

L'Evaluation en CMPP pour quoi faire et pour quels objectifs?

Ce texte court se veut une contribution à l'attention des professionnels des CMPP ; les idées qu'il soutient ne sont que des propositions à verser aux débats fruits d'une réflexion en petit groupe de collègues de divers domaines d'activité intéressés par l'évaluation, soit par ce qu'ils l'ont déjà vécue, soit parce qu'ils attachent du prix à l'expérience originale des CMPP et à leur devenir. Françoise Gosselin et Philippe Viard ont coordonné les travaux ; ils remercient ceux et celles qui les ont aidés de leurs conseils et réécritures.

Un contexte tendu pour les Finances Publiques et qui n'est pas neutre pour le sens de l'évaluation :

L'Etat transfère au champ de la LFSS (Loi de financement de la sécurité sociale) la logique de résultats de la LOLF (Loi organique relative aux lois de finances) et fixe des objectifs dont certains recourent ceux de la réforme de l'Etat.

1-Un objectif macroéconomique de maîtrise des dépenses de santé et du médico-social mais dont les critères ne valorisent pas les bénéfices économiques de ses dépenses qui sont aussi des investissements et créent de l'activité.

2-Un objectif de rationalisation des réseaux du médico-social (regroupement, plate forme de services, fusions) dans une optique qui s'approche d'une distribution rationnelle des services de soins en fonctions des besoins collectifs (logique utilitariste).

3-Un objectif de rapprochement du sanitaire et du social (objectif qui est récurrent) mais qui peut traduire la recherche d'économies d'échelle au détriment de la cohérence du système de soins (proximité et spécialisation des services, continuité de l'offre, médicalisation du social).

4-Les innovations de la LFSS 2008 :

a) Un ONDAM (objectif national de dépense d'assurance maladie) sous forte contrainte par intégration dans la stratégie pluriannuelle des finances publiques (+2% an en volume) ce qui suppose l'obtention de gains de productivité dans les établissements de santé (Cf. Annexe B)

b) La Haute Autorité de santé est renforcée ; elle émet à partir de 2008 des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces (art.41). Le monopole de l'expertise clinique est par conséquent un risque.

c) Des CPAM étroitement surveillées par la certification et le contrôle des comptes avec communication à l'administration, par exception au secret professionnel des commissaires aux comptes, de signalements, de faits ou décisions sur leur activité sans que la responsabilité de ces derniers puisse être engagée. Il y a là distorsion du droit et ingérence de l'Etat.

5-La création de l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) par l'arrêté du 13 avril 2007 sous la forme d'un groupement d'intérêt public financé par l'Etat à 53%, par la CNSA à 47%. Il est à noter que l'Agence devait au départ résider dans les mêmes locaux que la Haute autorité de santé pour mutualiser leurs compétences et que celle-ci devait intégrer le GIP en tant qu'Autorité publique indépendante. Cette option qui faisait l'objet d'une recommandation dans le projet de loi de financement de sécurité sociale 2007 (fiche 20) n'a pas été retenue, mais l'intention affichée par le gouvernement montre la volonté d'assimiler la nouvelle Agence à la HAS, ce que la DGAS a refusé. Ce point est à surveiller pour la suite.

L'article 22 de la Loi du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale n'a plus aujourd'hui la même finalité :

Il définit le champ de l'évaluation : les activités et la qualité des prestations. Il stipule la piste d'évaluation interne qui sera tracée au regard des procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques (BPP) validées en interne ou élaborées au besoin par une autorité (hier le Conseil national de l'évaluation, aujourd'hui l'agence nationale d'évaluation ANESM).

Il définit une piste d'évaluation dite externe où les établissements et services font procéder à l'évaluation des mêmes domaines par un organisme extérieur agréé dans une logique proche de l'accréditation de l'expertise interne.

La notion d'activité que la loi ne définit pas est ambiguë car elle peut induire la prise en compte des seules activités techniques aisément codifiables dans un outil de cotation au détriment de l'ensemble des tâches effectuées réellement par les CMPP. Par exemple, le suivi des consultants exigeant beaucoup de temps d'écoute pourrait apparaître comme non rentable. Les activités sont surtout définies aujourd'hui au regard de la T2A en fonction des investissements technologiques dans une logique d'optimisation de ses investissements. L'évaluation recouvre de plus en plus un enjeu de tarification, de réduction de la dépense publique, de critère médico-économique opposable, qui peut la faire dériver vers l'audit comparatif des activités et de leurs coûts. La recherche d'économies est l'arrière fond de l'évaluation où le critère médico-économique devient prépondérant. Ce critère médico-économique est uniquement défini en fonction de l'efficacité économique (productivité, rendement) par la loi de financement de la sécurité sociale 2008 (art.41) et il dissimule des choix de société. En outre, il y a plusieurs types de critères médico-économiques qui varient avec les théories économiques de référence. S'agit-il d'un critère utilitariste, de celui de la recherche d'un optimum (mais lequel?), de critères purement macroéconomiques indépendants de l'éthique (mais débattus par qui?), d'égalité d'accès aux soins par la maîtrise des coûts, de rationnement de l'offre ou de la demande? Jean de Kervasdoué, par exemple, le définit comme un algorithme de classification qui affecte un patient à une CMD, discrimine son orientation en MCO, détermine l'existence de moyens particuliers afférents à sa maladie et classe ensuite dans un groupe homogène de coûts de prises en charge des malades affectés de maladies différentes. Le critère médico-économique est donc ici une opération technique et comptable qui réduit le divers des maladies et des prises en charge dans une identité de coûts : c'est un GHM. L'opération suivante consiste à calculer le coût de revient par GHM et de comparer les établissements selon leur efficacité en termes de résultats rapportés aux coûts pour les obtenir, on parle aussi de productivité.

Les établissements sont plutôt traités comme des firmes au lieu de services publics ou de services économiques d'intérêt général. Les nouveaux paradigmes des marchés apparaissent dans le champ de la santé publique avec les notions d'aléa moral, de sélection adverse. Les théories américaines des systèmes de santé qui véhiculent les concepts de paiement prospectif, de paiement rétrospectif, de concurrence par comparaison, de distribution équitable des risques opérateur/financeur, sont aujourd'hui prégnantes ; ce sont-elles qui ont inspiré la réforme de la T2A mais ce ne sont pas elles qui l'ont réduite à une opération de cotation de l'activité. Les tarifs ne sont en principe qu'une composante de la réforme hospitalière car ils ne couvrent peut-être que 50% des tâches des établissements. Toutes les tâches ne sont donc pas des activités. C'est une limite structurelle de la T2A si celle-ci se résume au seul système de cotation de l'activité sans lien avec l'économie générale et les territoires. Ceci concerne l'ensemble de la politique hospitalière et du médico-social. La T2A peut devenir un instrument de pilotage de finances publiques ce qui n'est pas son rôle sauf à rationner les soins par la diminution des actes et des remboursements et l'abandon des consultants jugés non rentables. Ce positionnement de la T2A dans le pilotage des finances publiques et qui semble se confirmer est bien ce qui risque de donner sens à l'évaluation des CMPP.

Les objectifs de l'évaluation sont flous même si on peut penser que la contrainte tarifaire les détermine en partie

Le repérage des bonnes pratiques peut sembler se faire au nom de la qualité ; ce serait oublier les enjeux économiques de la tarification et de la convergence tarifaire par *benchmarking* (comparaison des coûts). L'autorité de gestion (DGAS et DDASS) a un objectif général d'efficience rappelé dans les circulaires DGAS 2006. Cet objectif général qui s'inscrit dans le pilotage par l'Etat stratégie des Finances Publiques peut comporter des risques pour les établissements et services si on rationne les soins et/ou si elle réduit la T2A aux seuls tarifs au détriment de sa logique économique. Avec une logique de tarification les CMPP n'apparaissent qu'en passif dans les comptes qui n'intègrent pas alors les bénéfices directs et indirects (la création d'actifs et de capital brut) pour l'économie.

1-la recherche de la convergence tarifaire qui apparaît en filigrane attire l'attention sur la nécessité de bien codifier dans les référentiels toutes les tâches des CMPP, les modalités spécifiques de prise en charge et de suivi des " clients " ; en particulier leurs activités pédagogiques, sociales, près des familles, de soutien aux partenaires qui les caractérisent. Se posera vraisemblablement la question des " activités frontières " dont la MECSS (Mission d'évaluation des comptes de la sécurité sociale créée en 2004) soulignait la difficulté de leur prise en compte. Il s'agit d'éviter des référentiels trop descriptifs qui ne permettraient pas d'anticiper ou mieux, de prévenir, l'objectif réel de l'autorité de gestion. L'éloignement géographique, la ruralité, les caractéristiques de la " clientèle ", le classement en ZUS ou en ZRR par exemple, devraient aussi être des éléments de nature à pondérer les comparaisons issues des évaluations ; la prise en compte des missions d'intérêt général des CMPP, la formation, les retombées économiques et sociales pour les territoires.

2-Derrière les recommandations de BPP (bonnes pratiques professionnelles) se profilent l'objectif d'optimisation pour assurer la meilleure allocation de ressources possible par des indicateurs de suivi et un management de pilotage. Ces BPP sont oubliées de la créativité des équipes et pourraient même l'étouffer par la normalisation. Les indicateurs sont des indicateurs de résultats et non plus de moyens et des indicateurs d'utilisation des ressources ; cette politique suppose la mise en place d'un système d'information (type PMSI), de groupes homogènes de " malades ", de catégories de diagnostics, et d'une comptabilité analytique (pour l'analyse des coûts). Le risque est celui de la dérive vers la gestion comptable (certes nécessaire) pour déterminer l'allocation des ressources avec comme conséquence possible le raccourcissement des prises en charge ou le choix des " praticables " jugés plus efficaces. Le calcul du coût moyen du suivi d'un consultant, toute chose égale par ailleurs, est inévitable et l'autorité de gestion le fera mais cela n'est pas forcément cohérent dans la mesure où un coût moyen masque de grandes disparités et qu'il n'est pas une valeur médiane. Il faut éviter d'aborder avec l'autorité de gestion la question des classifications nosographiques et laisser cette question aux seuls cliniciens car la tutelle s'en servira comme une base de sa représentation comptable, ce qui n'est pas, en principe, la finalité des classifications. Toutefois, la question de la production d'un tableau des populations reçues reste ouverte. La recherche de productivité peut prendre le pas sur l'intérêt du consultant d'où l'importance de l'objectif de qualité pour rééquilibrer celui de l'efficience, cependant cette stratégie ne peut être suffisante à elle seule (exemple : les EPHAD).

3-Les professionnels et les organismes qui les représentent sont ressentis par l'Etat comme des "adversaires potentiels" de l'évaluation (Cf. travaux de la MECSS). Le risque est celui du non maintien de leur autonomie particulièrement dans un contexte de tension forte sur les finances publiques au regard de la formalisation des pratiques engendrée par le *benchmarking*. Ce risque est observé par le Haut comité de santé publique. A ce risque en est associé un autre celui du choix des meilleures méthodes de "traitement" issue de l'expertise collective permise par l'évaluation. On trouve ici l'économiste de santé Claude Lepen président du Collège des économistes de santé qui n'a jamais démenti les propos qu'on lui prête à propos de la psychanalyse dans le *Livre noir* et dont on sait les positions tranchées sur les franchises médicales. Lise Rochaix, vice présidente de ce même Collège des économistes de santé est membre de l'HAS et du comité scientifique de l'ANESM.

4-La déclinaison de la logique de la LOLF en LFSS produit un anacoluthie constitutionnel.

Les lois de finances sont budgétaires, elles perçoivent des recettes fiscales sans contreparties (impositions de toute nature) et ne visent qu'une personne morale : l'Etat ; la loi de financement concerne les prélèvements obligatoires sous forme de cotisations en échange de prestations qui ne sont donc pas des impôts et elle vise plusieurs personnes morales jouissant d'une autonomie juridique. Ainsi, la loi de financement ne détermine pas un budget de la sécurité sociale, elle n'a pas d'article d'équilibre ni de plafonds de dépense mais des objectifs. Ces deux types de loi qui ont chacune leur spécificité constitutionnelle n'ont donc pas la même portée. Cependant, la budgétisation croissante des dépenses sociales permet à l'Etat d'instiller en loi de financement de sécurité sociale des objectifs pour limiter les dépassements de l'ONDAM. Nous observons ici le risque de ne choisir que l'objectif d'efficience au détriment des deux autres (efficacité, qualité), c'est-à-dire de ne privilégier que le point de vue du contribuable en minorant ceux du citoyen et de l'usager. La LOLF retient dans son article 7 le principe d'associer aux actions ministérielles des objectifs précis définis en fonction des finalités d'intérêt général avec une évaluation des résultats attendus. Ne retenir que l'objectif d'efficience revient pour l'autorité de gestion à tronquer *ex ante* le périmètre de l'intérêt général pour lequel oeuvrent les CMPP et donc à réduire le champ de leurs missions. La LOLF laisse au Gouvernement le soin de définir les indicateurs de performance.

La LFSS n'offre pas les mêmes garanties démocratiques que la LOLF dans la mesure où le Parlement ne bénéficie pas d'un réel pouvoir de contre expertise (questionnaires parlementaires, enquêtes, DOB), contre-expertise qui prend en compte essentiellement la qualité des services publics, d'où l'importance du choix *ex ante* des critères des évaluations, des activités à évaluer et du choix des objectifs ; ce choix des objectifs qui définissent par avance l'intérêt général appartient exclusivement à l'Administration et sont imposés par Bercy au ministère dépensier après une procédure contradictoire interne. Les CMPP doivent prendre soin de définir pour eux-mêmes ce qu'ils entendent comme l'intérêt général de leurs missions sans se laisser impressionner par l'administration et tout en s'appuyant au besoin sur l'esprit et le texte de la LOLF. La MECSS dont la création est tardive (2004), n'a que de faibles ressources d'investigation et peu de moyens de contrôle comparés à ceux prévus en LOLF ; la multiplicité des organismes de sécurité sociale, la diversité des textes et des procédures ne sont pas les moindres de ses difficultés pour construire un véritable pouvoir de contre expertise de la Mission d'évaluation et de contrôle.

5-Une autorité unique de l'évaluation en santé publique?

Le déséquilibre potentiel entre la HAS qui est une autorité publique indépendante (et non une Autorité administrative indépendante qui dépend du Premier Ministre) et l'ANESM qui est un GIP pose la question de la délimitation du champ de la santé (où s'arrête-t-il pour le médico-social?). La vocation de l'HAS en tant qu'autorité publique indépendante dotée de la personnalité juridique (contrairement aux AAI) n'est plus comme les autres AAI sous la tutelle du Premier ministre. Elle est douée de l'autonomie financière :

elle perçoit des taxes, des redevances, des dons et legs, un DGF (dotation globale de fonctionnement) de l'Assurance maladie, une subvention de l'Etat. Qualifiée d'établissement à caractère scientifique *suus generis* la HAS contrôle tout le champ de l'expertise de santé. Elle ne rend aujourd'hui pas compte au Parlement (Cf. rapport Gelard) et monopolise de fait le débat sur l'expertise. Si la HAS n'a pas de pouvoir de sanction sur les praticiens ces recommandations sont juridiquement opposables en cas de contentieux. Le critère médico-économique retenu dans la LFSS 2008 la renforce. La DGAS peut jouer avec l'ANESM un rôle écran vis-à-vis de l'emprise de la HAS (elle a évité l'entrée de la HAS dans le GIP et la cohabitation dans le même lieu) et doit rendre possible une pondération du pouvoir des experts désignés par un second cercle d'expertise (Cf. travaux de Vivagora et recommandations de l'OPECST du 6 décembre 2005 sur ces questions). La définition de la santé donnée par l'OMS peut aussi servir à relativiser l'abord technologique et procédurale de la notion de santé.

6-Le choix du référentiel d'évaluation et des activités à évaluer : l'approche descriptive ne permet pas de prendre en compte la dynamique des CMPP, ce qu'ils créent comme richesses, les retombées socio-économiques locales, leur rôle dans l'environnement institutionnel (leur originalité), la pluralité des démarches thérapeutiques, l'interinstitutionnel, leurs missions d'intérêt général et d'éducation des familles, leur rôle vis-à-vis de l'école et de la lutte contre l'échec scolaire, les avantages de l'ambulatoire, la post cure, le service social etc. Les CMPP ne font pas que des actes ils produisent aussi des prestations et participent à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une politique publique de santé mentale (*Circulaire ministérielle du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale*)

7-La dérive tarifaire. Le tout descriptif des activités souffre d'un grave inconvénient : celui de préparer la modélisation informatique des actes (PMSI) et leur tarification, c'est-à-dire de réduire le rôle des CMPP à une sommation d'actes associés à des coûts. Le PMSI comme outil de description médico-économique de l'activité des établissements n'est pas normalement un outil de description de l'activité médicale mais un moyen de répartir les risques entre l'opérateur et le financeur par une meilleure connaissance des prix. Le choix d'une évaluation procédant par description de l'activité et des prestations risque d'engendrer une dérive tarifaire par une modélisation tronquée de l'activité des CMPP (non réductible au médicale) qui substitue aux critères économiques ceux de la comptabilité, autrement dit de privilégier la représentation comptable à l'analyse économique. Bien remarquer à ce sujet que l'article 22 de la Loi du 2 janvier 2002 figure dans la section 5 du chapitre 2 qui s'intitule : " de l'évaluation et des systèmes d'information ". Système d'information s'entend ici comme collection de données médico-administratives pour calculer les coûts. L'intention du législateur est donc assez claire mais se heurte avec les CMPP, d'une part, à l'hétérogénéité de leurs activités non réductibles au médical et, d'autre part, à l'existence de missions d'intérêt général affirmées, ce qui ne leur est d'ailleurs pas propre. La comparaison des coûts avec ceux de la CMP par exemple n'en sera donc que plus délicate sans parler de la diversité des systèmes comptables et d'information d'un établissement à l'autre.

8-L'idée simpliste que consisterait à réduire la théorie économique des systèmes de santé aux tarifs alors que la T2A est, en principe, un système global que ne se limite pas normalement au calcul des coûts par *benchmarking* à partir des extractions de données permises par la PMSI (GHS, GHM) ou tout autre système d'information est dangereuse, non seulement parce qu'elle est fautive, mais aussi parce qu'elle nourrit un discours de l'inéluctable. En fait, la T2A devrait être un système mixte (c'est d'ailleurs le choix des américains) qui associe, d'un côté, la tarification à partir des GHM et, d'un autre côté, des ajustements financiers qui eux dépendent de critères qualitatifs et socio-économiques : localisation (les coef géographique) ; les MIG, fréquence des cas graves dans certaines catégories d'établissement, la continuité de l'offre et enfin les caractéristiques des soignés (malades chroniques, malades sans ressources). Les CMPP ont tout intérêt à jouer de cette complexité et donc à avoir un spectre large de leur évaluation qui ne préjuge pas des attentes réelles ou imaginaires de l'autorité de gestion.

Propositions stratégiques à débattre :

Orientation générale : ne pas se laisser intimider par le risque de la recherche de la convergence tarifaire mais partir plutôt du principe que le rôle des CMPP est mal connu notamment des administratifs et des parlementaires, que leur champ d'activité n'est pas que médical, qu'ils participent à des MIG et créent de la richesse. C'est aussi une opération de communication près du public et des institutionnels. Partir donc d'un point de vue dynamique et offensif qui reconnaît l'évaluation comme un impératif légitime à partir du moment où elle est équitable, respecte la procédure contradictoire, et que son objectif est clairement défini, ce qui ne semble pas être le cas aujourd'hui. L'évaluation pourquoi faire? Qui la lit et avec quelles grille? Avoir l'Etat pour interlocuteur n'est pas simple car s'il est bien une personne morale l'Etat jouit toujours de prérogatives exorbitantes du droit commun (il peut reprendre sa parole). Souligner le caractère évaluatif de la dépense de sécurité sociale semble ici intéressant car l'évaluation des CMPP participe, avec d'autres, au renforcement de ce caractère évaluatif par l'information de l'autorité de gestion et surtout des CPAM au regard des besoins de la population, des tâches réellement effectuées à son service, à celui de la santé publique de l'éducation et de la politique de la ville. L'évaluation peut donner des arguments aux CPAM dans le cadre de la négociation des sous ONDAM et surtout du périmètre de leurs missions.

1-Valoriser les tâches effectuées réellement par les CMPP sans se cantonner aux activités techniques les plus aisément cotables. Toutes les tâches ne sont pas des activités. Ne pas le faire expose au risque " d'oublier " des tâches peu cotables mais pourtant essentielles ; la cardiologie en donne l'exemple avec l'échographie (cotable) et l'auscultation (peu ou non cotable).

2-Pondérer la notion ambiguë d'activité par celle de prestation (la loi de 2002 le permet) : les actes sont effectués et codifiés quand les prestations produisent des services voire des innovations.

3-Valoriser la qualité mais pas seulement et en parler comme d'une politique de qualité avec des référentiels, des procédures des éléments de preuve. Quelques idées : l'approche globale de l'enfant sans segmentation en catégories symptomatiques, le soutien aux familles, la pluridisciplinarité, la post cure, la proximité, les liens avec l'école, l'accès aux locaux, l'hygiène et la sécurité, la qualité du dialogue social, les réunions d'équipes, l'accueil du public etc. L'ANESM a une mission qualité définie.

4-Valoriser les bonnes pratiques sans se limiter au thérapeutique ou au pédagogique : parler par exemple de la prévention et des pratiques institutionnelles, des organisations de travail qui participent des tâches des CMPP envers ses publics. Bien observer que l'évaluation vise les activités et la qualité des prestations et qu'elle ne se fait pas exclusivement au regard de procédures et des recommandations de BPP (la loi dit " notamment " et rien de plus).

5-Valoriser les missions d'intérêt général (participation à la politique publique de santé mentale par exemple, dialogue social, proximité des services en milieu rural et maintien de l'offre de soins, lutte contre l'échec scolaire, la maltraitance, conseil ou soutien près des services départementaux (ASE), des classes relais, des CDAPH, de la PJJ, de l'ARH, de l'Inspection Académique (Cf. *circulaire interministérielle du 24 juillet 2000 relative au soutien des équipes des dispositifs relais*), sans oublier les colloques, les formations, l'enseignement-recherche-innovation et la mutualisation des pratiques par l'existence d'observatoire et d'activités en réseau. Les coûts de ses missions d'intérêt général peuvent être calculés en fonction du temps consacré (ce qui suppose d'en garder les justificatifs).

6-Valoriser le rôle social des CMPP sur son territoire : non stigmatisation des familles, gratuité des services, suivi accompagnement, prévention de la délinquance, consultation sur le conseil des services scolaires ou médico-sociaux sans procédures administratives préalables. Le développement de la vie associative grâce aux structures animatrices des CMPP qui travaillent en réseau.

7-Valoriser la création de richesse des CMPP sur leur territoire par exemple avec le biais du maintien de la scolarisation des enfants et des adolescents (reprise de la scolarité après rupture), l'intervention précoce, la qualification des personnels, l'optimisation des moyens grâce à l'interdisciplinarité des équipes (notion de plate forme de service, d'opérateur unique) et à la FPC, la proximité, la qualité des services rendus à la population, l'évitement des séjours hospitalier, des parcours de soins coordonnés avec la médecine de ville, la diminution des prescriptions de médicaments. La facilitation des relations famille/école et avec les autres institutions.

8-Valoriser la régulation des coûts et ce qu'elle permet en matière d'optimisation de l'allocation de ressource.

a) Les coûts de gestion : leur inflation est contrôlée par la pluridisciplinarité qui évite le recours à des spécialistes (frais de transports, de dossier, délais des rendez-vous, multiplicité des intervenants et des P.C, transfert des informations etc.) ; le CMPP permet aux consultants de bénéficier d'une plate-forme polyvalente ancrée dans un réseau institutionnel local et qui régule au fur et à mesure l'allocation de ressource. L'entrée en consultation s'effectue sans procédures administratives préalables.

b) L'optimisation des prestations : l'interdisciplinarité rend possible la définition d'un niveau de service adapté et sa mutabilité et donc évite dans la mesure du possible des consultations inutiles ou inadaptées.

c) La pertinence de la prestation : l'écoute des consultants permet d'entendre au-delà du "bruitage", de l'affichage du besoin immédiat, des discours des institutions sur les personnes, ce qu'il en est de la demande des consultants ; cette écoute peut économiser les recours non fondés à des dispositifs sociaux ou thérapeutiques lourds et onéreux.

d) L'intérêt non pas d'une "double direction" (expression à éviter car laissant croire qu'il s'agit d'une direction double, donc chère pour le gestionnaire) mais d'un pilotage médico-administratif pour optimiser la régulation budgétaire de chaque exercice en lien avec les Caisses (notion de dialogue de gestion permanent ou de veille budgétaire qui optimise l'affectation des ressources) dans le respect des besoins des consultants. L'annexe 32 est ici très importante pour expliquer la place des médecins dont l'autorité de gestion ne manquera pas de souligner l'impact fort sur la masse salariale des CMPP (90% *grosso modo* du budget général est constitué par les salaires). Développer ici la notion de "médecin garant".

9-Valoriser l'équilibre trouvé par les CMPP avec les Caisses dans la distribution des risques opérateur/financeur : l'entente préalable pour les P.C avec les Caisses et la procédure d'avis partagés pour leur reconduction définit cet équilibre ; les caisses peuvent ainsi faire du paiement prospectif et mieux connaître l'activité des CMPP (Cf. *circulaire 35b de la Sécurité sociale*, année 1964). Intérêt ici d'un dialogue de gestion tripartite : Autorité médicale-Administration-Autorité politique.

10-Valoriser l'évaluation elle-même comme une des modalités de rendre compte de l'utilisation des deniers publics pour des agents publics ou ceux qui participent à la délivrance d'un service public en référence à l'article 15 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen du 26 août. Rappeler ce principe constitutionnel a l'avantage de limiter le pouvoir de l'Administration à sa fonction de contrôle de l'emploi des deniers publics afin de prévenir sa tentation d'empiéter sur ce qui n'est pas son domaine : à savoir la clinique.

11-Valoriser les actions internationales des CMPP, leurs publications et travaux scientifiques.

12-Intégrer des préoccupations très actuelles comme la lutte contre toutes les formes de discriminations (les missions de la HALDE), les droits des usagers, la politique de la ville, la lutte contre la pauvreté (les

carences) et le rôle de tiers des CMPP notamment pour faciliter les relations des citoyens avec les administrations.

13-Intégrer les problématiques du maintien des services publics de proximité en milieu rural et dans les villes (actions du comité de Guéret par exemple, des syndicats interprofessionnels, des élus).

14-Tenir compte de l'aspect interministériel des missions des CMPP dans l'évaluation, notamment des orientations de l'Education nationale et de la politique de la ville qui les concernent.

15-Etre attentif à la présence des CMPP au sein des groupes de travail de l'ARH pour accompagner à ce niveau la démarche d'évaluation sans parler du dialogue de gestion, du SROSS, de la Conférence régionale de santé (mais ces tâches prennent du temps)

16-Etre en capacité d'opposer aux injonctions scientifiques des experts d'où qu'elles viennent sur les BPP les accords internationaux ratifiés par la France, en particulier les conventions avec l'OMS, celles de droits de l'enfant et de sauvegarde des droits fondamentaux sans oublier les recommandation de l'OPECST issues de l'audition sur l'expertise du 6/12/2005.

17-S'appuyer dans le dialogue avec l'autorité de gestion sur les recommandations de l'avis 101 du CCNE en date du 28 juin 2007 qui concerne l'évaluation.

18-Rappeler le positionnement particulier (et ses conséquences) dans l'évaluation des CMPP municipaux vis-à-vis de l'autorité de gestion au regard du principe de libre administration des Collectivités territoriales (article 72 de la Constitution du 4 octobre 1958).

BIBLIOGRAPHIE

ANCE, *note sur les projets de décrets d'application de la loi 2002-2 et le travail ambulatoire et les CMPP*, Paris, octobre 2002.

Annexe XXXII ajoutée par le décret n° 63-146 du 18 février 1963.

Camby et autres, *La réforme du budget de l'Etat* Paris, L.G.D.J, 2004, 2^{ème} édition.

Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la vie et de la Santé, Avis n° 101 du 28 juin 2007 concernant *les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier*, Avis N° 57 du 20 mars 1998 relatif à *la dimension éthique des choix collectifs*.

DGAS, *Les CMPP*, présentation de leurs missions au salon autonomic 2006.

Fédération Hospitalière de France, *la procédure budgétaire contradictoire dans le cadre du décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003*, Paris, 2004.

Gekièrre Claire *La passion classificatrice en psychiatrie : une maladie contemporaine?* Colloque du CEFA 8-9 décembre 2006, Paris.

Haut Comité de Santé Publique *Actualité et dossier en santé publique* n°17, 1996.

Lambert Alain, *Intervention devant la promotion République de l'ENA* le 5 septembre 2006. Strasbourg, Archives de l'ENA.

Le Monde, *Une approche comptable qui pénalise l'accès au soins*, Paris, 13 juin 2007

Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Loi du 11 février 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances.

Décret n° 2003-1010 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière et aux modalités de financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Décret n° 2003-1134 du 26 novembre 2003 relatif au conseil national de l'évaluation Sociale et médico-sociale.

Décret n° 2006-422 du 7 avril 2006 relatif aux annexes des propositions budgétaires de l'établissement ou du service. Article R314-17 du CASF.

Décret n° 2007-324 du 8/03/07 relatif à l'ANESM.

Décret n° 2007-442 du 25/03/07 relatif au conseil scientifique de l'ANESM.

Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 relatif au contenu du cahier des charges pour l'évaluation.

Circulaires DGAS du 18 mai 2006 relative à la pluriannualité budgétaire et à la dotation globalisée, et du 26 mars 2007 relative aux problématiques afférentes à la mise en œuvre de la pluriannualité budgétaire et de la dotation globalisée.

MECSS (Mission d'Evaluation et de Contrôle des Comptes des lois de financement de la Sécurité Sociale), *Rapport d'information n° 2680 sur l'organisation et le coût de gestion des branches de la Sécurité Sociale du 16 novembre 2005* et suites données par la Commission des affaires culturelles familiales et sociales, A.N. *Rapport d'information n° 3740 du 20 février 2007* déposé par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, A.N. *Rapport d'information sur la T2A n° 3265* publié le 11 juillet 2006 et suites données par la Commission des affaires culturelles familiales et sociales, A.N.

Migaud Didier et Lambert Alain, *Rapport 2007 sur la mise en œuvre de la LOLF en 2006*.

OPECST (Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques) *Audition du 6 décembre 2005 sur l'expertise scientifique*.

UNIOPSS, *Actes du 29^{ème} congrès de novembre 2007*.