

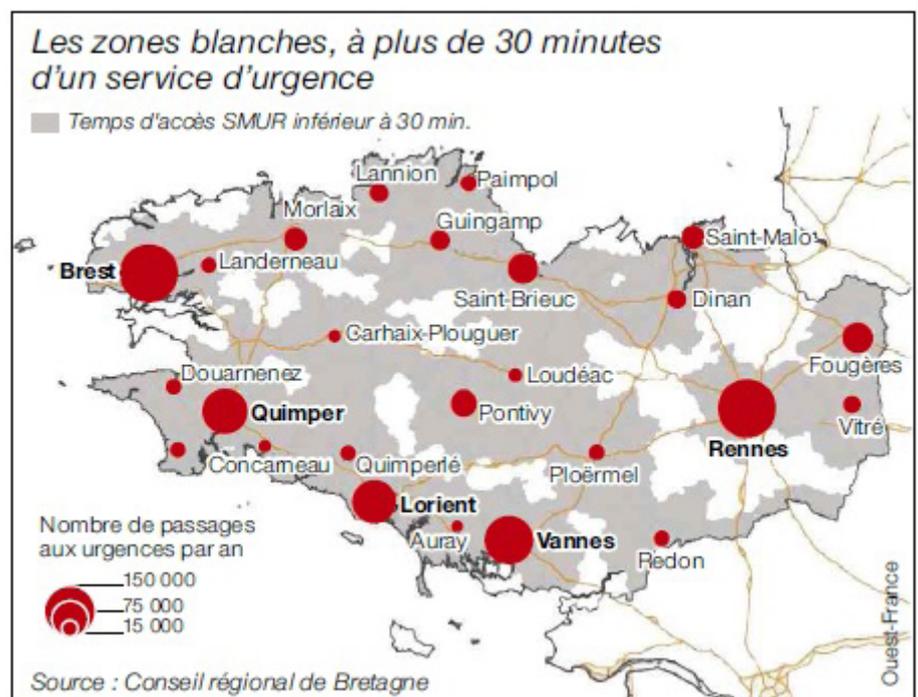
## Pour un service public régional de la santé

Le constat dressé par *Ouest France* dans son édition du 18 janvier 2010 est clair : non seulement les Bretons ne sont pas égaux face à la santé par rapport aux autres régions de France, mais ils ne sont pas égaux à l'intérieur même de la Bretagne où l'on observe une différence entre l'intérieur et le littoral.

À l'échelle nationale, les Bretons se classent en 18<sup>e</sup> position sur 22 pour les hommes et en 17<sup>e</sup> pour les femmes pour l'espérance de vie. Il y a par ailleurs un problème spécifique à la Bretagne avec une mortalité liée au suicide et à l'alcoolisme supérieure de 30 % chez les hommes et de 20 % chez les femmes à la moyenne nationale.

L'existence de « zones blanches » à plus de 30 km des SMUR, les services d'urgence et de réanimation, est également des plus significatives. Pour terminer, il faut également savoir qu'il y a en moyenne moins de médecins par habitant que dans les autres régions et qu'en outre, ceux-ci se concentrent sur le littoral et dans les grandes agglomérations.

Face à cette situation qui nécessiterait un programme à « marche forcée » à l'échelle régionale, que trouve-t-on ? Une réorganisation de la santé décidée par le gouvernement pour l'inclure dans la logique de dérégulation réclamée par les marchés financiers. Une fois ce secteur « enfin » devenu financièrement rentable, on offrira sur un plateau d'argent les morceaux les plus juteux au secteur privé détenu par les grands groupes d'assurances ou autres hedge-fund : en bref une santé « tiroir-caisse » par opposition à une santé au service de la population. À Carhaix, la bataille acharnée des élus et de la population a permis de sauver l'hôpital en l'associant à celui de Brest, mais pour combien de temps ? Le président



du conseil régional, Jean-Yves Le Drian, ne déclarait-il pas, selon *Ouest-France*, que « le but premier du gouvernement était bel et bien de fermer Carhaix » ?

Déjà, à Noyal-Pontivy, la région inaugure le premier hôpital en partenariat public privé (PPP), avec l'implantation d'une grosse structure destinée à devenir l'hôpital de « référence » du secteur centre Bretagne. Comment se traduit ici « partenariat » public privé ? Deux partenaires qui jouent selon des règles du jeu différentes mais bénéficiant systématiquement au privé par la cannibalisation du public. Ainsi les subventions publiques vont-elles à 80 % au privé et à 55 % au public, lequel, face à l'insuffisance des fonds qui lui sont destinés, se trouve par conséquent dans l'obligation d'emprunter et devra très probablement réduire son personnel pour être en mesure de rembourser les emprunts.

Encore une fois, la priorité est l'argent (satisfaire l'appétit

des actionnaires) 1) en supprimant les équipements jugés redondants dans des zones géographiques déterminées, 2) en confiant au privé les soins les plus rentables (parce que bien remboursés par l'Assurance maladie et ne nécessitant pas de séjour prolongé, donc de frais de personnel).

Cette conception assimile la santé à un fardeau financier, les soins étant vus comme une ressource rare qui doit être délivrée à ceux qui la « méritent » vraiment et qui sont prêts à (ou peuvent) payer pour.

**Notre conception** est directement à l'opposé : **la santé est un investissement productif, un investissement éminemment rentable puisque la bonne santé d'une population se traduit par des économies importantes sans compter le bénéfice, impossible à chiffrer mais fondamental, que retire le pays d'une population qui tendra à être plus heureuse, plus optimiste, plus portée à se sentir responsable de l'avenir et des autres si elle est en bonne santé.**

Dans cette vision, la santé est nécessairement un service public et d'une certaine manière, le premier des services publics. Elle n'exclut nullement la médecine privée avec laquelle elle doit s'articuler de manière harmonieuse, mais définit clairement la santé comme une activité répondant aux besoins de la population et non à la cupidité des actionnaires ou autres prédateurs.

Dans notre conception, on doit commencer en garantissant **l'accessibilité de la santé pour tous, ce qui suppose un maillage sans « trous »**. Pour s'assurer de la densité adéquate de ce maillage, on réalisera des cartes anamorphiques (où les distances se lisent en temps et non plus en kilomètres) des équipements médicaux de première nécessité. En ce qui concerne **les urgences, toute personne doit être en mesure d'accéder à l'hôpital de proximité en moins de 30 min**. Il faut également que les habitants vivant loin du littoral puissent trouver médecins généralistes, dentistes, ophtalmologues et infirmiers dans le bourg le plus proche de leur domicile, ce qui suppose d'augmenter immédiatement le nombre des étudiants en médecine, sachant que cela ne résoudra pas la pénurie avant les dix ans nécessaires à la formation d'un médecin.

Qu'est-ce qui s'oppose à cela ? La politique même du gouvernement pour les raisons évoquées plus haut sachant qu'à ce jour, la santé est une prérogative de l'Etat – ce qui est une excellente chose tant que le gouvernement en place a le souci de garantir une égalité des soins dans l'accès et la qualité sur tout le territoire de la République. Or, il y a un paradoxe puisque avec la loi Hôpital 2007, des compétences importantes ont été confiées aux directeurs des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), lesquelles ont subi une nouvelle mutation pour devenir aujourd'hui des Agences régionales de la santé (ARS) aux compétences encore plus étendues

(par exemple, elles ont maintenant autorité sur la médecine de ville). Malheureusement, ce surcroît de compétences à l'échelle régionale, qui pourrait être utile tant qu'il ne crée pas des fiefs et n'aggrave pas les inégalités déjà existantes entre régions, semble bien être conçu pour relayer prioritairement la politique de l'Etat de « rationalisation » des soins. A noter, dans ce contexte, le nouvel Institut de Management créé au sein de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) de Rennes, ayant pour mission de former les administrateurs des institutions de santé publiques et privées, notamment les ARS, à cette idéologie comptable en vigueur. Cet institut, tout comme le MBA en santé publique, fait en partenariat avec l'ESCP (Ecole supérieure de commerce de Paris) et la London School of Economics, a vocation internationale et dispense son enseignement en anglais.

L'Observatoire régional de la santé de Bretagne (ORSB) cofinancé par la région est un instrument utile mais insuffisant. Au moins nous permet-il de confirmer le manque de médecins en Bretagne comparé aux autres régions (307 médecins pour 100 000 habitants en Bretagne contre 338 pour le reste de la France). A cet égard, **les mesures de la région pour lutter contre la désertification médicale en instaurant des aides à l'installation des jeunes médecins sont très positives, mais ce qui est véritablement urgent aujourd'hui, c'est de stopper en amont le détricotage du maillage sanitaire déjà existant**. Il faut également arrêter net le processus où,

suivant les cas, l'hôpital public est soit promis à une « reconversion » en hospice pour les pauvres, comme dans l'ancien temps, soit destiné à voir ses richesses (personnels, équipements techniques de pointe) « vampirisées » par le privé. C'est pourquoi, il serait nécessaire **que la région soit dotée d'un pouvoir supplémentaire lui permettant d'opposer un droit de veto aux restructurations menaçant le service public**.

Ce serait un premier pas. Celui-ci n'aurait cependant toute sa signification que s'il était accompagné **d'états régionaux de la Santé**. Ces états régionaux, rassemblant professionnels, élus, syndicats, citoyens, associations, auraient **pour objectif d'effectuer un audit sur le fonctionnement de la santé en Bretagne**, d'amener collégalement et en toute transparence cette discussion sans laquelle on ne peut espérer résoudre en profondeur les problèmes complexes qui se posent. Chacun sait pertinemment qu'il existe de grandes zones d'opacité dans le fonctionnement des diverses institutions à quelque niveau que ce soit : national, régional ou local, ce qui rend caduc nombre de dispositifs qui existent déjà et qui auraient un rôle bénéfique pourvu qu'ils soient mis en pratique. Surtout, de tels états régionaux aideraient à reconceptualiser la nature des problèmes propres à la Bretagne, ainsi qu'à engager un véritable débat sur l'éthique des soins. Nous nous engageons à faire apporter une réponse aux défis les plus urgents :

- pourquoi des zones blanches sur la carte ?



- ces zones blanches coïncident-elles avec les poches de pauvreté et de misère où l'on recense la plus grande densité de suicides et de cas d'alcoolisme ?
- qu'est-ce qui explique que l'espérance de vie des Bretons soit l'une des plus mauvaises de l'Hexagone ?
- pourquoi un habitant des Monts d'Arrée n'est-il pas à égalité (accès aux soins, urgences) avec ceux des grandes villes ?
- qu'est-ce qui fait que les médecins libéraux s'installent prioritairement sur la côte plutôt qu'à l'intérieur des terres où l'on a pourtant davantage besoin d'eux ?
- comment améliorer les échanges entre praticiens du secteur public travaillant dans différentes structures, sachant qu'il en résultera une amélioration des connaissances et des qualifications ?
- peut-on continuer à fermer des lits (le cas de la psychiatrie étant particulièrement préoccupant) sans en créer de nouveaux ?

Voilà un certain nombre de questions qui devraient être posées et sur lesquelles la région doit pouvoir répondre et agir. La Bretagne a un gros atout avec le bon niveau d'étude de ses habitants, ce qui facilite grandement la relation entre patients

et personnel de santé du fait de l'attitude personnelle des patients envers la santé ; c'est une dimension sur laquelle il faut s'appuyer (par exemple, la Bretagne est l'une des régions de France ayant le plus faible taux de mortalité périnatale du fait de la « prise en charge » du nouveau-né par les parents).

D'autres mesures, plus ponctuelles, sont à mettre en place :

- **obliger l'affichage systématique des dépassements d'honoraires** (en particulier pour les disciplines connaissant une pénurie de praticiens) afin que les patients ne soient plus financièrement « pris au piège ».
- **créer un service public des soins à domicile dans lequel la région a un rôle à jouer.** Ces soins sont en effet actuellement délivrés par des intervenants du secteur privé ou associatif. Il n'est certes pas question ici de critiquer leur travail, mais il apparaît comme une nécessité, surtout en milieu rural, d'assurer dans un tel domaine la dimension de service public qui doit être celle de la santé pour tous que nous défendons.

En résumé, notre bataille a pour objectif d'**en finir avec ce qui s'apparente de plus en plus à la gestion d'une pénurie organisée pour retrouver une pratique de la santé devant accompagner et favoriser l'essor d'une région qui aura fait le choix de l'avenir et du progrès.**