

# Comité consultatif d'allocation des ressources IDF – Section psychiatrie

## Compte-rendu de la séance du 28 janvier 2025

### Membres présents

Prénom Nom	Membres titulaires (T)	Présent sur place	Présent par visio/audio	Excusé
<b>Dr Béatrice AUBRIOT</b> , Présidente de la Conférence des PCME de CHS d'Ile de France, PCME du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences	T		1	
<b>M. Lazare REYES</b> , Président de l'association des directeurs d'établissement de santé mentale, directeur du GH Paul Guiraud	T			1
<b>Mme Luce LEGENDRE</b> , Directrice du Centre d'accueil et de soins hospitalier (CASH) de Nanterre et de l'EPS Roger Prévôt	T		1	
<b>Dr David TOUITOU</b> , PCME du GH Paul Guiraud	T			1
<b>M. Guillaume COUILLARD</b> , directeur du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences	T	1		
<b>Dr Marie-José CORTES</b> GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences			1	
<b>Dr Françoise VILLEMAIN</b> , PCME de l'EPS Barthélémy Durand		1		
<b>Mme Jihane BENDAIRA</b> , Présidente de la conférence des DAF FHF Ile-de-France, Directrice adjointe, EPS Ville Evrard		1		
<b>Dr Bertrand WELNIARZ</b> , chef de pôle de pédopsychiatrie 93103, EPS Ville Evrard		1		
<b>Mme Catherine DOYEN</b> , Cheffe du service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent I08 et Cheffe du pôle 16 <sup>ème</sup> , GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences			1	
<b>Pr Antoine VIEILLARD-BARON</b> , directeur médical, APHP	T		1	
<b>M. Camille DUMAS</b> , directeur de l'économie, des finances, de l'investissement et du patrimoine, APHP			1	
<b>Mme Alexandra BOYER</b> , Directrice générale de l'Elan retrouvé	T	1		
<b>Dr Fabrice MONNEYRON</b> , Médecin, chef de service à la clinique FSEF Paris 13	T		1	
<b>M. José DE SOUSA</b> , Secrétaire général de l'ASM13			1	
<b>Dr Helena BROCHARD</b> , Médecin, chef de l'hôpital de jour Espace Ados aux Ailes déployées				1
<b>Mme Héléna KISLER</b> , Déléguée Générale FHP Ile-de-France	T	1		
<b>Dr Valérie NIRO</b> , Directrice médicale France Clinéa	T			1
<b>M. Stéphane WITCZAK</b> , Directeur adjoint des opérations Ramsay			1	
<b>Dr Christian AMOUZOU</b> , Médecin psychiatre coordonnateur Clinéa				1
<b>M. Christian ROSSIGNOL</b> , Président délégué départemental, UNAFAM 92	T	1		
<b>M. Michel GIRARD</b> , Vice-président de l'UNAFAM 92				1
<b>Mme Annie LABBE</b> , ancienne présidente, chargée de la représentation des usagers de santé	T			1
<b>M. Jérôme FENEZ</b> , médiateur Santé-Pair, membre de notre association				1
<b>TOTAL DES PRESENTS</b>			<b>16</b>	
<b>Dont titulaires ou ayant voix délibérative (sur 12 membres)</b>			<b>8</b>	

**M. Arnaud CORVAISIER** – Directeur de l’Offre de soins  
**M. Fabien PERUS** – Directeur du Pôle Efficience,  
**Mme Laure-Anne SCHERRER** – Directrice-adjointe du Pôle Efficience,  
Responsable du département Pôle médico-économique,  
**M. Nicolas NOIRIEL** – Directeur de projet santé mentale et psychiatrie,  
**Mme Wuthina CHIN** – Cheffe de projet santé mentale,  
**Mme Gaëlle QUILY** – Responsable du service performance,  
**Mme Julia LEXCELLENT** – Chargée de mission santé mentale,  
Responsable du département du pilotage médico-économique,  
**Mme Sophie BELMADI** – Technicienne de l’information médicale

Les membres présents représentent le quorum. L’ordre du jour et les principaux objectifs de la séance sont les suivants :

## Ordre du jour

1. **Approbation du compte-rendu de la séance précédente du 26 novembre 2024**
2. **Etat des crédits budgétaires de la campagne 2024**
3. **Présentation de l’avancement des travaux sur les activités spécifiques régionales**
4. **Présentation des travaux sur l’allocation populationnelle 2024**
5. **Avis du CAR sur les modalités d’allocation populationnelle**
6. **Prochaines échéances**

### 1. **Approbation du compte-rendu de la séance précédente**

Aucune demande de modification n’a été faite par les membres du comité suite à la diffusion par mail de l’ARS du projet de compte-rendu de la séance du 26 novembre 2024, et aucune demande n’est formulée non plus en séance.

Le compte-rendu de la séance du 26 novembre 2024 est <b>adopté à l’unanimité.</b>
---

### 2. **Etat des crédits budgétaires de la campagne 2024** (Cf. PPT.)

N. NOIRIEL indique que l’Ile de France s’est vu notifier 2,3 Mrd € de crédits tout compartiment confondu. Il y a 1.8Mrd au titre de la dotation populationnelle, 98 % des crédits ayant été alloués. Les crédits restants à allouer le sont principalement au titre de la dotation populationnelle, dont une partie au titre de mesure fléchées qui font l’objet d’appels à candidature pour la plupart ou d’appels à projets. Le reste des crédits, non-fléchés, sont à répartir sur des bases populationnelles, notamment pour réduire les écarts historiques, ce qui constitue l’objectif principal de la présente réunion.

Depuis la dernière séance fin novembre, concernant les 7M€ fléchés sur des mesures spécifiques liées à la feuille de route nationale et aux assises de la santé mentale :

- un appel à manifestation d’intérêt sur la réduction des mesures de contrainte qui a été clôturé fin novembre a donné lieu à des notifications de crédits représentant près d’1M€ qui devraient parvenir dans les prochaines semaines.
- Un appel à candidature clôturé le 31 janvier, pour le déploiement des équipes mobiles de psychiatrie des sujets âgés fera l’objet d’une instruction pour notification avant la fin de la campagne.
- Les équipes mobile psychiatrie-précarité ont été utilisées pour rebaser les équipes sous dotées au regard des objectifs fixés par l’instruction.
- Les discussions sont en voie de finalisation, pour renforcer les centres régionaux (2 dans la région, sur la psycho trauma)

Ne sont pas encore alloués les crédits pour le renforcement des CMP adultes et infanto-juvéniles, ainsi que le renforcement de l'accès aux soins somatiques.

Il est proposé, en exploitant l'étude régionale déjà réalisée, d'exploiter un schéma d'allocation pour la 1<sup>ère</sup> circulaire 2025 et de verser en CNR les crédits disponibles d'aujourd'hui afin de ne pas préempter du schéma qui pourrait être retenu. Cela nécessite un ciblage, sinon ça représenterait moins de 10 000€ par CMP.

### 3. Présentation de l'avancement des travaux sur les activités spécifiques régionales

(cf. synthèse chiffrée actualisée PPT p.9)

N. NOIRIEL précise que l'activité d'hospitalisation sans consentement n'a pas encore été examinée car la méthodologie pour ce faire devait se fonder sur des éléments qui ne seront sans doute pas transmis par le national dans des délais raisonnables et il a donc été convenu en GT d'élaborer une méthodologie sur la base des données régionales.

Le total des activités spécifiques, hors hospitalisation sans consentement, représente 10 points de dotation populationnelle. Cela ne concerne pas par définition tous les établissements dans les mêmes proportions. Plus d'un établissement sur 2 pour les EX-DAF et un sur dix pour les EX-OQN soit en pratique 4 structures EX-OQN et une quarantaine d'EX-DAF, notamment les établissements sectorisés. Le contexte actuel de sécurisation court encore sur toute l'année 2025 pour ces activités incluses dans les financements historiques.

#### Echanges et discussions :

L. LEGENDRE demande des précisions concernant la liste des activités et surtout la formulation, notamment la « participation des structures de psychiatrie au sein des structures d'urgences » : s'agit-il uniquement des personnels appartenant à des établissements spécialisés ou mono-disciplinaires en psychiatrie qui envoient dans des SAU des professionnels infirmiers et psychiatres ou s'agit-il également des centres hospitaliers généraux qui ont de la psychiatrie et qui, sur la DAF de psychiatrie actuellement, mettent à disposition des urgences du temps de psychiatres et d'infirmiers qualifiés en psychiatrie ?

N. NOIRIEL confirme que le périmètre correspond aux effectifs spécialisés en psychiatrie qui interviennent dans les urgences générales, quel que soit leur provenance, mais que les dispositifs d'urgences spécialisés en psychiatrie tels que centres renforcés ou UHCD psy ad hoc ne sont pas intégrés dans le présent chiffrage.

Dr WELNIARZ demande à quoi correspondent exactement les « consultations spécialisées » envisagées. N. NOIRIEL explique qu'il s'agit des consultations de recours par exemple sur les psycho-trauma ou l'ethnopsychiatrie qui avaient été listées par le groupe de travail comme intéressantes à examiner.

Dr VILLEMAIN demande si la mise en place d'un service de psychiatrie au sein des urgences faisant de la post-hospitalisation ou de l'hospitalisation de 72h est bien une activité spécifique.

N. NOIRIEL répond que s'il s'agit bien d'une structure UHCD avec hospitalisation psy de 72h, ce n'est pas couvert par l'activité spécifique des urgences car il y aura un codage de l'activité.

Dr CORTES indique que beaucoup de structures dans les hôpitaux généraux ont configuré une capacité de reconvoque rapide, hospitalisation de 72h et mobilité, dont une partie de l'activité consiste à se rendre aux urgences générales de leur même hôpital pour rencontrer les patients et travailler sur les situations avec les urgentistes et demande si cette partie d'activité ne pourrait pas être valorisée ?

N. NOIRIEL répond que l'activité aux urgences générales est bien prise en compte dans le périmètre actuel, mais pas les organisations de reconvoque rapide, ni d'hospitalisation de 72h qui sont financement au moins en partie par ailleurs. Ce qui n'est pas le cas aujourd'hui de l'activité directement réalisée aux urgences, explicitement exclue de la DFA et mal prise en compte dans la dotation populationnelle. Ce point a été discuté en GT et qu'au stade actuel il convient avant tout de sécuriser les équipes intervenant aux urgences.

Dr CORTES ajoute qu'il faudrait continuer à réfléchir puisque certains établissements grâce à cette organisation vont assurer une possibilité d'intervention d'une équipe psy sur leurs urgences 24/24h, ce qui amène le SAMU 15 à envoyer préférentiellement les patients sur les urgences générales de l'hôpital qui travaille en collaboration avec cette équipe qui va finalement traiter quelle que soit la sectorisation, toutes les situations, ce qui est très chronophage.

#### 4. Présentation des travaux sur l'allocation populationnelle 2024

Le montant restant à déléguer au titre de dotation populationnelle s'élève à 23M€ après prise en compte de l'enveloppe de contractualisation. Alors que l'hypothèse de 0.5 point maximum au titre de cette enveloppe de contractualisation avait été retenue, ce qui représentait 9 M€, ce sera finalement moins (6M€). C'est l'hypothèse qui a été intégrée pour tenir compte à la fois des ouvertures extension capacitaire déjà évoquées et des mesures qui ont été contractualisées dans les contrats territoriaux de santé mentale.

Une méthode a été travaillée qui consiste à calculer une dotation cible tenant compte des populations et de leurs caractéristiques (taux de pauvreté et part des familles monoparentales) et à comparer avec la dotation telle qu'elle ressort actuellement, issue des financements historiques.

Les scénarios étaient ceux qui avaient été privilégiés au sein du CAR, à savoir un scénario de base avec le taux de pauvreté qui est une obligation réglementaire qui fait largement consensus et une variante intégrant en plus la part des familles monoparentales.

La question de la surpondération des mineurs a également fait l'objet d'un travail pour aboutir à plusieurs chiffrages, notamment en retenant 1,5 et 1,9. La logique de rattrapage s'impose dans la logique du contexte de sécurisation, empêchant de toucher aux bases historiques des établissements. Il propose d'examiner les notices de méthodologie qui pourront, sous réserve des commentaires et de la validation finale des membres du CAR, être un support vis-à-vis de l'extérieur.

L'objectif principal de la répartition populationnelle est de réduire les disparités territoriales historiques en tenant compte du nombre d'habitant mais également de leurs caractéristiques, selon leur âge et leur situation socio-économique (cf. PPT p ; 17 et suivantes)

La logique populationnelle joue à 2 niveaux :

- National puisque le ministère utilise des critères pour répartir entre régions et corriger les inégalités, sachant que l'Ile-de-France est réputée sous dotée et bénéficie à ce titre d'un rattrapage annuel de 13M€ depuis 2 ans.
- Régional avec 1,8 Md€ pour l'Ile-de-France, à répartir entre les territoires pour réduire les inégalités infrarégionales pour l'année 2024.

Le 1<sup>er</sup> zoom montre la répartition entre part de dotation populationnelle et part de DFA selon les établissements et leur statut, ce qui fait apparaître 15 à 20% de DFA contre 80 à 85% pour les établissements EX-DAF et inversement pour les établissements EX-OQN. En regardant le poids de chaque secteur tarifaire par compartiment il apparaît que le secteur EX-DAF représente 98,6% de la dotation populationnelle régionale contre 1,4% pour le secteur EX-OQN.

Il faut rappeler que la totalité de la dotation populationnelle n'est pas versée que sur des critères populationnels parce qu'il y a des mesures nouvelles qui sont ciblées, notamment cette année avec l'allocation pour les mesures de revalorisation RH qui a été répartie au prorata des effectifs et donc sur le critère de l'offre plutôt que de la population. D'autres financements sont attribués selon une logique thématique pour renforcer les actions portées par la feuille de route santé mentale nationale.

Il s'agit des 7M€ pour notamment le renforcement des équipes mobiles du sujet âgé et les mesures pour la réduction des mesures de contraintes.

S'agissant d'une enveloppe de 2% maximum, le GT a travaillé sur l'hypothèse de 0,5%, et on aboutirait plutôt à 0,3% avec ce qui a été retenu à ce jour, sachant qu'il y a déjà effectivement 2 M€ qui ont été versés au titre de l'évolution de l'offre suite à la séance du CAR de novembre dernier.

Enfin, avant d'arriver au montant populationnel à répartir sur les bases strictement populationnelles, se pose la question des activités spécifiques régionales qui sont également un prélèvement sur la dotation populationnelle et qui maintiennent un financement fléché sur la base des travaux du GT sur le fondement de l'instruction, renvoyant aux points détaillés supra et qu'il faudra stabiliser avant fin 2025.

Il y a pour cette année une croissance de 90M € de la dotation populationnelle dont il reste 23 M€ dans l'hypothèse où on retient une enveloppe de contractualisation pour 6 M€.

Poursuivant l'objectif de la réforme de réduire les inégalités territoriales, le GT a procédé étape par étape, en cherchant d'abord à déterminer ce que pourrait être une allocation cible s'il est tenu compte à la fois du nombre d'habitant par territoire et de leurs caractéristiques socio-économiques puis à comparer avec la répartition actuelle telle qu'elle ressort des financements historiques attribués aux établissements et selon la typologie et les territoires de provenance de ces patients. Le calcul de la dotation par commune est simple avec le nombre d'habitant par commune en répartissant entre enfants et adultes et en introduisant en plus une correction au titre des critères socioéconomiques : taux de pauvreté, en plus d'une surpondération de la population des mineurs (pour le scénario de base), ainsi que la part des familles monoparentale (pour la variante).

On répartit cette dotation par commune en distinguant au sein de la dotation populationnelle perçue par l'établissement l'activité adulte/enfant et les différentes modalités de prise en charge en retenant des pondérations qui sont calculées sur la base du RTC régional. Il a également été tenu compte de la provenance des patients selon leur résidence : plutôt que de prendre la dernière année disponible, ce qui pourrait être volatile, on a retenu une moyenne sur les 3 dernières années disponibles (2021 à 2023). Se pose la question des patients qu'on ne peut pas rattacher à une commune d'Île -de-France car ils viennent d'autres régions ou de l'étranger, et d'autre qui ont un code commune sur un département d'Île-de-France mais en 999 donc sans commune identifiée.

Une fois qu'on a la dotation actuelle par commune et la dotation cible, on peut calculer la différence et ainsi faire ressortir les communes avec des écarts favorables ou défavorables qu'on a regroupés au niveau des zones d'intervention pour la lisibilité du dispositif, tous les territoires étant rattachés à une zone d'intervention.

Ensuite en fonction des moyens dont on dispose (cette année 23 M€) la question est de savoir comment on les alloue entre territoires et à quel rythme on pourra le faire sur les années à venir.

N. NOIRIEL propose de détailler les différents points et les méthodes en ouvrant les questions et remarques au fur et à mesure.

Concernant les modalités de calcul de la dotation actuelle, il s'agit de reventiler la dotation populationnelle perçue au niveau d'un établissement pour la rattacher à une commune. On la décompose entre les différentes modalités de prise en charge : temps plein/temps partiel/ ambulatoire, activité de psychiatrie adulte/pédopsychiatrie, avec la pondération retenue. Le temps complet adulte étant la valeur de référence 1, le temps complet enfant correspond à 1,3, le temps partiel adulte à 0,8, le temps partiel enfant à 1, l'ambulatoire adulte à 0,3 et l'ambulatoire enfant à 0,4.

Une fois connue la commune de résidence de l'adulte ou l'enfant bénéficiaire de l'activité réalisée, sur la moyenne des 3 dernières années, une part de la dotation populationnelle imputée sur un établissement a pu être donnée à une commune desservie sur la période. (cf. exemple diapo Maison de santé d'Epinay)

Le résultat de cette dotation commune par commune peut alors être comparé à la dotation cible.

Concernant le cas des patients qui ne peuvent être rattachés à aucune commune d'Île-de-France, soit originaires de l'étranger avec l'identifiant 999, soit, surtout, des personnes précaires, en plus forte proportion sur Paris et la Seine-Saint-Denis, cette méthode permet d'en tenir compte.

Dr WELNIARZ souhaite confirmation que ces patients sans domicile en IDF sont déjà rentrés dans les calculs de dotation populationnelle des établissements.

N. NOIRIEL confirme qu'ils sont bien dans la base sécurisée pour cette année et l'année prochaine, ajoutant qu'au-delà, la question pourrait être posée de maintenir ce système ou de partir du principe qu'il s'agit d'une activité particulière. Ces activités sont fortement concentrées sur les établissements de secteur, tels que les EPSM, ou les établissements universitaires ou les gros établissements généraux avec activité de psychiatrie. Soit 16 établissements qui représentent 90% de toute cette activité.

G. COUILLARD s'interroge sur les modalités de prise en charge des patients étranger et/ou sans domicile dans la future réforme.

N. NOIRIEL indique que l'identification des établissements qui prennent majoritairement en charge ces patients permet de maintenir ce financement fléché pour réaliser ce type d'accueil. Les patients précaires ou hors secteur restent dans le financement fléché sur les établissements qui réalisent ce type de prise en charge au sens où ce qui compte n'est pas d'où ils viennent mais où ils sont soignés.

G. COUILLARD confirme que la proposition serait d'avoir un financement spécifique vers ces établissements, pris sur la dotation populationnelle, en considérant qu'il s'agit d'une activité spécifique régionale, en considérant le lieu de prise en charge.

Dr AUBRIOT souhaite que soit confirmé qu'il est proposé d'attribuer un montant de financement à chaque établissement au prorata du nombre de patients de cette catégorie qu'ils prennent en charge, et demande à quelle fréquence les montants figurant dans le tableau seront réévalués.

N. NOIRIEL précise qu'il est plutôt envisagé une réévaluation sur 3 ans pour conserver une forme de stabilité de trajectoire et de lisibilité pour l'ensemble des acteurs sauf si un certain nombre de paramètres étaient perturbés au cours des prochaines années, on pourrait alors y revenir.

Dr DOYEN estime que la somme dédiée aux gens sans domicile existant déjà auparavant il ne s'agit donc pas d'une nouvelle valorisation.

A. BOYER précise que ces patients ont été isolés par le CCAR psy par rapport à la dotation populationnelle de manière à valoriser leur prise en charge spécifiquement pour chaque établissement.

N. NOIRIEL acquiesce, ajoutant que le but était que les ressources correspondantes ne soient pas « diluées » avec le risque qu'ils soient répartis sur les critères populationnels qui ne tiennent pas compte de cette population spécifique.

A. BOYER souhaite faire remarquer que si c'est la localisation de l'établissement qui compte, les modalités de répartition de la dotation populationnelle pourraient désavantager les établissements multisites, avec multi activités, sur plusieurs départements.

N. NOIRIEL objecte que des travaux ont été menés afin de ne pas réimputer juste sur le territoire d'implantation de ces établissements qui ont une file active qui dépasse souvent largement leur secteur.

Dr DOYEN souhaite revenir sur la pondération selon le nombre de mineurs, de 1,5 à 1,9 point, s'inquiétant de savoir si la différence de financement entre les territoires est significative avec ce critère, ajoutant que les acteurs ne comprennent pas tous la signification du 1,5.

N. NOIRIEL indique que ça ne change pas tellement les territoires concernés, qui sont les sous-dotés, mais ça change plutôt les montants selon les établissements, car c'est une reconnaissance du fait que le coût des soins psy à un enfant représente quasiment le double de celui d'un adulte et donc sur l'enveloppe dont on dispose sur la région, ça reconnaît un besoin beaucoup plus important à destination de cette population que dans l'hypothèse où cet enfant compterait comme un adulte. Donc avec la surpondération de 1,5 on réoriente une partie de la dotation régionale au bénéfice de cette population et donc vers les établissements qui ont une activité pédopsychiatrique. Ainsi, les mineurs représentent un peu moins d'un habitant sur quatre dans la région donc quand on passe à 1,5 ça revient à réorienter quasiment 30 % de l'enveloppe, et à 1,9, ça passe à 37% de l'enveloppe. Il s'agit d'une réallocation de plusieurs dizaines de millions d'euros de plus en direction des enfants.

Dr WELNIARZ remercie pour les calculs effectués pour déployer tous les scénarios et fait observer qu'on est actuellement dans une logique de rattrapage et pas de convergence avec les sommes dont il est question. Il y a quand même une grande partie de la somme allouée qui va servir aux mesures RH qui sont finalement données en fonction des dotations historiques, ce qui fait un rattrapage sur 10 ans avec tous les critères retenus par le CCAR, ce qui est mieux que rien. Au vu des courbes démographiques, des communes de la Seine-Saint-Denis par exemple, selon les statistiques de l'INSEE entre 2011 et 2021 ont pris 10 % de plus de mineurs alors que sur d'autres communes le nombre de mineurs a diminué à peu près dans les mêmes proportions. Les objectifs de ces calculs doivent donc prendre en compte les mouvements de population qui sont très importants dans notre région.

G. COUILLARD souhaite connaître les justifications de surpondérer autant au titre du nombre de mineurs car bien que dans le RTC le coût d'une journée d'hospitalisation est plus élevé quand il s'agit d'un enfant, il faut tenir compte du fait que les mineurs sont beaucoup moins hospitalisés que les majeurs donc la différence de prise en charge ne représente sans doute pas globalement un ratio de 1 à 2 puisque les mineurs sont beaucoup plus en ambulatoire et moins en hospitalisation complète que les majeurs. D'autre part, les tableaux présentés représentent plutôt des territoires que des établissements ce qui rend difficile la vision de l'impact sur les établissements.

N. NOIRIEL indique que la clé de répartition retenue au national est basée sur une hypothèse de surcoût de 2,35 alors que sur la région on a retenu 1,9. Si en hospitalisation complète on a en effet un recours beaucoup moins important pour les mineurs que pour les adultes, c'est beaucoup moins vrai quand il s'agit de temps partiel et d'ambulatoire où il y a un taux de recours supérieur de près de 50%. Donc s'il est tenu compte à la fois des surcoûts unitaires et du taux de recours, cela donnerait pour le temps plein un ratio autour de 0,5 ou 0,6 mais pour le temps partiel et l'ambulatoire se serait, selon les patient et l'activité, entre 1,4 et 2. les coûts et les différences de taux de recours ont donc bien été intégrés.

Dr WELNIARZ rappelle qu'on est en dotation populationnelle et non à la file active. Si effectivement le taux de recours des mineurs est moindre en hospitalisation temps plein c'est parce qu'il y a un manque de lits et qu'il est toujours difficile de faire hospitaliser un mineur et que même pour le taux de recours en ambulatoire il y a des listes d'attente très importantes pour accéder à une consultation pour un mineur. Ce qui est proposé est un compromis qui semble globalement acceptable, tout en sachant que ça ne pourra pas complètement aux moyens nécessaires pour prendre en charge correctement cette catégorie de la population.

Dr VILLEMAIN demande s'il n'y aurait pas un biais, dans la mesure où certains secteurs sont vraiment sous-dotés en ressources humaines et n'arrivent donc pas à assumer tout ce qu'ils devraient faire par rapport à leur population, et si cela a été pris en compte.

N. NOIRIEL acquiesce, précisant que c'est bien l'objectif que de réallouer en priorité sur les territoires historiquement sous-dotés, mais sans pour autant nier intégralement la contribution de certaines structures à la prise en charge des patients de ces territoires. Il ne faut pas réallouer sans considération des capacités à recruter et à développer l'offre nouvelle en conséquence.

H. KISLER évoque le fait que les établissements privés ne sont pas du tout affiliés à une zone d'intervention.

N. NOIRIEL explique que la référence à la zone d'intervention permet d'avoir un rattachement de l'ensemble des communes et secteurs, et donc surtout des habitants de la région, à un niveau de responsabilité populationnelle qui ait du sens en psychiatrie. Mais cela prend bien en compte l'ensemble des structures sectorisées ou non. Les établissements non sectorisés contribuant à la prise en charge de patients qui pour la plupart ont une résidence et une commune de rattachement et donc une zone d'intervention.

Pr VIEILLARD-BARON s'inquiète du financement de potentielles mesures nouvelles pour un territoire réputé sur-doté.

N. NOIRIEL indique que pour les mesures nouvelles il y a plusieurs canaux qui ne relèvent pas de la dotation populationnelle. Comme vu précédemment, des mesures nouvelles relèvent d'un financement fléché, telles que les mesures RH ou si ça répond à des appels à projets. Par exemple si l'année prochaine il y a de nouveau un appel à projet de renforcement de la pédopsychiatrie, il ne s'agira pas de crédits alloués sur des bases populationnelles, même s'il y aura quand même une priorisation sur certains territoires. Ensuite il y a aussi d'autres compartiments que la dotation populationnelle, aussi bien les activités spécifiques nationales qui sont très particulières, mais surtout les nouvelles activités sur d'autres appels à projets.

Dr AUBRIOT estime que le terme surdoté est exagéré, reconnaissant qu'il y a des territoires moins bien dotés que d'autres, mais que considérer certains territoires comme surdotés reviendrait à considérer que leur travail ne serait pas à la hauteur des financements reçus, ce qui n'est pas le cas

N. NOIRIEL reconnaît qu'il doit être souligné qu'il s'agit d'une facilité de langage pour faciliter l'identification des zones mais que tout le monde est d'accord sur le fait que la logique de rattrapage qui est privilégiée ne méconnaît pas les besoins sur ces territoires, bien qu'il y ait des écarts historiques qu'il convient de réduire.

G. COUILLARD revient sur la notion de sur dotation, déclarant que derrière il y a une offre de soins qui prend en charge des patients et qu'il conviendrait de sécuriser le fait de ne pas mettre en péril une offre existante même si elle est jugée surnuméraire par rapport à celle d'autres territoires, en ne lui allouant aucune progression de crédit de façon durable, puisque c'est potentiellement acter un schéma pluriannuel sur 5 ou 10 ans qui ne verrait aucune progression sur un certain nombre d'établissements. Ne pourrait-on pas plutôt acter un mécanisme de rattrapage par rapport à une croissance minimale afin de ne pas avoir des établissements qui auraient zéro croissance de leur financement pendant plusieurs années, ce qui est problématique parce que ce serait acter une diminution de l'offre.

N. NOIRIEL objecte qu'il y a quand même une part de la dotation populationnelle qui est allouée indépendamment de cette logique là et qu'il y a aussi d'autres compartiments.

Dr WELNIARZ fait remarquer que le rattrapage dont on parle pour les territoires sous dotés est extrêmement minime, ainsi, cette année sur 80 M € d'enveloppe il y en a déjà 70 qui ont été distribués au prorata des effectifs existants donc on ne peut pas dire qu'il n'y a pas eu de progression. Et les 23M€ qui restent sont peu par rapport aux besoins des banlieues qui ont un taux de pauvreté important et où l'offre pour la pédopsychiatrie est bien moindre alors que le nombre de mineurs est plus important.

L. LEGENDRE déclare que la FHF a étudié les documents transmis en amont de la réunion et qu'ils permettent de se rendre compte à quel point cette réforme peut être structurante pour ses établissements dans les années à venir et a convenu de se laisser un temps d'échange entre eux afin d'adopter une position commune pour ne pas se laisser emporter par une expression qui ne représenterait qu'un seul établissement, qu'il soit mieux ou moins bien doté. Les représentants de la FHF ont donc convenu de ne pas faire connaître leur point de vue immédiatement au cours de cette réunion.

## 5. Avis du CAR sur les modalités d'allocation populationnelle

N. NOIRIEL constate que les acteurs présents ne souhaitent pas se prononcer et voter immédiatement sur les points soumis à l'avis du CAR. Un délai pour ce faire est fixé au mercredi 5 février 2025 au plus tard.

Les points soumis au vote sont les suivants :

1 – La constitution d'une enveloppe de contractualisation inférieure à 0,5%, soit < 9M €

2 – La méthode de :

- comparer la dotation résultant des financements historiques et la dotation cible résultant de l'application de critères populationnels
- ou de l'allocation par projets sur les territoires prioritaires et sous-dotés tels qu'ils ressortent de la méthode supra (ce qui suppose un versement en CNR pour 2024 et un appel à projets en 2025)
- ou d'une allocation mixte pour 13M € (montant alloué à l'IDF au titre du rattrapage inter-régions) suivant la méthode proposée ; pour le reste, sur les projets ciblant les territoires prioritaires et sous-dotés tels qu'ils ressortent de la méthode supra.

3 - Le niveau de la surpondération de la prise en charge des mineurs

3bis – Les critères populationnels (sous réserve du pont précédent) répartition basée sur le nombre d'habitant et :

- le taux de pauvreté par commune
- ou le taux de pauvreté et la part de famille monoparentales, par commune.

<b>L'ordre du jour étant épuisé, la séance est close à 19h20</b>
--

### Addendum :

- Résultats du vote intervenu après la séance :

Le comité se prononce, à 11 voix exprimées sur 12,

- A l'unanimité en faveur de la constitution d'une enveloppe de contractualisation pour 2024 de 6 millions d'euros maximum (<0,5% de la dotation populationnelle de l'année) ;
- A l'unanimité en faveur d'une stratégie de rattrapage plutôt que de convergence ;
- A la majorité, pour que soient retenus comme critères populationnels, en plus du nombre d'habitants, le taux de pauvreté, d'une part, et la part des familles monoparentales d'autre part – ces deux indicateurs devant être renseignés au niveau communal (8 contre 3) ;
- A la majorité, pour que la population des mineurs soit pondérée d'un coefficient de majoration de 1,9 par rapport aux adultes (6 voix contre 5)
- A la majorité, pour que, pour l'année 2024, sur les 23 millions d'euros restants après constitution de l'enveloppe de contractualisation, 13 millions d'euros soient alloués aux territoires historiquement les moins dotés et 10 millions d'euros au prorata des financements historiques (9 voix contre 2)

- La prochaine séance est fixée au 4 juin 2025

**Annexes :** - CR validé du CARPSY du 26/11/24  
- PPT CARPSY 28/01/25