



GRAND DOLE

Communauté d'agglomération

Place de l'Europe
BP 458 - 39109 DOLE CEDEX
Tel 03.84.79.78.40
Fax 03.84.79.78.43
info@grand-dole.fr
www.grand-dole.fr

Conseil Communautaire
19 juin 2018
Dole - 17 h 30

COMPTE RENDU

Nombre de conseillers en exercice : 84
Nombre de délégués titulaires ou suppléants présents : 51
Nombre de procurations : 18
Nombre de votants : 69
Date de la convocation : 13 juin 2018
Date de publication : 27 juin 2018

Délégués présents (titulaires et éventuellement suppléants) : D. Bernardin, B. Guerrin, B. Chevaux, J.-C. Robert, R. Pouthier suppléé par M. Myotte-Duquet, B. Negrello suppléé par C. Bardoux, G. Fumey, O. Meugin, D. Michaud, P. Blanchet, R. Foret, J.-C. Lab, G. Chauchefoin, C. Crétet, M. Giniès, F. Barthoulot, C. Bourgeois-République, S. Champanhet, C. Demortier, F. Dray, T. Druet, J.-P. Fichère, J.-B. Gagnoux, I. Girod, A. Hamdaoui, N. Jeannet, P. Jobez, J.-P. Lefèvre, I. Mangin, S. Marchand, J. Péchinot, E. Schlegel, JM Sermier, F. Macard, L. Bernier, G. Jeannerod, J. Thurel, M. Henry, P. Jacquot, J. Dayet, D. Troncin, M. Jacquot suppléé par J.-S. Bernoux, D. Baudard, G. Fernoux-Coutenet, J. Regard, C. François, G. Coutrot suppléé par G. Ginet, J.-M. Daubigny, C. Hanrard, P. Tournier, M. Hoffmann.

Délégués absents ayant donné procuration : J.-L. Bouchard à J.-P. Fichère, G. Soldavini à J. Dayet, A. Albertini à M. Giniès, M. Berthaud à N. Jeannet, J.-P. Cuinet à J.-M. Sermier, I. Delaine à E. Schlegel, D. Germond à J.-B. Gagnoux, J. Gruet à F. Dray, S. Hédin à L. Bernier, P. Jaboviste à I. Mangin, S. Kayi à J.-P. Lefèvre, C. Nonnotte-Bouton à J. Péchinot, P. Roche à S. Marchand, I. Voutquenne à C. Demortier, J.-L. Croiserat à F. Macard, F. David à C. Bourgeois-République, M. Boué à J.-M. Daubigny, J. Drouhain à C. Hanrard.

Délégués absents non suppléés et non représentés : J.-M. Mignot, P. Verne, JC Wambst, H. Prat, S. Calinon, J. Lombard, A. Diebolt, A. Courderot, D. Chevalier, D. Pernin, C. Mathez, E. Saget, V. Chevriaut, R. Curly, J. Lagnien.

Secrétaire de séance : Monsieur Daniel BERNARDIN.

M. le Président : [...] Le Projet Régional de Santé (PRS) est sorti à peu près depuis deux mois. Vous avez dû recevoir le lien pour pouvoir le consulter autant que faire se peut. Je crois qu'il fait 600 ou 700 pages. Ce n'est donc pas facile, je ne peux pas en donner lecture ce soir.

Je voudrais ajouter une précision, car vous allez certainement m'interpeller sur ce sujet. L'ARS (Association Régional de Santé) a sollicité l'ensemble des collectivités, donc l'ensemble de vos mairies respectives, pour demander un avis qui devait remonter avant le 6 mai dernier. Nous sommes un peu hors délais, mais compte tenu du fonctionnement de l'ARS et du Plan Régional de Santé, je pense que le vœu que nous pourrions exprimer à l'issue de cette séance pourrait être pris en charge, sachant que je crains qu'il n'y ait pas de surprise fondamentale sur le plan juridique, sur le plan de l'appréciation que nous pouvons avoir. Laissons les débats s'ouvrir.

Je vous propose de donner tout de suite la parole à Pascal JOBEZ. Je lui ai demandé de nous faire un résumé très succinct, qu'il nous donne les orientations et les caractéristiques de ce Projet Régional de Santé. Nous demanderons ensuite à Sylvain GIBEY de nous parler un peu plus des conséquences de ce PRS sur l'hôpital, souci majeur des élus de ce territoire. Je ne serai pas plus

long. Je vous rappelle que nous avons jusqu'à 18 heures 20 ou 18 heures 25 pour cette séance. Je donne donc tout de suite la parole à Pascal JOBEZ.

Pascal JOBEZ : Merci, Monsieur le Président. Merci, Jean-Pascal. Bienvenue à vous tous pour à nouveau évoquer ces questions du Programme Régional de Santé, qui ont déjà été copieusement débattues dans notre région. Je pense qu'ici, c'est peut-être une des dernières assemblées où l'on débat sur le sujet. Je serai assez rapide. Ce document est très conséquent. Vous l'avez vu, si vous l'avez un peu parcouru rapidement. Évidemment, il comporte beaucoup de tableaux, beaucoup de choses. J'essaierai de vous donner un plan de ce PRS pour que nous nous y retrouvions dans les débats. De plus, je ne sais pas sur quels points vous souhaitez aborder le sujet, quels éléments sont importants à débattre pour vous.

Tout d'abord, permettez-moi de faire un petit préambule sur l'historique du Programme Régional de Santé pour situer ce travail. Les PRS sont nés d'une expérimentation en 1994, par la Direction Générale de la Santé, l'École Nationale de Santé Publique, et trois régions volontaires ont commencé à travailler sur ce plan :

- l'Alsace pour le cancer ;
- l'Auvergne pour la périnatalité ;
- les Pays-de-Loire pour les conduites d'alcoolisation à risque.

Ces thématiques étaient issues à l'époque des SROS (Schémas Régionaux d'Organisation des Soins). Tout cela s'est étendu. En 1995, nous avons commencé à voir l'amorce d'un débat public sur les questions de santé. En 1996, la notion de programme pluriannuel apparaît, et 14 projets régionaux de santé voient le jour à cette époque. C'est par le décret du 17 avril 1997 que naît le concept de Projet Régional de Santé. À la fin de l'année 1997, il y a 44 PRS et à la fin de l'année 1999, il y a 73 PRS dans 26 régions. Je passe sur tout cet historique, mais je voulais situer le démarrage. Un PRS 1 s'est achevé. Nous parlons ici du PRS 2^{ème} version prévu pour cinq ans, de 2018 à 2022.

Quelle est la définition de ce programme régional ? C'est un ensemble de priorités que l'Agence Régionale de Santé met en œuvre avec ses partenaires pour :

- tenter d'améliorer l'état de santé des habitants de la région,
- favoriser leur accès à la santé,
- lutter contre les inégalités sociales et territoriales.

Une grande partie de ces priorités est donc préventive. Le programme régional comprend trois volets. Le premier volet n'est pas très conséquent et concerne le COS (Cadre d'Orientation Stratégique) qui détermine les priorités de la politique régionale. Ensuite, vous avez un document plus conséquent concernant le Schéma Régional de Santé, qui prévoit conséquemment les actions qui seront menées pour répondre aux besoins de la population. Il y a également le PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins) pour les personnes les plus démunies. Il y a un autre élément que je ne fais que citer, et dont je ne parlerai pas : la coopération transfrontalière Bourgogne-Franche-Comté avec la Suisse.

Comment ce PRS est-il mis au point ? Il est élaboré en concertation avec des acteurs de santé de la Région. Ce n'est pas l'ARS seule qui a réalisé ce document. Il prend en compte différents éléments notamment :

- les besoins de la population et des territoires,
- la politique nationale de santé, bien sûr, qui donne un peu la ligne de conduite,
- la sécurité,
- la qualité des prises en charge,
- la maîtrise des dépenses de santé.

Au bout de cinq ans, ce PRS sera évalué pour s'adapter aux évolutions des pratiques et des besoins. Au cours de l'élaboration du PRS, chaque étape d'élaboration a fait l'objet d'une concertation importante auprès, d'une part, des huit conseils territoriaux de santé et d'autre part, de certains nombres d'instances qui sont :

- la Conférence Régionale de Santé d'Autonomie (CRSA),
- le Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA),
- la Préfète de Région,
- les collectivités territoriales.

Ce PRS est une feuille de route qui est soumise pour avis à tous les acteurs régionaux. Il est donc prévu trois mois pour rendre avis sur ce PRS à compter du 5 février dernier. Voilà pour la définition du PRS.

Quelle est la forme de ce PRS ? Comme je l'ai déjà dit, il y a cinq documents principaux :

- le diagnostic régional, document élaboré à la suite des travaux de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) sur toute la région Bourgogne-Franche-Comté,
- le Cadre d'Orientation Stratégique, qui détermine les objectifs généraux et qui nomme les résultats que nous pouvons attendre dans les cinq à dix ans,
- le Schéma Régional de Santé qui détermine les prévisions et les objectifs opérationnels à cinq ans,
- le PRAPS pour les plus défavorisés,
- ce fameux volet de coopération avec la Suisse.

Concernant le fond, sur la base de ce diagnostic régional, le Projet Régional de Santé définit cinq défis majeurs :

- le vieillissement de la population,
- le développement des maladies chroniques,
- la psychiatrie et la santé mentale,
- la démographie déficitaire des professionnelles de santé,
- l'environnement.

À partir de ces cinq défis majeurs naissent cinq orientations régionales qui sont les objectifs opérationnels déclinés par :

- l'autonomie,
- la prévention,
- l'offre de soin de proximité,
- la performance et la qualité du système de soin, de santé et l'innovation,
- la démocratie en santé.

Ces orientations sont déclinées en parcours, et c'est une notion un peu particulière et certainement un peu nouvelle, même si elle a déjà des racines importantes. Il faut donc lire ces documents avec cette définition des parcours de soins et des parcours de santé. Nous allons retrouver partout cette notion, car maintenant, il n'est plus question de considérer un lit à l'hôpital, un patient dans un cabinet de médecin généraliste, un établissement médico-social, etc. Nous allons suivre le patient dans un parcours, et tout le programme est décliné sous une forme qui a l'allure d'un parcours. Ce parcours permettra dans les territoires d'améliorer la coordination entre l'ensemble des acteurs de l'ambulatoire, de l'hôpital, des soignants, des secteurs sociaux et médico-sociaux. En tout cas, l'ARS l'espère. Cette notion est extrêmement importante au travers de ces documents.

Ces orientations sont reprises de façon très opérationnelle dans le Schéma Régional de Santé. C'est le plus gros document, il fixe les objectifs et les résultats en espérant que ces chantiers, qui doivent être menés, le seront en partenariat et en dialogue étroit avec l'ensemble des parties prenantes. Évidemment, quand on lit tout cela, on imagine mal que cela puisse se développer s'il n'y a pas un partenariat étroit avec tous les acteurs.

Pour en terminer, ce Schéma Régional de Santé comporte 60 fiches thématiques regroupées en 7 parties. Ces fiches thématiques reprennent les orientations que j'ai énoncées au début. Je vous cite un exemple pour illustrer peut-être le document. Par exemple, nous pouvons prendre le parcours des maladies cardio-vasculaires. Quand vous lisez cette fiche, qui est très intéressante, qui rappelle un peu ce qu'est cette maladie, la mortalité en Bourgogne-Franche-Comté, le nombre de malades, les hospitalisations, on note d'ailleurs au passage que ces dernières sont chez nous moins importantes qu'au niveau national.

Dans ces fiches sont identifiés des points de rupture. Par exemple, on pointe :

- le manque de prévention : évidemment, moins on prévient la maladie cardio-vasculaire, plus on se retrouvera à l'hôpital,
- les difficultés d'accès à une prise en charge adaptée, que ce soit en ambulatoire ou en structure de soins,
- le défaut de coordination entre les acteurs de santé dans la prise en charge,
- la sortie mal anticipée des services de courts séjours,
- le manque de coordination entre les différents professionnels de santé qui vont recueillir le patient à sa sortie.

Suite à cela, la fiche thématique va fixer des objectifs généraux pour essayer d'améliorer le déroulement du parcours du patient qui est un patient cardio-vasculaire, depuis le début où il est malade, même avant si nous nous plaçons sur le plan préventif, jusqu'à sa sortie éventuelle de l'hôpital pour une rééducation ou pour un retour à domicile.

Voilà donc comment se décline de façon très résumée ce PRS. Pour ce qui est de mon avis personnel, quand on lit ce document, je dirais que c'est un régal, parce que c'est un ensemble de mesures très pertinentes sur la prise en charge de la santé de notre population. Je pense que le diagnostic territorial est assez bien fait. Il est très précis, très fourni. On peut s'y référer pour savoir combien il y a de personnes atteintes de telle ou telle maladie, etc. En revanche il est décevant de ne pas trouver certains éléments.

Contrairement à ce que nous avons en mains, par exemple à Dole pour le contrat local de santé, nous avons un ensemble d'une vingtaine de fiches. Chaque fiche faisait à peu près la même chose, elle déclinait les actions et les objectifs à atteindre. A la fin, j'appréciais de lire la proposition de budget alloué à cette action proposée. Quand on lit tout cela, et que l'on imagine dans les cinq prochaines années, que le patient ne puisse plus tellement recourir à l'hôpital – et je laisserai mon confrère Sylvain en parler plus en détail – et initier un parcours de soins qui va se faire entre les soignants de ville ou de ruralité, s'il y en a, parce que lorsqu'on lit tous les moyens proposés, il faut tout de même avoir une logistique qui fonctionne à tous les niveaux, cela demande un travail d'élaboration, de coordination, de concertation entre tous les acteurs absolument considérable.

Bien entendu, il n'a rien à voir avec la facilité actuelle de dire « *mon voisin fait un infarctus, je l'envoie aux urgences. les urgences le mettent ensuite après traitement, en séjour de réadaptation. Il rentre chez lui. Dès qu'il arrive quelque chose, on le renvoie à l'hôpital* », ce qui était le circuit habituel, en caricaturant un peu. Désormais, il faudra que le patient fasse un véritable parcours qui aura une autre base. En lisant bien en détail, on comprend un peu mieux tous les piliers. Je ne vais pas citer tous les items, parce qu'il y en a énormément. Ils sont extrêmement nombreux. Vous avez, par exemple, le Prado cardiologie qui sera destiné à accueillir le patient chez lui quand il sortira de l'hôpital.

Je ne m'étends pas plus. Je pense que j'ai été très bref, mais j'ai au moins planté le décor du sujet.

M. le Président : Merci, Pascal. Avant de passer la parole à la salle, je vais demander à Sylvain GIBEY de faire une présentation des conséquences de ce Projet Régional de Santé sur notre hôpital.

Sylvain GIBEY : Merci, Monsieur le Président. Tout d'abord, merci de m'avoir invité. Quand j'ai eu la chance d'être élu, je l'ai été à l'unanimité. Je ne sais pas si d'autres dans la salle ont eu cette chance. Cela ne sera peut-être pas de nouveau le cas la prochaine fois, mais nous verrons.

Pascal JOBEZ vous a parfaitement tracé la problématique centrale du PRS, qui est de remettre le patient au milieu du parcours de soin. Les accréditations à l'hôpital qui sont actuellement la norme de contrôle de l'ASH (Agent des Services Hospitaliers) sur les établissements de santé ont la même démarche. Maintenant, nous n'avons plus de briques de système s'imposant au patient. Toutefois, le parcours du patient doit être le thème général de la prise en charge. Cela vous paraît peut-être évident, mais pour ce qui est de la politique hospitalière de santé en France, cela a été assez novateur.

Le Schéma Régional de Santé, comme vous l'a présenté le Docteur JOBEZ, a des déclinaisons dans chaque région, chaque ville et pour chaque établissement de santé. Je vais essayer en quelques mots, ou quelques *slides* que nous n'avons pas, la technologie faisant que nous n'arrivons pas à les récupérer, de vous présenter les impacts pour le bassin dolois, mais surtout pour l'hôpital, parce que je ne me permettrais pas ou peu de parler des autres amis du bassin.

Vous savez que le Projet Régional de Santé a une publication d'arrêté prévue au mois de juin 2018.

Ce Schéma Régional de Santé sera valable pendant cinq ans. Comme vous l'a dit Pascal, il va se substituer à toutes les anciennes entités qui régissaient la santé. Une concertation institutionnelle, notamment, a eu lieu avec la CRSA qui, le 26 avril dernier, a émis un avis favorable. Elle a tout de même fait part de son inquiétude, parce qu'en termes des objectifs affichés, notamment sur les implantations et les désimplantations de services de soins, la présentation montrait trop une variante entre des fourchettes hautes et des fourchettes basses. Il n'y avait pas d'autres subtilités que cela.

Pour ce qui est de l'hôpital de Dole, l'élément de base ne change pas, à savoir les implantations de médecine. L'autorisation de médecine n'est pas remise en cause. Son renouvellement est prévu pour 2019-2020. Vous savez que nous n'avons pas une autorisation par l'ARS pour une discipline particulière, mais nous avons une autorisation de médecine en général. D'éventuelles transformations à l'activité SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) semblent hypothétiques. Pour moi, elles me semblent assez exclues, notamment de l'ensemble du champ de l'hôpital, puisque dans cette discipline, les implantations n'augmentent pas. On n'imagine mal que l'on transforme l'intégralité du court séjour de médecine en SSR.

Il y a des interrogations sur la pertinence des hospitalisations de jour (HDJ) systématiques pour toutes les disciplines. Une réorganisation sera probablement faite. Par contre, le volume des implantations par territoire est mal précisé. Nous sommes surtout sur des fourchettes hautes qui sont l'actuelle, et la fourchette basse concernant des suppressions. Il n'y a pas de « progression » de l'offre de soins en quantité.

Pour l'obstétrique, *a priori*, il n'y a pas de raison que les choses changent. Le renouvellement est prévu en 2019, et les restructurations envisagées ne concernent pas un hôpital comme le nôtre, qui a un volume d'activités largement supérieur au seuil évoqué dans certaines maternités. Pour la chirurgie, la donne est légèrement différente. Il y a une réaffirmation d'une priorité forte sur la chirurgie ambulatoire. Le Schéma Régional de Santé prévoit des suppressions d'implantations et des réorganisations des implantations quand une structure fait moins de 1 500 interventions. Je vous en ai cité quelques-unes. Decize ne vous dit peut-être pas grand-chose, mais Saint-Claude et la clinique du Jura à Lons-le-Saunier vous en évoqueront un peu plus.

De plus, des évolutions sont prévues sur des sites dits « fragiles » : 1 500 à 2 500 interventions. Nous sommes dans le cadre notamment de Semur-en-Auxois. Pour ce qui est du GHT (Groupement Hospitalier de Territoire) Centre-Franche-Comté, il est écrit noir sur blanc que l'on maintenait au maximum le nombre d'implantations. Clairement, nous n'imaginons pas que l'ARS supprime une autorisation à la polyclinique de Franche-Comté à Besançon ou à Saint-Vincent. Nous imaginons mal qu'elle supprime le plateau technique de Pontarlier, puisque c'est le seul. S'il y a -1 plateau technique sur le GHT Centre Franche-Comté, on peut éventuellement le tracer sur le secteur de Dole. Il est à noter que ni la polyclinique du Parc ni l'hôpital Louis Pasteur ne sont en dessous du seuil de fragilité de 1 500 interventions. Une logique comptable devrait donc plaider pour un maintien du nombre de plateaux techniques.

Concernant le traitement du cancer, donc les autorisations de la carcinologie, de la cancérologie, le dossier doit être déposé pour mi-août. Plusieurs implantations de chirurgie carcinologique sont discutées. Certaines implantations n'atteignent pas les seuils minimums d'activités lissés sur trois ans (2014, 2015 et 2016). Vous savez que c'est une certaine logique médicale : on est bon dans ce que l'on fait souvent. Des sites qui sont à la limite des seuils ou un peu en dessous, ou à peine au-dessus, peuvent être étudiés au niveau de la pertinence médicale, la pertinence économique étant un autre plan. Évidemment, sur Dole, nous sommes clairement impactés par ce genre d'attitude.

La chirurgie du cancer du sein tangente les seuils. Malgré le fait d'avoir une équipe de jeunes gynécologues tout à fait à même de la pratiquer, une des problématiques de l'hôpital, les chirurgiens obstétriques étant sur l'hôpital, est de ne pas avoir de capacité de diagnostic. Il n'y a pas de mammographe, et les femmes de la SAN savent très bien qu'il n'y a pas de mammographe sur l'hôpital. Pour le bassin dolois, c'est donc une « perte » de cette patientèle qui va se faire opérer ailleurs, dans des endroits de toute aussi bonne qualité. Cependant, la logique médico-économique plaide pour un maintien de l'application sur Dole.

Nous avons aussi ce même enjeu sur les cancers digestifs, la deuxième autorisation de carcinologie que nous avons sur l'hôpital. Nous sommes à la limite des seuils. Il suffit que les seuils, comme par le passé, soient relevés pour des raisons scientifiques, et à ce moment-là, nous risquerions effectivement d'être en dessous de ces seuils lissés sur trois ans et d'avoir nos autorisations de chirurgie carcinologique remises en cause.

Ces implantations « fragiles » proches des seuils minimums, ou avec des problèmes de qualification, peuvent être remises en cause. En même temps, on préfère être opéré par un chirurgien qui a une très grande compétence et une très grande habitude que par quelqu'un qui n'est pas bon. Ceci dit, sur Dole, je n'ai pas de nom à citer dans ce domaine. Je crois que les chirurgiens sur Dole sont tous compétents dans ce domaine.

Je vais vous parler des urgences, domaine qui me touche un peu plus, même si c'est le cas pour l'ensemble. Le PRS tend à effectuer une mutualisation des implantations des CRA15 (Centres de Régulation des Appels). Sur Dole, cela ne nous concerne pas. Nous avons fait ce travail depuis très longtemps. Mais en Bourgogne, ce sera un choc psychologique. En Franche-Comté, pour vous le rappeler, il n'y a plus qu'une seule régulation centralisée sur Besançon. Je vous rappelle qu'à l'époque, cela avait fait du bruit. Les gens avaient peur que des risques sanitaires puissent exister. *A priori*, cela ne se déroule pas si mal que cela.

Le Schéma Régional de Santé maintient aussi des doublages des lignes de SMUR (Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation) – et je vais faire ici un écho à quelques bruits de couloir – uniquement sur les sites supports de GHT, ce qui veut dire que lorsque l'établissement n'est pas un établissement support, il ne demande pas de doublage des lignes de SMUR. Sur Dole, alors qu'historiquement, nous n'avons jamais eu de financements pour deux lignes de SMUR, nous avons fait le choix de maintenir une ligne de SMUR supplémentaire la journée. Nous allons renouveler un appel d'offres l'année prochaine dans ce sens.

Pour information, le mode de calcul des financements des SMUR faits par des missions d'intérêt général se base sur une frontière à 1 700 interventions. Au-delà de 1 700 interventions par an, on justifie d'une deuxième ligne H24. À Dole, pour mémoire, nous sommes à un peu moins de 1 300 interventions. Des implantations de SMUR seront supprimées, mais elles ne nous concernent pas, puisqu'elles seront dans le nord de la Saône-et-Loire.

Dans le domaine des urgences, il est prévu de convertir six implantations actuellement de service d'accueil d'urgence en ce que l'on appelait historiquement des « centres de consultation non programmée », ce qui le rend au-dessous des normes de personnel et de matériel. Pour le Centre Franche-Comté, il est prévu de convertir le l'hôpital de Gray, de Decize (Nièvre), Avallon, Clamecy, Tonnerre et Joigny. Comme vous le voyez, cela s'éloigne de nous.

Concernant les soins critiques (réanimation, unité de soins continus, unité de soins intensifs), il est prévu de maintenir les implantations de réanimation en Centre-Franche-Comté. Vous me direz que ce n'est pas très compliqué, puisqu'il n'y en a qu'à Besançon. Il est donc difficile de les supprimer. Ni Pontarlier, ni Dole, ni Gray, à plus forte raison, n'ont de service de réanimation. De plus, il y a un débat assez animé dans les sociétés « savantes » locales sur les capacités minimales de ces unités de soins continus, service que nous avons sur Dole et qui peut répondre aux soins critiques. Nous l'avons aussi sur Pontarlier. Nous l'avons officiellement sur Gray, mais étant un peu déguisé, il ne correspond pas à la même typologie d'activités, puisque dans le Schéma Régional de Santé, on considère que les implantations, dont les capacités sont inférieures à six lits, et dont la permanence des soins est fragilisée par les restructurations éventuelles, les structures d'urgence citées précédemment, peuvent être remises en cause.

À Dole, nous avons actuellement quatre lits. Nous sommes dans une étude forte avec la Direction d'établissement sur la filière des soins critiques sur l'hôpital de Dole. Il nous semble important de travailler, d'optimiser et d'améliorer les choses, et de développer ces soins critiques sur l'hôpital de Dole en essayant de développer une unité, non pas de quatre lits, mais de huit lits, ce qui permettrait aussi d'absorber la fermeture officielle des soins intensifs de cardiologie si elle était amenée à être pérennisée.

En tout cas, il est fondamental de tenter d'équilibrer économiquement ces unités de soins continus, car nous sommes tous contribuables, et pour information, le déficit d'une unité de soins continus de quatre lits sur l'hôpital de Dole approche le million d'euros. Vous voyez que ce coût est colossal, même si le service rendu à la population est important, et il le serait d'autant plus si l'on arrivait à développer et à optimiser les choses.

Dans le domaine des Soins de Suite et de Réadaptation, comme je vous l'ai dit en préambule, il n'y a pas d'augmentation globale du nombre d'implantations, ce qui est la cause de plusieurs problématiques. Tout d'abord, la démographie médicale et paramédicale est difficile dans ce domaine, comme dans d'autres. Il y a une réforme du financement, ce qui est un gros mot lorsque l'on parle de médecine, mais malheureusement, il faut aussi envisager les choses sur cet axe. Il y a une réflexion sur des implantations systématiques en hôpital de jour de SSR. Une réflexion et une définition sur le financement d'équipes mobiles de SSR qui iraient dans les établissements de santé sont en cours.

L'implantation d'un schéma de réadaptation cardiaque pour l'hôpital de Dole, qui avait été tracée dans le projet médical partagé du GHT Centre Franche-Comté, a pour l'instant été refusée au

prétexte qu'il y a déjà une implantation de SSR cardiologique sur Besançon, ce qui n'est qu'une réalité virtuelle. Nous avons un très grand écho et un très grand intérêt de la part des cardiologues du CHU de Besançon pour développer une activité de Soins de Suite et de Réadaptation cardiologique sur l'hôpital de Dole qui est clairement une porte d'entrée importante pour le retour d'une cardiologie de haut niveau à Dole, puisqu'il y en a une.

Actuellement, pour des raisons de démographie médicale, c'est plus compliqué, mais le développement de ce type d'activités est un vrai plus dans l'attractivité que nous pouvons avoir envers les jeunes cardiologues labellisés du CHU. Vous ne le savez peut-être pas, mais il y a quelques années, le *gold standard* pour la cardiologie était l'infarctus du myocarde. Tous les jeunes cardiologues voulaient faire de la cardiologie interventionnelle. Maintenant, l'insuffisance cardiaque devient la voie de recherche prédominante. Beaucoup de jeunes cardiologues veulent ainsi se diriger dans cette voie.

Dole, de par sa situation géographique entre deux gros services de cardiologie interventionnelle, a une vraie carte à jouer dans le domaine de la réadaptation cardiologique. On n'imagine pas un hôpital sans cardiologie. Je soutiens corps et âme la cardiologie à Dole, et encore plus à l'hôpital de Dole. Comprenne qui pourra !

Concernant la biologie, le Schéma Régional de Santé du Projet Régional de Santé envisage la suppression de sept laboratoires hospitaliers en Bourgogne-Franche-Comté, ce qui découle de l'instauration d'un seuil minimal d'activités en nombre d'examen. Je vais vous en citer qui sont éloignés pour ne pas vous faire peur : Joigny, Tonnerre, Châtillon, Decize. Mais en Centre-Franche-Comté, il y a aussi Gray, Pontarlier, et dans les cousins, il y a Saint-Claude. Le projet est d'éventuellement fermer ces laboratoires d'analyses médicales en mutualisant les activités avec d'autres services. Pour autant, pour éviter les ennuis, le Projet Régional de Santé a prévu de maintenir l'accès en permanence à une biologie d'urgence dans le cadre de réorganisations communes de la biologie au sein des GHT pour tous les établissements de santé disposant d'un service de médecine d'urgence. Reste à définir pour ces établissements ce que l'on appelle « un service de médecine d'urgence », certains se faisant dégrader en centre de consultation non programmée.

Le Schéma Régional de Santé concernant la permanence des soins qui a un impact réel sur l'hôpital de Dole et les autres établissements de santé, la permanence des soins, ce que l'on appelle la PDSSES (Permanence des Soins en Établissement de Santé) dans notre jargon, est soumis à une forte contrainte financière. Actuellement, nous touchons un peu moins de 40 % de l'argent nécessaire pour faire fonctionner ce que nous avons actuellement. Évidemment, par rapport au coût réel, le delta est important.

Les astreintes de médecine ont été repeignées par le Schéma Régional de Santé et sont limitées sur le bassin de Dole, à des demi-astreintes le weekend. Les astreintes qui existaient précédemment sur l'hôpital de Dole ont été « supprimées », et elles reposent maintenant sur mon équipe, les derniers médecins présents gérant la permanence des soins dans les services de médecine.

Une expérimentation est aussi proposée d'une astreinte de gériatrie par territoire. Très honnêtement, je ne sais pas ce que cela peut vouloir dire. Interroger un médecin gériatre à Besançon pour lui dire : « à Dole, dans un lit de gériatrie, j'ai une patiente qui ne va pas bien », j'ai légèrement des doutes, l'imagination étant allée un peu loin. En attendant, il est aussi clairement écrit qu'il n'y aura pas d'astreinte de médecine spécialisée dans les unités qui ne comportent pas des soins intensifs. Schématiquement, il n'y a pas d'astreinte de pneumologue s'il n'y a pas de soins intensifs de pneumologie ; il n'y a pas d'astreinte de gastro-entérologue s'il n'y a pas de soins intensifs de gastro-entérologie. Pour le Centre-Franche-Comté, cela réduit le champ à l'ex-capitale Besançon.

Pour la chirurgie, une modification est prévue. Il n'y a plus qu'une demi-astreinte de chirurgie orthopédique prévue sur le bassin dolois. Je ne sais pas ce qu'est une « demi-astreinte ». Pour l'instant, nous avons pris le postulat de dire : « nous continuons à fonctionner avec une astreinte complète, parce que je ne sais pas pourquoi, après minuit ou un jour sur deux, on devrait changer la donne ».

Par contre, une astreinte de chirurgie digestive a été conservée dans les sites comportant une maternité. Il peut y avoir des cas où un accouchement, ou une intervention gynécologique nécessite la compétence en appui d'un chirurgien viscéral. Mais s'il n'y a pas d'astreinte, il n'est pas

censé être disponible, et s'il n'est pas censé être disponible, il peut y avoir un problème. Il est prévu un passage d'une garde à une astreinte pour les gynécologues obstétriciens quand le site fait moins de 1 500 accouchements. Nous sommes un peu en dessous de 900 accouchements. Nous n'avons donc de toute façon pas été concernés, puisque nous, légalement, nous n'avons qu'une astreinte.

Il y a plusieurs années nous avons décidé de proposer à nos gynécologues obstétriciens une garde, non pas une astreinte, qui les mettrait à plus de 20 minutes de l'établissement. C'est absolument incompatible pour nous avec une sécurité pour les parturientes de niveau requis dans un hôpital comme le nôtre. Donc, on paie en plus que sur les deniers « personnels » de l'hôpital.

Les astreintes de néphrologie ont été supprimées, même dans les centres lourds de dialyses. Nous avons une lecture différente de l'Agence, nous l'avons écrit. L'Agence considère que l'astreinte de néphrologue est inhérente au forfait de dialyse. Nous considérons qu'en dehors des séances de dialyses, des patients dialysés peuvent avoir besoin d'un recours à un néphrologue qui connaît leur dossier. Donc, une fois encore, nous payons sur les deniers de l'hôpital l'astreinte qui n'est pas financée.

Pour l'instant, il y a eu l'obtention par la communauté médicale et les directeurs d'hôpitaux du maintien transitoire des astreintes dans le domaine de la biologie et la pharmacie, dans les sites comportant un service d'urgence. S'il n'y a plus de laboratoire, évidemment, il n'y a plus besoin de biologistes. Le but est de maintenir un laboratoire. Il faut donc maintenir un biologiste. Sinon, cela ne sert à rien. Dans le domaine de l'imagerie, il y a une astreinte au minimum sur les sites comportant un service d'urgences. Nous avons toujours eu une astreinte. Cela ne change donc rien pour nous, d'autant plus que n'ayant pas de radiologue, nous sommes en téléradiologie, ce qui est actuellement, malgré nous, une voie d'« avenir » dans le domaine de la permanence des soins en radiologie. La ressource humaine étant tellement faible dans le domaine de la radiologie publique que des projets de téléradiologie, au niveau, ou des GHT, voire des anciennes régions, sont à l'étude.

Voilà le panorama adapté au paysage local du projet régional de santé, Monsieur le Président.

M. le Président : Merci. Il est vrai que le sujet est particulièrement lourd. Je vais peut-être laisser la parole à la salle avant d'évoquer certaines propositions que nous pourrions faire en tant qu'élus. Quelqu'un souhaite-t-il intervenir ? Je sais que c'est un document assez lourd.

Laurence BERNIER : Premièrement, je voudrais dire que les questions de la santé sont perçues par les populations de communes de notre Agglomération de façon extrêmement sensible, et pour une raison évidente : quand on parle de santé, on parle de vie et de mort. La préoccupation de l'ensemble de la population est d'avoir la meilleure couverture sur le territoire en matière de santé, et le Plan Régional de Santé déclare vouloir améliorer l'état de santé des Bourguignons-Franc-Comtois.

On s'aperçoit - et les deux intervenants l'ont dit de façon plus ou moins explicite - que ce Projet Régional de Santé s'inscrit dans une démarche de réduction des dépenses publiques de santé sur notre territoire rural, et j'ajouterais « comme partout en France », mais avec la conséquence sur notre territoire rural qui est d'accroître les inégalités sociales et territoriales pour les cinq années à venir.

Alors, les collectivités se sont prononcées jusqu'à maintenant, que ce soit le Conseil Régional, les huit Conseils Départementaux de la Région. Les communes se sont prononcées avant le 6 mai sur ce projet qui était soumis à consultation dans le cadre d'une enquête de trois mois. Certes, il y a beaucoup d'organismes différents, mais en tout cas, ces collectivités locales ont rendu un avis défavorable avec différentes raisons argumentées par rapport à leur territoire.

Pour ce qui concerne le bassin dolois, puisque nous parlons de chez nous, cela a été dit, et j'ai même appris des choses que je ne connaissais pas. J'ai lu une bonne partie des 1 000 pages. Le diagnostic est intéressant. Sur notre territoire, c'est également une diminution des moyens matériels et humains des hôpitaux publics. C'est un pas nouveau vers la suppression de services, la fermeture de dizaines de lits, et dans des hôpitaux voisins, comme celui de Saint-Claude dans le Jura, nous savons que cinq services entiers étaient menacés de fermeture. La grosse mobilisation qu'il y a depuis un an et demi fait que certains services ont été maintenus, mais d'autres ne le sont toujours pas.

Concernant l'hôpital de Dole, après la fermeture de la réanimation, d'un certain nombre de lits par fusion de services, notamment la neurologie et la cardiologie, il y a une véritable inquiétude, et je dirais même « une colère » sur les politiques de santé qui sont menées. J'ai bien entendu, Monsieur GAGNOUX, Président du Conseil de Surveillance, la semaine passée dire : « *ce n'est pas nous qui décidons des financements accordés à l'hôpital* ». Sur ce point, je suis d'accord avec lui. Mais il me semble que dans le cadre de notre délibération sur le projet régional de santé, il est indispensable de faire entendre que les réductions des financements publics dans le domaine de la santé ne sont plus acceptables, parce que ces diminutions ont forcément pour conséquence un certain nombre de fermetures, dont vous dites vous-mêmes qu'elles ne sont pas acceptables, y compris dans certains domaines où vous maintenez des activités sans les financements de l'ARS. Aujourd'hui, l'inquiétude porte sur la fermeture de lits en pneumologie, sur la suppression de postes de secrétaires médicales, sur le service de soins intensifs de cardiologie, et vous avez bien expliqué que s'il n'existe plus, on va se rabattre sur d'autres activités de suite.

J'ai bien entendu cela, mais on ne parle pas de la même chose. Des dizaines de contractuels sont dans l'hôpital depuis parfois plusieurs années, voire six ans. D'après ce que j'ai entendu et j'en ai rencontrés, certains ont été remerciés à la fin du mois de mai, et les personnels hospitaliers disent déjà qu'ils ne peuvent plus faire face au service qui leur est demandé, qu'ils se retrouvent fréquemment dans la situation où ils doivent choisir de quel patient ils s'occupent, et lequel ils laissent pour plus tard, avec toutes les conséquences que cela peut avoir sur sa vie.

Il ne s'agit pas, comme on me l'a déjà dit, de jeter un constat alarmiste, mais d'avoir une position ferme pour dire qu'en matière de santé, on a affaire à de l'humain. Aujourd'hui, il faut véritablement une autre politique de santé, alors que le ministère nous annonce 1,2 milliard d'euros d'économie supplémentaire. Ce montant de 1,2 milliard d'euros d'économie supplémentaire, ce sont des services en moins à l'hôpital de Dole.

Il y a également la fermeture de lits à l'EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) Truchot, avec un projet de regrouper plusieurs structures sur un site de Saint-Yllie pour faire une grosse structure de 120 lits qui ne répond pas au besoin de notre territoire. Le Jura est un département où la part de personnes âgées de plus de 75 ans par rapport à la population totale est la plus importante, et il y a déjà plus de 1 million de personnes âgées en attente pour intégrer un EHPAD où les taux d'encadrement sont insuffisants par rapport à d'autres pays européens où le taux est d'un pour un, alors que chez nous, il est bien inférieur.

Donc, on voit bien aujourd'hui que l'on ne peut pas continuer. J'ai vraiment le sentiment qu'à Dole, comme dans d'autres territoires, comme partout en France, il va y avoir une véritable catastrophe sanitaire si on ne met pas un arrêt à ces suppressions de budget. D'ailleurs, l'Association des Maires de France (AMF) a demandé que la réorganisation de l'offre de soins ne se fasse pas au détriment des services de proximité et de l'égal accès aux soins des habitants.

Voilà pourquoi je propose - mais je suppose que vous allez le faire, Monsieur le Président - que l'on n'accepte pas, bien sûr, ce Projet Régional de Santé par rapport aux conséquences sur notre population.

J'ajoute un mot sur l'hôpital Saint-Yllie. Je ne sais plus lequel de vous deux, Messieurs les Médecins, a parlé de la psychiatrie qui serait un axe important à développer dans ce projet. Mais il y a également des suppressions de postes à l'hôpital Saint-Yllie. J'ai même appris qu'en fin d'année dernière, il y a eu une situation de crise. Des patients se sont adressés à la Direction de l'hôpital pour dire : « *les soignants ne peuvent plus s'occuper de nous* ». Vous imaginez des patients d'un hôpital psychiatrique qui font une pétition pour dire au Directeur de l'hôpital : « *on perçoit la difficulté des soignants pour s'occuper de nous* », ce n'est tout de même pas banal.

Je ne donnerai pas d'autres éléments, sauf que dans notre territoire, il y a une surmortalité en suicide sur la Bourgogne-Franche-Comté. Mettre les moyens dans la psychiatrie est tout à fait important également.

M. le Président : Je ne sais pas si vous pouvez vous permettre de faire une relation de cause à effet aussi simplement que cela. Je veux bien que vous ayez des compétences brillantes, je n'en doute pas, mais ce que vous dites est un peu gratuit. Continuez, et si vous pouvez peut-être conclure.

Laurence BERNIER : Je pense qu'il faut se prononcer pour que l'on arrête avec la cure d'austérité faite à la santé publique sur notre territoire. Il y a un an, lors d'une rencontre à l'Agence Régionale de Santé, avec des personnels de l'hôpital de Dole, nous avons demandé que soient restitués les

fonds, les 3 millions d'euros qui avaient été donnés à la polyclinique pour l'installation d'un bloc opératoire.

M. le Président : Vous n'êtes pas la seule à l'avoir demandé. Avez-vous d'autres sujets ? Il faut un peu que vous laissiez la parole aux autres, si vous le voulez bien. Je pense que nous avons à peu près compris le sens de votre intervention. Pouvez-vous conclure ?

Laurence BERNIER : Cet argent devrait être restitué à l'Agence Régional de Santé. Il me semble important qu'il puisse être attribué à l'hôpital Pasteur de Dole afin d'améliorer les conditions de travail des hospitaliers pour permettre de meilleures conditions d'accueil des patients.

M. le Président : Merci. Y a-t-il d'autres interventions ?

Jean-Marie SERMIER : Bonjour à toutes et à tous. Merci, Monsieur le Président, pour l'organisation de ce débat, et merci aux Docteur GIBEY et JOBEZ pour leur exposé liminaire qui pose bien le problème. Je trouve cela assez agréable de débattre dans une ambiance sereine, même si chacun a des positions très précises. J'en profite pour dire que l'on ne gagne pas un combat à être outrancier et à envoyer des invectives aux uns et aux autres. On ne peut pas ne pas dénoncer les propos qui ont sans doute dépassé les limites et la raison de certains lors du Conseil de Surveillance.

Je voudrais aussi dire que j'ai beaucoup de respect pour tous les personnels et professionnels soignants, que ce soit les chirurgiens, les médecins, les urgentistes, bien sûr, les patrons des urgentistes, mais aussi toutes les infirmières, tous les aides-soignants et tous celles et ceux qui assurent l'entretien, le fonctionnement, l'alimentation, pour qu'à l'hôpital, tout se passe bien, et globalement, pour tous ces professionnels de santé, au quotidien, qui sont là pour faire en sorte que nos familles puissent trouver réconfort.

Je pense que l'on pourrait largement être d'accord les uns et les autres sur des propositions. Mais il n'y a même pas besoin d'en rajouter et de dire des choses fausses. Je suis parlementaire maintenant dans un groupe d'opposition. Je n'ai pas voté le budget sur la Sécurité sociale. Je suis très à l'aise. Dans le Département du Jura, il n'y a qu'une personne qui l'a voté : Madame BRULEBOIS. Les autres ne l'ont pas voté, ou ont voté un autre projet pour les sénateurs. Je pourrais donc tout simplement dire : « *c'est de la faute au gouvernement, point, à la ligne, et si on était là, on ferait beaucoup mieux* ». Je pense que ce débat vaut mieux que de la démagogie.

On ne peut pas dire que le budget de la santé baisse en France. Ce n'est pas vrai. Le budget de la santé est déterminé par un ONDAM (Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie), c'est-à-dire une augmentation annuelle validée dans le cadre du Parlement. Entre 2017 et 2018, l'ONDAM connaît une augmentation supplémentaire de 2,3 %. Nous payons tous le budget de la santé, dans le cadre de nos activités, puisque ce sont les charges des uns et des autres. On peut dire beaucoup de choses, et j'y reviendrai, mais on ne peut pas dire que le budget de la santé baisse. Ce n'est pas vrai.

Par contre, on peut dire qu'aujourd'hui, les technologies changent, que les évolutions sociétales, y compris de la part des médecins, demandent une réadaptation permanente. J'ai un chiffre à peine différent de celui donné hier soir par Pascal, mais aujourd'hui, sur 100 médecins qui sortent de la faculté de Besançon, il y a entre 10 et 15 – Pascal a donné le chiffre 10, j'ai le chiffre 15 – médecins qui s'installent en tant que médecin de ville. C'est pour vous dire aujourd'hui que nous n'avons jamais eu autant de médecins. C'est une bêtise de dire : « *on manque de médecins* ». On n'a jamais eu autant de médecins en France, et pour le coup, ils ne sont peut-être pas utilisés ou ils n'ont pas proposé à être utilisés de la meilleure de façon, puisque 85 vont faire autre chose que de la médecine de ville, et sur les 10 ou 15 qui s'installent, ils ne s'installent pas forcément tous à Saint-Julien ou à Nozeroy, mais peut-être un peu chez nous, sûrement sur Nice, Paris, Besançon ou Dijon. Mais il y a tout un travail à faire là-dessus.

Je voudrais revenir sur le problème de l'offre hospitalière, qu'elle soit publique ou privée sur Dole. Avec Jean-Baptiste GAGNOUX, nous avons souhaité rencontrer la ministre ou son Cabinet le 28 juin prochain. Pourquoi ? Non pas parce qu'elle va nous expliquer ce qu'elle va faire, mais il me semble extrêmement important qu'elle nous confirme ce que le Cabinet de Madame Touraine – comme vous le voyez, je suis en dehors de toute politique politicienne – nous avait confirmé, à savoir que pour le ministère, une offre de soins hospitalière publique à Dole est importante, essentielle et qu'il est hors de question d'y revenir et de la fermer. Je crois qu'il est important qu'elle nous le confirme, parce que si les moyens ne sont pas mis en place, on va déliter l'hôpital.

Sur quoi tient l'hôpital ? Sur les urgences, sur la maternité. Malheureusement, la maternité a perdu quelques naissances, puisque nous étions au-dessus du seuil à 1 000, voire 1 050 naissances et nous sommes maintenant à quasiment 880. Nous avons perdu aussi un certain nombre de chirurgies complètes. Il faut donc que nous mettions un accent particulier quand la ministre nous l'aura confirmé, si elle nous le confirme. Je lui fais encore cette confiance de penser qu'elle va confirmer que sur Dole, nous avons besoin d'un hôpital.

À partir de là, nous devons travailler ensemble, demander des sommes supplémentaires, comme j'ai eu l'occasion de le faire en 2017, puisque nous avons obtenu 1,7 million d'euros pour les aides en trésorerie de l'hôpital. Je me mobilise avec d'autres parlementaires du Département, avec le Maire et avec tous ceux qui le veulent, peu importe. Ce n'est pas une question de le faire seul. Que nous nous mobilisions, OK, mais il faut tout de même savoir que cela reste à la marge, et que derrière, il faudra trouver des solutions pour que tout cela fonctionne.

À mon avis, pour que tout cela fonctionne, nous n'avons pas tellement d'autres possibilités que de faire que le plateau technique de l'hôpital devienne, à terme le plateau technique référent de ce secteur. Je souhaiterais que cela le soit rapidement, mais je sais que je ne serai pas entendu. Chacun comprend bien ce que je veux dire par là. Il n'y a pas la possibilité de financer deux plateaux techniques rénovés sur le secteur de Dole.

Je souhaite aussi qu'il puisse y avoir une concertation plus forte entre la clinique et l'hôpital. En 2014, nous avons initié un certain nombre de réflexions. Nous avons eu des avancées. Pour des raisons qui m'échappent, la main tendue n'est pas prise actuellement. Je suis déçu de la façon dont les gérants de la clinique réfléchissent à leur présence sur le territoire. Mais je souhaite qu'on leur dise encore que la main est toujours tendue, et qu'il y a des possibilités de travailler intelligemment pour que l'on évite, par exemple, d'avoir les mêmes spécialités à l'hôpital et à la clinique, ce qui serait complètement ridicule, alors qu'il nous en manque d'autres par ailleurs.

Je pense qu'il y a une avancée, et le nouveau Président du Conseil de Surveillance y tient avec juste raison, parce qu'elle a fait un formidable travail là-dessus. Je souhaite que nous travaillions en parfaite concertation avec le CHU de Besançon. Nous sommes dans un GHT voulu par la loi avec Besançon. Ce n'est pas parce que Besançon a soudainement été convaincue par angélisme ou je ne sais quoi. Ce n'est pas parce que Monsieur FOUSSERET est maintenant très proche de Monsieur FICHÈRE. Je sais qu'ils ont toujours été amis. Mais pourquoi Besançon nous aide-t-elle ? Parce qu'elle a peur de Dijon. Faisons en sorte que cet état momentané nous serve et utilisons le travail que nous pouvons faire avec Besançon.

Cela commence, des choses se font et cela ne date pas d'aujourd'hui ni de nous. Mais il faut vraiment le conforter, le renforcer et faire que des chirurgiens soient embauchés à Besançon en leur disant : « *attention, vous êtes à Besançon, mais aussi en partie sur Dole* ». C'est possible, cela se fait et c'est même une promesse très précise de Monsieur PRIBILE, le Directeur de l'ARS.

Je suis d'accord avec vous, Madame BERNIER. Nous devons nous battre ensemble. Nous devons refuser ce plan tel qu'il nous est proposé, parce qu'il ne nous convient pas. Je voterai donc contre, et ce n'est pas ma parole habituelle. Mais dans le même temps, il faut que nous développions ensemble une synergie, chacun en ce qui le concerne. Nous savons bien que les syndicalistes ont besoin de démonstrations. Nous savons qu'un parlementaire dit « de droite » n'est pas forcément sur la même logique qu'un maire dit « de gauche ». Mais nous pouvons peut-être avoir un bout de passage commun qui fasse qu'avec les professionnels, nous puissions trouver des solutions et les proposer.

De plus, nous prenons date. Effectivement, si l'ARS ne nous suit pas ou nous trahit, allons envahir l'ARS, parce que finalement, nous n'avons pas à envahir la salle du Conseil de Surveillance et tout le monde est d'accord pour faire avancer l'hôpital au Conseil de Surveillance, ou allons au ministère. Mais pour cela, il faut des exigences très précises, et en face, que l'ARS nous réponde. Je souhaite très concrètement, comme nous l'avons demandé avec Jean-Baptiste à Monsieur PRIBILE, comme Madame BERNIER vient de le relayer, que les 2,2 millions d'euros mis à la clinique et qui sont à cet instant récupérés tous les mois par dixième à l'ARS soient fléchés sur l'hôpital de Dole dès la prochaine rencontre avec Monsieur PRIBILE qui, je crois, assistera à notre réunion le 28 juin.

Je souhaite que ces 2,2 millions d'euros permettent d'engager immédiatement, sans délai, la rénovation d'un certain nombre de blocs opératoires sur le plateau technique de l'hôpital de

manière à ce que cela montre clairement que l'hôpital de Dole a parfaitement sa place, parce que nous ne dépenserons pas 2,2 millions d'euros pour rien. Je souhaite que Monsieur PRIBILE et les représentants de la ministre nous disent clairement que l'hôpital de Dole peut être un lieu de médecine ambulatoire presque le lieu exemplaire de Bourgogne-Franche-Comté.

Vous voyez, Madame BERNIER, des Présidents de Conseil de Surveillance qui sont du même bord politique que moi, mais un peu plus hargneux que moi, ne veulent pas faire de l'ambulatoire. Je pense qu'ils font une erreur, parce que demain, l'ambulatoire est l'avenir d'un point de vue technique. Ce n'est pas politique. Il faut que l'ambulatoire soit important sur Dole. En même temps, je souhaite que nous gardions tout ce que nous pouvons garder en chirurgie complète, et que s'il doit y avoir des évolutions que je ne réfute pas, cela ne se fasse pas sur le dos du personnel, qu'il n'y ait aucun licenciement sec.

S'il doit y avoir un plan, nous devons assumer quelques suppressions, car il y en a déjà eu à cause de suppressions de lits. Il faut savoir qu'en 1973, l'hôpital de Dole a été construit pour une ville de 50 000 habitants. Or elle n'en a jamais fait plus de 28 000 et aujourd'hui, 24 000. Je souhaite que nous puissions avoir des propositions, mais qui tiennent compte des avis des personnes, des engagements des syndicats. Peut-être tous les syndicats ne signeraient-ils pas cet engagement, mais au moins une partie. En tout cas, il me semble que c'est essentiel.

Je termine en disant qu'il faut donner un bout d'image positive à l'hôpital. Cela fait 16 ans, peut-être trop longtemps pour certains, que je suis Parlementaire. À chaque élection, qu'elle soit législative, départementale, ou municipale, six mois avant, l'hôpital de Dole ressort dans les journaux pour expliquer que c'est la catastrophe. Je ne crois pas – et Sylvain peut le confirmer – que nous intéresserons un jeune chirurgien avec son épouse (ou l'inverse, avec son conjoint), à venir à Dole, qui est certes, une superbe ville, mais qui n'est pas le centre du monde. Je ne crois pas que nous pourrions intéresser des professionnels de qualité à venir dans un hôpital quand tous les matins, on dit qu'il y a une fenêtre qui tombe, quand tous les matins, on dit qu'un service s'arrête, quand tous les matins, on explique qu'il n'y a plus de professionnels.

Je crois qu'il faut rendre un peu « sexy » l'hôpital de Dole pour attirer les professionnels. Nous avons tout de même des atouts ! Je crois à la ville, à notre territoire, au Jura. Je pense que, de gauche ou de droite, nous croyons à notre territoire, ou nous ne sommes pas bons. Dans ce territoire, je suis sûr qu'il y a la place pour un hôpital à condition que nous soyons en capacité de nous unir sur un certain nombre de choses, et nous nous opposerons bien dans trois ans et demi aux législatives, ne vous inquiétez pas !

M. le Président : Merci. Y a-t-il d'autres interventions ? S'il n'y en a pas, je vous propose de clore ce débat de la manière suivante : je pense qu'effectivement, nous devons nous prononcer sur plusieurs choses. Je vais reprendre en synthèse tout ce qui a été résumé ces derniers temps. Premièrement, nous devons nous prononcer sur ce Plan Régional de Santé. Je ne serai pas aussi critique globalement, car je trouve que ce plan a une démarche plutôt constructive. Après, là où j'ai du mal à suivre, c'est que je constate deux choses : d'une part, le diagnostic est franco-français. Cela me prive un peu et je me dis que j'aimerais bien savoir ce que font nos voisins européens, parce que, même si nous aimons bien le répéter, nous ne sommes pas forcément la meilleure médecine du monde. Je pense que ce serait bien d'avoir une vision plus générale que cela.

Deuxièmement, d'une manière plus grave, ce Plan Régional de Santé est très bien charpenté et documenté, mais il ne donne pas de moyens. Nous ne savons aucunement dans quels moyens nous pourrions nous inscrire, ce qui me paraît être un problème assez significatif. Certaines tendances que nous pouvons sentir ont été évoquées, mais aujourd'hui, nous ne voyons pas bien. Nous avons donc du mal à savoir où nous allons, notamment, en ce qui nous concerne, au niveau de notre territoire. Pour ce qui concerne ce plan régional, je serai favorable à donner un avis négatif, comme cela a été rappelé et comme beaucoup d'autres collectivités.

Ensuite, pour poursuivre les efforts exposés par Jean-Marie SERMIER et développés par le Maire de Dole, mais également en sa qualité de Président du Conseil de Surveillance, une motion a été présentée au Conseil de Surveillance et elle a été adoptée. Je crois qu'elle est sur votre bureau. Je ne vais pas vous en donner une lecture exhaustive, je pense que vous avez pris le temps de la lire pendant les exposés.

En résumé, la motion résume définit quatre axes prioritaires :

- préserver impérativement notre maternité,

- préserver les urgences et les soins intensifs,
- encourager le développement de la chirurgie ambulatoire avec la modernisation des blocs opératoires, et cela va dans le sens du recyclage des fameux 2 millions d'euros,
- poursuivre sur la médecine polyvalente et spécialisée qui est l'activité principale de notre établissement.

Je vous fais grâce de toute la lecture sur le reste, parce que je ne voudrais pas étendre le débat. Tout cela s'accompagne bien sûr du refus de mesures arbitraires, totales et brutales qui conduiraient à une perte sèche d'effectifs sans contrepartie et sans vision à long terme. Je pense que nous, élus du territoire, ne pouvons pas rester les bras ballants. À l'instar du Maire de Dole et du Député, un comité de soutien de notre établissement hospitalier a été mis en place. Je vais peut-être laisser Jean-Baptiste en parler. Il me semble que ce sont les réponses que nous pouvons proposer ce soir au niveau de notre collectivité.

Jean-Baptiste GAGNOUX : Monsieur le Président, la motion présentée ici est celle présentée au Conseil de Surveillance de l'hôpital jeudi dernier. Elle a été adoptée à l'unanimité, moins une abstention. Elle a été présentée hier soir à nouveau au Conseil Municipal après un long débat. Je ne vais pas revenir sur le fond, puisque cela a été suffisamment expliqué par Jean-Marie SERMIER entre autres, et cela a été expliqué aussi hier soir lors du débat au Conseil Municipal.

Il y a simplement deux choses. Il y a cette motion. Nous avons ajouté un point final hier soir sur la motion, c'est-à-dire les derniers mots, à la fin, « *démantèlement des équipes en présence* ». Il s'agit de dire à nouveau à l'ARS : « *Ces nouvelles économies ne devront entraîner ni nouvelles dégradations majeures des conditions de travail des personnels, ni des risques sanitaires pour les patients du bassin dolois, ou démantèlement des équipes en présence* ». Voilà la motion telle qu'elle a été adoptée hier soir également, au même niveau, c'est-à-dire à l'unanimité des élus municipaux dolois, moins une abstention.

Parallèlement, il en a été fait état. Jean-Marie SERMIER et moi-même avons créé hier, dans la journée, un comité de soutien des élus dolois à l'hôpital Pasteur, des élus grand-dolois et l'ensemble du nord Jura et du bassin dolois. À cet instant, plus de 50 maires ont déjà renvoyé le formulaire d'adhésion au comité de soutien. Pour marquer notre attachement à l'hôpital, à son offre de soins et à son personnel, je souhaiterais simplement que nous soyons le plus nombreux possible, quels que soient les élus, qu'ils soient municipaux, communautaires, régionaux, départementaux, ou parlementaires, Marie-Christine CHAUVIN ayant aussi rejoint le comité cet après-midi en tant que sénatrice.

Vous avez des formulaires disponibles ce soir pour rejoindre ce comité de soutien. Bien évidemment, je le dis à tous les maires ici présents : vous pouvez, à partir de l'email envoyé hier dans la journée dans vos mairies, transférer ce message à tous vos élus municipaux et le renvoyer en Mairie de Dole de manière à constituer un comité de soutien des élus du territoire le plus nombreux possible. Je vous remercie.

M. le Président : Merci, Jean-Baptiste. Si vous voulez bien, nous pouvons passer aux deux votes que je vous propose. Sur le Plan Régional de Santé, y a-t-il des avis favorables, des abstentions, des refus ? J'en conclus que ce sont des refus à l'unanimité dans l'état actuel des débats que nous venons d'avoir.

Après en avoir délibéré, le Conseil Communautaire, à l'unanimité des membres présents ou représentés, refuse le Projet Régional de Santé 2018-2022 proposé par l'Agence Régionale de Santé.

Laurence BERNIER : Je serais très disposée à voter une motion pour la défense de nos structures de soins et de l'hôpital. Je voudrais tout de même demander des petites modifications, puisque sur ce texte relativement court, il est fait référence à trois reprises aux économies budgétaires sans les remettre en cause.

Il me paraît illusoire de dire d'un côté qu'il n'est pas acceptable que l'on démantèle des équipes, que l'on supprime des services ou qu'il y ait une dégradation, et d'un autre côté, qu'à trois reprises, au début, à la fin de la première page et sur la deuxième, on nous explique les économies souhaitées, « *ces nouvelles économies ne devront ni entraîner [...]* ». Cela me paraît contradictoire. Je voudrais donc que l'on reformule, parce que l'on ne peut pas dire trois fois « *oui, il faut faire des économies* » et en même temps dire « *il faut tout garder* ».

M. le Président : Non, nous n'allons pas modifier ce texte, puisqu'il est déjà passé par plusieurs instances. Je pense que néanmoins, même si le terme « économies » vous choque, vous ne pouvez pas non plus dire « *tout baigne, tout va bien* ». Vous avez entendu le dernier chiffre : il y a plus de 1 milliard d'euros de déficit sur l'ensemble des hôpitaux en France. Si ce n'était qu'un problème budgétaire, ce serait relativement simple. La problématique est beaucoup plus complexe que cela. Je pense que si nous avons un pavé de 800 pages sur le Plan Régional de Santé, c'est précisément parce que les problèmes sont complexes. Le problème de faire venir des professionnels de santé sur notre territoire a été évoqué. Nous connaissons tout cela. Nous savons bien qu'aujourd'hui, nous manquons d'anesthésistes qui, malgré les offres budgétaires significatives, ne viennent pas quand même. Nous savons qu'il y a un manque d'attractivité. Le problème est complexe. Nous ne pouvons pas balayer tout cela d'un seul coup, et si ce n'était qu'une question de sémantique et qu'il suffisait de changer les mots pour changer les choses, ce serait plus facile.

Je ne souhaite pas modifier cette proposition de motion. Je vais donc la mettre au vote en l'état. Y a-t-il des oppositions à cette motion ? Y a-t-il des abstentions ? Je compte deux abstentions. Cette motion est donc adoptée, moins deux abstentions. Pardon, il y a trois abstentions.

Après en avoir délibéré, le Conseil Communautaire, à l'unanimité des membres présents ou représentés (moins 3 abstentions), approuve la motion proposée.

M. le Président : Je vous remercie. Je vais clore ce débat en remerciant très sincèrement les deux professionnels qui ont bien voulu nous éclairer sur ce problème qui reste compliqué malgré tout.

Pour des raisons pratiques, j'ai oublié de vous mentionner que le *quorum* était atteint. Des pouvoirs m'ont été donnés. Pour éviter de faire de nouveau défiler tout le monde et que nous enchaînions tout de suite, je vais demander à mes secrétaires de passer avec la feuille de présence. Nous gagnerons du temps. Sinon, nous allons reperdre un quart d'heure.

Pour cette séance, les pouvoirs étaient donc les suivants :

Jean-Louis BOUCHARD à Jean-Pascal FICHERE, Grégory SOLDAVINI à Joachim DAYET, André ALBERTINI à Michel GINIES, Mathieu BERTHAUD à Nathalie JEANNET, Jean-Pierre CUINET à Jean-Marie SERMIER, Isabelle DELAINE à Esther SCHLEGEL, Daniel GERMOND à Jean-Baptiste GAGNOUX, Justine GRUET à Frédérique DRAY, Sylvie HEDIN à Laurence BERNIER, Philippe JABOVISTE à Isabelle MANGIN, Sévin KAYI à Jean-Philippe LEFEVRE, Catherine NONNOTTE-BOUTON à Jacques PECHINOT, Paul ROCHE à Sylvette MARCHAND, Isabelle VOUTQUENNE à Catherine DEMORTIER, Jean-Luc CROISERAT à Félix MACARD, Franck DAVID à Claire BOURGEOIS-REPUBLIQUE, Maurice BOUE à Jean-Michel DAUBIGNEY, Joëlle DROUHAIN à Colette HANRARD. Voilà pour les pouvoirs.

La séance est levée à 18 heures 45.