

Perspectives sur le financement des institutions psychiatriques en Suisse

■ J.-M. Capraro

Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux, Neuchâtel

Summary

Capraro J.-M. [*Psychiatry finance prospect.*] *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2006;157:263–9.

This article deals with the main financial alternatives that are presently being discussed in Switzerland, and in particular the nature of the indicators which supports these discussions. The analysis also takes into account the experiences in other countries. Detailed attention is given to the relevance of the indicators. The advantages and the disadvantages of the various systems of financing based on the activities, on the patient profile, on capitation and on the performance contracts or on a single envelope of funding are presented here.

A system of financing which is based on the activities will privilege the institutions that present good results in productivity, but it does not take into account the profile of the customers that are hospitalised.

The patients' profile makes it possible to allocate the resources to the institutions in an adequate way. However, psychiatry does not have a model that allows it to make up a sufficient consensus.

The models based on capitation have the advantage of not relying on a heavy system of information, but their use can lead to inadequate choices. In particular, it can be unfavourable in regard to the treatment of the patients suffering from chronic psychiatric pathologies.

The performance contracts have the advantage of encouraging the financial achievement of strategic objectives. However, they rely on the need for having a strategy that takes into account measurable objectives. The single envelope represents an opportunity for psychiatric institutions on condition that it is accompanied by a single organisa-

tion in charge of managing the mental health there. It supports a strategy of integration aiming at the transfer of resources between the hospital and community and it promotes the continuity of the care. However, it does not fit in the logic wanted by the Law on health insurance.

Consequently, the psychiatric institutions first of all have to adopt systems of financing which fit into the Law on health insurance. Their financing will thus be dependent on their activity and they will have to integrate this variable into their management solutions. It would therefore be appropriate if they could adapt their organisation to the perennial modifications of their activity and thus preserve themselves from sudden disruptions within this activity.

Keywords: psychiatry; finance; single envelope funding; performance contracts; capitation; patient profile

«Le choix effectif n'est pas le résultat d'une procédure de décision rationnelle fondée sur une information parfaite et visant un objectif bien déterminé, mais se fait sur une information toujours imparfaite et «coûteuse», à travers le processus sociologique de «décision» au sein de la bureaucratie.» [1]

Introduction

Le système de financement des hôpitaux représente actuellement un enjeu central des partenaires du système de santé. Le Conseil fédéral propose l'introduction d'un financement dual fixe qui stipule que les assurances maladie et les cantons participeraient chacun pour moitié aux divisions hospitalières, qu'elles soient communes ou privées. Il s'agit d'un système de financement transitoire pour trois ou quatre ans, avant l'introduction d'un système de financement «moniste» par lequel un seul acteur, les assurances maladie, payerait les prestations aux hôpitaux, en bénéficiant des subventions cantonales. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats

Correspondance:
Dr Jean-Marc Capraro
Directeur de l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux
Rue de l'Hôpital
CH-2017 Boudry
e-mail: jean-marc.Capraro@ne.ch

Tableau 1

Illustration de l'utilisation d'indicateurs d'activité ou d'adéquation.

Deux hôpitaux ont la même taille et prennent en soins une clientèle identique. Toutefois, l'hôpital 1 dispose de ressources 20% supérieures à l'hôpital 2. Leur activité induit la même productivité.

	hôpital 1	hôpital 2	commentaires
1. nombre de patients pris en soins	400	400	dénombrement
2. pondération moyenne des profils de clientèle	1,1	1,1	dénombrement
3. ressources à disposition	1200	1000	dénombrement
4. nombre (après pondération) d'actes fournis	4800	4000	dénombrement
5. information décrivant la clientèle	440	440	(1) × (2)
6. mesure de la productivité	4	4	(4) : (3)
<i>financement fondé sur la clientèle</i>	<i>1100</i>	<i>1100</i>	
<i>financement fondé sur l'activité</i>	<i>1200</i>	<i>1000</i>	

Les deux hôpitaux, prenant en soins une clientèle identique, devraient bénéficier des mêmes ressources. Si le financement repose sur une variable de clientèle idoine, cet écart indu devra être éliminé¹. Par contre, si l'allocation de ressources repose sur une variable d'activité, cette différence demeurera², car la productivité des deux hôpitaux est ici identique.

¹ Les ressources mises à disposition des deux hôpitaux se montent à 2200 (point 3 du tableau). Le dénombrement des informations, relatives à la clientèle, pondéré par leur Casemix représente 880 (point 5 du tableau). Ce qui représente une allocation unitaire de 2,5. En conséquence, les deux hôpitaux bénéficient du même montant de ressources (440 × 2,5).

² Le tarif de l'acte est de 0,25 (2200 : 8800). Le financement des hôpitaux correspond au produit des actes par le prix unitaire, soit 0,25 × 4800 pour l'hôpital 1 et 0,25 × 4000 pour l'hôpital 2. Il n'y a pas de transfert de ressources entre les hôpitaux car leur productivité est identique.

examine, quant à elle, le passage direct à un système de financement «*moniste*» [2].

Convient-il d'adopter le système «*moniste*»? Les assurances maladie répondent par l'affirmative alors que la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) s'oppose à ce modèle ainsi qu'à celui du Conseil fédéral. Une majorité d'hôpitaux, notamment en suisse alémanique, s'est également prononcée en faveur du système «*moniste*» et de son adoption dans les plus courts délais.

Les assurances maladie ne peuvent que soutenir ce projet, car il prévoit qu'elles y joueraient le rôle clé. Ce système s'inscrit donc dans la stratégie déclarée des assurances maladie qui vise à délier complètement les cantons de leurs responsabilités dans la gestion des hôpitaux, tout en maintenant leurs responsabilités financières [3].

La CDS s'oppose à ce projet car il prévoit que les cantons financent les assurances maladie. Elle y voit une perte sensible des moyens de contrôle exercés par les cantons et interprète ce financement comme «un chèque en blanc» adressé par les cantons aux assurances maladie. Par ailleurs, elle doute de la capacité de ce système à générer des gains d'efficacité [2, 4].

La position des hôpitaux est plus équivoque. Les cliniques privées soutiennent ce type de financement car il leur garantit une «égalité de traitement» avec les hôpitaux publics. On pourrait supposer que les hôpitaux publics qui soutiennent le système «*moniste*» estiment qu'il leur permettrait d'être plus autonomes, notamment en matière de

politique d'investissement [5], et privilégient un «partenariat» avec les assurances maladie plutôt qu'avec leurs autorités cantonales.

De manière générale, on peut admettre que les thuriféraires du financement «*moniste*» privilégient une vision élargie au niveau national du système sanitaire suisse, alors que les défenseurs du financement dual veulent préserver le rôle constitutionnel des cantons.

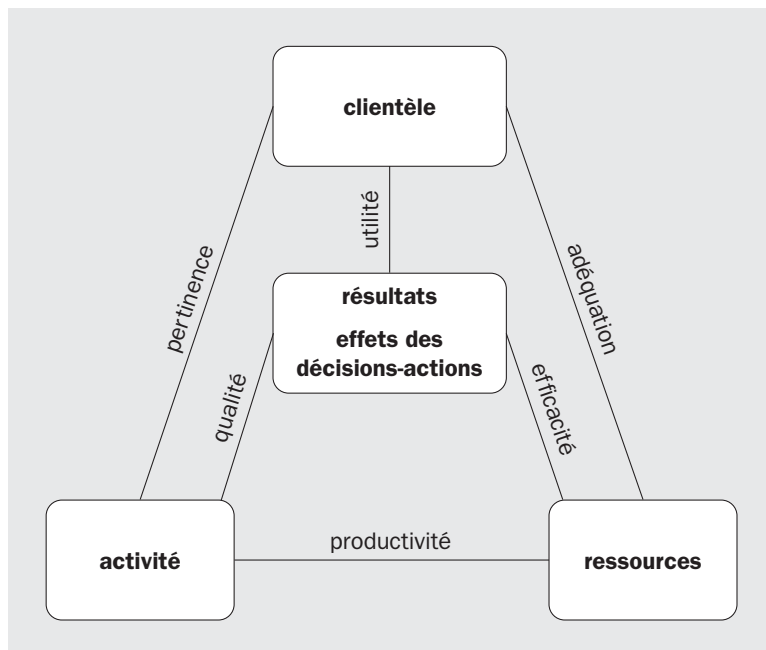
Nonobstant, les assurances maladie, la Confédération et les cantons admettent tous que le développement d'un marché concurrentiel permettrait une meilleure maîtrise des coûts de la santé [6]. Ce type de marché reposant sur une identification claire de la prestation échangée et de son prix, il convient, dès lors, de s'assurer que ces éléments fondamentaux sont présents dans les systèmes de financement proposés.

Modalités de financement des institutions psychiatriques

Force est de constater que la réflexion actuelle sur le financement des soins en Suisse tient compte essentiellement des hôpitaux somatiques et que les hôpitaux psychiatriques sont peu considérés, voire ignorés.

En outre, les modèles proposés ne reposent pas sur un marché ayant la capacité, de par son fonctionnement, à déterminer le prix des prestations. Ils recourent à une méthode de calcul unifiée du coût des prestations. Le «prix» n'est donc pas issu d'un

Figure 1 Cadre général d'évaluation des performances [8].



marché et «il s'agira de s'accorder sur les prix et les prestations que ces coûts comprennent exactement» [7].

Cette approche nécessite une identification fiable et spécifique de la prestation. De plus, la prestation doit décrire un besoin ou un profil du «client» et non pas des activités (tab. 1). Si la prestation décrivait des activités, le modèle financier serait la productivité des institutions, alors que les modèles sont sensés privilégier une «adéquation» du financement (fig. 1). Le principal intérêt des «Diagnostic Related Groupings» (DRG) tient à leur capacité supposée à déterminer le «prix» de la prise en soins des patients sans être influencés par les caractéristiques de l'institution traitant le patient. Ils reposent sur les diagnostics et des données financières, qui sont regroupés dans des catégories de patients qui consomment sensiblement le même volume de prestations. Ce système est mis en œuvre, dès 2006, pour financer l'activité hospitalière somatique.

En Suisse romande, la dimension financière de la prestation psychiatrique est généralement traduite par le nombre de journées et accessoirement par le nombre d'admissions. Ces indicateurs n'ont jamais eu la prétention de décrire fidèlement l'activité dans les institutions psychiatriques. Toutefois, tant qu'ils participaient indirectement au financement des hôpitaux, ces derniers n'ont pas contesté leur usage.

Le paradigme actuellement privilégié vise à financer les prestations et à cesser de financer les institutions. Par conséquent, plusieurs tentatives

de définir un système de classification décrivant le profil du «client psychiatrique» ont été initiées. On peut les distinguer en trois courants: les méthodes se fondant sur les caractéristiques individuelles des patients, le système par «capitation», et les ententes de rendement.

Méthodes fondées sur les caractéristiques individuelles des patients

L'application des DRG dans le domaine de la psychiatrie n'a pas connu le même engouement que dans le somatique. Cela est lié au fait que le système DRG en psychiatrie ne peut se limiter aux soins hospitaliers aigus comme pour le somatique. L'horizon temporel et les différentes étapes de la prise en soins (p. ex. hospitalisation, hôpitaux de jour, consultations ambulatoires, établissements médico-sociaux, maintien à domicile) ne sauraient être ignorés par le système de financement. Un consensus existe sur l'importance de coordonner avec cohérence les différents types de prises en charge et que le mode de financement ne soit pas une entrave à cette coordination. En outre, cet instrument a présenté des insuffisances en matière de validité [9–11].

Néanmoins, cette voie n'est pas abandonnée. Des variantes des DRG sont à l'étude. Elles seraient établies sur les diagnostics en y incorporant des informations additionnelles (l'âge, les complications médicales, les risques immédiats, la sévérité des symptômes, l'aspect chronique de la maladie, la stabilité sociale et les niveaux de fonctionnement, etc.). Pour pouvoir jouer leur rôle, il conviendrait que les attributs, comme les diagnostics, soient fiables et stables dans le temps, ce qui est loin d'être vérifié.

Le Département de la santé de Canberra en Australie a mandaté une vaste étude visant à créer un système de classification pour le financement de la psychiatrie. Selon ses auteurs, le Mental Health-Casemix Classification (MH-CASC) permet de financer la psychiatrie ambulatoire et hospitalière [12]. Toutefois, ils relèvent que la diversité des alternatives supportant le traitement d'un patient nuit au potentiel des instruments de classification. Dans le domaine de la psychiatrie, il est très difficile de s'appuyer sur des évidences scientifiques pour identifier la prise en soins adéquate pour un profil de patient donné. En outre, cet instrument présente des limites structurelles ne permettant pas de l'utiliser dans un processus de financement annuel.

D'autres instruments visent à décrire les patients dans une perspective de financement. Le

Resident Assessment Instrument – Mental Health Project (RAI-MH) fournirait, selon ses promoteurs, des informations utiles:

- à la planification des soins, fondée sur les besoins identifiés du patient;
- à l'amélioration de la qualité, reposant sur des indicateurs «qualité» liés au patient;
- à la mesure des effets, basée sur des échelles cliniques validées;
- au financement, établi d'après un système de mesure du profil des clients (Casemix).

Cet instrument a été testé dans une quarantaine d'institutions psychiatriques d'Ontario, avec un certain succès. Son utilisation devrait se développer dans une perspective de continuité de la prise en soins [13].

Par le passé, le RAI a été développé dans le secteur de l'hébergement afin d'aider le personnel à prendre en charge leurs pensionnaires. Dans le prolongement de cet outil, un instrument d'allocation des ressources (les RUG'S) était sensé permettre une allocation des ressources. Les RUG'S permettaient de discriminer les patients par groupes à partir des informations récoltées dans le RAI. Toutefois, ce système de classification s'est révélé peu adéquat pour discriminer avec pertinence les pensionnaires. Cette expérience nous invite à une prudente réserve. De plus, cet instrument ne portant que sur la prise en soins hospitalière, son utilisation pourrait nuire à la continuité de la prise en soins.

Le principal handicap des tentatives de description du profil psychiatrique, pour une utilisation d'allocation, vient de la nature des échelles retenues. Celles-ci caractérisent l'état du patient plus que les traits de son affection. Leur variabilité dans le temps s'avère souvent considérable rendant pour le moins complexe une analyse de financement sur leur base.

Financement reposant sur la capitation

Ce système peut revêtir plusieurs formes. La mesure par capitation peut résumer le besoin global de la population d'une zone déterminée. Dans sa forme élémentaire, le financement est proportionnel à la population. Afin d'affiner ce procédé, des indicateurs sociaux peuvent pondérer la mesure. Ces informations (âge, état-civil, appartenance à un groupe ethnique, revenu, scolarité, chômage, etc.) peuvent provenir des données du recensement de l'OFS et être actualisées annuellement par les Offices cantonaux de la statistique.

Il a été assimilé Outre-Atlantique à un financement par cas. Les fournisseurs de soins reçoivent

un montant préétabli par patient, pour une gamme définie de prestations à fournir durant une période fixée [14]. Cole et Reed considèrent que ce type de programme devrait être employé sur des groupes scrupuleusement sélectionnés [15, 16]. Le montant de la capitation étant constant et n'étant pas lié aux prestations fournies, le risque financier est assumé par les institutions [17]. Par conséquent, ce système peut nuire à la prise en soins de patients psychiatriques chroniques [18, 19]. Selon Goering [14], cet obstacle peut être levé en attribuant des paramètres de financement propres à cette population. De plus, elle relève que ce modèle encourage les prestataires à prendre en soins le patient dans la structure la plus adéquate. Il a été expérimenté Outre-Atlantique (Rhode Island, Californie, Arizona), dans les années 90, avec un relatif succès. Une étude comparative [20], entre ce type de financement et le paiement à l'acte, a montré que les patients les plus perturbés étaient mieux traités du point de vue symptomatologique et des conflits sociaux alors que les patients moins perturbés obtenaient des résultats égaux ou moins bons. Leff et al. ont admis que les prestataires estimaient probablement pouvoir diminuer, sans conséquences graves, leurs prestations auprès des usagers les moins perturbés.

Ententes de rendement

Ce système privilégie l'atteinte d'objectifs globaux fixés aux institutions. Ses objectifs peuvent porter, par exemple, sur la maîtrise des coûts, l'élaboration de nouveaux services ou l'amélioration des soins pour des populations sous-desservies.

Généralement, les ententes de rendement ont accompagné un transfert des ressources de l'hospitalier vers l'ambulatoire, souvent avec un certain succès (Wisconsin, Ohio, Etat de New-York, Texas).

Dans l'Etat du Texas, les autorités locales de la santé mentale recevaient un boni pour chaque journée d'hospitalisation en moins que le seuil prévu, sans être pénalisées si leur nombre le dépassait. Cette politique a permis de transférer 20 millions de dollars du budget de l'hôpital vers les unités ambulatoires au cours des deux premières années de fonctionnement [21].

Ce modèle repose sur une vision stratégique reconnue comme efficace et appuyée par des objectifs mesurables. En outre, il suppose l'existence d'un organisme ayant l'autorité de distribuer les ressources aux divers acteurs. Pour être appliqué en Suisse, il suppose que le financement des acteurs repose sur une enveloppe globale qui serait gérée par cet organisme.

L'enveloppe globale fixe

Ce type de financement a présenté des résultats encourageants Outre-Atlantique, pour autant qu'un organisme central gère la distribution de ressources aux différents prestataires du réseau [22]. Il permet notamment d'accompagner efficacement une politique de désinstitutionnalisation en faveur du développement de l'activité ambulatoire. L'organisme central a la responsabilité de contrôler la performance des acteurs et de leur attribuer adéquatement les ressources.

Toutefois, ce système ne s'inscrit pas dans la doctrine fédérale visant à asseoir le financement sanitaire sur un relevé de prestations par patient. En outre, la définition de son champ d'intervention est difficile à établir. S'il est indiscutable d'inclure les institutions psychiatriques hospitalières et ambulatoires, l'intégration des médecins privés et de l'aide sociale soulève des difficultés opérationnelles. L'introduction, dans l'enveloppe budgétaire fixe, des moyens permettant d'allouer des bons de logement a permis une meilleure stabilité résidentielle et une réduction des hospitalisations et des besoins en services [23].

L'application en Suisse de ce modèle suggère-t-il une limitation de l'indépendance des psychiatres installés? Si le financement de leur activité est compris dans l'enveloppe définie par la capitation, la réponse est sans ambiguïté affirmative. Dans ce cas de figure, la psychiatrie institutionnelle ou un organisme indépendant devrait jouer un rôle de «gatekeeper» et aurait un impact sur le volume d'activité des psychiatres installés. S'il est probable que l'activité des psychiatres installés subira des contraintes dans les prochaines années, cette variante n'est vraisemblablement pas applicable en Suisse. Elle se heurtera à l'opposition farouche des psychiatres installés qui auraient tout intérêt à lui préférer des contraintes sur la fréquence de certaines prestations ou un système de financement mixte pratiqué dans les pays nordiques [24], qui leur préserveraient une plus grande autonomie.

La psychiatrie institutionnelle n'a pas grand intérêt à jouer le rôle de régulateur de l'activité des psychiatres installés car cette fonction donnerait l'impression erronée qu'elles possèderaient tous les instruments permettant de maîtriser le coût global des prestations psychiatriques. Or, l'activité de la psychiatrie inter-réagit avec son réseau (maintien à domicile, établissements médico-sociaux, hôpitaux somatiques, institutions spécialisées, etc.) dont l'activité et l'organisation interfèrent sur celles de la psychiatrie.

Par conséquent, le calibrage du financement des institutions psychiatriques dans un système

de capitation ne devrait pas comprendre celui des psychiatres installés. Cette option ne permet pas de déterminer le financement de l'enveloppe en s'appuyant sur des comparaisons inter-cantoniales et privilégie l'alternative fondée sur des comparaisons longitudinales.

Effets du financement actuel sur le fonctionnement des hôpitaux

En dépit des avantages d'un financement fondé sur l'enveloppe fixe, les institutions psychiatriques sont appelées à adopter des systèmes de financement qui répondent prioritairement à la loi sur l'assurance maladie.

Dans plusieurs cantons, les assurances maladie souhaitent lier leur financement au volume des prestations produites par les institutions. Depuis 2002, les institutions psychiatriques du canton de Neuchâtel voient cette rétribution varier proportionnellement à l'activité. En d'autres termes, si le volume d'activité décroît de 20%, le financement des assurances maladie diminue de 20%. L'Hôpital a donc vu son système de financement passer de l'«enveloppe garantie» à un budget flexible dont la part variable dépend de l'activité facturée aux assurances maladie.

Dans le canton de Vaud, ce souhait a clairement été exprimé par les assurances maladie et sera probablement mis en œuvre en 2007. Toutefois, le système envisagé limiterait dans des fourchettes la variation du financement des assurances maladie selon l'activité observée, les recettes des assurances maladie ne pouvant pas excéder un écart excédent $\pm 10\%$ du montant budgétisé.

Si ce nouveau mode de financement a retenu les suffrages des assurances maladie du canton de Genève pour le financement de la gériatrie, elles sont réticentes à l'adopter pour le secteur psychiatrique, craignant une explosion des coûts. En outre, les assurances maladie insistent pour imposer des forfaits dégressifs par palier en fonction de la durée de séjour. Projet qui n'est pas accueilli favorablement par les institutions car il n'intègre pas la réalité de la prise en soins psychiatriques.

L'Hôpital universitaire de psychiatrie du canton de Berne préconise l'adoption de l'instrument Psych-PV (Psychiatrie-Personalverordnung) qui est employé depuis 1990, semble-t-il avec succès, en Allemagne. Cet outil repose sur la reconnaissance de quatre filières (psychiatrie générale, dépendances, psychiatrie gériatrique, pédopsychiatrie). L'activité, exprimée en journées, de chacune de ces filières est discriminée en 6 ou 7 niveaux de traitement qui sont financés de manière dégressive [25].

L'admission correspond au niveau de traitement le plus coûteux, alors que l'hospitalisation de jour génère, selon ce modèle, le coût le meilleur marché.

Ce système comprend donc 25 différents tarifs établis sur un standard de soins exprimé en minutes. Selon Maier, il a le mérite de ne pas encourager financièrement l'institution à libérer hâtivement un patient, ni à l'hospitaliser trop longtemps, étant donné que l'amélioration de sa santé induit des niveaux de soins dégressifs. Cet instrument admet l'existence tacite de guidelines dans le domaine de la psychiatrie, ce qui est contesté [26]. Son principal mérite repose vraisemblablement sur sa tentative d'éclairer la «boîte noire» que représente la psychiatrie pour ses financeurs, en présentant des critères de dégressivité alternatifs à la seule durée de séjour.

Nonobstant les lacunes du financement fondé sur l'activité et les réserves sur la capacité des journées à traduire fidèlement l'activité, les institutions sont appelées à intégrer cette variable dans leur gestion. Appuyant cette perspective, les autorités françaises prévoient un passage à un système de financement sur l'activité dès que les études sur la sélection d'indicateurs pertinents seront achevées [27].

Adaptation des charges au niveau des revenus

Le financement de l'hôpital comprend une part fixe supportée par l'Etat et une part variable payée par les assurances maladie. Les charges budgétisées sont établies en fonction de l'activité, de manière à correspondre aux revenus.

L'activité réalisée ne correspondra probablement pas à l'activité prévue. L'écart d'activité générera un écart entre les revenus et les charges [28]. Pour que l'adaptation soit automatique, il est nécessaire que la proportion des charges variables corresponde à celle des revenus variables. Cette hypothèse est fort improbable, les charges variables représentant une part congrue des charges totales.

En conséquence, les institutions traiteront ce différentiel soit:

1. en laissant à l'Etat les conséquences de ce différentiel,
2. par l'intermédiaire de leurs réserves (constitution, augmentation ou prélèvement),
3. en changeant de palier de production (notamment par la réduction ou l'augmentation de personnel).

La première variante déresponsabiliserait l'institution des prévisions d'activité. Or, les cliniciens disposent des informations les plus complètes permettant d'apprécier un futur qui, par définition, est

incertain. Adopter cette variante, c'est également privilégier une approche «politique» du budget, au détriment d'une procédure «raisonnée», avec le risque de ruptures dans le processus du suivi budgétaire. En effet, il est difficile de responsabiliser un acteur sur des objectifs qu'il ne reconnaît pas.

Leur statut juridique ne permet pas à toutes les institutions de recourir à la deuxième variante. Si l'institution sanitaire est un service de l'Etat, elle ne peut pas constituer de réserves.

La troisième possibilité consiste à adapter, en un laps de temps aussi bref que possible, les charges aux revenus. Ce procédé ne garantit pas forcément une évolution de l'organisation vers plus de performance. Si l'hôpital se doit, comme toute entreprise, d'adapter son fonctionnement aux changements pérennes, les coûts cachés, induits par une volonté stricte du respect du budget, ne peuvent être ignorés, parmi lesquels on peut citer:

- la rupture du «contrat» de confiance entre l'employeur et les collaborateurs, provoquant généralement le départ des collaborateurs les mieux qualifiés;
- le désinvestissement des coûts cumulés en formation continue;
- l'inadéquation probable entre les fonctions libérées (vacantes) et la structure idoine de professionnels.

En outre, les mesures d'adaptation suivent la variation de l'activité, dans un délai qui peut être relativement long. Si le système d'information est performant, il peut se situer entre une semaine et un mois. Lorsque les données d'activité parviennent aux décideurs dans un délai de plusieurs mois, il est fort probable que l'application des mesures coïncide à une période de renversement de l'activité.

Cette alternative génère également une sous-estimation de l'activité dans la mesure où le médecin responsable cherchera à minimiser le risque de devoir passer à un palier de production inférieur.

Conclusions

Les conditions optimales de gestion des hôpitaux reposent probablement sur la capacité de leur fonds de réserve à compenser les effets conjoncturels et leur capacité à s'adapter aux changements structurels.

Dans l'idéal, les ressources des hôpitaux ne devraient être que peu influencées par les variations conjoncturelles. Par contre, elles devraient promouvoir la capacité des établissements à s'adapter à des changements pérennes.

En l'absence d'indicateurs permettant d'allouer adéquatement les ressources aux institutions, il conviendrait d'adopter un système de financement minimisant la variabilité du financement des institutions. En effet, il ne serait pas adéquat d'augmenter ou de diminuer les ressources des institutions sur la base d'un indicateur inadéquat.

L'enveloppe globale fixe permettrait de limiter les variations de revenus. Selon Goering, la constitution d'un organisme central bénéficiant d'une enveloppe globale fixe peut mener, à une meilleure intégration des prestations de soins, au transfert de ressources de l'hospitalier vers l'ambulatoire et à l'amélioration de la continuité des soins [14]. Son efficacité repose sur une intégration des institutions psychiatriques, voire de santé mentale. En outre, l'adoption de ce système de financement suppose une relation de confiance entre les fournisseurs de soins et leurs financeurs. Un climat où le principal objectif des partenaires payeurs serait de minimiser à court terme leur allocation contraindrait les prestataires à appliquer les conséquences d'une politique désintéressée de ses effets sur le long terme et du «bien-être» de la population.

Si, dans l'avenir, un indicateur, permettant de traduire la clientèle psychiatrique de manière fiable, sensible et stable, était établi, son adoption pour financer les institutions psychiatriques permettrait d'optimiser le fonctionnement du réseau psychiatrique en allouant les ressources aux filières / institutions, selon une clause du besoin objectivée.

Références

- 1 Castoriadis C. Les carrefours du labyrinthe. Paris: Le Seuil; 1986.
- 2 Dürr M. Modèle de financement hospitalier de la CDS. Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé; 2005.
- 3 Seydou Y. Noyau dur de la LAMal: le financement des hôpitaux. H Compétence; 2005.
- 4 Pesenti P. Financement moniste du système de santé – évaluation critique. Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé; 2005.
- 5 Bachmann A. Financement hospitalier: la Fédération suisse alémanique des directrices et directeurs d'hôpitaux prend position. H Compétence; 2005.
- 6 Leu E. Financement hospitalier moniste. Berne: Institut d'économie politique de l'Université de Berne; 2004.
- 7 Beinlen M. A bas les ambiguïtés et les incitations inopportunes! H Compétence; 2005.
- 8 Boutat A. «Modèle d'allocation de ressources». Tribune du GHRV no 5; 1992.
- 9 English JT, Sharfstein SS, Scherl DJ, Astrachan BM, Muszynski IL. Diagnosis-Related Groups and General Hospital Psychiatry: The American Psychiatric Association Study. Prospective Payment and Psychiatric Care. 1st edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1988.
- 10 Essock S, Norquist GS. Toward a fairer prospective payment system. Arch Gen Psychiatry 1988;45:1041–4.
- 11 Zwanziger J, Davis L, Bamezai A, Hosek SD. Using DRGs to pay for inpatient substance abuse services: an assessment of the CHAMPUS reimbursement system. Med Care 1991;29:565–77.
- 12 Buckingham W, Burgess P, Solomon S, Pirkis J, Eagar K. Developing a Casemix Classification for Mental Health Services. Canberra: Commonwealth Department of Health and Family Services; 1998.
- 13 Marhaba M. Resident Assessment Instrument – Mental Health Project. The Ontario Hospital Association; 2003.
- 14 Goering P. Review of best practices in mental health reform. Ottawa, Ontario: Health Canada; 1997.
- 15 Cole R, Reed H, Babigian S, Brown S, Fray JA. Mental health capitation program: I. Patient outcomes. Hosp Community Psychiatry 1994;45:1090–6.
- 16 Reed SK, Kennessy KD, Mitchell OS, Babigian HM. A mental health capitation program: II. Cost-benefit analysis. Hosp Community Psychiatry 1994;45:1097–103.
- 17 Dickley B, Cohen M. Changing the financing of state mental health programs: using carrots, not sticks, to improve care. Adm Policy Ment Health no 5; 1993.
- 18 Sharfstein SS, Stoline AM, Goldman HH. Psychiatric care and health insurance reform. Am J Psychiatry 1993;150:7–18.
- 19 Hughes J. How well has Canada contained the costs of doctoring? JAMA 1991;265:2347–51.
- 20 Leff HS, Lieberman M, Mulkern V, Rabb B. Outcome trends for severely mentally ill persons in capitated and case-managed mental health programs. Adm Policy Ment Health; 1996.
- 21 Nasir H. Mental health and health care resource allocation. Report to Alberta Health; 1994.
- 22 Goldman HH, Morrissey JP, Ridgely MS. Form and function of mental health authorities at Robert Wood Johnson Foundation Program sites: preliminary observations. Hosp Community Psychiatry 1990;41:1222–30.
- 23 Newman SJ, Reschovsky JD, Kaneda K, Hendrick AM. The effects of independent living on persons with chronic mental illness: an assessment of the section 8 certificate program component of the program on chronic mental illness. Milbank Q 1994;72:171–98.
- 24 Swinarski Huber Z. Existe-t-il une alternative au salaire du médecin? H Compétence no 11; 2005.
- 25 Maier J. Psych-PV: Entschädigungssystem für die Psychiatrie? H Compétence no 3; 2005.
- 26 Basterrechea G. Le management différencié en psychiatrie. H Compétence no 7–8; 2005.
- 27 www.arh-centre.sante.fr. La réforme de la tarification à l'activité; 2005.
- 28 Boutat A, Capraro J-M. Comptabilité analytique de gestion. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes; 2003.