Compte-rendu de l'entrevue à l'Agence Régionale de Santé des Pays de Loire
Nantes – lundi 9 janvier 2017

Pour l'ARS PdL : **François Grimonprez**, directeur de l'Efficience de l'Offre, **Stephan DOMINGO**, délégué territorial ARS 53
Pour AUDACE53 : **Monique FONTAINE**, **Pascal GRANDET**, **David POIRRIER** (maire de La Chapelle au Riboul), **Georges ROUSSEAU**.

Début de l'entrevue à 15h35

AUDACE53 : remercie ses interlocuteurs de recevoir l'association et présente le contexte qui a amené à sa création en septembre 2016. Attachement à l'hôpital de Mayenne qui, malgré une progression d'activité, se retrouve en difficulté avec un déficit passé de 600 000 à 2,9 millions d'euros en 10 mois. La T2A arrive à son terme : nous pensons qu'elle entraîne l'hôpital public dans une spirale déficitaire. L'association a été créée avec 35 adhérents le 16 septembre ; il y en a près de 1 300 aujourd'hui. 1 200 personnes dans la rue le 26 novembre à Mayenne, dont une trentaine d'élus. Des médecins de et hors CHNM adhérent à l'association. Tout cela démontre que l'inquiétude est partagée.
Les élus – municipaux, conseillers départementaux, députés- du nord-Mayenne, dont plusieurs sont adhérents, sont très soucieux de l'avenir de l'hôpital et de l'organisation du système de santé. La désertification médicale est un sujet très préoccupant
Interrogations liées à la mise en place du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) : étant donné les difficultés financières de l 'hôpital, comment ne pas craindre la disparition de certains services, concentrés sur l'hôpital support ? Craintes en particulier sur l'avenir des urgences (urgences de nuit fermées dans tous les petits hôpitaux par l'ARS Normandie), de la chirurgie non ambulatoire et de la psychiatrie.
Enfin, AUDACE53 a fait la preuve de sa représentativité et demande, à ce titre, à être associée à toutes les réflexions menées sur l'organisation des services de santé dans le nord-Mayenne. Regrette de n'avoir pu être invitée à siéger dans la Commission Des Usagers issue de la loi Touraine. La directrice du CHNM avait fait part de son intérêt quant à notre association et avait promis de l'associer à toutes les discussions dans lesquelles étaient amenés à intervenir les usagers. Pourtant, depuis le 7 novembre dernier, jour de la rencontre avec Mme Creuzet, silence radio.

ARS : Grand intérêt pour toutes les structures qui se créent pour parler des questions de santé. Donc satisfaits de voir l'importance de votre association. Pour ce qui est de votre participation aux diverses instances, vous comprendrez qu'il y a un cadre réglementaire. Nous comprenons tout à fait votre souhait et vous assurons qu'il n'y a aucun frein de la part de l'ARS à vous voir siéger à chaque fois que cela est possible.
Le système de santé fonctionne bien mais dépense beaucoup. La croissance doit être contrainte pour pouvoir préserver l'offre. Aucune intention de l'ARS de détruire quoi que ce soit. Mais nécessité d'optimiser les pratiques et les installations. Le maintien de la sécurité et de la qualité sont des données incontournables qui ne peuvent faire l'objet d'aucune indulgence de notre part.
La chirurgie ambulatoire est à un bon niveau et il faut persévérer dans cette voie. La chirurgie non ambulatoire a un bon niveau d'activité mais on peut s'interroger sur la nécessité de préserver certains types d'interventions en proximité. Le problème du recrutement médical, malgré une image positive du CHNM, grève le budget de l'hôpital car entraîne la nécessité du recours à l'intérim.
Mise en place des GHT : il s'agit d'un enjeu essentiel pour la dynamique du système de soins. Installer une logique de groupe : structurer l'organisation des filières de prises en charge, mutualiser pour une optimisation à l'horizon 2020-2023. Chaque établissement ne pourra plus tout faire mais rien n'est décidé. On en est au stade de la réflexion. La mise en place, qui n'en est qu'à son début, génère forcément des incertitudes et suscite des inquiétudes. Les projets d'établissements doivent permettre de commencer à voir plus clair, notamment sur la question des fonctions-supports. La date du 1er juillet 2017 marque le début de la mise en place des GHT, pas le terme de la réflexion. Il doit y avoir plus de lisibilité pour ce qui concerne l'offre publique de soins ; qu'est-ce qui doit être garanti dans chaque lieu ?

Tout cela est lié d'une part à la démographie médicale et d'autre part à l'évolution des nouvelles technologies.
L'hôpital de Mayenne n'est pas en danger par rapport à l'offre. Mais doit faire bouger les éléments d'organisation.
Le « *pôle Duquesnel* » de Mayenne [citation ! Il s'agit du pôle santé de Mayenne qui entrera en activité normalement fin 2018 - NDLR(*)] doit être pris en compte dans la réflexion sur cette nouvelle organisation.

AUDACE53 : n'a pas de religion en matière de pôles santé. Notons simplement que cette disposition seule ne peut résoudre le problème de la désertification médicale. Il y a des leviers nationaux sur lesquels il faut agir.

ARS : Comme pour la T2A, les dispositions qui relèvent du national ne peuvent être modifiées ici. Contentons-nous d'examiner la situation avec le cadre qui existe et les leviers dont nous disposons.

AUDACE53 : Pour ce qui nous concerne, nous pensons qu'il y a des décisions qui doivent être prises nationalement : révision du système de T2A, fin du numerus clausus, mesures coercitives pour l'installation des médecins. Nous croyons savoir que Mme Courrèges [directrice de l'ARS des PdL-NDLR] a conservé quelques contacts avec le plus haut niveau du pouvoir [Mme Courrèges a été au cabinet du Premier ministre. Sa sœur y est encore – NDLR]. Nous sommes donc certains que notre position peut être « remontée » au plus haut niveau.

ARS : Pour ce qui est du CHNM, non seulement il ne s'agit pas pour l'ARS de mettre en cause l'hôpital de Mayenne en tant que centre hospitalier (il n'est donc pas à l'ordre du jour de le voir glisser vers un statut d'hôpital local), mais l'ARS entend préserver, voire renforcer l'offre médicale. Il existe un taux de fuite [patients choisissant un autre établissement alors qu'ils pourraient être reçus au CHNM – NDLR] non acceptable. La T2A ne peut pas être accusée de tous les maux. La tarification est connue à l'avance et ne varie pas de façon notable d'une année à l'autre.
Mais nécessité de mouvement de l'établissement (organisation, rythmes de travail,…).
L'évolution de l'ambulatoire permet de gagner des lits. On en est aujourd'hui à 50 % [ce n'est pas le chiffre que nous avions jusque là - NDLR]. Il y a encore des marges de manœuvre. La durée moyenne de séjour diminue en médecine. C'est une bonne chose. Le problème actuellement, c'est le relais par les médecins une fois de retour au domicile.
La dérive en terme de déficit du CHNM a des causes multifactorielles. Il y a les investissements pour les nouveaux locaux [38 millions d'euros – NDLR] qui pèsent lourd. Le fonctionnement du secteur psychiatrique doit être totalement revu. L'enjeu, c'est ramener à l'équilibre d'exploitation sur 1 an. Le profil de l'établissement n'est pas de nature à créer un déficit pérenne. Il n'y a pas de fatalité.
Il faut expertiser la renégociation des taux d'emprunts. On a vu des hôpitaux de notre région renégocier des taux d'emprunts contractés auprès de banques suisses ! Donc, c'est d'autant plus possible pour le CHNM qu'il n'est pas dans cette situation. La situation peut et doit s'inverser vite. Vu les volumes budgétaires, pas de panique. Il doit y avoir des engagements inscrits et vérifiables. La feuille de route doit être rédigée.

AUDACE53 : Comment mener une réflexion constructive sans climat de confiance autant avec les personnels qu'avec les usagers ? Or, jusqu'ici, décisions brutales annoncées (fermetures de lits, suppression de postes de soignants, décisions intempestives et déplacement des personnels entre les services,…) puis ensuite réflexion collective évoquée par la direction et par vous-même ! Comment parvenir à une réflexion sereine dans ces conditions ? Pour l'instant, on a l'impression de « naviguer à vue ». Le personnel soignant est épuisé et inquiet pour son avenir.

ARS : Si on ne bouscule pas la situation, pas d'évolution. Le CHNM doit se mettre en mouvement. Nous sommes prêts à mettre le déficit « de côté » pour favoriser un retour à l'équilibre. Des gestes supplémentaires peuvent même être faits pour accompagner cette dynamique. Mais pour cela, des réorientations sont indispensables. Effectivement, un climat de confiance est indissociable de cette « mise en mouvement ». Il appartient à la direction de l'établissement de l'instaurer mais chaque partie, personnel et usagers notamment, doit aussi se placer dans ce cadre.

PISTES DE RÉFLEXION : a-t-on besoin de tous les types d'intervention en chirurgie ? Quelle organisation dans le cadre du GHT ?
Pour les urgences de nuit, même si l'ARS PdL n'est pas sur la même orientation que l'ARS Normandie, une réflexion peut se comprendre, même si le nombre d'actes au service d'urgences de Mayenne [près de 17 000 – NDLR] empêche toute remise en cause de son existence.
Pour ce qui est du secteur psychiatrique, nous connaissons l'Histoire et l'expertise du CHNM. Mais la situation doit évoluer. Trop important pour le département. La logique de projet est complexe et va prendre 1 ou 2 ans mais cela doit bouger. Il faut contribuer à la réflexion et remettre en cause le fonctionnement actuel : en finir avec les hospitalisations longues, développer là aussi l'ambulatoire et l'accompagnement à domicile.

AUDACE53 : Savez-vous combien de temps d'attente au CMP de Mayenne ? 2 ou 3 mois. Et nous ne parlons pas du secteur enfants/ados où cela peut dépasser les 6 mois.

ARS : Cela prouve qu'il faut déplacer les moyens pour faire face aux besoins [fermer des lits à l'hôpital pour ouvrir des moyens en ambulatoire et au CMP – NDLR].

AUDACE53 : Pour nous, dynamique inversée par les décideurs : on ferme d'abord des moyens pour ensuite développer d'autres services, ambulatoires ou accompagnement à domicile. Même logique pour la chirurgie, la psychiatrie, les EHPAD. Il faudrait, si tant est que des moyens soient à supprimer, ce que nous contestons, d'abord développer les secteurs appelés à pallier ces éventuelles suppressions. Or, c'est toujours un logique comptable qui mène les « décideurs ».

ARS : budget contraint. On n'utilise que les moyens qu'on a. Si l'on veut développer un secteur, il faut transformer des moyens qui se trouvent ailleurs.

AUDACE53 : évoque le dossier des EHPAD. Annonces par le Conseil Départemental 53 de fermetures brutales sans concertation ni même information préalables. Population du département de la Mayenne attachée à son réseau d'EHPAD. Correspond à la spécificité d'un dpt rural. Décision de l'ARS de ne plus financer travaux dans établissements de moins de 80 lits entraîne choix préjudiciables du Conseil Départemental 53 que nous contestons. De plus, choix des EHPAD touchés peu compréhensible et contestable au regard de la situation de tous les établissements.

ARS : travaille de concert avec CD53. Bons rapports. Pas de jugement à porter sur ses choix. Sur le fond, le pbl de la dépendance se décale dans le temps. De plus en plus de patients de + en + dépendants avec troubles neuro-dégénératifs. Il faudra rapidement 1 infirmière de nuit dans chaque établissement. ARS sera intraitable sur la sécurité. Or ce surcoût n'est pas absorbable budgétairement par les établissements de moins de 80 lits si l'on veut rester à un prix de journée raisonnable. C'est pourquoi nous avons fixé ce seuil pour là encore pousser à la réflexion. Si on ne fait rien, rien ne bouge et on va se retrouver dans situation intenable au niveau de la sécurité dans bcp d'établissements. Réflexion à mener sur les autres structures. Accompagnement pour maintien à domicile, structures intermédiaires entre domicile et EHPAD. Il y a là des enjeux d'investissement, une nécessité de réflexion territoriale sur les notions de sécurité et de qualité. Les élus doivent avoir accès à un panier d'offres et de services. Des équipes mobiles d'intervention doivent être mises en place avant les EHPAD. Ce sont des décisions d'avenir à prendre collectivement.

AUDACE53 considère qu'après une stabilisation démographique dans les 7/8 prochaines années, l'afflux de résidents (baby-boom de l'après-guerre) va nécessiter des moyens nouveaux qui ne peuvent se substituer aux structures existantes. Doutons de la nécessité de foyers résidences dans la mesure où le souhait des personnes est de rester le plus longtemps possible à domicile, et donc d'être accompagnées. C'est, selon nous, l'aide à domicile qu'il faut développer et ne pas supprimer les petites structures d'EHPAD qui correspondent à un besoin et au souhait de la population. C'est effectivement un choix à opérer.

(*) NDLR : Note De La Rédaction

Fin de l'entrevue à 17h35

Commentaires d'AUDACE53

Tout d'abord, climat d'écoute et de respect. Ça ne fait pas tout, mais ça change d'autres entrevues.
Chacun connaissant maintenant les positions de l'association, nous avons mis l'accent dans ce compte-rendu sur les réponses de nos interlocuteurs plus que sur les interventions des membres de l'association.

Si on veut faire une rapide synthèse de l'entrevue :

pour les points plutôt positifs

1. Pas question pour l'ARS de voir reculer l'offre de soin au CHNM, et encore moins de le voir se transformer en hôpital local ;
2. Le déficit actuel n'a rien de catastrophique à la condition qu'il soit enrayé rapidement ;
3. Le retour à l'équilibre d'exploitation sur 1 an est le premier objectif à atteindre ;
4. La direction du CHNM doit instaurer un climat de confiance à la fois avec les personnels et avec les usagers qui doivent être associés aux réflexions sur l'avenir de l'hôpital ;
5. Les taux d'emprunts doivent être renégociés ; au moins une « expertise » doit-elle être opérée pour en mesurer la faisabilité ;
6. Assurances quant à la pérennité du service d'urgences.

pour les points plutôt moins positifs (!!)…

1. l'aide et le soutien de l'ARS est conditionnée à une « *mise en mouvement* » (!) de l'établissement : pas d'alignement sur les exigences de l'ARS, pas d'aides ;
2. une réflexion et des « *réorientations* » sont considérées comme indispensables, ce qui signifie la remise en cause de l'organisation actuelle : services, mobilité du personnel, nombre de lits… ;
3. mise en cause de tout le service de psychiatrie : trop de lits, trop de malades longuement hospitalisés, trop cher ;
4. Certaines interventions chirurgicales non ambulatoires pourraient ne plus trouver leur place au CHNM ;
5. Accord parfait avec le CD53 pour ce qui est du dossier des EHPAD : trop de petits établissements ; ne plus financer les travaux correspond bien à la volonté de l'ARS de les voir disparaître ;
6. d'une façon générale, aucun regard critique sur le cadre national, que ce soit pour la « *maîtrise des dépenses de santé* », la T2A, la désertification médicale ; il est clair que pour l'ARS, il s'agit d'appliquer à la lettre les dispositions nationales de rigueur budgétaire pour la santé publique.

L'ARS reste ferme sur ses positions. Nos interlocuteurs sont payés pour ça… Il va donc falloir persévérer et nous adresser « plus haut ».

Cela dit, notre mobilisation est prise en compte :

- par le simple fait, déjà, que nous ayons été reçus ; il n'est pas dans les usages de l'ARS de recevoir une délégation d'usagers pendant plus de 2 heures : cela marque donc, au moins, l'intérêt et la curiosité que nous suscitons !
- et, bien sûr, surtout, par **la rallonge d'1 million d'euros** que nous avons apprise non au cours de l'entretien (il ne faut tout de même pas nous donner trop d'importance !) mais alors que nous étions sur la route du retour.

Cette entrevue, pour intéressante qu'elle fut, n'a levé que quelques unes de nos craintes. Et encore va-t-il nous falloir attendre pour voir comment tout cela va tourner.
Pour le reste, les orientations restent : le CHNM doit « *évoluer* ». Les conséquences en terme de lits et d'emplois (il fut très peu question des questions humaines, sans doute ravalées au rang de problèmes d'intendance) restent plus que floues. « *Réorientation* », « *mutualisation* », « *réorganisation* »… que de mots en « tion » qui nous laissent pantois quant à leur concrétisation future, notamment dans le cadre de la mise en place du GHT.

Nous nous en tiendrons à ce que nous pouvons observer jusque là. Et ce n'est pas pour nous rassurer : fermetures de lits, non renouvellements de contrats, embauches à très court terme et « à vue », avenir incertain pour la chirurgie non ambulatoire, suppressions de lits prévues en médecine alors que la direction du CHNM envisageait d'en ouvrir pour répondre aux besoins.

Et l'inquiétude majeure concerne certainement le secteur de la psychiatrie, menacé quasiment de disparition.

Quant aux EHPAD, loin de nous rassurer, nos interlocuteurs ont approuvé la démarche et les décisions du CD53 : trop de petits EHPAD, trop de places d'EHPAD, trop de personnes âgées en EHPAD. Si la question peut être posée pour les GIR 5 et les GIR 6 (moins de 9 % des places d'EHPAD en Mayenne), l'argumentation de l'ARS elle-même, insistant sur le fait qu'on va, dans les prochaines années, avoir affaire en EHPAD à de plus en plus de résidents très dépendants, devrait au contraire inciter à conforter ce secteur et à renforcer l'encadrement médical (qui, rappelons-le, n'est pas à la charge du résident, mais à celui de la sécu et qui n'influe donc pas sur le prix de journée).

Hôpital, désertification médicale, EHPAD, **AUDACE53** a encore bien du pain sur la planche...