

Aux pays de Saint-Malo et Dinan, la santé du futur se décide maintenant



Version du 30 Août 2022

Pour un hôpital public, cœur du dispositif territorial du "prendre soin"

Le « Grand » projet hospitalier s'élabore au sein d'instances peu connues des citoyen.ne.s, dont les sigles ARS*, GHT*, CPTS*... tiennent davantage du code secret que du langage communément employé par la "France d'en bas". Au fait, qu'en pense le.la citoyen.ne lambda? Apparemment, dans l'esprit de nos décideurs... Rien. Ce n'est pas leur problème, et d'ailleurs c'est trop compliqué pour qu'ielles y comprennent quelque chose. C'est une affaire de spécialistes. Entendez une affaire de gestionnaires, de financiers, de diplômés de l'École des hautes études en santé publique, bref de la technostructure hospitalière.

Et pourtant. Repenser et investir dans un nouvel hôpital public pour les trente années à venir ne peut se résumer à calibrer, ventiler et rechercher à tout prix la rentabilité d'investissements immobiliers et techniques et des effectifs de soignants. Cela demande de penser et d'organiser un dispositif global d'intervenants complémentaires et coordonnés pour assurer le traitement médical et les soins pour contenir ou éradiquer la maladie sans oublier l'attention portée à la personne malade, ceci à tous les endroits du territoire.

Ainsi donc, notre santé, ce ne serait pas notre affaire?

Il est vrai que la résistance achamée notamment de l'ARS à répondre aux demandes d'information des dinanais es et des malouin es a éveillé leur perplexité.

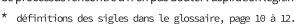
La Coordination Le Monde d'Après et Dinan Diver'Cité ont souhaité en avoir le cœur net et a mobilisé de part et d'autre de la Rance avec l'appui des syndicats Sud Santé et CGT et d'élus du pays de Dinan. Elle veut ainsi impulser et faire émerger la contribution des populations à la réflexion menée en haut lieu afin que la programmation du dispositif de santé prenne en compte leurs attentes et leurs besoins dans leur diversité sociologique et générationnelle. Ainsi la Coordination se situe dans la logique d'une démocratie sanitaire revendiquée et assumée. Elle veut contribuer à l'amélioration du système de santé publique qu'est censé apporter ce projet. Les investissements lourds qu'il suppose impliquent nécessairement les citoyens cotisants à la sécurité sociales et contribuables qui doivent en retour savoir la façon dont les choix qui s'opèrent rencontrent ou pas les besoins des populations.

Quel projet stratégique pour l'hôpital public?

Ainsi, la Coordination s'est inquiétée du fait que jamais, dans aucun des documents qu'elle a pu consulter, il n'est précisé une stratégie partant de l'Hôpital Public pour développer l'ensemble du dispositif ni la manière dont la gouvernance de l'hôpital est positionnée pour son pilotage. Comment assure-t-on à l'hôpital public de garder la maitrise de l'organisation et du développement des moyens sur son territoire? Comment, à quelles conditions, sur quelles bases contractuelles de coopération et ou de subordination s'articulent et collaborent l'hôpital public et les acteurs libéraux et privés (non lucratifs et lucratifs) constituant cette communauté?

Oui à l'hospitalisation courte et aux soins à domicile mais dans quelles conditions?

Autre source de perplexité. On assiste depuis une trentaine d'années à un mouvement de "désinstitutionalisation" des soins. Ce processus rencontre à n'en pas douter l'aspiration légitime des





malades à un meilleur confort. Mais l'accélération de ce mouvement répond aussi, et souvent d'abord, à des considérations économiques, à des évolutions techniques et des impératifs de sécurité sanitaire (lutte contre les infections nosocomiales notamment). Une part croissante des interventions et des soins hospitaliers se font dans des unités de soins ambulatoires, d'hospitalisation de jour ou à domicile (SSIAD, HAD). Rien n'est dit sur la façon d'intégrer dans les plans de restructuration hospitalière, les conditions de la bonne mise en œuvre d'un tel dispositif de soins ouvert, en réseau sur un large territoire aux caractéristiques urbaines et rurales différenciées. Les gestionnaires de l'ARS utilisent les mots, agitent les concepts "parcours de soin", "maintien à domicile", " hôpital de proximité" mais leur "ingénierie" et leurs plans de financement ne paraissent pas envisager l'architecture ni les conditions d'un bon fonctionnement de ce système complexe d'acteurs et de moyens.

Assurer les urgences, maintenir les chances de guérison et de vie en bonne santé pour toutes et tous.

Enfin, le plus préoccupant dans ce qui fait l'objet de la communication officielle est l'extrême légèreté avec laquelle est abordé le traitement de l'urgence et le sujet de l'accès à temps à une offre complète de soins hospitaliers ainsi qu'à un plateau technique de bon niveau. En dépendent les chances de guérison et de vie en bonne santé pour une population qui augmente et aussi vieillit. Or la déqualification de l'hôpital de Dinan se traduira pour nombre d'habitant.e.s du secteur hospitalier par un allongement du temps de transport et une perte de chances.

La Coordination Le Monde d'Après demande avec la plus grande fermeté que soient prises en compte les différentes analyses et propositions figurant dans ce document et que des réponses puissent être apportées aux questions que se posent les citoyen.ne.s sur la nécessaire amélioration de la situation de l'hôpital public sur notre secteur.

Un grand attachement à l'hôpital public

200 personnes interrogées

Durant quatre mois les membres de la coordination Le Monde d'Après sont allés à la rencontre des habitants à Saint-Malo, Dinan, Dinard, Dol de Bretagne, Combourg pour les interroger sur leurs attentes et leur connaissance des services de santé sur le territoire. Plus de 200 personnes (199 formulaires exploitables) ont ainsi répondu à trente huit questions, administrées sur le site internet de la coordination.

Il ne s'agit pas d'un sondage sur échantillon représentatif de la population mais d'une enquête de type social par questionnaire visant à mobiliser et analyser les perceptions et attentes des répondant.e.s qui, en le faisant, manifestent un intérêt particulier pour le sujet.

L'information et la mobilisation des répondant.e.s s'est faite sur les marchés des villes visitées ainsi que sur le parking de deux centres commerciaux. Les personnes contactées avaient la possibilité de répondre immédiatement sur support papier ou en se connectant sur le site de la coordination. La quasi totalité de la réponse a été faite par internet donc après un temps de réflexion.

La collecte de réponses couvre l'ensemble du territoire. Les caractéristiques personnelles et sociales des répondants mobilisés par la question sont assez diversifiées avec cependant une sur-représentation de personnes âgées: 56 % ont + de 63 ans et sont retraitées, 42 % sont actives.

Un intérêt porté au projet local de restructuration hospitalière

- 83% expriment une volonté d'être consulté.e.s.
- 97 % en ont entendu parler mais 87 % ne se sentent **pas assez informés**.

Pour la bonne gouvernance du projet, ilselles font confiance d'abord :

- 70 % aux associations d'usagers.
- 66 % aux syndicats des personnels hospitaliers.
- 50 % aux médecins du territoire.

En une moindre mesure:

- 28 % aux médecins de la commission médicale des établissements.
- 25 % aux élus locaux.
- 10 % à la direction de l'hôpital et à l'ARS.

Les soins dont l'accès est le plus important ?

1 - Urgences (99)

2 - Maternité gynéco (58)

3 - Cardiologie (50)

4 - Médecins généralistes (49)

5 - Chirurgie (41)

Cancérologie (19)

Gériatrie, Ehpad (13)

Imagerie (10)

Ophtalmologie (8)

Neurologie (7)

Dentiste (6)

Pédiatrie (4)

Psychiatrie (3)

Diabétologie (2)

Gastro entérologie (1)

(en nombre de citation...)

L'accès aux soins est une préoccupation majeure

La santé et l'accès aux soins sont une préoccupation pour la quasi totalité des personnes interrogées (importante pour 77,5% et une préoccupation parmi d'autres pour 21,1%).

Cette préocccupation concerne leur propre santé et celle de leurs enfants, de leur entourage familial et amical.

Les services pour lesquels l'accès est le plus important sont d'abord **les urgences** ; ensuite : **la cardiologie, la maternité** (et les consultations gynécologiques) **la chirurgie**.

L'accès à un médecin généraliste pose problème à plus d'un quart des répondant.e.s.

Un besoin d'information sur l'offre de soins

La moitié des répondants connait insuffisemment l'offre de soin. L'information sur l'offre de soin est d'abord diffusée par les médecins généralistes, puis en consultant internet, enfin par l'entourage.

Ils-elles fréquentent les services hospitaliers (publics et privés) de Saint-Malo, Dinan et aussi de Rennes.

En fonction du lieu de résidence, les hôpitaux considérés les plus accessibles sont ceux de Dinan et de Saint Malo.

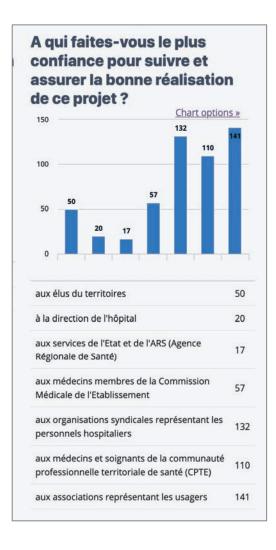
En revanche la moitié des répondants a déjà fréquenté le CHU de Rennes et à peu près autant un établissement hospitalier privé de Rennes.

Moins de 10 % en revanche ont fréquenté un établissement à Saint-Brieuc

Ils-elles manifestent une forte attente de service public

Ils jugent l'offre de services des deux hôpitaux publics insuffisante (pour 64%) et peu accessible (pour + de 50%).

Près de 40 % ont fréquenté les hôpitaux privés et près de 60 % préfèrent une hospitalisation en hôpital public.



Les critères d'un bon service : l'accessibilité, la sécurité.

Le premier critère de qualité est l'accessibilité des lieux de soins et d'hospitalisation : l'éloignement des lieux de soins ne doit pas dépasser (par la route) 20 Km et d'hospitalisation au plus 30 km.

La plupart des répondant.e.s (91 %) accèdent à l'hôpital avec leur voiture personnelle. 30 % ont la possibilité de le faire par transports en commun ou par taxi ou ambulance.

62 % des répondant.e.s auraient préféré être soignés plus près de chez eux.

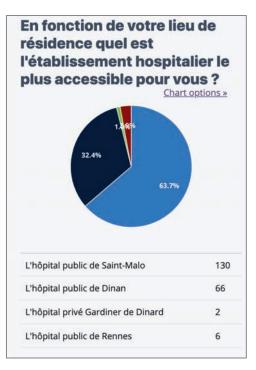
Ils-elles pensent que le manque de médecins, l'absence ainsi que la fatique des personnels soignants sont des causes majeures de difficultés.

Interviennent ensuite mais moindre mesure, le manque de moyens, vétusté des installations, les restrictions budgétaires et le manque de lits.

Les répondants relient ces manques au flux tendu et à l'allongement critique des délais d'admission.

51 % des répondants jugent l'offre de soins sécurisante.

Pour l'accompagnement du parcours de soins les répondants pensent que l'on peut vraiment mieux faire :



seulement 43 % pensent être suffisamment accompagnés dans leur parcours de soin.

Le déficit de soignants et les délais d'attente sont les principales causes des défauts du parcours de soins

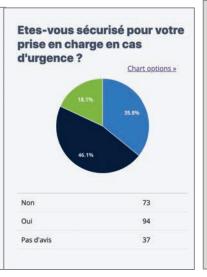
Ils appellent en priorité le 15 ou le 18 (67 %) en cas de beoins de soins urgents et ont d'abord recours à médecin généraliste pour un problème de santé (85 %) alors que 7 % vont directement aux

Une proportion importante de répondants exprime leur insécurité face à la prise en charge aux urgences : 46 % sont sécurisés et 35 % ne le sont pas.

S'ils sont favorables au développement des soins ambulatoires suivis de soins à domicile, la moitié des répondants pensent qu'ils ne remplissent pas ou insuffisemment les conditions d'un bon retour à domicile.



En cas d'urgence qui appelez-Quand vous avez un problème vous en priorité? de santé à qui vous adressez-Chart options » vous prioritairement? Chart options » Sos médecin 23 Je vais aux urgences 14 Le 15 ou le 18 134 J'appelle le 15 ou le 18 13 Votre médecin généraliste Je vais voir mon médecin généraliste 171 Votre entourage 15 J'appelle SOS Médecin. 3 Je ne sais pas quoi faire 8 Je ne sais pas à qui m'adresser. 3



Pour en savoir plus, consultez le livret présentant l'intégrale des résultats de l'enquête sur le site le Monde d'Après

La santé, ça nous regarde!

GENESE D'UNE

REORGANISATION DE L'OFFRE HOSPITALIERE PUBLIQUE

DANS LE SECTEUR SANITAIRE SAINT-MALO-DINAN

Rappelons d'abord que la perspective d'une organisation intégrée du service public hospitalier des pays de Dinan et de Saint-Malo est récente: elle prend corps avec le découpage de la région Bretagne en 7 secteurs sanitaires en 1994 et donc la création du secteur sanitaire n°6. Dès lors, quelques coopérations médicales se mettent en place entre les deux établissements. Mais c'est la mise en place d'une direction commune des CH de Saint-Malo, Dinan et Cancale (2009) suivie de la création du Groupement de Coopération sanitaire du secteur 6 (mai 2010) puis de la Communauté hospitalière de Territoire* (janvier 2011) qui accélèrent les coopérations médicales (médecins en temps partagé). Entre temps, le pôle de santé dinannais a été créé se traduisant par l'intégration de la Clinique (privée) des Pays de Rance sur le site du centre hospitalier (septembre 2009) avec pour corollaire la cessation de l'activité chirurgicale publique (hors gynécologie) à Dinan (perspective contestée par une partie des médecins hospitaliers en 2006). La dernière étape, devant déboucher à terme sur la fusion des établissements, est formalisée par la création d'un Groupement Hospitalier de Territoire Rance Emeraude (juillet 2016).

En réalité, ces importantes et successives évolutions structurelles ne font que révéler l'asphyxie progressive dont est victime l'hôpital public sous le double effet des difficultés à recruter des praticiens et faire face à la précarisation des ressources financières du fait de l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité (2004).

La situation devient particulièrement aigüe à partir des années 2016-2017. L'hôpital de Dinan doit de plus en plus recourir à l'intérim médical pour pallier le défaut de médecins dans les spécialités de gastro-entérologie, radiologie, urgences, anesthésie. Les accouchements sont suspendus à la maternité en juillet 2019. Le CH de Dinan affiche un déficit d'exploitation de 3,4 millions d'€ en 2017 et une dette sociale de plus de 6,5 millions d'€. Le CH de Saint-Malo et la plupart des établissements publics sont également en mauvaise situation (le déficit du CH de Saint-Malo en 2017 s'élève à 2,2 millions d'€ et celui des hôpitaux bretons à 70 millions d'€). La Chambre Régionale des Comptes, saisie par le directeur général de l'ARS constate en janvier 2019 que « la situation financière de l'établissement [dinannais] est critique en ne lui permettant pas de payer ses dettes exigibles avec ses actifs disponibles ce qui constitue une situation de cessation de paiement ». Et la Chambre d'alerter sur le risque que représenterait la fusion envisagée des établissements en précisant que « la situation financière dégradée de l'hôpital de Dinan est même de nature à obérer la situation de l'ensemble nouvellement constitué et à compromettre sa capacité d'investissement ».

C'est très vraisemblablement cet avis du juge des comptes—donc vision strictement comptable - qui invite les directions de l'ARS et du GHT à la suspension du processus de fusion, à la décision d'arrêter les accouchements à la maternité de Dinan et enfin à missionner le cabinet Rossetti, avec pour but de dégager une issue à cette situation particulièrement complexe.

De là à penser que le projet de réorganisation de l'offre de soins publique du secteur sanitaire Saint-Malo—Dinan découlerait **plus d'une vision strictement comptable que d'une volonté de modernisation ou de développement**, il n'y a qu'un pas.

Nous voulons un débat public pour un projet territorial de santé ambitieux

Notre accès à la santé dans 20 ans est en train de se jouer en 2022. C'est le moment de nous exprimer sur nos besoins. Mobilisons-nous maintenant!

D'ici quelques mois, l'ARS et la direction du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT*) auront engagé irréversiblement plusieurs options : le déplacement de l'hôpital de Saint-Malo hors du centre-ville ; le dépérissement en quelques années de l'hôpital de Dinan ; la réduction de plusieurs dizaines des lits d'hospitalisation complète en chirurgie, médecine et obstétrique sur l'ensemble de notre territoire (le secteur de santé n°6).

Comment peut-on soutenir des options aussi radicales sans un véritable débat public ? Leurs modalités de mise en œuvre, dans l'état actuel de nos connaissances, nous laissent en effet pour le moins perplexes. Quel sera notre futur accès aux soins ? Ceci, qu'il s'agisse de médecine de 1er recours, de consultations de spécialistes, d'urgences de premier niveau, d'urgences graves (infarctus, AVC,...), d'hospitalisation à temps complet ou d'accès à un Ehpad à proximité du domicile etc

Comme 66 millions de français, nous dépensons chaque année 3 à 4000 € en frais de santé. 60% sont affectés aux plus de 50 ans. Nous savons que notre santé coûtera plus cher demain qu'hier. Comme l'alimentation. Comme l'énergie.

«Moi je m'en fiche si Dinan ferme, j'irai à Saint-Malo!» Mais l'hôpital de Saint-Malo est déjà saturé et n'absorbera pas les surplus de Dinan. La suite logique sera dans 10 ans : « moi je m'en fiche, si Saint-Malo ferme, j'irai à Rennes ». Le CHU de Rennes est tout autant saturé et pourra encore moins absorber les carences de la structure malouine. Sur la santé comme sur le reste, la solution doit être assurée à la fois globalement et localement. "Oui nous sommes tous sur le même bateau!"

Quel est le projet de santé publique sur notre territoire? Comment articulerons-nous demain les hôpitaux avec l'ensemble des ressources publiques, privé lucratif, privé non lucratif? Entre nos hôpitaux de proximité*, la médecine de ville*, des centres de santé*, les Ehpad, etc.?

Nous voulons être bien soigné.es

Ce qui signifie que demain :

- Chacun, sur notre territoire, aura accès à un service d'urgence opérationnel en moins de 30 minutes. Les 6 millions de français (un sur dix) n'ayant plus de généraliste en auront retrouvé un et cesseront d'encombrer les urgences en patientant des heures pour "trois fois rien".
- Mon médecin généraliste me rendra à nouveau visite à domicile, même le jour où je serai en Ehpad.
- Ayant facilement accès à mon médecin généraliste j'éviterai de jouer à l'apprenti sorcier en m'auto-médicant et de filer aux urgences pour un "bobo", ou pire, pour des symptômes résultant de simples interactions médicamenteuses.
- J'aurai oublié le temps où je me baladais entre des spécialistes qui traitent chacun "leur" organe ; mon généraliste vérifiera que mon pilulier ne comporte plus d"interactions aux conséquences néfastes.

- Je serai pris.e en charge par une équipe pluridisciplinaire où chacunn n'hésitera pas à décrocher le téléphone ou à envoyer une question ou une image à un collègue par Whatsapp. À l'image de ce qui a été mis en place dès 1990 en cancérologie, en diabètologie, ce sera une équipe qui limitera les coûteux scanner ou IRM pour les situations où c'est vraiment utile. Leurs compétences complémentaires leur permettront de traiter les petites urgences comme un point de suture. Cette prise en charge pluridisciplinaire prendra de l'importance à mesure que je prends de l'âge et que mes pathologies deviensront chroniques.
- Je serai suivi.e par une vraie équipe médicale compétente dans mon Ehpad qui comportera a minima médecin, infirmier.es aides-soignant.es. Cette équipe prendra en charge intelligemment mes affections chroniques et saura réagir vite en cas de phase aiguë.

Nous voulons des soignant.es de proximité disponibles

Ce qui signifie que demain...

- Le métier de médecin aura su s'adapter à des médecins de plus en plus souvent des femmes jeunes parents soulagés de nombreuses tâches techniques, et administratives.
- Les soignants travailleront en équipe dans un même centre de soins : spécialiste, généraliste, infirmier.e, sage-femme kinésithérapeute, secrétaire médicale. Chacun se concentrera sur son cœur de métier, en dialogue et en bonne intelligence avec les autres. Les médecins locaux retrouveront l'habitude de soigner eux-mêmes la « bobologie » et les petites urgences, soulageant ainsi les urgences de l'hôpital.
- Les centres de santé* de proximité seront de statut public, associatif ou coopératif. Les soignants seront salariés, et ne factureront plus seulement à l'acte.

Nous voulons des hôpitaux performants

- L'hôpital ne nous renverra pas chez nous avant que les conditions de bonne prise en charge soient réunies.
- L'hôpital coordonnera « l'après » de mon parcours de soins. Il s'impliquera au cœur du dispositif de suivi post-séjour : transfert en soins de suites, retour à domicile, hospitalisation à domicile (HAD).
- Les précieuses compétences de tous les médecins du secteur seront mieux valorisées. Les autorités publiques auront rééquilibré les droits et devoirs, les obligations et charges, entre les médecins du public, des cliniques privées (ex Vivalto), des laboratoires d'analyses, des centres de radiologie : revenus, temps de travail effectif, obligations de garde.
- L'hôpital public local disposera d'un véritable bloc opératoire de confiance qui assurera les interventions urgentes de 1er recours, et les interventions programmées courantes, ne relevant pas de spécialités pointues.
- Le métier d'infirmier.e hospitalier.e sera plus attractif car il travailleront dans des équipes aux effectifs viables, avec un une pleine reconnaissance de leur métier de soignant par leur hiérarchie.
- Aucun service hospitalier ne sera mis en tension forte par carence de personnel. Le scénario de l'accident dramatique qui discréditait des soignants épuisés et justifiait la fermeture du service ne sera plus qu'un vieux souvenir.
- Un hôpital ou un centre de santé sera redevenu un investissement public, stratégique pour le territoire. Il aura accès à un financement à long terme supporté par le citoyen, et ne sera plus obligé de se plier aux mêmes règles qu'un parc d'attraction.
- Les établissements de santé, publics et privés, seront gouvernés sous le contrôle d'élus, de patients, d'usagers de la santé. Cette gouvernance mobilisera l'intelligence collective ; elle affectera des salaires et des moyens sur les vraies priorités, sur des critères de soins et pas seulement financiers, lors de leur construction comme lors de leur exploitation.

Nous voulons une santé pour tous

Ce qui signifie que demain...

- Nous serons fiers de notre politique de santé car elle s'inspirera des grands principes sociaux de notre république : Liberté égalité fraternité, tant dans l'accès aux soins que pour le personnel soignant.
- Les inévitables arbitrages seront issus d'un véritable débat public. Où porter l'effort ? Sur quelles pathologies, quelles populations, quels territoires ?
- Tous les français auront accès à une médecine de qualité, sans perte de chance, et sans avoir besoin d'une super mutuelle personnelle à 2000€ /an ou de disposer de 5.000 à 20.000 € pour se payer une prestigieuse clinique privée.
- La sécu remboursera l'essentiel des frais de santé, comme c'était sa vocation initiale. Comme cela se pratique depuis longtemps par exemple en Alsace-Moselle(1) où le prélèvement de 1,5 % sur les salaires offre un remboursement moyen à 90 % des dépenses.
- Les «super mutuelles santé» réservées aux plus riches d'entre nous n'existeront plus. Ces sommes seront prélevées à la source et réinjectées au service de tous. Les 30 milliards par an des mutuelles, y compris leurs 8 milliards de coûts de gestion, réintègreront le bien commun. Les plus aisés en bénéficieront eux aussi car aucune super mutuelle ne les mettait à l'abri d'un passage aux urgences, d'une pathologie chronique complexe, d'une tranche de vie en Ehpad.
- Les surcoûts facturés par les spécialistes non conventionnés et les cliniques privées seront réintégrés dans le budget commun.
- L'acteur public articulera les moyens publics avec ceux du privé non lucratif.
- Nos élus locaux refuseront le regroupement de toutes les compétences sur les grandes métropoles. Ils s'assureront que tous nos concitoyens auront accès aux soins, et veilleront à éviter des parcours de soins inutilement coûteux.
- Des « patients » seront mobilisés comme ressource auprès de leurs pairs et des soignants : patients-experts, pairaidants, etc.
- 1) Le régime local d'Alsace-Moselle est un système particulier d'assurance maladie issu de l'histoire. Il a toujours été plus favorable en termes de prestations servies aux salarié.es que les régimes d'Assurances sociales et de Sécurité Sociale .

Nous voulons être bien portants

- Des véritables politiques de prévention éviteront des drames personnels et des prises en charge coûteuses partout où nos comportements déterminent notre santé.
- •Notre santé se jouera aussi en faisant nos courses, en préparant à manger. Enfants, jeunes parents, tous nous serons sensibilisés, et les produits de qualité seront facilement identifiables dans tous les commerces.
- Si nous sommes à risque, des dispositifs nous inciteront à pratiquer une activité physique qui nous correspondra, dans toutes les dimensions du sport: entretien physique, plaisir de bouger, de rencontrer des pairs, rejoindre une équipe, relever des challenges. sport loisir, sport adapté, intégration dans les fédérations sportives, et si nécessaire aide à la mobilité pour nous y rendre.

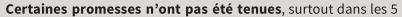
Les réussites d'hier ont toujours été l'aboutissement d'une forte volonté politique

Le service public hospitalier a connu une période de développement continue dans notre territoire du milieu des années 1970 aux années 2000. Ces années ont été marquées par l'implantation d'activités nouvelles telles par exemple la néphrologie-dialyse, la cardiologie invasive (coronarographie et angioplastie), la prise en charge rapide des AVC (unité neurovasculaire) et la constitution de pôles d'excellence.

L'aboutissement de ces projets est le fruit d'initiatives et d'une forte implication de l'ensemble des acteurs institutionnels (praticiens, directions, élus, personnels, usagers) mais cet élan s'est brisé depuis 15 ans sous l'effet du tournant libéral, imposé à l'hôpital public (T2A -Tarification à l'acte, loi Bachelot dite HPST, Hôpital, Patients, Santé, Territoire).

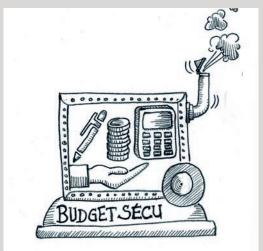
Dans l'état de notre information et à la lecture du **projet médico-soignant partagé***, voté par les instances du GHT* en avril-mai 2022, nous sommes **très perplexes sur la réalité de ce qui se prépare, pour ne pas dire très inquiets.**

L'accès au soin a régressé depuis quelques années. Les politiques de santé ont hélas été marquées de déceptions, de dysfonctionnements, auxquels le projet actuel se devrait de remédier. Il devrait également anticiper l'évolution démographique (augmentation de la population, mais aussi vieillissement), la croissance des pathologies chroniques, l'émergence de nouvelles pathologies, les risques de nouvelles pandémies, les mutations des métiers de soignants, les nouvelles technologies de soin et de communication, le retour de la nécessaire accessibilité de proximité.



dernières années. Bien souvent, une analyse compétente permettait dès le départ de voir que le manque de moyens affectés entraînerait rapidement l'échec.

La maternité de Dinan : on nous a promis qu'elle était sauvée, elle a été fermée 1 an après. Les urgences à Dinan : voilà plusieurs années que les AVC ne sont plus traités à Dinan, faute de neurologue et de structure opérationnelle. Le plateau technique de rééducation : pôle d'excellence prévu à l'ouverture de l'hôpital de Dinan en 1970, il n'était pas viable.



Financement, quel engagement réel de l'état ?

Le CNIS* (conseil national de l'investissement en santé) devait rendre un avis sur le projet hospitalier Rance Émeraude le 15 juin 2022 et notamment sur son financement. Le silence le plus complet règne sur l'issue de cette procédure. **Il y aurait-il un souci?**

487 millions d'euros était le chiffre annoncé voici quelques semaines, dont 187 millions "engagés par l'État" dans le cadre du Ségur, la différence restant à la charge du Groupement hospitalier. Selon les gestionnaires experts de l'ARS, les collectivités territoriales devraient également se "mobiliser" pour trouver "des sources de financement" ainsi que le rapporte un élu de la frange sud du secteur de Dinan. Quand on sait que les 187 millions d'euros ne sont pas, de fait, pris dans les caisses de l'État mais dans celles de la Sécurité Sociale, on ne peut que constater le désengagement de la puissance publique du financement de ce qui fut , il y a peu, le 1er système de santé du monde. Un désengagement "coûte que coûte" en quelque sorte?

2021	2028 ?
42.000 séjours /an	54.000 séjours/an
617 lits	584 lits
128 admissions /j	164 admissions /j
Durée moyenne et	Durée moyenne et
théorique d'un	théorique d'un
séjour:	séjour:
4,28 jours	3,55 jours

Combien d'hospitalisations en 2040?

La démographie: 270.000 habitants aujourd'hui. Le projet table sur 45.000 habitants de plus en 2040, dont 36.000 de plus de 60 ans, c'est-à-dire une augmentation prévisible des urgences, des maladies chroniques, des séjours d'hospitalisation.

Pour y faire face, le projet ambitionne d'augmenter le nombre de séjours en hospitalisation complète (MCO) de 12.000 unités/an et les séances en hôpital de jour de 25.000/an.

Si l'objectif de progression des séjours ambulatoires et en hôpital de jour paraît atteignable (+100 venues/jour dans les 75 places supplémentaires annoncées), il n'en est pas de même en hospitalisation complète: avec une capacité réduite à 534 lits MCO, cet objectif paraît très (trop?) ambitieux car il supposerait une réduction drastique de la durée moyenne de séjour (à moins de 4 jours).

Quelle « coopération » public - privé?

Les liens et coopérations entre structures et professionnels libéraux et publics sont évoqués à de multiples reprises et dans toutes les filières de soins déclinées dans le projet médico-soignant. Toutefois, aucune précision n'est apportée quant à leur cadre juridique. Il est pourtant notoire que les conventions hôpital public- établissement de santé privé aboutissent au fil des années à une répartition des rôles selon les modalités de tarifications des actes et séjours, les plus rentables étant recherchés par les cliniques, centres d'imagerie, les moins rémunérateurs étant dévolus à l'hôpital public –urgences 24h/24, gériatrie, maladies chroniques, rééducation... A quoi ressemblera la coopération annoncée ?









illustration Thomas Schmutz (C)ADAGP 2022

Quid du bloc opératoire à Dinan?

La perspective de maintenir une activité de chirurgie gynécologique publique au bloc opératoire de Dinan dans le cadre de la convention avec la Polyclinique des Pays de Rance, avait été initialement évoquée. Le projet médico soignant n'a pas retenu cette orientation. Le bloc opératoire, situé dans l'enceinte du CH de Dinan, ne sera donc utilisé que pour les besoins de la polyclinique privée, dont les chirurgiens ne seraient sollicités au titre du public que pour des avis concernant la filière d'urgence.



Quel coût global réel? Qui paiera la note?

On sait que coût global du projet évalué initialement à 400 M€ a été porté à 487, pour une subvention portée de 100M€ à 187M€. Et nous ne sommes pas sans doute pas au bout des surcoûts, certes inévitables sur un tel projet.

Parmi eux, il y a les incertitudes et hésitations portant sur le site de localisation du plateau technique avec les conditions de mise à disposition et d'aménagement des terrains ainsi que leur desserte routière. Qui financera ces surcoûts?

Par ailleurs, Il est fort à craindre que ce grand projet aboutisse à « vendre tous les bijoux de la couronne », à commencer par les précieux sites d'Ehpad malouins situés en front de Rance: Corbières, la Briantais.

Avec quelles capacités en lits?

Dans le projet Médico soignant nous observons la suppression de 33 lits MCO d'hospitalisation à temps complet sur l'ensemble des 3 établissements du GHT en comparant le projet 2028 par rapport au décompte réalisé en 2021 par le cabinet Averroes. Mais cette donnée ne rend pas compte des fermetures opérées antérieurement, notamment au CH de Dinan (fermeture de la maternité). Indépendamment de ces réductions antérieures à 2021, la capacité installée au CH de Dinan régresserait de 192 à 85 lits MCO, soit une nouvelle purge de 107 lits. Sur les 85 lits restants à Dinan, 28 seraient dévolus à la médecine gériatrique et 8 aux soins palliatifs, ce qui consacre la disparition de la médecine de spécialité sur ce site (à l'exception de la neurologie).

S'agissant des soins de suite, on enregistre positivement que le projet médico-soignant propose une augmentation de ces capacités d'aval : de 137 lits installés fin 2018 à 160 lits projetés dont 20 dédiés aux patient.es Alzheimer (2 unités cognitivo-comportementale de 10 lits). Mais que signifie à l'inverse l'annonce récente de concentrer à Dinan le pôle de rééducation qui a légitimement mobilisé les personnels malouins.

Cette question de la capacité en lits installés et fonctionnels est évidemment cruciale : de celle-ci dépend la qualité du « prendre soin » à l'admission, c'est-à-dire de la fin de la « stagnation » de patient.es des heures durant dans un couloir des urgences dans l'attente de la libération d'un lit dans une unité d'hospitalisation ad hoc.

De celle-ci dépend aussi la capacité du nouvel ensemble hospitalier à faire face à un pic épidémique, sans déprogrammation des prises en charge des autres pathologies.

Toutes et tous à 30mn des soins urgents?

Dans son engagement 4, le pacte territoire de santé (2015-2017) précisait garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes. Il est fort à craindre que cette orientation soit difficile à tenir et que le maintien d'un service d'urgences à Dinan ne soit qu'une promesse de papier même dans le cadre d'un « service territorial ». Dans ce domaine en effet, le projet médico-soignant ne paraît pas viable à moyen et long terme pour la raison qu'un service d'urgences et un Smur nécessitent une réelle « base arrière » en soins critiques tant en moyens techniques qu'en permanence de spécialistes : cardio, neuro, pneumo... Selon le projet médico-soignant, rien de tout cela ne sera plus disponible à Dinan et la « solution » télé-expertise apparaît bien dérisoire... De surcroît, la pénurie actuelle de médecins urgentistes condamne cette Orientation.

La carte ci-contre montre la zone blanche s'étendant à plus de 30mn du plateau technique unique de Saint-Malo qui en résulterait.



LE "PRENDRE SOIN DU FUTUR" ?

Les dysfonctionnements, c'est du vécu!..

Paul et Martine, 40 ans, ont vu leur médecin traitant non remplacé

- « On a passé des heures à chercher un nouveau généraliste, jusqu'à renoncer. Depuis 2019, pour nous et nos 2 enfants, nous surfons sur les sites médicaux pour tous les bobos. On pratique donc l'automédication, on consulte aussi des énergéticiens à nos frais. On a appelé 3 fois le 15 pour des otites des enfants. On ne va aux urgences que si c'est vraiment nécessaire. »
- La santé du futur : Leur famille sera connue au centre de santé, à moins de 15 mn de chez eux. La secrétaire leur trouvera un RV dans la journée si nécessaire, sinon dans les 8j. Elle les orientera dans certains cas directement sur le kiné, l'infirmière, le psycho de l'équipe médicale.
- **Bilan :** Accès au soins. Thérapie sécurisée par des vrais soignants impliqués. Désencombrement du 15 et des urgences.







illustration Thomas Schmutz (C)ADAGP 2022

Odile, 46 ans, souffre d'un cordon lymphatique invalidant, finalement résolu en 3 séances de kiné.

"Après cette opération des ganglions, je ne pouvais plus me servir de mon bras gauche. Ma généraliste, par prudence sans doute, m'a prescrit un scanner et un arrêt de travail en attendant. J'ai décroché un RV dans 3 semaines. Entretemps, j'ai montré mon bras à ma kiné qui fait aussitôt le diagnostic. Elle a traité ce cordon en 3 séances. »

- La santé du futur : La généraliste travaillera en équipe avec infirmière, kiné. Elle appellera la kiné pour avis, et tout se résoudra en direct.
- **Bilan**: économie d'imagerie inutile, 3 semaines de souffrance et arrêt de travail en moins.

Stéphanie, 48 ans, a subi un infarctus diagnostiqué trop tard.

«Je ressentais depuis deux mois de douleurs à l'estomac mais je voulais pas prendre RV avec son médecin qui était débordé. Lors d'une crise plus forte, j'ai appelé le 15. Ils ont envoyé un médecin qui a vu un infarctus et m'a envoyée aussitôt aux urgences. Ça m"a sauvée in extremis, je pense. »

- La santé du futur : Stéphanie n'hésitera pas, prendra RV au centre de santé à 10 mn de chez elle, dans les 3 jours. Le diagnostic sera fait, la secrétaire lui décrochera un RV dès le lendemain chez un cardiologue.
- Bilan : Un risque vital évité, ainsi que des souffrances inutiles. Désencombrement du 15 et des urgences.



Monique, 93 ans, en grande souffrance, n'accède pas a des soins palliatifs, faute de lits

« Le cancer de maman a évolué. Elle souffre beaucoup jour et nuit. On habite à côté du CH de St Malo, on y allait tous les jours en hôpital de jour, mais aucun lit n'était disponible de nuit. On lui a trouvé une place à la clinique de St Grégoire. J'ai fait les 140 km tous les jours. »

- La santé du futur : L'unité de soins palliatifs de St Malo disposera d'un nombre de lits suffisants.
- **Bilan :** Moins de souffrances inutiles. Elle sera accompagnée de tous ses proches. Bilan carbone très amélioré.

fois, pour interactions médicamenteuses. » • La santé du futur : L'équipe médicale de l'Ehpad se réunira. Elle

Sa pluripathologie est mal prise en charge. « Faute de médecin disponible sur place, l'Ehpad m'a

Jean, 88 ans, est en Ehpad.

• La santé du futur : L'équipe médicale de l'Ehpad se réunira. Elle aura supprimé plusieurs médicaments antagonistes, et mis en place un protocole de surveillance de l'ensemble des effets secondaires pour ajuster la prescription.

envoyé trois fois aux urgences dans un état critique ; deux

• **Bilan**: moins de souffrances, d'affolement des proches. Désengorgement des urgences; économie pour la CPAM.

Nathalie, 35 ans, opérée avec succès, refuse une seconde opération inutile

- « Ma seconde intervention était prévue par défaut, mais ça s'avère inutile au vu des résultats de la 1ere. La secrétaire de la clinique m'a prise à partie : « comment pouvez vous refuser une opération qui est prévue, donc prise en charge ? ». C'était « gratuit », d'accord, mais une opération inutile! »
- La santé du futur : Les centres de soin n'auront plus besoin de « faire du chiffre », au risque d'engager des actes inutiles. Médecins et patients n'engageront de l'imagerie, des traitements couteux, que lorsque cela semblera vraiment utile.
- **Bilan :** allègement des parcours de santé. économies pour la CPAM.

Josée, 68 ans, souffre d'asthme+diabète. Elle a trouvé un spécialiste parisien en visio.

- « J'ai longtemps cherché un médecin compétent sur cette interaction, avec une vision d'ensemble. J'ai fini par tomber sur un spécialiste parisien qui proposait des consultations en visio. Maintenant, je l'appelle dès que j'ai un doute. »
- La santé du futur : Ce spécialiste partagera les CR de consultation avec le généraliste de Josée.
- **Bilan :** Moins de souffrances. Moins de pression sur le généraliste en limite de compétence, qui peut se recentrer sur son cœur de métier indispensable. Coût modéré de l'accès en visio. Pas de surcoût pour la CPAM.

Ce dossier est le fruit du travail engagé depuis plus d'un an par les membres de la coordination "le Monde d'Après du Pays de Saint-Malo" associés à ceux du collectif "Dinan Diver'cité".

Il a pour vocation:

 de diffuser l'analyse qu'ensemble ils font de l'intérêt et des risques du projet de restructuration et rénovation des hôpitaux de Saint-Malo, Dinan et Cancale regroupés.

- de soutenir le débat démocratique et les actions citoyennes pour un hôpital public, cœur du système de santé, qui réponde aux enjeux du prendre soin des habitant.e.s des pays de Saint-Malo, Dinan, Dinard, Cancale, Dol de Bretagne, Combourg à échéance des trente années à venir. La Coordination le Monde d'Après, Pays de Saint-Malo est un groupe de réflexion, de proposition et d'action composé de neuf organisations : Attac Pays Malouin-Jersey, la FSU, Solidaire35 Pays Malouin, Génération.s, l'UDB, la France Insoumise, le NPA, la LDH, Osons !, ainsi que des citoyen.ne.s non affilié.e.s

Contact : Jean ROHEL coordinateur Mail : construisonslapres@gmail.com

Les mots pour dire et comprendre le système de santé

Les membres de la Coordination Le Monde D'Après et de Dinan Diver'Cité veulent connaître, défendre et faire progresser les droits à vivre en bonne santé, assurés par une politique territorialisée "du prendre soin".

Dans l'action, ils perçoivent la difficulté pour les citoyen.ne.s lambda de s'engager pour que vive **la promesse de "Démocratie Sanitaire".** Qu'ils soient usagers ou professionnels de santé, ils découvrent et se heurtent à des **institutions de gouvernance** complexes et pléthoriques, animées et pilotées par des gestionnaires évalués d'abord sur leur capacité à optimiser et réduire la dépense publique, à imposer des concepts et pratiques de "l'hôpital entreprise".

A cela s'ajoute que la médecine et le soin sont - au gré de l'évolution des connaissances, de la science et des techniques - un domaine en perpétuelle et rapide adaptation et en mutation permanentes de pratiques. Là encore les enjeux économiques de productivité, d'accaparement de la valeur par la privatisation et l'ouverture au marché risquent de surpasser les enjeux d'amélioration du "prendre soin" de toutes et tous où que l'on vive et quels que soient nos moyens.

Pour faire entendre sa voix et comprendre les enjeux, il faut s'approprier et tenter de décoder le lexique. Ce glossaire, établi à partir des définitions officielles, s'inscrit dans cette démarche. Il ne constitue en aucun cas une caution de notre coordination aux dispositifs qu'il décrit et à la manière dont ils fonctionnent, souvent à rebours des intentions et valeurs exposées (démocratie, transparence, qualité, proximité...). La complexité et l'enchevètrement des instances peut servir la stratégie du secret et la captation de la décision par une élite bureaucratique. Cela se fait la plupart du temps au détriment de la volonté et des besoins des citoyenn.ne.s. et à la faveur des opérateurs et groupes privés, au détriment du service public de santé.

Gouvernance

ARS: Agence Régionale de Santé

Les Agences Régionales de Santé sont chargées du pilotage régional du système de santé. Elles définissent et mettent en œuvre la politique de santé de l'Etat en région.

Concrètement, les agences régionales :

- coordonnent les activités et attribuent le budget de fonctionnement des hôpitaux, cliniques, centres de soins ainsi que des structures pour personnes âgées, handicapées et dépendantes.
- régulent au plan territorial la répartition des médecins et de l'offre de soins sur le territoire ; l'utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses de santé. Le Directeur Général de l'ARS dispose de divers leviers, notamment l'autorisation de la création des établissements, des services et activités de soins et médicosociaux, ainsi que le contrôle de leur fonctionnement et l'allocation de leurs ressources.

Les ARS sont censées traduire concrètement la volonté de décloisonner les prises en charge entre les secteurs sanitaire et médico-social ; recentrer le système de santé sur les soins de proximité, autour du médecin traitant ; consolider le service public hospitalier ; favoriser les coopérations entre établissements (publics et privés) ; améliorer l'information des usagers sur l'offre de soins de proximité... tout cela en développant la démocratie. sanitaire.

Démocratie sanitaire

L'objectif affiché dans les textes est d'associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation.

Animatrices de la démocratie en santé sur le territoire, il revient aux ARS de développer la concertation et le débat public, d'améliorer la participation des acteurs de santé et de promouvoir les droits individuels et collectifs des usagers.

Chaque citoyen, concerné par le système de santé comme usager, professionnel, élu peut devenir membre de la **Conférence Régionale de Santé** et du **Conseil Territorial de Santé**.

CTS: Conseil Territorial de Santé

Le CTS est une instance locale de concertation et de propositions qui réunit les acteurs locaux de la santé, dont les représentants des usagers.

Le CTS est notamment composé des députés et sénateurs élus dans le ressort du territoire concerné, de représentants des élus des collectivités territoriales, des services départementaux de protection maternelle et infantile, des différentes catégories d'acteurs du système de santé (professionnels et usagers) du territoire. Il veille à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants.

Il garantit en son sein la participation des usagers, notamment celle des personnes en situation de pauvreté, de précarité ou de handicap. Il comprend également une commission spécialisée en santé mentale.

le CTS participe à la **réalisation du diagnostic territorial partagé** en s'appuyant notamment sur les projets des équipes de soins et des communautés professionnelles, ainsi que sur les projets médicaux partagés mentionnés et les contrats locaux de santé. Il prend également en compte les projets médicaux des établissements de santé privés et les projets d'établissement des établissements et services médico-sociaux.

Le diagnostic territorial partagé donne lieu à l'établissement de projets territoriaux de santé, élaborés et mis en œuvre par des communautés professionnelles territoriales de santé ainsi que par des établissements et services de santé, sociaux et médicosociaux, afin de coordonner leurs actions. L'élaboration d'un projet territorial de santé est initiée par au moins une communauté professionnelle territoriale de santé dont le projet de santé a été validé...

La conférence Régionale de Santé (CRSA)

La CRSA est un organisme consultatif d'une centaine de membres qui disposent d'une voix délibérative. Elle est composée de 8 collèges :

- · collectivités territoriales,
- représentants des usagers de services de santé et médico sociaux,
- conseils territoriaux de santé,
- partenaires sociaux,
- acteurs de la cohésion et de la protection sociale,
- acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé,
- offreurs de services de santé,
- personnalités qualifiées.

La CRSA a pour mission d'émettre un avis sur le Projet Régional de Santé (PRS). Elle rend également des avis réglementaires (par exemple sur le zonage médecins, le Plan Régional Santé Environnement PRSE, ...) et voit, depuis 2021, ses missions s'élargir dans le cadre du Ségur de la Santé ; elle peut ainsi être consultée en cas de déclenchement de l'état d'urgence sanitaire

Le CNIS, Conseil National pour les Investissements en Santé

Déterminé dans le cadre du Ségur de la Santé pour l'instruction et la validation des projets d'un montant supérieur à 150 millions d'euros, le Conseil national de l'investissement en santé (CNIS) vise à co-construire et partager avec l'ensemble des acteurs du système de santé la définition des orientations et priorités d'investissement en santé, suivre leurs déclinaisons et en réaliser le bilan dans une approche concertée et transparente pour les acteurs. Cette nouvelle instance, présidée par le ministre des Solidarités et de la Santé et la ministre déléguée chargée de l'Autonomie regroupe des représentants de la ville, des conférences hospitalières, des fédérations hospitalières et médico-sociales, des collectivités territoriales ainsi que des agences régionales de santé.Le CNIS est chargé de définir les axes prioritaires d'investissement sur le champ sanitaire, qui seront notamment utiles aux ARS pour définir leurs premières opérations prioritaires (octobre 2021).

La Haute Autorité de Santé (HAS)

Autorité publique indépendante à caractère scientifique, La Haute Autorité de Santé vise à développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social, au bénéfice des personnes. Elle travaille aux côtés des pouvoirs publics dont elle éclaire la décision, avec les professionnels pour optimiser leurs pratiques et organisations, et au bénéfice des usagers dont elle renforce la capacité à faire leurs choix. Elle a été créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie.

Elle a trois missions:

- Evaluer: les médicaments, dispositifs médicaux et actes professionnels en vue de leur remboursement
- Recommander les bonnes pratiques professionnelles, élaborer des recommandations vaccinales et de santé publique
- Mesurer et améliorer la qualité dans les hôpitaux, cliniques, en médecine de ville, et dans les structures sociales et médico-sociales.

Le système territorial de santé

GHT: Groupement Hospitalier de Territoire

Le GHT est censé être :

- une stratégie collective médico-soignante mise en œuvre au sein d'un territoire et au service de la prise en charge des patients. Cette stratégie collective est formalisée dans un projet médico-soignant partagé conçu par les professionnels pour leurs patients. Elle garantit une offre de proximité, de référence et de recours.
- une politique qualité partagée pour améliorer le service rendu au patient. Il s'agit d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire.
- un terrain d'innovation pour développer des modes de prise en charge innovants : médecine ambulatoire, chirurgie ambulatoire, télémédecine...
- la **mutualisation de fonctions supports** (Système d'information, achats) pour affecter les moyens indispensables au déploiement du projet médico-soignant partagé et répondre aux besoins des patients du territoire.

Le **Groupement Hospitalier Rance Emeraude** regroupe trois centres hospitaliers territoriaux : Saint-Malo, Dinan et Cancale, sous une direction unique.

Le Projet Médical partagé.

Le **projet médico-soignant** est le premier volet du projet d'établissement axé sur le « Prendre soin et accompagner » les patients et leurs proches (projet de prise en charge). Les autres volets du projet d'établissement (qualité, social, développement durable, gestion) viennent appuyer le projet médico-soignant.

Hôpital de proximité.

Définies par la loi d'organisation et de transformation du système de santé, les missions des hôpitaux de proximité, publics comme privés, constituent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers. Ainsi, ces établissements exercent des missions communes avec d'autres acteurs de leurs territoires: appui aux professionnels du premier recours (médecins, infirmiers, kinés...), maintien à domicile en lien avec les médecins traitants, prévention, continuité des soins.

Les hôpitaux de proximité ont également un périmètre en propre avec :

- -> **des activités obligatoires**: médecine, consultations de spécialités complémentaires à l'offre libérale disponible, accès à des plateaux techniques
- -> des activités optionnelles: médecine d'urgence, centres périnataux de proximité, soins de suite et de réadaptation, soins palliatifs

Un hôpital de proximité peut exercer toute activité ou service à l'exception de la chirurgie et l'obstétrique, dès que cela répond à un besoin du territoire.

HAD: Hospitalisation à Domicile.

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une forme d'hospitalisation. Elle permet d'assurer au domicile du patient, des soins médicaux et paramédicaux importants pour une période limitée mais renouvelable en fonction de l'évolution de son état de santé. L'HAD intervient exclusivement sur prescription médicale et avec l'accord du médecin traitant. C'est lui qui assure la prise en charge médicale tout au long du séjour. L'HAD est remboursée par l'Assurance maladie.

L'HAD permet ainsi de réaliser au domicile les soins suivants : soins ponctuels, notamment en cas de maladies non stabilisées (par exemple, une chimiothérapie) ; soins de réadaptation au domicile (notamment en cas de retour anticipé après l'accouchement, de maladie cardiaque, de traitement orthopédique, maladie neurologique...); soins palliatifs

L'hospitalisation à domicile (HAD) a pour but de raccourcir un séjour à l'hôpital ou de l'éviter.

SSIAD:Services de Soins Infirmiers à Domicile

Les SSIAD contribuent à accompagner à domicile les personnes âgées et les personnes en situation de handicap en dispensant des soins. Les SSIAD assurent également une coordination avec les autres intervenants médicaux et paramédicaux : services d'aide à domicile, kinésithérapeutes, médecins... Les SSIAD peuvent intervenir 7 jours sur 7, si nécessaire.

Le secteur privé de santé, lucratif et non lucratif.

Les établissements de santé privés à but non lucratif sont au nombre de 700 en France. La majorité de ces établissements était des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH). Ils ont pris automatiquement, depuis la loi du 21 juillet 2009 appelée loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST), la qualification d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), et assurent à ce titre une ou plusieurs missions de service public. Ces établissements sont gérés par une personne morale de droit privé de type ESS (une association, une fondation, une congrégation ou une mutuelle). Ils ne sont pas astreints aux règles des marchés publics (mais sont néanmoins invités à s'en inspirer). Leur comptabilité est de droit privé et les bénéfices dégagés sont intégralement réinvestis dans l'innovation et le développement de nouveaux services au bénéfice des patients.

En revanche, leur mode de financement est le même que celui des hôpitaux publics, et ils en partagent les valeurs et les principes : égal accès à des soins de qualité pour tous ; permanence de l'accueil de jour comme de nuit, éventuellement en urgence ; continuité des soins tant durant l'hospitalisation qu'à l'issue de celle-ci, en s'assurant notamment que les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement, et à défaut, en les orientant vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation; adaptation, afin d'assurer aux patients les soins les plus appropriés; offre de soins préventifs, curatifs ou

Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser - à leur initiative - autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes.

La CPTS est constituée de l'ensemble des acteurs de santé (professionnels de santé de ville, qu'ils exercent à titre libéral ou salarié ; des établissements de santé, des acteurs de la prévention ou promotion de la santé, des établissements et services médico-sociaux, sociaux...) qui souhaitent se coordonner sur un territoire, pour répondre à une ou plusieurs problématiques en matière de santé qu'ils ont identifiés. Le projet de santé est un pré-requis à la contractualisation entre les professionnels et l'ARS.

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP):

Elles regroupent plusieurs professionnels de santé libéraux de premier recours: médecins généralistes, infirmières, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes...

Elles comptent pas moins de 2 médecins généralistes + 1 autre

Les Centres de Santé (CS)

A côté des dispensaires, les centres de santé ont une mission sociale d'accès aux soins pour tous.

Les centres de santé sont surtout implantés dans les zones urbaines défavorisées, et pratiquent quasi systématiquement le tiers payant et des tarifs conventionnels. Et ce, même pour des spécialités comme la gynécologie ou l'ophtalmologie. Ainsi, il s'agit d'un service qui devient de plus en plus précieux, à l'heure où un Français sur trois renonce à se faire soigner à cause de l'augmentation du reste à charge...

Autres caractéristiques concernant les centres de santé :

- il existe 3 catégories : les CS médicaux, les CS infirmiers et les CS dentaires.
- les centres de santé peuvent être gérés par des associations, des collectivités territoriales (municipalité, en général), ou par des assureurs de santé.
 - les professionnels de santé qui y exercent sont salariés.

Médecine et soins de ville

Les structures de ville - dites aussi ambulatoires - concernent les médecins généralistes et spécialistes, les chirurgiensdentistes, les pharmaciens, les sages-femmes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues...

Ces professionnels, libéraux ou salariés, exercent à titre individuel en cabinet, en groupe ou de manière coordonnée en maison ou centre de santé.

Ces structures, établissements et professionnels s'organisent, sous la supervision des ARS , pour permettre **une prise en charge** organisée: des « soins primaires » - dits aussi de premier recours ou de proximité - centrés autour des médecins généralistes, qui assurent également l'orientation de leurs patients, vers des soins de second recours dispensés par les médecins spécialistes voire de troisième recours en établissement de santé ou en structure adaptée.

Cette organisation est conditionnée par une coordination des soins entre tous les acteurs : c'est l'objectif des parcours de santé, de soins et de vie.

La "Télémédecine"?

Les actes de télémédecine sont des actes médicaux réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication.

- la téléconsultation : Celle-ci consiste simplement en une consultation médicale à distance entre un patient et un médecin, généraliste ou spécialiste. - la télé-expertise, c'est un échange à distance entre deux ou plusieurs médecins leur permettant de décider ensemble d'un traitement thérapeutique suite à un diagnostic commun.
- la télésurveillance médicale : Elle permet à un médecin ou à un professionnel de santé d'interpréter à distance des résultats d'analyses ou toutes données utiles au suivi médical d'un de ses patients. Le cas échéant, la télésurveillance médicale lui permettra de décider d'une prise en charge pour son patient.
- la téléassistance médicale : elle fonctionne grâce à un boîtier d'utilisation simple, installé chez une personne âgée, vulnérable ou handicapée, qui lui permet de prévenir les secours en cas d'urgence. La téléassistance médicale désigne aussi l'assistance à distance d'un confrère à un autre lors d'un acte médical ou
- La régulation médicale : le fait de déterminer par téléphone, dans un centre d'appel dédié aux urgences (SAMU notamment), la réponse la mieux adaptée médicalement à la personne qui passe l'appel. Le médecin régulateur qui prend en charge l'appel peut donner un simple conseil, diriger la personne vers une unité d'hospitalisation appropriée, vers un médecin généraliste, ou déclencher l'envoi d'une ambulance. La régulation médicale permet un accès rapide aux soins et optimise l'emploi des ressources hospitalières. Elle contribue également à une meilleure structuration de l'offre de soins.

La plupart des définitions du glossaires ont été rédigées à partir des textes de présentation sur les sites officiels de l'ARS, L'HAS, Légifrance.gouv... NOS AUTRES SOURCES DOCUMENTAIRES pour ce dossier :

- 2019: Diagnostic local de santé de Dinan Agglomération
 2019: Programme de formation ARS sur politique de santé et territoire
- 2021 septembre: Réactions de citoyens lors de la signature de 1000 cartes postales alertant sur le devenir de l'hôpital
- 2021 décembre: Résultats de 200 enquêtes individuelles sur
- 2021 décembre: Resultats de 200 enque de la les besoins de santé
 2022 février: Réunion publique à Plumaudan. débat entre élus locaux, sénateurs, personnel de soin, citoyens, Nos propres parcours de soins sont pleins d'enseignements. Nos soins personnels et de proches à Rennes, Saint-Malo, Dinan, ont occasionné de nombreux échanges avec des soignants
- gnants Plusieurs d'entre nous participent à des associations de patients, des cercles de parole de malades chroniques et handicapés sur Dinan, Rennes

Nationales:

- Statistiques de la DREES (ministère)
- 2021 déc Conférence de M.Frédéric Pierru à Dinan
- 2022 mars Conférence du Dr. Christophe Prudhomme à Saint Malo
- Ouvrage et interviews de David Graeber « La bureaucra-
- Lettre ouverte du Collège de la Haute autorité de Santé (HAS) à tous ceux qu'i œuvrent pour la qualité des soins et des accompagnements (https://www.has-sante.fr/jcms/p_332865l/fr/lettre-ouverte-du-collège-de-la-has-a-tous-ceux-qui-oeuvrent-pour-la-qualite-des-soins-et-des-accompagnements)