



LE MONDE
D'APRES

Saint-Malo

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

Dossier N° 2 - 17 Avril 2024

Prix libre

Dinan
diver'Citè

Il ne fait pas de doute qu'il faut moderniser l'équipement sanitaire de notre région et l'adapter aux défis actuels : difficultés d'accès à certains spécialistes médicaux ; crise de recrutement des professionnels de santé ; nécessité de réduire les consommations énergétiques et l'impact environnemental des hôpitaux. Sans parler de ce qui se profile pour les décennies à venir : accroissement et vieillissement de la population ; augmentation des maladies chroniques, des patient.e.s multipathologiques...

Mais on ne peut emporter l'adhésion citoyenne en conduisant cette mutation majeure dans de petits cénacles, sans transparence ni débat avec la population et une grande partie de ses élu.e.s, sans les professionnel.le.s de santé : avec pour objectif, non avoué, de réduire drastiquement les coûts des structures publiques tout en laissant place libre aux appétits financiers des groupes hospitaliers privés et de la médecine à dépassement d'honoraires.

C'est pourquoi, après la première publication d'août 2022 du dossier « Aux pays de Saint-Malo et Dinan, la santé du futur se décide maintenant », nous prolongeons et actualisons notre contribution autour de cinq principes.

1 - Pour une démocratie sanitaire réelle.

La notion de démocratie sanitaire, apparue à l'orée du XXIème siècle, qui concerne en première intention la relation singulière entre l'utilisateur et les professionnel.le.s du soin, a également instauré la nécessité d'une participation citoyenne au débat sur les questions sanitaires et les politiques de santé. En cela, la démocratie sanitaire est censée compléter la démocratie sociale. Celle-ci découle initialement de la création puis de la généralisation de la sécurité sociale et de l'assurance maladie garantissant un égal accès de tous les citoyen.ne.s au système de santé. On sait malheureusement que cette promesse est de moins en moins tenue sous le coup des offensives libérales. Elles tendent à individualiser la relation au patient consommateur de soins sur le marché des prestations médicales et médico sociales, de plus en plus libre. Ce patient subit les dépassements d'honoraires, les franchises médicales, le coût croissant des assurances complémentaires.

De fait les institutions qui prétendent la faire vivre s'avèrent des coquilles vides. Le « Grand Projet » de modernisation et de restructuration de l'hospitalisation publique dans notre secteur sanitaire n°6, lancé en février 2021, en est un exemple patent. Depuis 3 ans en effet et à chacune des étapes de cette opération majeure d'équipement territorial, élu.e.s, citoyen.ne.s-usager.e.s, professionnel.le.s hospitaliers ont été confronté.e.s à un déficit criant d'information et de concertation. Rappelons pour exemple que :

- **Dès le lancement du projet** il a fallu déployer une grande énergie pour obtenir la communication (requête auprès de la CADA) et que soient rendus publics (en octobre 2021) la lettre de cadrage et le document fondateur qu'était le « rapport Rosseti ». Nous ne sommes d'ailleurs toujours pas convaincus que le rapport Rosseti ait été communiqué dans son intégralité.
- La **localisation du nouvel hôpital territorial** a suscité bien des controverses et oppositions et au final n'a été actée que par un vote du Conseil Communautaire de Saint-Malo Agglomération, sans que les autres élu.e.s locaux du secteur sanitaire n'aient voix au chapitre.

1 - Pour une
démocratie
sanitaire réelle.

P. 1

2 - Pour une
économie de la
santé égalitaire
et solidaire.

P.3

3- Pour un
système
hospitalier de
service public
maillant
le territoire.

P.4

4 -Pour
mobiliser
l'ensemble des
acteurs et
moyens de
santé du
territoire.

P. 5

5 - Pour un
projet fondé sur
l'éthique du
«prendre soin»
et des
«communs»

P.8

- **L'arrêté, pris en catimini par l'ARS** le 26 décembre 2023, portant création du Groupe Hospitalier Rance Emeraude acte la **fusion-absorption et donc l'effacement des centres hospitaliers de Cancale et Dinan par le Centre Hospitalier de Saint-Malo**. Le Conseil Municipal de Dinan n'a pas été sollicité pour avis sur cette décision majeure qui met un terme au rattachement pluriséculaire de l'établissement de santé à la commune, ceci à la différence de ceux de Cancale (25/09/2023) et de Saint-Malo (14/12/2023).
- **Les difficultés non avouées** mais manifestement rencontrées dans la validation du projet devant le Conseil National des Investissements en Santé (CNIS) questionnent la configuration, le dimensionnement et le financement des activités médicales qui sont susceptibles d'y être autorisées et réalisées.
- Le **concours d'architecture** qui a été lancé en juillet 2023, outre qu'il ne concerne pas la rénovation annoncée du site de Dinan, n'a toujours pas fait l'objet d'une communication publique sur la désignation de l'équipe de maîtrise d'œuvre. Sans connaître le contenu du programme technique, pièce majeure du dossier de cette consultation, on peut se demander si ce document ne sera pas devenu caduc au moment où le Conseil National des investissements en Santé émettra le feu vert espéré.
- D'autres aspects de ce dossier de restructuration de l'offre publique de soins mériteraient également un effort d'information et une large concertation : nous citerons celui de l'impact de la fusion des établissements sur les institutions médico-sociales (EHPAD, USLD) qu'ils géraient, celui des conditions d'affectation et d'harmonisation des règles de gestion des personnels, les résultats et les perspectives du GCS (de droit privé) créé en octobre 2022 pour structurer les articulations entre le groupe hospitalier et les CPTS, l'Hôpital de Dinard, l'établissement de Baguer-Morvan.

Doutes et observations du CNIS.

Dans un rapport public en date du 12 octobre 2023 sur la situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire la Cour des Comptes fait référence à un avis du CNIS du 15 décembre 2022 concernant le « Grand Projet ».

Cet avis était franchement défavorable quant aux modalités de financement du projet. Considérant, le niveau d'endettement 2021 des hôpitaux de Saint-Malo, Dinan et Cancale, la Cour des Comptes rapporte ainsi que dans son avis du 15 décembre 2022 le Copil du CNIS a refusé le projet qui « reposait sur un recours à l'emprunt disproportionné au regard de la situation financière du GHT ». Et le CNIS d'inviter le GHT à revoir son projet au motif, comme l'indique préalablement la Cour des Comptes que « sa soutenabilité financière n'est pas encore démontrée ».

Sur ce refus et ce renvoi aux études du projet, rien ne fut communiqué à la délégation du Monde d'Après qui rencontrait le maire de Saint-Malo et le directeur du GHT, le 16 décembre 2022 (donc le lendemain du passage du projet en CNIS).

À notre connaissance, malgré plusieurs nouvelles présentations devant le CNIS, le projet n'a toujours pas été validé. Et l'on parle maintenant d'un « cabinet-conseil spécialisé en finances, lié à l'ARS, qui viendrait à la rescousse du projet ».

Dans cette optique, il est plus que temps d'insuffler dans ce projet qui va structurer le dispositif de santé du territoire pour les décennies à venir, **une forte dose de démocratie** irriguée par l'implication citoyenne, l'expertise propre des patient.e.s et de leurs associations, la connaissance et la responsabilité des élu.es et des professionnel.les de santé. A cette fin, pourquoi ne pas organiser dans l'année des **assises territoriales de santé** où l'ensemble de ces questions pourraient être débattues publiquement ?

PAROLES, PAROLES....

Pour faire passer la pilule de l'arrêt des accouchements à l'hôpital de Dinan (15 novembre 2020), il avait été décidé de créer un « Centre périnatal de proximité » dans l'établissement. Cette structure avait notamment pour mission d'accueillir à Dinan les femmes après leur accouchement pour leur suivi post-partum. Un an après, le directeur du GHT déclarait le 16/11/2021 « *c'est une prestation que nous n'avons pas prévu d'arrêter* ». Et pourtant, on vient d'apprendre que la prestation de suites de couches sera supprimée le 30 juin prochain. Prestation sans doute considérée comme pas assez « rentable » ! Un épisode à méditer par celles et ceux qui prennent pour argent comptant les promesses...



2 - Pour une économie de la santé égalitaire et solidaire.

La réduction régulière de l'offre de soins est clairement la conséquence d'un gel - et même d'une diminution du fait de l'inflation - du budget des soins hospitaliers et de ville. C'est ainsi d'année en année depuis plus de 15 ans.

Le dernier budget a été adopté sans vote à l'Assemblée Nationale le 26 décembre 2023 (254,9 Md Euros...). Dans cette enveloppe fermée (l'ONDAM, Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie), la tarification à l'acte ou à l'activité mets les hôpitaux publics et privés en concurrence entre eux et avec les soins de ville. Cette politique des « parts de marché » est délétère et doit être dénoncée. Il faut obtenir la fin de la tarification à l'acte pour la médecine libérale et la fin de la T2A (Tarification À l'Activité) pour les hôpitaux et les cliniques. Ceci est possible et déjà modélisé !

Savez vous que lorsque le budget de ville est dépassé (ce qui est le cas chaque année d'environ 1 Md Euros) ce déficit est, par bascule, imputé au budget des hôpitaux ? Cherchez l'erreur !

En conséquence les projets hospitaliers sont montés quasi exclusivement sur une vision financière, à partir de prévisions de recettes découlant de la tarification des séjours donc de « rentabilité ! ». Comme si le séjour d'un patient devait être « rentable » ! Au niveau des territoires ce qui compte ce sont les « parts de marché » (public/privé et aussi entre hôpitaux publics eux mêmes) sans vision globale de l'offre de soins relative aux besoins de la population sur les années (voire les décennies...) à venir. Si une activité n'est plus « rentable » on la supprime ! Et on n'hésite pas aujourd'hui à motiver cette décision par le manque de personnel soignant !

Cette politique a un but très simple : diminuer progressivement la part solidaire et collective de financement des soins en augmentant la part individuelle. Pour la sécurité sociale on cotise en fonction de ses moyens, on est soigné en fonction de ses besoins. Pour la part couverte par les assurances individuelles, la cotisation est fixée sans tenir compte de nos moyens. Ainsi on est soigné en fonction du niveau du contrat d'assurance.



La « grande sécu » prônée un court instant par l'ancien ministre Olivier Véran est mort-née. L'obstacle serait les frais de gestion ! Curieusement en Alsace-Lorraine, pour des raisons historiques, la « Grande Sécu » existe et est en équilibre... Bizarre ! Il faut remettre ce projet d'actualité.

Chacun peut observer le renchérissement actuel de sa cotisation de complémentaire santé (mutuelles ou assurance) et la limitation de ses remboursements. S'ajoute le doublement récent des franchises médicales et le nombre de plus en plus important de praticiens spécialistes réclamant des dépassements d'honoraires (Secteur 2 ou OPTAM). Ces évolutions constituent un facteur majeur d'inégalités d'accès aux soins à laquelle il faut s'opposer avec vigueur.

3 - Pour un système hospitalier de service public maillant le territoire.

Où en est le grand projet de groupe hospitalier public territorial ?

Une délégation de la coordination LMDA et Dinan Diver'Cit  a  t e reçue par G.Lurton, maire de Saint Malo (16/12/2022) et D. Lechien, maire de Dinan (9/01/2024), en présence de cadres du Groupement Hospitalier et d'un représentant des associations de patients. Nous sommes ressortis perplexes de ces entretiens face à leur optimisme et leur confiance en l'engagement de l'Etat. Nous avons également constaté notre décalage d'appréciation sur le fonctionnement de la démocratie sanitaire : pour nous, il existe bel et bien un écart important entre les missions d volu es aux institutions participatives et la réalité et la qualité du débat démocratique.



*Le Groupe Hospitalier Rance
Emeraude... en équilibre instable ?*

Nos doutes et inquiétudes subsistent, voire se renforcent au fil du temps, en constatant d'une part la difficulté des porteurs du projet à justifier les besoins d'investissement pour construire l'hôpital territorial d'Atalante et r nov er l'hôpital de Dinan, d'autre part en voyant les précautions et le temps pris par l'Etat pour valider l'économie générale du projet.

Cela tend à décrédibiliser les engagements positifs du « projet médico-soignant » partagé (?), commun aux trois entités du groupe hospitalier Rance-Emeraude. Ce projet fonde, nous dit-on, le dossier technico-économique de l'opération. C'est précisément ce que nous interrogeons depuis trois ans et particulièrement au moment où est achevé le processus de « fusion-absorption » instaurant une gouvernance unique, responsable des équilibres de gestion de l'ensemble constitué par les trois établissements historiques.

Sous surveillance d'un conseil unique, le « grand projet » pourra-t-il assurer à long terme :

- **La proximité** suffisante des services garantissant l'accès, égal et approprié, aux soins des habitants, quel que soit leur lieu de vie sur le territoire 6 (Saint-Malo, Cancale, Dinan).
- **La sécurité** et le **maintien des chances** de survie et de guérison ;
- La **pérennité** et la **durabilité** des moyens et ressources ;
- La **mise en œuvre d'une offre large et adaptée de soins** répondant aux besoins de la population, en tenant compte des dynamiques démographiques, économiques, sociales, écologiques et en conformité avec la stratégie et les objectifs du programme régional de santé 2023-2028 qui vient d'être arrêté et doit être décliné dans le programme territorial de santé.
- L'assurance de la **qualité** et de la **continuité du parcours de soins**, qu'ils soient ou non programmés, qu'ils relèvent d'un traitement d'urgence, de la mise en œuvre d'actes thérapeutiques en institution hospitalière, en ambulatoire, à domicile ou en ville.

Enfin, et s'agissant de la gouvernance interne du nouveau groupe hospitalier, nous nous interrogeons sur les conditions de l'émergence **d'une nouvelle culture d'établissement**, en remplacement de celles tissées au long cours dans les trois entités initiales, dont les premiers enjeux seront, dans le vaste contexte de réorganisation des services, l'harmonisation des règles de gestion du personnel et les dotations en effectif des différentes unités.

4 - Pour mobiliser l'ensemble des acteurs et des moyens de santé du territoire autour de l'hôpital public.

Où en est la mise en œuvre d'un véritable Projet Territorial de Santé (PTS) ?

Depuis la Loi du 26 janvier 2016, les politiques de santé, arrêtées par l'Etat, doivent être traduites dans les **Projets Régionaux de Santé** (PRS) dont les objectifs et moyens sont déclinés dans les **Projets Territoriaux de Santé** (PTS) pour chaque secteur sanitaire.

Le **PTS** du territoire 6 date de 2013. **Un nouveau projet**, fondé sur un diagnostic devrait être élaboré courant 2024, en déclinaison du **PRS** (Projet Régional de Santé) Bretagne 2023 / 2028 arrêté le 27 octobre 2023.

Selon les **orientations stratégiques de ce PRS Bretagne 2023 / 2028**, pour que ces orientations se concrétisent, il faut :

- **Une bonne évaluation des besoins.** Cela concerne d'une part **les soins de 1er recours** qui comprennent la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients, la dispensation et l'administration des médicaments, des produits et dispositifs médicaux, l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social, l'éducation pour la santé ; d'autre part les **soins hospitaliers** garantissant la continuité thérapeutique par la prise en charge en institution ou à domicile (HAD), en court, moyen séjour et longue durée ainsi que le retour et le maintien à domicile ou l'orientation en établissement **médico-social ou social**.
- La mise en place du financement d'une **offre de soins et de services sociaux et médico sociaux** bien déployée en réseau sur le territoire et adaptée aux besoins.
- Un soutien au **médecin référent** - pilote et garant du parcours de soin - et de sa relation au patient, davantage considéré comme acteur de sa santé, détenteur d'une expertise de sa maladie, demandeur d'information et de formation.

Quelle coordination des soins ?

Les professionnel.le.s de santé « de ville » exercent sous des statuts multiples : massivement en libéral (médecins et soignants libéraux) seuls ou regroupés ; parfois salariés dans des centres de soins ou maisons de santé à but lucratif, détenues par les professionnels, parfois des groupes financiers ou des organismes à but non lucratif (associations, mutuelles d'usagers, coopératives de professionnels, fondations) ; publics (CCAS, Conseils départementaux, Sécurité Sociale...).

Ces différences de statut, d'intérêts, de visions et de conception de leur métier rendent difficile la coopération à un **projet de santé commun sur le territoire**. C'est pourquoi il faut être attentif à la manière dont se coordonnent et coopèrent concrètement les professionnel.le.s (et institutions) du soin, du médico social et du social ; connaître les objectifs, les moyens et les résultats de cette coopération.

La loi prévoit la structuration de **Communautés Professionnelles Territoriales de Santé**.

L'initiative doit venir des professionnel.le.s. L'objectif est d'assurer une meilleure coordination de leur action pour concourir à la **structuration des parcours de santé** et à la **réalisation des objectifs du projet régional de santé**. La CPTS est composée de professionnel.le.s (et institutions) de santé volontaires pour coopérer autour d'un projet élaboré en commun.

Sur le Territoire 6 de santé, une seule CPTS.

Créée en 2019, mais rendue opérationnelle à l'occasion de l'épidémie de Covid, elle concerne elle concerne 22 communes (en proximité de l'hôpital de Saint-Malo) et 104 000 habitants (soit un peu moins de la moitié de la population du territoire 6 de santé.). Elle regroupe plus de 150 professionnel.le.s et institutions de santé.

Le projet annoncé :

- Une **cartographie** interactive pour l'accès au médecin traitant.
- Une **plateforme** ville-hôpital pour améliorer le parcours patient.
- Un **espace dédié** à la personne âgée et aux aidants
- Des actions de prévention ciblées.
- La promotion d'**outils numériques** de partage d'informations médicales.
- Un **DAC** (Dispositif d'Appui et de Coordination des parcours de santé complexes).

Des améliorations concrètes sont attendues de la coopération des professionnels de santé sur le territoire.

- Trouver un **médecin référent** et surtout établir avec lui une **relation de confiance** et de coopération pour être informé et apprendre avec lui ; pour assurer son parcours de soin sans rupture, sans retards, avec des solutions adaptées, efficaces, sans surcoûts indus
- **Etre assuré en cas d'accident ou d'épisode pathologique, d'un accès rapide au diagnostic, à l'information, aux interventions et soins d'urgence**, sans perte de chance, suivis **d'une prise en charge thérapeutique** jusqu'à guérison, dans les meilleures conditions de bien être et de sécurité.
- **Avoir la garantie, en cas de maladie grave ou chronique, d'une prise en charge de long terme** aux meilleures conditions médicales au regard des standards de soins de l'époque, dans les meilleures conditions de bien être, de sécurité et de maintien des conditions d'une **bonne vie**.
- **Etre assuré en cas de dépendance** (pour cause accidentelle ou de vieillissement) de la mise en place d'un **dispositif de soin et de soutien** garantissant le bien vivre.
- **Etre assuré de l'accès égal pour tous et toutes aux soins** et d'une **socialisation** des coûts de santé ; être assuré d'une bonne utilisation des fonds mobilisés par l'Etat, la sécurité sociale, les systèmes d'assurances mutuelle pour garantir l'accès aux meilleurs soins

Chaque usager du service public de santé peut être porteur de propositions, d'idées, d'expertises tirées de son expérience et veut être considéré et entendu pour cela. Il attend des responsables politiques, des cadres pilotes des dispositifs, des professionnels acteurs, des solutions, une écoute, un respect. Il entend être associé à la définition et au pilotage des projets et dispositifs de coopération.

Pendant ce temps là Vivalto investit... dans l'activité rentable

Vivalto est un groupe d'investissement dans les activités de santé. Sa filiale Vivalto Office santé se spécialise dans la conception et la gestion de maisons de santé. Une quarantaine de maisons et pôles santé en France (91 en Europe) abritent 300 praticiens dont 25% de généralistes, les ¾ sous statut libéral. Une cinquantaine d'opérations sont programmées.

Le groupe Vivalto Santé déclare un chiffre d'affaires en 2023 de 2,4 Mds € qui se répartit à 50/50 entre la France et l'international pour 6 000 praticiens et 20 000 salariés, et se positionne comme le 3ème groupe de l'hospitalisation privée en France. On notera que le Groupe Vivalto qui se vante de développer l'actionariat des professionnels est passé sous le contrôle d'un pool d'investisseurs dont un fond souverain d'Abou Dhabi et Alma-viva qui appartient pour 60% à un fond koweïtien."

Vivalto est très actif dans l'Ouest de la France et particulièrement à Rennes (hôpitaux privés de Cesson-Sévigné et Saint-Grégoire), Saint-Malo (Clinique de la Côte d'Emeraude) et Dinan (Polyclinique du Pays de Rance).

A Saint-Malo, Vivalto-office créé un parc d'activités de santé de 4000 M2.

Ce projet, à proximité de la clinique d'Emeraude, ambitionne d'abriter une offre de soins complète en adéquation avec la clinique et en synergie avec le laboratoire d'analyses, le centre d'imagerie et la maison de santé Médicity.

- Un centre de santé pour accueillir 35 praticiens médicaux et paramédicaux : cabinets de consultations à vendre ou louer pour installation en libéral.
- Prévision d'une **unité d'hospitalisation complète en 2025** – 8 à 9 chirurgiens, un médecin spécialiste en médecine physique de réadaptation.
- Sport santé : accueil de malades du cancer en voie de rémission, de sportifs de haut niveau.
- Hébergement de **IMALO, institut malouin de l'appareil locomoteur** – chirurgie orthopédique membre inférieur et supérieur, neurochirurgie, colonne vertébrale, rhumatologie, médecine physique de réadaptation
- Un hôpital de jour en addictologie (alcoolisme, toxicomanie, addictions aux écrans, jeux...) qui concurrencera celui de l'hôpital de Dinan ?

A Dinan Vivalto annonce qu'il ouvrira une unité de soins non programmés.

Identique à celle de la clinique de la Côte d'Emeraude de Saint-Malo, cette unité de soins travaillera en lien avec la clinique de Dinan et le centre d'imagerie, pour des **Soins d'urgences non vitaux**, de 9h à 18h : traumatismes et accidents de la vie, du travail, du sport, mais sans chirurgie, ni de prise en charge des détresses vitales. Autrement dit, pour les douleurs thoraciques, les paralysies totales ou partielles ou les suspicions d'AVC, ce sera le 15 ou l'hôpital public

A Rennes, Vivalto prévoit 80 millions d'investissements.

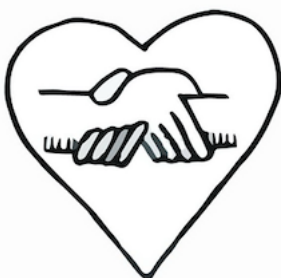
L'occasion de favoriser l'évolution des pratiques de soins

Le développement des démarches de coopération au sein de la communauté des professionnels de santé, sur un territoire, est une des clés de la qualité et de la sécurité du parcours de soin. Fondée sur une vision systémique de la maladie et du soin, cette évolution recèle une recomposition des métiers (médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, pharmaciens, aides-soignants). Cela implique une communication permanente assise sur des systèmes d'échange de données sécurisées et fiables et des dispositifs de formation et recherche action ?

La rénovation de la médecine et du soin, est un mouvement de longue haleine. Il peine à se déployer car il bouscule les représentations, les cultures professionnelles, il se heurte aussi aux puissants défenseurs d'une organisation libérale et indépendante de la médecine de ville (générale et spécialisée) et des soins infirmiers. S'ajoute une certaine défiance vis à vis d'un leadership stratégique de l'Hôpital public. La résistance est forte mais le maintien du statu quo n'apporte pas de solutions à la hauteur des enjeux et une part de la nouvelle génération de médecins et soignants aborde le métier avec d'autres attentes et représentations.

Sur le territoire de santé, on voit émerger, particulièrement depuis la pandémie de covid, des projets collectifs sans que l'on puisse encore juger de leur effet réellement transformateur et de l'impact qualitatif sur l'offre, sur la qualité et l'accès aux soins, ni évaluer leur pertinence au regard des coûts.

La viabilité économique semble être une préoccupation et une pierre d'achoppement pour de nombreux porteurs de projet, compte tenu des modes de financement et de solvabilisation des soins à l'acte. Et l'on remarque que ces projets relèvent plus souvent de stratégies entrepreneuriales, de recherche d'économie d'échelle et parfois d'amélioration des conditions de travail ou de rémunération des professionnels que d'une volonté collective et politique d'innover et transformer les pratiques médicales et de rendre effectif et qualitatif le « parcours de santé ».



Médecine communautaire ou de groupe ?

Depuis les années 70 des médecins et des soignants (minoritaires mais actifs) ont réfléchi et expérimenté des modes d'exercice innovants.

Il en est ainsi des expérimentations de la « médecine communautaire », des tentatives de constitutions dans les quartiers populaires ou plus rarement en milieu rural, d'équipes pluri-professionnelles travaillant ensemble dans des « cabinets médicaux et de soins ou des dispensaires pluri professionnels, sous statut coopératif, mutualiste ou publics. Ces modes d'exercice et d'organisation inspirent - au moins au plan organisationnel et de la gestion - les préconisations et les dispositifs d'appuis des ARS. Ainsi l'ARS de Bretagne - c'est un des axes stratégiques du Plan Régional de Santé - dit encourager et accompagner la mobilisation des professionnels libéraux et des collectivités territoriales pour développer des « Maisons de santé pluriprofessionnelles ». Sous cette appellation générique on regroupe des structures et des projets de nature et d'économie différentes :

- **Cela peut se limiter à de simples opérations immobilières** à l'initiative de collectivités publiques ou de sociétés privées, visant à attirer et regrouper de nouveaux professionnels indépendants qui sont locataires ou propriétaires (individuels ou collectifs) de leurs locaux professionnels. La proximité dans un même immeuble est alors réputée renforcer les liens entre les praticiens faciliter l'accès des patients et soutenir la mise en commun de services supports.
- **Cela peut prendre la forme d'un réseau de professionnels** (médecins, infirmiers, aides soignants..) qui se coordonnent sous une image de marque commune avec des supports partagés.
- **Ce peut être une « maison de santé » mono ou pluri professionnelle**, gérée sous forme coopérative ou associative à l'initiative de collectivités publiques, des assureurs de santé ou de professionnels qui s'associent. Les intervenants professionnels peuvent être salariés ou sous statut libéral.
- **Des Centres de Santé** à l'initiative des collectivités publiques, de mutuelles et assureurs de santé, de congrégations, de fondations et qui investissent dans des locaux, des matériels de soin et des moyens informatiques et sont employeurs des professionnels salariés, médecins, soignants, travailleurs sociaux auxquels s'ajoutent un personnel administratif et d'encadrement.

Pour être agréés et recevoir un soutien au développement (conseils, financements d'amorçage) par l'ARS et la sécurité sociale, les maisons et centres de santé devaient justifier d'un « projet médical et de soin partagé » avec des praticiens conventionnés en secteur 1 et pratiquer le tiers payant. Mais les conditions d'agrément de tels centres ont été très assouplies et on a vu se développer des Centres de Santé, véritables entreprises à but lucratif, propriétés d'investisseurs privés à l'affut d'opportunités de marchés dans des spécialités en pénuries de praticiens (médecine générale, soins dentaires, ophtalmologie...).

5 - Pour un projet fondé sur l'éthique du « prendre soin » et des « communs ».

S'inscrire dans la perspective d'une société du « Prendre soin »

L'éthique et la politique du « prendre soin » (connu sous l'anglicisme du Care) va au delà de la planification des moyens de santé et de l'acte de soigner, pratiqué par des professionnels dans les institutions de santé. Elle définit un modèle d'être et vivre ensemble, de travailler et produire, d'habiter le territoire, de faire société, qui favorise le bien vivre en bonne santé des personnes, le respect de l'écosystème. On dessine ainsi, au plan des territoires de vie, un autre modèle pour co-produire un itinéraire de santé individuel et collectif tout au long de la vie. Ce modèle impacte les besoins de soins, en limite le coût pour la collectivité. Il recèle une évolution de la place sociale et des métiers de soignant.e.s

Concrètement :

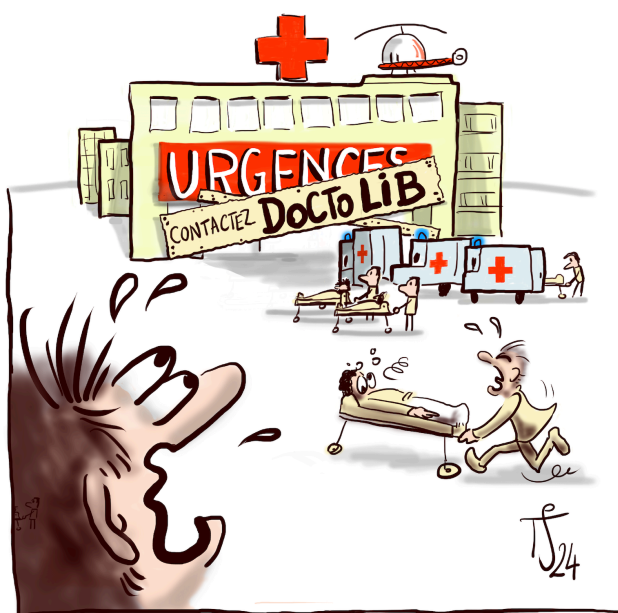
- ♦ **Chacun.e est bénéficiaire et co-acteur.trice de soins.** La qualité du soin dépend de l'attention portée, de l'écoute, de la sollicitude, du respect des conditions de bien être et de sécurité, chez soi, dans son voisinage, son territoire de vie, au travail.
- ♦ **Chacun.e accède aux informations et à la formation** actualisée sur ce qui menace sa santé et celle de ses proches ; les facteurs de risques, la manière de les prévenir, la façon de s'impliquer, d'être acteur dans le processus de prévention et de soin.
- ♦ **Chacun.e acquiert une expertise d'usage** sur sa santé, les conditions de son bien être et bien vivre et est invité à partager cette expertise pour nourrir la pratique des collectifs soignants.
- ♦ **Chacun doit pouvoir faire valoir ses droits à la santé** et obtenir justice face aux actes et comportement qui la menace : écocides, mal- traitement domestique et au travail...
- ♦ **Chacun.e doit pouvoir vivre au mieux la tension entre l'aspiration à « l'autonomie » et le poids de la « dépendance »** (interpersonnelle et institutionnelle) : dépendance du soigné au soignant, de l'aidé à l'aidant, de l'aidant à l'aidé... Comme la éclairé Joan Tronto* : « Si nous n'avons pas tous besoin de l'aide des autres en toutes circonstances, notre autonomie ne s'acquiert qu'après une longue période de dépendance et, à bien des égards, nous restons dépendants des autres tout au long de notre vie. Cet enchevêtrement de l'autonomie et de la dépendance est constitutive de la condition humaine. Il ajoute : « Une telle éthique et politique du care porte en elle même l'exigence du passage d'une égalité formelle à une égalité réelle de tous les *citoyens* ».

*Joan Tronto (professeure de théorie politique au Hunter College de l'Université de New York) est l'auteur de nombreux articles sur « le Care » et le genre, C'est un auteur clé pour comprendre l'apport de « l'éthique et de la politique du Care ». Dans son essai « **Un monde vulnérable. Pour une politique du Care** » Elle déclare notamment son espoir de voir s'affirmer « **un monde où la sollicitude des personnes les unes pour les autres serait un principe valorisé de l'existence humaine** ».



La santé « bien commun » devrait guider la politique de l'hôpital public

Instrument d'une citoyenneté refondée, « Le Commun », comme les formes d'organisations auxquelles il ne peut manquer d'être identifié (coopératives, mutuelles, associations etc.), a vocation à se déployer comme forme économique majeure, au service du bien commun. Des jardins partagés aux logiciels libres, des encyclopédies en ligne aux recycleries installées dans les quartiers des villes ou dans les campagnes, les « communs » semblent essaimer partout. Alors, qu'en est-il dans la santé ? Hélas on en est très loin !



L'hôpital public en but à la concurrence forcée et biaisée des lobbies médicaux

Les communs sont-ils une alternative à la marchandisation du monde et par conséquent à cette doxa néolibérale qui en ce moment même mène une offensive sans concession contre le système de santé publique en France et notamment sur notre territoire ?

La presse s'est fait récemment l'écho de la création de nouvelles structures privées qui se sont installées dans les secteurs que l'hôpital public, faute de moyens, ne peut plus prendre en charge. Ainsi à Rennes, le centre de santé Canopia, implanté à Cesson-Sévigné près de la clinique, offrira 6 500 m² dédié à la cancérologie. Une extension de l'hôpital Sévigné portée par des chirurgiens orthopédiques ouvrira en avril axée sur la problématique de santé et bien être. A Saint-Malo un pôle de santé de 4000m² sur le site de la Clinique de la côte d'Emeraude hébergera l'institut malouin de l'appareil locomoteur et ouvrira ses locaux à la location pour les professionnel.le.s. Pendant ce temps, le grand projet Rance Emeraude ne parvient pas à obtenir la validation du CNIS en raison d'une insuffisance de financement. La réalisation du projet de santé se détermine ainsi en fonction d'une priorité économique fixée au plus haut niveau de l'Etat et non de l'amélioration de l'accès au soin pour la population.

Les brevets ou le droit d'interdire

La santé est un commun universel. Les résultats de la recherche publique qui bénéficient aux citoyen.ne.s de la planète ne doivent pas être captés par un système de propriété exclusif. Or, les brevets médicaux ont pour effet de priver les plus de l'accès au soin. Rappelons-nous de la trithérapie pour les malades du SIDA et les problèmes d'accès au soin du fait des brevets déposés au début des années 2000 par les laboratoires mettant sur le marché un traitement au prix de 14.000 dollars (13160 €) par personne et par an.

Les dépassements d'honoraires ou le droit d'exclure

Un bien commun est un bien à partager équitablement entre les bénéficiaires. La décision d'imposer un numéris clausus à l'Université a été prise pour des motifs uniquement gestionnaires. La situation créée par le manque de praticiens ne pouvait que déboucher sur un maillage inégalitaire du territoire et des distorsions en matière de tarification, et c'est ainsi que sur le secteur 6, certaines spécialités affichent des dépassements d'honoraires de nature à contraindre les plus démunis à renoncer aux soins : chirurgie viscérale, urologique et orthopédique, ophtalmologie, ORL et gynécologie.



Un pouvoir de décision dont les citoyen.ne.s sont dépossédé.e.s

Un système inclusif comme celui des communs permet d'imaginer une nouvelle gouvernance et de mettre l'hôpital public à l'abri de la prédation des lobbies. Ouvrir les lieux de délibération à la participation du plus grand nombre assure une meilleure vigilance sur le bon fonctionnement de l'entière du système tout en responsabilisant chacun de sa préservation et en instaurant parallèlement un cadre d'obligations partagées qui ne laisse pas de côté certains secteurs.

Le Groupe Hospitalier Rance Emeraude (GHRE) est l'exemple parfait d'une vision globale assumée, laissant à l'écart de sa réflexion le médico-social et la coordination avec la médecine de ville. Le système actuel concentre entre quelques structures le pouvoir de décision. Le projet du GHRE piloté par l'ARS dans une opacité voulue prive la population de l'accès aux dossiers en s'abritant derrière une multitude d'organismes sans pouvoir réel. En éloignant les lieux de décision de la population concernée, on se prive de la possibilité de disposer des ressources d'une participation plurielle et on laisse l'Etat maître de la prise-en-compte des critères qui conviennent à sa politique. Et, dans le cas présent, de donner la priorité aux impératifs économiques imposés par sa politique d'austérité. La fermeture de la maternité de Dinan puis du centre périnatal de proximité, l'éloignement de certains territoires de l'hôpital technique, l'absence de solution pour les déserts médicaux n'en sont que les effets les plus visibles sur notre secteur

Eriger la santé au niveau d'un bien commun amène nécessairement à se poser la question de la gouvernance. A l'image de la Convention citoyenne sur le climat, qui a montré que lorsque les citoyen.ne.s délibèrent dans un cadre dépourvu de toute hiérarchie, on trouve des solutions, d'autant plus acceptables qu'elles sont partagées. Sans doute, le dirigisme actuel n'est pas porteur de solution au problème de la santé publique. En revanche il est sans doute de nature à apporter une réponse aux appétits de nombre d'intérêts privés.

Les conséquences néfastes du « Nouveau Management Public »

La santé est depuis une vingtaine d'années un des terrains privilégiés de la mise en œuvre des principes et méthodes du « New Public Management », combiné au « Lean management » inventé par Toyota et au « management en réseau », concept des années 90 voulant substituer l'« entreprise forteresse » fermée sur elle-même à « l'entreprise en réseau » trouvant sa force dans le maillage de compétences internes/externes mobilisées sur un projet commun.*

Ces modes de management des organisations et des « Ressources Humaines » prétendent combiner qualité et efficacité, déhiérarchisation et implication de tous, à tous les niveaux ! L'accent est mis sur la responsabilisation, la mesure des résultats et un pilotage stratégique visant la performance.

Ce Nouveau Management Public est fondé sur un postulat :

- Il n'y a pas de différence de nature entre service public et privé.*
- Les citoyen.ne.s sont de libres consommateurs de services qui doivent être « de qualité et au moindre coût ».*
- La mise en concurrence des acteurs publics/privés est un facteur d'efficacité.*

Comme partout en Bretagne, sur le territoire 6 de santé, l'ARS et les directions de d'hôpital sont inspirées par ces théories managériales.

On peut juger concrètement de leur pertinence en constatant le niveau de dégradation de ce qui était jugé comme le meilleur système de santé au monde !

** Nouveau Management du Services publics*

SECTEUR 2 et OPTAM ?

Depuis sa création en 1945, la Sécurité Sociale remboursait les consultations et visites médicales de ville sur la base de « tarifs opposables ». C'est en 1980 qu'est introduite dans la convention liant la Sécurité Sociale aux syndicats des médecins, la possibilité, pour certains d'entre eux, de pratiquer des honoraires libres, tout en permettant à leurs patient.e.s d'être remboursé.e.s sur la base du tarif conventionné. Ainsi a été créé le **secteur 2** dans lequel les docteurs sont appelés à appliquer un « *tarif libre mais avec tact et mesure* ».

L'entrée dans ce dispositif est bloquée en 1990 puis rouverte en 2011, sous réserve de la signature d'un Contrat d'Accès aux Soins (CAS), censé limiter les dépassements. Depuis est apparu entre le **secteur 1** (tarification sécu) et le **secteur 2** (honoraires libres), un **système intermédiaire OPTAM** (option pratique tarifaire maîtrisée), où les praticiens s'engagent à réaliser au moins une partie de leurs actes au tarif opposable et à appliquer des dépassements d'honoraires encadrés pour l'autre partie de leur activité. Les patient.e.s sont remboursé.e.s comme dans le secteur 1 conventionné, donc avec un reste à charge qui comme en secteur 2 peut être significatif, sauf s'il est couvert par une « bonne » (et chère !) mutuelle ou assurance complémentaire.

Dans notre secteur sanitaire, alors que le secteur 2 (honoraires libres) est demeuré cantonné à des disciplines telles que la chirurgie, l'anesthésie et l'ophtalmologie, **l'OPTAM se développe à la faveur de la pénurie de spécialistes**. Ainsi, elle semble connaître un certain succès chez les jeunes spécialistes qui s'installent dans l'environnement des cliniques de la Côte d'Emeraude et du Pays de Rance en urologie, en orthopédie, en ORL, en gynécologie, en gastro-entérologie mais aussi en cabinet libéral en cardiologie, neurologie, radiologie.

Cette tendance va évidemment dans le sens du renforcement des inégalités d'accès aux soins.

GLOSSAIRE

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 médico-sociaux, ainsi que le contrôle de leur fonctionnement et l'allocation de leurs ressources.

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. Présidé par le ministre des Solidarités et de la Santé et la ministre déléguée chargée de l'Autonomie il 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 CADA

La Commission d'accès aux documents administratifs est une autorité administrative indépendante chargée de veiller à la liberté d'accès aux documents administratifs et aux archives publiques ainsi qu'à la réutilisation des informations publiques.

L'ONDAM

L'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) est un objectif de dépenses à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics, mais aussi dans les centres médico-sociaux.

Il est fixé chaque année par le Parlement, conformément aux dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Il correspond aux prévisions de recettes et aux objectifs des dépenses de la sécurité sociale : les soins de ville, les établissements de santé publics et privés, les établissements médico-sociaux, les autres prises en charge.

GCS, groupement de coopération sanitaire

Le GCS est l'outil juridique pour mettre en œuvre les coopérations entre le secteur public et le secteur privé, mais également entre la ville et l'hôpital. Il permet d'associer, par exemple pour l'utilisation d'équipements lourds (IRM, scanner...) ou de services communs (pharmacie à usage intérieur...), des établissements de santé publics comme privés, des centres de santé, des maisons de santé et des professionnels médicaux libéraux à titre individuel ou collectif, ou encore les acteurs du secteur médico-social. Un GCS est doté, selon le cas, de la personnalité morale de droit public ou de droit privé.

CDAS, CCAS

Le Centre départemental d'action sociale (CDAS) est la porte d'entrée pour toute l'action sociale du Département, au plus proche des habitants. Le CDAS a une mission d'accueil de tous les publics qui rencontrent des difficultés.

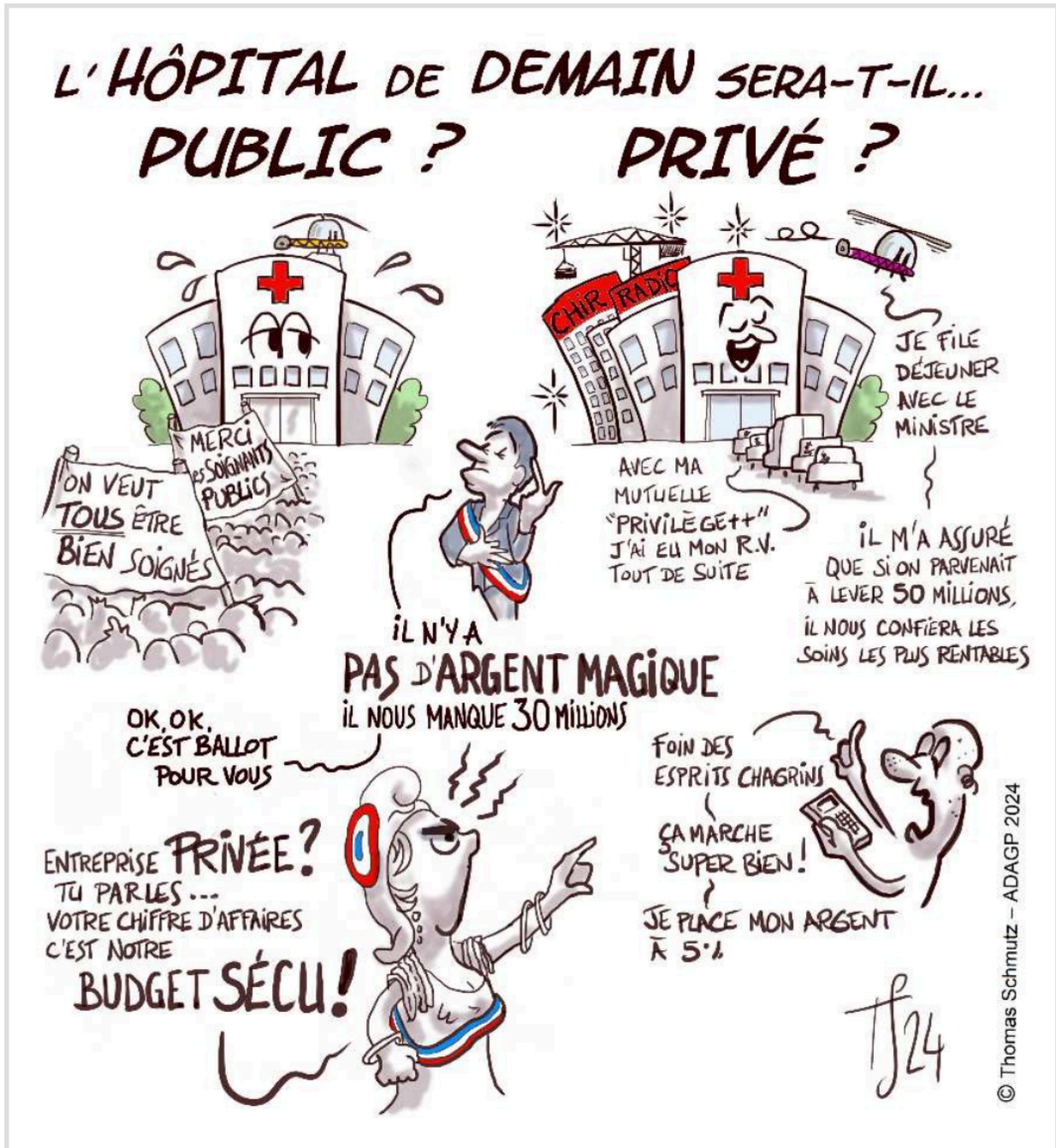
Le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) est un établissement public administré par un conseil d'administration et présidé par le Maire. Il assure fonction sociale sur la commune et ce, en liaison étroite avec les institutions publiques et privées.

USLD

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes sont des établissements médicalisés où sont hébergées des personnes âgées dépendantes d'au moins 60 ans qui requièrent au quotidien des soins et des aides pour les actes de la vie courante. Les frais de séjour sont répartis en 3 tarifs (soins, hébergement, dépendance). Les frais de séjour correspondant au tarif hébergement ainsi qu'une fraction du tarif dépendance, sont à la charge de la personne hébergée, de sa famille ou à défaut de l'aide sociale (Département). Les soins sont financés par l'assurance maladie dans le cadre d'un forfait journalier. forfait journalier.

EHPAD

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes sont des établissements médicalisés où sont hébergées des personnes âgées dépendantes d'au moins 60 ans qui requièrent au quotidien des soins et des aides pour les actes de la vie courante. Les frais de séjour sont répartis en 3 tarifs (soins, hébergement, dépendance). Les frais de séjour correspondant au tarif hébergement ainsi qu'une fraction du tarif dépendance, sont à la charge de la personne hébergée, de sa famille ou à défaut de l'aide sociale (Département). Les soins sont financés par l'assurance maladie dans le cadre d'un forfait journalier.



Dossier établi par
La Coordination Le Monde d'Après,
Pays de Saint-Malo

construisonslapres@gmail.com

En association avec
Le collectif Dinan diver'cité

dinandivercite@gozmail.bzh