

Comité consultatif d'allocation des ressources IDF – Section psychiatrie

Relevé de la séance du vendredi 06 janvier 2023

Membres présents

Fédération hospitalière de France (FHF)

Dr. Béatrice Aubriot – Présidente de la conférence des PCME de CHS d'IDF, PCME du GHU PPN (titulaire)

M. Lazare Reyes – Président de l'association des directeurs d'établissement de santé mentale, Directeur du GH Paul Guiraud (titulaire)

Mme Jihane Bendeira - Présidente de la conférence des DAF FHF IDF, Directrice adjointe EPS Ville-Evrard (suppléant)

Mme Luce Legendre – Directrice du CASH Nanterre et de l'EPS Roger Prévôt – **en visio** (titulaire)

Dr. Bertrand Welniarz – Chef de pôle de pédopsychiatrie à l'EPS Ville-Evrard (suppléant)

Dr. David Touitou – PCME du GH Paul Guiraud - **en visio** (titulaire)

Dr. Catherine Doyen – Cheffe du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Cheffe du pôle 16^{ème} au GHU PPN (suppléant)

M. Guillaume Couillard – Directeur général GHU PPN (titulaire)

Mme Marie-Catherine Pham – Directrice de l'EPS Barthélémy Durand – **en visio** (suppléant)

Pr. Frédéric Batteux – Directeur médical, Direction de la stratégie et de la transformation AP-HP (titulaire)

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (FEHAP)

M. François Géraud – Directeur de l'Elan retrouvé – **en visio** (titulaire)

Dr. Fabrice Monneyron – Chef de service à la clinique FSEF Paris 13 (titulaire)

M. José De Sousa – Secrétaire général de l'ASM 13 (suppléant)

Dr Hélène Brochard – chef de l'hôpital de jour Espace Ados aux ailes déployées – **en visio** (suppléante)

Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

Mme Helena Kisler – Déléguée Générale FHP IDF (titulaire)

M. Stéphane Witczak – Directeur de opérations adjoint Ramsay (suppléant)

Représentants des associations d'usagers et de représentants des familles

Mme Annie Labbe – Représentante des usagers de santé, Argos 2001 – **en visio** (titulaire)

M. Christian Rossignol – Président délégué départemental UNAFAM 92 (titulaire)

M. Michel Girard – Vice-président de l'UNAFAM 92 (suppléant)

Agence régionale de santé Ile-de-France (ARS IDF)

M. Arnaud Corvaisier – Directeur de l'offre de soins ARS IDF
Mme Gaëlle Quily – Responsable du service performance
M. Nicolas Noiriel – Directeur de projet santé mentale, ARS IDF
Dr Daniel Pinède – référent médical psychiatrie, ARS IDF

Ordre du jour

1. Validation du CR de la séance précédente
2. Echanges sur les textes parus le 31/12, notamment arrêté dit « modèle » et décret en conseil d'Etat révisé
3. Implications pour les travaux du CAR, objectifs et rétroplanning
4. Point d'avancement des 2 groupes de travail : activités spécifiques et critères régionaux de répartition de la dotation populationnelle
5. Discussions sur les points transversaux et synthèse pour les prochaines séances

Relevé de la séance

1. Adoption du CR du 30 novembre 2022

Il n'y a pas de demande de modification concernant le projet de compte-rendu de la séance précédente.

Le compte-rendu de la séance est adopté à l'unanimité.

2. Echanges sur les textes parus au 31 décembre 2022

Plusieurs textes sont parus le 31 décembre 2022 :

- **Décret en Conseil d'Etat révisé** (décret n°2022-1775 du 31 décembre 2022 modifiant certaines dispositions relatives au financement des établissements de santé)

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046850805#:~:text=Il%20simplifie%20par%20ailleurs%20les,et%20la%20s%C3%A9curit%C3%A9%20des%20soins.>

- **Arrêté dit « modèle »** (arrêté du 31 décembre 2022 relatif au financement des établissements de santé exerçant des activités de soins mentionnées au 2o de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale)

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046850905>

Les principales modifications du décret portent sur :

- Modalités de calcul de la dotation à la file active (DFA) et de la dotation qualité du codage : sur l'exercice considéré
- Modalités de sécurisation pour la période transitoire 2023-2025
 - Sécurisation de la dotation populationnelle
 - Sécurisation de la dotation file active – avec possibilité de définir un taux de sécurisation par secteur de financement

- Précision sur le financement des ouvertures sur la période 2023-2025 : idem 2022
- Précisions relatives à certains compartiments du modèle
 - Indicateurs dotations populationnelles
 - Précisions sur les compartiments recherche, nouvelles activité, et transformation
- Assouplissement sur le nombre de représentants des établissements pour la section psychiatrie du CAR ; mise en cohérence avec DCE SSR

L'arrêté vient confirmer les éléments connus, notamment sur la pondération des 5 critères retenus au niveau national dans la répartition de la dotation populationnelle par région : la dotation populationnelle est calculée pour les régions à partir des critères pondérés de la façon suivante :

- 1° 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. Ce critère est pondéré à hauteur de 80% ;
- 2° Le taux de densité de psychiatres libéraux. Ce critère est pondéré à hauteur de 5% ;
- 3° Le taux de pauvreté des habitants de la région. Ce critère est pondéré à hauteur de 9% ;
- 4° La taille moyenne des ménages. Ce critère est pondéré à hauteur de 1% ;
- 5° Le taux de places dans le secteur médico-social à destination des patients souffrant de pathologies psychiatriques. Ce critère est pondéré à hauteur de 5%.

L'arrêté paru vient préciser les modalités de détermination pluriannuelle de la dotation populationnelle par région :

- La répartition de la dotation populationnelle entre régions a pour objectif de réduire progressivement les inégalités dans l'allocation de ressources entre les régions. Les trajectoires régionales sont ainsi calculées pour une période de cinq années, à partir de l'année 2022.
- Pour calculer ces trajectoires régionales, un montant de dotation populationnelle cible est calculé au titre de l'année 2021 à partir des critères
- Ce montant est comparé à la base de référence, qui correspond, à la part affectée au montant mentionné au deuxième alinéa du III de l'article L.162-22-18 du même code au sein de l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de psychiatrie de 2022, appliquée aux masses financières régionales constatées en 2021.
- Un taux d'évolution socle est appliqué au montant mentionné au III de l'article L.162-22-18 du même code chaque année pour chaque région.
- En outre, lorsque l'écart entre la base de référence et la dotation populationnelle cible est positif, il correspond au rattrapage pluriannuel estimé pour la région concernée. Dans ce cas, un taux d'évolution spécifique est appliqué chaque année au montant mentionné au III de l'article L.162-22-18 du même code de la région concernée calculé sur la base de ce rattrapage pluriannuel.

L'annexe de l'arrêté fixe également la liste des activités reconnues comme activités spécifiques nationales :

- Les activités de prise en charge des personnes détenues dont :
 - Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)
 - Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP)
 - Service médico-psychologique régionale (SMPR)
 - Tout autre dispositif de prise en charge des personnes détenues

- La prise en charge des mineurs de retour des zones terroristes
- Les unités d'accueil et de soins pour personnes sourdes
- Les unités pour malade difficiles (UMD)
- Le numéro national de prévention du suicide
- Les centres de ressources ou de recours
- Centre national de ressource et de résilience (CN2R)
- Centres d'excellence TSA / TND
- Centre national de ressource réhabilitation psychosociale

Il s'agit de la liste dont le comité avait déjà connaissance, à l'ajout près du numéro national de prévention du suicide.

L'arrêté vient également confirmer les éléments relatifs à la dotation à la file active.

Cf. présentation détaillée dans le support joint.

Discussions :

Concernant la DFA, Dr Welniarz suggère que le comité puisse interpellier le ministère sur la sous-valorisation des actes réalisés en CATTP.

M. Girard demande quelle est la période de référence retenue par les textes dans la détermination de la dotation à la file active. L'arrêté modèle précise que « Pour chaque établissement, le décompte de la file active est réalisé sur une période de référence comprise entre le **1er janvier et le 31 décembre de l'exercice considéré** ».

3. Implications sur le calendrier de travail du comité et des groupes de travail

Suite à la parution des textes, les étapes de l'allocation à blanc 2022, en application du nouveau modèle, seraient les suivantes, compte tenu de l'objectif d'une notification des montants « complémentaires » en 4^e circulaire 2022 :

Étape : allocation modèle à blanc 2022		Qui	Quand
1	Notification aux ARS des compartiments régionaux 2022 - Dotation populationnelle - Activités spécifiques nationales, nouvelles activités, transformation, recherche	DGOS / ATIH	Janvier 2023
2	Répartition de ces compartiments entre établissements de la région (hors DFA) - En concertation avec le CAR pour la dot pop - À partir de l'existant pour les autres compartiments	ARS	Janvier- mi-Mars 2023
3	Communication aux ARS des montants des compartiments nationaux par ES (FAQ, dotation file active et qualité du codage)	DGOS / ATIH	Janvier (FAQ) 15 Mars (DFA + DQC)
4	Notification des huit compartiments du modèle aux établissements pour 2022 Notification à blanc ne donnant pas lieu à versement	ARS	15 mars au plus tard
5	Calcul et communication aux ARS du montant complémentaire par ES issu du différentiel entre l'application du modèle à blanc et montant de la dotation provisionnelle	DGOS / ATIH	Fin mars au plus tard
6	Notification aux ES du montant complémentaire pour les ES concernés au titre de 2022	ARS	C4 2022

Compte tenu de ces éléments, cela suppose que l'avis du CAR puisse être rendu au cours de la 2^e quinzaine de février 2023.

Discussions :

Les membres du comité conviennent des difficultés à avancer dans les travaux en l'absence de connaissance du montant de la dotation populationnelle attribuée à l'Île-de-France et de la date de mise à disposition de l'outil de simulation ANAP. Ils soulignent des délais serrés des travaux restant à mener, au regard des éléments déterminants toujours en attente.

M. Couillard suggère qu'une lecture attentive soit faite concernant les marges que pourraient laisser les textes par rapport à ces différentes étapes, afin de voir si ce calendrier peut être desserré ou de simplifier les modalités et les étapes.

4. Point d'avancement sur les travaux « activités spécifiques » et « critères régionaux »

• Critères régionaux de répartition de la dotation populationnelle

Mme Kisler présente les travaux menés par le groupe au cours de 2 séances de travail, qui ont porté sur l'examen de l'ensemble des indicateurs proposés par l'Anap (cf. annexe 1) et les premières discussions sur la maille territoriale.

Rappel des orientations fixées par le comité :

- Partir des 5 indicateurs nationaux
- Envisager une variante, si nécessaire, à partir des 2 indicateurs nationaux obligatoires complétés d'autres indicateurs régionaux pertinents à définir
- S'appuyer pour la première année sur les indicateurs immédiatement disponibles (dans l'outil Anap)
- Veiller à conserver un modèle lisible, avec un nombre d'indicateurs raisonnable (cible de 5 maximum)

Sur ces bases, et après examen des différents indicateurs, il en ressort 2 scénarios :

- Le scénario 1 s'appuie sur les critères nationaux :
 - Nombre d'habitant avec survalorisation de la population des mineurs (indicateur obligatoire)
 - Taux de pauvreté (indicateur obligatoire)
 - Taux de densité des psychiatres libéraux
 - Taux de personnes vivant seules
 - Taux de places dans le secteur médico-social à destination des patients souffrant de pathologies psychiatriques

Le groupe n'a toutefois pas pu examiner les données régionales relatives aux 2 derniers indicateurs ci-dessus, qui ne sont pas disponibles. A noter par ailleurs que l'indicateur visant l'isolement retenu par les textes parus entre temps est la taille moyenne des ménages.

- Un scénario 2 qui partirait des 2 indicateurs obligatoires (nombre d'habitants avec survalorisation de la population des mineurs et taux de pauvreté), complétés d'autres indicateurs qui présenteraient un intérêt pour la région, qui restent à approfondir par le groupe de travail.
 - Taux de densité des psychiatres libéraux
 - Part des familles monoparentales
 - Indice de vieillissement

Le groupe n'a pas pu avancer sur la pondération, en l'absence de l'outil de simulation attendu du national.

Concernant la maille territoriale, les échanges ont permis de faire le point sur :

- Les différents niveaux envisageables : département, zone d'intervention, communes (code pmsi)
- L'intérêt des différents niveaux :
 - Zonage proposé à la CSOS / OQOS : département
 - Niveau de coordination des acteurs : PTSM, principalement départemental en IDF
 - Disponibilité des indicateurs : pour beaucoup, non disponibles à un niveau infra-départemental (cf. annexe 1)
 - Prise en compte des inégalités territoriales : contrastes infra-départementales fortes en IDF

Discussions :

Dr Doyen comprend la démarche du comité dans sa volonté de s'appuyer sur les critères immédiatement disponibles pour cette première année, mais ne se retrouve pas d'un point de vue clinique dans ces indicateurs. Les critères décrits sont très populationnels, assez éloignés de la réalité clinique.

Mme Pham revient sur l'intérêt d'intégrer un indicateur qui tienne compte de la dynamique démographique et de la densité (maillage plus difficile en CMP dans des territoires vastes et peu denses).

Elle souligne qu'outre la prise en compte des spécificités parisiennes évoquées, il convient aussi de refléter dans les indicateurs retenus la variété de l'IDF et plus spécifiquement la situation de la Grande Couronne, qui a de fortes contraintes en termes de couverture géographique, aboutissant à des frais de structures importants (nombre de sites d'hospitalisation, plusieurs CMP par secteur par exemple...) qui demandent des moyens importants en conséquence. Dans le cas contraire, il y a un risque de devoir fermer des structures sectorielles de proximité (simulation ATIH aboutissant à une réduction des financements projetés à l'EPSBD par exemple sur cette enveloppe), alors que des besoins majeurs sont constatés sur le terrain par les usagers et leurs familles (listes d'attente, saturation des urgences...).

Il est indiqué que la dynamique démographique est prise en compte chaque année via l'indicateur obligatoire « nombre d'habitant du territoire ».

Pr Batteux revient sur l'importance pour l'APHP de réfléchir à la bonne intégration des activités d'urgence dans le modèle, sachant que cette activité ne figure plus dans la liste indicative d'activités régionales prévue par le dernier projet d'instruction connu et que le groupe de travail sur la dotation populationnelle semble écarter le nombre de passages aux urgences comme indicateur pertinent.

Dr Welniarz suggère que puisse être exploré un indicateur tenant compte du nombre de personnes en attente de place en établissements médico-sociaux, non pas pour cette année, mais pour les années suivantes. Cela semble intéressant et faisable en recueillant les données auprès des MDPH.

M. Girard prend note que de nombreux indicateurs ne sont disponibles qu'au niveau départemental et qu'il ne sera vraisemblablement pas possible d'aller à un niveau de maille plus fin pour cette première année, mais souligne que cela ne permettra pas de prendre en compte les contrastes infra-départementaux qui peuvent exister dans certains départements. C'est notamment le cas des Hauts-de-Seine (territoires plus précaires du Nord du département).

M. Couillard indique qu'il serait prématuré à ce stade de fermer la porte à un schéma qui retiendra une maille infra-départementale.

Dr Monneyron souligne l'importance du sujet du logement pour attirer et maintenir les professionnels dans les territoires et s'interroge sur les possibilités d'intégrer cette dimension dans les travaux du comité.

- **Activités spécifiques régionales**

M. Couillard présente les travaux menés par le groupe. Une enquête a été adressée à l'ensemble des établissements de psychiatrie de la région visant à recueillir les activités qui pourraient faire l'objet d'un examen au titre des activités spécifiques régionales, et recueillir les éléments de leur valorisation.

Cette enquête propose de partir des 3 types d'activités :

1. Les activités spécifiques nationales – fixées par les textes

- Les activités de prise en charge des personnes détenues dont :

- Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)
- Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP)
- Service médico-psychologique régionale (SMPR)
- Tout autre dispositif de prise en charge des personnes détenues
- La prise en charge des mineurs de retour des zones terroristes
- Les unités d'accueil et de soins pour personnes sourdes
- Les unités pour malade difficiles (UMD)
- Le numéro national de prévention du suicide
- Les centres de ressources ou de recours
- Centre national de ressource et de résilience (CN2R)
- Centres d'excellence TSA / TND
- Centre national de ressource réhabilitation psychosociale

2. Les activités prévues dans le dernier projet disponible de l'instruction comme potentielles activités spécifiques régionales (liste indicative)

- Unités mères-bébés
- Centres de ressources de réhabilitation psychosociale
- Centres régionaux du psychotraumatisme
- Centres référents TCA
- Centres de ressource autisme
- EMPP
- EMPPA
- PASS psy
- CRIAVS
- Prévention du suicide: dispositif Vigilans

3. Les autres activités qui avaient pu être remontées lors de l'enquête menée auprès des établissements en 2020, sans tri préalable et sans préjuger de la pertinence à ce stade des remontées (cf. annexe 2)

Il est demandé aux établissements de motiver leur sélection sur la base d'un des critères suivants :

- Activité dont la réalisation bénéficie à plusieurs ou à la totalité des territoires de la région (zone de recours élargie)
- Activité dont les caractéristiques ne permettent pas un financement par une approche populationnelle uniquement (activité transversale)
- Activité qui ne sont pas ou partiellement décrites dans le relevé d'information médicalisé psychiatrie (RIM-P) et ne peuvent donc pas être financées par la dotation à la file active
- Activité qui bénéficie d'un financement dédié identifié (financement fléché)

Il a été également demandé de préciser les éléments financiers en charges et en produits et de fournir le détail (cf. trame en annexe 3).

La réponse des établissements est attendue pour le vendredi 12 janvier 2023.

Discussions :

Mme Bendeira indique qu'il y a un problème de sous-valorisation des tarifs dans la DFA qui risque par ricochet de peser sur les demandes au titre des activités spécifiques régionales et que cela est regrettable. Ce point devrait être signalé au national.

Dr Welniarz indique qu'il y a un subtil équilibre à trouver avec la DFA qui n'est pas véritablement une dotation à la file active au sens épidémiologique du terme mais qui doit également rester suffisamment large pour ne pas s'apparenter à une T2A avec les risques de sélection associés, en faveur des activités les plus rémunératrices.

M. Couillard souhaite insister sur l'importance de certaines activités mal prises en compte dans le modèle à ce stade : la prise en charge des urgences psychiatriques et les activités universitaires. Il souligne également un autre aspect à approfondir qui n'est pas pris en compte à ce jour dans la réforme : la mobilité des populations, au sein de la région, mais surtout entre régions, peut-être plus marquée en IDF que dans les autres régions.

2. Prochaines étapes

Prochaines séances : vendredi 10 février à 14h et mardi 14 mars à 14h



CAR_psy_20230106.
pptx

Annexe 1 – Liste des indicateurs examinés dans le cadre du groupe « critères régionaux de répartition de la dotation populationnelle »

- Population 2018
- Part des mineurs
- Taux de mortalité
- Taux de natalité
- Taux de chômage
- Densité de la population par département en 2018
- Indice de vieillissement 2018
- Projection de l'évolution de la population en 2050*
- Taux de pauvreté par département*
- Effectif Psychiatres
- Densité des psychiatres par département*
- Effectif des psychologues en 2021
- Poids des soins sans consentement
- Part des familles monoparentales
- ALD 23*
- Enfants aide sociale*
- Passage urgence Psy
- Durée accès routier

*indicateur disponible uniquement à la maille départementale.

Annexe 2 – Activités spécifiques - Liste des activités renseignées par les répondants à l'enquête de 2020

• Activités d'urgence (à préciser, par ex : consultation/présence psychiatre ou IDE dans un SAU, service d'urgence psy ...)
• Activité de liaison (consultation de psychiatre dans les unités d'hospitalisation hors SAU)
• Hospitalisation complète de pédopsychiatrie
• Unités ou dispositifs de prise en charge des adolescents âgés de 10-15 ans (hors financement FIR ex : maison des adolescents)
• Unités ou dispositifs de prise en charge de la transition adolescents - adultes, dispositifs d'évaluation jeunes adultes et adolescents, dispositifs pour les 15-25 ans
• Centres de diagnostic et d'évaluation de l'autisme, Plateformes de coordination et d'orientation (PCO) et dispositifs particuliers pour la prise en charge des personnes présentant des TSA sévères : Unités mobiles interdépartementales (UMI) autisme et l'Unité Sanitaire Interdépartementale d'Accueil Temporaire d'Urgence (USIDATU)
• Centres de ressources pour les troubles psychiques des sujets âgés / Gériatopsychiatrie / Dispositifs PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie)
• Consultations mémoire (hors financement MCO-MIG)
• Plateforme Psy IDF de soutien et information aux familles touchées par des troubles psychiques
• Plateforme régionale d'appui à la recherche de lits en psychiatrie
• Activités non sectorisées contribuant à un exercice de recours régional
• Equipes mobiles d'intervention dans le logement et d'accompagnement entre habitat et soins (ELIAHS)
• Unités ou dispositifs spécifiques d'addictologie versant sanitaire (hors champ médico-social et hors financement MCO-MIG)
• Equipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie (EHLA) (hors financement MCO-MIG)
• Centres régionaux de la douleur
• Dispositifs de soutien et prévention en matière de sexualité, VIH, hépatites (Réseau ESPAS, Comité SIDA, dispositifs d'accompagnement et prise en charge de la dysphorie de genre ...)
• Centres régionaux de dépistage des troubles génétiques
• Gérance de tutelle, services de prise en charge des majeurs protégés
• Dispositifs de soins partagés Ville - Hôpital, dispositifs PsySom Ville-Hôpital
• Médiateurs santé pairs en santé mentale
• Centres experts (à préciser)
• Neurostimulation, RTMS (hors financement MCO)
• Unités d'enseignement
• Autre

Annexe 3 – Enquête sur les activités spécifiques : trame de recueil des éléments financiers détaillés

	Libellé activité spécifique							
	ETP	Valorisation	ETP	Valorisation	ETP	Valorisation	ETP	Valorisation
Personnel Médical								
Personnel Non Médical								
Total de la masse salariale titre 1	-	-	-	-	-	-	-	-
Coût directs (T2,T3,T4)								
Coûts indirects								
Total des charges coût complet	-	-	-	-	-	-	-	-
Dotation Annuelle de Financement (si connu)		-		-		-		-
Fonds d'Intervention Régional								
Autre		-		-		-		-
Total des produits		-		-		-		-

Activité			
File Active Totale			
<i>Dont % hors zone d'intervention (secteurs)</i>			
Actes ambulatoires E, A, G			
<i>Dont % hors zone d'intervention</i>			
Actes ambulatoires D, R			
<i>Dont % hors zone d'intervention</i>			
Journées Hospi Temps Complet			
<i>Dont % hors zone d'intervention</i>			
Journées Hospi Temps Partiel			
<i>Dont % hors zone d'intervention</i>			

Capacités			
Nombres d'unités			
Nombres de lits et places			

Charges
Total Titre 1 :
- Titre 1 : effectif cible X coûts moyens 2021
Coûts directs (T2,T3,T4) :
- Titre 2 : coût réel 2021 des UF's concernées par l'activité spécifique
- Titre 3 : coût réel 2021 des UF's concernées par l'activité spécifique
- Titre 4 : coût réel 2021 des UF's concernées par l'activité spécifique
Coûts indirects :
- Charges indirectes RTC - LGG - STRUCTURE IMMO - LM - SAMT ou %
Produits
Inscrire financements connus
Faire évoluer les dotations du % d'évolution de la DAF pérenne (DAF reconductible)
Intégrer l'effet Ségur dans le coefficient d'évolution de la DAF pérenne