

FAQ Activités spécifiques régionales psychiatriques

- **Traitement et valorisation dans le modèle de financement des actes techniques ECT, RTMS et de l'activité d'addictologie rattaché au pôle de psychiatrie**

Pas de valorisation particulière prévue pour l'activité d'addictologie rattachée au pôle de psychiatrie. Il n'y a pas non plus de valorisation particulière prévue pour les actes techniques ECT et RTMS.

- **Par ailleurs, sur le périmètre l'ASR « activité au sein des urgences et de liaison » :**

⇒ Activité Urgences

Le financement doit couvrir les postes d'IDE (axés psychiatrie), d'IPA et de psychiatres rattachés à un établissement autorisé en psychiatrie qui intervient dans une structure d'urgence tel que défini au 3° de l'article R. 6123-1 du CSP dans les conditions définies à l'article R. 6123-32-9 du CSP. Ce service d'urgence peut être porté par une entité juridique différente de l'établissement de psychiatrie ou par le même établissement si celui-ci dispose à la fois d'une autorisation en psychiatrie et en structures d'urgences.

L'ASR urgences ne comprend pas :

- Le financement des soins non programmés (ils font partie du panier de soins de base que tout établissement de psychiatrie doit proposer, cf art. R. 6123-178 du CSP) ;
- Les structures de type CAC ;
- Le financement des unités d'hospitalisation de courte durée en MCO.

⇒ Activité liaison

Le financement doit couvrir les équipes de psychiatrie rattachées à un établissement autorisé en psychiatrie qui interviennent au sein d'établissements / services MCO ou SMR. Le personnel n'est pas rattaché à un service de MCO ou SMR.

Les services où interviennent l'équipe de liaison peuvent être portés par une entité juridique différente de l'établissement de psychiatrie ou par le même établissement si celui-ci dispose à la fois d'une autorisation en psychiatrie et en MCO/SMR.

Point d'attention : certaines équipes de psychiatrie de liaison assurent le lien avec les services d'urgence et inversement. Il faut donc veiller à ne pas les financer deux fois.

- **Activités de liaison/participation aux urgences :** une simple permanence téléphonique rentre-t-elle dans cette définition ? Quid d'une astreinte du lundi au vendredi seulement, hors horaires PDSSES ?

Une simple permanence téléphonique ne rentre pas dans la définition. Il faut que les conditions mentionnées ci-dessus soient respectées (notamment l'intervention de professionnels identifiés dans le cadre de l'article R. 6123-32-9 du CSP). Les modalités d'organisation restent à la main des établissements.

- **Les ELSA (équipes de liaison et de soins en addictologie) font-elles bien partie de l'ASR « activité de liaison » ?**

Non elles n'en font pas partie, les ELSA relèvent de l'addictologie et non d'une activité de psychiatrie. Elles sont par ailleurs financées à 100% sur du FIR.

- **Nous nous interrogeons sur l'inégalité de traitement de la gérontopsychiatrie (majorations de financement pour le secteur privé uniquement). Cela pourrait-il évoluer à l'avenir ?**

L'objectif de la dotation à la file active est de compléter le financement des établissements de psychiatrie au-delà de la seule dotation populationnelle, en tenant compte de la réalité et de l'intensité de leur activité clinique. Elle vise à reconnaître la charge de travail et la diversité des prises en charge assurées par les établissements, en valorisant l'activité via la file active, c'est-à-dire l'ensemble des patients suivis au cours de l'année, quelle que soit la nature de leur accompagnement. Cette valorisation repose sur des critères précis tels que le mode de prise en charge (hospitalisation à temps complet, hospitalisation partielle ou suivi ambulatoire), l'âge des patients (enfants, adolescents, adultes).

Le montant de la dotation est ainsi influencé par le case-mix de chaque établissement, c'est-à-dire la composition et la complexité du profil de sa patientèle. Les établissements publics (secteur ex-DAF) accueillent généralement des patients présentant des troubles psychiatriques plus lourds, chroniques ou nécessitant un accompagnement de longue durée, tandis que les établissements privés (secteur ex-OQN) suivent plus souvent des patients au profil plus homogène, avec des séjours plus courts ou des pathologies moins sévères. Cette différence de case-mix conduit à une valorisation différenciée de la file active, afin que le financement reflète plus fidèlement la charge de soins et la complexité des situations rencontrées dans chaque type d'établissement.

Dans la pratique, chaque établissement code ses prises en charge selon la grille de pondération annexée à l'arrêté du 30 mars 2023. Chaque journée de prise en charge correspond à un certain nombre de points, traduisant le niveau d'intensité et de complexité de l'activité réalisée. L'enveloppe nationale dédiée à la file active est arrêtée dans le cadre de la construction de l'Objectif de dépenses (OD) psychiatrie. Elle est ensuite répartie sur la base du nombre total de points déclarés, de manière distincte entre les secteurs ex-DAF et ex-OQN.

La comparaison n'a de sens qu'au sein d'un secteur de financement, en prenant les activités à 1 comme référence (en l'occurrence la journée d'HC Adulte). Les activités qui ont un poids supérieur sont réputées plus lourdes et « rapportent » plus de points, et les activités avec un poids inférieur sont réputées plus légères.

Les grilles de pondération sont des grilles relatives et sont très différentes d'un secteur à l'autre, car l'activité de référence n'est pas du tout la même.

La grille des ex-OQN est ainsi très différente car leur activité de référence d'HC Adultes avec pondération à 1 est très différente de celle des ES ex-DG. Leur activité principale d'HC est plus légère, ce ne sont pas les mêmes patients, et pour les quelques rares établissements privés qui prennent en charge des enfants, des patients en gérontopsychiatrie ou des SSC, ces activités sont relativement beaucoup plus lourdes que la moyenne de l'activité des cliniques. Cet écart est plus faible dans le secteur public car il y a moins « d'écart de lourdeur ».

Mais ça ne veut en aucun cas dire que les ex-OQN sont mieux payés que les ex-DG pour ces activités.

Enfin, il est important de noter que la dotation file active (DFA) ne représente pas la même part du financement global selon le secteur : elle correspond à environ 15 % du financement des établissements ex-DAF, contre 85 % pour les établissements ex-OQN. Si l'on ramène ces montants à un financement théorique à 100 %, le rapport de valorisation entre les établissements ex-DAF/ex-OQN est de 3,6 en 2024. Cet exercice reste très théorique cependant, car une partie du financement provient des autres dotations, dont le poids peut varier d'un établissement à l'autre. Dans le cas de la gériatrie, ce rapport ex-DAF/ex-OQN est de 1,9 pour l'hospitalisation complète et 2,9 pour l'hospitalisation partielle. La réduction de cet écart indique que le financement de la gériatrie est plus important pour les établissements ex-OQN par rapport à l'activité de référence, par rapport à ce qui est constaté pour les établissements ex-DG.

- **Unité mère/bébé : l'un des EPSM déclare disposer d'une unité d'hospitalisation partielle et ambulatoire (l'hospitalisation complète relevant d'un autre CHU)**

Comme indiqué dans l'instruction n° DGOS/R4/2024/35 du 5 avril 2024 relative aux compartiments régionaux du modèle de financement de la psychiatrie, les unités d'hospitalisation mères-bébés à temps plein et à temps partiel sont visées comme activités spécifiques régionales.

- **Centres régionaux de psychotraumatisme : est-ce que les financements sont fléchés vers un seul établissement ou peut-on valider le financement d'antennes dans plusieurs départements ?**

A ce jour les crédits doivent être délégués aux CRP identifiés lors de l'AAP de 2018, mais la question des antennes, des équipes mobiles et des ressources nécessaires sera abordée dans le cadre des travaux sur le cahier des charges des CRP à venir.

- **Structures de second et troisième recours identifiées dans la prise en charge graduée de la filière des troubles du comportement alimentaire (TCA) : une équipe mobile TCA rentre-t-elle dans cette définition ?**

Il s'agit là uniquement des unités hospitalières d'évaluation, de recours et de coordination pluri-professionnelle mentionnées dans l'instruction n° DGOS/R4/2020/148 du 03 septembre 2020 relative à l'organisation de la prise en charge des troubles du comportement alimentaire.

- **Hospitalisation sans consentement : est-ce que seules les unités dédiées peuvent être reconnues ?**

Toutes les unités qui se trouvent dans des établissements autorisés en SSC et qui disposent des conditions techniques de fonctionnement mentionnées aux articles D. 6124-265 et D. 6124-266 du CSP peuvent être reconnues dans le cadre de l'ASR.

- **Hospitalisation à temps plein des mineurs : un établissement déclare seulement des hospitalisations à temps partiel, activité ambulatoire et équipes mobiles pour les mineurs. Cela ne répond a priori pas aux attendus pour être reconnu comme ASR ? Quid également des unités mixtes enfants/adulte ok ?**

Seul le surcoût des lits dédiés à l'activité d'hospitalisation complète des enfants et des adolescents dans les établissements autorisés en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent doit

être pris en compte. En sont exclus les lits sans spécialisation particulière ainsi que les lits des unités mixtes.

- **Existe-t-il une définition d'un centre de crise et un cadrage national pour la reconnaissance de ce type d'activité en tant que telle, et s'il y a un lien entre centre de crise et SSC ?**

Nous avons des ES SSC qui codent leur activité comme relevant d'un centre de crise, or toute unité de SSC n'est pas un centre de crise, qui à mon sens gère de l'urgence et pas forcément des SSC d'ailleurs.

Toujours est-il que ces ES émargent sur 2 surpondérations : centre de crise et SSC, ce qui nous pose question.

Le centre d'accueil et de crise est un dispositif d'accueil en continu répondant au besoin non programmé d'évaluation et d'orientation du patient relevant d'une situation clinique de crise. Le dispositif dispose de lits d'hospitalisation de très courte durée permettant la prise en charge thérapeutique du patient et d'initier les soins nécessaires, avec une perspective de relai de la prise en charge au sein d'un autre mode décrit par le présent arrêté.

Il n'y a pas de corrélation systématique entre centres de crise et SSC. Les centres de crise peuvent accueillir des patients en soins libres comme en SSC. L'unité de SSC ne peut coder le CAC que si elle propose l'accueil continu pour répondre au besoin de soins non programmés mentionnés ci-dessus.

- **Pour les centres de réhabilitation psycho sociale. Faut-il prendre en compte uniquement le centre support régional, ou également les centres de proximité ?**

Il s'agit de financer les centres supports mentionnés dans l'instruction N° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires.

- **Définition pondération « gérontopsychiatrie »**

Le coefficient gérontopsychiatrie peut venir majorer la pondération des journées adultes pris en charge en hospitalisation temps plein ou en hospitalisation à temps partiel (hors séances de sismothérapie). Il est appliqué aux patients de +64 ans pris en charge dans la forme d'activité « temps plein » (RIM-P) ou en hospitalisation de jour, dans une UM identifiée gérontopsy par l'établissement via FicUM.

Il faudra également que l'établissement soit en conformité avec l'article suivant : Art. R. 6123-188.-Le titulaire de l'autorisation organise, pour la prise en charge des personnes âgées, en fonction de leur situation clinique, l'accès à des compétences de psychiatrie de la personne âgée, de gériatrie et de neurologie.

- **Définition pondération « jeunes adultes »**

Le coefficient jeunes adultes peut venir majorer la pondération des journées adultes pris en charge en hospitalisation temps plein ou hospitalisation temps partiel (hors séances de sismothérapie). Il est appliqué aux patients âgés de 18 à 25 ans inclus pris en charge dans la forme d'activité « temps plein » (RIM-P) ou en hospitalisation de jour.

Il s'agit donc de reconnaître des unités ou organisations spécifiques permettant la prise en charge des jeunes adultes (16-25 ou 18-25 ans).

Il faudra également que l'établissement soit en conformité avec les articles suivants : Art. D. 6124-259, Art. R. 6123-190 et Art. R. 6123-193 du code de la santé publique.

- **Centres de crise spécialisés / Réhabilitation intensive**

Les reconnaissances de centre de crise spécialisé et de réhabilitation intensive ne doivent pas être modifiées. Elles ont été créées afin de gérer des effets revenus dans le modèle sur quelques établissements et n'ont pas vocation à évoluer pour le moment.