

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

Avis du CESER sur le dossier du Conseil régional
« Avis du Conseil régional sur le Projet Régional de Santé 3 (2023 -2028)
élaboré par l'Agence régionale de santé »

1. Rappel des propositions du Président du Conseil régional

Le Président du Conseil régional a été saisi d'une demande d'avis émanant de l'Agence régionale de santé (ARS) dans le cadre de la consultation sur le futur Projet régional de santé (PRS) 2023-2028.

Il propose un « avis favorable avec réserves ».

2. Observations du CESER sur les propositions du Conseil régional

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »¹. Cette définition a été complétée lors de la Conférence d'Helsinki de l'OMS en 1994 en y intégrant le bien-être environnemental : « *La santé environnementale (environmental health) comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques et biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures* ».

Le CESER appelle à intégrer cette approche globale et positive de la santé dans toutes les politiques publiques en Bretagne, en veillant constamment au chaînage entre la promotion de la santé, la prévention, le soin et le rétablissement. En ce sens, il attire particulièrement l'attention sur l'enjeu essentiel que représente une meilleure prise en compte de la santé mentale et de la santé environnement qui sont trop longtemps restées dans l'ombre de la santé publique, ainsi que sur les interactions permanentes entre les déterminants individuels, sociaux et environnementaux de la santé.

Dans son avis de juin 2018 sur le Projet régional de santé (PRS) 2018-2022, le CESER soulignait que « *la santé est un bien commun, un service collectif et un service public essentiel, un droit humain fondamental auquel chacune et chacun 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 constatait « *qu'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*. Il alertait sur certaines « *évolutions alarmantes et qui creusent les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé* ».

En 2023, cinq années après le début du précédent PRS et plus de trois années après celui de la crise sanitaire historique liée à la pandémie de COVID-19, le système de santé régional parvient-il à mieux répondre aux besoins de prévention, de promotion de la santé et de soins de toute la population de la Bretagne, femmes et hommes,

¹ Constitution de l'OMS de 1946.

jeunes et anciens ? Les enseignements de la crise sanitaire de la COVID-19 ont-ils réellement été tirés en termes d'anticipation et de gestion des crises et des besoins de santé² ?

Le CESER partage le constat préalable du Président du Conseil régional souligné « *avec gravité et responsabilité* », celui d'un « *profond changement de contexte* » du nouveau PRS 2023-2028. L'épreuve collective de la pandémie a effectivement été un « *révélateur* » et un « *accélérateur* » d'une « *situation de crise ouverte du système de santé dans notre pays dont les Français perçoivent la profondeur et subissent désormais les effets réels dans leur vie quotidienne* », ce qui se traduit par un « *très fort sentiment d'inquiétude* » des citoyen·nes, « *tant pour leur quotidien que pour leur avenir, par un effondrement de la confiance dans un système qu'ils croyaient un modèle mondial, par de profondes évolutions dans les comportements des uns et des autres à l'égard de la santé, du service public, du corps médical, voire de la science* ».

Le Cadre d'orientation stratégique du futur PRS comporte un état des lieux qui met en lumière de nombreux enjeux et défis de santé, présents et à venir, en Bretagne, notamment ceux du vieillissement et de l'augmentation de la population (+ 400 000 habitant·es attendu·es à l'horizon 2050) et des conséquences, déjà perceptibles, du changement climatique sur la santé (ex : surmortalité pendant les dernières périodes estivales de canicule) comme le montrent les récents travaux du Haut conseil breton pour le climat (HCBC). Pour répondre à ces défis, le CESER constate, à l'instar du Conseil régional, que « *les budgets alloués à la santé en Bretagne sont insuffisants* ». Pour que le PRS ne soit pas un relevé de bonnes intentions, il doit être chiffré sur sa durée avec une répartition claire par objectifs stratégiques, ce qui n'est pas le cas. En outre, les indicateurs cibles pour les objectifs quantifiés de l'offre de soins ne sont pas toujours renseignés.

Comme il l'avait fait dans son avis de juin 2018 sur le PRS2, le CESER déplore le décalage flagrant, voire paradoxal, entre d'une part la perspective de besoins de santé croissants dans les années à venir en Bretagne et une offre déjà structurellement en tension et insuffisante pour laquelle la seule ambition de l'Etat en région semble parfois être qu'elle ne le devienne pas davantage : « *L'évolution de l'offre proposée s'inscrit dans la continuité de l'organisation figurant au précédent PRS. Elle ne retient pas d'évolution majeure de l'offre de soins, l'enjeu étant aujourd'hui de consolider l'offre existante dans un contexte de tensions des ressources humaines* »³.

Le CESER note avec satisfaction l'intérêt du Conseil régional pour le suivi et l'évaluation de ce PRS. Les travaux scientifiques indépendants de l'Observatoire régional de la santé Bretagne (ORSB) doivent pouvoir être renforcés avec le soutien pérenne et suffisant de la Région et de l'Etat en région (ex : tableau de bord santé jeunes) ; il en va de même pour les autres travaux de recherche scientifique en santé publique (promotion de la santé, prévention et soins). Les Conseils territoriaux de santé impliqués avec les acteurs de leurs territoires devraient aussi pouvoir disposer de moyens indépendants pour suivre et évaluer la couverture des besoins de santé.

Le CESER partage l'intérêt de l'ARS et du Conseil régional pour une étude prospective sur la santé en Bretagne afin de mieux anticiper collectivement l'horizon des besoins et des réponses possibles pour le bien-être de la population, qu'il s'agisse de risques ou d'opportunités. Ces travaux pourraient permettre d'explorer différents scénarios en prenant en compte diverses variables comme par exemple : la démographie régionale, les effets du changement climatique sur la santé, la relation santé-biodiversité⁴, l'évolution du nombre et de la répartition des professionnel·les de santé, l'accessibilité aux soins de santé, les maladies et thérapies émergentes (santé environnement, santé mentale, santé physique, santé sociale...), les actions de prévention et de promotion de la santé (ex : activité physique, alimentation⁵, habitat et milieux de vie...), l'influence des technologies et usages numériques (ex : développement de l'intelligence artificielle, inclusion numérique, éthique...), les situations exceptionnelles de crise, la souveraineté sanitaire (ex : équipements et médicaments), la recherche et l'innovation en santé...

² [Voir les 3 contributions du CESER de Bretagne sur la crise sanitaire en 2020](#)

³ Projet de PRS3, SRS, p 187.

⁴ [Voir le rapport du CESER de Bretagne « Biodiversité et société en Bretagne : cultivons les interactions » \(octobre 2020\)](#)

⁵ [Voir le rapport prospectif du CESER de Bretagne « L'alimentation en Bretagne à l'horizon 2050 : quels enjeux de société ? » \(juin 2021\)](#)

Comme le rappelle régulièrement l'Organisation mondiale de la santé, l'approche de la santé doit être de plus en plus globale, prenant en compte la multiplicité des facteurs individuels, sociaux et environnementaux qui l'influencent. A cet égard, à l'instar du Conseil régional, le CESER approuve l'intégration de la démarche *One Health* (« Une santé ») au sein du PRS, en particulier dans le PRSE 4.

L'ARS souligne à juste titre la difficulté de l'exercice du PRS en notant que « *le projet régional de santé est un objet complexe de politique publique. Ses actions peuvent être imbriquées dans de multiples approches et ses effets ne sont pas toujours visibles à court ou moyen terme* ». Au final, que cherche à structurer le PRS : une amélioration de la santé des Breton·nes ou un cadre d'action de l'ARS pour l'évolution organisationnelle de la santé ? Le PRS commence par présenter les besoins de santé, mais répond-il aux différents enjeux des années à venir ? Le PRS identifie neuf orientations stratégiques pour adapter le système de santé aux besoins de la population. Elles reprennent en grande partie les orientations des PRS précédents, et correspondent à un état classique d'éléments voulant couvrir tous les champs de la santé. Il utilise des discours appartenant au consensus actuel, comme « *L'implication des citoyens sera à explorer afin de les rendre pleinement acteurs du système de santé* ». La difficulté est que cette liste d'orientations stratégiques manque de priorisation. Ce qui serait attendu, ce sont les engagements avec des cibles objectivées de l'Etat en région. Ce document de l'ARS semble parfois fortement tourné vers ses instances internes, par exemple avec l'objectif de « *soutenir le développement d'une culture de l'évaluation au sein de l'ARS Bretagne* ». L'ARS souhaite beaucoup impliquer les partenaires dont certains sont incontournables car ils sont aussi des financeurs comme les Conseils départementaux pour les personnes en situation de handicap, les personnes âgées dépendantes... Mais, en lien avec la problématique du vieillissement de la population, le PRS ne montre pas de projets très volontaristes sur la santé des citoyens au domicile.

La première partie du Schéma régional de santé du PRS s'intitule « *Adapter le système de santé aux besoins de la population* », mais on peut parfois avoir l'impression que c'est l'inverse qui est recherché pour rester « *dans le cadre du respect de l'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM)* ». Le PRS évoque peu le droit de chacun à la santé ni comment il agit pour l'exercice effectif de ce droit. De façon associée, le PRS doit contribuer au libre choix du patient à chaque moment de son parcours de santé. Le PRS ne prend pas en compte les effets des insuffisances constatées depuis plusieurs années sur la santé des Bretons (selon l'Assurance maladie, environ 5 % des patients en affection de longue durée (ALD) n'ont pas de médecin traitant en Bretagne, ce taux atteignant près de 16 % dans certains territoires⁶). La priorité de l'Etat devrait être l'objectif de 100 % des citoyen·nes à disposer d'un médecin traitant et 100 % des citoyen·nes à pouvoir être accueilli·es en dispositif proximal de soins non programmés. La permanence des soins devrait être garantie, égale et effective pour toutes et tous, dans tous les territoires de la Bretagne, 7j/7 et 24h/24, ce quelle que soit la saison : aucune personne ne devrait jamais être laissée sans réponse ni solution de prise en charge en Bretagne. Dans chaque territoire de proximité, en fonction de la pathologie, le libre choix du patient doit être possible et respecté.

A titre d'exemple, le CESER fait siennes les préoccupations de la CRSA Bretagne « *sur les graves difficultés que rencontre le système de santé, aggravées en période estivale* », et plus particulièrement dans le domaine médico-social (ex : EHPAD) et sanitaire. Il précise qu'il convient de privilégier une égalité de traitement entre le secteur public et le secteur privé non lucratif ainsi qu'une véritable collaboration. Pour le CESER, il est urgent de ne plus dissocier le bien-être des usagers de celui des professionnel·les de santé qui passe nécessairement par une amélioration conséquente et durable de leur qualité de vie au travail, incluant celle de leurs conditions de travail et de leur rémunération.

Face à la situation structurellement dégradée du système de santé, le CESER appelle à mieux prendre en compte la dimension éthique de la santé, en particulier dans le champ des soins médicaux au regard des besoins des patients, de leurs proches, comme de ceux des soignant·es. Ainsi, par exemple, il ne saurait être question d'accepter, et encore moins de banaliser plus longtemps en Bretagne, certains délais de consultation devenus anormalement longs – y compris en cas d'urgence – et susceptibles de provoquer des retards de diagnostics, de prise en charge et de

⁶ Situation au 1/06/2023, données ERASME régional, assurés bretons affiliés au Régime général de l'Assurance maladie.

traitement, induisant, de facto, une aggravation des pathologies physiques ou mentales, voire une perte de chance et même, dans certains cas, de survie pour les patients. Au final, ces retards de prise en charge peuvent se révéler plus coûteux, non seulement pour les patients concernés, mais aussi, en termes financiers, pour la société toute entière. Il en va de même lorsque la promotion de la santé et la prévention sont négligées et considérées comme facultatives ou secondaires, alors qu'elles représentent au contraire un investissement pour le bien-être durable des générations présentes comme futures ; c'est ce que rappelle l'OMS dans sa « Charte de Genève pour le bien-être » (décembre 2021).

Le Conseil régional note que le projet de PRS 3 de l'ARS s'est voulu d'une élaboration rigoureuse avec une phase d'évaluation, puis de travaux de concertation renforcée avec les acteurs. Comme à chaque version du PRS, les instances de la démocratie en santé ont été sollicitées. Pourtant, les Conseils territoriaux de santé (CTS) ne se retrouvent pas nécessairement pleinement dans la démarche qui est restée très descendante sans réelle prise en compte des remarques factuelles de terrain (ex : fermeture des urgences de nuit à l'hôpital de Carhaix-Plouguer notée par le Conseil régional ; demande de radiothérapie à l'hôpital public de Saint-Malo). La logique principale de ce PRS est la gestion des moyens institutionnels sans disposer d'engagements financiers pluriannuels. Insistant sur une logique nécessairement ascendante, le CESER partage le souhait du Conseil régional d'avoir des précisions factuelles de l'ARS sur son soutien prévu *« aux initiatives des instances territoriales afin d'accompagner leur fonctionnement et leur contribution à l'amélioration de la santé des Bretonnes et des Bretons »*. Plusieurs exemples récents montrent en effet des délais très importants pour mettre en place certaines actions proposées par des instances territoriales (exemple du PASS prévention du Conseil territorial de santé Saint-Malo-Dinan).

Le CESER redit ici son attachement à une articulation plus étroite entre le PRS (incluant le Plan régional santé environnement - PRSE) et le Plan régional santé travail (PRST), en prenant en compte systématiquement les différences sexuées et genrées entre les femmes et les hommes afin de lutter contre les inégalités de santé entre ces derniers, y compris dans les diagnostics et les prises en charge au sein du système de santé.

S'agissant de la gouvernance du PRS, le Conseil régional propose de mobiliser la CTAP pour désigner 3 représentants des collectivités dans le conseil d'administration de l'ARS. Le CESER approuve cette initiative et suggère d'aller plus loin en créant, au sein de la CTAP, une instance permanente dédiée aux questions de santé en Bretagne avec les collectivités volontaires pour s'y engager. La CTAP pourrait ainsi porter des prises de position ou des alertes collectives sur les besoins de santé en Bretagne auprès de l'ARS et, plus globalement, de l'Etat en région, voire au niveau national.

Le CESER note une meilleure prise en compte de la santé mentale dans les différents documents du PRS 2023-2028, ce qu'il encourage à amplifier dans un contexte alarmant de pénurie de l'offre de soins en psychiatrie ainsi qu'en pédopsychiatrie (ex : délais de premiers rendez-vous anormalement longs en Centre médico-psychologique (CMP) ou Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), fermetures de lits d'hospitalisation), alors même que les besoins de prise en charge vont croissant dans la population. Le CESER rappelle, comme le font l'ARS et le Conseil régional, qu'il s'agit d'une fragilité régionale à prendre à bras le corps. Il renvoie ici à son récent rapport « Il faut toute une région pour favoriser le bien-être des jeunes en Bretagne – Promouvoir la santé mentale avec elles et avec eux » (juin 2023), dans lequel il préconise, notamment, que la santé mentale des jeunes devienne une grande priorité régionale pour l'action publique en Bretagne. En effet, comme l'affirme l'OMS, *« il n'y a pas de santé sans santé mentale »* et *« la santé mentale est l'affaire de tous »*.

Dans sa proposition d'avis sur le PRS, le Président du Conseil régional rappelle que *« la Région confirme son engagement en faveur de la réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé et sa volonté de tenir toute sa place au sein de nombreuses instances de démocratie sanitaire »*. Soutenant régulièrement cet axe essentiel pour lui, le CESER se félicite de cet engagement de longue date du Conseil régional.

Comme ce dernier, il alerte sur *« l'insuffisante prise en considération des inégalités territoriales de santé en Bretagne »* et soutient sa préconisation *« d'adapter les interventions en fonction de la fragilité des territoires »* en

s'inspirant notamment de sa « *carte des capacités territoriales* » dans la déclinaison des actions. Celle-ci peut favoriser une approche à la fois plus globale, différenciée et territorialisée des déterminants de la santé et de l'égal accès à la santé et aux services publics de santé en Bretagne. Si la santé est bien l'affaire de tou·tes, il est de la responsabilité principale de l'Etat de répondre aux besoins de santé de toute la population en Bretagne et d'y consacrer les moyens suffisants, notamment en termes d'offres de soins et d'accompagnement, sans se défaire, sous couvert de « participation⁷ » ou de « contractualisation », sur les usagers de la santé, les collectivités territoriales et leurs groupements. Si cette tendance se confirmait dans les prochaines années, cela ne pourrait qu'aggraver les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé au niveau national comme en région.

⁷ Voir le [rapport du CESER de Bretagne « Développer collectivement la participation citoyenne à la décision publique en Bretagne », avril 2023](#)

Vote sur l'avis du CESER de Bretagne

« Avis du Conseil régional sur le Projet Régional de Santé 3 (2023 -2028) élaboré par l'Agence régionale de santé »

Ont voté contre : 0

Se sont abstenus : 6

Jean-Marc CLERY (FSU), Annie KERHAIGNON (FO), Pierrick SIMON (FO), Céline BONY (FO), Fabrice LERESTIF (FO), Eric LECOURTOIS (FO)

Adopté à l'unanimité



Intervention de Jean-Marc CLERY FSU Bretagne

Les PRS se suivent et se ressemblent. Et plus le temps passe et moins ils ressemblent à la réalité. Les bonnes intentions ressassées dans les instances de concertation apparaissent ainsi de plus en plus pour ce qu'elles sont : des vœux pieux. Et nous voici arrivés à la troisième version de ces vœux...

Il ne faut donc pas s'étonner que les réactions soient de plus en plus vives dans les « instances de démocratie en santé ». Dans les CDCA, les représentants de la FSU, comme d'autres, sont estomaqués par les propos lénifiants qu'ont leur tient alors qu'ils n'ont de cesse de rendre compte de la situation dramatique de nos hôpitaux, de nos EHPAD et de l'ensemble du champ médico-social.

Tout cela est hélas maintenant bien connu et régulièrement relayé dans la presse : des lits fermés par milliers (plus de 20 000 entre 2016 et 2022) y compris en pleine pandémie, des services démantelés comme la maternité de Guingamp, des urgences de nuit fermées - en novlangue technocratique il convient désormais de dire « régulées » - comme celle de Carhaix rendues de fait inaccessibles à beaucoup de gens, avec les effets que l'on sait.

A ce stade le terme même de crise en devient mensonger – car c'est d'un effondrement qu'il s'agit.

Ce samedi dans le Finistère, un rassemblement important a eu lieu à Quimper devant la préfecture pour exiger la réouverture des urgences de nuit à l'hôpital de Carhaix ainsi que tous les moyens humains et financiers nécessaires à la vie de nos hôpitaux publics et à la santé de la population. Cette manifestation fait suite à celle de juin dernier qui avait rassemblé plusieurs milliers de personnes à Guingamp contre les fermetures des maternités et de services hospitaliers en Bretagne et pour un accès aux soins digne et de qualité pour tous où que l'on réside.

Si les effets sont connus, les causes de la catastrophe le sont aussi : des décennies de choix politiques libéraux dictés par les logiques de rentabilité, de marchandisation, de privatisation, avec l'obsession de diminuer les dépenses publiques de santé au mépris du coût social et humain. Ces orientations funestes seraient-elles le moins du monde en train de changer ? Non. Le prochain PLFSS prévoit un ONDAM à 3 % alors que l'inflation réelle, elle, est à hauteur de 7 %. Tout est dit.

Dans l'avis de la Région comme dans celui de nombreuses instances qui ont à se prononcer actuellement sur le PRS, les constats sont là et ils sont justes. Et pourtant, tous ces avis chutent de la même façon : des réserves certes, mais au final quitus est donné au nom d'un dialogue avec l'ARS resté « globalement de qualité » (sic !). C'est à n'y rien comprendre.

S'agissant de la Région, sa capacité à se faire entendre avec force quand elle le juge urgent n'est plus à démontrer. Pourquoi ne le fait-elle donc pas avec la même force ici comme le fait pour d'autres sujets ?

L'avis du CESER avait précisément un avis à rendre sur l'avis de la Région – or en dépit de ses très bonnes analyses que nous partageons, le CESER omet de conclure sur ce point précis. Pour cette raison la FSU ne votera pas cet avis.



Intervention de Edwige KERBORIOU Chambre régionale d'agriculture de Bretagne

Je m'exprime ici au nom des Chambres d'agriculture de Bretagne

Nous saisissons l'occasion de l'élaboration du Projet Régional de Santé 3 pour rappeler que l'amiante est une problématique de santé publique. Elle est présente dans de nombreux bâtiments agricoles, mais aussi industriels, d'enseignement et des collectivités.

Pour autant, et malgré une intention affichée dans le Plan Régional de Prévention et de Gestion des Déchets adopté en 2020, nous constatons l'absence de solutions opérationnelles pour prendre de front cette problématique de santé.

Les agriculteurs, qui sont les premiers concernés, ont besoin d'informations pour mesurer les risques pour leur santé. Ils ont besoin de formations pour se protéger quand cela est nécessaire. Ils ont besoin de soutiens financiers pour faire face aux coûts importants des opérations de désamiantage. Et ils sont aujourd'hui laissés bien seuls avec ce fardeau que l'histoire leur a légué.

La question des friches agricoles, et du levier qu'elles constituent dans l'objectif de maîtrise de la consommation du foncier, est bien souvent mise en avant par le Conseil Régional de Bretagne. Pour autant, là encore, aucune action opérationnelle n'a vu le jour malgré les propositions portées par la profession agricole avec l'appui de collectivités volontaires.

Dans son avis sur le Projet Régional de Santé 3, le Conseil Régional de Bretagne souligne la mobilisation de ses compétences en matière d'économie et d'aménagement en faveur de la promotion de la santé des Bretons. Nous considérons que cette mobilisation est, dans les faits, insuffisante et attendons des actions concrètes et ambitieuses de sa part.

Je vous remercie de votre attention



Intervention de Lindsay MADEC Comité régional CGT de Bretagne

Ce Plan Régional de Santé préfigure des politiques de santé qui seront mises en œuvre par l'ARS pour la période 2023/2028. 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, pour une véritable démocratie. Dans ce contexte, le Conseil régional va émettre « un avis favorable avec réserves » sur ce nouveau plan.

Le CESER déplore « le décalage flagrant, voire paradoxal, entre d'une part la perspective de besoins de santé croissants dans les années à venir en Bretagne et une offre déjà structurellement en tension et insuffisante... ». « Le PRS ne montre pas de projets très volontaristes sur la santé des citoyens au domicile... » Pour la CGT, tout ceci est bel et bien là déjà !

Les Conseils territoriaux de santé (CTS) ne se retrouvent pas nécessairement pleinement dans la démarche qui est restée très descendante sans réelle prise en compte des remarques factuelles de terrain (ex : fermeture des urgences de nuit à l'hôpital de Carhaix-Plouguer notée par le CR ...).

Toutefois, le CESER note une meilleure prise en compte de la santé mentale dans les différents documents du PRS 2023-2028, ce qu'il encourage à amplifier dans un contexte alarmant de pénurie de l'offre de soins en psychiatrie. Mais encore en pédopsychiatrie où le manque de moyens d'hospitalisation, connu depuis des décennies, laisse des enfants, des adolescents et leur famille dans la détresse.

L'avis du CESER s'est largement renforcé dans l'examen du contexte pour décrire un contenu proche de l'analyse de la CGT. Ce PRS s'inscrit bien dans la même philosophie d'austérité qui, depuis 30 ans, met le système à mal.

Les colères, les détresses exprimées depuis trop longtemps, dans tous ces secteurs dénoncent des dégradations de moyens pour dispenser les soins ne semblent jamais entendues.

Arrêtons-nous sur quelques constats :

La Bretagne est la 2^{ème} région de France la mieux dotée en médecins généralistes, et en même temps, plus de 600 communes n'ont pas de médecin généraliste. Pour la CGT, mieux répartir les médecins sur le territoire, **supprimer les dépassements d'honoraires**, développer les centres de santé pour lutter contre les déserts médicaux est une évidence. 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. Il y a trop d'inégalités sur le territoire notamment par le manque de structures d'accueil pour les personnes handicapées mentales et polyhandicapées.

S'ajoute, le manque de plus en plus criant « dans toutes les spécialités. Cardiologue, dentiste, ophtalmologue, etc... »

Pire encore, la logique actuelle de l'hôpital 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.

Ille-et-Vilaine, Morbihan, Finistère, Côtes d'Armor, partout des **fermetures de lits** organisés, accentués par le manque de personnel et ainsi la saturation aux urgences est d'une cruelle réalité. Pour la CGT, la **suspension** des projets de restructurations des établissements de santé en cours est urgente.

Nous aurions souhaité trouver dans ce PRS des axes de renforcement du service public et de la responsabilité collective, garants essentiels des valeurs d'égalité et de solidarité. La télémédecine, des stratégies qui visent à réduire l'hospitalisation au profit de structures extra hospitalières mais encore, l'application de la loi Rist, toutes ces réalités compliquent encore plus la situation, notamment dans les petites structures. Non, en Bretagne, les réponses apportées ne sont pas des réponses publiques de haut niveau.

La CGT propose véritablement autre chose par déjà :

Un service public de la santé et de l'action sociale de qualité et de proximité. Un système de protection sociale de haut niveau fondé sur la solidarité, la répartition et l'égalité des droits pour tous.

La redéfinition des hôpitaux de proximité, soit une, garantie, au sein de chaque bassin de vie, d'un établissement de santé à moins de 30 minutes du domicile.

Ensuite, il faut véritablement revoir la politique de l'emploi et du traitement social du personnel, par le salaire bien sûr, la titularisation de postes, des temps de travail revus, ...

Il faut mettre au cœur de l'hôpital le sens du travail et les moyens d'y parvenir.

Enfin, un lien fort doit être fait entre le PRS, le Plan Régional Santé Environnement (PRSE) et le Plan Régional Santé Travail (PRST) 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.

Intervention de Bernard GAILLARD

Personnalité qualifiée

Je vais me prononcer sur l'objet au cœur de cet avis, à savoir dossier PRS. Celui-ci est sans doute un excellent document administratif écrit par l'agence ARS à des fins de proposer la meilleure organisation du système de santé dans les années à venir.

J'approuve l'avis du CESER sur ce document et je relève les réserves du Conseil Régional. D'autres instances et acteurs dans les territoires émettent aussi des réserves. Je ne vais aborder que quelques aspects qui posent problème majeur.

A quoi sert le PRS, ou dit autrement, quelles peuvent-être les ambitions de ce document de l'Etat en région ?

C'est un document patchwork dans lequel tout est évoqué, tout ce qui existe dans un consensus administratif, s'appropriant les dernières théorisations scientifiques reconnues par l'OMS (exemple du One Health qu'il faudrait d'ailleurs faire évoluer avec la Planetary Health comme évoqué par un scientifique membres du Copil PRSE), l'importance de la prévention, des effets des inégalités sociales de santé... Les personnels des services de l'ARS ont beaucoup travaillé en essayant d'impliquer des « acteurs » de la société civile. Mais que manque-t-il ? Tout en reconnaissant que notre système de santé a été de qualité, les réalités vécues au quotidien dans les territoires font douter les citoyens. Deux exemples, les urgences à Carhaix qui ne sont plus 24h/24h, l'accueil des personnes âgées dépendantes qui ne trouvent pas d'EHPAD ou de service d'accompagnement à domicile faute de moyens. Le PRS de cette agence ARS propose-t-il des éléments concrets et rapides d'action de terrain ?

Il faudrait sans doute commencer par s'interroger ce qui doit fonder une politique publique en santé dans notre cadre républicain. Quels sont les principes et les valeurs qui doivent tous nous porter ?

Les orientations majeures et les principes d'actions affirmés devraient soutenir :

- la mise en œuvre du droit fondamental à la santé pour tous ;
- la liberté du citoyen dans le choix des professionnels et établissements de santé ;
- la garantie d'accès rapide de tous dans le territoire de proximité de l'utilisateur selon les pathologies ;
- la réduction réelle des inégalités sociales de santé ;
- la garantie du meilleur parcours de santé pour l'utilisateur dans le respect de ses choix ;
- l'anticipation des organisations du système en envisageant différents scénarios d'évolution concernant l'environnement, les maladies émergentes, la disponibilité des personnels de santé et d'accompagnement, le maintien à domicile, les évolutions sociétales.

Ce projet n'a pas de budget. Existe-t-il des projets sans proposition de financement pluriannuel. Après avoir fait un état des besoins en santé des citoyens en Bretagne, le projet devrait conduire à fixer les priorités majeures, à en décliner et chiffrer les réponses en termes de moyens : personnels, dispositifs, établissements, matériels, organisation et ceci dans une approche prospective selon différents scénarios d'évolution du contexte : évolution des pathologies, pathologies émergentes, changement climatique, évolution des populations dont le vieillissement, évolution du temps disponible des soignants, évolution des prises en charge en lien avec les savoirs cliniques... La stratégie d'analyse et d'évaluation avec onze critères proposés en 2018 par la CRSA serait encore utile car très

pragmatique. Face à ces besoins en moyens, le PRS devrait établir à la fois un tableau des moyens actuels disponibles et celui des moyens actuellement manquants. Le PRS devrait acter formellement cette demande à l'Etat. Ici, le PRS ne joue pas son rôle. Et pourtant les professionnels de santé sont engagés humainement au quotidien. Nous les avons applaudis lors de la Covid-19.

Les financeurs du système, ce sont les citoyens et les patients au travers de leurs impôts et cotisations. Mais ce n'est pas une simple question budgétaire, c'est fondamentalement un enjeu de société. Le PRS prévoit-il d'engager une résorption rapide des difficultés et empêchements à tout citoyen d'entrer rapidement dans un parcours de soin ou d'accompagnement ?

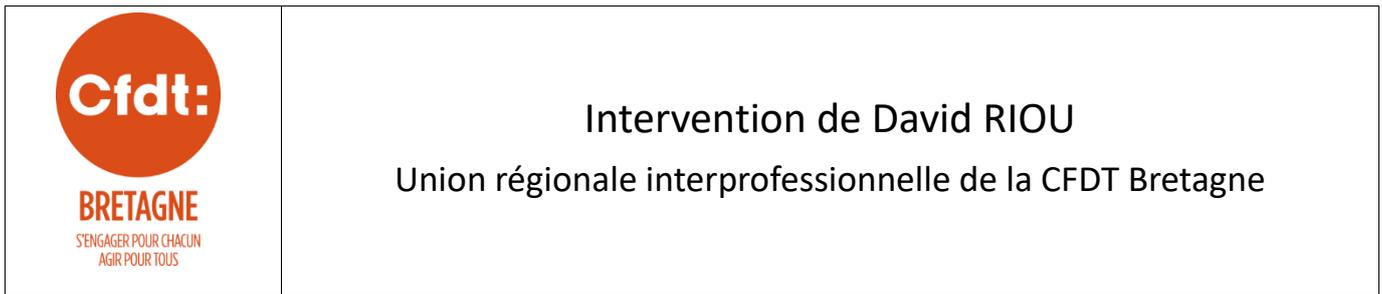
Le PRS est aveugle sur deux points significatifs des difficultés de l'utilisateur dans le système de santé.

Le premier est celle d'avoir un médecin traitant, condition indispensable pour entrer dans un parcours de santé pris en charge par la Sécurité sociale. 5 % des patients en affection de longue durée (ALD) n'ont pas de médecin traitant en Bretagne. Ce taux de citoyens sans médecin traitant passe à 11% en France (Le Monde 30-09-22). Un rapport du Sénat, paru en mars 2022, montre que cette tendance est en hausse depuis 2020. Ce rapport 2022-589 souligne que « les inégalités territoriales d'accès aux soins continuent de se creuser et une partie croissante de la population éprouve de grandes difficultés à organiser son parcours de soins dans de bonnes conditions : renoncements aux soins, délais d'attente et nombre de Français sans médecin traitant obligent, en effet, à envisager des solutions innovantes pour réduire de toute urgence les fractures médicales entre les territoires ». Le second point aveugle est celui des délais de rendez-vous qui explosent. Le même rapport sénatorial rappelle qu'1,6 million de français renoncent chaque année à des soins médicaux. Sans doute également qu'il faudrait favoriser l'accès direct à d'autres professionnels de santé (pharmaciens, infirmiers) dans le cadre du parcours du patient, ainsi que de constituer, en plus de l'existant, un réseau public de centres de santé permettant d'assurer la permanence des soins non programmés et la prévention dans les territoires de santé.

Cela fait dire à un représentant d'utilisateurs lors d'une session de démocratie en santé « nous avons une régression rapide de l'accès aux soins et aux accompagnements ». Le PRS devrait comporter des engagements chiffrés pour la résolution à très court terme de ces obstacles.

Le PRS organise malheureusement des ruptures du parcours de soin de l'utilisateur. Un exemple : en ne permettant pas au Centre hospitalier de Saint-Malo d'être doté de radiothérapie en oncologie alors que tous les autres soins ante et post radiothérapie sont assurés au Centre hospitalier, le PRS contraint le patient de l'hôpital de choisir un autre lieu de traitement, soit celui d'une clinique malouine privée à but lucratif, soit celui du Centre Eugène Marquis ou Pontchaillou à Rennes au risque de ne pas être remboursé par la Sécurité sociale, ces derniers étant hors territoire de santé. Cette rupture de parcours organisée ne peut qu'être néfaste à une bonne coordination avec les médecins traitants qui ne savent plus « à quel radiothérapeute ou chirurgien se vouer ». Rupture organisée du parcours, il s'agit aussi d'une organisation du PRS qui ne permet pas une prise en charge graduée, personnalisée et humaine du cancer à toutes les étapes de la pathologie de la prévention à l'après-cancer, du dépistage aux soins palliatifs. A ne pas organiser sérieusement l'entrée et le parcours sans rupture du patient, cela conduit à des renoncements, des refus de soin, des pertes de chance pour le patient, à ne pas se doter de prévention pertinente. In fine, cela conduit à augmenter les coûts de la santé pour la collectivité.

En conclusion, ce PRS est un beau document qui peut servir de base à élaborer un véritable projet partagé. **En cohérence avec l'approche globale de la santé, il devrait être signé par le Préfet de Région afin d'engager tous les services de l'Etat, et obtenir un avis conforme d'une assemblée régionale d'élus compétente en santé.** Avec une méthodologie d'évaluation indépendante et rigoureuse telle que l'a proposée en son temps la CRSA, ce projet devrait présenter des objectifs chiffrés, opposables, un état des lieux précis des besoins nécessaires à financer pour répondre avec pragmatisme aux nécessités de santé à venir de la population. C'est un beau challenge démocratique pour le Conseil Régional.



Les orientations et actions proposées dans le Projet Régional de Santé Bretagne 2023-2028 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.

Les mouvements nationaux, qui se sont traduits par de fortes mobilisations sur tous les territoires bretons, encore observés dernièrement et qui se poursuivent, 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 soi-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. 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.

La CFDT tient à réitérer ses attentes en matière de santé, dont ses deux priorités :

Un système plus solidaire d'une part, et une organisation efficiente du système de santé d'autre part gage d'un accès aux soins de qualité pour tous.

Aussi bien, grâce à la mise en place de mesures et leurs moyens afférents permettant le maintien en bonne santé, tels que :

- La prévention comme pierre angulaire du système de santé,
- Une dynamique d'attractivité des métiers tant du médical que du paramédical
- Un changement d'angle en favorisant la bienveillance
- Par l'utilisation à bon escient de l'intelligence artificielle,
- Et par le recours à la notion d'exposome, comme marqueur de décision.

Sur les questions de santé mentale, la CFDT souhaite que la traduction des réalités bretonnes se poursuivent, que cela soit sur les questions du suicide chez les jeunes, que dans la lutte contre les addictions.

Sur la mise en œuvre du plan régional de santé 2023-2028, la CFDT souhaite néanmoins émettre ses réserves. Bien que le document s'étoffe, la technicité accrue, en lien avec la complexité des situations et des réalités qu'il cherche à résoudre, rend le projet de plan régional de moins en moins lisible. Avec un risque important d'invisibilité des attendus et des retombées pour la population bretonne, pourtant en attente de changements majeurs.

L'exercice démocratique qui consiste à être consulté, à travailler sur l'élaboration et à donner un avis global sur un document complexe, nous laisse un sentiment d'inachèvement et nous questionne. Ne sommes-nous pas arrivés au moment, où l'on peut considérer que la consultation en l'état sur les orientations du plan, en faveur d'une réponse générale, noie la perspective d'initiatives concrètes et évaluables. Cet exercice ne rend plus visibles des mesures pourtant urgentes, et donne le sentiment d'avoir atteint les limites démocratiques, par la méthode tout du moins.

C'est pourquoi, la CFDT souhaite en profiter pour mettre en valeur l'opportunité que seraient les plans annuels d'actions, comme lieu d'exercice de la démocratie sanitaire.

Pour conclure, la CFDT ne s'oppose pas au PRS mais elle ne donne certainement pas un blanc-seing à l'ARS. Bien au contraire !

Ce PRS va être notre fil conducteur sur toute sa période et nous devons, tous ensemble, le faire vivre, y mettre les moyens pour que l'ensemble des bretonnes et des bretons trouvent des réponses de santé en proximité, que des mesures d'accompagnements des plus fragiles et des plus faibles d'entre nous soient développées, que la prévention deviennent une évidence en tous lieux de notre Région, que nos outils, nos structures qui feront vivre ce PRS soient redorées et valorisées pour que l'investissement professionnel qui s'y vit soit l'occasion de rendre attractif ce secteur humaniste que toute la CFDT défend et promeut.

En définitive, la CFDT donne un avis favorable au plan régional de santé 2023-2028. Elle sera un partenaire exigeant et investi pour que des mesures concrètes soient prises et aboutissent à des améliorations de la santé des bretonnes et des bretons, et protègent et valorisent l'ensemble des travailleurs.

La CFDT partage également l'avis du CESER sur son attachement à une articulation plus étroite entre le PRS (incluant le Plan régional santé environnement - PRSE) et le Plan régional santé travail (PRST).

La CFDT partage l'avis du CESER et le votera.



Intervention de Mireille MASSOT Union régionale des associations agréées du système de santé de Bretagne

Intervention session CESER du 2/10/2023 sur avis du projet régional de santé.

Si le projet régional de santé 2023 – 2028 peut apparaître comme un catalogue de bonnes intentions, comme manquant d'objectifs stratégiques clairs, s'affranchissant de décliner les moyens qui seraient de nature à éclairer voire rassurer les différents acteurs du système de santé, nous avons cependant choisi, pour cette intervention, de retenir que l'ambition de ce PRS se veut être un outil pour structurer l'amélioration de la santé des bretonnes et des bretons avec une implication des citoyens et citoyennes qui seraient pleinement acteurs du système de santé.

Accéder à la santé : pour tous et sur tous les territoires : impossible sans amélioration de l'offre, sans prise en charge des transports, sans réduction des inégalités territoriales, sans régulation de l'installation des médecins libéraux. Voir le groupe de travail transpartisan mis en place par le député de Mayenne à ce sujet !

Le 100% santé, c'est bien ! Il faut aussi travailler sur les dépassements d'honoraires ; les restes à charges hospitaliers. Sur le non recours aux droits et aux soins ainsi que sur la protection sociale des plus vulnérables, ce sont là des enjeux prioritaires !

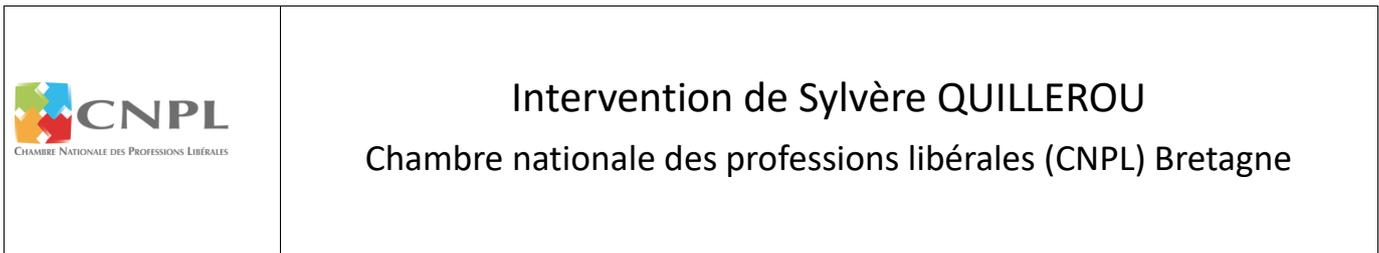
Cibler la responsabilité individuelle des citoyens et citoyennes dans l'atteinte, le maintien de ce qui fait un environnement favorable à la santé, c'est indéniablement nécessaire. Cela ne doit en aucun cas dédouaner les pouvoirs publics dans leur rôle de régulation des facteurs de nocivité afin de promouvoir des environnements favorables à la santé ; Par exemple quelle régulation de la promotion publicitaire pour des produits nocifs comme le tabac, l'alcool, les aliments transformés, trop gras, trop sucrés.

Parler de l'organisation territoriale de la santé mentale, cela ne devrait-il pas passer par l'assignation d'objectifs précis aux différents offreurs de santé dans le cadre de vrais projets de santé populationnels et territoriaux.

Mercredi dernier **la Directrice de l'ARS** affirmait que le PRS a vocation à être décliné territoire par territoire. Cela ne doit pas laisser à croire que ce sont les organisations et acteurs locaux qui sont à même de résoudre les difficultés que connaît notre système de santé.

Les collectivités locales, les organisations de santé comme les CLS, les CTS, les CPTS sont prêts à prendre toute leur part en complémentarité avec l'ETAT dont c'est la responsabilité pleine et entière.

Enfin, si parler de démocratie en santé, c'est parler de répartition équilibrée des offres de soins sur tous les territoires et pour tous les publics, d'accessibilité à ces soins, accessibilité physique, numérique, culturelle, délais des rv, de complémentarité et continuité entre soins de ville et soins hospitaliers, de connaissance du fonctionnement du système de santé, c'est aussi parler de relations patient-professionnels de santé : cela passe par du temps pour, s'écouter, se comprendre, partager un langage commun et accepter d'apprendre l'un de l'autre. La confiance et le respect commencent par des choses aussi simples que cela. Et c'est peut-être l'amorce d'une reconquête de la démocratie. Démocratie en santé et démocratie locale sont étroitement liées.



Monsieur le Président, chers collègues,

Je m'exprime au nom de la Chambre Nationale des Professions Libérales.

Je veux attirer l'attention sur **la pénurie de médicaments**, qui s'est durablement installée dans notre Pays et qui vient compliquer une situation sanitaire, déjà, douloureusement ressentie en Bretagne.

En 2012, la pénurie concernait moins de 200 médicaments, pour atteindre en 2022, 3 700 ruptures de stock ou risque de rupture.

Les causes sont multiples : on retient l'augmentation de la demande mondiale, la délocalisation des unités de production et la financiarisation de l'industrie pharmaceutique.

De nouveaux pays sont devenus des grands consommateurs de médicaments : les pharmerging, Ce sont la Chine, l'Inde et le Brésil principalement.

Ces ruptures sont d'autant plus fréquentes que le mode de production des médicaments a évolué. Le marché du médicament s'est mondialisé et la production se fait désormais à flux tendu.

Dans ce contexte, les laboratoires, se sont délocalisés, dans des pays où les coûts de production sont moins élevés que dans notre pays.

Deux pays, l'Inde et la Chine, ont développé une capacité de production. Aujourd'hui nous en sommes devenus dépendants. Ces deux pays produisent 80% des principes actifs des médicaments,

A cela vient s'ajouter une forte concentration de la production.

En effet, certaines molécules définies comme « médicaments d'intérêt thérapeutique majeur » ne sont produites que par une seule firme.

L'exemple d'une molécule américaine indiquée en prévention du rejet du greffon chez des sujets recevant une transplantation rénale - Belatacept - NujolixR Bristol - Myers Squibb - est emblématique de la situation que vivent les patients transplantés, qui ont subi une tension d'approvisionnement, qui devrait, selon toute vraisemblance, se normaliser en 2024. Selon l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament.

On peut encore citer l'exemple d'une autre molécule - Altéplase - ActilyseR Boehringer Ingelheim - utilisée dans le traitement de l'accident vasculaire cérébral ischémique (AVC), de l'embolie pulmonaire, de l'infarctus du myocarde, qui est fabriqué dans un seul pays : l'Allemagne. Selon l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament ce médicament est, toujours, en tension d'approvisionnement.

Par ailleurs, les laboratoires pharmaceutiques, se sont fortement financiarisés, comme beaucoup d'autres secteurs mais sans doute plus que d'autres. La rentabilité concerne désormais un type de médicaments bien précis constate Pierre Chirac, rédacteur de la revue indépendante « Prescrire ». Le concept de la fin des années 90 c'était les **blockbusters**, correspondant à une importante production de médicaments.

Aujourd'hui nous sommes passés à un modèle d'affaires, de « business model », dit **de niches buster**, c'est-à-dire de médicaments innovants fournis en petite quantité mais à des prix **très** élevés.

Il y a dix ans, la France était l'un des premiers producteurs au monde. Aujourd'hui, les sites industriels français, encore en service, peuvent monter en puissance, mais cela ne peut se faire que progressivement.

Le Président de la République a, récemment, annoncé la relocalisation de 50 médicaments. Le gouvernement a, aussi, retenu une liste de 450 médicaments dits "essentiels" dont les fabricants devront conserver l'équivalent de 4 mois de stock. Un signal !

Mais, nous ne pourrons pas tout relocaliser !

Afin de limiter ces effets délétères, il paraîtrait, aussi, nécessaire d'affirmer une politique européenne du médicament.

Les médicaments en pénurie sont essentiellement **d'intérêt thérapeutique majeur**, dispensés sous forme de médicaments génériques, qui intéressent moins les laboratoires d'envergure mondiale, qui se sont séparés de cette partie. Dans ce cadre, Zentiva, une entreprise pharmaceutique multinationale spécialisée dans ces médicaments génériques, est devenue une entité complètement indépendante de Sanofi.

En résumé, les pénuries sont liées à une capacité de production insuffisante, à des problèmes d'approvisionnement en matières premières et à l'arrêt de commercialisation essentiellement pour des raisons économiques de défaut de rentabilité.

Je vous remercie pour votre attention.



Intervention de Annie GUILLERME

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

La santé des femmes est un enjeu majeur pour notre société pour la Bretagne et le monde entier et dont il faut tenir compte pour ouvrir les portes à l'autonomie sociale et économique des femmes, ici, ailleurs et partout dans le monde.

En effet, la Santé des femmes est bien une préoccupation mondiale, le 7 avril, nous célébrons chaque année la journée mondiale de la santé. Le 7 avril 2023, les premières priorités de l'ONU ont été outre le paludisme, la tuberculose, les maladies sexuellement transmissibles, la nutrition, la pollution environnementale, la SANTE des FEMMES et des ENFANTS.

Le Droit à la santé est intégré dans de nombreux textes internationaux signés et ratifiés par la France ainsi que des mesures législatives internes qui proclament le droit à la santé et à l'accès aux services sociaux :

- la déclaration universelle des droits de l'Homme en 1948 ;
- la convention internationale des droits de l'enfant (Cide) de 1989 ;
- le Pacte international relatif aux droits sociaux économiques et culturels (Pidesc) de 1976 ;
- la convention pour l'élimination de la discriminations à l'égard des femmes (Cedaw) de 1979.

Des législations européennes, notamment l'article 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne :

« Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en métiers de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales, un niveau élevé de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union ».

Néanmoins, ce sont les Etats qui sont en charge de leur propre système de santé, comme la France.

Nous sommes donc toutes et tous concernés par des réponses que nous pouvons apporter de là où nous sommes dans nos engagements, en complémentarité de vue et de compétences, concernant la santé des femmes : Services de soins, personnel de santé, services hospitaliers, Agence régionale de santé, collectivités territoriales, entreprises, réseaux associatifs qui les accueillent et les accompagnent.

Nous constatons au quotidien que les conditions sociales difficiles qui se cumulent pour certaines femmes entraînent des problèmes de santé, physiques ou psychologiques. Elles constituent **un frein à leur autonomie sociale et professionnelle, c'est bien là une préoccupation majeure des CIDFF qui observent lors des entretiens ou des prestations collectives que les femmes les moins favorisées socialement sont les plus nombreuses à déclarer un état de santé dégradé.**

Sont particulièrement concernées, les femmes de tous les âges reçues par les CIDFF qui subissent des violences physiques, psychologiques, sexuelles, voire administratives et économiques, qui sont en situation de précarité et exposées au chômage, qui vivent une situation de monoparentalité et qui sont isolées sur les territoire, comme les territoires dits en ruralité.

Disposant de revenus modestes, exposées au chômage cumulent fréquemment des facteurs de fragilité économique :

- elles ne vont pas chez les spécialistes ;
- elles ne bénéficient plus de mutuelles ;
- elles renoncent aux examens de prévention et de dépistage ;
- elles ont une alimentation déséquilibrée, du fait d'un pouvoir d'achat réduit ;
- elles ont des risques accrus d'atteinte à la santé au travail.

Les CIDFF de Bretagne dans leur livre blanc diffusé à la fin de l'année 2019 ont fait des préconisations qui sont toujours d'actualité dont voici deux qui sont essentielles :

- Favoriser la mise en réseau et la coordination des acteurs et actrices de santé sur les territoires à partir d'initiatives locales afin d'améliorer la prise en charge des femmes victimes de violence et de leurs enfants, dans un continuum de services

(Les violences intrafamiliales étant un véritable fléau, un archaïsme social qu'il faut éradiquer)

Les contrats locaux de santé soutenus par l'ARS Bretagne en sont un bon exemple.

- Pouvoir orienter les femmes vers des psychologues qui sont formé.e.s aux violences et qui sont répertoriées.

Au regard de notre expérience, nous portons **sur la santé des femmes**, une attention toute particulière à trois principes majeurs qui nous animent :

- 1/ l'approche globale et positive de la santé, telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ;
- 2/ l'importance de la question de «la santé mentale » ;
- 3/ La prise en compte du sexe et du genre pour mieux promouvoir la santé, prévenir et soigner.

Principe 1 :

Nous partageons pleinement la définition de l'OMS, la santé est « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie et d'infirmité* » tandis que **la santé mentale est un état de bien être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté.**

Principe 2 :

Si la question de la santé physique apparaît d'emblée évidente, la notion de **santé mentale** l'est beaucoup moins. C'est une question sensible car elle est souvent associée et marquée par de nombreux préjugés et stéréotypes, notamment par des peurs ancestrales autour de la maladie mentale.

Comme le souligne Santé publique France, en se référant à la définition de l'OMS, « *la santé mentale fait partie intégrante de la santé, il n'y a pas de santé sans santé mentale* ». L'ensemble des composants de la santé sont en interaction dynamique et complexe dans les parcours de santé et de vie.

Jouir de sa santé mentale, c'est être capable de créer des liens, d'agir, d'être autonome et de s'épanouir. La santé mentale couvre un continuum complexe, qui a d'un état optimal de bien être à des états invalidants très douloureux, notamment sur le plan émotionnel.

Le réseau des CIDFF plaide pour une prise de conscience collective de la question de la santé mentale, un enjeu de santé publique majeur mais bien plus, d'un enjeu de société global comme le souligne le rapport récent, paru en juillet 2023, rapport d'information fait au nom de la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, sur la question de la santé mentale et qui indique :

« Si l'importance de la santé physique apparaît évidente aussi bien aux yeux du grand public que des professionnels de santé et des responsables politiques, il n'en va pas de même pour la santé mentale, l'impact de sa dégradation sur la qualité de vie des individus et son coût pour la collectivité étant perçus de manière plus diffuse et moins immédiate. De plus, même si certaines pathologies physiques engendrent encore un sentiment de peur et de rejet, dans l'ensemble, la diffusion des connaissances médicales et l'amélioration des traitements ont permis d'assurer une prépondérance aux problématiques de santé publique quand il s'agit de la santé physique et de mettre l'accent sur la prévention et l'hygiène de vie. Tel n'est pas le cas de la santé mentale, en raison de la forte stigmatisation qui entourent les troubles mentaux, laquelle conduit bien souvent à l'invisibilisation des personnes qui en souffrent. Dans un tel contexte, rien d'étonnant à ce que la santé mentale des femmes constitue encore largement un continent inexploré et que les particularités des femmes dans ce domaine soient négligées, y compris par les femmes elles-mêmes, à qui le rôle social qui leur est assigné commande souvent de faire passer la santé de leur famille avant la leur ».

Ce rapport propose 22 recommandations dont peuvent s'emparer toutes celles et tous ceux qui agissent en complémentarité de compétences concernant la santé des femmes autour de trois axes :

- ° Déconstruire les stéréotypes, lutter contre les inégalités, restaurer l'image de soi ;
- ° Former les professionnels et sensibiliser le public ;
- ° Prévenir, dépister et prendre en charge.

Principe 3 : La prise en compte du sexe et du genre pour mieux promouvoir la santé, prévenir et soigner est pour nous une nécessité absolue.

Les inégalités entre les femmes et les hommes dans l'accès au soin et la prise en charge médicale sont un enjeu de santé publique. Au-delà des différences de santé liées au sexe, les représentations sociales du féminin et du masculin peuvent générer de inégalités de santé.

C'est donc un enjeu de santé publique comme le souligne de nombreuses études universitaires qui recommandent de considérer la santé au prisme du genre ainsi que le rapport du Haut Conseil à l'Égalité remis au Ministre de la Santé et à la Ministère de la chargée de l'égalité en novembre 2020. Parmi ses 40 recommandations, les préconisations en faveur de la formation des soignant.es, de la prise en compte de l'exposition des femmes à la précarité, aux charges « domestiques » et aux violences sexistes dans et hors de la famille, de la parité au sein des équipes de recherche médicale ou de la mise en place de campagne d'information figurent en bonne place pour agir contre les stéréotypes de sexe en santé publique.

Depuis 2013, le groupe « Genre et Recherche en santé » du Comité d'éthique de l'INSERM travaille sur les enjeux éthiques des inégalités de santé entre les femmes et les hommes sur les moyens d'améliorer les pratiques de recherche et de clinique

Comme l'indique Madame Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée auprès du ministre de la santé et de la prévention , que la santé des femmes

« requiert la mobilisation de chacun : les parlementaire, les ministères, le monde associatif et académique, les collectivités locales et le monde de l'innovation. Loin d'être des sujets uniquement sanitaires, la santé des femmes et la lutte contre les violences faites aux femmes appellent des réponses collectives qui dépassent les clivages politiques.

Faire de la santé des femmes un enjeu majeur pour notre société, c'est aussi s'inscrire pour chacune et chacun d'entre nous, dans la vision humaniste de l'OMS :

« S'occuper de la santé des femmes est une approche nécessaire et utile pour renforcer les systèmes de santé d'une façon générale dans l'intérêt de tous. L'amélioration de la santé des femmes est importante pour les femmes, pour leur famille, pour leur communauté et pour l'ensemble de la société. Améliorer la santé des femmes, c'est rendre le monde meilleur ».