

Chapitre VII :

**Soins de suite et de réadaptation,
soins psychiatriques, accueil des
personnes âgées dépendantes
et des personnes handicapées :
dix ans de réformes inabouties
du financement des établissements
et services**

PRÉSENTATION

En 2009 et 2010, dans la continuité de la réforme appliquée à partir de 2004 aux soins aigus (MCO)³⁵⁶, le ministère de la santé a envisagé, pour les établissements de santé, des réformes du financement des soins de psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation³⁵⁷ (SSR). Une démarche analogue de réforme globale du financement a également été envisagée à la même période dans le domaine médico-social, pour les soins délivrés dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées (Ehpad) et pour les diverses catégories de services³⁵⁸ et d'établissements médico-sociaux pour les personnes handicapées (ESMS-PH). Ainsi, quatre chantiers majeurs de réforme des modalités de financement ont été engagés parallèlement.

Les quatre domaines concernés constituent des enjeux financiers lourds en matière de financements publics, représentant chaque année pour l'assurance maladie près 18,5 Md€ de dépenses dans le champ sanitaire et plus de 20 Md€ dans le champ médico-social, auxquelles s'ajoutent plus de 9 Md€ de dépenses des conseils départementaux. Chaque chantier a ses spécificités et sa temporalité. Mais ils répondent aux mêmes objectifs : prendre en compte la lourdeur relative des besoins des patients, afin de favoriser des soins adaptés, dans une logique de parcours et de gradation, par la promotion de l'ambulatoire notamment ou du maintien à domicile ; rompre avec la reconduction de dotations aux montants fondés sur des bases historiques, devenues sans justification ; rapprocher les modalités de financement des établissements de statuts différents, public, privé d'intérêt collectif ou privé lucratif ; réduire les inégalités territoriales de répartition de l'offre en établissement. Ils supposent, en outre, tous, de mieux connaître la réalité des besoins des usagers, mais aussi de disposer d'indicateurs d'activité et de performance financière ou de qualité de la prise en charge.

Au cours de la décennie 2010-2020, ces quatre chantiers ont été menés de front, de même d'ailleurs que celui de l'adaptation des modalités de financement du MCO. Leur conduite s'avérant complexe, ils n'ont avancé que difficilement. En 2018, les réformes relatives aux SSR et à la psychiatrie ont été relancées, avec des modèles rénovés.

³⁵⁶ Les soins de médecine, chirurgie et obstétrique, ou « MCO ».

³⁵⁷ Le projet de décret relatif aux autorisations d'activité les renomme « soins médicaux et de réadaptation ». La terminologie encore en vigueur a été maintenue ici.

³⁵⁸ Le cas particulier de la recherche d'un modèle tarifaire pour les Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) n'est pas examiné ici.

S'il est trop tôt pour tirer un bilan complet, les progrès enregistrés restent très partiels au bout de dix ans (I). Or l'absence ou l'insuffisance des progrès de réformes du financement serait dommageable à la stratégie de gradation des soins ou de transformation vers des modalités plus inclusives. Dans les deux domaines sanitaires examinés, psychiatrie et SSR, où de nombreux arbitrages restent pendants, comme pour les deux réformes tarifaires du champ médico-social, encore inachevées, il paraît indispensable de perfectionner les modèles et d'adopter une méthode de pilotage renouvelée (II).

I - Des réformes inabouties

Compte tenu de l'importance des enjeux et de l'existence de précédents ou de références, il est apparu logique d'entreprendre des réformes d'ampleur (A). Mais celles-ci n'ont que très partiellement abouti (B), se traduisant surtout par des progrès dans les outils de connaissance de l'activité mais encore très peu par des dispositifs réformant la répartition effective des financements (C).

A - Des réformes apparues nécessaires, des réorientations récentes

1 - Des enjeux pour les usagers

En 2019, plus d'un million de personnes³⁵⁹ ont été hospitalisées dans les 1 625 établissements de santé de soins de suite et de réadaptation. Plus de 425 000 personnes³⁶⁰ l'ont été dans les 617 structures fournissant des soins psychiatriques.

Dans le secteur médico-social, fin 2019, 7 519 Ehpad accueillait près de 600 000³⁶¹ personnes âgées dépendantes, à titre permanent ou temporaire. Plus de 400 000 personnes handicapées³⁶² étaient accompagnées par les établissements et services médico-sociaux (ESMS).

Si les besoins des personnes concernées sont évidemment différents (convalescence et rétablissement en sortir d'un séjour hospitalier, prise en charge de troubles psychiques plus ou moins sévères, personnes âgées peu ou pas autonomes et personnes en situation de handicap), ces besoins évoluent, une même personne pouvant être amenée à être prise en charge successivement dans des établissements relevant de domaines différents (une sortie d'un établissement de santé mentale se faisant par exemple vers un foyer pour adultes handicapés). La fluidité des parcours des personnes, souvent longs et complexes, implique que les modalités tarifaires de leur prise en charge, d'un domaine à l'autre, obéissent à des logiques cohérentes.

³⁵⁹ Selon l'Agence technique de l'hospitalisation (ATIH), 37 000 enfants de moins de 18 ans, 615 000 adultes de moins de 80 ans, 371 000 adultes de 80 ans et plus.

³⁶⁰ Selon la Drees, 45 223 enfants de moins de 16 ans, 381 975 adultes de 16 ans et plus.

³⁶¹ 600 000 places étaient disponibles selon la CNSA.

³⁶² 161 955 places pour les enfants et 344 991 places pour les adultes étaient disponibles selon la CNSA.

Les modèles de financement orientent aussi, au moins en partie, le comportement des professionnels de santé et des gestionnaires d'établissements, en complément des autres leviers réglementaires que sont notamment les autorisations d'activités ou la contractualisation entre les tutelles et les établissements.

Un système de financement peut ainsi générer des effets dommageables, contraires à l'intérêt des patients, comme des hospitalisations non justifiées ou un allongement de la durée des séjours, ou contribuer à une éventuelle insuffisance de l'encadrement médical ou en soins, ... À l'inverse, des modalités de financement plus pertinentes peuvent dans une certaine mesure favoriser de meilleures pratiques de soins ou récompenser des efforts et des résultats, en particulier en matière de qualité et de pertinence des soins en fonction des besoins des patients.

2 - Des enjeux financiers

En 2019, dans le champ sanitaire, l'assurance maladie versait 18,4 Md€ aux établissements de santé, publics ou privé (sans ou à but lucratif), autorisés au titre des soins de suite et de réadaptation ou de la santé mentale.

**Tableau n° 26 : dépenses d'assurance maladie pour les établissements
de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie (en M€)³⁶³**

		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Évolu- tion 2011- 2019
SSR	Total	7683	7873	8048	8307	8324	8315	8545	8516	8613	1,4 %
	DAF	5834	5917	5997	6163	6127	6078	6177	6201	6276	0,9 %
	Dont MIGAC SSR						12	141	150	153	
	Dont dotation modulée à l'Activité SSR							501	589	589	
	Dont IFAQ SSR								7	19	
	OQN	1849	1956	2052	2144	2197	2237	2368	2315	2337	3,0 %
	Dont MIGAC SSR							17	21	15	
	Dont Dotation modulée à l'activité SSR							209	257	259	
	Dont IFAQ SSR								6	10	
Psy	Total	8991	9147	9319	9367	9451	9498	9606	9646	9790	1,1 %
	DAF	8385	8512	8665	8692	8763	8797	8897	8921	9026	0,9 %
	OQN	606	635	654	676	688	701	709	724	765	2,9 %
Total :		16674	17021	17367	17675	17775	17813	18151	18161	18403	1,2 %

Source : États financiers des ARS

Dans le secteur médico-social, les dépenses de l'assurance maladie atteignaient 20 Md € en 2019 au titre des Ehpad et des ESMS. La dépense publique est toutefois encore plus importante, si sont également prises en compte celles des conseils départementaux, destinées à couvrir l'allocation personnalisée pour l'autonomie versée aux résidents en Ehpad présentant une perte d'autonomie, ainsi que l'aide sociale aux personnes ne disposant pas des ressources suffisantes pour faire face aux frais d'hébergement en établissement médico-social.

³⁶³ Comme dans les autres champs des activités en établissements sanitaires, on distingue trois catégories juridiques, établissements publics, établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) et cliniques privées à but lucratif. Mais sur le plan du financement, c'est une autre distinction qui s'impose entre, d'un côté, les établissements du service public hospitalier, qui englobe tous les établissements publics et la quasi-totalité des Espic (DAF), et, de l'autre, les établissements privés financés par des modalités distinctes (OQN).

**Tableau n° 27 : dépenses publiques pour les établissements
médico-sociaux (2011-2019)**

<i>En M€</i>		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Évolution 2011-19
EHPAD	Total	9482	10261	10675	10990	11288	11543	11828	12097	12514	3,0 %
	ARS	6595	6935	7271	7520	7702	7899	8124	8383	8790	3,7 %
	Conseils départementaux APA	2028	2106	2182	2257	2338	2385	2431	2452	2475	2,5 %
	Aide sociale à l'hébergement (1)	1219	1220	1222	1213	1248	1259	1273	1262	1249	0,3 %
PH	Total	14351	14637	15073	15552	15878	16141	16444	16657	17017	2,2 %
	ARS hors ESAT	8634	8744	9064	9321	9497	9652	9799	10007	10230	2,1 %
	ESAT	1398	1416	1438	1451	1462	1469	1518	1534	1584	1,6 %
	Aide sociale à l'hébergement (2)	4319	4477	4570	4780	4919	5020	5127	5116	5204	2,4 %
Total		24192	24898	25748	26542	27166	27684	28272	28754	29532	2,5 %

Note : les dépenses d'APA et ASH incluent également celles versées au titre de résidents en Ehpad, USLD et résidence autonomie

Source : états financiers des ARS, Drees enquête aide sociale. (1) Les dépenses d'ASH sont nettes des récupérations sur tiers payants et successions. (2) y compris accueil de jour

3 - Des réformes aux objectifs multiples

À la fin des années 2000, alors que le secteur du MCO connaissait une réforme majeure à travers l'introduction de la tarification à l'activité (« la T2A »), l'orientation a été prise de rénover également en profondeur les modalités de financement des établissements sanitaires, délivrant les soins de suite et de réadaptation et les soins psychiatriques, et des établissements médicosociaux.

Fondés sur des bases historiques, ces financements ne permettaient pas une allocation des ressources budgétaires conforme aux besoins de la population et au développement de l'activité des établissements. Pour les quatre secteurs, l'objectif commun a ainsi été de rompre avec le système de dotations globales, appliqué à tout le champ du médicosocial et également à la grande majorité des établissements sanitaires, notamment publics et à but non lucratifs, en SSR et psychiatrie.

Il s'agissait de parvenir à des financements plus équilibrés, entre acteurs et entre territoires, et de mieux mobiliser les moyens en favorisant le développement de l'activité des établissements de soins de SSR et psychiatriques à travers des tarifs. Il s'agissait également, pour le secteur

sanitaire, de mettre fin à la dichotomie existant avec le secteur privé, financé principalement par des prix de journées.

4 - Des modèles de financement mixte, en cohérence avec la réorientation de la T2A dans le champ MCO

À la fin de la dernière décennie, devant les critiques accrues à l'égard des effets de la T2A sur le champ MCO, deux rapports³⁶⁴ ont recommandé une diversification des modes de financement afin de corriger certains effets négatifs potentiels de la tarification à l'activité, notamment en matière de qualité et de pertinence des soins.

L'appréciation évolutive des effets de la T2A dans le champ MCO

Les modalités de financement des séjours hospitaliers en MCO relèvent majoritairement de la tarification à l'activité, dite T2A, qui se fonde sur des forfaits par séjour fixés par groupes d'activité (groupes homogènes de malades, GHM), construits à partir d'une description fine de l'activité hospitalière. Ces financements à l'activité sont toutefois complétés par des dotations, dites missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (Migac). La Cour a décrit déjà l'introduction de cette réforme³⁶⁵ et a plus récemment souligné la nécessité d'évolutions de ses modalités.³⁶⁶

Les premiers bilans de mise en œuvre du modèle de la T2A, dans le champ MCO apparaissaient au début des années 2010 globalement positifs, en stimulant notamment la productivité des établissements et leur capacité à développer de l'activité en réponse aux besoins.

³⁶⁴ « L'évolution des modes de financement des établissements de santé, une nouvelle échelle de valeur », Dr Olivier Véran, 2017 et « Les réformes des modes de financement et de régulation, vers un modèle de paiement combiné », Jean-Marc Aubert, Task Force « Réforme du financement du système de santé », janvier 2019.

³⁶⁵ Cour des comptes, « La mise en œuvre de la T2A : bilan à mi-parcours », octobre 2009, « Tarification à l'activité et convergence tarifaire », octobre 2010, « Les financements par dotation aux établissements de santé (Migac et FIR) : une simplification nécessaire », octobre 2020 in *La Sécurité sociale – rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale*, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

³⁶⁶ Cour des comptes, « L'avenir de l'assurance maladie », rapport public thématique, 2017, pages. 88 à 90.

Divers effets pervers ont, ensuite, été mis en avant, avec des retentissements potentiels significatifs pour les patients : la qualité des soins pourrait être altérée si elle n'est pas suffisamment valorisée. En outre, la fluidité et la pertinence des parcours des patients entre les différents secteurs de soins ne sont pas favorisées, chaque opérateur étant incité à développer ou à optimiser son offre sans rechercher une coordination avec les autres acteurs.

L'orientation prise par les pouvoirs publics consiste depuis 2018, pour l'ensemble du champ sanitaire, à chercher à développer, au côté des financements au séjour, des compartiments complémentaires, notamment pour inciter à la qualité des soins ou pour tendre, à travers des dotations, dites populationnelles, vers une meilleure répartition des financements entre régions et territoires.

De la sorte, un cadre d'ensemble semble susceptible d'être trouvé, applicable au moins en partie aux soins fournis dans le secteur médicosocial, même si les travaux relatifs à des indicateurs de qualité, notamment, y sont moins avancés.

B - Une mise en œuvre encore très partielle au terme de la décennie

Le bilan établi de manière synthétique par la Cour fait apparaître la lenteur des avancées par rapport aux objectifs fixés au début des années 2010, ainsi révisés : le système des dotations historiques demeure prépondérant en 2021. La seule exception est celle du secteur des Ehpad, majoritairement financé par l'assurance maladie et les conseils départementaux, en fonction des capacités d'accueil, du taux d'occupation et de la lourdeur relative des prises en charge, financements ainsi indirectement liés à la réalité de l'activité des établissements.

Tableau n° 28 : structure de financement des établissements

	2010		2021	
	Activité	Forfaits	Activité	Forfaits
SSR	22 %	78 %	31 %	69 %
Psychiatrie	7 %	93 %	8 %	92 %
Ehpad	0 %	100 %	90 %	10 %
Personnes Handicapées	0 %	100 %	0 %	100 %

Source : estimations Cour des comptes

Note : pour les Ehpad l'estimation recouvre à la fois les parties soins et dépendance ; les dotations prenant en compte la lourdeur des cas sont considérées comme assises sur l'activité.

L'analyse de chacun des quatre chantiers étudiés par la Cour ne peut être détaillée ici. Quelques éléments méritent cependant d'être rappelés, qui reflètent les efforts déployés au cours de la décennie pour essayer d'adapter les modèles de financement, d'abord selon l'activité, puis à partir de 2018 en « combinaison » avec d'autres paramètres.

1 - Pour les SSR, un modèle à préciser

La réforme du financement des SSR a été engagée en 2009, inspirée directement de la démarche mise en œuvre pour le MCO. L'activité des établissements devait être décrite à partir de groupes homogènes de patients, selon des pathologies principales et des échelles de sévérité, pour fonder un système de paiements prospectifs³⁶⁷. L'ambition initiale était de mettre en œuvre ces nouveaux outils dès 2012. Toutefois, au vu de la diversité des soins délivrés dans les établissements SSR et de la difficulté d'identifier des groupes homogènes de patients au regard du coût des soins reçus, la réforme a d'abord été repoussée à 2013, puis à 2016.

³⁶⁷ Un paiement prospectif consiste à verser au producteur de soins des montants fixés antérieurement à la période de production des soins.

Un modèle cible a ainsi été fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. Il s'agissait de verser aux établissements des dotations modulées selon leur activité, lissée sur trois ans. Quatre compléments de dotation devaient être également attribués³⁶⁸. Cette réforme devait entrer en vigueur progressivement à partir de 2017. Pourtant, le processus de mise en œuvre s'est interrompu, en raison de l'importance des effets de transferts de ressources entre établissements « gagnants » et « perdants » et d'une nomenclature des groupes homogènes de malades, jugée encore trop imparfaite selon les fédérations professionnelles d'établissements³⁶⁹. En conséquence, seule la première étape de la transition a été mise en œuvre, si bien qu'en 2019 seulement 10 % des financements attribués l'étaient selon les règles du modèle défini en 2016.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a ajusté le modèle de financement. Le financement à l'activité pourrait s'élever à environ 50 % du total des financements attribués, et serait, notamment, complété par deux compartiments : une dotation dite « populationnelle », destinée à favoriser une répartition de l'offre en soins plus équitable entre régions et entre territoires au sein d'une même région³⁷⁰, qui pourrait être de l'ordre de 30 % ; et une dotation dite de « transformation » à hauteur de 5 %, destinée à accompagner « la résorption des écarts entre régions en matière de prise en charge ». La définition de ces deux enveloppes est cependant demeurée jusqu'ici très imprécise.

2 - Pour la psychiatrie, des travaux encore inachevés

Inscrite dans la continuité de premiers travaux engagés dans les années 1990, la réforme du modèle de financement pour les établissements autorisés en psychiatrie a d'abord cherché à valoriser l'activité, à l'image du modèle MCO, en fonction de groupes homogènes de patients, définis par croisement des diagnostics et les échelles individuelles de sévérité.

³⁶⁸ Pour assurer le financement des molécules pharmaceutiques onéreuses, celui de plateaux techniques spécifiques (balnéothérapie, assistance robotisée des membres inférieurs ou supérieurs...) et celui de missions d'intérêt général. En outre, un financement au titre de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins a été prévu, à l'image de celui introduit en MCO (dotation dite « Ifaq », ou « incitation financière à la qualité »).

³⁶⁹ La nomenclature fait l'objet de travaux d'enrichissement qui se poursuivaient en 2020 (voir infra).

³⁷⁰ Cette dotation fait l'objet de plusieurs phases de répartition : à partir de critères démographiques pondérés, entre les régions (ce qui permet de progressivement réduire les disparités), puis au sein des régions, entre territoires de santé ou directement entre établissements, selon les choix des régions et sans doute l'importance relative des activités, dans la région ou les territoires concernés.

Cette approche a cependant rencontré les réticences des professionnels. Deux évolutions ont alors été privilégiées.

La première a consisté à chercher à se référer aux coûts des différentes structures. Des études de coûts ont, récemment, été menées, pour les années 2015 et 2016, afin de mesurer et expliquer la dispersion des coûts élémentaires des différentes structures du secteur (centres médico-psychologiques, services d'hospitalisation à temps plein, ...). Le contenu des missions exercées par ces structures, dont les organisations locales peuvent fortement varier, est cependant peu réglementé. Cette voie s'est donc révélé insuffisamment concluante.

La seconde a consisté à pratiquer des « péréquations » entre régions et au sein de celles-ci, entre établissements, sur la base de paramètres « populationnels »³⁷¹. La réforme adoptée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a confirmé cette démarche : au sein des multiples « compartiments, la dotation dite « populationnelle » pourrait ainsi représenter 80 % environ du financement total par l'assurance maladie obligatoire des établissements du service public.

En raison de la crise sanitaire, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a repoussé d'un an le délai prévu de mise en œuvre des réformes pour la psychiatrie et les SSR, les Agences régionales de santé (ARS) ne pouvant se consacrer suffisamment au travail complexe de détermination et d'arbitrage des dotations sur ces nouvelles bases.

3 - Pour les Ehpad, une réforme mise en œuvre difficilement

Le financement des Ehpad est réparti depuis la fin des années 1990 entre trois « sections », supposées étanches, décrivant respectivement les budgets : des soins, financés par l'assurance maladie ; de la prise en charge de la dépendance, financée par le conseil départemental, après application d'un ticket modérateur dépendant du revenu à la charge des résidents ; de l'hébergement, financé par les résidents, sous réserve d'une contribution de l'aide sociale départementale pour les résidents les plus modestes, dans les établissements habilités. L'introduction d'échelles de sévérité (avec d'abord la grille dite Aggir, relative au niveau de dépendance, puis celle dite Pathos, relative aux besoins en soins), visait à réduire les disparités de financement entre établissements. Des mécanismes de convergence, tenant

³⁷¹ Notamment selon l'âge moyen et les niveaux de précarité relatifs.

compte de la sévérité des cas, ont ainsi pu être introduits dès 1999, avec la définition d'un plancher, puis d'un plafond aux dotations à partir de 2008.

L'étape suivante a consisté à calculer les forfaits finançant les soins et la dépendance directement à partir d'équations fondées sur des mesures périodiques des besoins des résidents, évalués selon les grilles Aggir et Pathos. Une première tentative de réforme en ce sens, en 2009, n'a pas abouti, faute de publication du décret d'application pourtant transmis au Conseil d'État³⁷². Fin 2015, la loi dite « d'adaptation de la société au vieillissement » a confirmé ce principe de tarification : les mesures réglementaires d'application, publiées fin 2016, prévoyaient une mise en œuvre progressive de 2017 à 2023³⁷³. Mais les nouvelles modalités de calcul du forfait dépendance générant des pertes de recettes pour 20 à 25 % des établissements, des tensions sociales sont survenues à l'automne 2017, nécessitant l'intervention d'une médiation. Le Gouvernement a décidé de poursuivre la réforme, l'assurance maladie étant sollicitée pour financer des versements complémentaires aux établissements perdants³⁷⁴, pour un surcoût cumulé annuel d'environ 130 M€ en 2021³⁷⁵.

4 - Pour les ESMS-PH, un chantier de très longue durée

Les établissements et services médico-sociaux qui accueillent des personnes handicapées (ESMS) sont très divers, par les publics accueillis, leurs régimes juridiques ou encore la répartition de l'origine des financements entre l'assurance maladie et les conseils départementaux. Mais au sein de chaque catégorie d'établissements ou services, la diversité des modes d'organisation, du niveau de prestations et de leur coût est également très marquée, comme le montre le tableau ci-après³⁷⁶.

³⁷² Le caractère automatique de la formule avait généré des interrogations, dans la mesure où elle ne laissait plus de place à la négociation avec l'autorité tarificatrice.

³⁷³ Calendrier avancé par la suite à 2021 pour la section relative aux soins conduisant à un écart à la cible pour cette section de l'ordre de 2 % pour les convergences à la baisse et de 3 % pour les convergences à la hausse (source Hapi CNSA).

³⁷⁴ Selon le dossier de presse 30 mai 2018 « feuille de route grand âge autonomie », le ministère s'est engagé « à ce que leurs ressources financières soient maintenues au minimum à leur hauteur actuelle pour les années 2018 et 2019 ».

³⁷⁵ Des moyens nouveaux ont été alloués : 29 M€ de financements complémentaires en 2018 (circulaire budgétaire 2018), 17,6 M€ en 2019 (circulaire budgétaire 2019) et 47,1 M€ en 2020 (circulaire budgétaire 2020).

³⁷⁶ Il présente de manière résumée une partie des données publiées par la CNSA, à partir des comptes administratifs des établissements de 2016. Ont été retenues ici les catégories pour lesquelles l'échantillon d'établissements était le plus nombreux.

Tableau n° 29 : dispersion des coûts nets moyens annuels par usager selon les structures (en K €)

<i>Catégories³⁷⁷</i>	1^{er} décile	médiane	9^e décile	D9/D1
<i>Esat</i>	10,9	12,1	13,6	1,25
<i>Mas</i>	61,9	73,3	89,7	1,45
<i>Fam (internat)</i>	20,4	43,3	80,4	3,94
<i>IME (internat)</i>	30,6	39,7	59,9	1,96
<i>IME(sans internat)</i>	21,3	30,2	44,1	2,07
<i>Itep</i>	36,2	47,7	59,3	1,64

Source : CNSA 2019, analyse des comptes administratifs de 2016

La réforme du financement des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées (ESMS-PH) a été engagée en 2013, à la suite de deux rapports conjoints de l'IGF et de l'Igas, de 2012³⁷⁸ et 2013³⁷⁹. Le second soulignait la complexité du financement et identifiait sept chantiers prioritaires³⁸⁰. Au vu de la complexité de ces chantiers, il recommandait de procéder par étapes, étalées sur sept à huit années. Il préconisait aussi d'ouvrir deux chantiers complémentaires, l'un visant à adopter pour tous les ESMS le principe d'un financement en dotation globale et l'autre visant à procéder à une refonte du système de production des indicateurs.

D'emblée programmé pour une durée longue, le chantier dit « Serafin-PH³⁸¹ » s'est révélé encore plus long puisque les échéanciers

³⁷⁷ Esat : établissements et services d'aide par le travail, Mas : maisons d'accueil spécialisé, Fam : foyers d'accueil médicalisé, IME : instituts médico-éducatifs, Itép : instituts thérapeutiques et éducatifs.

³⁷⁸ « Établissements et services pour personnes handicapées, offre et besoins, modalités de financement », Igas et IGF, octobre 2012.

³⁷⁹ Mission d'assistance – modernisation de l'action publique « Réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées », Igas et IGF, juillet 2013.

³⁸⁰ Création d'un outil partagé de mesure des besoins, création d'un outil partagé de description des prestations, mise en place d'une consolidation de la dépense de santé, passage au tarifificateur unique, construction du ou des modèles d'allocation des ressources, conduite d'étude nationales de coûts, enfin simulation de l'impact de la réforme et de son mode de déploiement.

³⁸¹ Acronyme pour « Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées ».

actualisés présentés en novembre 2019 et arbitrés un an après, fin 2020, prévoient un déploiement à partir de 2024, après des expérimentations programmées en 2022. À fin 2020, une nomenclature indicative des « besoins et des prestations » avait été adoptée, mais l'objectif initialement prioritaire « de création d'un outil partagé de mesure des besoins » n'est pas identifié parmi les arbitrages à venir.

C - Une meilleure connaissance de l'activité

Pour les quatre domaines, les chantiers, encore en cours, ont cependant favorisé des progrès dans la connaissance de l'activité et des coûts, ainsi que la sélection d'indicateurs de qualité pertinents.

1 - Le recueil de données et la diffusion d'outils

Des progrès ont été réalisés au cours des dernières années améliorant la connaissance de l'activité des quatre secteurs, notamment :

- la fiabilisation progressive du recueil et des données du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) dans le champ des établissements de santé (SSR et psychiatrie) ;
- la réalisation de classifications des actes, en SSR, quoique perfectibles ou encore contestées, ainsi que des nomenclatures des besoins des personnes handicapées et des prestations qui leur sont destinées ;
- l'extension du recueil des données aux dépenses réalisées par les départements (tarifs dépendance) pour le secteur des personnes âgées et le chainage avec les dépenses réalisées « en ville »³⁸².

Des enquêtes de coûts, relativement lourdes, ont également été menées par l'Agence technique pour l'information hospitalière (ATIH)³⁸³. Les données recueillies ont permis d'établir des référentiels utilisables pour

³⁸² Mais pas encore pour le secteur des personnes handicapées. Un décret de mars 2018 autorise à décrire de manière plus exhaustive l'activité et la consommation de soins dans les établissements ou services médico-sociaux, permettant de fait l'extension de l'outil dit « Resid-Ehpad » au reste des ESMS. Mais l'outil n'est pas encore disponible, sa réalisation ayant été plusieurs fois reportée.

³⁸³ L'Agence a mené ces enquêtes d'abord pour les SSR depuis 2009, puis pour la psychiatrie, à partir de 2016, et également pour les Ehpad et les ESMS accueillant des personnes handicapées (depuis 2015).

mieux connaître la formation des coûts. Ils révèlent l'importance relative des coûts indirects, liés aux transports ou à l'usage des locaux³⁸⁴.

2 - La définition d'indicateurs de qualité

Des financements incitatifs à la qualité des soins ont d'abord été introduits progressivement entre 2012 et 2015 dans le champ MCO, sous une forme expérimentale, à l'initiative de la Haute autorité de santé (HAS) et du ministère chargé de la santé. Un impact positif a pu être identifié sur les indicateurs de qualité retenus, même s'il était relativement limité³⁸⁵. Cette « incitation financière à l'amélioration de la qualité » (Ifaq), généralisée depuis 2016 au MCO et à l'hospitalisation à domicile, a été étendue aux activités SSR en 2017. Elle devait l'être aussi au secteur de la psychiatrie à partir de 2020, mais les travaux, retardés par la crise sanitaire, n'ont pas encore abouti.

La dotation Ifaq est calculée en fonction du niveau et de l'évolution, quand elle est disponible, de certains indicateurs de qualité³⁸⁶. Même si les travaux relatifs à la mesure de la satisfaction des usagers et de leurs familles ont progressé³⁸⁷, l'ensemble du dispositif reste encore en deçà des ambitions initiales, tant dans les montants effectivement alloués, malgré leur progression ces dernières années, que dans les éléments pris en compte, puisqu'ils ne comprennent toujours pas d'indicateurs de résultats sanitaires, pourtant décisifs pour accompagner la transformation des pratiques. Ces indicateurs restent également à développer dans le champ des établissements sociaux et médicosociaux.

³⁸⁴ Dans le cas des ESMS-PH, l'analyse des comptes administratifs de 2016 a ainsi montré que seule la moitié environ des coûts étaient des coûts directs, les coûts de transport ou de logistique représentaient deux-tiers des charges indirectes.

³⁸⁵ Bilan de l'expérimentation incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq) : vers un modèle de généralisation, A. Fourcade *et al.*, « Journal de gestion et d'économie médicales », 2017.

³⁸⁶ 60 % de la rémunération provient du niveau de l'indicateur et seuls sont rémunérés les établissements figurant dans les 70 % les meilleurs de leur classe. 40% provient de l'évolution de l'indicateur et seuls sont rémunérés 70 % des établissements qui progressent ou restent stables (arrêté du 18 juin 2019). La LFSS pour 2019 prévoit des pénalités financières pour les établissements ne parvenant pas à un seuil minimal pour certains indicateurs mais le décret d'application n'a pas encore été publié.

³⁸⁷ Une expérimentation a été réalisée pour les soins de suite et de réadaptation. Ils restent à développer pour les Ehpad et les établissements accueillant des personnes handicapées.

II - Des retards pénalisants

Faute de mises en œuvre opérationnelles des réformes, les modalités de financement historiques ont perduré, à l'exception du secteur des Ehpad (la mise en œuvre d'une tarification paramétrée en fonction de la sévérité des cas pourrait y être achevée rapidement). Or les effets pervers induits, souvent sous-estimés, entravent le déploiement de la stratégie de mobilisation et de gradation de l'offre de soins (A) ou de réorientation vers des soins plus « inclusifs » (B). Des modalités renouvelées de pilotage des réformes sont dès lors indispensables, pour les mener à bien (C).

A - Une lourdeur des prises en charge à mieux prendre en compte

1 - L'intérêt d'une mesure du besoin en soins

L'objectif principal assigné aux réformes de financement est d'allouer les ressources en fonction des besoins de soins. Cela suppose donc d'être capable de mesurer ceux-ci, de manière individualisée pour chaque patient ou groupes de patients³⁸⁸ (avec des « coupes » périodiques³⁸⁹, selon le dispositif retenu pour les Ehpad³⁹⁰).

Pour le secteur des SSR, des « groupements médico-économiques » (ou GME) ont été établis, à partir du diagnostic médical mais aussi du niveau d'autonomie et de l'intensité de la rééducation et réadaptation nécessaires. Mais leur utilisation dans les mécanismes de financement est encore très réduite.

Dans les établissements de psychiatrie, le projet de réforme prévoit qu'une partie des financements dépendrait de l'activité, appréciée de manière uniforme par grands types de structures (centres de crise, services intra-hospitaliers, ambulatoire, ...). Mais rémunérer de la même manière les séjours des patients, sans tenir compte de la sévérité relative des cas, risque d'inciter les établissements à choisir les patients les plus légers, au détriment des cas les plus lourds. Dès lors, l'objectif de soins gradués, qui vise à faire correspondre à chaque niveau de besoins de soins un niveau de prise en charge, se trouverait compromis.

³⁸⁸ Une telle mesure revêtant d'ailleurs un intérêt thérapeutique incontesté, les « évaluations fonctionnelles » étant à la base des plans individualisés de traitement déployés dans le secteur sanitaire comme dans le secteur médico-social.

³⁸⁹ C'est-à-dire une évaluation des besoins des résidents à une date donnée.

³⁹⁰ Le renforcement de la prise en compte des besoins dans les modalités de financement des Ehpad a en effet accompagné la progression de la dépendance des résidents hébergés.

De même pour les ESMS accueillant des personnes handicapées, le risque de sélection des patients ne peut être écarté. Seule une description individualisée de l'importance des besoins en soins peut le prévenir ou le réduire. Ce risque apparaît ainsi nettement plus faible pour les personnes âgées grâce aux évaluations avec les grilles Aggir et Pathos, sous réserve qu'elles soient effectuées fréquemment.

2 - Une moindre pertinence des soins

Un financement qui ne tient pas compte des besoins des patients engendre un risque accru d'affecter la pertinence des soins.

En SSR, pour lesquels le financement est indépendant des besoins en soins des patients, une part significative des hospitalisations complètes serait inadéquate, selon les études disponibles. L'assurance maladie estimait qu'en 2012, près de 18 % des séjours en SSR pour prothèse du genou et 13 % pour prothèse de hanche étaient évitables, alors que ces séjours représentaient près de 10 % de l'activité des SSR³⁹¹.

Dans une étude interne relative à des établissements du groupe Ugecam³⁹², la Cnam a estimé que 27 % en moyenne des journées des onze établissements SSR étudiés étaient non pertinentes en 2018. L'inadéquation du séjour aurait pu être souvent constatée dès l'admission du patient (ainsi, 22,5% des journées au titre de l'appareil locomoteur étaient non pertinentes, du fait d'un recours insuffisant aux prises en charge à domicile ou en hospitalisation de jour en SSR)³⁹³.

Une tarification, fondée sur une appréciation de la sévérité, est de nature à rendre le recours aux soins de SSR plus pertinent, en réduisant par exemple fortement la rémunération des séjours pour les cas dont la sévérité permet un traitement à domicile³⁹⁴.

³⁹¹ Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2015, Cnam, 2014.

³⁹² Les Ugecam sont des unions de caisses d'assurance maladie, gestionnaires d'établissements et services sanitaires et médicosociaux. Elles sont pilotées par la Cnam, au sein de la direction nationale du Groupe Ugecam.

³⁹³ Une autre source d'inadéquation, sans lien avec la tarification SSR, est liée à la difficulté de sortie des patients. Ainsi, 33% des journées (adultes et enfants confondus) en neurologie s'avèrent non pertinentes, essentiellement du fait de l'indisponibilité de structures d'aval et d'aides pour l'organisation de la vie quotidienne à la sortie.

³⁹⁴ Il convient toutefois de veiller à ce que les établissements ne soient pas tentés de surcoder les besoins en soins des patients.

3 - Des soins plus coûteux dans le public, des niveaux de rentabilité singuliers dans le privé

D'un côté, une tarification en dotation globale, sans pondération de la sévérité des prises en charge, comme c'est encore le cas pour les établissements publics en SSR et psychiatrie et pour les établissements accueillant des personnes handicapées³⁹⁵, n'incite pas à optimiser les coûts des séjours au regard de l'objectif thérapeutique.

L'exemple des SSR permet de l'illustrer. Le plus faible nombre de journées réalisées par ETP dans le public par rapport au secteur privé non lucratif et lucratif (respectivement 272, 327 et 408 sur les données de l'année 2017) peut s'expliquer à la fois par une patientèle plus sévère dans le public que dans le privé et par des modes d'organisation différents (y compris en terme d'externalisation de certaines tâches). Toutefois, une analyse des coûts recueillis par les enquêtes nationales montre que les établissements financés par des dotations globales (notamment publics) ont des coûts supérieurs pour la plupart des groupes de la classification actuelle, qui tient déjà pour partie compte de la sévérité des cas (GME). Et cette différence de coût persiste, même si l'on intégrait en complément l'écart de sévérité moyenne des patientèles respectives du public et du privé³⁹⁶ pour un même GME, suggérant que les questions d'organisation jouent un rôle significatif dans ces différences de coûts.

De l'autre, une tarification en prix de journées, sans pondération de la lourdeur des prises en charge, comme c'est le cas aujourd'hui pour le secteur privé à but lucratif aussi bien en SSR qu'en psychiatrie, n'est pas favorable à la pertinence globale des soins, notamment en n'incitant pas les établissements à maîtriser la durée des séjours.

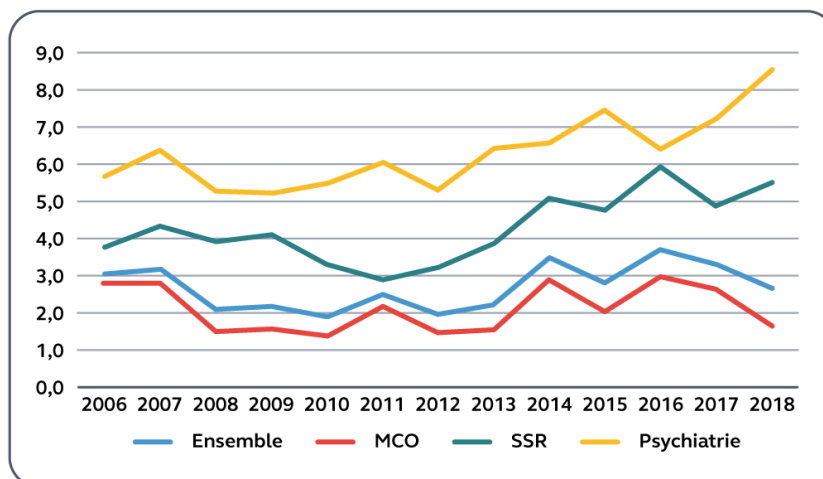
L'évolution très favorable de la rentabilité du secteur privé à but lucratif, financé en prix de journées, paraît confirmer ce risque³⁹⁷.

³⁹⁵ Et, partiellement encore, pour les Ehpad tant que la réforme n'est pas totalement achevée.

³⁹⁶ La différence de patientèle, telle que mesurée par l'âge, le score physique et cognitif, le besoin de recours à des actes de rééducation et de réadaptation ou la part de séjour post opératoire, ne permettent d'expliquer qu'environ un quart de l'écart de coût des GME, entre les secteurs financés en prix de journée et ceux financés en dotation globale.

³⁹⁷ On relève que le niveau moyen de rentabilité dépasse en 2018 le seuil de 8 %, qui sert de référence indicative à la Commission européenne pour apprécier le risque de « surcompensation » des charges liées à l'intérêt général, dans le cadre du régime des Services d'intérêt économique général (SIEG), retenu pour les établissements sanitaires privés à but lucratif par l'article 111 de la loi du 26 janvier 2016.

Graphique n° 14 : le niveau élevé de la rentabilité des cliniques



Source : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2018, traitements Drees

Note : en % du chiffre d'affaires. Champ : cliniques privées de France métropolitaine et des Drom (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte) présentes dans la SAE.

B - Des dotations populationnelles à perfectionner

Les dotations populationnelles

En janvier 2019, les équipes du ministère des solidarités et de la santé en charge de la réforme du financement du système de santé ont proposé³⁹⁸ de diminuer la part relative des financements assis sur l'activité, en donnant une part importante à des dotations globales fondées sur des critères objectifs, dits « populationnels », et non plus historiques.

Ces dotations de l'assurance maladie représenteraient selon les présentations faites aux fédérations environ 80 % du financement des établissements du service public autorisés en psychiatrie³⁹⁹ et 30 % de celui de tous ceux autorisés en SSR.

³⁹⁸ « Les réformes des modes de financement et de régulation, vers un modèle de paiement combiné, Jean-Marc Aubert, Task Force « Réforme du financement du système de santé », janvier 2019.

³⁹⁹ En revanche, les parts relatives des deux dotations, à l'activité ou populationnelle, seraient quasi inversées pour le secteur privé à but lucratif par rapport celles envisagées pour le secteur public.

Ce mode de répartition présente des avantages pour ce qui concerne un premier niveau de répartition, entre les régions ou même en leur sein entre territoires (1). À ce stade, cependant, les modalités plus fines d'attribution des dotations aux établissements, paraissent encore pour une part indéterminées (2).

1 - La volonté de réduire des inégalités territoriales

Dans les deux domaines des SSR et de la psychiatrie, la répartition territoriale de l'offre de soins est très inégale, qu'elle soit mesurée par le nombre de lits ou places ou par la dépense de soins en établissements, rapportée au nombre d'habitants. Pour les établissements de santé mentale, cette dépense varie de 116 euros en région Pays de la Loire à 160 euros par an et par habitant en Corse⁴⁰⁰. Cette inégalité des moyens est aussi vraie pour les SSR, comme en témoigne la carte présentée ci-après.

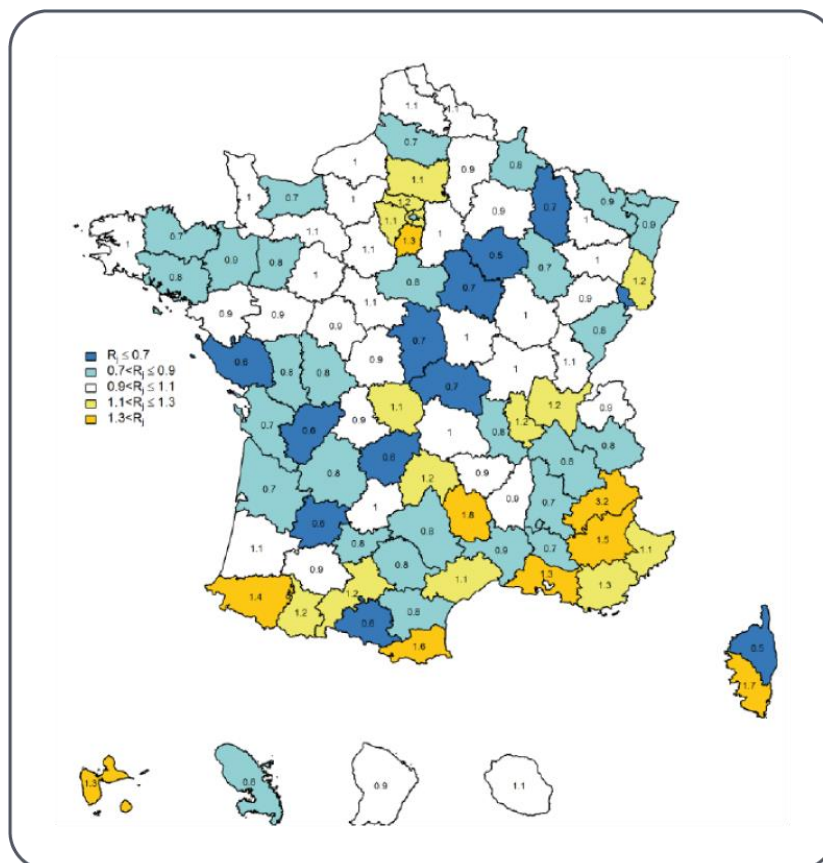
Selon le code de la sécurité sociale, la dotation populationnelle a notamment « *pour objectif de réduire progressivement les inégalités dans l'allocation de ressources entre les régions* »⁴⁰¹. Sa répartition entre régions doit s'effectuer selon des critères sociaux et démographiques qui reflètent les besoins de la population et les caractéristiques de l'offre des territoires⁴⁰².

⁴⁰⁰ Cf. rapport précité de la Task Force « Réforme du financement du système de santé », janvier 2019.

⁴⁰¹ Article L. 162-22-18 (I) du code de la sécurité sociale, introduit par l'article 34 de la LFSS pour 2020, qui précise les modalités pour la psychiatrie. Il prévoit également une phase de transition. Selon les simulations présentées, la trajectoire retenue visait à corriger la moitié des écarts en cinq années.

⁴⁰² Plusieurs simulations ont été faites déjà pour la psychiatrie, tenant compte notamment de la structure par âge, des revenus, du type de logement. Une correspondance globalement satisfaisante avait été mise en évidence entre les besoins de santé mentale et de soins en psychiatrie avec ce type d'indicateurs ; cf. « Modelling Needs for Mental Healthcare from Epidemiological Surveys », Viviane Kovess, *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 2015, Volume 11 3.

Carte n° 1 : inégalités de répartition des capacités d'accueil en SSR (2016)



Source : Insee, SAE 2016 Drees, PMSI-SSR 2016, ATIH, calculs Drees. Lecture : rapports entre les densités départementales standardisées de capacités d'accueil en SSR et la densité nationale, en 2016. Champ : France métropolitaine et Drom, hors SSA, Mecs temporaires, établissements de Fresnes et de cures thermales

S'agissant des SSR, ce n'est que depuis juin 2020 que le choix a été fait de réserver une part relativement importante à une dotation populationnelle. À ce stade, toutefois, des méthodes d'appréciation des besoins en soins, équivalentes à celles utilisées pour la psychiatrie, ne sont pas encore disponibles.

Pour les ESMS, le rapport d'évaluation et de performance de la branche « autonomie », annexé au PLFSS pour 2021 montre également

l'importance des écarts entre régions⁴⁰³. La loi prévoit une réduction des inégalités d'allocation des ressources entre régions et entre établissements et services de mêmes catégories⁴⁰⁴. Mais faute de critère précis, ces dispositions sont peu utilisées par les ARS pour les personnes handicapées⁴⁰⁵, comme l'a encore récemment souligné un rapport de la Commission des affaires sociales du Sénat⁴⁰⁶. En tout état de cause, elles ne portent chaque année que sur la répartition des mesures nouvelles, représentant (pour le secteur des personnes âgées) de l'ordre de 1% des financements attribués au secteur.

2 - Un outil d'orientation fine des financements encore en devenir

Une fois réparties entre régions, les dotations populationnelles sont censées être réparties entre les établissements : pour la psychiatrie⁴⁰⁷, la loi a précisé qu'il convenait également de « *tenir compte de la contribution de l'établissement à la réponse aux besoins de santé du territoire tels que définis dans le projet territorial de santé mentale* ».

Mais la méthodologie d'affectation fine des dotations et l'éventuel conditionnement de leur attribution à la couverture, par les établissements, de besoins fixés par ailleurs (notamment par le projet territorial de santé mentale, visé par la loi) posent des questions complexes⁴⁰⁸. Les ARS ne peuvent, chacune isolément, inventer ces formules nouvelles et ainsi passer d'une répartition passive des ressources aux établissements, fondée exclusivement sur une évaluation paramétrique des besoins, à une vision plus structurée, qui positionne au bon niveau, en termes de qualité et d'efficacité, l'offre de soins en établissement parmi l'ensemble des solutions que le système de santé peut apporter aux besoins de la population.

Pour satisfaire ce besoin de cohérence, il est nécessaire qu'un cadre national précise la manière de concilier l'application de critères automatiques et l'intégration d'objectifs plus qualitatifs, tenant notamment aux objectifs de

⁴⁰³ La dispersion des dépenses moyennes pour 1000 habitants des ESMS destinés aux adultes handicapés n'était que de 14 % autour de la moyenne nationale, mesurée pour les régions, mais atteignait jusqu'à 121 % pour les départements.

⁴⁰⁴ Article L. 314.3 (II) du code de l'action sociale et des familles.

⁴⁰⁵ Cependant, pour les personnes âgées, la mise en œuvre de critères d'allocation homogènes à travers l'équation tarifaire a pour objet de tendre vers une équité entre établissements.

⁴⁰⁶ Rapport d'information sur le financement de l'accompagnement social des personnes handicapées, octobre 2018 (rapporteur M. Philippe Mouiller).

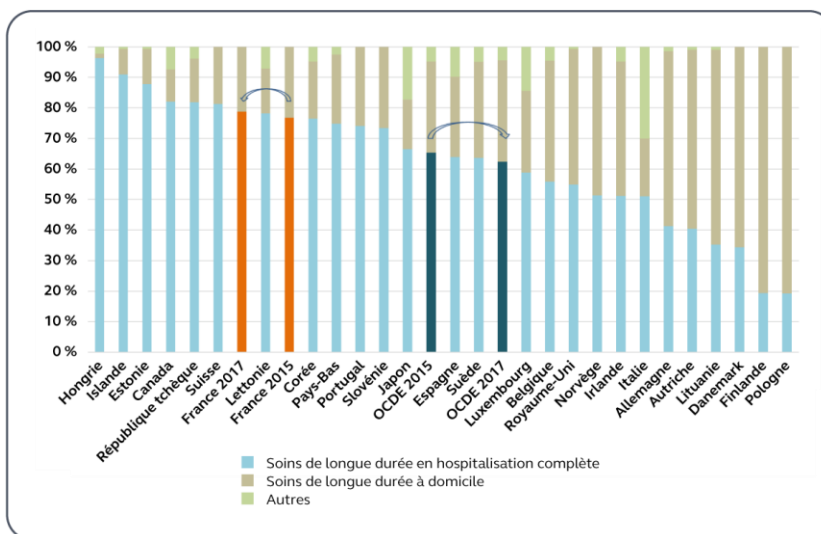
⁴⁰⁷ Article L. 162-22-19.-I. du CSS pour la seule psychiatrie.

⁴⁰⁸ La loi ajoute « 2° (et) tenant compte de l'activité de l'établissement et, le cas échéant, des missions spécifiques qu'il assure ou auxquelles il participe ».

transformation de l'offre, visant à des soins gradués et plus inclusifs. La fixation d'un tel cadre paraît d'autant plus indispensable que la loi de financement a prévu pour la psychiatrie, selon un dispositif étendu par décret aux SSR et aux structures d'urgence, que les critères mis en œuvre par les ARS soient soumis aux représentants des fédérations professionnelles au sein d'un comité consultatif d'allocation des ressources⁴⁰⁹.

À défaut d'orientations incitant à la transformation de l'offre de soins, le risque est de pérenniser le statu quo. Si de telles références n'étaient pas fixées, le risque paraît réel que la France reste à l'écart d'un mouvement désormais engagé de manière nette dans les pays de l'OCDE. Comme le montre le graphique qui suit, alors que la part de soins en établissements dans l'ensemble des soins de longue durée avait décliné en moyenne de trois points pour les pays de l'OCDE, de 2015 à 2017 (dernière période d'analyse connue), elle avait augmenté de deux points en France.

**Graphique n° 15 : dépenses de soins de longue durée
selon le lieu de prestation des soins**



Champ : régimes d'assurance publics et obligatoires (données 2017, avec en outre la donnée 2015 de référence pour la moyenne OCE et pour la France) Source : OCDE.

⁴⁰⁹ Le décret n° 2021-216 du 25 février 2021 relatif à la réforme du financement des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation et portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé crée un comité consultatif d'allocation des ressources relatif aux activités d'urgence, de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation des établissements de santé.

*
**

Au total, l'inflexion des chantiers de financement dans le sens des priorités stratégiques fixées par les pouvoirs publics suppose encore des travaux complémentaires, pour un enrichissement des modèles par des outils de mesure du besoin individuel en soins, et pour décrire la cible d'offre graduée vers laquelle chaque territoire devrait converger.

Pour autant, il ne paraît pas justifié de différer, dans l'attente, la mise en œuvre de réformes déjà votées et déjà plusieurs fois reportées. Ce serait regrettable, compte tenu du caractère insatisfaisant des systèmes actuels d'allocation des financements. Une solution pourrait donc être de poursuivre une application progressive des réformes, avec un palier par exemple en 2024, date à laquelle seraient intégrés les compléments indispensables.

C - Un pilotage à affirmer et à rendre plus transversal

Pour mener à bien des chantiers tarifaires, beaucoup dépend des impulsions politiques, dans un contexte, peu fréquent en Europe, de coexistence entre établissements publics, établissements privés non lucratif et établissements privés à but lucratif, aux intérêts souvent contradictoires. Les arbitrages en sont rendus plus difficiles. La priorité donnée à la concertation ne doit toutefois pas prendre le pas sur la volonté d'aboutir. La conduite des projets doit avoir pour but d'éviter leur enlisement progressif sous l'emprise du jeu des intérêts contradictoires des différentes parties prenantes concernées. Une meilleure organisation de la conduite de ces chantiers constitue également un facteur important de réussite.

Une pratique de concertation à clarifier, des impacts à mieux anticiper

Le principe retenu pour chacun des chantiers de réforme du financement est de rechercher le consensus le plus large, à travers une « co-construction » avec les utilisateurs ou bénéficiaires futurs.

Mais la concertation qui en découle est organisée sans que soient présentés aux parties prenantes, en particulier aux fédérations d'établissements ou aux associations de personnels, des projets cohérents et complets. Cette pratique présente en conséquence l'inconvénient de n'être encadrée, ni dans son calendrier, qui a été souvent glissant, ni dans son périmètre, qui est souvent resté flou. La frontière entre ce qui est soumis à concertation et ce qui constitue un

« prérequis » ou un point connexe, non discutable, est difficile à discerner et souvent évolutive. Le périmètre des débats demeure large et diversifié, les objectifs des réunions n'étant pas toujours clairement identifiés. La multiplication des consultations conduit alors à fractionner les sujets, limitant la possibilité pour les acteurs d'avoir une vision d'ensemble et augmentant le risque de prises de position peu cohérentes.

Parallèlement, les effets prévisibles des réformes ont en général fait l'objet de simulations trop tardives (nettement après les dispositions législatives décidant des réformes) et souffrant d'incertitudes résiduelles importantes⁴¹⁰. Or, comme l'a montré en particulier la réforme tarifaire des Ehpad, une connaissance précise de l'incidence des réformes sur les établissements est un élément décisif sur sa faisabilité effective.

Par ailleurs, sous l'égide du secrétariat général des ministères sociaux, une meilleure coordination des différents chantiers, qu'ils soient de nature financière ou non, est indispensable pour atteindre les objectifs souhaités par les pouvoirs publics, d'amélioration de la réponse aux besoins de santé des personnes.

D'une part, il faut rappeler que les patients peuvent successivement relever des différents secteurs de prise en charge. Il conviendrait notamment que les aides et l'accompagnement apportés aux personnes dans le secteur médico-social soient globalement les mêmes, rapportés aux coûts, quelles que soient les modalités choisies. Le niveau insuffisant des aides à domicile après un séjour en établissement pour les cas les plus sévères est ainsi souvent signalé comme un obstacle à la fluidité des parcours de soins des personnes.

D'autre part, le risque est que les modèles de financement soient rendus excessivement complexes⁴¹¹, alors que les effets incitatifs recherchés pourraient être portés par d'autres leviers de régulation, comme les autorisations d'activité ou la politique contractuelle avec les

⁴¹⁰ Par exemple, dans le champ sanitaire, quant aux effets conjoints de la réforme engagée en parallèle du ticket modérateur ; ou quant aux effets des réformes sur les résultats des établissements.

⁴¹¹ C'est le cas de la réforme du financement en psychiatrie, à laquelle il a été envisagé en 2020 d'ajouter à la fois des incitations dégressives complexes, calculées en fonction de la durée d'hospitalisation à temps complet sur l'année, et des majorations tarifaires pour favoriser les soins effectués au domicile des patients ou pour le suivi de troubles sévères en ambulatoire. En dépit de leur pertinence théorique, il paraîtrait nécessaire de réduire la complexité potentielle induite, en s'assurant par ailleurs de la cohérence de ces mesures avec les évolutions prévues du régime des autorisations d'activité.

établissements. Il s'agit d'ailleurs d'une question globale d'efficacité comparée des divers leviers dont disposent les autorités pour obtenir une inflexion des pratiques des établissements, qu'il s'agisse des autorisations, du contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM) ou des modalités de financement⁴¹². Le ministère ne semble pas disposer de doctrine claire en la matière même si des possibilités nouvelles ont été ouvertes récemment⁴¹³. Il conviendrait donc de procéder, dans chacun des domaines en cours de réforme, à la détermination *a priori* des leviers à utiliser de préférence pour atteindre chacun des objectifs visés.

⁴¹² S'il s'agit, par exemple, de réduire la part des hospitalisations de longue durée inadéquates, les indicateurs associés aux CPOM, ou le régime des autorisations peuvent contribuer aux évolutions attendues, parfois mieux qu'un signal au sein du modèle de financement peu souple et peu individualisable.

⁴¹³ Il est par exemple désormais possible d'enrichir le contenu des CPOM et de leur donner une plus grande force en les liant à une possibilité de révision des autorisations.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La relance récente des réformes de financement, dans le secteur sanitaire pour la psychiatrie et les SSR, traduit la volonté de prendre en considération le caractère inadapté des règles actuelles et montre l'importance des enjeux qui s'attachent à leur réforme, tant pour la satisfaction des besoins de santé de la population, que pour le meilleur usage des financements publics.

L'objectif de soins gradués et plus pertinents suppose cependant l'intégration dans les modèles de référentiels relatifs aux besoins en soins et le recueil par les établissements des données correspondantes. L'objectif devrait être de pouvoir procéder à ces enrichissements sous trois ans, d'ici fin 2024.

Le déploiement de dotations dites populationnelles constitue un levier pour une répartition plus équitable de l'offre entre régions. Mais au sein des régions, la vocation de ces dotations doit encore être clarifiée. Un équilibre devrait être ainsi recherché entre une répartition régionale des moyens selon des critères strictement populationnels, et une répartition plus volontariste, fondée sur des schémas territoriaux, à l'instar des premiers « projets territoriaux de santé mentale ».

D'autres progrès méthodologiques sont nécessaires, qui justifieraient notamment la constitution d'une équipe dédiée de « maîtrise d'ouvrage déléguée » au sein du secrétariat général des ministères sociaux, afin de coordonner les équipes de « maîtrise d'œuvre » déjà présentes au titre des différents chantiers. Cette coordination renforcée permettrait de définir les choix des instruments de transformation de l'offre de soins à utiliser et veillerait à la cohérence des méthodes utilisées pour répondre de manière homogène au besoins du public. Un lien plus fort avec les réformes parallèles des autorisations d'activités, en cours pour les SSR et la psychiatrie, doit être également recherché.

Ces efforts de méthode devraient enfin inclure une amélioration des pratiques de concertation, trop souvent mal cadrées, en termes de périmètre comme de calendrier et insuffisamment éclairées par des simulations financières, pour éviter l'enlisement des chantiers.

Pour ces motifs, la Cour formule les cinq recommandations qui suivent :

28. *d'ici fin 2024, développer pour chacun des champs, les outils de mesure de la lourdeur des prises en charge dans l'objectif d'enrichir les modèles tarifaires correspondants (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, CNSA) ;*
29. *étendre au secteur des SSR et aux ESMS le principe législatif visant à corriger progressivement les inégalités territoriales à travers la répartition entre régions de dotations, fixées selon des critères transparents (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé) ;*
30. *mettre en place une structure transversale permanente de « maîtrise d'ouvrage déléguée », au sein du secrétariat général des ministères sociaux, en charge de la supervision et de la coordination des réformes tarifaires (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé) ;*
31. *dans une optique d'un recours plus sélectif aux incitations tarifaires, établir en amont des réformes la cartographie projetée de l'utilisation des trois principaux leviers de transformation de l'offre : autorisations, CPOM et tarifs (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé) ;*
32. *adopter un cadre méthodologique rigoureux pour les simulations financières et les concertations relatives aux projets de réforme et les insérer dans un calendrier préfixé d'une durée raisonnable (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé).*