



45 rue Boussingault 75013 PARIS

Tél. 01 42 71 41 11 - Fax : 01 42 71 36 60

☎ contact@psychiatrie-francaise.com

Note relative au document intitulé
« Évolution de l'offre des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)
en Nouvelle-Aquitaine
Cahier des charges régional- novembre 2019 »
élaboré par l'ARS Nouvelle-Aquitaine

Contexte régional :

L'agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine a publié en juillet 2018 son **Projet Régional de Santé** (PRS)¹ pour la décennie 2018-2028.

La région Nouvelle-Aquitaine est la plus vaste région française et la quatrième région la plus peuplée de France métropolitaine.

Le **Cadre d'Orientation Stratégique** (COS) comporte certains constats concernant la santé mentale :

- Les morts violentes sont une cause préoccupante de mortalité prématurée : « *près de 1 100 décès par suicide sont enregistrés chaque année* » ;
- « *la consommation de substances psychoactives chez les jeunes de 17 à 18 ans est plus élevée en Nouvelle-Aquitaine qu'en France métropolitaine* » ;
- « *156 300 personnes souffrent d'affections psychiatriques, soit 2.6 % de la population (2.4% en France métropolitaine). Parmi elles, on recense 9 900 jeunes de moins de 20 ans (1 700 nouveaux patients chaque année). Un tiers de ces jeunes est âgé de moins de 10 ans.* » ; « *22 % des personnes prises en charges par les structures hospitalières ont moins de 18 ans.* »
- « *en 2015, plus de 8 000 personnes, âgées de 10 ans ou plus ont tenté de mettre fin à leur vie.* »

La démographie médicale n'est pas satisfaisante : faible densité en médecins spécialistes, salariés comme libéraux, et leur forte concentration vers les espaces urbains posent le problème de l'accès aux soins : « *la pédiatrie, la gynécologie et la psychiatrie sont les disciplines les plus affectées* ».

Par ailleurs, la densité de certains métiers de la rééducation (orthophonistes, ergothérapeutes) est inférieure à la moyenne nationale.

Les prises en charge des enfants et adolescents handicapés se développent plus rapidement au domicile qu'en institutions. 71 % de l'offre globale représentent les places en établissements.

Le COS fixe des objectifs au nombre desquels celui de promouvoir un accès équitable à la santé sur les territoires qui se décline en divers « objectifs stratégiques » dont celui de « *développer et adapter l'offre de santé mentale* ».

¹ Le PRS comporte trois volets : le COS, le SRS et le PRAPS (programme régional pour l'accès aux soins et la prévention des plus démunis).

Sont déclinés les résultats attendus avec leurs « indicateurs traceurs » et les « cibles » fixées à 2028 pour la plupart des items.

- amélioration de l'accès à la santé sur l'ensemble du territoire ;
- amélioration de l'accès aux soins urgents au niveau régional et par département
- amélioration de l'accompagnement des personnes en situation de handicap en Nouvelle-Aquitaines :

- Indicateur traceur : *part dans l'offre médico-sociale des services proposant un accompagnement en milieu ordinaire.*
Cible 2023 : 50 %.
- Indicateur traceur : *taux de scolarisation en milieu ordinaire des enfants accompagnés par un établissement médico-social.*
Cible 2023 : 80 %.
- indicateur traceur : *nombres d'adultes maintenus en établissement médico-social pour enfants au titre de l'amendement Creton.*
- Cible 2028 : 60.

L'objectif suivant consiste à « renforcer la coordination des acteurs et améliorer le parcours de santé ». Dans ce cadre, il est souhaité de « renforcer la construction collective de réponses inclusives et promouvoir l'autonomie pour tous ». Les résultats attendus à ce chapitre portent notamment sur le développement des alternatives à l'hospitalisation à temps complet et la réduction de la part de la file active dans les établissements psychiatriques chez les 18 ans et plus avec une cible 2020 à 82 %.

Le **schéma régional de santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2023** comporte naturellement un volet « *santé mentale* » qui vise à « *garantir un parcours sans rupture en santé mentale à tous les âges de la vie* ».

Les enjeux de santé mentale (prévention, « promotion de la santé mentale positive »², réponse à la détresse psychologique, accès aux soins somatiques et psychiques, accompagnement social et médico-social, dépistage et interventions précoces), s'inscrivent, selon le SRS, « *dans le cadre d'une territorialisation renforcée de la politique de santé mentale, autour des projets territoriaux de santé mentale et la déclinaison d'un panier de soins et de services indispensables et coordonnés* ».

Les objectifs opérationnels s'axent autour du « *virage ambulatoire* », impliquant **i)** une amélioration du dispositif d'accueil des primo-consultants dans les différentes structures (CMP, CAMPS, CMPP) « *articulé avec les autres partenaires du soin (médecin généralistes, psychiatres libéraux, psychologues, services de PMI, services de santé scolaire et universitaire)* » ; **ii)** un maillage territorial clair et suffisant en nombre des dispositifs de consultation en psychiatrie et pédopsychiatrie... **iii)** une organisation des soins à partir du lieu de vie des personnes et un évitement des hospitalisations indues, développement des places de services médico-sociaux spécialisés ...adaptés quantitativement et qualitativement, développement des services de placement familial thérapeutique, HAD, équipes mobiles (pédopsychiatriques, gérontopsychiatrique, psychiatrie-précarité, etc.)... **iv)** renforcement de la pluridisciplinarité des équipes de soins, notamment celles exerçant en ambulatoire

Est soulignée la nécessité d'amélioration de l'accès au diagnostic et aux soins en santé mentale, celle de la prévention et du traitement des situations de crise et d'urgence, de l'organisation des conditions du maintien à domicile, de la mise en place de parcours de vie inclusif des personnes vivant avec des troubles psychiques.

Le schéma régional a également l'ambition de garantir aux adolescents une prise en charge adaptée à leurs besoins.

² SIC !

Les objectifs opérationnels 2018-2023 sont définis :

- Favoriser l'accès et renforcer la lisibilité des dispositifs au sein desquels les adolescents peuvent trouver une écoute et « amorcer une prise en charge ». « *les maisons des adolescents (MDA) constituent à ce titre un élément central en tant que structure d'accueil inconditionnel, d'évaluation pluridisciplinaire et d'orientation des jeunes et de leurs familles.* »
- Les liaisons pédiatrie-médecine, pédopsychiatrie-psychiatrie mais également somatique-psychiatrie doivent être réaffirmées et structurées.
- Le développement des interventions précoces dans le cadre de troubles et/ou pathologies émergents, notamment au passage à l'âge adulte, devront se structurer... renforcement des dispositifs articulant les soins et les études, prévenir l'apparition des handicaps. « *Pour les jeunes porteurs de handicap, la transformation de l'offre médico-sociale doit permettre d'améliorer les parcours de professionnalisation et l'accès à l'emploi...* » ; « *pour les adolescents mettant en échec les prises en charge existantes, des réponses innovantes devront être déployées, s'appuyant sur les ressources sanitaires, éducatives et médico-sociales existantes et conjuguées autour de projets communs de prise en charge. Les équipes mobiles de liaison devront être encouragées favorisant une meilleure articulation entre le sanitaire, le médico-social et le social afin d'éviter le recours aux hospitalisations et construire des réponses adaptées...* »

En psychiatrie, les principes généraux de détermination des implantations sont les suivants :

- Mise en œuvre du « *virage ambulatoire* » par le renforcement des alternatives à l'hospitalisation complète et la diversification de l'offre ambulatoire en psychiatrie ambulatoire et infanto-juvénile. (développement des hôpitaux de jours avec proposition de prises en charge intensives).
- Identification de l'offre de posture, en lien avec la structuration de l'offre de soins en *réhabilitation psycho-sociale* et le développement des interventions précoces.
- Identification de l'offre de centre de crise en psychiatrie adulte et infanto-juvénile. « *dans le champ de la pédopsychiatrie, des centres de crise pourront être créés en fonction de la démographie médicale.* »

Pour le territoire de la Gironde, aucune modification substantielle n'est prévue quant au nombre de sites d'hospitalisation autorisés :

Les autorisations existantes au 31 décembre 2017, restent identiques entre 2018 et 2023 : pour l'hospitalisation complète (4), l'hospitalisation de jour (20), les centres de crise (1), une autorisation supplémentaire est prévue en hospitalisation de nuit, sans certitude (0 à 1), 2 autorisations nouvelles sont prévues en placement familial thérapeutique.

Concernant cette fois, le médico-social, le schéma renvoie à une convention-cadre spécifique à la démarche « *école inclusive* » qui organise les modalités de coopération dans le champ du handicap.

La transformation de l'offre médico-sociale, en articulation avec les filières de soins, a pour objectif de mieux répondre aux besoins des personnes et de permettre leur accompagnement dans un cadre ambulatoire. *Entérinée par le CPOM (décrit comme un « levier de transformation de l'offre ») des ESMS et soutenue par la labellisation de dispositifs à l'issue d'appels à projets ou candidatures innovants.*

Les établissements médico-sociaux doivent concourir à l'adaptation des services aux personnes en situation de handicap en faisant de l'inclusion leur « *principe de base* ». Ils devront notamment développer des plateformes de services mutualisés. Leur fonction ressource pour l'inclusion par « *capitalisation de l'expérience et mutualisation de l'expertise* » doit être reconnue.

Leurs objectifs (notamment) : un taux de scolarisation en milieu ordinaire porté à 50 % en 2020 et 80 % à échéance du SRS (2023) la mise en œuvre d'une enquête annuelle de satisfaction pour

100 % des ESMS, mise en œuvre à 100 % des recommandations de bonne pratique spécifique à chaque type de handicap.

-*-

Dans ce contexte, au mois de novembre 2019, l'ARS Nouvelle Aquitaine a élaboré un document intitulé « **évolution de l'offre des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) en Nouvelle-Aquitaine. Cahier des charges régional** ».

Le propos de ce cahier des charges est, sur décision du Directeur Général de l'ARS, *d'amorcer une évolution profonde de l'offre des CMPP et d'opérer un « repositionnement dans le paysage sanitaire et médico-sociale en étroite collaboration avec l'Éducation nationale »*, nécessitant une « *démarche régionale d'évolution de l'offre* ».

Le cadre réglementaire est mentionné :

- *Décret 63-146 du 18 février 1963 et son annexe XXXII dont l'article 1 est seul cité avec l'observation qu'il s'agit de textes anciens qui nécessitent une actualisation au regard des politiques publiques actuelles, de la définition des publics et de l'évolution des pratiques.*
- *Circulaire de financement de la sécurité sociale n° 35 bis du 16 avril 1964,³*
- *Loi 75-534 du 30 juin 1975 ;*
- *Loi 75-535 du 30 juin 1975 ;*
- *Loi 2002-2 du 2 janvier 2002⁴.*

Sont ensuite cités les documents de référence,

- *Recommandations de bonnes pratiques de l'HAS relatives aux troubles du spectre de l'autisme (2018) à l'autisme et autres troubles envahissants du développement (mars 2012),*
- *Guide HAS 2017 : « comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ;*
- *L'expertise INSERM de 2016 relative aux déficiences intellectuelles ;*
- *Un document de l'HAS de 2014 intitulé « conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité » ;*
- *Une étude de l'ANAES de 2001 relative à l'orthophonie dans les troubles spécifiques du langage oral.*

Les CMPP sont invités à se « repositionner », à adopter des pratiques conformes aux recommandations de bonne pratique professionnelle pour chaque type de handicap, d'adapter leurs pratiques à l'apport des neurosciences dans le champ des troubles du neurodéveloppement.

³ Cette circulaire, pour être relative aux modalités de financement des CMPP, rappelle en préambule les missions dévolues aux CMPP :

*Le souci de la santé mentale de la population exige la mise en place de dispositifs propres à assurer la prophylaxie, le dépistage, le diagnostic et le traitement de certains troubles neuro-psychiques et troubles du comportement qui compromettent franchement l'adaptation de l'individu au milieu qui l'environne, ou, s'il s'agit d'un enfant, ses chances de bonne insertion dans l'entourage familial, professionnel et social. **Le cas des enfants est, en effet, particulier car les difficultés, même bénignes, qu'ils rencontrent sont susceptibles en s'aggravant de provoquer à l'âge adulte des comportements véritablement délictuels ou pathologiques.** En outre, l'efficacité du dépistage et du traitement dépend de sa précocité, par conséquent, de la mise à la disposition des jeunes et de leurs parents d'organismes spécialisés animés par un personnel particulièrement informé des troubles de l'enfance et de l'adolescence. Tel est l'objet des centres médico-psycho-pédagogiques dont l'activité est double : au **dépistage** des troubles assurés par les centres, comme par les dispensaires d'hygiène mentale, s'ajoute la **mise en œuvre de soins et de traitements appropriés**. Des centres de cette nature fonctionnent depuis plusieurs années dans maintes régions de la France et leur utilité ainsi que la spécificité de leur vocation s'affirment toujours davantage.*

*Elle apporte par ailleurs des précisions sur les dispositions de l'annexe XXXII, en particulier, la définition du **médecin-directeur** qui « **s'entend du médecin-chef qui participe effectivement à toute l'activité et à toutes les responsabilités techniques, et qui notamment dirige l'ensemble du personnel.** »*

⁴ Curieusement, la Loi handicap 2005-102 du 11 février 2005 n'est pas mentionnée.

L'objectif est de se constituer en plateforme de services délivrant des prestations directes auprès des enfants scolarisés (pour les enfants avec troubles légers ne donnant pas lieu à une compensation individuelle) et de faire évoluer l'offre pour les enfants dont les troubles sont plus sévères et persistants et donnant lieu à une compensation individuelle des conséquences d'un handicap. Pour ceux-là, ils doivent devenir une plate-forme de ressources médico-sociales pour la prise en charge des enfants avec des troubles neuro-développementaux favorisant toujours les interventions en milieu scolaire.

« Sous réserve de satisfaire aux conditions de qualité, une part des moyens des CMPP ont vocation à contribuer à l'appui médico-social en milieu scolaire ».

« Le statu quo n'est pas/plus une option. Le respect des bonnes pratiques est la condition première de poursuite de leur activité ».

- Prétendant se baser sur le rapport de l'IGAS de décembre 2018 sur les CAMPS, CMPP et CMP-IJ, le cahier des charges fait plusieurs constats :
 - Les CMPP dont des structures spécialisées de ligne 2,
 - La légitimité des parents-acteurs a été longtemps contestée ;
 - Des pratiques sont contestées par les parents ;
 - Les parents rencontreraient des difficultés d'accès au dossier ;
 - Le recentrage des CMPP sur *l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap* suppose de reconstruire une spécificité et une action pédagogique et d'aller au plus près dans les écoles pour organiser les prises en charge des élèves et appuyer les enseignants ;
 - L'objectif de créer un *dispositif stable de coordination permettant d'organiser la scolarité en milieu ordinaire et l'accompagnement médico-social.*
- Une enquête du CREA Nouvelle-Aquitaine⁵ conclurait que les CMPP sont peu sollicités pour les enfants présentant des troubles TSA. L'articulation des CMPP avec les autres établissements médico-sociaux et leur place dans la construction des enfants en situation de handicap manquent de visibilité.
- Sur ces bases, sont fixés les nouvelles missions et les objectifs du CMPP :
 - Diagnostic et mise en place des interventions auprès de l'enfant présentant des troubles du neurodéveloppement (TND) ou des troubles plus légers d'ordre psychologique, psycho-affectifs, troubles du comportement, dans le cadre d'un projet personnalisé. Les interventions sont réalisées « au plus près de l'enfant », en milieu ordinaire et en particulier au sein de l'école.
 - 3 axes directeurs : i) mise en place de bilans et d'interventions adaptés et conformes aux recommandations de bonne pratique ; ii) mise en place des interventions portant sur les adaptations pédagogiques en milieu ordinaire, en lien avec les professionnels de l'Éducation nationale dans un objectif d'inclusion scolaire, avec mise en place d'intervention « *hors les murs* » ; iii) la participation territoriale à la coordination du parcours global, en lien avec l'ensemble des parties prenantes.

Les troubles du neurodéveloppement recouvrent les TSA, les troubles du développement intellectuel, le déficit attentionnel, l'hyperactivité, les DYS. « *il n'est plus acceptable que les procédures d'évaluation et de formalisation des diagnostics... s'expriment dans d'autres classification que la CIM-OMS* ».

Pour les enfants présentant des troubles « plus légers » ne donnant pas lieu à une compensation individuelle des conséquences d'un handicap, le renforcement actuel des RASED par l'Éducation

⁵ Cette enquête indique que 45 000 jeunes sont suivis en CMPP en Nouvelle Aquitaine (hors Corrèze) ; la moitié des patients sont adressés par l'Éducation nationale. Le délai moyen entre la première demande de rendez-vous et le diagnostic est de 9 mois. 14 % des jeunes ont une reconnaissance de leur situation de handicap mais des déficiences sont signalées pour 58 % d'entre eux. A minima 12 % des jeunes bénéficient d'une mesure de protection de l'enfance. 93 % sont scolarisés en milieu ordinaire. Le taux d'absentéisme est inférieur à la moyenne nationale (17 % versus 20 %). 5% des emplois ne sont pas pourvus : 3.6 ETP de pédopsychiatres et 9.4 ETP d'orthophonistes.

nationale permettra de prendre davantage en charge ces enfants. Le CMPP devra proposer des interventions directes auprès des enfants en milieu ordinaire (école) en lien avec l'Éducation nationale.

Pour les enfants présentant des troubles neurodéveloppementaux, les CMPP doivent évoluer vers un fonctionnement en *plate-forme ressource spécialisée*.

Les CMPP doivent accroître leur degré d'expertise en matière notamment de troubles sévères TSA et DYS. *Ils doivent prioriser les plus jeunes.*

Il est attendu une *mise en conformité à 100 % avec les recommandations en vigueur* (liste de recommandations relatives aux TSA + « pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap » (2017), « élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » (2009), « les attentes de la personne et le projet personnalisé » (2008).

Les évaluations et diagnostics doivent correspondre au DSM-5 ou à la CIM 10 (puis 11).

Le CMPP garantit la pluridisciplinarité. Il assure l'accompagnement des familles. Il co-élabore un projet personnalisé global et coordonné avec la famille (interventions spécialisées et projet pédagogique en tenant compte des besoins en santé somatique), en lien avec les autres partenaires sanitaires, médico-sociaux et libéraux ainsi qu'avec les professionnels de l'Éducation nationale.

Le projet est composé :

- D'un axe rééducatif
- D'un axe neuropsychologique si nécessaire,
- D'un axe médical (santé somatique, comorbidités, bilans neuropédiatriques).

Les bilans, évaluations et interventions devront être réalisés avec des *outils standardisés et validés*, listés en annexe. (**Cf. arrêté du 16 avril 2019** relatif au contrat type pour les professionnels de santé mentionnés aux articles L 4331-1 et L 4332-1 du CSP et les psychologues⁶.)

Pluridisciplinarité. (Cohérence de projet, partage d'informations.)

Le cahier des charges comporte même des recommandations sur les traitements médicamenteux.

Le CMPP est décrit comme « *acteur ressource et coordination du parcours de soin et de scolarisation* » pour l'accompagnement des enfants, notamment avec troubles du neurodéveloppement, répondant à une logique de maillage territorial, (il permet la mise en relation d'un réseau d'acteurs experts), son projet de service doit intégrer les modalités de coopération avec les différents partenaires (Éducation nationale, partenaires sanitaires et médico-sociaux, ASE, PMI, MDPH, professionnels libéraux.)

Le CMPP doit *repositionner son offre vers l'adaptation de la scolarisation dans un objectif d'inclusion scolaire*.

Le projet d'accompagnement personnalisé des enfants intègre projet personnalisé de scolarisation et plan d'accompagnement personnalisé. Le CMPP doit coordonner ces deux volets.

Sachant que l'Éducation nationale doit mettre en place des « *pôles inclusifs d'accompagnement localisés* » (PIAL), pilotés par l'Inspecteur d'académie ou les chefs d'établissement selon les degrés

⁶ Ce contrat-type doit être conclu par les ARS avec les psychomotriciens, les ergothérapeutes et les psychologues libéraux pour la mise en œuvre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour l'accompagnement des enfants présentant des troubles du neuro-développement. Les évaluations réalisées par ces professionnels sont délivrées dans le cadre de prescriptions médicales validées par un médecin de la plateforme. Le professionnel libéral s'engage à respecter les recommandations de bonnes pratiques de la HAS et les principes généraux de l'article L 1111-2 du code de la santé publique. (Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Etc.... Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.)

À noter que les professionnels libéraux sont rémunérés par la plateforme.

de scolarisation, les CMPP devront créer des *équipes d'appui médico-social* pour la scolarisation des enfants en situation de handicap. L'ARS prévoit qu'il s'agira d'équipes mobiles.

Elle a l'ambition de constituer dans chaque territoire de santé un « *guichet intégré d'appui médico-social* » venant travailler *in situ*.

« *Toutefois l'intégration du CMPP dans le dispositif d'appui médico-social ne pourra se faire que si le CMPP présente des garanties en matière de conformité des pratiques professionnelles et de fonctionnement à ce présent cahier des charges* ». (La même formulation est retenue pour le fonctionnement en « plateforme ressources »).

En tant que « *plateforme ressources pour la prise en charge d'enfant avec troubles du neurodéveloppement* », le CMPP doit établir des partenariats avec les centres de niveau 3 (Centre ressource autisme/ centres troubles du langage et des apprentissages).

Le CMPP a également vocation à être une composante de la « *plateforme d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilans et d'interventions précoces TND* »⁷

D'un point de vue « organisationnel », l'ARS indique la nécessité d'actualisation des compétences des professionnels sur le champ des troubles du neuro-développement. « *le gestionnaire du CMPP porteur de l'autorisation et du financement attribués par l'ARS, engage sa responsabilité si des actions de formation, d'appui aux équipes et aussi de gestion des personnels ne vont pas dans le sens du respect des recommandations* ». Des sanctions financières sont annoncées en cas de défaillance.

Le CMPP doit garantir la présence d'une équipe « *non pas de santé polyvalents* » mais de professionnels ayant acquis une « *compétence dans le domaine considéré* ». « *Il relève de la responsabilité du gestionnaire d'accompagner le changement et de prendre les décisions RH nécessaires afin de garantir cette mise en conformité.* » (Sic !)

Contractualisation : la généralisation de la conclusion de CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) prévue pour les établissements médico-sociaux par l'article 75 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 est prévue pour la période 2016-2021.

Les CMPP sont tenus de conclure un CPOM.

« *L'évolution de l'offre des CMPP sera systématiquement intégrée aux fiches actions des CPOM dès la publication du présent cahier des charges* ».

En conclusion, l'ARS définit un calendrier de mise en œuvre : dans les 3 mois de la publication du cahier des charges, les associations gestionnaires devront avoir transmis à l'ARS un plan d'actions, un projet de service et un plan de formation des professionnels en vue de la mise en conformité au cahier des charges. Cette mise en conformité devra être réalisée dans un délai de 9 mois de l'élaboration du plan d'actions. « *L'absence de mise en conformité des CMPP aux évolutions attendues pourra conduire à une remise en cause des autorisations* ».

-*-

Tel qu'il est rédigé, le cahier des charges régional est présenté comme un plan de contractualisation à marche forcée de la transformation complète des missions des CMPP et de leurs modes de fonctionnement.

Le projet de l'ARS tend à opérer une modification radicale des publics pris en charge : l'accent est mis essentiellement sur les jeunes porteurs de handicaps TND, TSA, DYS avec pour objectif d'accompagner le « *virage inclusif* » de l'Éducation nationale en mettant à la disposition des

⁷ CF circulaire du Ministre des Solidarités et de la Santé du 22 novembre 2018. L'objectif en est la mise en place d'un parcours coordonné de bilan et d'intervention précoce d'un an pour les enfants de 0 à 6 ans inclus. Selon la circulaire, seule une structure de niveau 2 expérimentée peut porter la plateforme. Elle doit « contractualiser » avec les professionnels libéraux et coordonner leurs interventions. Plusieurs établissements médico-sociaux se coordonnent pour en assurer le fonctionnement.

enseignants des actions (à visée éducative, de soutien ou de coordination...) « hors les murs » de l'établissement médico-social (équipes mobiles⁸ intervenant sur le lieu de scolarisation).

Le public cible désigné : enfants et adolescents de 0 à 20 ans, ne tient pas compte du fait que les enfants de moins de 6 ans sont, en principe, pris en charge par les CAMPS. (D'où une prise en charge très marginale de cette tranche d'âge par les CMPP).

Au sein de cette tranche d'âge, il est demandé aux CMPP de « prioriser » les plus jeunes. (Un certain nombre de références sont faites à des textes concernant la tranche 0 à 6 ans).

La phraséologie déconcertante employée laisse planer un sérieux doute sur le contenu exact de la notion de « *plateforme de services délivrant des prestations directes* » qui semble en contradiction avec la notion de travail pluridisciplinaire qui fonde l'action des CMPP. La prééminence de la prescription médicale inscrite dans l'article 12 de l'annexe XXXII semble reléguée.

Le soin paraît disparaître au profit d'une activité de diagnostic, de coordination et soutien à la scolarisation voire de soutien technique aux établissements scolaires.

La transformation des CMPP en « plateformes ressources » pour les troubles les plus sévères avec compensation des handicaps et leur participation aux plateformes d'orientation et de coordination du parcours de bilan des TND (destinés à la tranche d'âge 0-6 ans), est contraire à l'objet même des CMPP qui est d'associer diagnostic, soins et actions rééducatives effectués en consultations ambulatoires (au sein du CMPP).

L'ARS Nouvelle Aquitaine semble vouloir anticiper sur une modification des textes de référence qui n'est cependant pas encore intervenue.

En dépit des modifications structurelles imposées à l'activité des CMPP, aucune indication n'est donnée par le cahier des charges sur les *moyens humains* nécessaires aux actions de coordination, de mise en place et fonctionnement des plateformes-ressources et de fonctionnement des équipes mobiles ni sur les *moyens/outils juridiques* de contractualisation nécessaires au fonctionnement des plateformes. [Le projet de service, propre aux établissements, ne peut servir de base à cette contractualisation, en particulier si elle implique des flux financiers ainsi que cela est prévu pour les plateformes de coordination des diagnostics].

Les transformations voulues par l'ARS vont donc nécessairement s'opérer au détriment de l'activité actuelle (prise en charge pour ¾ des jeunes diagnostiqués concernés par des troubles névrotiques, des troubles du développement psychologique et des troubles du comportement ou des troubles émotionnels⁹). Il est d'ailleurs indiqué que les enfants présentant les troubles ne donnant pas lieu à une compensation du handicap seront « délestés » sur les RASED de l'Éducation nationale (composés d'enseignants spécialisés et de psychologues scolaires) et que les CMPP devront donner la priorité aux plus jeunes au détriment du travail réalisé pour les adolescents.

⁸ Selon la **circulaire du 14 juin 2019**, des équipes mobiles vont être créées en relation avec la mise en place des « PIAL » constitués par les Rectorat. « **L'équipe mobile d'appui médico-social assure aux établissements scolaires les prestations d'appui indirectes suivantes : 1) conseiller, participer à des actions de sensibilisation pour les professionnels des établissements scolaires accueillant un élève en situation de handicap ; 2) apporter appui et conseil à un établissement scolaire, en cas de difficulté avec un élève en situation de handicap - en veillant à associer les parents et le détenteur de l'autorité parentale - qu'il bénéficie ou non d'un accompagnant d'élève en situation de handicap (AESH), étant entendu que l'équipe mobile d'appui n'intervient pas en substitution d'un AESH ; 3) aider la communauté éducative à gérer une situation difficile ; et dès lors que la situation de l'élève le nécessite, en veillant à associer les parents et le détenteur de l'autorité parentale ; 4) conseiller une équipe pluridisciplinaire de MDPH ; 5) et/ou, sans préjuger l'évaluation postérieure, décider d'effectuer ou de provoquer une intervention provisoire, selon la même approche que celle recherchée dans les PCPE, permettant le maintien de la scolarisation. L'équipe est sollicitée par les établissements scolaires ou mobilisée par l'ARS. ... » ;**

Une expérimentation doit être mise en œuvre pour l'année 2019/2020. « Les premiers éléments d'évaluation seront sollicités pour le 1er décembre 2019 et pour une deuxième vague au 1er février 2020, afin de commencer à travailler sur le cahier des charges définitif dès le début d'année 2020, pour une mise en œuvre à la rentrée 2020/2021. »

⁹ Enquête CREA Aquitaine précitée.

Au-delà de ces constats, il est observé que le « virage inclusif » souhaité doit s'opérer au prix d'un « *virage normatif* » appliqué à l'activité des professionnels de santé qui doivent obligatoirement formaliser leurs diagnostics à partir des classifications imposées par l'ARS, se mettre à 100 % en conformité avec les recommandations de bonne pratique de l'HAS, celles mentionnées concernant essentiellement les troubles du spectre autistique.

Il est par ailleurs curieux que dans sa volonté de normalisation l'attention de l'ARS n'ait pas été attirée sur le fait que le soutien demandé au secteur médico-social par l'Éducation nationale pour lui permettre d'atteindre ses objectifs de scolarisation ne fasse actuellement l'objet d'aucun consensus ou recommandation aboutie à telle enseigne que l'HAS a lancé en mai 2019¹⁰ un travail destiné à identifier les outils et les bonnes pratiques, pour les professionnels sociaux et médico-sociaux qui accompagnent les enfants en situation de handicap ou au titre de l'ASE qui permettent, notamment de *se coordonner et coopérer autour de la scolarité, entre secteurs et avec les professionnels de santé.* (La validation de ces recommandations est prévue à l'horizon de décembre 2020 – autant dire que l'exigence de l'ARS Nouvelle Aquitaine d'élaboration de projets de service conformes à son cahier des charges dans les 3 mois suivants le mois de novembre 2019 est aberrante et prématurée !)

-*-

Le cahier des charges de l'ARS en tant qu'il oblige implicitement mais nécessairement les CMPP à délaissier les prises en charge actuellement en œuvre n'est pas conforme aux objectifs du COS de Nouvelle Aquitaine.

Les CMPP ont, dès leur origine, opéré le « *virage ambulatoire* » prescrit. Le maintien des prises en charge des psychopathologies est indispensable à la limitation des hospitalisations, à l'évitement des ruptures de parcours de soins déjà amorcés, à la prévention des risques repérés (suicides, addictions, ruptures scolaires et désocialisation etc.), dans un contexte souligné par les documents officiels du PRS de déficit de spécialistes libéraux en pédiatrie, psychiatrie et en psychiatrie infanto-juvénile, d'orthophonistes et d'ergothérapeutes.

Le secteur infanto juvénile, est saturé et le PRS ne prévoit pas d'ouverture de services susceptibles de pallier les effets d'indisponibilité induits pour les CMPP par leur réorientation vers les patients « TND », « TSA » et les activités nouvelles de coordination, actions « hors les murs », soutien aux enseignants, plateformes-ressources etc.

Le PRS de Nouvelle-Aquitaine prévoit un élargissement de l'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile. Le resserrement de l'offre des CMPP, prescrit par l'ARS, qui n'est pas explicitement accompagné d'une « redistribution » des patients ou « jeunes accompagnés » apparaît contraire aux objectifs de ce PRS. En langage administratif, on peut dire qu'il procède d'une erreur manifeste d'appréciation.

Le souci de soutenir le projet d'accélération de l'école inclusive, par la brutalité/radicalité de la mise en œuvre commandée par l'ARS à bref délai, relève d'une injonction paradoxale au regard des impératifs de santé publique et des objectifs de son propre PRS.

-*-

Le cahier des charges de l'ARS Nouvelle Aquitaine paraît procéder d'une lecture hâtive du rapport de l'IGAS de 2018 dont on peut notamment retenir que l'hypothèse d'une répartition entre

¹⁰ Cf. note de cadrage « *concevoir et soutenir la réussite scolaire et éducative des enfants en situation de handicap et des enfants accompagné par le dispositif de l'aide sociale à l'enfance* ». (Où l'on peut lire : « le Ministère de l'Éducation nationale porte ces objectifs dans son programme « *permettre l'école inclusive (2018 à 2022)* » qui prévoit que le secteur médico-social apporte son expertise en soutien à l'école, en développant une nouvelle mission ressource, en plus de son cœur de métier qui est l'accompagnement des personnes »

établissements des jeunes publics par pathologie ou type de troubles n'est pas pertinente et s'avère impraticable.

« Il est difficile voire impossible d'un point de vue médical de répartir a priori les enfants par troubles ou pathologie compte tenu de la nature évolutive et complexe des diagnostics en santé mentale, notamment chez les enfants et les adolescents. En effet, une répartition des publics devrait pouvoir intervenir en amont de la prise en charge, précisément afin de fluidifier les parcours et de réduire les délais d'attente. Or, l'établissement d'un diagnostic de niveau 2 nécessite plusieurs consultations médicales, ainsi que le regard d'une équipe pluridisciplinaire, soit plusieurs mois en moyenne. La répartition ne pourrait donc se faire qu'a posteriori, et par réorientation, ce qui en réduirait l'intérêt. »

La mission émet la recommandation suivante : *« quel que soit le scénario retenu, la mission souligne que les réorganisations de l'offre ne doivent pas aggraver les inégalités sociales et territoriales existantes et qu'elles doivent prendre en compte les risques de rupture de droits pour les populations fragilisées et éloignées de l'offre de soins. Il est indispensable au strict minimum de préserver, voire de renforcer les capacités de prises en charge ».* (Soulignement ajouté)

Tout en soulignant l'apport (non exclusif) des neurosciences dans le repérage et la prise en charge des troubles du neuro-développement, l'IGAS recommande : *« les centres de soins doivent adapter leurs pratiques professionnelles aux recommandations en vigueur et proposer tout l'éventail des approches et des méthodes pluridisciplinaires à jour des dernières connaissances médicales ».* (Soulignement ajouté).

Pour la formation des professionnels, il est question de *« garantir le pluralisme des méthodes enseignées dans les formations associées »*, de même *« afin de garantir le libre choix des familles, les centres doivent être en mesure de mobiliser les outils et les méthodes disponibles et reconnues, qu'elles soient d'inspiration cognitivo-comportementalistes, systémiques et rééducatives ou fondées sur l'accompagnement psychodynamique ».*

La proposition de l'ARS limitant le projet personnalisé à un axe rééducatif, un axe neuropsychologique *s'il y a lieu* et un axe médical limité à la santé somatique, aux comorbidités et au bilan neuropédiatrique, outre la référence systématique et fortement appuyée aux neurosciences, ne s'autorise donc pas valablement de ce rapport.

L'IGAS propose ensuite que la coordination des réseaux de professionnels intégrant CAMSP, CMPP et CMP-IJ, services sociaux de l'Éducation nationale ainsi que l'ensemble des acteurs de santé et de l'accueil des enfants et adolescents bénéficie soit opérée au niveau des ARS qui devront lui dédier un poste par territoire de santé. En effet, *« si l'intérêt des réseaux territoriaux de professionnels est reconnu, les coûts de coordination et d'animation sont souvent un frein à leur fonctionnement dans la durée. C'est pourquoi, en s'inspirant de la réforme belge de la santé mentale, il convient de demander aux ARS de dédier un poste par territoire à la coordination de ce réseau ».*

On conçoit d'ailleurs aisément que s'il est une chose de travailler en réseau –ce que font déjà les CMPP¹¹- il en est une autre de constituer/coordonner et formaliser un réseau fut-il de diagnostic et de soins ; l'exercice est plus complexe encore si une coordination formalisée doit s'élargir à des acteurs qui n'appartiennent pas strictement au champ du médico-social et de la psychiatrie infanto-juvénile (MDPH, Educ., etc. ainsi que le commande le cahier des charges de l'ARS Aquitaine).

Par ailleurs, en annexe 4 du rapport IGAS figurent les recommandations de bonnes pratiques professionnelles pertinentes pour les CMPP, dont un certain nombre ne sont pas mentionnées dans le cahier des charges de l'ARS Nouvelle Aquitaine (HAS 2009 : *surdité de l'enfant* ; HAS 2010 : *anorexie mentale* ; HAS 2014 : *manifestations dépressives à l'adolescence* ; HAS 2015 : *trouble bipolaire* ; HAS 2015 : *boulimie, hyperphagie* ; HAS 2017 : *accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement le processus de socialisation* ; 2017

¹¹ Cf. enquête CREAL précitée.

ANESM : *synthèses recommandations de bonnes pratiques – les « comportements-problèmes » : prévention et réponses.*

L'oubli par l'ARS Aquitaine de ces recommandations est en relation avec la définition du nouveau « public cible » et/ou procède d'une méconnaissance de l'activité des CMPP et des productions de la HAS.

Si le rapport de l'IGAS de 2018 indique que les CMPP, du fait de leur positionnement historique sur les difficultés scolaires, ont un rôle à jouer dans l'approfondissement de l'école inclusive nécessitant un accompagnement médico-social « hors les murs », il ne prône nullement une hyper spécialisation devant les conduire à abandonner leur patientèle traditionnelle, surtout dans le cadre d'une démographie médicale et rééducative défavorable telle que décrite par les documents régionaux.

Au contraire : « à côté de la psychiatrie infanto-juvénile [dévolue aux CMP-IJ], il est nécessaire de maintenir une offre d'accompagnement psychosocial et/ou pédagogique à même de répondre à la hausse de la demande et à l'attention croissante portée aux enjeux de santé mentale et notamment de bien-être des enfants et des adolescents ».

Partant, il rejette l'idée d'une fusion des CMPP et des CMPP-IJ et n'évoque bien entendu pas l'idée de leur sur-spécialisation dans le champ du handicap « TND » qui doit être pris en considération sans exclusive et pas au détriment du « cœur de métier » des CMPP.

-*-

Le cahier des charges de l'ARS comporte ensuite des prescriptions méthodologiques orientées qui contreviennent à l'indépendance des médecins et leur liberté de prescription et à leur capacité même de prise en charge des enfants et adolescents dans le respect des objectifs assignés par l'annexe XXXII dont l'objectif premier est de mettre en œuvre de manière indissociable et dynamique le diagnostic, et la prise en charge pluridisciplinaire (*thérapeutiques médicales et de rééducations médico-psychologiques, psychothérapeutique ou psychopédagogique sous autorité médicale*) d'enfants et adolescents présentant des troubles neuropsychiques ou du comportement. (Cf. la circulaire du 16 avril 1964 précitée).

Le rappel de certaines seulement des recommandations de bonnes pratiques en relation avec l'activité réelle des CMPP a déjà commenté supra.

Les annexes comportant des listes indicatives d'outils d'évaluations (batteries de tests) « *en lien avec le développement sensori-moteur, sensoriel et cognitif* » d'enfants de 0 à 6 ans ou leur « *compétences développementales* », calquées sur les annexes de l'arrêté du 16 avril 2019 relatif au contrat type pour les professionnels de santé mentionnés aux articles L 4331-1 et L 4332-1 du CSP et les psychologues précité, ne laissent pas d'interroger sur la place privilégiée, voire exclusive, donnée au « mesurage technique » des troubles du développement au détriment de la prise en charge psychothérapeutique, d'une pluridisciplinarité réelle et de l'accompagnement psychologique et social des enfants et des parents qui ne sont pas seulement des « experts » titulaires de droits ou exprimant un mécontentement systématique (Cf. supra) mais aussi possiblement co-constructeurs du diagnostic outre qu'ils sont des personnes devant être accompagnées dans la durée, ce qui est tout particulièrement justifié s'agissant du dépistage précoce du handicap¹². (La référence à la classe d'âge 0-6 ans explicitement ciblée par le cahier des charges justifie cette observation et témoigne également d'une réelle confusion opérée par ce projet entre les « cibles » des différentes structures investies du diagnostic et du soin pour la petite enfance, les enfants et adolescents).

Une compliance « à 100 % » avec les recommandations de bonnes pratiques de la part d'équipes sommées d'*actualiser leurs connaissances et une expérience [en quelques mois !] sur le champ*

¹² (Cf. sur ce point, Roger Salbreux, « cinquante ans d'histoire des CAMPS » dans « Rencontre avec Roger Salbreux » de Michel Dugnat, éditions Erès).

des troubles du neurodéveloppement, cela sous peine de sanctions administratives et financières est exigée des professionnels. Sous couvert d'actualisation des connaissances, il s'agit en réalité d'un changement d'approche professionnelle qui est dicté en contradiction avec le principe d'indépendance médicale et les recommandations de l'IGAS de 2018 qui prônent, au contraire, de favoriser la pluralité des approches thérapeutiques.

Les professionnels sont clairement –même si indirectement- menacés : il relève, selon l'ARS, de la responsabilité du gestionnaire « *d'accompagner le changement, de prendre les décisions RH nécessaires afin de garantir cette mise en conformité* »... le sens de la litote ne nécessite pas un effort d'interprétation considérable au vu de la tonalité générale du document ; couplée avec l'affirmation que le CMPP « *regroupe en son sein, ou mobilisables de manière formalisée* » un certain nombre de professionnels elle permet de conclure que les praticiens d'exercice salarié exerçant actuellement dans les CMPP de Nouvelle-Aquitaine sont clairement déconsidérés.

Il est par ailleurs observé que le cahier des charges reproduit la liste des personnels composant les CMPP selon l'annexe XXXII, sans envisager de l'étoffer en fonction des nécessités des interventions « hors les murs » et de la collaboration active avec l'Éducation Nationale (CF. circulaire du 14 juin 2019 -équipe mobile d'appui médico-social).

-*-

L'ensemble de ces observations (non exhaustives) tend à mettre en évidence le caractère paradoxal et la dangerosité des prescriptions du cahier des charges élaboré par l'ARS Nouvelle Aquitaine, le caractère précipité et irréaliste de leur rédaction.

La nature de ce cahier des charges est incertaine : il est explicitement destiné à la préparation des CPOM que doivent conclure les CMPP, la contractualisation pluriannuelle des objectifs et des moyens des établissements médico-sociaux étant définie comme un levier de la transformation de l'offre.

D'un autre côté, il enjoint aux services médico-sociaux de mettre en conformité à très brève échéance leur projet de service et de fournir un plan de formation des professionnels, et de s'y conformer à l'échéance d'un an, sous peine de remise en cause des autorisations, ce qui ne relève plus de la contractualisation, ni d'un document purement préparatoire.

Quel est le cadre législatif de l'action de l'ARS ?

Selon l'article L 1431-1 du CSP

- L'ARS a pour mission, dans chaque région de définir et mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation
- Des objectifs de la politique nationale de santé¹³

¹³ Selon l'article L 1411-1 du CSP, La politique de santé comprend :

3° La prévention collective et individuelle, tout au long de la vie, des maladies et de la douleur, des traumatismes et des pertes d'autonomie, notamment par la définition d'un parcours éducatif de santé de l'enfant, par l'éducation pour la santé, par la lutte contre la sédentarité et par le développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives à tous les âges ;

5° L'organisation des parcours de santé. Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale ;

10° L'adéquation entre la formation initiale et continue des professionnels de santé et l'exercice de leurs responsabilités ;

La politique de santé est adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants familiaux.

- Des principes de l'action sociale et médico-sociale énoncés aux articles L 116-1 et L 116-2¹⁴ du code de l'action sociale et des familles...

Aux termes de l'article L 1431-2 du même code :

Les ARS, en tenant compte des particularités de chaque région, mettent en œuvre la politique de santé et la veille sanitaire ; elles régulent, orientent et organisent, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux... et à garantir l'efficacité du système de santé.

Elles autorisent la création et les activités des établissements de santé... ainsi que des établissements médico-sociaux au b de l'article L 313-3 du code de l'action sociale et des familles ; elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence...

Elles veillent à la répartition territoriale de l'offre de prévention, de promotion de la santé, de soins et médico sociaux permettent de satisfaire les besoins de santé de la population... et assurent la mise en place du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L 32221-2.

Elles veillent à la qualité des interventions... ainsi que des prises en charge et accompagnement médico-sociaux.

Le directeur général de l'ARS arrête le projet régional de santé lequel fixe les objectifs pluriannuels de l'ARS.

Les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre des établissements et des services médico-sociaux sont fixés par le schéma régional de santé sur la base d'une évaluation des besoins sociaux et médico-sociaux.

Les autorisations accordées par le DG de l'ARS doivent être compatibles avec les objectifs du schéma régional.

- La notion de cahier des charges renvoie à la réglementation relative à « *la réponse au besoin d'offre sociale ou médico-sociale* » (articles R 313-3 et suivants du code de l'action sociale et des familles).

Le cahier des charges est établi par l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation de fonctionnement des services.

Dans le cadre d'un appel à projet (ou appel à manifestation d'intérêt), le cahier des charges identifie les besoins médico-sociaux à satisfaire en termes d'accompagnement des personnes, conformément aux schémas d'organisation sociale ou médico-sociale ainsi qu'au programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps. Il indique les exigences que doit respecter le projet pour attester des critères mentionnés à l'article L 313-4¹⁵ et *invite à cet effet les candidats*

¹⁴ Article L116-1

L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en oeuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'article L. 311-1.

Article L116-2

L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire.

¹⁵ L'autorisation est accordée si le projet :

à proposer les modalités de réponse qu'ils estiment les plus aptes à satisfaire aux objectifs et besoins qu'il décrit. Il autorise les candidats à présenter des variantes aux exigences et critères qu'il propose.

Concernant les CMPP, l'ARS Nouvelle-Aquitaine, n'a pas lancé d'appel à manifestation d'intérêt, sachant qu'elle a, en revanche, réalisé plusieurs appels de ce type pour la mise en place des plateformes d'orientation et de de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec troubles du neurodéveloppement en février, mai et septembre 2019 pour une série de territoires de la région (3 territoires de Gironde sont concernés par l'appel à manifestation d'intérêt de février 2019.) Notons que ces consultations visent la création pure et simple de plateformes et non la transformation de services existants. Elles ont le mérite d'une certaine clarté (L'objet en est circonscrit à l'organisation et au fonctionnement en plateformes pour le diagnostic des TND) et de tendre à une réelle contractualisation puisque nul n'est tenu de répondre à cette consultation.

Pour les CMPP, l'ARS considère vraisemblablement être dispensée de la procédure d'appel à projet en vertu de l'article L 313-1-1 du code de l'action sociale qui prévoit une telle dispense pour (notamment) les projets de transformation d'établissement ou de services *sans modification de la catégorie des bénéficiaires du service* ou les projets de transformation d'établissement et de services *avec modification de la catégorie des bénéficiaires* au sens de l'article L 312-1, à la condition de donner lieu à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) et sous réserve, lorsque l'activité relève d'une autorisation conjointe, qu'il n'y ait pas de désaccord entre les autorités compétentes. Dans le second cas, la commission d'information et de sélection prévue pour les projets avec consultation publique est appelée à donner son avis sur les projets.

Le cahier des charges n'est donc, pour les CMPP, pas intégré à un dispositif de consultation.

Il semble cependant que ce document, dès lors qu'il est destiné à produire des effets concrets, même sous couvert de l'adhésion des organismes gestionnaires des CMPP, s'apparente à une décision administrative et doit respecter les règles qui s'imposent à l'ARS de :

- Garantir la continuité des parcours de santé ;
- *Tenir compte des particularités régionales (démographie professionnelle, en particulier)*
- *Agir en concertation avec les professionnels de santé, pour la mise en œuvre des politiques de santé ;*
- *Assigner aux établissements des objectifs cohérents avec le schéma régional de santé,*
- *Ménager aux établissements la possibilité de proposer les réponses appropriées ;*

1° Est compatible avec les objectifs et répond aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma régional de santé ou par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont il relève et, pour les établissements visés au b du 5° du I de l'article L. 312-1, aux besoins et débouchés recensés en matière de formation professionnelle ;

2° Satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le présent code et prévoit les démarches d'évaluation et les systèmes d'information respectivement prévus aux articles L. 312-8 et L. 312-9 ;

3° Répond au cahier des charges établi, dans des conditions fixées par décret, par les autorités qui délivrent l'autorisation, sauf en ce qui concerne les projets visés au II de l'article L. 313-1-1 ;

4° Est compatible, lorsqu'il en relève, avec le programme interdépartemental mentionné à l'article L. 312-5-1 ou le plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées mentionné à l'article L. 312-5-3, et présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations mentionnées, selon le cas, aux articles L. 312-5-2, L. 313-8, L. 314-3, L. 314-3-2 et L. 314-4, au titre de l'exercice au cours duquel prend effet cette autorisation.

L'autorisation fixe l'exercice au cours de laquelle elle prend effet.

L'autorisation, ou son renouvellement, peuvent être assortis de conditions particulières imposées dans l'intérêt des personnes accueillies.

Les menaces de sanction qu'il comporte semblent tout autant critiquables.

Les CMPP visés sont titulaires d'agrément dont le maintien nécessite la permanence des conditions réglementaires requises permettant aux services d'assumer leurs missions. Ces agréments constituent des décisions individuelles créatrices de droit. Elles peuvent être abrogées en cas de manquements d'une suffisante gravité (principe de proportionnalité), à condition que les décisions de l'ARS soient motivées juridiquement et que le titulaire d'agrément ait été à même de présenter ses observations. (Exemple : CE. 5 février 2020, arrêt 426225)

Il est observé à ce titre que le CPOM peut être résilié par l'ARS en cas de manquement grave de l'établissement de santé ou du titulaire de l'obligation (L 6114-1 CSP), de même, les pénalités financières sont proportionnées à la gravité du manquement constaté.

Or, le cahier des charges de l'ARS Nouvelle-Aquitaine annonce des sanctions par nature individuelles avant d'avoir constaté quelque manquement que ce soit. (Les références faites à l'étude de l'IGAS et à l'enquête du CREAI, outre que leurs conclusions sont clairement dévoyées, ne pouvant valoir constat de tels manquements).

Cette méthode de contractualisation par la terreur n'est en rien acceptable ni compatible aux objectifs assignés à son intervention.

Pour ces raisons, le document dont s'agit doit être retiré purement et simplement et Monsieur le Directeur Général de l'ARS, invité à élaborer un nouveau cahier des charges tenant compte de la nécessité de préserver et assurer la continuité des prises en charges existantes et les spécificités des différents services médico-sociaux (en particulier concernant la prise en charge de la petite enfance), de respecter l'impératif de pluralité d'approches thérapeutiques au sein des établissements, de travailler en amont la question des moyens effectifs et les modalités pratiques d'intervention *hors les murs* et d'appui à l'Éducation nationale (y compris en associant les établissements à l'élaboration des « PIAL », cela sans négliger les capacités réelles des professionnels de santé à élaborer des projets « innovants » et « inclusifs » en concertation avec l'Agence régionale de santé qui doit être invitée à une « gouvernance » plus adaptée et moins autoritaire.