LE PLAN MEDICO-HOSPITALIER

1 milliard 1/2 pour estomper l'un des points noirs de la Bretagne

OUR son premier déplacement provincial, Mme Simone Veil, Ministre de la Santé, était venue à Rennes le 24 septembre dernier afin d'examiner avec les Assemblées Régionales l'avant-projet de Plan Médico-hospitalier breton à partir duquel le Préfet de Région devra rédiger le document qui sera sounits au Ministre.

C'était la première fois que le Conseil Région de Bretagne recevait un membre du gouvernement, comme la CODER de Bretagne (commission de développement économique régional) en avait elle-même reçus, dont le Président de la République Charles de Gaulle.

Première évalement au sein de l'Etablissement Public régional, la présentation du rapport du Comité Economique et Social (CES) par son rapporteur loscoh Niol en séance plénière du Conseil Régional (CR) — Ce rapport avait été d'ailleurs rédigé après une réunion commune des commissions spécialisées des deux assemblées et le docteur Pierre Etienne du CR ne fit que reprendre quelques points pour y insister.

Cent participants mais pas d'étudiants

« Non je ne puis reprendre à mon compte les promesses de mon prédécesseur M. Michel Poniatousky, car je ne pourrai les tenir. Bien au'il soit en ausmentation de 22 % le budget santé n'est pas exceptionnel, il n'est pas ce que nous espérions.

Simone Veil parlait franchement. C'est en effet Michel Ponistowsky nommé Ministre de la Santé Publique et Sécurité Sociale le 6 avril 1973 uni avait décidé la mise en œuvre d'un Plan Médico-Hos. nitalier Breton - La Bretagne de 1972 était en hôpitaux publics au 12º rano des 22 régions avec 37 lits nour 10 000 habitants sl'indice national était alors de 41) et au 17º rang selon le taux de médicalisation avec 46 médecins généralistes pour 10 000 habitants (la movenne nationale étant de 54) - L'Equinement hospitalier devait donc faire l'obiet d'un plan comme pour les routes et le téléphone; il reste un des points noirs de la région.

Une grève des étudiants en médecine avait attiré l'attention de l'opinion publique sur cetre insuffisance du personnel médical. — Alors que l'introduction du rapport préfectoral rappelait cette grève, elle ne figurait pas dans les rapports des Assemblées presentés du Ministre. — Louis Le Pensec souligna ce regrettable oubli d'autant plus que le CES avait demandé que les étudiants soient associés à la préparation du Plan. Pierre Denis s'est même proposé avec sa commission pour prendre des contacts, car le Préfet avait interrogé: « d'accord pour qu'il y ait des étudiants, mais quels étudiants, désignés par qui, représentatifs de qui? ».

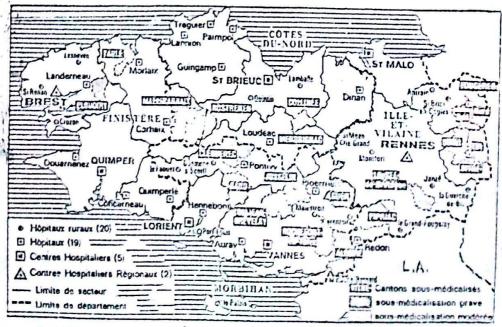
Revenons en 1973. — Une délégation conduite par Edouard Ollivro, président de la Commission Parlementaire du CELIB ((comité d'études et de liaison des 'intérêts bretons) était reçue par Michel Poniatowsky et soulignait les deux carences: la médiocre capacité d'accueil, la sous-médicalisation. — Le Ministre

devait lui-même vénir au mois de février 1974, se rendre compte sur place d'une situation « inadmissible et indigne de notre civilisation » selon ses propres termes.

Pour élaborer l'avant projet demandé par le Ministre, cinq groupes de travail furent constitués réunissant une centaine de personnes : élus et fonctionnaires, médecins, enseignants des Centres hospitaliers universitaires, usagers (caisses mutuelles...), directeurs d'hôpitaux, organismes de sécurité sociale, etc. Mais donc aucun étudiant en médecine. Ils tinrent au total treize réunions de juin 1973 à avril 1974, à une époque où le système de planification en matière d'équipements sanitaires se trouvait en pleine mutation pour assurer la mise en œuvre progressive des mesures d'application de la loi hospitalière de 1970.

En octobre 1973 également le Ministre de la Santé publique homologuait le plan de sectorisation transitoire préparé par l'administration régionale; 13 secteurs ont été définis pour les quatre départements de la région Bretagne.

Globalement, le coût du programme de rénovation de l'équipement hospitalier breton à l'horizon 1986 dépasse un milliard et demi de francs de travaux à réa-



Les treize secteurs sanitaires (d'après une carte publiée par « le Monde » le 25 septembre 1974)

liser en 12 ans, soit en moyenne 125 millions par an. — Le rapport préfectural propose trois tranches égales de 500 millions; la première serait exécutée dans les deux ou trois premières années, la deuxième dans les trois ou quatre années suivantes, enfin la detnière tranche au cours des cinq ou six années restantes pour respecter le bail.

Ainsi, la réalisation du Plan Médico-Hospitalier deviait permettre d'amener en quelques années la Bretagne au niveau de la moyenne nationale. — L'avant-projet constitue déjà la documentation de base des groupes inter-hospitaliers de secteurs mis en place ainsi que de la Commission Régionale de l'Equipement Sanitaire, constituée par arrêté préfectoral du 21 décembre 1973, et qui se réunira quand les groupes auront présenté le résultat de leurs travaux.

Mais le rapporteur du CES souligna « les lourdes conséquences de la réduction de 40 à 20 % du montant de la subvention d'Etat en 1974, qu'est venu accroître le poids de l'emprunt à rembourser »; il lui apparaît indispensable « d'introduire dans la planification bospitalière la notion de programmation pluriannuelle » — « En francs constants » insista Yvon Bourges.

Des statistiques faussées par l'alcoolisme

Au début de l'année 1972 pour l'ensemble des secteurs publics et privés (Yvon Bourges et Michel Cointat insistèrent sur l'intérêt de ce secteur privé), l'indice lit / population était de 52 pour 10 000; la movenne française était de 60, la Bretagne se trouvait au 15° rang des 22 régions. — Le secteur public offrait 10 808 lits et le privé 6 534 lits. Rien que pour les trois disciplines de base médecine, chirurgie, obstétrique, le déficit serait de 1517 lits en 1978 et 2744 lits en 1986.

Ce sont ces chiffres qui servent de référence à l'avant-projet de Plan. — Ils ont évidemment besoin d'être précisés et modulés selon les secteurs — Le Ministre elle-même a reconnu « le caractère artificie! des normes du Ministère s'agissant par exemple du rapport lit / population », tout en les acceptant comme d'indispensables indicateurs.

Le rapporteur localisait le déficit essentiellement sur Rennes, Brest-Landerneau, Lorient-Hennebont, Quimper-Douarnenez.

« Il y a lit et lit, insista Henri Bénard, les uns sont hyperactifs avec des malades aigus, d'autres ne sont occupés que por des convalescents ». — Pour le couriséjout, avec 44 lits pour 10 000 habitants, la Bretagne de 1972 n'était pas très loin d'avoir déjà rattrapé la movenne nationale 46, mais commentait le rapportent, « il faut noter que la part prise par les maladies dont l'alcoolisme a été le motif d'hospitalisation, fausse totalement les statistiques des lits réservés aux patients ordinaires ».

L'alcoolisme aliait revenir à plusieurs reprises. La Bretagne, avec particulièrement les trois départements Ouest, forme la seule tâche noire sur la carte française de la mortalité par alcoolisme, plus de 20 morts par 100 000 habitants. C'est aussi l'une des raisons essentielles des besoins en lits psychiatriques, plus de 40 % des admissions! Pierre Bernard voulut reiter ce travers breton à des causes économiques comme la cherté des jus de fruits, et à des causes culturelles entrainant conflits et suicides. Hervé Laudrin bondit « cela ne m'a jamais donné soif de parier français! Ne croyez pas aux conflits nés d'une soi-disant occupation française! ».

Les commissions en tout cas déduisaient ou une chaire spécialisée dans l'étude de l'alcoolisme et dans les méthodes de prophylaxie devrait être créée dans les universités bretonnes.

Ne pas aggraver le vide médical des campagnes

Si la construction de nouveaux équipements est indispensable, (Michel Cointat suggéra de bâtir plus légers : « nous sommes pénalisés d'avoir des bâtiments conçus il y e 200 ans !». Et ajouta Henri Benard « un bopital neul est moins dispendieux qu'une rénovation), une meilleure utilisation des équipements existants peut donc elle aussi améliorer les services rendus : diminution des durées de séjour des malades, automatisation, rationalisation des examens de laboratoires, rentabilisation du matériel technique disponible - « Ces améliorations. a souligné le Ministre, auraient pour avantage d'éviter de construire des lits en trop grand nombre d'autant que la tendance est à l'ouversure de plus en plus grande de l'hôpital sur le monde extéricur, notamment par le recours à l'bospitalisation à domicile ».

«Cette bospitalisation à domicile n'estconcevable qu'en ville, nota Henri Benard: l'hospitalisation de jour, donc sans lit, comme cela se pratique dans vertains bôpitaux psychiatriques, est aussi une bonne formule; mais les bôpitaux ruraux restent indispensables et surtout un meilleur maillage de médecins praticiens dans les campagnes!»

Le Ministre avait trouvé bon écho de son estimation de 300 à 500 lus comme taille optimale d'un hopital restant à à échellie humaine mais elle suscita des reactions immédiates en parlant d'une population minimaie de l'ordre de plusieurs dizaines de milliers de personnes pour justifier un honital - « C'est un chilfre excessii » reproche Hervé Lau-drin. — Paul Inue' demanda pluter « un remodelage de la carte santtaire pour tenir comple des besoins de la bretagne intérieure ». - Pierre Etienne avait déclaré « indispensable les vopitaix ruraux pour ne pas aggraver le vide médical de nos campagnes . - A son tour Alphonse Menand en fit un plaidoyer . « il faudrait avec le chiffre de population teur comple surtout des distances » - Le Ministre en convint. « l'Hopital rural doit rester proche de le population, être une antenne équipee de plateaux teconiques nécessairement lumités ».

Elle avait aussi sollicité l'avis de l'assemblée face aux hospices ou plus exactement des maisons pour personnes âgées parmi lesquelles il importe de distinguer celles qui sont valides et les autres. — Pierre Marzin parla de l'exemple de Lannion « le problème est de transformer les hópitaux-hospices en hópitaux de gériétrie ». — Et Charles Josselin souligna l'importance des équipements à prevoit pour les personnes âgées.

Si l'hôpital rural est au bas de la hiérarchie, d'autres équipements s'imposent à l'échelon régional; c'est à ce niveau qu'Yves Le Foll demanda de prévoir le relais « du projet abandonné d'un établissement privé d'hémodialisme dans les Côtes du Nord». De même dit le rapporteur il faut augmenter « comme cela est prévu les installations de dialyse rénale et les équipements de la lutte contre le cancer ».

Selon le Préfet le problème d'un nouveau centre anti-cancéreux à Rennes sera réglé avant le 1st janvier prochain; il sera soit près de l'Hôpital sud de la ville. soit d'ici trois ou quatre ans dans la première tranche du futur Hôpital nord. — Henri Fréville avait posé au Ministre « une question indiscrète : quel est le rôle des hôpitaux anti-cancéreux dans la gamme des bópitaux généraux et peut-on les appeler publics, alors qu'ils n'ont pas un statut public ? ». — Si le Ministre confirma que les travaux commenceraine en 1975 avec également un « Service des urgences » à Rennes et un aussi à Lorient, elle resta plus évasive sur le statut. « les médecins eux-mêmes sont partagés; le Centre anti-cancéreux sera sans doute intégré au Centre hospitalier universitaire ».

Le CHU de Brest lui, devra attendre 1976 car le projet à l'étude n'est pes encore achevé. Par contre des cette année à Brest seront lancés un Centre dentaire et un Centre de translusion sanguine. Pour Brest et Rennes, l'ienri Freville insista encore sur les Unités de recherche et pour Rennes sur ce Bloc de la mère et de l'enfant une idée du professeur Robert Debré selon l'application de systèmes russes et rehécoslovaques.

Des médecins qui font plus de taxi que de médecins

Un plan médico-hospitalier ne s'intéresse pas qu'aux équipements matériels et large place doit être faite à la médicalisation, c'est-à-dire aux médecins et au personnel hospitalier.

Avec 2 576 décès par an pour 100 000 habitants, la Bretagne occupe, du point de vue de la mortalité générale, le second rang après l'Alsace, la moyenne nationale étant de 2 125. Les facteurs d'apgravation des décès sont l'alcoolisme, les affections respiratoires et les morts violentes.

La densité médicale est au contraire (cf. supra) inférieure à la moyenne nationale; dix cantons sont sous-médicalisés de façon modèree, sept de façon prace, plus de 3 000 habitants par médican peneraliste! (voir la carte établie d'après

les résultats d'une coquète du professeur

Des explications ont été données, comme l'indigence de la médecine préventive (en matière d'alcoolisme notamment), mais les médecins eux-mêmes n'ont pas été tendres pour leurs jeunes confrères : « Il y a une baisse du sens du travail ; de la disponibilité, donc un rejus du cabinet de campagne » analysa Flenti Benard, appuyé par Alphonse Menand et Ferdinand Thomas qui ajouta : « les départements et les communes se sont désintéressés de la santé, il faut faire notre mea culpa autant qu'accuser le pouvoir central ».

Toutefois, le « numerus clausus » fut avancé comme une erreur fondamentale; il risque, d'après le rapporteur, « d'aggraver encore la sous-médicalisation, s'il reste calculé non en fonction des besoins de la population mais des possibilités d'installation de stagiaires dans les C.H.D. ... Primitivement calculé à 183, le nombre d'ésudients passant de la première à la deuxième année a été fixé à 217. Il n'en reste pas moins que ce chiffre ne représente qu'un pourcentage de 26 % de reçus, alors que la movenne nationale est de 52 % ». Louis Le Roux plus pessimiste traduisit : « Il v a 700 étudiants en première année à Brest, cent seulement seront retenus !. ».

Le Ministre reconnut la gravité de la situation: « il ne faut pas être trop sévère vis-à-vis des jeunes, mais les inciter à s'installer dans des régions rurales. Il paraîtra bientôt un décret sur les Sociétés civiles de médecins, la médecine de groupe peut-être une bonne formule dans les cantons sous-médicalisés comme ailleurs ». Ferdinand Thomas ne lui voit pas que des avantages « si la médecine de groupe est bonne pour le médecin, elle n'est pas toujours appréciée par le client; or la confiance, l'atmosphère « morale » est capitale pour la santé ».

Il reconnut pat ailleurs le handicap des distences : « trop souvent la médecin fait plus de taxi que de médecine! Malgré tout il faut reconnaître les qualités des médecins généralistes qui sont considérés comme des « trieurs » de cas ».

Le rapporteur avait mis encore le doigi sur d'autres causes de sous-médicalisation: « la féminisation de la projession fait que les beures disponibles par médecin baissent de un tiers pour les médecins féminins. D'autre part le désir des praticiens de réduire leur durée hebdomadaire de travail qui est de 52 heures environ, fait que le numerus clausus de 217 ne permettra pas d'assurer en 1977 la densité médicale suffisante».

Le marché noir des infirmières

Dans le programme d'action pour la médicalisation, l'avant-projet du Plan prévoit bien d'accroître le nombre de médecins mais aussi les effectifs des personnels de soin. Actuellement existent 11 écoles d'infirmières avec 1160 élèves. Une école de cadres infirmiers destinée aux futures surveillantes de services hos-

pitaliers et monitrices des écoles d'infismières a ouvert en octobre dernier à Rennes. A Brest doit être créé un Institut comportant une deuxième école de sagejemmes et une deuxième école de puéricultrices.

Côté infirmières encore trois nouvelles écoles ouvrent à Concarneau, Auray et Redon. Le rapport des assemblées insiste pour que les crédits nécessaires aux extensions des écoles de Saint-Brieuc, Saint-Malo, Fougères et Morlaix, demandés en 1974, soient tous accordés en 1975. Le Ministre a donné son assurance.

« Des infirmières oui, lança Michel Cointat, mais il est temps de mettre fin au marché noir que constitue le rachat des bourses». Madame Simone Veil répondit de façon très directe : « c'est prai, il existe un rachat des bourses comme il en existe pour les polytechniciens! Ce n'est pas si mauvais, je serais même d'avis de léguliser cette pratique, cette possibilité en somme de changer d'hôpital. Ce qu'il faut assurer aux infirmières, ce sont de meilleurs salaires et de meilleures conditions de travail». De son côté, Henti Fréville insista pour que soit revu le système des bourses accordées aux étudiants du secteur para-médical.

Des « assistés » aux malades

Telles sont les préoccupations exprimées par les assemblées régionales face à l'avant-projet du Plan médico-hospitalier breton, qui est également soumis aux quatre conseils généraux. « L'essentiel en tout cela, souligna Y ves Le Foll, c'est d'être sûr que le plan sera réalisé dans des délais normaux, mais la planification en France n'a pas beaucoup de sens! ». «Un milliard e: demi, interrogea Louis Le Roux, cela représente combien de trapaux en tenant compte des montants des subventions? »

D'autre voix s'élevèrent en ce même sens : « plutó! que sur un nombre de francs, à la valeur éphémère, nous aimerions mieux voir le gouvernement s'engager sur un nombre d'hópitaux, un nombre de lits... ».

Madame Simone Veil comprit bien cela, mais elle ne voulut par engendrer de faux espoirs et refusa de s'engager plus loin qu'elle n'avait possibilité de le faire. « La déconcentration des crédits au niveau des régions est en cours, avec les indispensables limites de l'intégration des objectils régionaux dans une politique notionale Dans ce cadre toutefois il faut encore développer la politique de concertation avec les régions ». Le Plan breton, lui, n'aura pas été préparé sans une concertation « en direct ».

Une page d'histoire en tout cas est bien tournée; autrefois ouvert pour les plus défavorisés, les « assistés », l'hôpital est devenu un centre de soins hautement, spécalisés, quelquefois même de soins sophistiqués, qui a vocation à soigner tous les mulades quelle que soit leur catégorie sociale.

RAYMOND LETERTRE.