



# Forum Santé Publique

@Bretagne.majeure @Yes.Brittany #autonomieBZH

Samedi 12 octobre 2024 - CARHAIX - Salle Karaez Park



## Documentation Infos Santé Bretagne

# Quelles compétences en santé publique pour la Bretagne ?





## ----- Sommaire

- Page 2 – Sommaire
- Page 3 – Contacts
- Page 4 – Documentation générale
- Page 5 – La mission de service public
- Page 6 – Préserver des services appréciés
- Page 7 – Les indicateurs de dépenses
- Page 8 – Un système sous tension
- Page 9 – Informations budgétaires préalables
- Page 11 – Après ce forum quels objectifs ?
  
- Page 12 – **A]** \* Pistes de réflexion pour la santé
- Page 15 – Les besoins de santé en Bretagne
- Page 16 – Evaluation des besoins de santé bretons
- Page 17 – Des indicateurs essentiels
- Page 18 – Quelques comparaisons en Europe
- Page 20 – Le régime local d'Alsace-Moselle
- Page 22 – Osakidetza, le service de santé basque
  
- Page 23 – **B]** \* L'organisation hospitalière en 2022
- Page 25 – Propositions de l'Institut Montaigne
- Page 26 – L'offre de santé de proximité en tension !
- Page 27 – Les raisons d'organiser ce forum !
- Page 28 – Le discours des élus nous conforte
  
- Page 29 – Liens vers les sources de data officielles



## ----- Contacts

### Bretagne majeure

– Gwenael HENRY

[gwenael.henry@wanadoo.fr](mailto:gwenael.henry@wanadoo.fr)

06 81 599 161



– Yves LEBAHY

[yr.lebahy@wanadoo.fr](mailto:yr.lebahy@wanadoo.fr)

02 97 454 459



Samedi 12 Octobre 2024 - CARHAIX / Salle Karaez Park



## ----- Documentation

Les informations compilées dans ce document avaient été rassemblées préalablement à l'organisation du forum du 12 octobre 2024.

Elles avaient pour objectif de fournir les données nécessaires à l'élaboration d'un projet de santé breton, déployé sur les 5 départements bretons.

L'ampleur de la tâche, la difficulté à prendre des contacts suffisamment en amont de l'événement et des opportunités de communication insoupçonnées au démarrage du projet, nous ont amené à réduire le périmètre de l'étude aux secteurs de Guingamp et de Carhaix et à adapter le format du forum pour qu'il se tienne en une matinée.

Cependant la documentation existe, le forum a rencontré un réel succès et l'information à son sujet a circulé dans toute la Bretagne.

Il sera donc possible de relancer un projet ambitieux qui nécessitera de convaincre des partenaires plus nombreux de rejoindre la démarche.

Le travail documentaire qui reste à faire est assez conséquent, notamment pour agréger les informations que peuvent bien mieux rassembler les divers comités de défenses locaux.

Les syndicats de soignants, dont les intervenantes au forum ont su capter l'attention de l'assistance doivent pouvoir fournir bien d'autres informations émanant du terrain qu'il conviendrait de synthétiser au niveau breton.

Enfin les élus, qu'ils soient parlementaires, conseillers régionaux ou élus de proximité ont montré un réel intérêt dans la démarche vers la décentralisation de la gestion du "système" de santé publique.

La période semble propice au lancement d'une large concertation régionale visant à la conception d'un projet breton de santé, pour lequel les citoyens, leurs élus et les acteurs de la santé disposeront des moyens de faire entendre leurs demandes pour qu'elles soient sérieusement prises en compte.

C'est la raison pour laquelle cette documentation, qu'il conviendra d'enrichir et de maintenir à jour avec des données officielles actualisées, est mise à la disposition de tous ceux qui voudront bien s'engager dans une démarche collaborative pour concevoir le **projet breton de Santé**.





## ----- La Mission de service public.

### La protection sociale, une balise essentielle de nos démocraties occidentales

#### Comment s'articule la mission publique de protection sociale ?

L'objectif de ce chapitre est de décrire dans un premier temps les caractéristiques générales et financières de la protection sociale dans l'hexagone. Et, parce qu'il reste difficile d'accéder à des données territorialisées normalement détenues par les Administrations Publiques (APU) "centralisées" concernées ; il faudra se contenter d'extrapolations afin d'évaluer les dépenses et les recettes disponibles pour administrer les missions de santé publique au niveau breton.

Dans le système français, la **protection sociale** se classe selon six catégories principales : **santé**, **vieillesse-survie**, **famille**, **emploi**, **logement** et "pauvreté-exclusion sociale" ; elles mêmes subdivisées en sous catégories.

Puis une branche **autonomie** a été ajoutée en 2020.

(Accès aux données : [ere-link](#) et/ou [video](#))

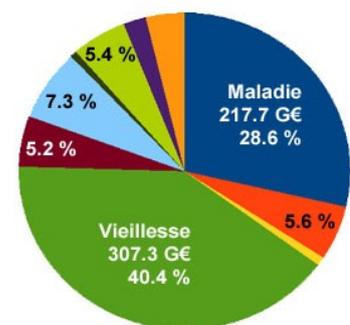


Mais la protection sociale est aussi organisée en 4 niveaux.

La **Protection sociale**, assure ainsi la couverture de base des différents risques sociaux (ASSO), les régimes complémentaires peuvent fournir une couverture additionnelle, l'Unédic gère le régime d'assurance chômage et les dernières ramifications de l'aide sociale sont financées directement par l'État (APUC), les départements (APUL) et quelques organismes semi privés (SF-SNF & ISBLSM).

Ainsi les APU ont abondé **691 G€** des **761 G€** des prestations versées pour la Protection sociale en 2019, soit 38,1% du PIB. Ce qui place l'hexagone en tête avec 6,4% au dessus de la moyenne des 27 pays de l'UE.

Les prestations sociales versées en 2019 par risque				
2019		M€	M€	%
Santé	Maladie		217 688	28,61
	Incapacité	266 860	42 426	5,58
	Accidents du travail		6 746	0,89
Vieillesse-Survie	Vieillesse	346 619	307 332	40,39
	Survie		39 287	5,16
Famille	Famille	55 636	55 636	7,31
	insertion professionnelle		5 077	0,67
Emploi	Chômage	46 175	41 098	5,40
	Logement		16 858	2,22
Pauvreté	Pauvreté - exclusion sociale	28 711	28 711	3,77
<b>Total</b>		<b>760 859</b>	<b>760 859</b>	<b>100,00</b>



Accès aux données : ([ere-link](#)) onglet 5.



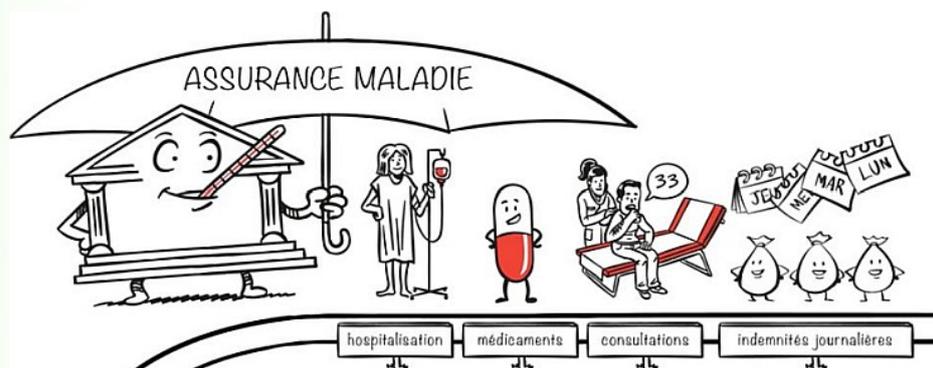
## --- Préserver des services appréciés

Pour une enquête réalisée par Opinionway, un panel de citoyens a apporté des réponses sur leur perception des services publics. Plusieurs secteurs de la **santé**, tels que l'**assurance maladie** et les **hôpitaux**, ont été plébiscités dans ce **palmarès des services publics**, comme l'indiquent les résultats de cette étude récente réalisée pour le compte du think tank : "le sens du service public", publiée le 21 avril 2023. (Accès au rapport [ere-link](#))

### Quelques données

#### La santé : dépenses des Administration Publiques

Un bilan des dépenses des APU est accessible en ligne sur le site de l'Insee, cette liste est ventilée entre dix "fonctions". Ainsi le **montant des dépenses réalisées par les APU dans le domaine de la santé a atteint 194,02 G€** sur les 1 349,28 G€ du budget global des APU en 2019, soit une part de 14,38 %.



Dans ce document on trouvera des précisions sur les montants ventilés entre neuf postes dans le domaine de la santé : **rémunération des salariés**, **consommations intermédiaires**, **impôts sur la production**, **subventions**, **acquisitions nettes d'actifs ...etc.** (Accès aux données, fichier t\_3301 : [ere-link](#))

#### La santé : prestations reversées aux assurés

Le système de soins français dispose que l'Assurance Maladie prenne en charge les dépenses de santé des assurés et garantisse l'accès aux soins et aux droits tout en favorisant la prévention. C'est, en règle générale, le principe du remboursement des coûts qui s'applique.

**Les prestations de protection sociale** versées aux assurés en **2019**, au titre de la **branche santé**, représentent **266,86 G€**, soit 35,07% de l'ensemble.

**La branche santé** regroupe trois types d'assurance : **maladie** pour un total de versements de **217,69 G€** soit 28,61 %, **invalidité** pour un total de versement de **42,47 G€** soit 5,58% et Accidents du travail et maladies professionnelles (**ATMP**) pour un total de versement de **6,75 G€** soit 0,89%. (Accès aux données : [ere-link](#))

Ainsi la **prestation moyenne versée** s'est élevée à **3 968 €/habitant/an** (2019).



## ----- les indicateurs de dépenses

### Une diversité d'indicateurs, de quoi est il question ?

#### Ondam, CSBM et DCSi

En 2019, les dépenses rectifiées sur le champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (**Ondam**) s'élèvent à 200,4 milliards d'euros (G€), dont 174,0 G€ relevant de sa composante soins de ville et établissements de santé.

L'écart avec la consommation de soins et de biens médicaux (**CSBM**) et la dépense courante de santé au sens international (**DCSi**) est imputable aux différences de champ : l'**Ondam** ne couvre que les dépenses de santé financées par l'Assurance maladie, tandis que la **CSBM** et la **DCSi** englobent aussi les autres financeurs. Par ailleurs, les dépenses incluses dans les différents agrégats diffèrent. Ainsi, certaines dépenses de prévention et de soins de longue durée sont incluses dans l'**Ondam**, qui exclut en revanche les dépenses de gouvernance du système de santé, comptabilisées dans la **DCSi**.

Au niveau hexagonal on utilise la **CSBM** (consommation de soins et de biens médicaux) pour suivre et détailler les consommations de soins.

Voici les détails pour l'Hexagone (cliquez sur l'image pour accéder à plus de détails).

Tableau 2 • Structure de la consommation de soins et de biens médicaux

Milliards d'euros	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>1-Soins hospitaliers</b>	<b>90 532</b>	<b>92 364</b>	<b>93 893</b>	<b>95 242</b>	<b>97 142</b>	<b>103 018</b>	<b>109 395</b>
Hôpitaux du secteur public	69 629	70 965	72 121	73 026	74 405	79 746	84 057
Hôpitaux du secteur privé	20 903	21 398	21 773	22 216	22 737	23 272	25 338
<b>2-Soins ambulatoires</b>	<b>102 441</b>	<b>104 500</b>	<b>106 095</b>	<b>107 532</b>	<b>109 760</b>	<b>107 161</b>	<b>117 301</b>
Soins de ville	51 491	53 005	54 158	55 289	57 016	55 158	61 312
Transports sanitaires	4 606	4 791	4 986	5 099	5 059	4 741	5 580
Médicaments en ambulatoire	31 588	31 383	31 356	30 868	30 646	29 817	31 138
Autres biens médicaux*	14 756	15 321	15 595	16 277	17 040	17 446	19 272
<b>Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)</b>	<b>192 973</b>	<b>196 863</b>	<b>199 989</b>	<b>202 774</b>	<b>206 903</b>	<b>210 179</b>	<b>226 696</b>

Sources : DREES, Comptes de la santé.

En milliards d'euros (G€)

Au niveau européen, les statistiques promeuvent le "CHE" : "Current Health Expenditures", c'est à dire le "DCSi" en français : "Dépenses Courantes de Santé (au sens) international" afin de permettre des comparaisons entre les états, notamment entre les membres de l'Union Européenne.

A partir de cette profusion d'informations et d'indicateurs, il devient particulièrement difficile pour le citoyen d'appréhender le sujet du financement des dépenses de santé publique du fait de sa gestion centralisée, des actions croisées de ses multiples acteurs et du faible nombre de sources de vulgarisation disponibles sur le sujet.

**Bretagne majeure** propose cette première session de vulgarisation du sujet au niveau breton afin de préparer, dans les années à venir, une réponse à la question suivante : **La Bretagne pourrait elle gérer de manière "décentralisée" pour ne pas dire autonome, son propre régime d'assurance maladie ?**



## ----- Un système sous tension

### Comment se réorganise le financement des hôpitaux ?

La bascule vers la tarification à l'activité (T2A) a pu passer pour une réforme nécessaire au début des années 2000, mais ce modèle de financement n'est plus adapté à la situation de l'hôpital.

Durant deux décennies les tarifs n'ont pas suivi l'évolution des coûts pour les établissements. La T2A s'est écartée de la juste rémunération des charges de soins.

Il a fallu tourner la page du "tout T2A" pour accélérer l'expérimentation d'un nouveau modèle de financement des activités hospitalières du champ "médecine, chirurgie, obstétrique" (MCO).

Alors que l'activité de l'hôpital a augmenté (+18% entre 2009 et 2019), les tarifs ont été réduits (-6,4% entre 2009 et 2019) afin de contenir les dépenses de santé et le déficit de la sécurité sociale. Pour conserver le même niveau de ressources, couvertes à plus de 60% par la T2A, l'hôpital s'est trouvé dans l'obligation d'augmenter le nombre d'actes. Ainsi en est on arrivé à une situation inextricable où le personnel médical a du faire face à une augmentation d'activité tout en étant dans l'incapacité humaine d'y faire face sauf au prix d'épuisement au travail.

Si un lien entre financement et activité réelle de l'établissement doit demeurer pour ne pas revenir aux travers de l'ancienne dotation globale, il apparaît opportun d'assortir cet étage de financement par une "dotation populationnelle" liée aux besoins de santé identifiés pour un territoire et sa population et par un financement à la qualité qui reste encore marginal.

Alors que l'assurance maladie fonctionne plutôt correctement et offre une couverture supérieure à celle des autres pays de l'UE, le secteur hospitalier fonctionne sous de grandes contraintes financières, qui laissent les personnels de santé en souffrance pour cause de moyens humains insuffisants et de reconnaissance en terme de salaire.

La politique gouvernementale ne se résume depuis quelques années qu'à des fermetures continues de sites et des suppressions de lits rendant difficile l'accès aux soins de nombreuses populations le plus souvent rurales.

Il n'est pas tolérable de laisser perdurer une telle situation.

**Bretagne majeure** pose alors ainsi les termes du débat : **La Bretagne peut elle s'organiser pour proposer à terme de gérer son réseau hospitalier de manière autonome ?**



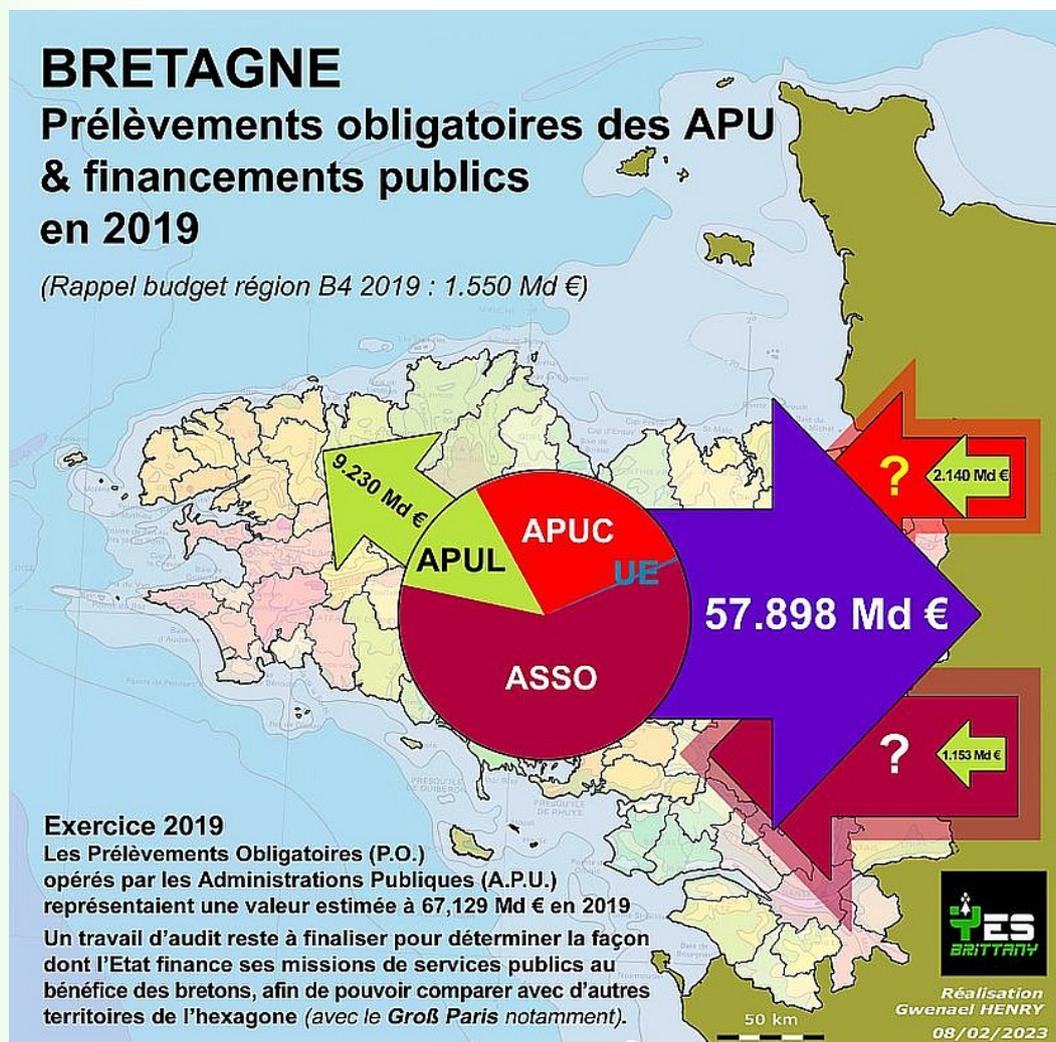
## --- Informations budgétaires préalables

### Les prélèvements obligatoires divers en Bretagne.

Un potentiel fiscal conséquent.

**Bretagne majeure** démontrera lors de ce forum que la Bretagne n'a pas besoin de quémander ses budgets auprès de l'État dans la mesure où l'argent est déjà prélevé sur place par ce dernier, sans que l'on sache précisément ce qu'il reverse pour financer les services publics dus aux citoyens en Bretagne.

Samedi 12 Octobre 2024 - CARHAIX / Salle Karaez Park



### Retenir des recettes pour financer la santé en Bretagne

En moyenne les citoyens de l'hexagone et les entreprises ont contribué au fonctionnement des institutions à hauteur de 1 069 G€ en 2019, soit une contribution moyenne de 15 887 € / hab, l'équivalent de 43,86 % du PIB.



Pour leur part les bretons et leurs entreprises ont contribué au fonctionnement des institutions à hauteur de 67,8 G€ en 2019 soit une contribution moyenne annuelle de 14 174 € / habitant, et de 44,97% du PIB breton.

Les deux valeurs étant très proches, rien n'interdit donc de financer un système de santé au moins équivalent, en opérant quelques arbitrages.

Mais pour savoir s'il serait possible d'optimiser la gestion de l'ensemble afin d'améliorer la situation des personnels soignants et de mieux financer les remboursements aux usagers, encore faudrait il disposer d'un accès aux états des dépenses territorialisées que l'État et les APUC engagent en Bretagne. **Or cette information n'est pas aisément accessible.**

**Estimations**  
**Prélèvements obligatoires des APU**  
**en Bretagne en 2019**  
*en milliards d'euros (G€)*

Recettes	
S1311 - Administration publique centrale	
S13111 - État	
- Impôts (*)	
- Cotisations sociales (**)	
S13112 - Organismes divers d'administration centrale	
S1313 - Administrations publiques locales	
S1314 - Administrations de sécurité sociale	
- Impôts (*)	
- Cotisations sociales (**)	
S212 - Institutions et organes de l'Union européenne	
S13 et S212 - Ensemble des prélèvements obligatoires	
Recettes en pourcentage du PIB	

Bretagne			Hexagone		
2019			2019		
Data statistiques INSEE	% Hexagone				
Population	4 784 126	7,11			67 257 982
PIB (G€)	149,3	6,13			2 436,1
G€	% / Total	% / Hexagon	G€	% / Total	
16,286	24,0	5,4	323,459	30,3	
			303,760	28,4	
			295,659	27,7	
La ventilation sera réalisée ultérieurement			8,101	0,8	
1,423	2,1	7,2	19,699	1,8	
9,230	13,6	5,9	156,220	14,6	
40,274	59,4	6,9	584,260	54,7	
voir un exemple sur la feuille de calcul suivante			231,356	21,7	
0,283	0,4	6,1	352,904	33,0	
			4,611	0,4	
<b>67,811</b>	<b>100,0</b>	<b>6,3</b>	<b>1 068,550</b>	<b>100,0</b>	
45,43 %			43,86 %		

(\*) Les impôts sont comptabilisés après transferts de recettes fiscales et sont nets des crédits d'impôts et des impôts dus non recouvrables.  
 (\*\*) Nettes des cotisations dues non recouvrables.  
 N.D.: non disponible.

**Prélèvements obligatoires en Bretagne : 67,811 Md €**



**SOURCES INSEE :**

Les comptes de la Nation en 2020

Sommaire : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5354786>

3.216 - Prélèvements obligatoires des administrations publiques (En milliards d'euros)

Fichier : [https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/5354766/t\\_3216.xlsx](https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/5354766/t_3216.xlsx)

**Dépenses et recettes des administrations publiques en 2021**

Comptes nationaux annuels - base 2014

**Selon la Cour des comptes** : “La lisibilité des choix publics exige de pallier la fragmentation des moyens des politiques publiques en mettant en place de façon plus déterminée des dispositifs garantissant une vision globale de l'action des différentes administrations publiques. En effet, le morcellement institutionnel, juridique et financier entre administrations publiques nuit à la clarté des choix et fait obstacle à la bonne compréhension de l'usage des deniers publics”.



## --- Après ce forum, quels objectifs ?

### Les deux pistes à développer ultérieurement

#### A] \* Création d'un régime local d'assurance maladie pour la Bretagne

En 2019, la branche maladie du régime général de sécurité sociale se trouvait presque à l'équilibre : **-1,5 G€ de déficit**, soit 0,7 % des recettes pour 216,6 G€ de dépenses. Il a dérapé les années suivantes notamment en raison de la crise sanitaire due au COVID.

La **part de ce déficit attribué à la Bretagne**, calculée au prorata de la population et corrélée à l'écart au PIB moyen peut donc grossièrement être évaluée à **92 millions d'Euros** quand le budget de sa **branche maladie** peut être estimé à environ **11 milliards d'Euros**. (CSBM\* x 78 %)

Est ce **supportable** au regard de la masse des prélèvements obligatoires opérés dans le périmètre des cinq départements bretons ?

#### B] \* La dévolution de la gestion du système hospitalier Breton

Le maillage territorial breton en hôpitaux est relativement dense mais les politiques récurrentes des gouvernements parisiens ont constamment contribué à réduire les budgets et à concentrer les services hospitaliers dans de gros centres départementaux, tout en réduisant le nombre de lits et cela même lors de la crise COVID qui a révélé les limites du nombre de places disponibles dans les services de réanimation.

Pour mettre en œuvre une véritable démocratie de santé qui ne soit pas qu'un slogan de l'ARS, ne serait il pas possible de récupérer la gestion d'une part du budget national pour faire ce travail de gestion hospitalière au niveau breton ?

\* CSBM : Consommation de soins et de biens médicaux



## --- A] \* Pistes de réflexion pour la santé

### Santé : faire le pari des territoires



Dans le cadre de sa publication "[Santé : faire le pari des territoires](#)", l'Institut Montaigne a développé avec Kanopy Med une cartographie inédite mettant en perspective les besoins de santé par rapport aux dépenses de santé par habitant et par département.

Le [jeu de données](#) utilisé pour cette étude regroupe les données sources ayant permis la constitution des regroupements des départements par besoin de santé.

Ci dessous quelques réflexions stimulantes sont présentées succinctement.

### En guise d'introduction

Les problèmes tels que la centralisation excessive des prises de décisions, le malaise perceptible et croissant des soignants et une articulation difficile entre le niveau national et régional mettent en évidence les contraintes auxquelles notre système de santé est confronté. Il est nécessaire d'impliquer davantage les collectivités locales et les acteurs de terrain dans la gestion du système de santé.

Parmi les causes d'inertie et d'inefficacité, on note l'absence d'analyse des données de santé pour orienter le pilotage du système et mettre en place des actions de prévention ciblées.

Les dysfonctionnements auxquels fait face notre système de santé sont nombreux, exacerbés entre autres par une population vieillissante, davantage touchée par les maladies chroniques. Dans ce contexte, la perception de l'hôpital public se dégrade et les patients craignent d'être moins bien pris en charge. Fin 2021, 74 % des citoyens estimaient que le système de santé s'était dégradé dans les dernières années. Quant à leur perception de la démographie médicale, plus d'un tiers d'entre eux (37 %) estime vivre dans un désert médical.

Au sein même du monde médical et paramédical, le malaise et l'épuisement des professionnels de santé deviennent chaque jour plus prégnant, installant dans le débat public l'image d'un système de santé à bout de souffle. La surcharge de travail, le sentiment de manque de reconnaissance, la lassitude et la perte de sens, les insatisfactions en termes de rémunération et de conditions matérielles de travail sont croissantes. Les statistiques confirment ces constats : 50 % des professionnels de santé ont été concernés par le burn out et ils sont plus d'un tiers à songer changer de métier.

Cet état de fatigue persistant est étroitement lié à l'absence d'une vision à long terme pour le système de santé, qui devrait être incarnée par une gouvernance claire au niveau régional.

Il est essentiel de donner aux acteurs locaux les moyens d'action nécessaires pour penser un nouveau système de santé régional.



## Un diagnostic préalable pour préparer un projet breton

Les inégalités d'accès aux soins comptent parmi les facteurs d'échec de notre système de santé. Près de 7 citoyens sur 10 déclarent désormais avoir des difficultés à accéder au système de santé, et la surmortalité dans certaines régions, tant liée à la situation socio-professionnelle qu'à l'offre de soins, est visible. Pour mettre en exergue l'inadéquation entre l'offre et les besoins de santé, l'Institut Montaigne a réalisé une cartographie avec **Kanopy Med**, cabinet expert en méthodes d'analyse des données qualitatives et quantitatives de santé.

Ces inadéquations résultent notamment de la construction d'un système de soins davantage piloté par l'offre, conditionnée plus par la norme que par les besoins des usagers comme des professionnels de santé.

Sur le terrain, l'incompréhension l'emporte souvent devant ce flot ininterrompu de règles et de contraintes qui empêchent l'action et éloignent les professionnels de leur métier de soignant. La confiance est souvent distendue entre le corps médical et les responsables administratifs, jusqu'aux structures de pilotage du système de santé.

Au niveau national comme territorial, la multiplicité des institutions rend illisible le fil décisionnaire : DSS, DGOS, DGCS, ANS, ATIH, ARS, etc., autant de sigles qui contribuent à rendre flous les processus décisionnaires et à perdre le lien avec les acteurs de terrain.

## Data mobilisées pour l'analyse des données territoriales

L'étude a été réalisée pour la France métropolitaine, au niveau départemental, à partir des données les plus récentes disponibles en Open Data et issues de la base PMSI nationale.

### → Données mobilisées pour le regroupement de départements :

- **Démographie :**
  - part des habitants de plus de 75 ans (Insee) ;
  - population rurale et urbaine (Insee).
- **Déterminants socio-économiques :**
  - revenu médian (Insee) ;
  - taux de chômage (Insee) ;
  - part de la population ayant au moins le bac (Insee) ;
  - part de la population employée (Insee).
- **Facteurs de risque :**
  - mortalité liée au tabac et à l'alcool (CépiDC, Inserm) ;
  - couverture vaccinale antigrippale (Géodes, Santé publique France) ;
  - mortalité liée aux suicides (CépiDC, Inserm) ;
  - mortalité accidentelle (CépiDC, Inserm).
- **Épidémiologie :**
  - prévalence de maladies chroniques – diabètes, maladies cardiaques, maladies respiratoires
  - prévalence des maladies mentales (Ameli, CNAM) ;
  - prévalence des maternités (Ameli, CNAM) ;
  - prévalence des cancers (Ameli, CNAM) ;
  - qualité de l'air (ATMO).



## → Dépenses (périmètre assurance maladie) :

Les dépenses totales par habitant (périmètre Assurance maladie) ont été calculées à partir des :

- Dépenses hospitalières par habitant : MCO et SSR.
- Dépenses ambulatoires par habitant : Actes techniques (CCAM), Actes diagnostiques (C & CS), soins paramédicaux, pharmacie, transports, imagerie et biologie.

Cependant, pris isolément, ce critère n'est pas strictement corrélé aux sept types de cluster de besoins de santé identifiés par **Kanopy Med**.

Cette étude constitue donc une base documentaire très riche pour établir des budgets prévisionnels, anticiper des besoins d'investissements et identifier les problématiques liées à l'évolution démographique de la population en Bretagne dans les prochaines années, compte tenu notamment de son vieillissement.

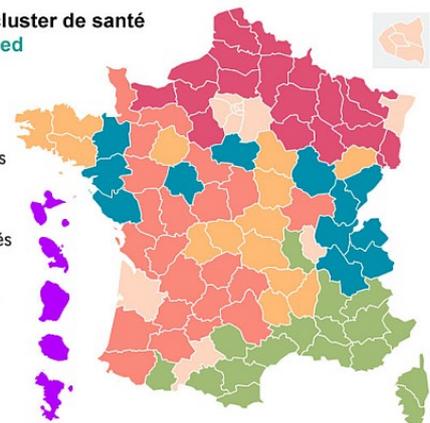
Mais il n'est pas possible d'exposer en trois pages la richesse de cette étude, qui ne doit cependant pas être prise pour une bible, mais doit plutôt servir de boîte à outils pour les acteurs de la santé en Bretagne.

Accéder à l'étude de l'Institut Montaigne ([ere-link](#))

Télécharger les données utilisées pour les calculs ([ere-link](#))

Les 7 types de cluster de santé selon Kanopy Med

- Les bien-portants
- Les enclavés
- Les vulnérables
- Les désavantagés
- Les ruraux
- Les dynamiques
- Les ultramarins





## -- Les besoins de santé en Bretagne

### Nature des données

Courant 2022, le cabinet **Kanopy Med** a donc fourni une base de données sur les populations et leurs besoins de santé en 2018 au niveau départemental (*attention d'autres données utilisées dans ce papier sont le plus souvent de 2019*)

L'objectif de ce travail cartographique était de faire apparaître les disparités départementales dans les allocations des ressources de santé. Pour ce faire, l'adéquation entre les besoins et les dépenses de santé par département, a été analysée.

**Les dépenses moyennes hospitalières et ambulatoires** ont été calculées pour chaque département (quid des *autres biens médicaux*, ont ils été pris en compte ?), ce qui a permis de comparer ces données avec la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) par habitant dans la perspective de l'Assurance maladie, c'est à dire **les soins remboursés par l'Assurance maladie**.

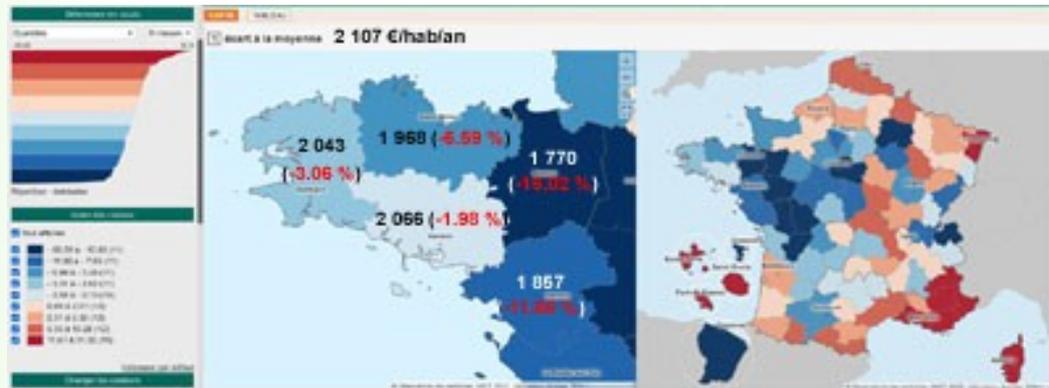
Concernant l'exercice 2018, la part de la CSBM prise en charge par l'assurance maladie a été de **78,03 %** sur un montant global de **202,8 G€** pour 66,992 millions d'habitants, **soit une dépense moyenne de 2 362 €/hab/an**, mais seulement **2 172 €/hab/an**, si l'on exclue les "*autres biens médicaux*".

D'un autre côté, la moyenne calculée à partir des données recueillies par Kanopy Med : **2 107 €/hab/an**, est assez proche ( $\Delta = 2,9 \%$ ) de celle calculée plus loin dans le texte par d'autres moyens. Cela nous invite à ajouter la valeur des autres biens médicaux aux données compilées par Kanopy Med pour réaliser des comparaisons.



## - - Evaluation des besoins de santé bretons

Distribution départementale des écarts à la moyenne du besoin de santé



Ces deux cartes, qui ne figurent pas dans l'étude, illustrent l'écart à la moyenne dans chacun des départements de l'hexagone. Les variations de bleu indiquent un besoin de santé par habitant inférieur à la moyenne et les intensités de rouge, un besoin supérieur.

Au premier abord, la Bretagne se distinguerait donc par des besoins de santé par habitant inférieurs dans chacun des 5 départements : de -16% en Ille-et-Vilaine à -2% dans le Morbihan. Au niveau Breton le besoin moyen s'établit à 1 920 contre 2 107 €/hab/an au niveau hexagonal. Mais, pris isolément, ce critère n'est pas strictement corrélé aux sept types de cluster de besoins de santé identifiés par **Kanopy Med**.

Cependant, le différentiel de 187 € pour les 4 747 916 Bretons représente un différentiel global de **889 millions d'euros** pour l'année 2018, mais s'agit il d'une économie ou d'une prévision d'économie, et quid des prélèvements réalisés pour les financer ?

Car en regard de ces **besoins** estimés, les **prélèvements obligatoires** opérés en Bretagne ne sont pas connus avec précision. Dans une démocratie digne de ce nom, il faudrait pourtant qu'ils le soient. Tout juste peut on les estimer, à partir des cotisations sociales appliquées sur les salaires et les revenus des indépendants.

Cela permettrait enfin de comparer les prélèvements et les dépenses de manière territorialisée comme le demande régulièrement la [Cour des Comptes](#), afin de vérifier que certains territoires ne s'avèrent pas plus égaux que d'autres.

Dept	écart par rapport à la moyenne	Population légale 2020 (2018)	Dépense de santé par habitant €	Dépense de santé par département M€
Côtes-d'Armor	-6,59	599 584	1 968,50	1 180
Finistère	-3,06	911 735	2 042,80	1 862
Ille-et-Vilaine	-16,02	1 069 228	1 769,70	1 892
Loire-Atlantique	-11,86	1 412 502	1 857,30	2 623
Morbihan	-1,98	754 867	2 065,60	1 559
<b>Bretagne</b>	<b>-8,89</b>	<b>4 747 916</b>	<b>1 920,35</b>	<b>9 118</b>



## - - Des indicateurs essentiels

La base de donnée réalisée par Kanopy Med est, quoi qu'il en soit, riche d'enseignements. Mais la question est de savoir s'il ne faudrait pas en plus disposer d'une seconde carte exposant les **moyens de santé réellement affectés** en 2018 dans chaque département à utiliser en parallèle avec la carte de Kanopi Med qui résulte des **besoins de santé estimés pour son étude**.

Cependant l'étude de ces données nous a tout de même permis d'estimer une part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) moyenne par habitant en Bretagne ainsi que le montant global que cela représente.

Le coefficient de prise en charge de la CSBM par l'assurance maladie était en 2018 de 78 %. Les autres biens médicaux représentaient une valeur de 254 €/hab/an et ne semblent pas avoir été pris en compte.

La Consommation de Soins et de Biens Médicaux en Bretagne peut donc être évaluée à  $(1\ 920 + 254)/0,78 = 2\ 787$  € par habitant et par an.

On pourra ainsi utiliser les valeurs suivantes pour réaliser des comparaisons internationales avec les indicateurs bretons en supposant par manque d'information que la consommation d'autres biens médicaux en Bretagne est identique à la moyenne hexagonale. La vérification de ce point est essentielle.

Par ailleurs la différence entre la DCSi et la CSBM dans l'hexagone est de

$$4\ 067 - 3\ 030 = 1\ 037 \text{ €/hab/an soit } 34,22 \%$$

**Ainsi on retiendra les valeurs ci dessous pour la Bretagne**

**CSBM : 2 787 €/hab**

**DCSi : 3 740 €/hab**

Il ne s'agit ici que d'estimations car rien n'indique que l'on doivent appliquer les coefficients moyens relevés dans l'hexagone pour passer de la CSBM à la DCSi. Hélas des informations territorialisées fiables sont indisponibles.

\* CSMB : Consommation de Soins et de Biens Médicaux  
\* DCSi : Dépenses Courantes de Santé au sens international



## --- Quelques comparaisons en Europe

### Les différents modèles européens

Les systèmes de santé européens peuvent être classés selon trois modèles : le système national de santé (SNS) dans les pays suivants : Norvège, Suède, Danemark, Finlande, Royaume-Uni, Irlande, Espagne ... (également connu sous le nom de modèle Beverige) ; les systèmes de sécurité sociale (SSS) : Luxembourg, Allemagne, France, Tchéquie, Slovaquie, Belgique ... (également connu sous le nom de modèle Bismarck) et plus rare le système d'assurance de santé privé (SASP) comme aux Pays Bas et en Suisse.

Les SNS se caractérisent par le fait qu'ils sont financés par les impôts généraux, qu'ils sont gérés publiquement et qu'ils offrent un accès universel aux citoyens sans paiements préalables ni remboursements ultérieurs.

D'autre part, les SSS sont financés essentiellement par les retenues sur les salaires des travailleurs, de sorte que le droit aux soins de santé est généré par les cotisations de sécurité sociale, même si l'assistance est générée indirectement et est également garantie au reste de la population.

Certaines études comparant les deux types de systèmes de santé suggèrent que les SNS obtiennent de meilleurs résultats en matière de santé et une plus grande efficacité globale et génèrent moins d'inégalités. Dans la pratique, dans la plupart des pays européens, le financement et l'assurance des systèmes de santé n'adhèrent plus strictement à un modèle unique et intègrent les caractéristiques de différents modèles. Au cours des dernières décennies, et notamment en raison des politiques d'austérité, les tendances à la commercialisation et à la privatisation des différents systèmes de santé européens se sont intensifiées.

### Ventilations de prise en charge de la DCSi\* en Europe

Type de système	Dépense courante de santé au sens international (DCSi)		Prise en charge en % du financement de la DCSi en 2019						
	En PPA en euros par habitant	En PPA santé en euros par habitant **	État et autorités locales	Assurances maladies obligatoires	Assurances privées obligatoires	Assurances privées facultatives**	Ménages	Régimes obligatoires	
Systèmes d'assurance maladie gérée par des caisses publiques	* Luxembourg	4,175	4,046	4,7	81,6	0,0	4,1	9,6	85,0
	* Allemagne	5,026	4,788	6,5	70,9	7,2	2,7	12,7	84,6
	* France	4,067	4,067	5,5	71,4	6,8	7,0	9,3	83,7
	* Slovaquie	1,688	1,486	2,4	77,4	0,0	1,0	19,2	79,8
	* Belgique	4,209	4,130	22,0	54,8	0,0	5,0	18,2	76,8
	* Estonie	1,933	1,687	8,1	66,4	0,0	1,6	23,9	74,5
	* Slovénie	2,547	2,158	4,2	68,6	0,0	15,6	11,7	72,8
	* Lituanie	2,103	1,561	8,2	58,2	0,0	1,3	32,3	66,4
Systèmes d'assurance maladie gérée par des assureurs privés	* Pays-Bas	4,425	4,049	6,5	21,6	54,5	6,8	10,6	82,6
	Suisse	5,504	3,898	22,5	3,5	40,7	7,9	25,3	66,8
Systèmes nationaux de santé	* Norvège	5,200	4,290	85,8	0,0	0,0	0,3	13,9	85,8
	* Suède	4,281	3,346	84,9	0,0	0,0	1,2	13,9	84,9
	* Danemark	4,223	4,478	83,3	0,0	0,0	2,5	14,2	83,3
	Royaume-Uni	3,470	3,368	78,5	0,0	0,0	5,6	15,9	78,5
	* Finlande	3,517	3,294	63,9	13,4	0,5	4,7	17,4	77,8
	* Irlande	3,919	3,374	74,0	0,6	0,0	13,7	11,7	74,6
	* Espagne	2,776	2,247	66,6	4,0	0,0	7,6	21,8	70,6

\* DCSi : Dépense Courante de Santé au sens international



## Comparaisons internationales de la dépense courante de santé et du reste à charge

Type de système	Dépense courante de santé au sens international (DCSi)		Reste à charge des ménages selon la fonction de la dépense de santé en 2019			
		En PPA en euros par habitant	En PPA santé en euros par habitant **	Quasi-CSBM	DCSi (ensemble des fonctions)	Soins de longue durée
Systèmes d'assurance maladie gérée par des caisses publiques	* Luxembourg	4,175	4,046	312	395	79
	* Allemagne	5,026	4,788	405	629	222
	* France	4,067	4,067	203	371	159
	* Slovaquie	1,688	1,486			
	* Belgique	4,209	4,130		754	5
	* Estonie	1,933	1,687			
	* Slovénie	2,547	2,158			
	* Lituanie	2,103	1,561			
Systèmes d'assurance maladie gérée par des assureurs privés	* Pays-Bas	4,425	4,049		461	76
	Suisse	5,504	3,898	951	1372	376
Systèmes nationaux de santé	Norvège	5,200	4,290	585	710	119
	* Suède	4,281	3,346	504	585	77
	* Danemark	4,223	4,478	496	590	94
	Royaume-Uni	3,470	3,368	334	543	181
	* Finlande	3,517	3,294	496	605	94
	* Irlande	3,919	3,374		453	109
	* Espagne	2,776	2,247	558	597	39

Le **reste à charge** des ménages affiche des disparités notables en Europe, mais il semble plus important dans les Systèmes nationaux de santé que dans les Systèmes d'assurance maladie.

Dans l'hexagone le RAC demeure moins élevé que dans d'autres Pays à l'économie comparable.



## ----- Le régime local d'Alsace-Moselle

### La preuve par l'exemple !

La Reichsversicherungsordnung ("réglementation impériale des assurances") de 1911 a institué une mutuelle complémentaire obligatoire, qui est à l'origine du régime local actuel.



Depuis 1995, le régime local d'assurance maladie est géré par un organisme autonome, l'instance régionale de gestion, dont le siège est à Strasbourg.

Le Régime Local est un régime obligatoire et complémentaire au régime général des salariés qui travaillent en Alsace Moselle.

Les conditions sont définies par les articles L325-1 et L242-13 du Code de la Sécurité Sociale (css).

### Quelques données

#### Population protégée

Au 1/1/2023, la population couverte par le Régime Local d'Alsace-Moselle représente un peu plus de 2 millions de bénéficiaires dont près de 1,6 million assurés (77%) et 474 000 ayants droit (23%).

#### Les dépenses

En 2022, les dépenses du Régime Local d'Alsace-Moselle se sont élevées à 494,5 millions d'euros, en augmentation de +4,2% par rapport à 2021.

En Alsace-Moselle, 65% des assurés du régime général sont bénéficiaires du Régime Local.

99% des charges servent à financer les dépenses de santé des assurés, qui s'élèvent en moyenne à 241€ par personne en 2022.

#### Les produits

En 2022, le Régime Local d'Alsace-Moselle a perçu des produits d'un montant de 517,5 millions d'euros, en baisse de -3,9% par rapport à 2021 dont :

72% proviennent des cotisations sur salaires et allocations chômage,

21% des cotisations sur retraites.

Le Régime Local Alsace-Moselle est financé par une cotisation de 1,3% prélevée sur les salaires, les revenus de remplacement et les pensions de retraite des bénéficiaires du Régime Local.

Il s'agit donc d'une cotisation supplémentaire uniquement financée par les salariés et non par l'employeur.



La cotisation est proportionnelle aux revenus des assurés, elle s'applique alors à la totalité du salaire des prestations retraite ou des allocations chômage. Ce fonctionnement permet de faire bénéficier une catégorie de la population dont les revenus sont plus modestes (tels que les chômeurs et les retraités à faible revenus) d'une couverture santé sans avoir à verser une cotisation.

En contrepartie de ces cotisations, le Régime Local rembourse une partie des dépenses de santé, en complément du régime général (soins de ville, hospitalisation, médicaments), dans la limite des tarifs de la sécurité sociale.

Ainsi, par exemple :

- les honoraires des médecins et dentistes sont remboursés à 90% (au lieu de 70% sans le régime local), de même que les honoraires des auxiliaires médicaux (au lieu de 60%),
- les frais de transports sont remboursés à 100% (au lieu de 65%)
- les frais de séjour hospitaliers sont remboursés à 100%, de même que le forfait journalier hospitalier de 20 euros par jour.

Que vous soyez seul ou que vous y affiliiez des bénéficiaires (conjoint-e et enfants), la cotisation n'augmente pas,

La cotisation n'augmente pas non plus avec l'âge, malgré les soins qui se veulent plus récurrents,

Les salariés qui se trouvent en situation de chômage, conservent leur droit,

Les bénéficiaires de l'assuré ne sont pas exclus lorsqu'une maladie survient, et le régime local ne limite pas la couverture santé pour assurer une bonne prise en charge.

Le régime local n'intervient pas au niveau des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail, d'accident du travail, ni de l'application du délai de carence.

Du fait de l'existence du régime local obligatoire de sécurité sociale, les mutuelles sont moins chères en Alsace-Moselle que dans le reste de l'Hexagone.

Pour plus d'information : <https://regime-local.fr/>

**Certains furieux jacobins, au prétexte d'une égalité républicaine dévoyée, combattent l'existence même du régime local d'Alsace-Moselle alors qu'il conviendrait plutôt de le généraliser tant il fait preuve de son efficacité et tant il est plébiscité par ses sociétaires.**



## Osakidetza, le service de santé basque

### Caractéristiques du système de santé publique basque



#### Osakidetza

Le système public de santé de la Communauté Autonome d'Euskadi (CAE) est composé de deux organismes : d'abord, le Département de Santé, qui est l'organisme de planification, de financement et de régulation de tous les aspects liés à la santé.

Deuxièmement, le **Service Basque de Santé - Osakidetza**, qui, bien que rattaché au premier et appartenant à l'État, possède sa propre personnalité juridique et la capacité de fournir des services de santé à travers les organismes de service public qui en dépendent.

### Quelques éléments de comparaisons

#### Population & PIB

En 2019, la population d'Euskadi s'établissait à 2 181 949 habitants, et le PIB basque atteignait 74,075 G€, soit un PIB par habitant de 33 949 €/hab.

#### Les dépenses de santé

Les dépenses courantes de santé au Pays basque se sont élevées à 7,042 milliards d'euros (G€) en 2019, selon les [données Eustat](#). Ces données du Compte de la santé sont calculées conformément à la méthodologie de l'OCDE publiée dans le Système des comptes de la santé - "SHA 2011".

Depuis 2010, la croissance du montant des dépenses des ménages ajoutées à l'assurance maladie volontaire est plus importante que celle correspondant à la somme des dépenses des administrations publiques et de l'assurance obligatoire ; ainsi, la contribution de cette dernière est passée de 74,3 % en 2010 à 68,9 % en 2019, tandis que la contribution des ménages et de l'assurance maladie volontaire a augmenté de 25,7 % en 2010 à 31,1 % en 2019.

#### Les financements

En ce qui concerne le type de financement, sur les 7,042 G€ de dépenses courantes en 2019, 4,849 G€ ont été prises en charge sur les budgets des administrations publiques et de l'assurance maladie obligatoire réunies, soit 5,2 % de plus qu'en 2018 ; et pour les 2 193 G€ restants par l'assurance maladie volontaire et le paiement direct par les ménages réunis, soit 3,5 % de plus que l'année précédente.

### Dépenses courantes de santé.

- DCSi (CHE) **7,042 G€ 3 227 €/hab**

Prise en charge

- Par le public 4,849 G€ 2 222 €/hab 68,86 %

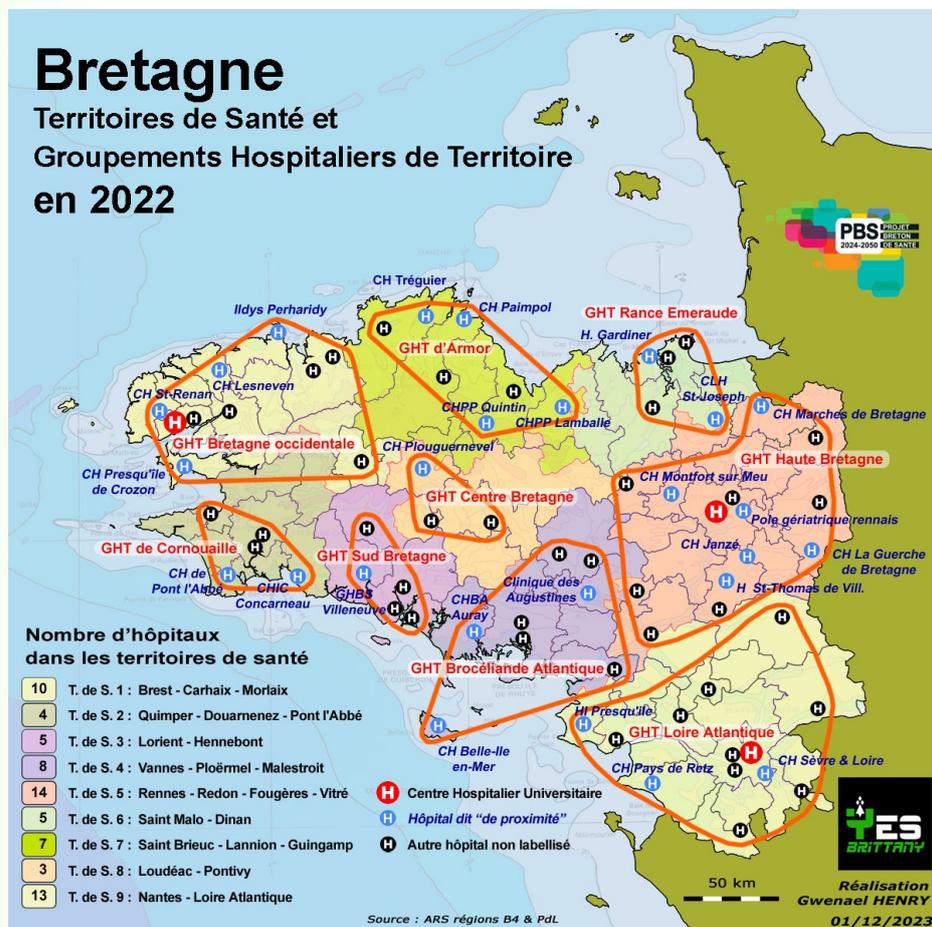
- Par le privé 2,193 G€ 1 005 €/hab 31,14 %



## B] \* L'organisation hospitalière en 2021

### Les Territoires de santé

Créés par l'ordonnance du 4 septembre 2003 les Territoires de santé sont les zones déclarées pertinentes de l'organisation des soins pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours.



### Les groupements hospitaliers de territoire (GHT)

Selon l'ARS, l'organisation de l'offre de soins hospitalière bretonne, construite autour de neuf GHT, vise à renforcer l'hôpital public au service de l'utilisateur. Elle favorise les coopérations entre les hôpitaux publics porteurs d'un projet médical partagé et permet ainsi :

- de proposer dans les territoires une offre de soins graduée et de qualité en disposant de ressources médicales partagées volontaires ;
- de renforcer l'efficacité du secteur hospitalier.



Le territoire de santé est sensé constituer l'unité géographique première pour le découpage des activités de soins dans leur ensemble. Il constitue à ce titre un outil de la politique d'organisation de l'offre de soins, et le premier acte de la démarche de régulation régionale du système de santé.

Les Conseils Territoriaux de Santé encouragent le développement d'une politique de proximité avec une vision intégrée de l'ensemble du champ de compétence de l'ARS auprès des acteurs de santé du territoire. Elles assurent un rôle général de veille sur le territoire de santé dans le champ d'action de l'ARS et accompagnent les projets innovants et expérimentaux en proximité.

Les Conseils Territoriaux de Santé sont les instances de concertation des territoires de santé. Ils contribuent à la mise en œuvre et à l'évolution du Projet Régional de Santé. Leur large ouverture aux acteurs de santé permet de rapprocher le centre de décision des acteurs de santé des territoires et en fait des instruments de la démocratie sanitaire.

**Sans forcément jeter le bébé avec l'eau du bain, et tenir compte des travaux déjà entrepris tout au long de ces dernières années, il faudra sûrement questionner ces affirmations et explorer de nouvelles pistes afin de proposer des alternatives documentées d'ici quelques années.**



## ----- Propositions de l'Institut Montaigne

Cette étude à le mérite d'exister et les données rassemblées par le cabinet d'études **Kanopy Med** sont d'une valeur certaine pour tenter de poser des diagnostics sur le fonctionnement et l'avenir de notre système de santé. Pour autant rien n'interdit de questionner les propositions formulées, de les améliorer ou d'en dégager d'autres car il ne s'agirait pas de les interpréter comme un catalogue de propositions libérales sans tenir compte de la dimension sociale attachée aux services de santé.

La vocation de l'hôpital n'est ni de "gagner de l'argent" pour d'éventuels actionnaires ni de devenir "rentable". Cependant une gestion rigoureuse mais efficace des moyens mis à disposition doit tenir compte des réalités du terrain que les données recueillies pour cette étude permettent d'appréhender finement.



[Cliquez sur l'image pour accéder à l'étude](#)

On ne peut évidemment que souscrire aux propositions avancées par l'Institut Montaigne car elle rejoignent notre volonté de mettre en place une véritable politique de santé au niveau breton :

- Une meilleure répartition des responsabilités et des champs d'action entre les échelles territoriales, au plus près des besoins des patients et des professionnels de santé, pour l'émergence d'un service public de santé territorial, s'appuyant sur des données pertinentes et actualisées.
- Une plus grande perméabilité entre les acteurs et les statuts, le sanitaire et le social, pour lever les freins et libérer les initiatives, les collaborations et les partenariats.
- Un pilotage organisé des innovations en santé et de ses acteurs économiques et scientifiques, pour rendre possible leur émergence, leur passage l'échelle, leur diffusion et in fine leur utilisation.
- Une meilleure prise en compte de la prévention et de la promotion de la santé, pour sortir du seul périmètre du soin et s'engager sur la voie de la santé globale au service des patients.
- La mise en place d'une vision de long terme et une meilleure structuration de notre filière de santé, pilotée par l'échelle nationale (**et pourquoi centraliser ?**), pour redonner au système de santé un horizon et une ambition durable et ainsi renouer avec son accessibilité, sa soutenabilité et sa souveraineté.



## L'offre de santé de proximité en tension !

**Le débat sur l'accès aux soins de proximité n'est pas clos, il reste toujours d'actualité.**

Dix ans après les “**Bonnets Rouges**” ; alors que les problèmes déclencheurs récurrents n'ont pas été réglés la mobilisation des usagers et les manifestations restent les seules options de “**négociation**” pour les populations des villes moyennes des espaces ruraux délaissés de se rappeler au bon souvenirs de l'administration.



Le 30 septembre 2023, entre 750 et 1 000 manifestants étaient à Quimper, devant la préfecture, pour soutenir l'hôpital de Carhaix. © Archives Thierry Creux, Ouest-France (cliquez sur l'image)

**Bretagne majeure estime donc** qu'il est impératif que la société bretonne se saisisse des termes du débat pour l'infléchir dans une direction opposée à celle engagée par l'Etat, selon de nouvelles orientations durables et budgétairement sécurisées pour délivrer une offre de santé de qualité aux bretons.

**Bretagne majeure propose** de réaliser un premier bilan des forces et des faiblesses caractérisant le secteur hospitalier en Bretagne, de déceler pour les traiter, les blocages et les restrictions budgétaires imposées par l'État, sans concertation avec les élus locaux, qui ne disposent d'aucun pouvoir de décision sur ces questions. A terme il sera indispensable de conserver sur place une part des recettes fiscales prélevées en Bretagne par l'État pour créer et gérer un réseau hospitalier public breton directement. C'est l'objectif qu'il convient de poursuivre.



## --- Les raisons d'organiser ce forum !

L'objectif de ce forum ne visait pas à présenter un système de santé public breton autonome qui reste à construire. Primo il faudra recenser localement les dysfonctionnements, puis chiffrer les coûts globaux induits. Secundo il conviendra d'informer le public sur l'existence de systèmes différents en Europe qui fonctionnent plus efficacement que le système actuel.

Ensuite seulement, l'élaboration d'un système breton pourra débuter.

### Une table-ronde pour prendre la mesure des problèmes

#### A - Etat du système hospitalier en Bretagne occidentale aujourd'hui !

##### Liste de questions non exhaustive adressées aux intervenants

- 1 - **en quoi** les logiques actuelles de concentration des services définies par l'ARS répondent-elles vraiment aux besoins des populations localement ?
- 2 - **où se trouve** désormais l'hôpital de proximité apte à répondre aux actes élémentaires et urgents ?
- 3 - **faut il réorganiser** l'offre de soins sur les aires d'attraction naturelles (INSEE 2010) des établissements de soins ?
- 4 - **quelle devrait être** l'étendue des catégories de soins à délivrer aux populations localement ?
- 5 - **peut on évaluer** le manque de professionnels de santé dans les hôpitaux pour atteindre ces nouveaux objectifs de soins à Guingamp et à Carhaix ?
- 6 - **convient il d'encadrer** et de quelle façon, l'installation de médecins sur le territoire pour délivrer un premier niveau de soins afin de soulager les établissements hospitaliers ?

*Les questions seront abordées dans cet ordre, jusqu'à épuisement du temps imparti (40 min.)*

#### B - Intermède : un régime de santé spécifique, c'est finançable

##### - Un plan santé breton d'urgence

- **Le potentiel fiscal en Bretagne** est il suffisant pour financer des services publics de qualité aux citoyens ? (*Présentation succincte des recettes fiscales sur le territoire de la Bretagne et évaluation du budget santé nécessaire pour la Bretagne*)

#### C - Le temps des solutions !

##### Sélection des questions à aborder

- 7 - **le protocole de nov 2023** : contexte de la négociation et résultats un an après
- 8 - **l'action des maires des côtes d'Armor** : exposé de l'action en cours et objectifs à court terme
- 9 - **les pistes pour de nouvelles actions** : recours aux médecins cubains, dévoluer la compétence santé à la région à la place de l'ARS, intégrer l'hôpital privé dans le système de garde et des urgences, autres actions à compléter ...

#### D - Conclusions !



## --- Le discours des élus nous conforte

Le 20e Congrès des Régions s'est tenu les mercredi 25 et jeudi 26 septembre 2024, à Strasbourg. Les présidents de Régions y ont exposé les attentes des élus à l'égard du pouvoir central.

**Le plus de décentralisation devrait concerner quelles politiques ?**

**Loig CHESNAY GIRARD**, Président du conseil régional de Bretagne :

“Les pouvoirs des élus locaux doivent être renforcés sur le logement, **la santé** et l'école. L'emploi, qui conditionne l'autonomie de la famille, sa sécurité avec la liberté de bien vivre avec son travail. L'aménagement de nos territoires, en planifiant les choses dans le temps, et le temps long. Les gouvernements changent tous les 18 mois. Si les règles nationales changent sans arrêt, ça ne peut pas marcher ! Le logement est un sujet sur lequel les élus locaux, des maires aux régions en passant par les départements qui font du social, doivent avoir de la visibilité. On sait que ce sont des politiques de 5, 6, 7 ans qui permettent de produire des choses”.

### **La Santé doit être traitée à hauteur de territoire. Pourquoi ?**

**Loig CHESNAY GIRARD**, Président du conseil régional de Bretagne :

“Supprimer le numerus clausus ne suffit pas. Il faut donner des moyens aux facs pour former les profs, les futurs médecins et l'ensemble du personnel soignant. Et il y a le sujet de l'aménagement de santé. **Ça ne peut pas être qu'un débat entre l'ARS (Agence régionale de santé), le ministre et chaque territoire.**

Il faut qu'on nous donne la possibilité de nous organiser et de travailler. Avoir un regard objectif sur ce que nous pourrions faire ou pas. Et puis, il faudra s'interroger sur le rôle de l'hôpital privé dans le système de garde et dans la solidarité pour les week-ends et la nuit. Pourquoi il y aurait des médecins qui assurent le service public de santé et d'autres qui ne garderaient que les activités lucratives ? Ce sujet mérite un débat.

Aujourd'hui, **deux euros seulement de dépenses publiques sur dix sont effectués par les collectivités locales. La part des régions n'est que de 50 centimes**, et c'est à nous qu'on donne des leçons ? Nous pourrions faire beaucoup mieux en transférant une partie de la décision à l'échelon local, notamment en termes d'efficacité de la dépense publique.

Toute dépense décidée par les collectivités sera mieux gérée que par l'État central. Il y a quelques années, l'État a repris la compétence aux Régions sur l'apprentissage, mais avec quel résultat ? Cinq milliards de déficit par an au lieu de zéro auparavant ... ”



## ----- Liste de liens

Accédez aux données, citations et extraits utilisés dans ce document

- Tableur récapitulatif, chacune des feuilles contient des parties de fichiers utiles et de nombreux liens vers les sources officielles

[www.yes-brittany.eu/pellgargan/04\\_yec'hed/2019\\_BZH\\_HEXA\\_Data\\_Goprou\\_ha\\_kargou-sokial.xls](http://www.yes-brittany.eu/pellgargan/04_yec'hed/2019_BZH_HEXA_Data_Goprou_ha_kargou-sokial.xls)

- Page 5 : prestations sociales dans les 27 pays de l'UE

[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_sha11\\_hchp/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_hchp/default/table?lang=en)

- Page 5 : vidéo de vulgarisation : “comprendre la Sécu”

[www.yes-brittany.eu/pellgargan/04\\_yec'hed/2023\\_comprendre-la-Secu.mp4](http://www.yes-brittany.eu/pellgargan/04_yec'hed/2023_comprendre-la-Secu.mp4)

- Page 6 : sondage Opinionway sur les services publics

[www.yes-brittany.eu/pellgargan/04\\_yec'hed/230421\\_Opinionway\\_palmares-services-publics.pdf](http://www.yes-brittany.eu/pellgargan/04_yec'hed/230421_Opinionway_palmares-services-publics.pdf)

- Page 7 : comparaisons européennes

[https://www.yes-brittany.eu/pellgargan/04\\_yec'hed/EU\\_henveladuriou.xls](https://www.yes-brittany.eu/pellgargan/04_yec'hed/EU_henveladuriou.xls)

- Page 10 : Cour des Comptes synthèse gouvernance (voir page 11)

<https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-11/20201118-synthese-gouvernance-finances-publiques.pdf>

- Page 12 : Rapport de l'Institut Montaigne

[www.yes-brittany.eu/pellgargan/04\\_yec'hed/2022\\_Inst-Montaigne\\_sante\\_pari-des-territoires.pdf](http://www.yes-brittany.eu/pellgargan/04_yec'hed/2022_Inst-Montaigne_sante_pari-des-territoires.pdf)

- Page 15 : Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale

[www.yes-brittany.eu/pellgargan/04\\_yec'hed/2022\\_PLACSS\\_An-x-1\\_REPSS-Maladie-Data.xlsx](http://www.yes-brittany.eu/pellgargan/04_yec'hed/2022_PLACSS_An-x-1_REPSS-Maladie-Data.xlsx)

- Page 17 : Le financement de la CSBM

[www.yes-brittany.eu/pellgargan/04\\_yec'hed/2019\\_financement-CSBM.xlsx](http://www.yes-brittany.eu/pellgargan/04_yec'hed/2019_financement-CSBM.xlsx)

- Page 21 : Le régime local d'Alsace et de Moselle

<https://regime-local.fr/>

- Page 22 : Health expenditure in the Basque Country in 2019

[https://en.eurostat.eus/elementos/ele0017600/ti\\_health-expenditure-in-the-basque-country-registered-47-growth-in-2019/not0017605\\_i.html](https://en.eurostat.eus/elementos/ele0017600/ti_health-expenditure-in-the-basque-country-registered-47-growth-in-2019/not0017605_i.html)

Un lien n'apparaît qu'une seule fois dans cette liste même s'il figure à plusieurs emplacements dans le texte..