

## **Audition Sénat du 25 septembre 2013**

### **Mission de contrôle et d'évaluation de la sécurité sociale ( MECCS )**

**M. Yves Daudigny, Président, et M. Phillippe Brault, administrateur.**

### **Intervention du Docteur Christian Müller**

#### **Conférence nationale des présidents de CME/CHS**

**25 septembre 2013**

Monsieur le Président, Monsieur le Rapporteur, Messieurs les sénateurs, mesdames, messieurs, merci de nous recevoir en ces lieux prestigieux et de donner la parole aux professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale.

La ministre des affaires sociales et de la santé déclarait lundi qu'elle faisait de la santé mentale - nous en déduisons la psychiatrie - l'une des "priorités indispensables" de la stratégie nationale de santé, priorité qu'elle qualifiée de trop négligée. Nous sommes heureux que vous ne négligiez pas notre discipline et surtout au-delà de nous-même ses usagers, leurs proches et leurs familles.

#### **La conférence des présidents de CME de CHS : Qui sommes-nous ?**

La conférence des présidents de CME CHS est, au côté des deux autres conférences nationales (CHU,CHG que vous avez déjà reçu) la représentation institutionnelle des praticiens de CME, et ce depuis plus de 20 ans, pour ce qui concerne les 90 établissements mono disciplinaires gérant au total plusieurs milliers de structures de soins sur l'ensemble du territoire national.

Nous disposons d'un réseau de 29 représentants régionaux y compris bien évidemment les DOM-TOM, depuis 1989.

Nous apportons contributions à l'élaboration de textes législatifs et réglementaires propres à ce champ, comme récemment les décrets CME et peut-être surtout pour ce qui vous concerne la modification de la loi du 11 juillet 2010. Vous avez reçu à cette occasion certains de nos membres. Nous nous félicitons de l'aboutissement de ces travaux qui a vu retenue la grande majorité de nos observations.

Rappelons enfin que nos partenaires habituels sont nombreux et variés :

Avant tout les usagers et leurs représentants, en premier lieu la FNAPSY, mais aussi les familles par l'intermédiaire de l'UNAFAM, signataires à nos côtés de nombreuses contributions communes.

Nous citerons également, et la liste n'est pas exhaustive, des partenaires institutionnels tels que bien évidemment le ministère de la santé et son cabinet, les directions générales ( DGS DGOS CNG...) et les agences nationales : HAS ANAP, les Fédérations hospitalières et notamment la Fédération Hospitalière de France (FHF) et la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP) partenaires essentiels et de grande compétence, les acteurs majeurs propres au champ de la psychiatrie, tels que la Fédération française de psychiatrie (FFP) le Collège National Universitaire de Psychiatrie (CNUP) etc...les organisations professionnelles et syndicales, et enfin, le dernier mais non le moindre, le Collège de Médecine Générale pour ce qui concerne la médecine de ville. Nous tenons également à signaler notre activité internationale faite d'échanges et de contacts réguliers avec bon nombre de partenaires en Europe et au-delà (Allemagne, Italie, Espagne, Chine etc...).

Vous nous posez la question de savoir quel bilan pourrait être fait des relations entre les ARS et nos établissements mono disciplinaires.

Voici quelques éléments de réponse :

### **1. Les agences régionales de santé : une idée qui allait dans le bon sens**

**Nous n'avons pas été défavorables à la création des ARS du fait de l'intérêt que représente l'échelon régional pour la psychiatrie et la santé mentale. Il est l'échelon de la planification, de définition des politiques essentiel en psychiatrie, et pertinent pour l'évaluation des besoins de santé et le cas échéant, de rééquilibrage de l'offre.**

C'est aussi l'échelon pertinent pour la mise en œuvre de certaines ressources spécialisées de soins et d'accompagnement, des SMPR, des structures de recherche en santé mentale en partenariat avec les services universitaires des CHRU, mais aussi des structures de formation.

Il était par ailleurs essentiel de :

- rassembler le maximum de compétences de santé dans une seule entité (combattre le « millefeuille administratif » si caractéristique à la France) : ARH, DDASS, DRASS, URCAM dans une approche concernant le champ médical, médico-social et social correspondait à nos attentes et à notre pratique pour la psychiatrie, discipline par essence transversale, au carrefour du sanitaire, du médico-social, mais aussi du social...

- disposer d'un seul interlocuteur pour les acteurs de santé et assurer une meilleure représentation du secteur associatif, et notamment la représentation des usagers, ce qui faisait du principe des ARS à cet égard une idée pleine de promesses

- pouvoir disposer d'un pilote régional pour mieux définir les besoins, planifier plus efficacement...d'autant que les établissements de santé avaient en général une expérience positive du

## **2. Une installation délicate**

Les constatations qui vont suivre sont le résultat des échanges réguliers que nous avons avec nos représentants en région.

**2.1 Il importe de noter d'emblée une très grande hétérogénéité des situations selon les régions:** Pour exemple, deux régions signalent des contacts difficiles avec leur ARS et une fait état d'une relation très satisfaisante. Au-delà de ces deux extrêmes, et nonobstant des difficultés " personnes-dépendantes" qui existent mais de façon limitée, des tendances générales peuvent être dégagées :

**2.2 Force est de constater que l'intégration de différentes administrations, de différents organismes, et de différents professionnels d'origines diverses dans un même ensemble ne s'est pas faite sans mal, ni sans dégâts.** Il ne pouvait peut-être pas en être autrement mais la question d'un management interne à la hauteur de l'enjeu se pose encore, ainsi que de possibles situations de souffrance psychique au travail.

**2.3 Leur professionnalisme est apparu parfois défaillant :** dans certaines ARS la composition des équipes ne comporte pas de compétences médicales ou de direction d'établissements aux postes de responsabilités et ce à différents niveaux des agences.

**2.4 La faible lisibilité de l'organigramme est une constante, organigramme dont on ne dispose pas toujours d'une version suffisamment actualisée, cette situation rend délicate l'identification des interlocuteurs.** La connaissance de l'organisation interne des ARS est très variable d'une région à l'autre.

**2.5 La transversalité n'est ni appliquée ni intégrée par la plupart des ARS dans leur propre organisation interne :** Un des intérêts de la création des ARS résidait dans une forte volonté de décloisonnement entre des champs qui ne s'articulaient que très peu auparavant, comme le sanitaire et le médico-social. Cet objectif nous semble difficilement accessible et, par conséquent, l'articulation non réalisée dans la mesure où la plupart des ARS ont séparés ces mêmes champs dans leur propre organisation interne

(deux directions fonctionnelles distinctes, deux schémas peu ou pas coordonnés...). La transversalité fait encore plus défaut dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale vis à vis du secteur social (lutte contre la précarité et l'exclusion) puisque ces compétences restent du ressort des préfets via les directions départementales de la cohésion sociale.

**2.6 L'existence de cabinet très interventionniste dans certaines ARS est venu se surajouter à des organisations internes déjà complexes.**

**2.7 L'absence de correspondant clairement identifié pour le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale, et parfois même l'absence d'une telle fonction, rend parfois la communication peu aisée** (les correspondants en psychiatrie sont insuffisamment identifiés dans huit régions). Quand ils existent, leur remplacement n'est pas garanti (non remplacement du correspondant ARS durant deux années dans une région).

### **3. Des actions souvent mal comprises**

L'impression la plus fréquemment répandue est celle d'une double contrainte qui se caractérise par les points suivants :

**3.1 Une centralisation paradoxalement accentuée du système de santé par un pilotage serré des ARS depuis le niveau national.** Le rôle des ARS se limitent alors à être de simples exécutants de décisions nationales, sans marges de manœuvre suffisantes pour une réelle politique régionale de santé. La réduction du nombre des niveaux hiérarchiques DGOS ARS DG de l'établissement facilitant la pratique d'injonctions, notamment dans le domaine budgétaire.

**3.2 Une tendance forte de repli des ARS sur un modèle de type bureaucratique, consistant en un développement inflationniste de normes, d'enquêtes, et d'indicateurs a la pertinence non validés ainsi que d'inspections et de contrôles.** Des informations fournies à l'ARS ne font pas l'objet de restitution sous quelque forme que ce soit.

**3.3 Un impression d'une administration en "roue libre"** délaissant sa mission de développement d'une politique de santé régionale basée sur l'analyse des besoins spécifiques de la population, pour favoriser l'accompagnement de projets de santé, sur la base d'initiatives locales insuffisamment validées et reposant sur quelques acteurs

**3.4 Un rôle de contrôleur de gestion parfois vécu comme une ingérence** dans les établissements de santé et non comme un appui de partenaire. Des immixtions sont aussi constatées dans le management même des établissements. L'intérêt de disposer d'un duo directeur général de l'établissement /président de CME pour la signature des CPOM, est souvent évoquée pour permettre une répartition de la charge des responsabilités.

### **4. Les conséquences de ce nouveau fonctionnement :**

Elles peuvent être déclinées de la façon suivante:

**4.1 Peu de soutien dans la réflexion stratégique des établissements : les ARS sont rarement perçues comme des aides aux décisions stratégiques :** des formules de regroupements d'établissements sont suggérées avec insistance, parfois de façon contradictoires, oscillant entre incitation et injonction : une CHT est fortement suggérée sur un territoire par une ARS X et fortement déconseillée dans un autre territoire par une ARS Y sur des arguments contradictoires et sans tenir compte du Psychiatrie Santé Mentale.

**4.2 Un défaut de réflexion concernant la territorialisation dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale aboutissant à l'imposition de découpages territoriaux souvent non pertinents, dans un amalgame avec le MCO.** Dans certaines régions des projets de redécoupages sectoriels sont suscités sans critères suffisamment validés.

**4.3 la mise en place d'expérimentations au niveau local en dehors de tout cadrage national en terme de politique de secteur (exemple caricatural de la Valorisation à l'activité en psychiatrie) est à l'origine de projets parfois en contradiction avec le plan psychiatrie santé mentale, et faisant alors à tort jurisprudence. Une politique par appels d'offres se met parfois en place au risque de la désorganisation de dispositifs existants, et sur des thématiques qui ne sont pas toujours validées au niveau national.**

**4.4 Une réelle perte de proximité pour les établissements hospitaliers :** on ne sait plus quels sont les interlocuteurs (*exemple d'une région : trois délégations territoriales distinctes + un chargé de mission thématique pour un même établissement, avec des logiques ou des discours différents puisque relevant dans l'organigramme de l'ARS de directions adjointes différentes*). Il existe une perte de confiance entre les établissements hospitaliers et leurs «tutelles» qui se traduit par une augmentation des inspections nécessaires parfois mais en forte augmentation, créant un climat relationnel inter-institutions délétère.

**4.5 Des PRS déconnectés, une logique d'élaboration des projets descendante, pour des PRS souvent illisibles** (peu de participation, peu de concertation, peu de démocratie sanitaire). Des "groupes d'expert" sont mis en place sur des choix opérés sans concertation et sur des critères discutables ou non connus, s'imposant ensuite de facto aux représentants institutionnels. Les convocations pour les réunions sont parfois non concertées, les documents à consulter extrêmement volumineux et dans quelques cas peu compréhensibles.

*L'exemple du Plan Psychiatrie Santé Mentale 2011-2015 (dont on doit la genèse à un travail important de concertation par la DGS) et son impact sur les projets régionaux de santé est à, cet égard, significatif. Il s'agit du premier plan postérieur à la réforme de l'organisation territoriale des politiques de santé portée par la loi HPST et confiant aux ARS le pilotage local des politiques sanitaires et médicosociales. C'est en ce sens, une première expérience de démocratie sanitaire.*

*Les présidents de CME de CHS lors d'une enquête réalisée par nos soins et présentée en février 2013 à l'occasion de la journée nationale de la fédération hospitalière de France*

*consacrée à la psychiatrie, avaient considérés que le PPSM avait été pris en compte dans l'élaboration du PRS de 20 régions sur 26 (mais seulement partiellement pour 7 d'entre elles)*

*La prise en compte du PPSM avait été estimée insuffisante ou nulle dans quatre régions*

*La démarche avait par ailleurs été jugée dans la majorité des régions comme "descendante" et insuffisamment inspirée des remarques et propositions des acteurs de terrain, et notamment des équipes de secteurs. Des actions avaient été retenues sans véritable demande locale et sans concertation, le terme " psychiatrie" disparaissant même au cours des travaux dans une région.*

*La démarche a été considéré comme réellement ascendante dans seulement un cas sur 26.*

**4.6 Déconnexion également entre les schémas régionaux et les autorisations délivrées.** La place des conférences de territoire est à redéfinir, du fait de leur faible poids dans la démarche (avis consultatif) alors qu'il s'agit d'un acteur essentiel de démocratie sanitaire.

**4.7 Une modification des rapports public/privé :** l'introduction positive des associations dans les instances de la CRSA notamment la commission spécialisée dans l'offre de soins, mais rapport de force en défaveur du secteur public hospitalier.

*Un exemple régional : depuis une quinzaine d'années, un région à diminué de près de 600 lits sa capacité d'hospitalisation en psychiatrie, dans une dynamique de réduction de l'hospitalisation inadéquate au profit d'une création de places dans le secteur médico-social (souvent à la faveur d'un débasage budgétaire du secteur sanitaire). Dès lors, comment interpréter la délivrance de nouvelles autorisations de création de lits de psychiatrie au profit du secteur privé lucratif alors que les besoins avancés par le service public ne sont pas satisfaits ?*

## **5. Six propositions pour rétablir la confiance**

**Les ARS sont une bonne chose, elles ne sont en place que depuis trois ans, temps relativement bref pour trouver ses marques dans un environnement complexe et particulièrement stratifié. Certaines évolutions paraissent hautement souhaitables pour atteindre l'objectif initial que nous ne remettons pas en cause.**

**5.1 La mise en place d'une instance au niveau national qui permettrait un minimum de validation d'orientations stratégiques et d'expérimentations, évitant ainsi au niveau local une confusion souvent contre-productive et une perte de lisibilité des dispositifs de soins pour une discipline complexe par nature.** Cette instance se devrait d'être en lien avec l'HAS et l'ANAP. Elle s'apparente dans sa mission au groupe restreint prévu par la DGS pour la gouvernance du plan psychiatrie santé mentale 2011-2015 en ce qui concerne son pilotage national avec notamment la nécessité :

*De s'assurer que les ARS déclinent dans leurs projets régionaux de santé les objectifs définis dans le plan, mettent en œuvre et évaluent les actions qu'elles auront ainsi programmées*

*S'assurer de la coordination des politiques publiques*

*Recueillir et diffuser les bonnes pratiques issues d'expérimentations et de projets locaux.*

*Repérer les outils dont les acteurs ont besoin pour mettre en œuvre le plan, et, le cas échéant, les faire élaborer.*

**5.2 La mise en place d'un véritable dialogue stratégique ARS établissement en privilégiant la mission de stratégie, d'accompagnement des établissements et d'appui à la communication.**

**5.3 L'animation d'une politique de santé s'adaptant aux particularités locales, favorisant les actions concertées** (avec conseils généraux, DRCSS, l'éducation nationale...) partenaires essentiels en psychiatrie santé mentale pour le domaine du logement, de la précarité et plus largement du champ médico-social dans son ensemble **et un management adapté, avec notamment une démarche ascendante d'évaluation des besoins.**

**5.4 Une refonte des organigrammes des ARS dans une logique de décroisement mieux intégrée** : territoriale et/ou transversale et un meilleur appui sur les compétences professionnelles issues des établissements de santé (détachements de médecins, de directeurs ou de l'encadrement par exemple) serait de nature à garantir une meilleure connaissance de l'environnement.

**5.5 Un accompagnement plus « personnalisé » des établissements** (notion d'interlocuteur unique par exemple, ou de groupe technique thématique).

**5.6 L'identification d'interlocuteur dédié à la psychiatrie-santé mentale** au sein des ARS est un facteur déterminant de la réussite d'une authentique politique régionale en ce domaine. Il importe aussi d'une garantir la pérennité.

**Pour conclure, la conférence des présidents de CME de CHS ne remet pas en cause l'intérêt des ARS dans le paysage de la santé en France au niveau régional, dans l'effort de déconcentration des services de l'Etat. Le niveau régional est à bien des égards pertinent pour le champ de la psychiatrie et de la santé mentale. Il n'en reste pas moins qu'une évolution apparaît hautement souhaitable. L'attente reste forte pour que les ARS s'inscrivent dans un authentique rôle de pilotage régional que nous appelons de nos vœux, en impulsant une dynamique de décroisement, en incitant et soutenant les initiatives locales sur la base d'orientations validées nationalement par l'instance ad hoc.**

Christian Müller