

La nouvelle version du modèle sera communiquée pour avis aux membres du Conseil d'administration.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 12h09.

*Procès-Verbal établi par David CASTILLO*