

Commission « Société, environnement et qualité de vie »
Rapporteurs : Bernard GAILLARD et Sylvère QUILLEROU

Avis du CESER sur le dossier du Conseil régional « Avis du Conseil régional sur le Projet régional de santé Bretagne 2018-2022 »

1. Rappel des propositions du Président du Conseil régional

Lors de son examen de la version initiale du Projet régional de santé (PRS) en février 2012, le Conseil régional avait émis un avis défavorable à son projet de révision. Cette fois, se fondant sur l'élaboration d'un avis sur le PRS 2018-2022 qui a associé l'ensemble des élus régionaux, le Président du Conseil régional propose « d'émettre un avis réservé sur le deuxième Projet régional de santé, subordonné à la prise en compte des préconisations formulées dans le rapport ». Cependant, le Président du Conseil régional constate des améliorations notables du nouveau Projet régional de santé prenant en compte notamment les facteurs de vulnérabilité des personnes et des territoires les plus fragiles, ainsi que la prévention et la promotion de la santé.

L'objectif du PRS 2018-2022 est d'avancer avec ses partenaires sur la mise en œuvre de l'amélioration de l'état de santé des personnes en Bretagne, favoriser leur accès à la santé et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Les différentes étapes de l'élaboration de l'avis du Conseil régional, notamment au travers du groupe de travail « démographie médicale », ont permis de formuler les attentes du Conseil régional vis-à-vis de ce nouveau Projet régional de santé et d'émettre des préconisations afin de mieux agir en faveur de la réduction des inégalités territoriales en matière d'accès à la santé qui caractérisent la Bretagne. Il propose de mieux prendre en compte les spécificités régionales, de porter l'attention sur les populations les plus vulnérables afin de réduire d'une part les inégalités sociales de santé et d'autre part les inégalités territoriales de santé et de permettre l'appropriation du PRS 2018-2022 par tous les acteurs et bénéficiaires du système de santé afin de garantir une action coordonnée.

Le Projet régional de santé 2018-2022 se présente en 3 volets : le Cadre d'orientation stratégique (COS) qui détermine les priorités de la politique de santé de l'ARS Bretagne pour les 10 ans à venir, le Schéma régional de santé (SRS) qui prévoit l'ensemble des actions à mener dans les 5 ans pour répondre aux besoins de la population et le Programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) qui vise à améliorer la santé des personnes les plus démunies et en situation de précarité.

2. Observations du CESER sur les propositions du Conseil régional

Le CESER tient d'emblée à préciser que si son présent avis souligne plusieurs avancées dans le texte du projet de PRS 2018-2022 en consultation par rapport à sa version antérieure de 2012-2017, il doit être resitué dans un contexte général préoccupant sur l'évolution des capacités du système de santé à apporter des réponses - au quotidien, sur le terrain et avec des moyens suffisants - aux besoins réels de soins de qualité, d'accompagnement social et humain ainsi que de bien-être de l'ensemble de la population dans tous les territoires en Bretagne.

Il peut exister un décalage criant entre, d'une part, les orientations stratégiques - et parfois très théoriques - du document de l'ARS et, d'autre part, la dégradation de fait, en cours ou à venir, de nombreux moyens humains et financiers des secteurs sanitaire, social et médico-social, la réalité des difficultés vécues en proximité par les personnes, par les familles et les professionnels soignants et accompagnants en Bretagne. De nombreuses mobilisations citoyennes et sociales en cours témoignent actuellement de l'inquiétude - et parfois de la colère - de ceux qui sont les plus directement touchés par ces évolutions alarmantes et qui creusent les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé.

La relation entre la santé et l'environnement est un autre enjeu majeur de l'action publique en région et un sujet de préoccupation grandissant dans la population : milieux de vie et écosystèmes, biodiversité, enjeux de l'accès à une eau, un air et des sols de qualité, impacts sanitaires actuels et futurs du dérèglement climatique, alimentation et habitat sains, qualité du cadre de vie, accessibilité pour les personnes en situation de handicap, effets des ondes électromagnétiques, des nanomatériaux, autres risques émergents, etc. Le troisième Plan régional santé environnement (PRSE) identifie bien ces enjeux et est intégré de manière transversale dans le futur PRS. Il doit continuer à mobiliser l'ensemble de l'action publique en région avec des moyens humains, financiers et organisationnels pérennes et réellement à la hauteur des enjeux de qualité de vie en Bretagne pour les générations actuelles comme futures.

Le CESER redit ici que la santé est un bien commun, un service collectif et un service public essentiel, un droit humain fondamental auquel chacun.e doit pouvoir accéder également à tous les âges de la vie, quels que soient son état de santé, ses moyens financiers, ses territoires et ses environnements de vie en Bretagne.

Il rappelle que si la santé est l'affaire de chacun.e et de tou.te.s, c'est bien l'Etat qui, en France, d'après la loi, a la responsabilité première de la politique de santé. La capacité du système de santé et de protection sociale à répondre avec autant d'efficacité que d'humanité et de solidarité aux besoins de santé de tou.te.s en Bretagne relève donc d'abord, non pas du niveau régional mais national.

D'une manière générale, le CESER partage donc de nombreuses réserves et préoccupations exprimées par le Président du Conseil régional dans son projet d'avis réservé sur le Projet régional de santé (PRS) 2018-2022 en consultation.

2.1. Le CESER soutient de longue date la politique de santé volontariste et partenariale du Conseil régional, fondement de son projet d'avis sur le PRS 2018-2022

Le Conseil régional inscrit cette proposition d'avis réservé sur le Projet régional de santé (PRS) 2018-2022 dans le prolongement des nouvelles orientations pour sa politique de santé adoptées en décembre 2017 et sur lesquelles le CESER s'est déjà prononcé favorablement, en soulignant la nécessité de mieux prendre en compte les spécificités régionales, notamment les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé. Le CESER soutient donc le Conseil régional lorsqu'il réaffirme ici « sa responsabilité sur les enjeux de santé » et son engagement volontariste à « poursuivre la mobilisation de toutes ses politiques dans l'objectif d'améliorer la santé des bretonnes et des bretons », dans une approche globale et positive de la santé et de ses multiples déterminants.

Le CESER approuve le positionnement du Conseil régional qui rappelle qu'il est « un acteur historique de la santé en Bretagne », mais que « la Région n'agit cependant pas seule et souhaite inscrire son action en complémentarité de celle des autres collectivités, acteurs de santé et de l'Agence régionale de santé ». A l'instar du Conseil régional, le CESER est convaincu de la nécessité d'une meilleure coordination et cohérence des politiques publiques de santé en région. Il souligne donc l'importance

de l'objectif stratégique n°7 du projet de PRS consistant à « *construire et mettre en œuvre ensemble la politique de santé régionale* », la santé étant l'affaire de tous.

2.2. En cohérence avec ses avis antérieurs sur la santé, le CESER se retrouve dans les grandes priorités du Cadre d'orientation stratégique du projet de PRS et souligne des avancées

D'une manière générale, le CESER se retrouve globalement dans le texte du Cadre d'orientation stratégique du projet de PRS et ses 7 objectifs stratégiques visant à accompagner les transformations du système de santé au service de la population bretonne :

1. Prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie
2. Garantir l'accès à une offre de santé adaptée et de qualité au plus près du domicile
3. Faciliter les parcours de soins, de santé et de vie par une organisation plus coordonnée
4. Renforcer la qualité et la pertinence des prises en charge
5. Développer la performance et l'innovation du système de santé
6. Mieux préparer le système de santé aux événements exceptionnels
7. Construire et mettre en œuvre ensemble la politique de santé régionale.

Le Conseil régional propose que l'ARS puisse identifier plus clairement les priorités stratégiques régionales. Pour le CESER, il ressort que les 3 volets du PRS sont interdépendants. Confrontés aux exigences du terrain, ils seront inévitablement soumis à des adaptations et des révisions permanentes dans un domaine en pleine mutation et transition.

Le Conseil régional prend acte de la prise en compte par l'ARS de ses avis rendus lors de l'élaboration et de la révision du premier PRS. En s'appuyant sur ses avis et travaux abordant les enjeux de santé, le CESER fait de même en saluant plusieurs avancées sur des enjeux qu'il avait pointés dans son avis de janvier 2012 sur le premier PRS, notamment :

- un important effort de concertation dans l'élaboration de ce second PRS, valorisant les contributions des instances de la démocratie en santé, au niveau régional (Conférence régionale santé autonomie) comme territorial (Conseils territoriaux de santé) ;
- une approche plus globale et transversale de la santé et de ses déterminants, y compris sur les enjeux de la prévention et de la promotion de la santé désormais intégrés à toutes les thématiques, comme ceux des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé ; au vu de ses propres travaux et préconisations, le CESER souligne très favorablement la plus grande attention portée à la promotion de l'activité physique régulière à tous les âges de la vie ainsi qu'à l'environnement et à l'urbanisme favorable à la santé (milieux de vie et espaces publics favorisant le bien-être et la qualité de vie pour tou.te.s, par exemple) ;
- une meilleure prise en compte des spécificités et fragilités régionales en santé physique, mentale, sociale et environnementale ; l'amélioration de la santé mentale en particulier est une préoccupation et un enjeu fort en Bretagne qui apparaissent mieux traités dans ce second Projet régional de santé. Le CESER, de longue date, a attiré l'attention sur les conduites addictives, les souffrances psychiques ainsi que sur la problématique du suicide dans notre région ;
- un décloisonnement plus marqué, dans les orientations stratégiques et leurs différentes thématiques, entre les enjeux sanitaires, médico-sociaux et sociaux et leurs acteurs, en particulier auprès des populations les plus démunies et en situation de précarité, des personnes en situation de handicap ainsi que des personnes âgées dans la perspective du « bien vieillir » ;
- une prise en compte novatrice de la notion de parcours de santé, de soins et de vie des personnes, à tous les âges de la vie, afin d'éviter les ruptures, en particulier pour les populations et territoires vulnérables ; une thématique n°8 spécialement dédiée à la santé des enfants et des jeunes, de 0 à 25 ans, avec la volonté de développer des actions partenariales,

notamment avec la santé scolaire (parcours éducatif de santé, plan académique santé-social...);

- une intégration plus importante des enjeux d'innovation et de recherche en santé, notamment des innovations organisationnelles et technologiques, sans oublier leurs enjeux démocratiques et éthiques ;
- une plus forte intégration transversale des enjeux et objectifs du troisième Plan régional santé environnement (PRSE 3) et des liens plus fréquents avec le Plan régional santé travail (PRST) alors que ce dernier était un quasi « point aveugle » du premier PRS ;
- une volonté de mieux impliquer les personnes comme acteurs de leur santé, du système de santé et de la démocratie en santé, notamment en développant leurs connaissances et leurs compétences psycho-sociales.

2.3. Le CESER restera toutefois très vigilant sur les moyens humains et financiers nécessaires à la mise en œuvre pluriannuelle du PRS, ceux-ci n'apparaissant pas dans le projet de PRS

Face à ces nombreuses avancées qui apparaissent dans le document du nouveau PRS, le CESER constate néanmoins, comme il l'avait fait en 2012, que les moyens financiers, humains et territoriaux de sa mise en œuvre restent très incertains dans une perspective pluriannuelle. Comme le Conseil régional, il restera donc fortement vigilant sur les moyens dédiés par l'ARS aux futurs plans d'action, contractualisations partenariales et territoriales et appels à projets qui découleront du PRS 2018-2022.

Il sera particulièrement attentif aux solutions concrètes qui seront proposées pour pallier l'insuffisance du nombre de professionnels de santé dans les territoires, notamment auprès des populations les plus fragiles. Le risque est en effet une aggravation de l'inadéquation des moyens humains et financiers du système de santé régional face à la montée des besoins de santé de la population, en particulier dans le contexte d'un vieillissement rapide et plus accentué en Bretagne qu'en moyenne nationale.

Pour le CESER de Bretagne, même au nom de « l'efficience du système de santé », ces solutions ne pourront pas être seulement technologiques ou organisationnelles : elles devront être avant tout humaines et solidaires, notamment en direction - et avec la participation - des personnes les plus démunies, en situation d'exclusion ou de précarité. Le CESER souhaite que cet objectif soit renforcé dans le futur Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies (PRAPS). L'amélioration des parcours de santé des personnes en situation de fragilité nécessite en effet un rapprochement et une coordination encore plus étroits entre les actions sanitaires, sociales, médico-sociales et environnementales (Cf. PRSE) dans les territoires, en partenariat avec l'ensemble des acteurs de la solidarité et de la démocratie en santé, en particulier associatifs.

2.4. Le CESER demande une meilleure prise en compte des inégalités de santé entre les femmes et les hommes dans la version finale du PRS

Comme le fait le Conseil régional, le CESER « invite l'ARS Bretagne à considérer davantage les inégalités de santé liées au sexe ». Il s'étonne en particulier que la question des violences faites aux femmes n'apparaisse pas dans le projet de PRS, comme un thème à part entière, alors qu'il s'agit d'un enjeu majeur d'égalité et de santé publique. En matière de violences, être femme expose, être femme et jeune surexpose. Le médecin (généraliste ou spécialiste) est le premier professionnel que les femmes consultent régulièrement : bleus, maux de dos, troubles du sommeil, d'alimentation, douleurs gynécologiques et beaucoup d'autres troubles et pathologies peuvent être des indicateurs de la possibilité de situation de violences à la maison.

Il ne faut pas non plus oublier les enfants qui sont témoins ou victimes indirectes de ces violences intrafamiliales. Il est donc important de suivre ces mères sur le plan de la parentalité, dans le lien avec

leurs enfants, sous la forme notamment de soutien en groupes de paroles, mais sans laisser de côté le soutien de la parentalité avec les pères auteurs de violences, dans une approche globale et positive de la santé pour chacune et chacun. Le CESER de Bretagne se réjouit que l'ARS s'attache à organiser un meilleur suivi de tous les enfants jusqu'à 12 ans mais propose que dans la lutte contre les violences faites aux enfants dans le cadre du plan interministériel, la question des enfants témoins ou victimes indirectes de violences intrafamiliales soit intégrée.

Le CESER rappelle que la loi du 26 janvier 2016 « *de modernisation de notre système de santé* » (article L 1411-1 du code de la santé publique) dispose que « *la politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat* » et qu' « *elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins* ». Le CESER demande que la version finale du PRS de la Bretagne intègre mieux cet enjeu de l'égalité entre les femmes et les hommes, au-delà des seules femmes enceintes ou en situation de précarité. Il souhaite qu'un lien plus étroit apparaisse, d'une part, avec les préconisations du « *5ème plan national de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (2017-2019)* », d'autre part, avec l'ensemble des acteurs régionaux impliqués : Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité de Bretagne, Conseil régional et autres collectivités, réseaux associatifs régionaux concernés, acteurs de la démocratie régionale et territoriale en santé, organismes de protection sociale...

2.5. Le CESER soutient le projet d'une charte régionale contre les inégalités sociales de santé

Le CESER adhère au projet de formalisation d'une charte politique d'engagement proposée par le PRS afin de lutter contre les inégalités sociales de santé. Celle-ci est de nature à concentrer les moyens et l'attention des différentes structures œuvrant dans les territoires. Le CESER rappelle, comme le rapportait le Professeur Denis Zmirou-Navier lors de la présentation du PRSE en juillet 2017, qu'aucune politique publique de santé n'a d'effet s'il n'y a pas d'actions concrètes visant à la réduction des inégalités sociales. Les politiques publiques du Conseil régional doivent pouvoir s'articuler sur cette question avec le Projet régional de santé. Le CESER partage l'avis du Conseil régional demandant à être partie prenante de l'élaboration et de la mise en œuvre du cadre commun proposé au travers de la charte.

2.6. Le CESER est très inquiet sur la perspective d'une aggravation des inégalités territoriales de santé, en particulier sur les difficultés d'accès aux soins qui risquent de s'amplifier en Bretagne

Le CESER a toujours souligné l'enjeu fondamental de l'égal accès aux soins des personnes dans leurs parcours et territoires de vie en Bretagne. Si les réponses ne relèvent pas uniquement de l'ARS, le CESER relève la volonté du Conseil régional de contribuer à trouver des solutions pour les citoyen.ne.s avec l'implication de tous les acteurs concernés : ARS, Facultés de médecine, Conseil régional, organisations des professionnels de santé... Le CESER, dans son avis de juin 2017 sur la démographie médicale, soulignait que « *Le Conseil régional, avec ses partenaires territoriaux, doit tout faire en termes d'aménagement durable des territoires pour renforcer l'attractivité des zones dont les médecins généralistes s'éloignent : emploi, présence et accessibilité des services collectifs, transports, établissements scolaires, loisirs, sport, culture, revitalisation des centralités, accès au Très haut débit numérique...* ». Le CESER estime, là encore, qu'une meilleure coordination et anticipation des acteurs publics doit s'organiser afin de mieux répondre aux besoins de santé au travers du Projet régional de santé.

Le Conseil régional salue la proposition, dans le Projet régional de Santé, de réponses multiples selon les territoires. Le CESER s'en félicite également car cela correspond à l'une de ses préconisations

antérieures. Il remarquait ainsi par exemple dans son avis de juin 2017 sur la démographie médicale, que « *si la création des « Maisons de santé pluridisciplinaires » (MSP) représente, sur certains territoires, une tentative de pallier la pénurie avérée et, hélas, non anticipée par les responsables en charge de la santé (pouvoirs publics et élus), elle ne représente qu'un maillon dans le traitement des freins à l'installation des professionnels de santé non maillés. En regroupant des professionnels de plusieurs communes, elle peut même parfois, insidieusement, favoriser la formation de déserts pharmaceutiques et paramédicaux dans certains territoires ruraux* ». Le CESER estime que le Conseil régional a un rôle important pour agir en ce sens dans le cadre du Projet régional de santé. Le CESER partage donc l'affirmation du Conseil régional disant que « *la réduction des inégalités territoriales de santé et d'accès à la santé doivent être des enjeux majeurs de ce nouveau Projet régional de santé* ».

Pour ce qui concerne le déficit récurrent de médecins libéraux en Bretagne, le CESER est favorable au développement de la santé connectée accessible à tous, de la chirurgie ambulatoire pour pallier, dans une certaine mesure, les effets de l'absence de professionnels dans les territoires déficitaires. Il approuve l'analyse pragmatique du Conseil régional sur la nécessité de doter les territoires de ces professionnels de santé en nombre suffisant. Le Conseil régional soutient le développement du numérique en santé et vise à tirer le meilleur parti des innovations en santé. Le CESER est en accord avec le Conseil régional sur l'idée d'encourager les actions de formation continue au service de l'innovation. En même temps, le CESER rappelle que la télémédecine et l'e-santé ne sont qu'un des moyens permettant d'améliorer les réponses en santé, une adaptation des exercices aux nouveaux moyens de communication numérique, mais non *le seul* moyen pour réduire la pénurie de professionnels de santé. Pour le CESER, la télésanté ne peut se concevoir sans un accompagnement et des relations humaines et sociales en présentiel à chaque fois que nécessaire, en particulier auprès des personnes les plus fragiles, éloignées ou exclues de la vie sociale ou numérique. Le CESER appuie donc le développement de la télémédecine à condition qu'elle soit appréhendée comme un service de santé complémentaire. Par ailleurs, dans l'organisation des parcours de santé et de vie, le Conseil régional réaffirme ses compétences en matière de mobilité visant à améliorer l'accessibilité des territoires, tandis que l'ARS demeure vigilante à ce que l'organisation des parcours soit cohérente avec les possibilités de mobilité proposées par le Conseil régional, les deux métropoles et les autres territoires.

D'une manière générale, le dialogue apparaît encore trop réduit entre les acteurs de terrain (usagers, professionnels, élus, représentants de la démocratie en santé) et les acteurs institutionnels de la santé. La réussite des parcours de santé nécessite de meilleures coordinations et intégrations, une amélioration de la lisibilité des réseaux et dispositifs, un décloisonnement plus structurel et quotidien entre les différents acteurs.

2.7. Le CESER approuve le soutien régional à l'observation partagée et à l'évaluation participative en santé

L'évaluation des politiques de santé, sur le temps relativement court du Projet régional de santé dans le contexte très évolutif de la santé, permettra de réajuster les actions engagées. Le CESER partage l'avis du Conseil régional sur le soutien aux observatoires régionaux type Observatoire régional de la santé en Bretagne (ORSB) et à l'Observatoire des territoires, et sur l'idée que l'ARS doit favoriser la participation des acteurs de terrain et la population au processus d'évaluation afin d'en retirer, entre autres, des éléments qualitatifs sur les réponses données réellement et humainement aux besoins de santé, d'accompagnement et de bien-être. Le CESER estime, comme le Conseil régional, que l'ARS doit associer plus largement les citoyens dans le cadre de démarches participatives. Comme déjà souligné ci-avant, le citoyen doit être acteur de sa santé, être acteur du système de santé et de la démocratie en santé. Une meilleure appropriation du système de santé et de ses dispositifs est un gage de meilleure réussite du Projet régional de santé. Il faut renforcer l'implication de la population dans le dispositif global de santé, dans le dispositif de santé publique - incluant la

prévention et la promotion de la santé - dans la mise en œuvre des parcours de santé, de soins et de vie des personnes à tous les âges de la vie.

2.8. Le CESER souligne l'enjeu crucial d'une meilleure coordination régionale et territoriale de l'action publique en santé

L'engagement du Conseil régional aux côtés des territoires et instances régionales et territoriales de démocratie en santé par la mobilisation des Contrats locaux de santé, des Contrats de ville ou de ruralité, notamment, constitue un soutien aux dispositifs de lutte contre les inégalités en santé. Si le Conseil régional souligne l'importance de mieux « *articuler les schémas et plans au service d'une action publique coordonnée* », le CESER attire son attention non seulement sur le rôle plus actif à jouer par la Commission de coordination des politiques publiques (CCPP) de l'ARS, mais aussi sur le lien à développer entre cette dernière et la Conférence territoriale de l'action publique (CTAP) qui peut aussi jouer un rôle de pivot et de relais pour favoriser une meilleure intégration des enjeux de santé dans l'ensemble des politiques publiques en Bretagne, incluant la prévention et la promotion de la santé.

2.9. Articuler la Breizh COP et le SRADDET avec les orientations stratégiques du PRS en ancrant la qualité de vie pour toutes et tous au cœur du projet de territoire

Le CESER rappelle ici que dans sa contribution à l'élaboration du Schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires (SRADDET) d'octobre 2017 « *Vers un projet partagé de développement durable en Bretagne : trois priorités pour accompagner, réussir et anticiper les transitions* », il préconise notamment « *d'ancrer la qualité de vie au cœur du projet de territoire pour les générations actuelles comme pour les générations futures* » en soulignant que « *la sécurisation des parcours de santé et la garantie de l'accès aux soins médicaux pour tous, à tout âge, en tout point du territoire, doivent être renforcées par une plus grande coordination du rôle et des interventions des différents acteurs : couverture du territoire par les professionnels, actions de prévention, accès aux soins généralistes, spécialisés et soins d'urgence, déploiement des outils numériques de e-santé, accompagnement et suivi des personnes* ».

Le CESER souhaite donc que la démarche Breizh COP et les travaux d'élaboration du futur SRADDET s'articulent pleinement avec les orientations stratégiques du Projet régional de santé, en particulier avec les objectifs du Plan régional santé environnement. Dans les nouvelles orientations de sa politique de santé adoptées en décembre 2017, le Conseil régional ne rappelait-il pas d'ailleurs que « *la santé est une condition indispensable au développement durable de la Bretagne* » ?

Vote sur l'Avis du CESER de Bretagne

Avis du Conseil régional sur le projet régional de santé Bretagne 2018-2022 élaboré par l'agence régionale de santé

Nombre de votants : 103

Ont voté pour l'avis du CESER : 80

Sophie JEZEQUEL (CRAB), Edwige KERBORIOU (CRAB), Laurent KERLIR (CRAB), Didier LUCAS (FRSEA), Cécile PLANCHAIS (FRSEA), Henri DAUCE (Confédération paysanne de l'Ouest), Philippe DAGORNE (Par accord CERAFEL-UGPVB-CIL), Patrice LE PENHUIZIC (Par accord FRCIVAM-IBB), Olivier LE NEZET (CRPMEM), Jehane PRUDHOMME (CRPMEM), Goulven BREST (Par accord Comités régionaux de la conchyliculture de Bretagne nord et Bretagne sud), Philippe PLANTIN (CRMA), Marielle TARTIVEL (U2P), Sylvère QUILLEROU (CNPL), David CABEDOCE (CCIR), Evelyne LUCAS (CCIR), Emmanuel THAUNIER (CCIR), Marie-Christine LE GAL (MEDEF), Annie SAULNIER (MEDEF), Daniel TUNIER (MEDEF), Brigitte LE CORNET (CPME), Régis BOIRON (Centre des Jeunes dirigeants d'entreprises de Bretagne), Martial WESLY (Comité régional de la fédération bancaire française), Bernard LAURANS (Par accord SNCF-SNCF Réseau-EDF-ENEDIS-RTE-ENGIE-La Poste), Jean-Yves LABBE (Bretagne pôle naval), Olivier CHAPALAIN (Par accord UDES-UNIFED), Isabelle AMAUGER (URSCOP), Ronan LE GUEN (Collectif de fédérations d'insertion par l'activité économique : par accord entre la fédération des entreprises d'insertion Bretagne, Chantier école Bretagne, Collectif des associations intermédiaires 29, Fédération des associations intermédiaires 22, Union départementale des associations intermédiaires 56), Jean LE TRAON (IRT B-COM), Sergio CAPITAO DA SILVA (ID4CAR), Anne COUÉTIL (Par accord SER-FEE), Anne-Claude LEFEBVRE (Par accord CRITT-Centres techniques de Bretagne), Françoise BOUJARD (CFDT), Michel CARADEC (CFDT), Danielle CHARLES LE BIHAN (CFDT), Isabelle CONAN ROUSSEAU (CFDT), Joël DEVOULON (CFDT), Marie-Annick GARAUD LE GARS (CFDT), Norbert HELLUY (CFDT), Marie-Madeleine HINAULT (CFDT), Brigitte LE CLECH (CFDT), Véronique LE FAUCHEUR (CFDT), Thierry LEMETAYER (CFDT), Catherine LONEUX (CFDT), Gilles POUPARD (CFDT), David RIOU (CFDT), Hervé THIBOULT (CFDT), Jacques UGUEN (CFDT), Annie COTTIER (CFTC), Marie-Andrée JEROME-CLOVIS (UNSA), Bertrand LE DOEUFF (UNSA), Jean-Marie BERTHO (CFE-CGC), Annie GUILLERME (FR-CIDFF), Laetitia BOUVIER (JA), Filipe NOVAIS (CRAJEP), Antoine PIERCHON (Par accord UNEF-fédé B-FERIA), Jacqueline PALIN (CROS), Jean KERHOAS (Nautisme en Bretagne), Marie-Martine LIPS (CRESS), Marie-Anne CHAPDELAIN (FAS), Marylène SIMON (Par accord URAPEI-CREAI), Marie-Christine CARPENTIER (URIOPSS), Carole LE BECHEC (Réseau Cohérence), Joseph-Bernard ALLOUARD (Mouvement Agir Tous pour la Dignité), Fabienne COLAS (Union régionale de la Mutualité française), Claudine PERRON (Kevre Breizh), Patrice RABINE (SYNDEAC), Marine LE GALL-ELY (Universités de Bretagne), M'Hamed DRISSI (Conférence des directeurs des Grandes écoles de Bretagne), Michel MORVANT (par accord SOLIHA Bretagne et Habitat et développement en Bretagne), Gérard CLEMENT (Par accord entre l'UFC - Que choisir et Consommation, logement et cadre de vie (CLCV)), Marie-Pascale DELEUME (Eau et rivières de Bretagne), Jean-Yves PIRIOU (Eau et rivières de Bretagne), Sylvie MAGNANON (Bretagne vivante), Jean-Luc TOULLEC (Bretagne vivante), Michel CLECH (REEB), Jean-Philippe DUPONT (Personnalité qualifiée environnement et développement durable), Cécile MARTIN (Personnalité qualifiée), Franck PELLERIN (Personnalité qualifiée), Bernard GAILLARD (Personnalité qualifiée)

Ont voté contre l'avis du CESER : 0

Se sont abstenus : 23

Philippe LE ROUX (U2P), Olivier CAPY (CGT), Nicolas COSSON (CGT), Stéphane CREACH (CGT), Ronan LE NEZET (CGT), Lindsay MADEC (CGT), Jean-Luc PELTIER (CGT), Florence PRIGENT (CGT), Nadine SAOUTI (CGT), Gaëlle URVOAS (CGT), Nadine HOURMANT (FO), Annie KERHAIGNON (FO), Eric LE COURTOIS (FO), Fabrice LERESTIF (FO), Pierrick SIMON (FO), Viviane SERRANO (SOLIDAIRES), David COCAULT (SOLIDAIRES), Jean-Marc CLERY (FSU), Lydie POREE (Planning Familial), Pierre BARBIER (Coordination des associations de solidarité internationale), Mireille MASSOT (UNAASS), Anne LE MENN (Personnalité qualifiée), Gilles MATHEL (Personnalité qualifiée)

Adopté à l'unanimité



Intervention de Nadine SAOUTI Comité régional CGT de Bretagne

Depuis le 14 mars 2018, le projet du Projet Régional de Santé est soumis à consultation avant d'être validé en juillet 2018. Ce PRS préfigure des politiques de santé qui seront mises en œuvre par l'ARS pour la période 2018/2022. En matière de politique publique de Santé, l'Etat reste l'acteur principal en région, son action devant cependant s'articuler avec celle des autres institutions et collectivités.

C'est dans ce contexte que le Conseil régional va émettre un avis réservé sur ce nouveau plan.

Pour la délégation CGT, ce PRS s'inscrit bien dans la même philosophie d'austérité qui, depuis 30 ans, met le système à mal. Du Plan Hôpital 2007 à la loi Santé, la logique est toujours restée la même, dictée par des objectifs d'économie, votée par la loi de financement de la sécurité sociale. Les colères exprimées dans tous les secteurs dénoncent une dégradation de moyens pour dispenser les soins.

Arrêtons-nous sur quelques exemples :

- la problématique des EHPAD. La CGT rappelle que la prise en charge de la perte d'autonomie s'intègre totalement dans les principes fondateurs de la Sécurité sociale basés sur la nécessité de «faire face aux aléas de la vie de la naissance à la mort.» ;
- la psychiatrie, quant à elle, se voit allouer un budget déficitaire depuis plusieurs années. Cette stratégie vise à réduire l'hospitalisation au profit de structures extra hospitalières ;
- en pédopsychiatrie, le manque de moyens d'hospitalisation, connu depuis des décennies, laisse des enfants, des adolescents et leur famille dans la détresse ;
- le problème des urgences est lié principalement à la baisse organisée de lits d'hospitalisation, avec une culpabilisation orchestrée des patients qui useraient de façon abusive des urgences ;
- la dégradation d'accès aux soins en milieu rural pose la réalité de l'inégalité d'une offre de santé adaptée et de qualité au plus près du domicile ;
- pour les personnes handicapées mentales et polyhandicapées, le manque de structures d'accueil est un problème récurrent avec une prise en charge inégale sur le territoire.

Ce nouveau PRS s'inscrit dans l'accélération des concentrations des structures hospitalières. Ainsi, les GHT (Groupements Hospitaliers de Territoires) vont conduire à la fermeture de nombreux lits, de services, voire d'hôpitaux de proximité.

Or, ce 5 juin, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance-maladie (HCAAM), où siègent partenaires sociaux et personnalités, a remis son rapport au Premier ministre sur la transformation du système de santé avec, pour point essentiel, le déploiement de 550 à 660 hôpitaux de proximité pour améliorer le maillage territorial. Ce rapport se pose en contradiction totale avec les politiques menées par les gouvernements précédents et aggravées par le gouvernement actuel en remettant en cause ces GHT qui ne correspondent absolument pas aux réalités territoriales. La logique actuelle de l'hôpital de référence qui, sous la contrainte financière, vampirise les petits hôpitaux pour obtenir leur fermeture et espérer récupérer quelques faibles moyens aboutit à une désertification qui s'aggrave d'année en année et qui est très mal ressentie par la population et les élus locaux. Le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance-maladie, dans ce rapport sur l'hôpital de demain, replace bien le patient au cœur d'une proposition majeure, celle de fluidifier les parcours de soins tout en décongestionnant les urgences.

Avec la volonté de réduire la durée d'hospitalisation, celle de développer le maintien à domicile, l'hôpital deviendra le dernier recours, réduit à traiter en quelques heures les épisodes aigus à travers la concentration de plateaux techniques.

Du fait d'une continuité des soins trop souvent non coordonnée et d'un accès aux soins limité, nous constatons une accélération de la dégradation des soins, renforcée par l'officialisation du concept de responsabilisation individuelle. Le malade devient le responsable de sa maladie.

Privatisation, responsabilité individuelle, nous retrouvons cette constante tout au long du PRS. Nous aurions aimé y trouver des axes de renforcement du service public et de la responsabilité collective, garants essentiels des valeurs d'égalité et de solidarité.

La télémédecine et l'e-santé ne peuvent pas être la réponse au problème de démographie médicale; ce ne doit être qu'un complément. Les nouvelles technologies ne doivent pas se substituer aux rapports humains. L'entrée dans un parcours de soins via les moyens de communication numérique doit être adapté pour les personnes fragilisées, handicapées, exclues ou désocialisées ou ne disposant pas d'un ordinateur ou d'une connexion internet ce qui représentent 20 % de la population. Des moyens humains doivent être mis en place pour les accompagner dans leur parcours de soins.

Enfin, un lien fort doit être fait entre le PRS, le Plan Régional Environnemental et le Plan Régional Santé Travail et ceci dans un objectif de cohérence globale car ce sont là des enjeux majeurs de l'action publique en région et des sujets de préoccupation d'importance pour la population. Il apparaît évident d'intégrer au PRS les incidences nocives du travail sur la santé.

Pour la CGT, des dispositions concrètes doivent être engagées pour favoriser l'accès à des soins de qualité pour tous :

- former plus de généralistes, en supprimant le *numerus clausus* ;
- mieux répartir les médecins sur le territoire ;
- développer les lieux collectifs de soins ;
- rapprocher la ville et l'hôpital par une meilleure organisation du système au niveau territorial entre l'hôpital et les centres de santé ;
- construire un grand service public de la santé reposant sur des centres de santé avec des médecins salariés et des hôpitaux à statut public, avec du personnel bénéficiant du statut de la Fonction publique ;
- développer un maillage d'hôpitaux de proximité correspondant à une logique d'aménagement du territoire ;
- créer des Chambres territoriales de santé composées des élus, des représentants locaux des professionnels et des organisations syndicales de salariés, les organismes de Sécurité sociale et les services déconcentrés de l'État ;
- réformer le financement de la protection sociale, en lien avec le développement d'une politique efficace de l'emploi, par une modulation des cotisations sociales en rapport avec la précarisation des emplois, la valeur ajoutée des entreprises, les conditions sociales des salariés.

La CGT Bretagne se prononce contre le Plan Régional Santé qui ne se contente que d'être la déclinaison des orientations ultra libérales de l'actuel gouvernement qui tourne résolument le dos aux besoins réels des territoires et des populations.

L'avis du CESER s'est largement renforcé dans l'examen du contexte pour décrire un contenu proche de l'analyse de la CGT. Cet avis aurait été complet en se rapprochant des propositions de la CGT par d'autres choix pour des réponses publiques de haut niveau. L'abstention de la CGT sur l'avis explique ce différend.



Intervention d'Annie GUILLERME Fédération régionale des Centres d'information sur les droits des femmes et des familles (FR-CIDFF)

Pour l'économiste Françoise Milewski « *phénomène longtemps occulté, il s'avère maintenant être une évidence que ce sont majoritairement les femmes qui sont concernées par la précarité* ». Les femmes représentent aujourd'hui 70 % des travailleurs.euses pauvres et occupent des 82 % des emplois à temps partiel. « *La précarité sur le marché du travail est un facteur de dégradation des conditions de vie et de la santé des femmes* ».

Nous notons avec satisfaction que le Projet régional de santé 2018-2020 prend en compte la santé des femmes, public prioritaire, notamment celles qui sont en situation de vulnérabilité et de précarité sur plusieurs axes :

1/ Conforter une offre périnatale de qualité en réduisant les inégalités d'accès aux soins, en organisant des parcours de soins et gradués en périnatalité :

- la coopération notamment des sages-femmes avec les services de PMI et l'accès aux soins pédiatriques ;
- l'accompagnement des femmes les plus vulnérables et en situation de précarité en lien avec les intervenants compétents (professionnel de santé dont les sages-femmes, les PMI ...)
- le suivi des grossesses et la prévention de la prématurité en lien avec des centres périnataux de proximité ;
- l'ouverture de plateaux techniques des maternités aux sages-femmes libérales ;
- l'accès effectif aux interruptions volontaires de grossesses (Mise en œuvre du plan 2017-2022) ;

2/ Améliorer la couverture géographique de l'offre en assistance médicale à la procréation (AMP) ;

3/ Renforcer la coordination des quatre réseaux départementaux de périnatalité en appui aux acteurs de santé ;

4/ Prévenir les conduites addictives ;

5/ Et plus largement la question du non recours en développant des démarches volontaristes de la promotion de la santé et de l'accès au droits sur les différents territoires.

Mais notre Fédération s'étonne, comme mentionné dans l'avis général du CESER de Bretagne, que la question des violences faites aux femmes n'apparaisse pas dans le PRS alors qu'elle est bien traitée dans le Programme de la Loi de Finance Santé et que la question des enfants témoins des violences ne soit pas considérée.

En complément de l'avis du CESER, nous souhaitons apporter un témoignage résultant de l'observation de terrain de notre réseau qui met en évidence que les difficultés de santé sont des **freins à l'autonomie des femmes**, notamment quand elles sont en situation de précarité.

C'est un sujet de préoccupation au quotidien des Conseillères emploi et des Juristes des CIDFF qui informent et accompagnent les femmes dans leur parcours d'insertion professionnel notamment dans le cadre du dispositif BAIE (Bureau d'Aide Individualisé vers l'Emploi), sur les différents territoires en Bretagne et dans leur engagement à effectuer un Appui Personnalisé et Individualisé (API) dans le cadre du Service Public Régional de l'Orientation piloté par le Conseil régional de Bretagne.

Lors de leur accompagnement, **le frein de la santé à l'autonomie des femmes** est identifié régulièrement. Il est également **nommé par les femmes elles-mêmes**. Les besoins de santé des femmes de tous les âges reçues par les CIDFF concernent notamment celles qui subissent des violences physiques, psychologiques, voire économiques, qui sont en situation de précarité et exposées au chômage, qui vivent une situation de monoparentalité. Ces situations sociales difficiles se cumulent pour certaines.

Les CIDFF observent que les femmes en situation de précarité sont nombreuses à déclarer un état de santé dégradé. Elles ne vont pas chez les spécialistes. Elles ne bénéficient plus de mutuelle, en cas de séparation, la mutuelle restant au nom de leur ex-conjoint. Elles renoncent aux examens de prévention et de dépistage et elles ont des risques accrus d'atteinte à la santé au travail. Pour celles qui sont en situation de monoparentalité - en France une femme sur cinq élève seule ses enfants - elles assument souvent seule un rôle difficile à tenir qui peut aller jusqu'à fragiliser leur santé.

Dans son rapport « *Santé et accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité* », publié en mai 2017, le Haut Conseil à l'Egalité constate que les femmes représentent 64 % des personnes qui reportent des soins ou renoncent, soit près de 9,5 millions de femmes chaque année, les femmes en situation de précarité priorisant les soins des enfants et proches.

La dégradation de leur santé est donc due à leurs conditions de vie mais aussi de travail dont les horaires fractionnés et la question de la pénibilité qui les exposent à des risques psychosociaux, des maladies professionnelles comme les TMS et des accidents de travail et de trajet. D'ailleurs, d'une façon générale, depuis 15 ans les maladies professionnelles, les accidents de travail et de trajet sont en forte augmentation chez les femmes, en particulier dans les secteurs à forte précarité. On notera que la mortalité prématurée liée à des maladies cérébro-cardiovasculaires chez les ouvrières est en moyenne 3 fois supérieure à celles des cadres et professions intermédiaires.

Nous constatons que la situation de sexisme qui perdure dans notre société en général, conduit à accentuer la charge mentale qui pèse sur les femmes, déjà liée à l'organisation des charges domestiques et familiales. Leur exposition aux violences psychologiques, physiques, économiques dans leur vie familiale et au harcèlement sexuel dans leur vie professionnelle ont des conséquences graves sur leur santé psychique et physique.

Les juristes des CIDFF notent des éléments de progression à mettre en œuvre en lien avec les professionnel.le.s de santé en ce qui concerne le repérage des situations de violences lors des consultations médicales, notamment celles de la rédaction et la crédibilité des certificats médicaux et des ITT (Incapacité totale de travail) - ce qui pénalise fortement les femmes dans le processus juridique enclenché - ainsi que la question du stress post-traumatique. Le stress post-traumatique de type 2 (événements traumatique à répétition) entraîne de façon durable des troubles aigus de l'identité et une perte de l'estime de soi, **véritables obstacles à l'emploi et donc à l'autonomie des femmes**. Nous regrettons aussi l'absence de médecin légiste dans certains hôpitaux.

La formation des professionnel.le.s de santé en lien avec les interlocuteurs sociaux est souhaitée par les CIDFF qui comptent davantage sur une démarche pro-active du personnel médical pour repérer les situations de violences, les victimes parlant peu et ce qui n'est pas nommé n'existe pas. Le soutien psychologique des personnels sociaux dont ceux des associations et médicaux sous la forme de supervision, en raison de la dureté des réalités des situations vécues par les femmes est indispensable afin d'éviter le découragement possible des équipes.

En ce qui concerne la formation des personnels de santé, nous souhaitons également qu'il y ait une attention particulière à l'androcentrisme de la société et de la médecine niant certaines spécificités des femmes, au détriment d'un dépistage et d'un traitement efficaces de certaines pathologies cérébro-cardiovasculaires.

Nous pensons également à une meilleure évaluation des risques de pénibilité des postes majoritairement occupés par des femmes dans des contrats précaires, comme le préconise le Haut Conseil à l'Egalité et faire de la médecine du travail un levier essentiel pour améliorer la santé des femmes en situation de travail précaire en lien l'ARACT.

Notre réseau s'interroge aussi sur la question de la transversalité de l'approche interministérielle nécessaire sur la santé des femmes et de la mise en lien entre les Plans Régionaux de Santé, les Plans régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et les Plans régionaux santé au travail (PRST). Qu'en est-il ?

Enfin, les associations CIDFF, réseau de proximité, s'emploient à aller au plus près de leur public dans 87 points d'information sur les différents territoires de Bretagne. Ils attirent régulièrement l'attention des Pouvoirs Publics sur l'isolement des femmes qui vivent dans les territoires ruraux qui n'ont pas accès à l'information comme dans les milieux urbains et qui ont des difficultés de mobilité. Ils regrettent d'une façon générale le manque de capacité de lieux d'hébergement permettant l'accueil d'urgence des femmes et de leurs enfants dont les femmes issues des migrations et des solutions plus longues d'hébergement favorisant leur reconstruction familiale, socio-économique et permettant les soins de santé et de prévention.

Il nous semble, d'une façon plus générale que la mise en réseau et la coordination des acteurs et actrices sur les territoires avec les réseaux associatifs, à partir d'initiatives locales montrent qu'il est possible d'améliorer la prise en charge de la santé des femmes dont celles des femmes victimes de violences et de leurs enfants dans un continuum de services, les violences intrafamiliales étant un véritable fléau, un archaïsme social qu'il faut éradiquer.

La sécurisation et la pérennisation des financements relatifs aux actions portées par les réseaux associatifs qui identifient les questions de santé dans leur pluralité en lien avec les professionnels de santé sont des éléments incontournables pour répondre positivement aux enjeux socio-économiques de l'autonomie des femmes sur les territoires de la Région Bretagne.

Merci pour votre attention.



Intervention de David RIOU Union régionale interprofessionnelle de la CFDT Bretagne

Les orientations et actions proposées dans le Projet Régional de Santé Bretagne 2018-2022 veulent apporter des réponses adaptées aux principaux enjeux auxquels est confronté le système de santé Breton. La CFDT soutient l'avis du CESER et souhaite apporter quelques éléments concernant les moyens mis en œuvre dans le cadre du PRS. La CFDT tient à rappeler que sans avancée significative sur la question des moyens et du financement, le risque est important d'arriver au final à un constat d'échec sur nombre d'objectifs affirmés dans ce PRS.

Notre système de santé est un bien commun qu'il faut financer, quitte à repenser l'économie de nos prélèvements obligatoires pour les rendre plus progressifs donc plus justes. C'est pourquoi la CFDT revendique une augmentation progressive des ressources destinées à la croissance des dépenses de santé, la CSG constituant une ressource adaptée.

La CFDT partage globalement les évolutions souhaitées concernant l'accès aux soins, le virage ambulatoire, la pertinence, l'efficacité et la prévention, la réduction des inégalités sociales et territoriales.

Elle souhaite que certaines réalités Bretonnes soient réellement traduites en priorités régionales comme la lutte contre les addictions, les suicides (notamment chez les jeunes de 18 à 25 ans) et les maladies à caractère professionnel tels les troubles musculo-squelettiques, les risques psychosociaux...

Le cadre d'orientations stratégiques qui découle de la stratégie nationale de santé n'appelle pas de remarques particulières puisque ses 7 objectifs mettent en exergue les enjeux majeurs de transformation du système de santé, appelé à se tourner davantage vers la prévention, à être mieux coordonné, plus efficace et moins cloisonné. En parlant de décroisement, la CFDT déplore que la construction du programme régional de santé au travail ne soit pas incluse dans le même calendrier que le PRS.

En effet, pour faire face aux enjeux prioritaires de santé et notamment concernant la pertinence et la qualité des soins, nous soutenons l'avis du haut conseil de la santé publique qui pointe le rôle du système de santé comme étant un levier prépondérant. Figure dans le détail de ce rôle, la qualité de vie des professionnels de santé qui inclut l'ensemble des personnels soignants, sociaux, médico sociaux, auxiliaires médicaux et personnels techniques médico-techniques et administratifs.

Les mouvements nationaux, qui se sont traduits par de fortes mobilisations sur tous les territoires bretons, observés dernièrement, démontrent le malaise profond qui prévaut en la matière, tous personnels confondus. Ils mettent en lumière l'inadéquation grandissante entre les financements et la croissance des besoins, en particulier ceux liés à l'augmentation de la durée de vie, des maladies chroniques et de la dépendance croissante d'une partie des personnes âgées, impliquant une augmentation de la demande de soins.

Ils traduisent également le mal être de professionnels dont on exige de plus en plus de qualité des soins mais auxquels on ne donne trop souvent, ni les moyens humains ni les conditions pour accomplir leurs missions à la hauteur de leur engagement professionnel et du service qu'ils souhaitent apporter aux usagers.

Beaucoup d'études mettent en évidence le fait que prodiguer des soins de qualité nécessite de se sentir soit même dans un environnement favorable, offrant une qualité de vie professionnelle. Dans certains pays, il a été

développé des concepts de labellisation des structures de soins par rapport aux conditions de travail.

Une procédure de certification a été mise en place sous l'égide de la haute autorité de santé et elle a permis de faire évoluer les comportements et les habitudes de travail dans les établissements de santé, pour atteindre des normes très axées sur la bonne prise en charge des usagers mais pas sur la qualité de vie au travail.

Les établissements de santé, médicaux sociaux et d'aide à domicile font face à de nombreux enjeux sociaux, en lien avec leur histoire, leur statut, leurs activités, les territoires sur lesquels ils interviennent : l'attractivité, la pénibilité, le stress et les risques psychosociaux, l'absentéisme, les restructurations...

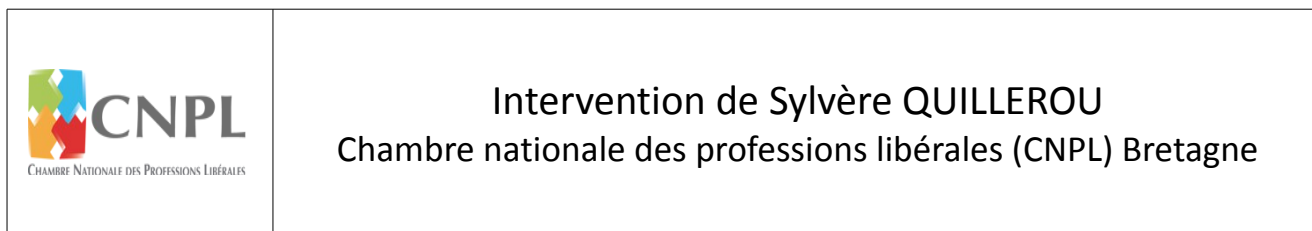
Ces enjeux sont trop souvent traités en silo, et surtout sans lien avec l'organisation du travail, les conditions individuelles et collectives de réalisation de l'activité.

Sur la base de certaines expériences réussies, nous proposons que des indicateurs pertinents permettant d'apprécier les mesures développées pour favoriser la qualité de vie au travail soient intégrés.

Leur construction doit associer pleinement l'ensemble des personnels et leurs représentants, dans le cadre d'une démarche innovante de dialogue social dont nous demandons à l'ARS de prendre l'initiative.

Dans la dernière période qui a vu la mise en place des GHT, la CFDT en Bretagne a engagé une démarche innovante d'élaboration d'une charte sociale qui est aujourd'hui insuffisamment prise en compte et surtout non contraignante. Pour la CFDT, le renforcement du dialogue social constitue un élément essentiel à l'amélioration substantielle et prioritaire de la qualité de vie au travail des professionnels sans laquelle les objectifs contenus dans ce PRS, et qu'elle partage majoritairement, ne pourront être atteints.

Notre organisation syndicale s'est abstenue lors des différentes présentations du PRS. Nous voterons pour l'avis du CESER ainsi modifié dans sa deuxième version.



Monsieur le Président, chers collègues,

Je m'exprime au nom de la Chambre Nationale des Professions Libérales et du Collège 1.

Des efforts sont réalisés en Bretagne dans le but de maintenir un niveau égal d'accès aux soins dans les différents territoires.

Dans cette optique, l'Agence Régionales de Santé a défini avec ses partenaires un outil stratégique de la politique régionale en santé qu'est le Projet Régional de Santé de deuxième génération.

Ce Projet Régional de Santé peut être considéré comme un point d'étape sur l'organisation rationnelle de la politique de santé dans les territoires en Bretagne et constitue, donc, une réelle avancée. La priorité est donnée au parcours des personnes et l'offre de santé est présentée sous tous ses aspects : la prévention, l'ambulatoire, le médico-social et l'hospitalier.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 prévoit le PRS constitué : d'un cadre d'orientation stratégique (COS) qui détermine les priorités de la politique de l'Agence régionale de santé pour les 10 ans à venir, d'un schéma régional de santé (SRS) qui prévoit l'ensemble des actions à mener dans les 5 ans pour répondre aux besoins de la population, enfin d'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Le PRS deuxième génération recense l'ensemble des besoins de santé publique en Bretagne et s'inscrit dans une démarche partenariale d'envergure après consultation du Préfet de région, de la CRSA, du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie, des collectivités locales et du conseil de surveillance de l'ARS.

Le PRS met en perspective une planification de l'organisation de la santé sur la période 2016 – 2022, période suffisamment longue pour permettre l'émergence de solutions issues des expérimentations dans les territoires grâce à la collaboration interactive et participative des acteurs de terrain. L'enjeu est de réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé, d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins, de renforcer la coordination, la sécurité, la qualité et la continuité des prises en charge ainsi que l'organisation des parcours.

Le CESER soutient de longue date l'implication volontariste du Conseil régional de Bretagne, l'un des acteurs de la réduction des inégalités territoriales, sociales et environnementales de santé. Son action, en ce sens, dans les territoires est à poursuivre afin d'apporter des réponses de proximité adaptées aux réalités locales et aux besoins de chacun.e sur le plan de la santé publique.

Les préconisations du Conseil régional font état des constats de carences régulièrement évoquées par le passé au CESER. Notamment, la question de la démographie médicale reste posée ainsi que celle du risque de fermeture des officines de pharmacie.

Sans médecins dans les territoires situés en Centre Bretagne ou dans certains quartiers urbains :

- comment recentrer le système de santé sur les soins de proximité ?
- comment mettre en place une politique globale de prévention et de promotion de la santé ?
- comment prendre le virage ambulatoire ?
- comment attirer et maintenir des familles avec des jeunes enfants dans les zones déficitaires ?
- comment assurer un accès facilité aux services de santé à nos populations vieillissantes ?

Pour répondre aux besoins croissants des 10 prochaines années, la réflexion devra être élargie à la démographie de l'ensemble des professionnel.le.s de santé et qu'elle puisse être articulée avec le Projet régional de santé 2016 – 2022 , ainsi qu'avec le futur SRADDET et le « grand projet de territoire » du Conseil régional.

Je vous remercie pour votre attention.



Intervention d'Annie COTTIER Union régionale CFTC de Bretagne

La CFTC comprend les objectifs déclinés dans le PRS. Celui-ci s'oriente vers la prévention et l'éducation de la population, indispensable au maintien de la population en bonne santé.

Néanmoins la CFTC ne peut que remarquer la difficulté des populations nouvelles à obtenir un médecin traitant, pivot du système de santé. L'augmentation de la population, notamment âgée car il fait bon vivre sa retraite en Bretagne, la diminution du nombre des médecins engendrent des flux importants vers les urgences des hôpitaux publics qui ne parviennent plus à absorber tous ces patients.

La CFTC ne peut que dénoncer cet état de fait et s'interroge sur l'objectif 3 qui vise à coordonner les professionnels de santé. En effet, la coordination et la mise en réseau, si elle facilite la communication ne pourront pas gérer la pénurie médicale. Il s'agit donc là, dans ce PRS que d'un cautère de plus sur une jambe de bois.

Par ailleurs, la CFTC a toujours dénoncé, depuis les années 2006, la volonté des gouvernements successifs de passer de la dotation globale dans les établissements à 100% de T2A. La décision d'y recourir était une volonté de maîtrise comptable, réduisant lits et personnels chaque année. De manière très directive, les taux d'encadrement, revus à la baisse ne tiennent absolument pas compte des réels besoins. Vouloir réorganiser l'hôpital et mieux coordonner l'ensemble du parcours de soins est une chose mais, en rationnant les financements, n'est-ce pas conduire à la baisse de la qualité et à la déshumanisation de l'ensemble des soins. La Bretagne en subit pleinement les conséquences avec en complément, le vieillissement et le nombre grandissant de Personnes Âgées de plus en plus abandonnées dans les EHPADS.

Rémunération des personnels gelées plusieurs années de suite, manque d'attractivité et contraintes des métiers de la santé sont autant de maux qui portent atteinte à tout projet de redynamisation et renouvellement de notre système de soins.

On aura beau avoir les plus beaux discours et projets du monde sur la prévention, sur le parcours de soins, sur les alternatives à l'hospitalisation, tant qu'on ne prend pas la mesure, de la désertification médicale, de l'augmentation de la population (+ 15% en Bretagne en 15 ans) et de son vieillissement pour calculer les enveloppes budgétaires de l'hospitalisation et de la dépendance, pour la CFTC, on n'est plus du tout dans le préventif, mais bien davantage dans la régression de la Santé.

Considérant, toute l'importance des relations humaines, face à la maladie, à la solitude, la CFTC ne peut s'associer à une politique qui ne reconnaît pas les personnels de santé en leur permettant d'exercer dignement leurs métiers. Elle réaffirme ici son attachement à la santé de tous et de chacun comme étant un bien commun essentiel, un droit fondamental, garantissant le respect et la dignité de toutes et tous

La CFTC regrette que ces points de désaccords ne soient pas les éléments moteurs de ce PRS, en apportant des solutions garantissant une prise en charge médicale, humaine et financière digne de ce nom au quotidien pour toute la population bretonne.



Intervention de Jean-Marc CLERY FSU Bretagne

Pour la FSU, l'avis émis par la Région sur le *Projet régional de Santé pour la Bretagne* (PRS) déçoit au regard des nombreuses observations critiques, fort justes, que celle-ci avait faites - tout comme déçoit l'avis du CESER qui développe une riche argumentation, mais dont l'appréciation d'ensemble du PRS, au final, ne se démarque guère de la prudente réserve de la Région.

Les objectifs exprimés dans le *Cadre d'orientation stratégique* (COS) - certes positifs sur le papier - ne trouvent en effet aucune traduction concrète dans le *Schéma régional de Santé* (SRS), et on peine à trouver les actions apportant des réponses aux enjeux environnementaux, sociaux, culturels et économiques marquant le quotidien des bretons. Or, pour émettre un avis autre que négatif sur ce PRS il faudrait au moins en avoir trouvé trace.

S'agissant de la construction même de ce *Plan*, il est également difficile de saluer l'exercice démocratique tant on a été loin de l'écoute directe de « *l'usager-citoyen-acteur* » pourtant censé être au cœur du dispositif. *Quid*, par exemple des contributions proposées par les différents collèges d'usagers dans les *Conseils départementaux de la Citoyenneté et de l'Âge* (CDCA) ? Quant aux conditions dans lesquelles, pour finir, les volumineux documents et annexes du PRS ont été soumis à examen pour avis, elles ont rarement permis de disposer du temps nécessaire pour l'analyse.

S'agissant de la prévention, la mention d'une nécessaire *éducation à la santé* pour permettre à chacun de contribuer positivement à la conservation et au développement de sa santé est certes bien venue. Seulement, à aucun moment n'ont été entendus les personnels les plus directement en charge de l'éducation à la santé, à savoir les infirmier.e.s conseiller.e.s de santé de l'Éducation nationale. Avec quelque 7 800 infirmier.e.s dans les établissements scolaires en France, ce sont pourtant les premiers personnels de santé de proximité pour les jeunes. Or singulièrement, l'apport de cette mission quotidienne d'éducation et de prévention en milieu scolaire n'est jamais considéré. Plus grave, au lieu de renforcer ce réseau et de développer autonomie et expertise chez ces professionnels, la spécificité de leurs missions n'est pas respectée, et leur existence même au sein de l'Éducation *nationale* est aujourd'hui remise en question.

S'agissant de la priorité du *Projet* en direction des personnes âgées et de la prévention de la perte d'autonomie, celle-ci devrait être pensée en articulation avec l'ensemble de la problématique de prévention, car notre état de santé lorsque nous sommes plus âgés est la résultante de nos conditions de vie, de travail, et d'environnement au cours de la vie. Or les actions retenues ici ne semblent pas traduire une action volontariste sur les déterminants de santé.

Concernant les pertes d'autonomie développées ou aggravées par le vieillissement, on ne trouve pas non plus d'engagements pour éviter les différences de traitement suivant le lieu de résidence, les moyens des départements et leurs priorités sociales. Depuis des années la question pourtant cruciale de la prise en charge de la perte d'autonomie est systématiquement esquivée ou renvoyée à l'initiative privée, alors que la seule réponse sérieuse passe par la création d'une prestation générale et universelle avec un financement assuré par la solidarité nationale. Le PRS aurait pu, pour le moins, envisager de mettre à l'étude une possible convergence des dispositifs de compensation de la perte d'autonomie, qu'elle soit due à un handicap, à l'invalidité ou à l'âge, dans un souci d'équité. Tel n'est pas le cas.

S'agissant du handicap, aucune action volontariste n'est mentionnée concernant une évolution de l'offre médico-sociale nécessaire pour répondre aux besoins spécifiques des personnes handicapées, enfants et adultes, qui ne trouvent pas de réponse adaptée en milieu ordinaire. Les questions formulées par les représentants des usagers restent donc largement sans réponse.

Pour la FSU, si les actions annoncées par le PRS ne parviennent pas à formuler de vraies réponses aux enjeux de santé dans une logique de solidarité et de qualité, c'est que les questions essentielles ne sont pas abordées : c'est d'abord celle de la place des services publics en matière de santé, d'information, d'éducation ; c'est ensuite celle des moyens humains en personnels pour répondre aux besoins dans le respect des personnes ; c'est enfin celle des moyens financiers permettant d'assurer **l'égalité territoriale**.

Car au-delà de l'affichage, comment l'ARS Bretagne, avec les rôles financier et technique qui sont les siens pourrait-elle infléchir une politique nationale de santé qui fait aujourd'hui primer partout les objectifs budgétaires, provoquant ainsi la désorganisation du *Service public de santé* et la réduction de son périmètre d'action au bénéfice des structures privées ? Mais si elle le pouvait, l'ARS le voudrait-elle ?...

Partie prenante d'une stratégie nationale de restriction budgétaire appliquée à la santé au nom de la *sacro-sainte* « réduction de la dette publique », l'ARS entend se borner à une stricte logique de réorganisation et de gestion comptable de l'existant, évacuant systématiquement la question des besoins. L'annonce brutale il y a deux semaines de la transformation de la maternité du centre hospitalier de Guingamp en centre périnatal en fournit la dernière et claire illustration : une décision prise sans concertation préalable ni information au niveau des acteurs du territoire, et comme chaque fois, une justification *après-coup* au nom de la « sécurité des usagers » et arguant de la trop grande difficulté à recruter les praticiens.

Pourtant l'ARS ne pratique pas que le fatalisme ; et bien qu'elle assure ne pas promouvoir les regroupements de structures à marche forcée, elle est pourtant bien à l'initiative : c'est ainsi qu'au détour de la page 315 du SRS on découvre qu'un arrêté pris par la DG de l'ARS en décembre 2017 ouvre la possibilité d'une fusion des deux *Groupement Hospitaliers de Territoires*-GHT du Finistère (Brest-Carhaix-Morlaix et Quimper-Douarnenez-Pont-l'Abbé) alors qu'en avril dernier encore la DG soutenait le contraire.

Aujourd'hui, en Bretagne comme partout ailleurs on ne compte plus les établissements et les services pris dans ce mouvement infernal, et l'aggravation des difficultés d'accès aux soins s'accélère.

Pour la FSU, le CESER et surtout l'exécutif régional, ne peuvent pas s'en tenir à cet avis prudemment réservé. Actuellement plusieurs collectivités, communes, départements et régions françaises ont annoncé leur refus de valider leur *Plan Régional de Santé* au nom de l'exigence de réels moyens et d'une tout autre politique de santé, fondée sur le principe de la démocratie sanitaire, partant des besoins des personnes et des territoires, et favorisant la proximité et le maintien de tous les services.

Dans la région, les manifestations et les mobilisations locales pour défendre les EHPAD, les hôpitaux et les maternités de proximité sont nombreuses, fédérant toutes les forces d'un territoire comme l'a montré la manifestation du 26 mai dernier à Guingamp. Le 23 juin prochain, journée nationale d'action de la *Convergence Service publics* une manifestation régionale à l'appel du *Collectif de défense des Services publics en Centre-Bretagne*, d'élus et des syndicats CGT, CFDT, FO, FSU, Solidaires, et UNSA aura lieu à Guéméné-sur-Scorff, commune emblématique où, entre autres, l'EHPAD et l'hôpital sont menacés de fermeture.

En refusant de valider en l'état ce *Projet régional de Santé pour la Bretagne* (PRS), le Conseil régional donnerait à la société bretonne un signal fort invitant tout un chacun à se saisir de ce *Projet* et de ses enjeux. Et en proposant un cadre politique à cette réflexion, par exemple sous la forme d'une *table-ronde régionale sur la politique de santé en Bretagne*, il pourrait s'enorgueillir de lui en donner les moyens.

Très réservée sur tous ces avis bien trop réservés, la FSU s'abstiendra.

	<h2>Intervention de Bernard GAILLARD</h2> <p>Personnalité qualifiée</p>
--	---

Le Projet Régional de Santé proposé par l'ARS est une déclinaison de la politique nationale, plus particulièrement de la Stratégie Nationale de Santé. Nous avons aujourd'hui à traiter l'approche que le Conseil régional nous propose sur ce Projet Régional de Santé. Le Conseil régional est-il suffisamment ambitieux dans sa contribution à sa réalisation, à l'amélioration des réponses aux besoins de santé des citoyens bretons ? Encore faut-il s'en donner les moyens. Des moyens en termes de financements et de personnels, sinon le projet n'est pas réalisable.

Nous n'oublions pas que ce P.R.S arrive dans un moment de tension du système de santé qui donne lieu à plusieurs mobilisations citoyennes (exemple des EHPAD, des hôpitaux, des urgences...) C'est un document cadre dans lequel doivent venir s'inscrire des actions. C'est l'ensemble des programmes d'actions qui lui donneront du sens et de la visibilité. Ce qui doit être essentiel, ce sont les axes prioritaires qui traversent le P.R.S. Quelques idées sur lesquelles tout le monde apparaît d'accord :

- **il existe des inégalités sociales et territoriales en santé** ; que propose concrètement le P.R.S. et que propose le Conseil Régional ?
- **l'accessibilité, l'égalité d'accès, l'offre globale en santé** selon les territoires avec un nombre de médecins généralistes ou spécialistes disponibles continuant à décroître au fur et à mesure des départs en retraite non remplacés, et une répartition des professionnels de santé sur les territoires qui marque des écarts importants ;
- **le système de santé est trop cloisonné**. Il rend difficile une prise en charge globale et rapide de la personne ; que propose-t-on pour la réussite du parcours de santé du citoyen ?
- **la question de la cohérence territoriale** est véritablement posée avec des approches, des zones de l'offre, du zonage des médecins, des territoires d'organisation administrative, d'animation ou de financement, etc... juxtaposées pour certains, partiellement superposées pour d'autres ; en tout cas trop souvent sans projet global préalable de territoire défini en santé ;
- **la population, les citoyens sont insuffisamment impliqués** dans le dispositif global de santé, dans le dispositif de santé publique, dans la prévention et la promotion de la santé, dans les organisations ;
- **le dialogue apparaît encore trop réduit entre les acteurs** (usagers, professionnels, élus, représentants de la démocratie en santé) et les acteurs institutionnels ;
- **la question de la démocratie en santé est enfin centrale** dans la réussite du Projet Régional de Santé. Il ne faudrait pas que P.R.S reste un document de tiroir. L'implication des citoyens dans l'élaboration des actions, l'accompagnement et l'évaluation des actions est nécessaire.

Un projet doit avoir une ambition qui se décline en peu de mots, en peu de priorités. Quelle route veut-on tracer collectivement pour les années à venir en santé en Bretagne ?