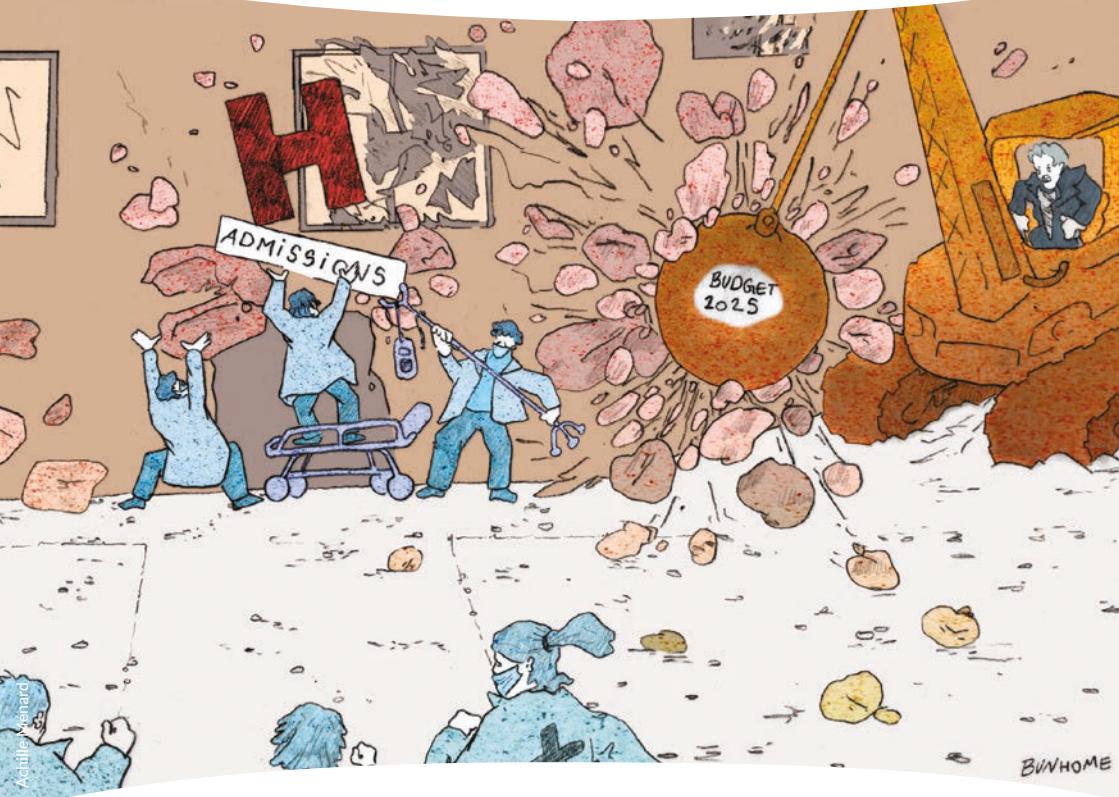
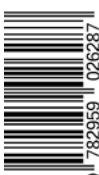


splann!

Hôpital public : une destruction programmée, un marché pour le privé



Splann ! a enquêté sur la casse organisée d'un service public indispensable, notre hôpital. Des ressources humaines aux bâtiments, en passant par le nombre de lits et le système de financement. Nous décryptons tous les aspects d'une destruction programmée, au profit du secteur privé.



10 euros

Hôpital public : une destruction programmée, un marché pour le privé

Enquête publiée en juillet et septembre 2025

Splann ! a enquêté sur la casse organisée d'un service public indispensable, notre hôpital. Des ressources humaines aux bâtiments, en passant par le nombre de lits et le système de financement. Nous décryptons tous les aspects d'une destruction programmée, au profit du secteur privé.

Fin 2019, le collectif inter-hôpitaux tirait le signal d'alarme sur l'état du système hospitalier, avec plus de 1.000 chefs de service démissionnant de leurs fonctions administratives dans toute la France. Mars 2020, en pleine pandémie du Covid, chacun applaudissait les soignants aux fenêtres. Cinq ans plus tard, les mesures financières mises en œuvre, Sûr de la santé en tête, n'ont rien résolu, bien au contraire. L'hôpital public doit se saigner, encore et toujours, avec 700 millions d'euros d'économies décidée par le gouvernement pour tout le secteur hospitalier et médico-social.

Splann ! a choisi de faire un état des lieux de l'hôpital public en Bretagne : des cartographies exclusives et un long travail d'enquête permettent d'évaluer précisément l'étendue des dégâts et les attaques répétées contre un droit fondamental : celui de l'accès aux soins pour tous et toutes. Des urgences aux abois, des hôpitaux au bord du gouffre financier, dirigés comme des entreprises, leurs bâtiments vétustes, leurs médecins à bout. Des personnes, les plus fragiles, qui renoncent à se soigner et un secteur privé qui tire son épingle du jeu, sur un marché porteur.

Isabelle Jarjaille, Caroline Trouillet, Raphaël da Silva

VOLET 1

LES URGENCES EXPLOSENT, ON TRIE LES PATIENTS

p 7



Pénurie de généralistes, manque de spécialistes en ville : les urgences explosent à l'hôpital, en quête permanente de bras et de lits. Pour accéder aux soins, un filtre s'opère selon la gravité des symptômes, et un autre plus insidieux, selon la distance géographique et les moyens financiers des patients.

VOLET 2

L'HÔPITAL PUBLIC RATIONNÉ... LES CLINIQUES PRIVÉES RASSASIÉES

p 21



Depuis 2003, l'État a imposé une règle de financement des hôpitaux, dite tarification à l'activité (T2A), exigeant leur rentabilité. Sur mesure pour le secteur privé, cette logique d'entreprise a déstabilisé le service public, tenu par une obligation de soins, quel qu'en soit le coût.

VOLET 3

DÉFICITS ABYSSAUX, BÂTIMENTS VÉTUSTES : HÔPITAUX BRETONS EN PÉRIL IMMINENT

p 33



Essorés par la tarification à l'activité, les hôpitaux publics bretons n'ont aucune marge de manœuvre pour investir. Pourtant, les bâtiments se dégradent d'année en année et les promesses d'aides à la rénovation se font attendre.

VOLET 4

L'HÔPITAL PUBLIC CHERCHE MÉDECINS DE TOUTE « URGENCE »

p 43



L'engagement des soignants et médecins pour le service public vire au sacrifice. Sous-effectif et surmenage sont leur lot quotidien depuis des années. Essorés, ils sont nombreux à répondre aux appels du secteur privé, où les conditions de travail et de rémunérations sont bien meilleures.

Boîte noire

Splann ! confronté au manque de transparence et à la rétention d'information de certains hôpitaux

Alors que les derniers volets de notre enquête sur le système de santé breton n'étaient pas encore publiés, trois centres hospitaliers nous réclamaient 5.500 euros. La raison invoquée : avoir demandé l'accès à des documents d'intérêt général, concernant la gouvernance des hôpitaux public. Une entrave au droit d'informer qui mérite quelques explications.

C'est une bataille qui se joue dans les coulisses du droit d'informer. Une bataille que nous livrons depuis maintenant près d'un an. Et qui consiste simplement à récupérer des documents administratifs : les procès-verbaux des conseils de surveillance des hôpitaux publics.

Malgré l'article 15 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, attaché à la Constitution de 1958, qui dispose que « *la société a le droit de demander compte à tout agent public de son administration* », certains hôpitaux sollicités n'ont pas joué le jeu de la transparence, en refusant de nous transmettre ces PV. Ainsi du CHU de Rennes, de celui de Brocéliande et de Vitré qui ont non seulement refusé de communiquer ces PV mais ont même demandé notre condamnation pour « procédure abusive ».

Un argument balayé par la Commission d'accès aux documents administratifs (Cada) – autorité indépendante qui veille à la liberté d'accès aux documents administratifs – dans un courrier daté du 7 mai 2025 mais qui nous est parvenu le... 29 août. Une latence dans laquelle se sont engouffrés ces hôpitaux qui ont demandé au tribunal administratif de Rennes de « *condamner Madame Isabelle JARJAILLE [co-autrice de cette enquête pour Splann !, NDLR] à verser [...] la somme de 2000 euros* » au centre hospitalier de Brocéliande d'une part et au CHU de Rennes d'autre part, soit 4.000 euros. Lui aussi sans nouvelles de la Cada, le

Centre hospitalier de Vitré a également demandé, début juillet, la condamnation de notre journaliste à lui verser 1.500 euros.

Fort de l'avis de la Cada, nous maintenons notre requête. Tout comme celles, concernant le groupement hospitalier Rance-Emeraude, Dinan et Saint-Malo, toujours en cours d'instruction auprès du tribunal administratif de Rennes. Et comme le résume Pierre Januel, membre de l'association des journalistes pour la transparence : « *Il y a de plus en plus d'informations qui échappent au débat public. Les administrations sont de mauvaise foi et ne sont pas sanctionnées. Donc, même si le droit à la transparence est un droit constitutionnel, dans les faits les journalistes ont de plus en plus de difficultés à obtenir les documents qu'ils demandent. Cela relève d'une nouvelle forme de procédure-bâillon.* »

La rédaction de Splann !

Qu'est-ce que Splann ?

Splann ! est un média d'enquête à but non lucratif qui couvre la Bretagne. Créé en 2020 par un collectif de journalistes soucieux de défendre la liberté d'informer sur l'agro-industrie, il a élargi ses préoccupations aux questions de santé, d'environnement, de probité et de libertés publiques. Sans publicité, sans actionnaire et sans subvention de collectivité locale, Splann ! est un média contrôlé par ses seuls membres, essentiellement des journalistes, et financé par les dons de ses lectrices et de ses lecteurs.

Retrouvez-nous sur les réseaux :



@Splannenquetes



Splann lanceur
d'enquêtes



@Splannenquetes



Splann



splann.bsky.social



@splann@mamot.fr



splannenquetes



« Splann ! » :
quotidien d'enquête



« Splann ! » :
quotidien d'enquête

LES URGENCES EXPLOSENT, ON TRIE LES PATIENTS

Être soigné devrait être un droit garanti jour et nuit. Pénurie de généralistes, manque de spécialistes en ville : les urgences explosent à l'hôpital, en quête permanente de bras et de lits. Pour accéder aux soins, un filtre s'opère selon la gravité des symptômes, et un autre plus insidieux, selon la distance géographique et les moyens financiers des patients. Une médecine à plusieurs vitesses s'accentue.



- » Les urgences sont prises en étau entre un flux trop important de patients et une pénurie de personnels.
- » Malgré des besoins en hausse, le nombre de lits dans les hôpitaux diminue depuis 10 ans au profit de places en ambulatoire.
- » Alors que les médecins libéraux rechignent à participer aux gardes le soir et le week-end, des centres de soins privés, ouverts le soir et les week-ends, développent un marché rentable.

Hntrée des urgences. L'enseigne, accrochée à la bâtie colossale d'un hôpital, scintille encore au cœur de la nuit. Elle reste cette dernière lumière vers laquelle se tourner pour être soigné, lorsque tous les cabinets de médecins sont fermés. Nombre de patients redoutent pourtant ce passage, tant l'accès aux services d'urgences est de plus en plus souvent restreint, soirs et nuits, comme cet été.

DES URGENCES RÉGULÉES LA NUIT DANS 21 HÔPITAUX

C'est une grande première. Sur les 33 services d'urgences hospitaliers que compte la Bretagne à cinq départements, 21 seront régulés, la nuit, à

partir de ce mois de juillet 2025. De 18 h 30, jusqu'à 8 h ou 8 h 30 du matin selon les sites. Régulé ne veut pas dire fermé, mais filtré. Autrement dit, avant tout déplacement, il faut appeler le Samu Centre 15, qui réoriente les patients en fonction du degré de l'urgence. Si elle est vitale et grave, le service mobile d'urgences réanimation, (Smur), reste disponible, jour et nuit.

À Vannes¹, Ploërmel², Lannion³, Pontivy⁴, Rennes⁵, Vitré⁶, Saint-Malo⁷, Dinan⁸, Fougères⁹ et Redon¹⁰, cette règle est établie pour trois mois au moins, jusqu'au 1^{er} octobre. À Saint-Brieuc¹¹, Guingamp¹² et Paimpol, elle le sera entre le 12 juillet et le 25 août, sauf pour les urgences pédiatriques et

1] Arrêté n°2025/222 portant régulation temporaire à l'accès aux urgences du centre hospitalier Bretagne Atlantique, 4 juillet 2025

2] Arrêté n°2025/144 portant régulation temporaire nocturne à l'accès aux urgences du centre hospitalier de Ploermel, 30 juin 2025

3] Arrêté n°2025/207 portant régulation temporaire à l'accès aux urgences du centre hospitalier de Lannion-Trestel, 30 juin 2025

4] Arrêté n°2025/140 portant régulation temporaire à l'accès aux urgences du centre hospitalier Centre Bretagne pour le site Kerio, 30 juin 2025

5] Arrêté n°2025/214 portant régulation temporaire nocturne à l'accès aux urgences du centre hospitalier universitaire de Rennes, 4 juillet 2025

6] Arrêté n°2025/141 portant régulation temporaire de l'accès aux urgences du centre hospitalier de Vitré, 1er juillet 2025

7] Arrêté n°2025/145 portant régulation temporaire nocturne de l'accès aux urgences du groupe hospitalier Rance-Emeraude, 2 juillet 2025

8] Arrêté n°2025/145 portant régulation temporaire nocturne de l'accès aux urgences du groupe hospitalier Rance-Emeraude, 2 juillet 2025

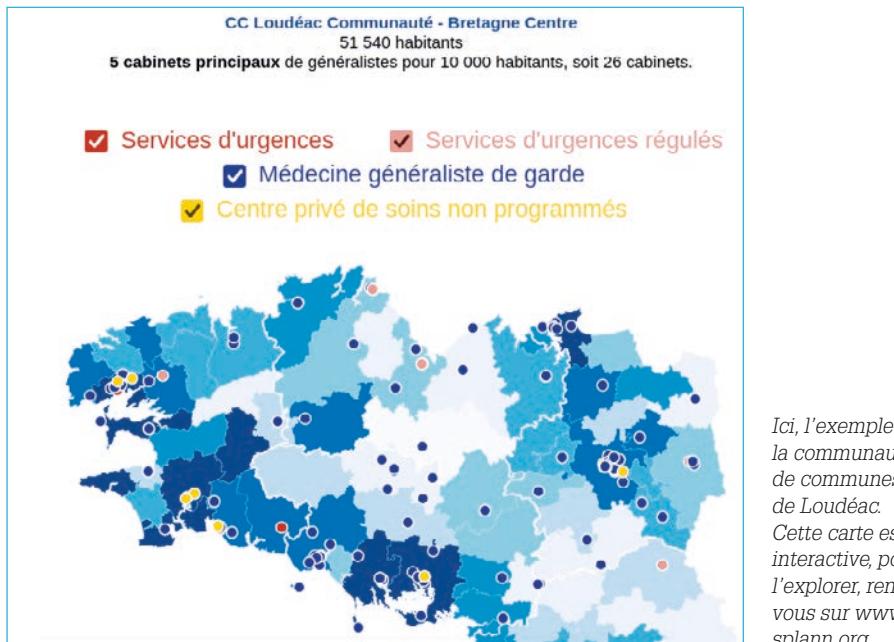
9] Arrêté n°2025/215 portant régulation temporaire de l'accès aux urgences du centre hospitalier de Fougères, 1er juillet 2025

10] Arrêté n°2025/216 portant régulation temporaire de l'accès aux urgences du centre hospitalier intercommunal de Redon-Carentoir, 1^{er} juillet 2025

11] Arrêté n°2025/210 portant régulation temporaire à l'accès aux urgences nocturne du centre hospitalier de Saint-Brieuc - Paimpol - Tréguier, 30 juin 2025

12] Arrêté n°2025/224 portant régulation temporaire de l'accès aux urgences du centre Hospitalier de Guingamp, 4 juillet 2025

L'OFFRE DE SOINS DISPONIBLES EN BRETAGNE



Ici, l'exemple de la communauté de communes de Loudéac. Cette carte est interactive, pour l'explorer, rendez-vous sur www.splann.org

gynécologiques. À Landerneau¹³, elle s'étendra du 11 juillet au 24 août, à l'exception du week-end de la Fête du bruit.

En tout, 21 services bretons sont régulés, dont tous ceux situés dans les Côtes-d'Armor, en Ille-et-Vilaine et en Loire-Atlantique. Ce basculement vers un fonctionnement régulé,

étendu à une telle échelle, est inédit. Mais aux urgences de Lannion, Vitré, Pontivy et dans toutes celles de Loire-Atlantique¹⁴, l'accueil était déjà restreint depuis six mois¹⁵. À Saint-Malo et Dinan, depuis trois mois. Et même depuis deux ans, concernant l'hôpital de Carhaix, où l'accès est filtré non seulement la nuit, mais aussi en

13] Arrêté n°2025-226 portant autorisation de suspendre temporairement l'accès aux urgences du centre hospitalier de Landerneau les nuits du vendredi 11 juillet 2025 au jeudi 7 août 2025 inclus et les nuits du lundi 11 août 2025 au dimanche 24 août 2025 inclus, 9 juillet 2025

14] « Prolongation de l'accès régulé la nuit à tous les services d'urgences de Loire-Atlantique à compter du dimanche 13 avril 2025 », communiqué de presse de l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire, 10 avril 2025

15] Ensemble des arrêtés portant régulation temporaire de l'accès aux urgences, site web de l'Agence régionale de santé de Bretagne, 3 octobre 2025, page web consultée en octobre 2025

journée. Excepté entre les 17 et 21 juillet¹⁶, pendant le festival des Vieilles Charrues.

Autant d'hôpitaux, surtout ceux des terres, périphériques, où le manque de médecins urgentistes ne permet pas une ouverture permanente, au risque d'une saturation incessante.

À Lannion¹⁷, il faudrait environ seize médecins urgentistes en équivalents temps, ils ne sont que neuf. À Pontivy¹⁸, ils devraient être douze, ils sont six et demi.

Ambroise le Floc'h est l'un d'eux. L'urgentiste, aujourd'hui chef du service, nous raconte cette nuit de garde de novembre 2023, au cours de laquelle il s'était fait agresser par un patient : « *J'arrive dans un service qui est dépassé, bondé. On a du mal à passer dans le couloir, parce qu'il est jonché de brancards avec une trentaine de patients qui attendent une place d'hospitalisation depuis deux jours, ou plus. Des personnes âgées, parfois démentes, avec une seule toilette pour 30. Je sais que je ne pourrais pas prendre soin de toutes. Et c'est terrible parce qu'on voit le visage de ces*

personnes, se métamorphoser en une nuit. » Une nuit éprouvante, mais néanmoins « habituelle ».

Cette crise des urgences tant médiatisée, en particulier lors des congés estivaux des soignants, ou l'hiver pendant des épidémies de grippe, est bel et bien endémique.

PRENDRE SON MAL EN PATIENCE

En dix ans, le temps passé aux urgences a augmenté de 45 minutes¹⁹.

La moitié des patients y restaient plus de 3 heures en 2023. Trois heures, c'est peu comparé aux 8 heures 30 d'attente moyenne, durant l'été 2024, aux urgences de la Cavale Blanche à Brest²⁰. Une centaine de personnes âgées y sont même restées 24 heures ou plus. La même année, aux urgences de Lannion²¹, il fallait aussi patienter 8 heures 25 avant d'être pris en charge et hospitalisé, 3 heures de plus qu'en 2018.

Le temps pourtant est compté : une nuit passée sur un brancard aux urgences augmenterait en effet de près de 40 % le risque de mortalité

16] Arrêté n°2025/142 portant régulation temporaire de l'accès aux urgences du centre hospitalier régional universitaire de Brest pour le site de l'hôpital de Carhaix, 1er juillet 2025

17] Arrêté n°2025/207 portant régulation temporaire à l'accès aux urgences du centre hospitalier de Lannion-Trestel, 30 juin 2025

18] Arrêté n°2025 portant régulation temporaire à l'accès aux urgences du centre hospitalier Centre Bretagne pour le site Kerio, 30 juin 2025

19] « Urgences : la moitié des patients y restent plus de 3 heures en 2023, 45 minutes de plus qu'en 2013 », Enquête urgences 2023, Elvire Demoly, Thomas Deroyon, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, mars 2025

20] « «Mur de la honte» au CHU de Brest : «Ce ne sont pas des patients qui attendent sans manger», se défend la directrice », Aurélie Lagain, site web France Bleu, 27 août 2024

21] « Rapport d'observations définitives – centre hospitalier de Lannion (département des Côtes-d'Armor) - exercices 2018 et suivants », Chambre régionale des comptes Bretagne, mars 2024

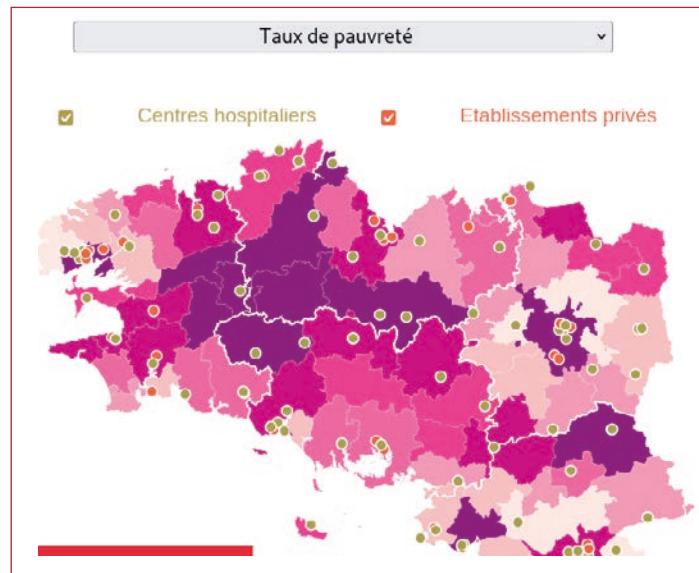
hospitalière pour un patient de plus de 75 ans, selon l'étude *No Bed Night*²² de chercheurs de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et de Sorbonne Université, publiée en novembre 2023.

À l'attente sur place s'ajoutent les déplacements longs, voire des errances, comme en Centre Bretagne. Depuis juillet 2023, l'accès aux urgences de Carhaix est régulé jour et nuit. Les patients sont le plus souvent aiguillés par le Samu ou transportés en ambulance

vers les hôpitaux de Quimper (45 minutes de route), Morlaix (50 minutes), ou Brest (1 heure 15). « Une personne de mon entourage a fait un accident vasculaire cérébral [AVC], et n'a pas pu être prise en charge à Carhaix. Le Smur [structure mobile d'urgence et de réanimation] n'était pas disponible non plus, donc les pompiers sont venus la chercher et elle a été transférée à Brest. Elle n'a pas été prise en charge à temps et en garde des séquelles », témoigne Caroline Tromeur, ergothérapeute et secrétaire de la CGT de l'hôpital.

« Pour la population du Centre Bretagne,

RÉPARTITION DES CRITÈRES DE SANTÉ EN BRETAGNE



La répartition des centres hospitaliers et établissements privés associée au taux de pauvreté.

Cette carte est interactive, vous pouvez y visualiser également le taux de mortalité, de cancers ou de natalité, par exemple. Rendez-vous sur www.splann.org

22] « Étude « No Bed Night » : une nuit passée sur un brancard aux urgences augmente de près de 40 % le risque de mortalité hospitalière des patients âgés, qui passe de 11,1 % à 15,7 % », communiqué de presse, Assistance publique - Hôpitaux de Paris, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Sorbonne Université, novembre 2023

l'impact de la fermeture des urgences est très important, nous avons des dizaines de récits d'évènements graves », révèle Hanna Charles, médecin généraliste à Carhaix et membre du comité de défense de l'hôpital.

UN RENONCEMENT AUX SOINS MARQUÉ DEPUIS LE COVID

Il faut dire que les alternatives aux urgences pour se soigner sont maigres dans le bassin de Carhaix, et globalement dans les terres et dans le nord des Côtes-d'Armor, où manquent les médecins de ville.

Autour de Guingamp, Saint-Brieuc, Paimpol, Lannion, il y a 15 % de généralistes, et 9 % de spécialistes installés en moins par rapport à la moyenne régionale. « *Ici, la population est déjà défavorisée, elle cumule la perte de médecins de premiers recours et la difficulté d'accès aux spécialistes. Après le départ à la retraite de plusieurs médecins, on a eu des pathologies qui auraient dû être prises en charge plus tôt* », observe aussi Grégory Pansin, responsable des urgences de Paimpol. Les taux de pauvreté et de mortalité sont en effet plus élevés que la moyenne régionale dans ces mêmes pays de Carhaix, Guingamp et Paimpol. Ils cumulent ainsi les peines, puisque la population y est âgée et les problématiques de santé plus vives.

Nombre d'urgentistes et de professionnels hospitaliers rencontrés pour cette enquête témoignent d'une forme de renoncement aux soins

et d'une paupérisation de leurs patients, comme Marie-Hélène Aleman-Trevidic, pour l'hôpital de Pontivy. « *Après le Covid notamment, nous avons observé que beaucoup d'agriculteurs et de personnes âgées, "durs au mal", sont venus se soigner tardivement.* »

« *Même si nous, médecins, étions plus nombreux, ça ne changerait sans doute pas grand-chose pour répondre aux besoins urgents, le soir et le week-end, lorsque nos cabinets sont fermés. À Carhaix, nous n'avons pas de SOS Médecins, pas de cliniques, nous avons besoin d'un accès direct aux urgences* », insiste Hanna Charles.

Sa visite en Centre Bretagne était fort attendue. Mais Yannick Neuder, ministre chargé de la Santé et de l'accès aux soins, a choisi des termes bien prudents pour faire ses annonces, le 13 juin : « *L'objectif est de pouvoir, je l'espère dans les meilleurs délais, d'ici à novembre, offrir un accès aux urgences cinq jours sur sept à Carhaix.* » La régulation restera donc de mise dans tous les cas, les soirs et les week-ends.

Si la régulation est vécue comme une atteinte au droit d'accès à la santé, elle répond en fait à un problème plus profond : le manque de médecins de ville, obligeant l'usager à se rendre aux urgences pour des soins... non urgents. « *Les pouvoirs publics soutiennent le modèle de régulation comme solution par défaut, en réponse aux problèmes de démographie médicale* », résumait Ariane Bénard, directrice du centre hospitalier de Saint-Brieuc en

octobre 2023, lors d'un conseil de surveillance de l'hôpital de Saint-Brieuc²³. Désormais, le basculement vers ce système est engagé, partout en Bretagne. Mais comment en est-on arrivé à un tel dévoiement des « vraies » missions des urgences ?

DES URGENCES AU SECOURS DE LA MÉDECINE DE VILLE

« Dernièrement, j'ai eu une patiente envoyée par son médecin généraliste pour un bouton sur la joue. Je ne suis pas dermatologue ! Certes il va falloir l'enlever mais il n'y avait aucun caractère d'urgence », témoigne un urgentiste au CHU de Rennes, illustrant la pénurie de spécialistes.

Une pénurie subie par les médecins eux-mêmes. « Il y a dix ans, si nous avions besoin d'une radio pour un patient, on pouvait l'avoir dans les 48 heures, explique Laure Fiquet, médecin généraliste installée à 20 km de Rennes. Depuis, c'est impossible, on est obligé de les envoyer aux urgences. Par exemple, pour un enfant de 10 ans à qui

« Beaucoup d'agriculteurs et de personnes âgées sont venus se soigner tardivement. »

on suspecte une appendicite, les délais d'échographies sont monstrueux, on est pas mieux lotis que nos patients. »

Au CHU de Rennes, entre 2019²⁴ et 2023²⁵, le nombre de passages aux urgences adultes du CHU de Rennes a augmenté de 11 %. À l'échelle de la région Bretagne, l'augmentation est de 4.9 % par rapport à 2016. « Les médecins urgentistes récupèrent l'intégralité des gardes de nuit et de week-end ! », dénonce le professeur Louis Soulat, chef du service Samu 35, Smur et urgences adultes au CHU de Rennes et vice-président du syndicat Samu Urgences de France. En 2022 en effet,

23] Procès-verbal du conseil de surveillance du centre hospitalier de Saint-Brieuc ,25 octobre 2023

24] « Chiffres Clés 2019 », CHU de Rennes

25] « Chiffres clés 2023 », CHU de Rennes

seulement la moitié des médecins généralistes bretons²⁶ participaient aux gardes de nuit et de week-end en maison médicale de garde²⁷.

LES MÉDECINS RÉGULATEURS MANQUENT À L'APPEL

Pour désengorger les urgences, il faudrait d'abord différencier systématiquement ce qui relève de l'urgence de ce qui relève d'un problème de santé nécessitant simplement un avis médical dans les 12 à 48 heures. C'est l'objectif de l'appel au 15 : réguler pour que seuls les patients relevant réellement d'une urgence arrivent aux urgences.

Mais la régulation elle-même manque de médecins généralistes volontaires : si le nombre d'appels au 15 a augmenté de 30 %²⁸ à Rennes depuis 2019²⁹, seulement 144 médecins généralistes participent à la régulation en Bretagne, sur les 3.032 médecins généralistes installés. Leur participation repose sur une incitation financière : chaque heure de régulation donne lieu à une indemnité brute de 100 €³⁰ ; pour une nuit de garde de 20 h à 8 h,

un médecin régulateur généraliste touchera 1.200 € d'indemnité. Mais ces émoluments ne suffisent pas à motiver les généralistes et le 15 est régulièrement saturé. En théorie, les assistants de régulation médicale prennent les appels et font le tri entre soins urgents et non urgents pour les dispatcher entre médecins régulateurs urgentistes et médecins régulateurs généralistes. Sauf que « *parfois il n'y a qu'un seul médecin régulateur généraliste sur le planning !* », dénonce le médecin urgentiste du CHU.

DES « ANTENNES » À LA PLACE DE CINQ SERVICES D'URGENCE

Le manque de médecins généralistes engorge ainsi les urgences, prises en étau entre un flux trop important et une pénurie de personnels, et aboutissant à la fermeture progressive et définitive de cinq services d'urgences³¹ la nuit dans trois départements bretons. Ces services seront remplacés par une « *antenne de médecine d'urgence* »³² ouverte douze heures par jour et non plus 24 heures sur 24.

En Ille-et-Vilaine, un service d'urgence

26] Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires, Agence régionale de santé de Bretagne, 2024

27] « Besoin rapidement d'une consultation médicale, en Bretagne ? » Agence régionale de santé de Bretagne, 28 décembre 2023, page web consultée en novembre 2025

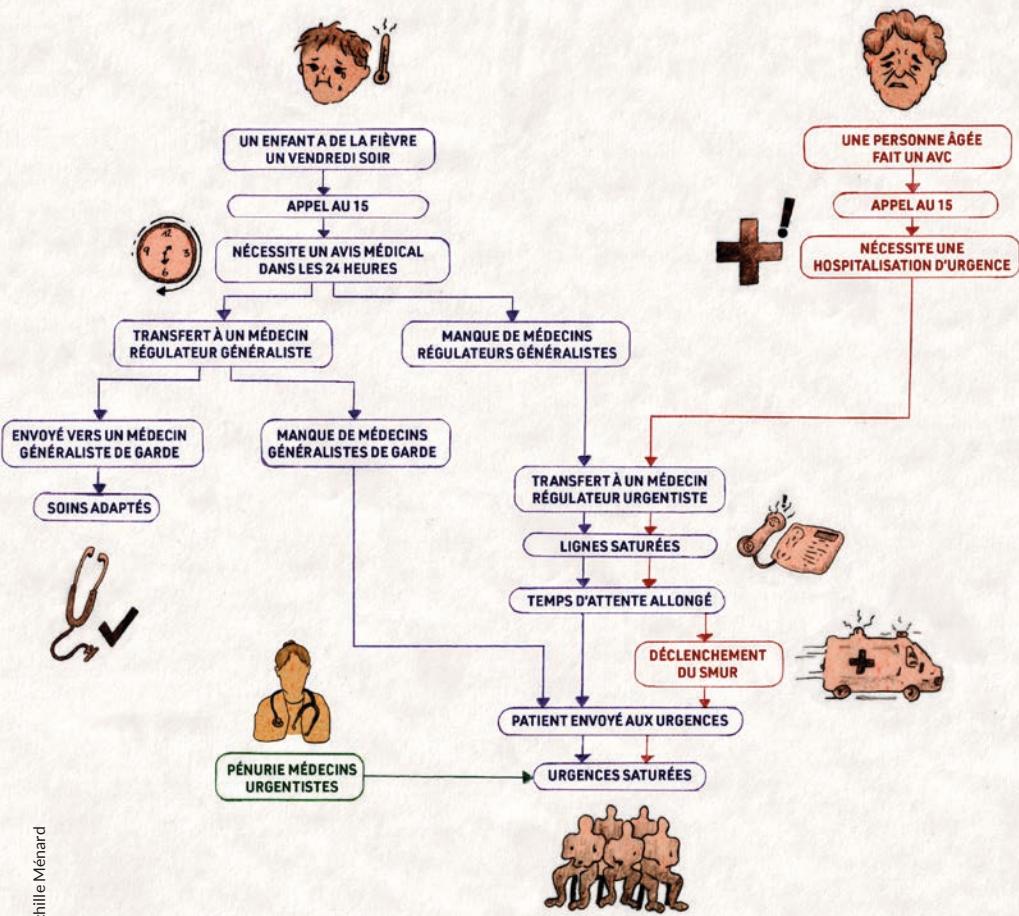
28] « Chiffres clés 2023 », CHU de Rennes

29] « Chiffres Clés 2019 », CHU de Rennes

30] Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires, Agence régionale de santé de Bretagne, 2024

31] « Note d'information sur l'actualisation du PRS sur l'activité Aide Médicale Urgente (AMU) », Agence régionale de santé de Bretagne, 10 mars 2025

32] « Recommandation Antennes de Médecine d'Urgence », Samu urgence de France et Société française de médecine d'urgence, 14 janvier 2024



Achille Ménard

pourrait être concerné, celui de Vitré. Le professeur Louis Soulat alerte : « Vitré est déterminant pour les usagers de Mayenne. À un moment donné la distance n'est plus supportable pour les patients. » L'Agence régionale de santé indique que la mise en œuvre de ces « antennes d'urgence » sera « progressive » et « ne sera engagée que sous conditions d'une démarche positive et volontariste de la gouvernance de

l'établissement de santé et de sa concertation territoriale ». À ce jour, trois services d'urgence pourraient basculer en antenne³³ dans le Finistère, un dans les Côtes-d'Armor, en plus de celui de Vitré en Ille-et-Vilaine.

QUATRE CLINIQUES PRIVÉES FERMERONT LEURS PORTES CET ÉTÉ

Les médecins libéraux exerçant en cliniques privées, quant à eux, rechignent

³³] Schéma régional de santé révisé, Agence régionale de santé de Bretagne, 27 juin 2025

à participer aux gardes le soir et le week-end. Au CHU de Rennes, le professeur Soulard demande depuis plusieurs mois à l'Agence régionale de santé (ARS) d'imposer un radiologue de garde aux centres hospitaliers privés de Saint Grégoire et de Cesson-Sévigné, qui dépendent du groupe Vivalto Santé, pour alléger la charge de travail des radiologues du CHU. Sans succès pour le moment. Interrogés sur ce point, l'ARS et Vivalto n'ont pas répondu.

Mais dans le même temps, d'après nos informations, le groupe privé prévoit la fermeture de plusieurs cliniques en août 2025 : 15 jours de fermeture à Brest et Pontivy, une semaine à Saint-Malo. Tandis qu'à Morlaix, « *la direction a décidé la fermeture le week-end de tous les services* », assure l'une de nos sources, au sein de l'une des cliniques, sous couvert d'anonymat. « *Mais ceci à titre définitif et non pas uniquement pour la période estivale. Quand nous posons la question de la prise en charge des urgences, on nous répond : orientation vers l'hôpital public !* »

La décision suscite l'incompréhension du maire de Dinan, Didier Lechien, président du conseil de surveillance des deux centres hospitaliers, regroupés juridiquement depuis janvier 2024. Il regrette de n'avoir reçu

aucune information, ni de l'ARS, ni de la clinique : « *La moindre des choses aurait été de nous tenir informés. Il y a un risque de voir l'activité des urgences augmenter au centre hospitalier pendant la fermeture.* »

Ni l'ARS ni Vivalto ne nous ont répondu mais la stratégie est assumée par Emmanuel de Geuser, directeur général de Vivalto Santé : « *Nous regardons ce qui permet d'économiser du temps de personnel* », expliquait-il au *Figaro*³⁴ le 9 mai 2025.

MOINS DE LITS, PLUS D'AMBULATOIRE

Un autre axe clef prôné par l'ARS pour désengorger les urgences consiste à « *une meilleure gestion des lits* »³⁵, pour faciliter les sorties et libérer des places. Depuis une dizaine d'années, le nombre de lits d'hospitalisation a progressivement diminué, au profit de « places » pour des opérations rapides, faites en une journée, sans dormir à l'hôpital. C'est ce que l'on appelle la médecine, ou la chirurgie, ambulatoire. Les hôpitaux bretons ont ainsi perdu 656 lits depuis dix ans. La Cour des comptes³⁶ a pourtant estimé à 45.000 le nombre de lits supplémentaires en médecine et chirurgie nécessaires, entre 2020 et 2040, à mode de prise en charge inchangée, pour accompagner

34] « Contraintes par les tarifs, les cliniques privées connaissent de premières défaillances », Marie Bartrik, *Le Figaro*, 9 mai 2025

35] Note d'information sur l'actualisation du PRS sur l'activité Aide Médicale Urgente (AMU), Agence régionale de santé de Bretagne, 10 mars 2025

36] « La réduction du nombre de lits à l'hôpital, entre stratégie et contraintes », rapport sur l'application des lois de finances de la sécurité sociale 2024, Cour des comptes, 2024



le vieillissement de la population. Le développement de l'ambulatoire est une amélioration pour les patients, tous les praticiens hospitaliers que nous avons rencontrés le défendent. Mais ils regrettent un virage trop abrupt, comme Cécile Vigneau, cheffe du service de néphrologie au CHU de Rennes jusqu'en 2023. « Avoir fermé des lits conventionnels pour en faire des places en ambulatoire est une erreur. Les patients en hospitalisation complète [qui restent à l'hôpital plusieurs jours et nuits] sont bien plus lourds et donc la charge de travail a beaucoup augmenté. »

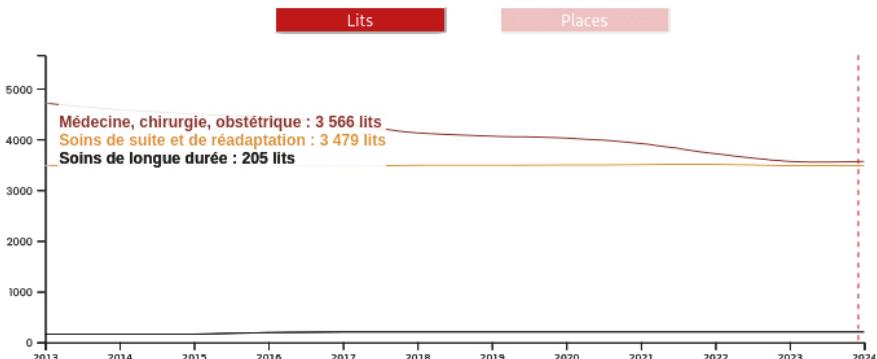
« Vous devez faire sortir deux malades tous les deux jours. »

La population vieillit, les patients qui arrivent à l'hôpital souffrent de multiples pathologies, ils restent hospitalisés plus longtemps, et donc la disponibilité des lits diminue.

Pour Cécile Vigneau, il faudrait donc au contraire en augmenter le nombre :

« On reçoit des mails on nous disant : "C'est la grippe donc vous devez faire sortir deux malades par service tous les deux jours avant midi pour absorber les malades des urgences". Mais quand nos patients restent en moyenne 10 jours dans nos lits, ce n'est pas possible. Ou alors ils vont revenir 24 heures après parce qu'ils n'ont pas été assez bien soignés. »

NOMBRE DE LITS DANS LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS DE BRETAGNE ET DE LOIRE-ATLANTIQUE EN 2023



Source : [Statistique annuelle des établissements de santé](#)

DES PATIENTS BLOQUÉS À L'HÔPITAL FAUTE DE SOLUTIONS EN AVAL

Pour faire sortir les patients plus tôt, encore faut-il qu'à la sortie de l'hôpital, des structures et des soignants puissent les accompagner. « *On a des difficultés d'aval sur tous les établissements, qui se sont accrues depuis la crise Covid, avec des lits fermés faute de personnels. Un manque d'infirmiers, de services d'aide à domicile. Le relais avec le secteur médico-social aussi est difficile. En fait, tous les échelons de l'aval sont grippés* », nous explique Ariane Bénard, directrice du centre hospitalier de Saint-Brieuc.

Les établissements en soins médicaux

et de réadaptation (SMR) jouent un rôle essentiel dans le suivi et la rééducation des patients après une hospitalisation. La Bretagne a perdu 554 lits dans ces structures en dix ans, pour le secteur public. Et dans le bassin de vie des hôpitaux costarmoricains, il faudrait 37 lits supplémentaires³⁷ pour être au niveau de la moyenne régionale.

L'Insee projette que la part des 60 ans et plus dans la population bretonne passe de 27,5 % à 31 % entre 2016 et 2025. Le taux d'équipement en places dans les Ehpad ou les services de soins à domicile, n'a pourtant pas augmenté en conséquence entre 2016³⁸ et 2023³⁹. « *Nous avons beaucoup de lits*

37] Projet médico-soignant partagé 2023-2028, Groupement hospitalier de territoire d'Armor

38] « Tableau STATISS : Accueil des personnes âgées », indicateurs de santé recensés par le site web www.scoresante.org, page web consultée en novembre 2025

39] Note d'information sur l'actualisation du PRS sur l'activité Aide Médicale Urgente (AMU), Agence régionale de santé de Bretagne, 10 mars 2025

d'ingénierie, de spécialités de la médecine. Mais nous manquons de structures entre l'hôpital et le maintien à domicile, lorsqu'une personne n'a pas forcément besoin de haute technologie mais surtout que l'on prenne soin d'elle », reconnaît Damien Henry, urgentiste à Lorient.

LES CENTRES DE SOINS NON PROGRAMMÉS, UN MARCHÉ RENTABLE

La saturation des urgences s'accompagne aussi d'un nouveau marché rentable, dans le privé : les centres de soins non programmés. Crées par des médecins libéraux, ces cabinets apparaissent en Bretagne depuis la crise sanitaire et promettent un accès rapide à un médecin pour les urgences non vitales.

Promesse tenue : alors que le délai de rendez-vous pour un examen d'imagerie court entre un mois et trois mois selon les centres d'imagerie médicale dans la métropole de Rennes, Medalliance, par exemple, propose un rendez-vous dans les 72 heures, selon le témoignage d'une patiente rencontrée par *Splann* !. Son médecin généraliste lui détecte une « masse » suspecte et préconise une échographie dans les plus brefs délais. Le premier rendez-vous proposé en cabinet d'imagerie médicale est trois semaines plus tard, tandis que Medalliance propose un examen deux jours plus tard, le jeudi de l'Ascension. Seule condition : payer un « forfait » d'entrée de 12,50 €, non remboursé par la Sécurité sociale.

Ces centres répondent à un besoin : ils permettent d'avoir accès à un médecin rapidement pour des urgences relatives, à condition d'être prêt à payer un peu plus.

Mais ils se concentrent sur des actes médicaux rapides et rentables. *Le Canard enchaîné* révélait le 15 janvier qu'ils bénéficient à plein de la régulation : en demandant à leurs patients d'appeler le 15 avant d'être pris en charge, le soir, le week-end et les jours fériés, ces centres bénéficient de tarifs majorés, payés par la Sécurité sociale. Les centres 7 jours/7, appliquent même un dépassement d'honoraire s'élevant à 14 € le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés et à 30 € du lundi au dimanche après 20 h.

« *Là c'est du "one shot", alors que nous, on se bat pour la continuité des soins : bien connaître nos patients, les suivre, s'inquiète Laure Fiquet, médecin généraliste de la région de Rennes. On forme un nombre restreint de médecins, donc plus ce genre de centre va se développer, moins nous aurons de jeunes qui s'installeront en cabinet pour faire des prises en charge complexes.* »

Ces centres font aussi concurrence aux services hospitaliers d'urgence qui voient leurs médecins partir, attirés par un exercice ultra rentable et confortable en terme d'horaires. Un urgentiste tenté par l'expérience, qui a préféré garder l'anonymat, témoigne : « *J'étais très séduit par le concept : il y a le matériel pour faire de l'échographie, de la radiologie, de la*

« C'est une marchandisation de la médecine. Ils ont trouvé le filon. »

biologie. Ils fournissent le matériel et le secrétariat et sont très doués sur le discours. On se dit : enfin quelqu'un qui nous comprend. C'est une marchandisation de la médecine. Ils ont trouvé le filon. »

L'attachement au service public a eu raison de lui, finalement. « *Les urgences sont comme un cul de sac pour les gens qui sont en rupture de soins et souvent en très grande précarité. Je trouve ça important qu'il y ait des praticiens qui y soient, que ce ne soit pas un lieu abandonné.* » Enfin, la loi prévoyait leur installation dans les déserts médicaux, mais ces centres s'installent à proximité

du littoral et dans des zones denses pour maximiser leur activité. « *Il n'y a que la loi qui pourra limiter leur installation* », nous rappelle David Le Goff, directeur de la délégation départementale Ille-et-Vilaine de l'ARS Bretagne. Le 13 mai, les sénateurs ont jus-

tement adopté un dispositif⁴⁰ qui encadre la liberté d'installation des médecins, avec une mesure inédite : les médecins déjà installés en zone dense effectueront un certain nombre de consultations dans des « zones prioritaires ». Ce à quoi répondaient, fin mars 2025⁴¹, des organisations syndicales et représentatives des médecins libéraux, hospitaliers, salariés, étudiants en médecine et élus locaux par : « *Réguler une profession en pénurie ne solutionnera pas la pénurie elle-même !* ».

**Isabelle Jarjaille, Caroline Trouillet,
Raphaël da Silva**

40] « Installation des médecins, déserts médicaux... Le Sénat adopte la proposition de loi pour « améliorer l'accès aux soins dans les territoires » », Romain David, *Public sénat*, 14 mai 2025

41] « Réguler la pénurie ne résoudra pas la pénurie ! », communiqué commun des organisations syndicales et représentatives des médecins libéraux, hospitaliers, salariés, étudiants en médecine et d'élus locaux, conseil national de l'ordre des médecins, 26 mars 2025

VOLET 2

L'HÔPITAL PUBLIC RATIONNÉ... LES CLINIQUES PRIVÉES RASSASIÉES

Depuis 2003, l'État a imposé une règle de financement des hôpitaux, dite tarification à l'activité (T2A), exigeant leur rentabilité. Sur mesure pour le secteur privé, cette logique d'entreprise a déstabilisé le service public, tenu par une obligation de soins, quel qu'en soit le coût. Contrairement aux cliniques privées qui peuvent se concentrer sur les activités bien rémunérées.



- » Réforme majeure, mise en œuvre en 2003, la « tarification à l'activité » détermine un prix, payé à l'établissement hospitalier, pour chaque geste médical effectué.
- » Or, certains actes médicaux sont mal rémunérés, comme les actes de gynécologie-obstétrique.
- » Les hôpitaux se trouvent en concurrence féroce avec les cliniques, qui récupèrent les activités les plus rentables, notamment en chirurgie ambulatoire, marché très « juteux » pour le secteur privé.

Une plus grande efficacité sera demandée à l'hôpital », prévient mi-juillet 2025 François Bayrou, promettant qu'il ne sera pas épargné par les mesures d'économies du budget 2026. Deux mois plus tôt déjà, tous les directeurs et directrices des Agences régionales de santé (ARS) avaient reçu une note du Premier ministre¹ relative « à l'efficience et à la performance des établissements de santé ». Le contenu est sans équivoque : il faut mieux maîtriser les dépenses. Un refrain que l'hôpital entend depuis vingt ans.

DES ACTES MÉDICAUX QUI DOIVENT « RAPPORTER »

Depuis 2003, les établissements de santé sont tentés de privilégier des « trucs qui rapportent », pour reprendre le titre de l'enquête ethnographique menée par Pierre-André Juven, sociologue, chargé de recherche au CNRS, publiée par la revue *Anthropologie & Santé*² en 2018 dont est extrait l'échange ci-dessous :

« – La directrice des finances : Après, est-ce qu'on fait les bonnes interventions ?
– Le chirurgien : Mais est-ce qu'on a le



1] « Circulaire relative à l'efficience et à la performance des établissements de santé », note du Premier ministre, 23 avril 2025

2] « Des trucs qui rapportent », enquête ethnographique autour des processus de capitalisation à l'hôpital public, Pierre-André Juven. *Anthropologie et Santé*, 2018

choix, dans un hôpital public, de faire les bonnes interventions ? Non, mais vous rigolez !

— La directrice des finances : Mais vous, vous faites bien les hernies, les machins, les trucs qui rapportent !

— Le chirurgien : Mais on est dans un hôpital public ! On ne peut pas faire les opérations qui rapportent et pas celles qui ne rapportent pas. »

La loi du 18 décembre 2003³ relative au financement de la sécurité sociale a transformé en profondeur le mode de financement des établissements de santé, publics et privés : c'est désormais le règne de « la tarification à l'activité » (dite T2A). Objectif : « rationaliser » le système de santé⁴, en obligeant les hôpitaux à faire des choix pour optimiser leurs activités et limiter les dépenses.

Avant cette réforme, les hôpitaux publics étaient financés par une dotation globale annuelle : un hôpital recevait une enveloppe financière chaque année, en fonction des dépenses de l'année précédente. S'il dépensait plus une année, au regard du besoin de soins de la population, il recevait plus l'année suivante.

La tarification à l'activité a provoqué un changement de paradigme majeur : chaque acte médical possède son propre tarif, revu tous les ans, et ces recettes constituent la majorité

du budget de l'hôpital, alors qu'auparavant l'hôpital était financé par des dotations de l'État.

« *La logique a changé : il faut faire des choix stratégiques pour développer telle ou telle activité, mieux payée* », explique Daniel Bouffort, ancien directeur logistique de centres hospitaliers et membre du collectif de défense de l'hôpital public Le Monde d'après, à Saint-Malo. Depuis 20 ans, avec cette

logique de T2A, l'hôpital public doit faire des bénéfices. Un objectif impossible à tenir puisqu'il doit aussi garantir l'accès aux soins pour tous et toutes 24h/24, en théorie, et assurer une permanence sur tous les soins, qu'ils soient bien rémunérés ou pas.

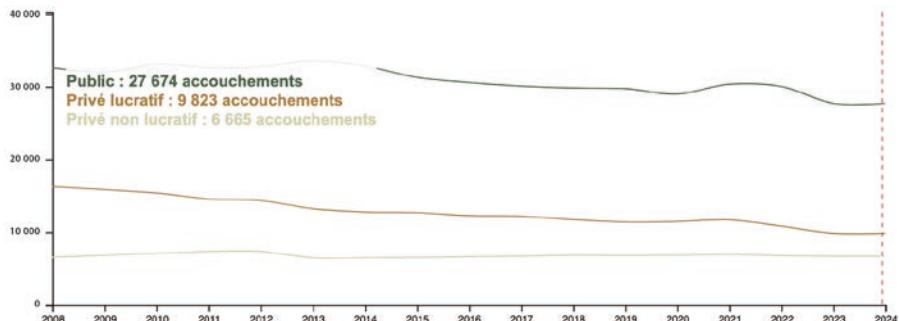
« *On s'est mis à ne nous parler que de tableaux Excel et de rentabilité, comme si on était dans une entreprise privée*, témoigne une cheffe de service du CHU de Rennes, en poste jusqu'en 2023, et qui a souhaité garder l'anonymat. On a vu arriver des consultants, privés et publics, qui nous ont expliqué comment être performants. Nous dire : "Vous aviez dix jours de durée moyenne de séjour et vous êtes passés à onze, c'est pas bien", "Vous faites trop d'examens", "Vous les gardez trop longtemps". Et nous montrer des rapports d'activité avec des tableaux Excel, et du rouge et du vert... »

3] Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004

4] « Observations définitives, la tarification à l'activité », Cour des comptes, 30 juin 2023

« La population est vieillissante, alors les temps de séjour sont plus longs, ce n'est pas rentable. »

NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS DANS LES MATERNITÉS DE BRETAGNE ET DE LOIRE-ATLANTIQUE EN 2023



Source : [Données statistiques publiques en santé et social](#)

Ce graphique est interactif. Pour circuler d'une année à l'autre, rendez-vous sur www.splann.org

Au centre hospitalier de Redon, Fabrice Le Roux, délégué syndical CGT abonde : « Tout doit être codifié : la prise de sang, la prise de température, etc. Les tarifs changent chaque année et ils ont été à la baisse pendant des années : c'est une course à l'échafaud. Cela demande de faire toujours plus d'actes pour avoir les mêmes recettes. En plus, à Redon la population est vieillissante alors les temps de séjour sont plus longs, ce n'est pas rentable. »

Selon le projet d'établissement⁵ rédigé par le centre hospitalier de Redon pour la période 2021-2025, le nombre de personnes âgées de 0 à 44 ans évolue à la baisse depuis 2011, tandis que celui des personnes âgées de plus de 60 ans, la génération du baby-boom, augmente.

Qui dit population vieillissante dit augmentation des soins, dépendance et multi-pathologies. En parallèle, la natalité baisse et comme l'activité gynécologie-obstétrique est très mal rémunérée par la tarification à l'activité, les maternités plombent les comptes des hôpitaux.

« UN SEUIL DE RENTABILITÉ À 1.200 ACCOUCHEMENTS PAR AN »

En janvier 2019, la chambre régionale des comptes (CRC) de Bretagne alertait⁶ sur la situation financière du centre hospitalier de Dinan. En cause : la maternité creusait le déficit, avec une baisse continue du nombre d'accouchements de 1.001 en 2010 à 680 en 2017⁷.

5] « Projet d'établissement du centre hospitalier de Redon Carentoir, 2021-2025 », centre hospitalier de Redon Carentoir

6] Avis n° 2019-0001, Chambre régionale des comptes Bretagne, 8 janvier 2019

7] « Naissances. Gros coup de mou en 2011 », Le Télégramme, 30 décembre 2011

« On nous avait dit qu'il n'y aurait pas de fermeture de la maternité, souligne Erwan Beaudoin, élu d'opposition à Dinan. Finalement elle a fermé en 2020 ! » Selon la chambre régionale des comptes, un choix justifié par une baisse de la natalité de 8,5 % depuis 2014 sur ce territoire.

La juridiction financière s'est aussi intéressée aux maternités de Fougères⁸ et Vitré⁹ en 2022 et 2023, qui n'atteignent pas « *le seuil de rentabilité officiel fixé à 1.200 accouchements* » par le ministère de la Santé, note la CRC.

Pour autant, à Fougères, « *la maternité n'est pas menacée du tout !* » nous a répondu David Chambon, directeur du centre hospitalier de Fougères. En effet, le service de la maternité est désormais piloté par le chef de service gynécologie-obstétrique du CHU de Rennes. Cela permet de mutualiser les deux équipes médicales, notamment pour permettre aux femmes enceintes dont la grossesse est à risque d'être prises en charge à Fougères plutôt que d'être dirigées systématiquement au CHU de Rennes.

« *Les résultats sont très positifs et renforcent ce service public auquel nous sommes très attachés* », assure David Chambon.

FERMETURE DE MATERNITÉS PRIVÉES

La difficulté pour les maternités réside dans la baisse du nombre d'accouchements, les problématiques de pénurie médicale, mais aussi dans la sous-valorisation des actes de gynécologie-obstétrique dans la tarification à l'activité, pour le public comme pour le privé. Des tarifs dénoncés par la Cour des comptes¹⁰.

En 2023, elle mettait en cause le système en estimant que « *les établissements de santé sont enclins à privilégier les soins pour lesquels ils bénéficient d'un avantage comparatif* » et que l'obstétrique est l'activité la plus défavorisée dans le public.

La juridiction parle de « *la T2A* » devenue « *un monstre relativement ingouvernable* »¹¹, et pointe les écarts qui se creusent d'année en année entre le coût réel des actes et les tarifs, revus à la baisse chaque année pour réduire les dépenses publiques de santé.

Un modèle de financement également remis en cause par l'Inspection générale des affaires sociales¹² (Igas) et le Sénat¹³ en 2024, qui pousse aussi le privé à fermer des maternités.

« *Un médecin a préféré partir dans une*

8] « Rapport d'observations définitives et sa réponse, centre hospitalier de Fougères, exercices 2017 et suivants », Chambre régionale des comptes de Bretagne

9] « Rapport d'observations définitives et sa réponse, centre hospitalier de Vitré, exercices 2016 et suivants », Chambre régionale des comptes de Bretagne, 2022

10] « Observations définitives, la tarification à l'activité », Cour des comptes, 30 juin 2023

11] « Observations définitives, la tarification à l'activité », Cour des comptes, 30 juin 2023

12] « Éthique et TAA, webinaire », ATIH, agence technique de l'information sur l'hospitalisation, 21 mars 2023

13] « Financiarisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ? », rapports d'information n° 776 (2023-2024), 25 septembre 2024

« On ne laissera personne sur le carreau, alors on s'adaptera à l'offre du privé. »

clinique où il n'y a pas de maternité, explique un médecin exerçant au sein d'une clinique privée en Bretagne. L'indemnité de garde pour un anesthésiste est de 230 euros brut pour une garde de 24 heures. L'acte pour une périnatalogie est payé 240 euros brut. Mais, avec la baisse du nombre d'accouchements, quand le médecin anesthésiste fait une seule périnatalogie pendant une garde, ce n'est pas intéressant financièrement. »

Avec un accouchement, l'anesthésiste touchera l'équivalent de 19,5 euros de l'heure brut pour 24 heures de garde. « *L'obstétrique est très mal rémunérée, c'est pour ça que le privé cesse aussi les activités obstétriques* », souligne Daniel Bouffort.

Le groupe Vivalto, dont le siège est en Ille-et-Vilaine, vient en effet d'annoncer la fermeture d'une maternité à Boulogne-sur-Mer et son président directeur général, Daniel Caille, a dit devant le Sénat¹⁴ en juin 2024 : « *Sur nos dix maternités, seules six devraient survivre.* »

Interrogé pour savoir si celle du centre hospitalier privé Saint-Grégoire en bordure de Rennes, serait concernée, le groupe Vivalto nous a répon-

du : la maternité « *labelisée hôpital ami des bébés, a récemment fait l'objet d'un important projet de modernisation avec l'inauguration du nouveau pôle Le Cocon en juin 2025. À ce jour, cette maternité n'est pas concernée par les projets de fermeture évoqués.* »

Hospি Grand Ouest, autre acteur privé qui gère douze sites en Bretagne, est dans le même schéma. L'avenir d'une de ses maternités, à la clinique de Plérin dans les Côtes-d'Armor, est en suspens.

Depuis le départ de plusieurs pédiatres, elle a dû salarier des médecins intérimaires pour assurer les gardes. L'agence régionale de la santé (ARS) a versé en février dernier

^{14]} « Financiarisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ? », rapports d'information n° 776 (2023-2024), 25 septembre 2024



300.000 euros¹⁵ pour aider la clinique à financer ce surcoût, avec des gardes de 24 heures estimées à 2.500 euros par une source syndicale.

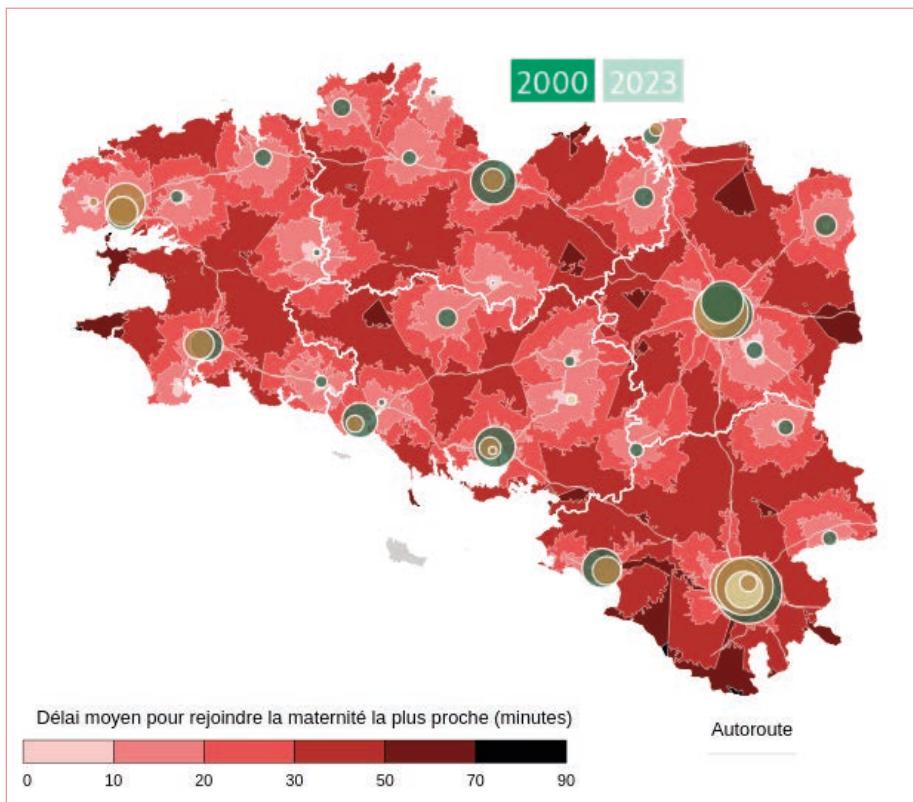
Mais l'hôpital voisin de Saint-Brieuc se prépare à accueillir les femmes que la clinique ne pourra plus accompagner, en cas de non renouvellement des aides de l'ARS à Plérin, avec « une extension des salles de notre maternité pour 1.000 accouchements, précise Régis Delaunay, représentant de la communauté médicale de l'hôpital briochin. On est autant dans le flou que la population.

Aucune décision n'est arrêtée mais on doit se préparer à tout : au statu quo comme à la fermeture de la maternité de Plérin. Dans tous les cas, on assume notre rôle de service public, donc on ne laissera personne sur le carreau et on s'adaptera à l'offre du privé. »

En juin, le groupe Hospi Grand Ouest, dont la clinique de Plérin dépend, organisait son assemblée générale. Une source syndicale présente ce jour-là nous a résumé la teneur des échanges, au sujet des maternités. « La démographie baisse, si on fait de moins en moins de

15] « Pour maintenir sa maternité, la clinique de Plérin a reçu 300 000 € d'aide publique versée par l'ARS », Tanguy Homery, Ouest-France, 20 février 2025

QUELLE EST L'ÉVOLUTION DU TEMPS NÉCESSAIRE POUR REJOINDRE UNE MATERNITÉ BRETONNE ?



Exemple de lecture de cette carte : en 2020, les habitants du pays de Paimpol mettaient entre 10 et 20 min pour accéder à la maternité la plus proche. En 2023, ils mettent en 30 et 50 min. Cette carte est interactive : rendez-vous sur www.splann.org

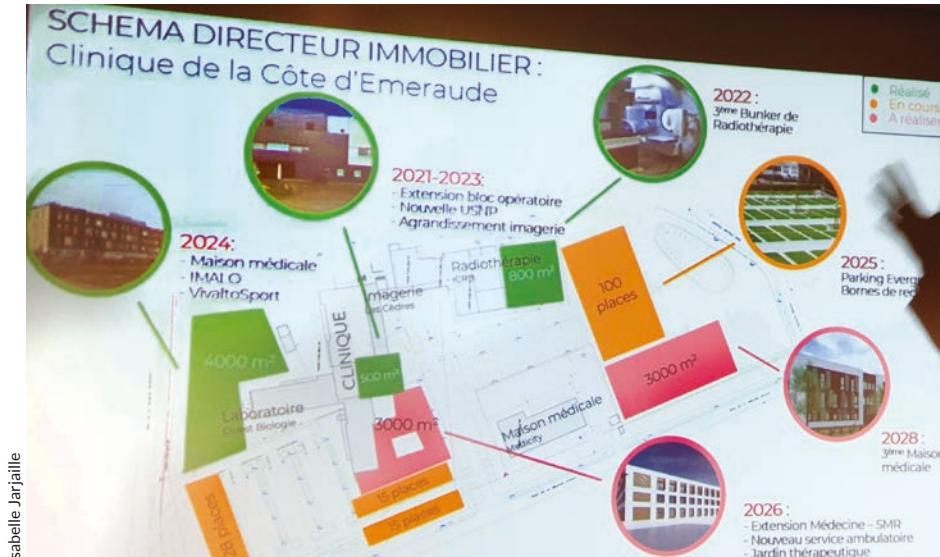
naissances, on arrêtera l'activité pour que le public s'en occupe, dans les régions où se sera possible. »

LE DÉFICIT D'OFFRE DE SOINS À L'HÔPITAL PUBLIC PROFITE AU PRIVÉ

Au-delà de la question spécifique de la gynécologie, « la T2A a instauré une logique financière et a donné une capacité

à l'hôpital privé de se développer, mieux que l'hôpital public, analyse Pierre Gillouet, élu à Montfort-sur-Meu. Parce que l'hôpital public n'avait pas cette logique comptable et que le privé a moins de contraintes. »

Jusqu'en 2003, l'hôpital était guidé par l'objectif de rendre un service public, en répondant aux besoins de santé de la population, quel qu'en soit le



Isabelle Jarjaille

Projet d'extension de la clinique de l'Émeraude

coût. Contrairement au privé, qui avait déjà un objectif de rentabilité, en se concentrant sur des actes médicaux bien rémunérés.

Le problème, c'est qu'en changeant le mode de financement, désormais rémunéré à l'activité, les hôpitaux publics se sont retrouvés avec les mêmes recettes financières que le privé, mais doivent toujours rendre un service public, contrairement au privé. Résultat, la concurrence entre les deux secteurs s'accroît, pour augmenter l'activité et maximiser les recettes.

« Vivalto est en train de créer des lits de médecine à Saint-Malo alors qu'on en ferme à Dinan, s'offusque Daniel

Bouffort, ancien directeur logistique d'hôpital et membre du collectif Le Monde d'après à Saint-Malo. Et à l'hôpital, des fermetures de lits sont programmées alors qu'il y a déjà une saturation face au pic saisonnier épidémique. C'est du bricolage permanent ! ».

En effet, le projet du groupement hospitalier public Rance Émeraude¹⁶, regroupant l'hôpital de Saint-Malo et celui de Dinan, prévoit la fermeture de huit lits d'hospitalisation en chirurgie, la disparition d'un lit d'obstétrique, de 37 lits en urgences, de dix lits d'hôpital de jour en psychiatrie adulte et de quatre lits en pédo-psychiatrie, à compter de 2027.

16] « Projet Médico Soignant Partagé du Groupement Hospitalier Rance Émeraude à l'horizon 2027 »

Isabelle Jaraille

EXTENSION CLINIQUE

3 niveaux pour une surface de 4 000 m²
Ouverture : Décembre 2026
Coût de l'opération : 14 M€
financée par Vivalto Santé

Service de Médecine

- 12 lits d'Oncologie
- 24 lits de médecine polyvalente : Gériatrie, Plaies, Douleur chronique
- Agrandissement de l'HDJ : Diabéto, Onco, Douleur...

SOINS MEDICAUX DE READAPTATION - SMR
(dans l'espérance d'une validation ARS)

- 15 lits de SMR oncologique
- 15 lits de SMR gériatrique
- 10 places d'Hôpital de Jour (onco et gériatrie)
- Plateaux de rééducation et restaurant
- Patio central avec Jardin thérapeutique

Chirurgie ambulatoire

- Doublement des capacités du service et agrandissement du bloc opératoire
- Intégration partielle du service dans le bloc opératoire : salon d'entrées et boxes de surveillance pour la chirurgie de courte durée (cataracte et chirurgie de la main)

Détail de l'extension de la clinique de l'Émeraude

En même temps, Vivalto construit un parc d'activité de santé de 4.000 m², à Saint-Malo et prévoit l'extension de la clinique de l'Émeraude, d'ici à fin 2026. « Entre 2016 et 2019, la position des deux centres hospitaliers publics s'est affaiblie, au profit de la clinique de la Côte d'Émeraude, de la clinique Saint-Grégoire, et de la polyclinique Saint-Laurent (Rennes) », note le projet d'établissement qui détermine les objectifs du groupement hospitalier pour les années à venir.

Et lorsqu'un service ferme dans le public, le privé arrive rapidement sur le marché. En Ille-et-Vilaine, le service de soins de suite et de réadaptation du centre hospitalier de Brocéliande a fermé en 2022. Il permettait aux

patients de se remettre d'une opération ou d'un accident dans un service près de chez eux.

Ce, malgré la promesse de l'ARS¹⁷ d'apporter au centre hospitalier « un soutien [...] permettant de stabiliser l'activité ».

Trois ans plus tard, les Hôpitaux privés rennais, filiale du groupe privé Vivalto, ont obtenu de l'ARS l'autorisation d'ouvrir leur propre service de soins de réadaptation.

« D'une manière générale, le privé essaie d'obtenir des autorisations sur des champs de compétences dans lesquels la santé publique investit moins, estime l'une de nos sources au sein du groupe. S'ils sont allés là-dessus, c'est que ça rapporte. »

^{17]} « Contrat hospitalier de territoire : l'ARS Bretagne et le groupement hospitalier Haute-Bretagne renouvellent et étendent leur engagement », communiqué de presse, agence régionale de santé Bretagne, 27 mars 2023

L'AMBULATOIRE, ACTIVITÉ JUTEUSE POUR LES CLINIQUES

Le secteur privé a notamment investi sur le développement de l'ambulatoire, permettant de prendre en charge un patient pour une opération, sans l'hospitaliser plus d'une journée.

En 2023, la Cour des comptes notait que « *la plus grande partie des séjours ambulatoires est réalisée dans des établissements privés (61,4 %)* ». C'est rentable : l'opération est programmée, a priori sans complication, et le patient ne dort pas sur place. Il s'agit d'opérations aussi diverses que la chirurgie de l'œil, l'ablation d'une tumeur du sein ou de l'utérus, une chirurgie du genou, etc. Ariane Bénard, directrice du centre hospitalier de Saint-Brieuc, confirme la concurrence frontale avec la clinique de Plérin, qui appartient au groupe Hospi Grand-Ouest : « *Clairement, on a tous [les hôpitaux du groupement hospitalier d'Armor : Saint-Brieuc, Paimpol, Guingamp, Lannion] perdu des parts de marché face à la clinique de Plérin. C'est elle qui fait le plus d'activité chirurgicale.* » La clinique concentre en effet 50 % de l'activité de chirurgie ambulatoire¹⁸ de la zone géographique, contre 16 % pour l'hôpital de Saint-Brieuc.

« *Les médecins libéraux adressent aussi plus facilement leurs patients vers les cliniques* », regrette Younes Boulahia, chirurgien à l'hôpital de Guingamp, poursuivant par cet exemple : « *Un de*

mes patients avait été envoyé à la clinique de Plérin par son médecin généraliste pour une opération du canal carpien. Mais il ne pouvait pas se permettre les dépassements d'honoraires pratiqués par la clinique. Il avait même peur que son médecin sache qu'il était venu chez nous. » La plupart des chirurgiens de la clinique sont en effet conventionnés en secteur 2, c'est-à-dire qu'ils fixent eux-mêmes leurs tarifs. L'Assurance maladie rembourse le prix de la consultation seulement sur la base du tarif du secteur 1. Le reste est donc à la charge du patient, s'il n'a pas de mutuelle.

Selon une source dans un groupe privé qui détient plusieurs cliniques en Bretagne, certaines « astuces » de son employeur sont légion pour optimiser les coûts : « *Ils n'hésitent pas à faire payer une chambre plein pot alors qu'on a laissé le patient 30 minutes debout dans la pièce. La logique c'est toujours : lorsqu'un acte est prévu à 60 euros, si on peut faire en sorte de le facturer 80 euros, à la hauteur de ce que la mutuelle du patient prend en charge, c'est banco !* »

L'effet de ces tarifs majorés peut paraître indolore sur le portefeuille, en premier lieu. Mais si les mutuelles observent un surcoût des soins à rembourser, elles vont compenser en augmentant le montant des cotisations. Avec la T2A et sans les contraintes du service public, le privé a le beurre et l'argent du beurre : le secteur est financé à 92 % par la Sécurité sociale

18] « Part d'activité en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité en 2023 », site web Hospidiag, page web consultée en novembre 2025

via la tarification à l'activité mais il n'a aucune obligation de permanence des soins. Et après une mobilisation sans précédent¹⁹ du secteur privé, qui avait notamment appelé les médecins libéraux à cesser le travail en juin 2024 le gouvernement a finalement annoncé²⁰ une augmentation identique des tarifs pour le public et le privé, à +0,5 %, sans contraintes supplémentaires.

Ce qui permet aussi au secteur de mener une concurrence féroce aux établissement publics en terme de ressources humaines, promettant des rémunérations bien supérieures et de meilleures conditions de travail, comme nous le détaillons dans le dernier volet de notre enquête.

**Isabelle Jarjaille, Caroline Trouillet,
Raphaël da Silva**

19] « Rennes : les hôpitaux privés de Saint-Grégoire et Cesson-Sévigné annulent leur mouvement de grève », Clémence Pays, *Actu.fr*, 12 avril 2024

20] « Le gouvernement annonce une augmentation du financement des établissements de santé en 2025 », communiqué de presse, ministère de la Santé, 15 mars 2025

DÉFICITS ABYSSAUX, BÂTIMENTS VÉTUSTES : HÔPITAUX BRETONS EN PÉRIL

Essorés par la tarification à l'activité, les hôpitaux publics bretons n'ont aucune marge de manœuvre pour investir. Pourtant, les bâtiments se dégradent d'année en année et les promesses d'aides à la rénovation se font attendre. Certains projets sont dans les cartons depuis 15 ans, empêchant les établissements de développer leur activité. Un cercle vicieux qui affaiblit toujours plus l'accès aux soins pour tous et toutes en Bretagne.



- » Faute de financements, les bâtiments des hôpitaux bretons se dégradent, au détriment de la sécurité des usagers.
- » Face à cet enjeu, l'ARS recommande aux établissements d'augmenter leur activité, pour engranger plus de recettes, alors que les bâtiments sont inadaptés.
- » La recherche d'économies passe par la fermeture de lits, notamment pour développer la chirurgie ambulatoire, qui creuse un peu plus les déficits. Un cercle vicieux.

Hn vingt ans, le déficit des hôpitaux publics n'a jamais été aussi élevé, atteignant 2,5 %¹ de leurs recettes en 2024. Et, loin d'être épargné par l'exécutif dans le cadre du budget 2026, l'hôpital est sommé d'être toujours plus performant², avec encore moins de moyens. À ce jour, à l'échelle de la Bretagne, pas moins de huit centres hospitaliers sont en attente de restructuration³, pour

un montant total d'investissement estimé à 1,1 milliard d'euros.

Au compte-goutte, l'agence régionale de santé (ARS) annonce des enveloppes financières, comme à Guingamp, le 27 juin 2025, avec la validation d'un plan de financement⁴ à 101 millions d'euros, dont la moitié doit être emprunté par l'hôpital, l'autre moitié étant financée par l'ARS et le département des Côtes-d'Armor.

POINT D'ÉTAPE - LES PROJETS EN COURS D'INSTRUCTION

		Cohérence territoire	Cohérence Taille Projet	Cohérence chiffrage projet	Soutenabilité financière	Coût Opération	DE LA SANTE	
GHBA	Vannes - Auray Ploermel					357 M€ 7,8 M€	118 M€ dont 35,1 M€ RCF	2026/33
CHU Rennes	2 ^e et 3 ^e phases - Projet Nouveau CHU (ex COPERMO)					273,6 M€	80 M€ dont 15 M€ RCF	2027/30
CH Redon	Reconstruction- Rénovation					66 M€ (dont 42 M€ phase 1 : extension/rehabilitation plateau technique)	30 M€ dont 1,2 M€ RCF	2026/29
CH Brocéliande	Reconstruction des sites de Monfort et Saint-Méen					25 M€	7,2 M€ dont 0,2 M€ RCF	2026/27
GHRE	Hôpital Territorial					334 M€	177 M€ dont 27 M€ RCF	2026/32
CH St-Brieuc	Restructuration dont « alle agile » et urgences					75 M€	27,5 M€ dont 1,1 M€ RCF	2025/27
CH Lannion/Polyc. Trégor	Rapprochement des structures					21,7 M€	9,3 M€ RCF	2026/28
CH Guingamp	Modernisation du secteur sanitaire						dont 1,2 M€ RCF	2027/30

Bilan du fonds d'investissement régional 2024. Document extrait d'un webinaire de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie CTS, 16 mai 2025.

1] « La dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics se poursuit en 2024 », Études et résultats, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, juillet 2025

2] « Circulaire relative à l'efficience et à la performance des établissements de santé », note du Premier ministre, 23 avril 2025

3] « Bilan FIR 2024, webinaire CRSA CTS », la conférence régionale de la santé et de l'autonomie CTS, 16 mai 2025

4] « Nouvel hôpital de Guingamp : un projet à plus de 100 millions d'euros validé et soutenu financièrement par l'ARS Bretagne », communiqué de presse, agence régionale de santé Bretagne, 27 juin 2025

Sur le papier, le projet de rénovation est financé. Mais, en pratique, comment des centres hospitaliers en déficit chronique vont-ils pouvoir emprunter et investir ? Pourtant, la situation devient urgente.

DES BÂTIMENTS NON CONFORMES POUR LA SÉCURITÉ INCENDIE

Au CHU de Rennes, le bâtiment accueillant une partie des activités de chirurgie est aujourd’hui « *sous avis défavorable en matière de sécurité incendie* ». À Redon, au sud de la Bretagne, « *côté ouest, on doit mettre des draps aux fenêtres les jours de vent, sinon il passe à travers* », témoigne une soignante de l’hôpital.

Et la vétusté des bâtiments coûte cher, notamment en chauffage : les dépenses énergétiques sont estimées par la direction du centre hospitalier à environ 1 million d’euros par an. Et ici, comme au CHU de Rennes, une partie des bâtiments ne devrait plus accueillir de public au regard de la sécurité incendie. Depuis six ans, les « locaux sommeil », hébergeant les patients hospitalisés, devraient être fermés au public.

Pour garder le bâtiment ouvert, le centre hospitalier paie une équipe de sept personnes dédiée à la sécurité, sur place 24 h/24, coût : 800.000 euros par an, selon nos informations.

Plus au cœur de la Bretagne, au centre

« On doit mettre des draps aux fenêtres les jours de vent. »

hospitalier de Brocéliande, une médecin rappelait lors d’un conseil de surveillance en octobre 2024⁵, que « *l’état des bâtiments ne permettra pas d’attendre plusieurs années : le risque de rupture d’exploitation est réel [c'est-à-dire le fait de devoir fermer les bâtiments à moyen terme]. Il est primordial d’avancer rapidement sur ce sujet* ».

Un point de vue appuyé par une infirmière : « *Cela fait 13 ans que j’entends parler d’une reconstruction sur Saint-Méen et que rien n’aboutit. Pendant ce temps, on continue à accueillir des résidents en chambre double pour leur fin de vie. Les conditions de travail et d’hébergement se détériorent alors que le terrain est disponible et propriété de l’établissement.* »

5] Procès-verbal du conseil de surveillance, centre hospitalier de Brocéliande, 10 octobre 2024

Comment emprunter quand le déficit s'élève à 4 millions d'euros et ne cesse de se creuser ?

DES CENTRES HOSPITALIERS EN CONCURRENCE POUR RÉCUPÉRER DES CRÉDITS

Sur le constat tout le monde est d'accord : les centres hospitaliers bretons doivent être rénovés, parfois totalement reconstruits. Pour la plupart, les projets sont dans les cartons depuis plus de dix ans mais Redon et Guingamp sont, à ce jour, les seuls

dont le financement a été validé officiellement, en 2025.

À Redon, l'ARS a promis une enveloppe de 30 millions d'euros⁶ pour financer la réalisation d'un nouveau bâtiment d'hospitalisation, d'ici à 2028.

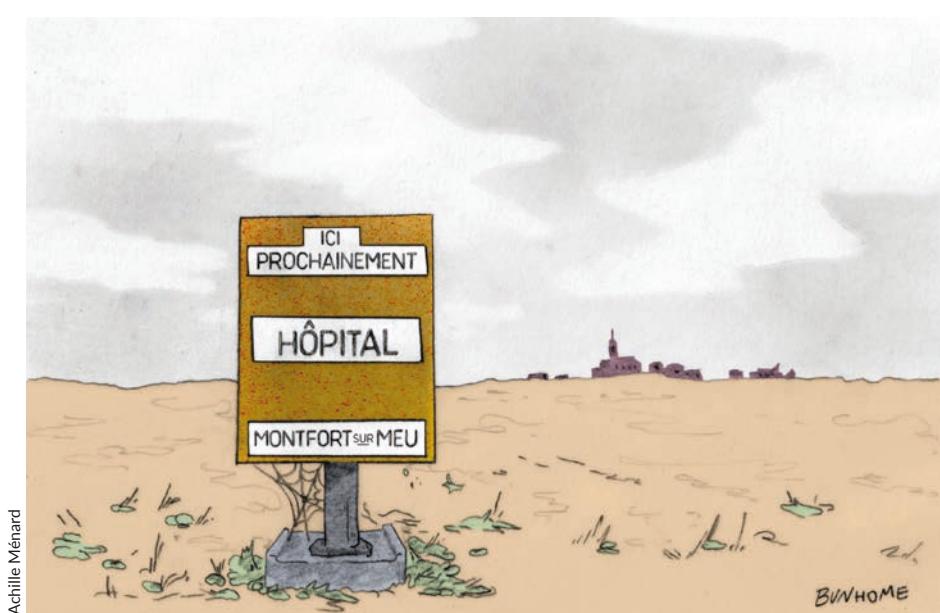
« Les deuxième et troisième phases [restructuration du plateau technique et des locaux logistiques] dépendent de la capacité d'auto-financement, souligne Mathilde Hignet, députée d'Ille-et-Vilaine La France Insoumise, membre du conseil de surveillance. Mais au regard de la situation financière, on peut douter de la capacité du centre hospitalier à financer ces phases. » Comment emprunter quand le déficit s'élève à 4 millions d'euros⁷ à fin 2024 et ne cesse de se creuser ? Il était de 3,5 millions d'euros⁸ en 2023.

Et le financement accordé à Redon ou à Guingamp par l'Agence régionale de santé fait craindre aux autres centres hospitaliers de n'avoir plus que des miettes. L'ARS l'a précisé en conseil

^{6]} Procès-verbal du conseil de surveillance, centre hospitalier intercommunal Redon-Carentoir, 17 décembre 2024

^{7]} Procès-verbal du conseil de surveillance, centre hospitalier intercommunal Redon-Carentoir, 15 octobre 2024

^{8]} Procès-verbal du conseil de surveillance, centre hospitalier intercommunal Redon-Carentoir, 5 décembre 2023



Achille Ménard

de surveillance de Redon⁹ : les 30 millions d'euros donnés à cet hôpital sont pris sur le fonds d'intervention régional, enveloppe allouée, chaque année (254,2 millions d'euros en 2024), par le ministère de la Santé et l'Etat à l'agence régionale de santé Bretagne pour financer les établissements de santé.

Les millions promis aux uns sont autant d'argent en moins pour les autres établissements de santé, d'autant plus dans un contexte budgétaire contraint. Dans son projet de budget pour 2026, l'ex-Premier ministre François Bayrou prévoyait que la santé doive

contribuer aux économies à hauteur de 5,5 milliards d'euros.

Au centre hospitalier de Brocéliande, la procédure patine depuis cinq ans, à cause de difficultés pour trouver un terrain disponible pour accueillir le nouvel hôpital et le président du conseil de surveillance de l'hôpital, maire de Montfort-sur-Meu, craint pour le maintien de ses subventions. « *Si nous ne validons pas notre projet rapidement, il y a un risque de perte des crédits vers d'autres centres hospitaliers* », s'inquiète Fabrice Dalino.

Le projet de reconstruction¹⁰ est estimé à 25 millions d'euros et doit être

9] Procès-verbal du conseil de surveillance, centre hospitalier intercommunal Redon-Carentoir, 9 janvier 2025

10] « Bilan FIR 2024, webinaire CRSA CTS », la conférence régionale de la santé et de l'autonomie CTS, 16 mai 2025

financé en partie par 7,2 millions d'euros promis par l'État.

POUR RÉNOVER, IL FAUT AUGMENTER LES RECETTES...

À Vitré aussi. D'après un document interne¹¹ consulté par Splann !, la mise en œuvre du projet de rénovation est « vitale » pour la survie de l'établissement. En décembre 2022, l'ARS avait débloqué une enveloppe de 11 millions d'euros sur les 32 millions d'euros nécessaires à la restructuration.

Mais pour trouver les 20 millions d'euros restants, le centre hospitalier doit démontrer sa « *soutenabilité financière* » notamment avec « *un niveau d'activité qui permette de financer sa modernisation* ».

Or, comment développer l'activité avec des bâtiments déjà inadaptés ? À Redon, les représentants CGT et CFDT ont émis un avis défavorable¹² sur le plan de financement du projet en janvier 2025 parce que la direction et l'ARS prévoient un nombre de lits légèrement en baisse, notamment pour développer l'ambulatoire, mais une activité en hausse de 2 % par an¹³.

...MAIS POUR AUGMENTER LES RECETTES, IL FAUT RÉNOVER

L'équation qui laisse les syndicats dubitatifs : comment faire plus avec moins ? Pour la directrice, c'est un

cercle vertueux : « *Après la première phase de travaux, d'une part, les dépenses de sécurité et énergétiques vont baisser, explique Anne Rousselot-Soullièvre. Et d'autre part, le nouveau bâtiment « sommeil » permettra d'avoir de meilleures conditions d'accueil pour renforcer l'attractivité des patients, et l'attractivité vis-à-vis des médecins.* »

À Guingamp, le projet de reconstruction de l'établissement vient d'être validé. Cinquante-six millions d'euros restent toutefois à la charge de l'hôpital, dont le déficit est croissant.

Olivier Quéré qui représente la communauté médicale de l'hôpital, est confiant, malgré un déficit important. « *Nous avons une activité en flèche depuis deux ans. Et après la reconstruction, nous pourrons diminuer nos dépenses de chauffage parce qu'actuellement l'hôpital n'est pas du tout isolé. Il n'y aura aucune réduction de lits, et nous aurons une chirurgie complète, jour et nuit. Il n'y a eu aucune concession avec l'ARS sur ce sujet.* » Si le médecin insiste bien sur ce dernier point, c'est qu'il avait refusé de signer la première ébauche du projet de reconstruction.

Si le médecin insiste bien sur ce dernier point, c'est qu'en août 2022, un rapport mandaté par l'ARS avait préconisé, notamment, que l'activité chirurgicale de l'hôpital devienne exclusivement ambulatoire, et que la maternité saute. Le

11] « *projet médico-soignant partagé 2019-2023* », centre hospitalier Simone Veil de Vitré

12] Procès-verbal du conseil de surveillance, centre hospitalier intercommunal Redon-Carentoir, 9 janvier 2025

13] « *Projet d'établissement 2021-2025* », centre hospitalier Redon-Carentoir

tout pour envisager une activité qui augmente à Guingamp, compensant une situation financière « très dégradée, malgré la mise en œuvre de plans de retours à l'équilibre successifs ».

L'hôpital « mère » du groupement, Saint-Brieuc, avait ensuite repris ces deux orientations dans son projet médico-soignant, une feuille de route où sont planifiées les activités médicales sur cinq ans, de 2023 à 2028, et pour tous les sites de son groupement hospitalier.

L'arrêt des accouchements n'a pas été remis en cause par les équipes de Guingamp. La maternité n'en réalise déjà plus depuis avril 2023 et elle sera remplacée, nous explique Olivier Quéré « par un centre de gynécologie et de suivi de grossesse ».

Par contre, le passage à une chirurgie programmée, c'est-à-dire pour des opérations effectuées seulement en journée, n'a pas été au goût de la direction de Guingamp et des équipes médicales. Elles refusent de signer le document : « On doit garder notre chirurgie complète, la chirurgie tout ambulatoire ça n'a pas de sens pour la population âgée de notre territoire », explique Olivier Quéré.

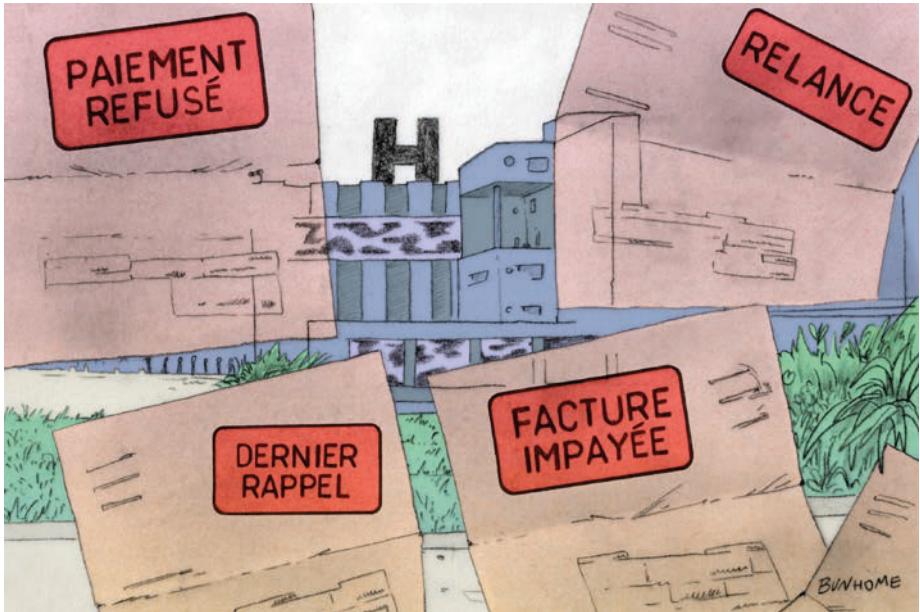
L'ARS avait finalement émis une « réserve » sur le projet médico-soignant, cultivant un certain flou.

« J'avais bien ce doute sur la chirurgie ambulatoire, d'autant plus qu'on est

« Le tout ambulatoire, ça n'a pas de sens pour la population âgée de notre territoire. »

saturés au niveau du bloc opératoire à Saint-Brieuc, on aurait été incapable d'absorber toute l'activité chirurgicale de Guingamp », reconnaît Régis Delaunay, qui a participé à l'écriture du projet, en tant que représentant des médecins du groupement hospitalier, aux côtés de la direction.

« Mais mon seul objectif était de convaincre l'ARS de nous valider un projet architectural pour Guingamp et de nous donner à l'époque au moins une centaine de millions d'euros. Parce que nos revenus financiers actuels ne nous permettent pas de faire fonctionner un hôpital, tout en investissant dans l'imobilier pour rénover par la suite, insiste-t-il, précisant : Nos quatre hôpitaux du groupement d'Armor cumulent dans leur ensemble 50 % du déficit de tous les établissements bretons. »



MOINS DE LITS D'HOSPITALISATION MAIS PLUS D'ACTIVITÉ, LE PIÈGE DE L'AMBULATOIRE

Le site briochin était en effet, jusqu'à fin 2024, un des seuls hôpitaux bretons à ne pas avoir retrouvé son activité depuis la crise sanitaire, avec 30 millions d'euros de déficit sur l'année 2024, et des factures payées sur un délai moyen de 170 jours, nous indique la direction. « *On priorise l'achat des médicaments et l'alimentaire. Mais certaines entreprises, notamment pour des opérations de maintenance, ne veulent plus nous faire de devis. C'est dramatique pour le tissu économique local* », déplore la directrice, Ariane Bénard.

Ce qui a creusé un tel déficit ? « *L'inflation, le coût de l'énergie, les revalorisations de salaire des soignants*

décidées par l'État en sortie de crise du Covid », répond Régis Delaunay. « Pour compenser ces dépenses, l'État aurait dû revaloriser les tarifs des séjours des patients pour qu'on puisse générer des recettes », poursuit-il, décrivant cette logique de financement de la T2A : les entrées d'argent dépendent du volume d'activités d'un hôpital. Une logique délétère, tant l'hôpital a des injonctions contradictoires. L'activité ambulatoire est justement un bon exemple.

Depuis dix ans, à Saint-Brieuc comme ailleurs, le nombre de lits a diminué au profit de places, destinées à des patients hospitalisés dans la journée, en médecine ou chirurgie. Ce virage ambulatoire a été demandé à l'ensemble des hôpitaux, par les pouvoirs publics, avec des objectifs précis à tenir : 70 %

de la chirurgie et 55 % de la médecine doivent se passer en ambulatoire¹⁴ d'ici 2022.

Mais cette injonction entre en collision avec une épée de Damoclès : augmenter les recettes.

Fabrice Liszak de Maszary, directeur de l'hôpital de Morlaix, explique le phénomène : « *La valorisation de l'ambulatoire est inférieure à l'hospitalisation complète, et il faut en faire énormément, comme les cliniques, pour que ce soit rentable. C'est bien mieux pour les patients, mais clairement c'est une perte financière pour les hôpitaux. Il y a une forte demande des directeurs d'hôpitaux auprès du ministère pour qu'il y ait une revalorisation des tarifs.* »

Cette conclusion nous est partagée, aussi, par la directrice de l'hôpital de Saint-Brieuc. Et si le CHU de Rennes n'a pas répondu à nos questions, nous avons pu consulter une note confidentielle produite par la direction, et destinée au ministre délégué Yannick Neuder, lors d'une visite au CHU de Rennes, le 7 janvier 2025. On peut y lire que « *la part prépondérante de l'ambulatoire [...] pénalise lourdement les recettes du CHU* ».

Mi-juillet, le site des Échos¹⁵ relatait que selon François Bayrou, les hôpitaux devront pourtant bien s'appuyer sur la médecine ambulatoire pour

faire des économies, dans le cadre du budget 2026.

LES PETITS HÔPITAUX DANS UN GOULOT D'ÉTRANGLEMENT

Saint-Brieuc vient tout juste de remonter la pente en retrouvant, début 2025, son niveau d'activité d'avant Covid. « *Je ne suis pas inquiète, on va se rétablir. C'est infiniment plus problématique pour les petits établissements* », reconnaît Ariane Bénard, directrice de l'hôpital briochin, en référence au site de Lannion.

Cet hôpital isolé, situé à 50 minutes de sa maison-mère, Saint-Brieuc, est « *au bord du gouffre* », selon les propos de Pascal Lasbleiz, représentant CGT de l'hôpital, avec un déficit record en 2024 de 20 millions d'euros.

En juillet 2024, la chambre régionale des comptes¹⁶ constatait « *l'échec des plans de redressement mis en œuvre jusqu'à présent. Dès lors, l'engagement d'investissements sur le long terme n'est aujourd'hui plus envisageable. Cette situation est d'autant plus préoccupante que le taux de vétusté des équipements est aujourd'hui élevé (quelque 90 %)* ».

Les juges des comptes publics insistent sur la situation de l'Ehpad, « *dont la progression des recettes ne permet pas de couvrir celle des dépenses* », ce qui impose à leur sens d'augmenter les tarifs d'hébergement.

14] « Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital », chapitre V, rapport de la Cour des comptes, 2018

15] « Budget 2026 : l'inefficacité des hôpitaux dans le viseur du gouvernement », Solenn Poullennec, Les Échos, 12 août 2025

16] « Rapport d'observations définitives, centre hospitalier de Lannion, exercices 2018 et suivants », Chambre régionale des comptes Bretagne

Mais du côté de Lannion, l'enjeu est vif de récupérer des parts de marché face au privé, puisque l'hôpital accueille seulement 15 % des patients¹⁷ de son bassin de vie pour un séjour chirurgical, quand la Polyclinique du Trégor en reçoit 40 %. Et comble de la situation, le chirurgien digestif de Lannion doit opérer ses patients atteints de cancer... à la polyclinique du Trégor puisque c'est elle qui a une autorisation de l'ARS.

La clinique rembourse une partie du temps médical au service public, mais la valorisation du séjour est empêchée par la première. Dans ce match entre public et privé, l'ARS arbitre ainsi pour le second.

Quoiqu'il en soit, depuis l'abandon du rapprochement public-privé, « *il n'y a pas de plan B à date pour Lannion* », poursuit Ariane Bénard. Les urgences de Lannion sont en régulation nocturne permanente, depuis avril 2024. Les patients sont donc hospitalisés et

opérés ailleurs, provoquant une perte de recettes financières. En 2019, 68 % des hospitalisations provenaient des urgences. Ce n'est plus que 11 % en 2023. C'est un cercle vicieux.

L'hôpital accuse une baisse d'activité, de recettes, et perd encore davantage de chances d'attirer des médecins pour espérer renforcer les équipes. Et, in fine, les patients sont orientés vers le privé par leur médecin traitant pour être pris en charge rapidement, comme nous l'ont confié des chirurgiens de Lannion et de Guingamp.

« *Oui, je suis inquiète* », admet Ariane Bénard. « *On subit la situation parce que le modèle de financement actuel ne permet pas à des établissements de cette taille, qui ont des urgences, un bloc opératoire et des soins critiques qui fonctionnent H24, de s'en sortir budgétairement.* »

**Isabelle Jarjaille, Caroline Trouillet,
Raphaël da Silva**

^{17]}« Schéma directeur d'investissement, territoire Trégor – Armor, agence régionale de santé Bretagne, centres hospitaliers de Lannion – Guingamp – Saint Brieuc », rapport de mission menée de mai 2021 à juillet 2022

L'HÔPITAL PUBLIC CHERCHE MÉDECINS DE TOUTE « URGENCE »

L'engagement des soignants et des médecins pour le service public vire au sacrifice. Sous-effectif et surmenage sont leur lot quotidien depuis des années, et voilà qu'ils doivent se préparer à prendre en charge des blessés de guerre, les a prévenus le ministère de la Santé. Essorés, ils sont nombreux à répondre aux appels du secteur privé, où les conditions de travail et de rémunération sont bien meilleures.



- » De plus en plus d'étudiants sont formés en médecine, mais toujours pas en nombre suffisant et les moyens financiers ne suivent pas pour les former.
- » La loi Rist a freiné le recours excessif à l'intérim médical, mais les petits hôpitaux ont été privés abruptement d'une ressource humaine indispensable.
- » À bout, les médecins hospitaliers sont nombreux à partir dans les cliniques privées.

J'ai passé l'équivalent de cinq années de ma vie en heures de garde, loin de ma famille, les soirs et les week-ends », calcule, fatigué, Dorin Ionesco. Ce chirurgien gynéco-obstétricien d'une cinquantaine d'années est en poste depuis vingt ans à la maternité de Guingamp : en sous-effectif chronique, le service n'accueille plus aucun accouchement depuis avril 2023.

LES MATERNITÉS À BOUT DE SOUFFLE, LE CAS DE GUINGAMP

La maternité est le service hospitalier le plus en proie aux tensions de recrutement, puisqu'il faut assurer une astreinte 24 h/24 de cinq corps professionnels différents : les sages-femmes, les gynécologues obstétriciens, les pédiatres, les anesthésistes et les chirurgiens viscéraux.

Au vu de la pénibilité des gardes, plus un hôpital est isolé, plus il est petit, plus il a de difficultés à réunir les professionnels nécessaires. D'autant plus que cette activité ne serait pas rentable en dessous de 1.200 accouchements à l'année¹. Dans un contexte

de baisse de la natalité, on compte ainsi trois fois moins de maternités en France depuis 1975².

Celle de Guingamp, qui réalisait 458 accouchements en 2022, contre 750 en 2010, a survécu vaille que vaille jusqu'en avril 2023, malgré plusieurs menaces de fermeture. En 2018, l'agence régionale de santé (ARS) ordonne une première suspension de l'activité pour sous-effectifs d'anesthésistes, annulée à la suite de mobilisations importantes de la population, et surtout de l'entremise de Noël Le Graët. En pleine demi-finale du mondial de foot à Moscou, l'ancien maire de Guingamp et président de la

Fédération française de football (FFF) joue de sa proximité avec Emmanuel Macron pour obtenir un sursis de deux ans à la maternité.

« Il avait réglé le problème en deux minutes à la mi-temps »,

relate *Le Télégramme*³. En 2022, une fermeture est prononcée par l'ARS. Rebelote, Noël Le Graët obtient d'Emmanuel Macron un deuxième sursis. Aucune solution n'est trouvée pour autant pour recruter suffisamment de personnel. En avril 2023, la suspension

« Face à un décès néonatal, si vous n'avez pas une équipe au complet, ça vous hante pendant très longtemps. »

1] « L'avenir de la santé périnatale et son organisation territoriale », rapport d'information n°753, Sénat, 10 septembre 2024

2] « La naissance : les maternités », Les établissements de santé en 2022, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2024

3] « « La maternité de Guingamp ne fermera pas », assure Noël Le Graët », Laurent Rivier, *Le Télégramme*, 10 juillet 2022



du service devient inéluctable. Depuis, plus aucune femme n'accouche donc à la maternité de Guingamp.

« Sur un besoin de 15 sages-femmes, on en a cinq. Il faut un minimum de cinq médecins et on est à deux emplois équivalent temps-plein, nous n'avons jamais eu de pédiatre sur place. Et les anesthésistes évitent l'obstétrique », détaille le gynécologue en chef Dorin Ionesco. « Nous avons vécu des situations d'énormes stress. Face à un décès néonatal avec une grosse hémorragie, si vous n'avez pas une équipe au complet, je peux vous dire que ça vous hante pendant très longtemps, et il peut y avoir un procès », poursuit-il. « Mais tout cela était prévisible, dès mon arrivée en 2004, on m'avait prévenu d'une probable fermeture. Au fil des menaces de suspension, le personnel a

diminué et les contrats étaient de plus en plus courts. » Comment convaincre des confrères et consœurs de venir travailler dans une maternité dont l'avenir est si incertain, les équipes si instables ? « Je me rappelle avoir passé des centaines de coups de fil pour des remplacements, et on me demandait : Mais qu'est-ce qui va se passer au final, pour cette maternité ? »

FERMETURES MÉDIATIQUES, PRESSIONS POLITIQUES

Officiellement, la maternité est en pause. L'ARS enchaîne ainsi les arrêtés de suspension, sans prendre réellement de décision de clore le service. Fermer officiellement une maternité, c'est en effet une prise de risque, « un sujet trop inflammable sur le plan

politique. Nous n'avons aucune prise sur le dossier, c'est entre les mains du ministère », réagit Olivier Quéré, qui représente la communauté médicale de l'hôpital de Guingamp.

Inflammable, comme le fut la fermeture de la maternité de Carhaix, annoncée en 2008 par l'ancêtre de l'agence régionale de santé, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Grèves de la faim de sages-femmes, occupation des bâtiments, routes bloquées, manifestations fleuves, heurts avec la police et les CRS... Au terme de deux mois d'une mobilisation massive de la population et des élus, Christian Troadec, maire de Carhaix, en chef de file, la fermeture de la maternité est annulée⁴ par décision du tribunal administratif de Rennes.

Ce rapport de force s'est imprimé dans les relations entre le CHU de Brest et l'hôpital centre-breton, qui sont une seule et même entité depuis leur fusion en 2009. « *Si je dis que la maternité de Carhaix peut fermer un jour, et que le maire de Carhaix, Christian Troadec, l'apprend, ça se passera très mal !* », lançait Bertrand Fénoll, alors président de la commission médicale du CHU de Brest, lors de rencontres professionnelles en 2014⁵. « *Fermer la maternité de Carhaix c'est savoir si on peut se payer une compagnie de gendarmes pendant*

six mois ! », ajoutait-il avec ironie. Au-delà des enjeux politiques, l'isolement géographique de la maternité de Carhaix la préserve, encore aujourd'hui, puisque la maternité la plus proche est à 45 minutes de route. Mais si elle continue d'accueillir en moyenne 200 naissances à l'année, c'est essentiellement parce que les sages-femmes de Carhaix travaillent aussi au CHU de Brest, en postes dits « partagés ».

DES MÉDECINS EN POSTES PARTAGÉS ENTRE LES HÔPITAUX : LA FAUSSE BONNE IDÉE ?

Peine perdue de convaincre des médecins de travailler dans des hôpitaux des terres, éloignés des pôles d'attraction et de formation que sont les CHU ? À défaut, « *L'exercice mutualisé* »⁶, autrement dit partager le personnel entre plusieurs hôpitaux, est une stratégie prônée par les pouvoirs publics pour gérer les sous-effectifs. Notamment ceux des urgences, dont les services sont saturés, partout en Bretagne.

Le 13 juin 2025, Yannick Neuder, ministre délégué à la Santé, annonce la création de postes partagés et signe avec les hôpitaux du Finistère une convention de « fédération médicale inter-hospitalière (FMIH) des urgences

4] « Hôpital de Carhaix : le TA annule la fermeture partielle », Xavier Debontride, Gazette des communes, 25 juin 2008

5] « Bertrand Fenoll, président de la CME du CHU de Brest », Les rencontres de la Baule, Youtube, 8 octobre 2015, page web consultée en novembre 2025

6] « Note d'information sur l'actualisation du PRS sur l'activité Aide Médicale Urgente (AMU) », Agence régionale de santé de Bretagne, 10 mars 2025

de Bretagne occidentale »⁷. Objectif : accroître « la solidarité territoriale et l'exercice partagé » et permettre enfin la réouverture du service des urgences de Carhaix, régulé jour et nuit depuis l'été 2023.

Mais cet « exercice partagé » s'est avéré jusqu'ici très problématique entre Brest et Carhaix, concernant les urgences. En septembre 2023, une soixantaine de manifestants et d'élus occupent les locaux de l'ARS à Quimper⁸ pour réclamer la réouverture des urgences, dont l'accès est régulé jour et nuit. Un mois plus tard, un protocole d'accord⁹ est signé entre l'ARS, les élus, la direction des hôpitaux de Brest et Carhaix. Remis en cause aussitôt par une grève illimitée¹⁰ des médecins urgentistes de Brest, dénonçant un sous-effectif de leur côté. Déshabiller Brest pour habiller Carhaix ? Pas question. Une solution de dernier recours est finalement apportée, avec la venue de médecins de la réserve sanitaire, l'équivalent de la réserve militaire pour la santé. Et

Déshabiller Brest pour habiller Carhaix ?

il faut attendre le 8 septembre 2025, soit deux ans après le dit « protocole d'accord », pour qu'un médecin urgentiste soit finalement recruté aux urgences de Carhaix¹¹, en poste non partagé.

Ni la direction du CHU de Brest, ni l'agence régionale de santé n'ont donné suite à nos demandes d'entretien sur le sujet.

Des médecins hospitaliers, dont certains ont travaillé à Carhaix alors qu'ils en étaient en poste sur d'autres hôpitaux, confient : « *Quand vous sortez d'une nuit entière de garde en ayant dormi seulement deux heures, faire une*

7] « Protocole de sortie de crise et de développement de l'hôpital de Carhaix : le comité de suivi s'est à nouveau réuni le vendredi 11 juillet pour partager les premières recommandations de la mission de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) et les objectifs associés à la création de la fédération médicale inter-hospitalière (FMIH) des urgences de Bretagne occidentale », communiqué de presse, Préfecture du Finistère et Agence régionale de santé Bretagne, 16 juillet 2025

8] « Occupation des locaux de la délégation départementale de l'Agence régionale de santé de Quimper : le blocage est levé », communiqué de presse, Préfecture du Finistère, 14 septembre 2023

9] Protocole pour la sortie de crise et le développement de l'hôpital de Carhaix, 27 octobre 2023

10] « Un préavis de grève « illimité » des services d'urgences de l'hôpital Brest-Carhaix », Ouest-France, 8 novembre 2023

11] « Les urgences de Carhaix réouvertes le jour », Erwan Chartier-Le Floch, Le Poher, 9 septembre 2025

heure de route épuisé, ce n'est pas possible. J'ai eu un accident dans ces circonstances. À 45 ans, avec une famille, je ne veux plus ça. »

L'hôpital de Pontivy, isolé, peine lui aussi à faire venir des urgentistes de Lorient pour regonfler ses équipes : « *Tant qu'on n'a pas de candidat pour des postes partagés, l'effort repose sur l'équipe existante de Lorient, ce qui peut être pénible pour eux. Et les postes partagés ne sont pas toujours attractifs parce que ça alourdit la charge de travail, il faut s'adapter à deux organisations différentes et il y a le temps de trajet* », regrette Marie-Hélène Aleman-Trevidic qui représente la communauté médicale de l'hôpital.

Selon *Mediapart*¹², l'Inspection générale des finances et l'Inspection générale des affaires sociales (IGF et Igas) ont été missionnées par le ministère, pendant l'hiver 2024, pour « *renforcer la maîtrise de la masse salariale* » et développer la mutualisation. Mutualisation, qui s'accompagne en effet de réduction de postes et de baisse des dépenses, puisque d'ici cinq ans, neuf à treize postes d'astreinte

en chirurgie vont disparaître en Bretagne¹³ du fait « *d'organisations territoriales mutualisées ou partagées* ».

PLUS D'ÉTUDIANTS DIPLÔMÉS, MAIS PAS DE MOYENS POUR LES FORMER

Yannick Neuder, ministre délégué à la Santé, était malgré tout bien décidé à annoncer des bonnes nouvelles lors de sa visite dans le Finistère, en juin 2025. « *D'ici quelques semaines je vais proposer une loi pour supprimer le numerus clausus* ». Il ne s'agit pas là d'un scoop. Officiellement, le *numerus clausus* a

pris fin en 2019 avec la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Elle l'a remplacé par un *numerus apertus*. Depuis, le nombre de places disponibles au concours d'entrée en fac de médecine n'est

plus fixé à l'avance, il dépend de « *la capacité d'accueil des universités* ». Mais, nous confie un médecin anesthésiste, « *on a ouvert plus de places pour les étudiants sans donner les moyens adéquats aux universités pour les accueillir* ».

Résultat, en 2024, 509 postes d'internes étaient ouverts pour la

**« Après une nuit entière de garde, faire une heure de route, épuisé, ce n'est pas possible.
J'ai déjà eu un accident. »**

12] « Réformes structurelles : et maintenant, au tour de l'hôpital », Mathias Thépot, *Mediapart*, 13 août 2025

13] « Révision du PRS - printemps 2025 : permanence des soins en établissements de santé, médecine d'urgence et médecine », Agence régionale de santé Bretagne, ministère de la Santé, 25 juin 2025

spécialité anesthésie¹⁴. Un peu plus qu'en 2019, à 465, mais toujours en deçà des besoins.

« Il nous faudrait 600 internes minimum par an pour faire face aux besoins », estime le médecin anesthésiste, reprenant les chiffres du Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs (SNPHARE).

Et sur les autres spécialités, le nombre de médecins formés n'a pas bondi, en Bretagne : 44 postes de chirurgiens en 2024 contre 40 en

2018 ; 23 postes de médecine d'urgence en 2024, comme en 2018 ; 19 postes en radiologie contre 15 en 2018.

Promulguée le 27 juin 2025, la loi Neuder vise à augmenter le nombre de médecins formés, en allouant des moyens financiers et humains aux universités, en fonction des besoins identifiés par l'agence régionale de santé. Adoptée à l'unanimité par le Sénat et l'Assemblée nationale, cette loi fait consensus. Elle se heurte pourtant au choc budgétaire annoncé par François Bayrou pour l'année 2026 : 44 milliards d'euros d'économies à réaliser dans le budget de l'État, dont 5 milliards dans celui de

la Sécurité sociale. Si ce budget prévisionnel est tombé avec le gouvernement le 8 septembre dernier, il est peu probable que la trajectoire prévue évolue différemment.

L'INTÉRIM MÉDICAL, STOP... MAIS ENCORE

Les hôpitaux les plus isolés, ceux des terres, et les plus petits font encore davantage les frais de cette pénurie, tant ils peinent à attirer des méde-

cins dans des zones peu « attractives », éloignées des CHU.

La solution repose alors sur les médecins intérimaires, ressource coûteuse dont les petits hôpitaux sont les plus consommateurs. Et justement, dans une

« Près de la moitié du budget de l'hôpital de Pontivy, 6 millions d'euros, sert à payer les médecins intérimaires. »

circulaire du 23 avril 2025¹⁵, François Bayrou sommait les directrices et directeurs des agences régionales de santé d'assurer un « suivi resserré des dépenses relatives aux achats et au personnel ». « Les dépenses d'intérim, dont l'encadrement a été renforcé, feront l'objet d'une attention particulière », précisait-il.

Nous avons fait le calcul : alors qu'en 2024 les dépenses en intérim

[14] Arrêté du 7 juillet 2024 portant répartition des postes offerts aux étudiants ayant passé les épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études de médecine au titre de l'année universitaire 2024-2025, Journal officiel, 9 juillet 2024

[15] Circulaire relative à l'efficience et à la performance des établissements de santé, Premier ministre, 23 avril 2025



Achille Ménard

médical représentaient plus de 2 millions d'euros, soit 3 % du budget global en personnel médical des CHU de Brest et Rennes, elles s'élevaient à 20 % des dépenses globales pour l'hôpital de Guingamp et 17 % pour Lannion. Et même à 6 millions d'euros, soit 44 % des frais globaux en personnel médical, pour l'hôpital du Centre Bretagne (CHCB), à Pontivy. Trois fois plus qu'en 2021.

Une inflation qui interroge puisque la loi Rist, entrée en vigueur en avril 2021, plafonne la rémunération des médecins intérimaires. Elle était donc censée freiner ces dépenses exponentielles les années suivantes. « Pour nous, cette loi a eu un effet bénéfique », explique le directeur de l'hôpital de Morlaix, Fabrice Liszak de Maszary. « Je n'en pouvais plus des

médecins qui négociaient hôtel et billet d'avion parce qu'ils venaient de Cannes ou de Nice. Ils appelaient la veille en me disant qu'à Saint-Brieuc ils proposaient 10 % de plus. Et si on ne s'alignait pas, ils ne venaient pas. Ça pouvait monter à 3.000 euros pour les 24 heures. »

Les directions des hôpitaux que nous avons rencontrées partagent ce sentiment, mais la loi s'est aussi accompagnée d'effets pervers pour les plus petits.

Du jour au lendemain, les intérimaires ont claqué la porte. « À Pontivy, 50 % d'entre eux sont partis à la retraite immédiatement après l'application de la loi en avril 2021, sur des spécialités très tendues, pédiatrie, anesthésie, urgences », nous explique Marie-Hélène Aleman-Trevidic.

Aussi, pour combler la fuite des

intérimaires, les directions des hôpitaux ont eu recours à des médecins contractuels, normalement recrutés sur un objectif et une période très précise. Ces médecins ont négocié des tarifs bien supérieurs à ceux de leurs collègues titulaires.

Enfin, les intérimaires ont obtenu que toutes leurs rémunérations soient alignées sur le tarif plafond de la loi Rist, y compris pour ceux qui étaient payés en-dessous de ce seuil. « *D'où cette montée en flèche des dépenses d'intérim à Pontivy* », précise madame Trevidic.

Mais elle n'est pas au bout de ses peines : le 5 septembre dernier, un nouveau décret¹⁶ est venu relever amplement le plafond de rémunération des médecins intérimaires. Il était de 1.410 euros brut la journée médicale de 24 heures en 2023, il est désormais de 2.681 euros brut. Résultat des pressions du syndicat national des médecins remplaçants¹⁷, qui avait contesté la validité du premier décret de 2023 devant le Conseil d'État.

Comment les directions d'hôpitaux pourront-elles alors décentement porter cette « *attention particulière* » à leurs dépenses d'intérim, demandée au printemps par l'exécutif ?

MAL-ÊTRE DES MÉDECINS ET SOIGNANTS : UNE POLITIQUE DE L'AUTRUCHE

« *Je ne remets pas en cause l'essence de la loi Rist. Par contre il aurait fallu revaloriser le statut de praticien hospitalier titulaire, en parallèle* », insiste Marie-Hélène Aleman-Trevidic. À la suite de la crise Covid, l'État a en effet augmenté les salaires des praticiens hospitaliers, de début et de fin de carrière. Mais rien pour tous les milieux de carrière, recrutés avant 2020, alors qu'ils représentent 80 % des effectifs.

« *Évidemment on ne faisait pas le poids pour les faire venir* », termine-t-elle. Et en effet, à l'automne 2023, plusieurs chefs de services et médecins quittent le navire à Pontivy, dont le responsable des urgences et du Smur : « *Les urgences c'était sa vie, on le voyait déperir à vue d'œil, on était inquiets pour lui. Ce qui l'a fait basculer : un confrère qui s'est suicidé aux urgences, dans un autre hôpital en France* », confie Marie-Hélène Aleman-Trevidic.

Le chirurgien orthopédiste Arthur Lignel, a quant à lui décidé de partir dans le privé, chez la polyclinique du Kério, voisine de l'hôpital.

En octobre de la même année, le médecin urgentiste Ambroise le Floc'h

16] Arrêté du 5 septembre 2025 fixant le montant du plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé et par un établissement ou service social et médico-social au titre d'une mission de travail temporaire et le périmètre des qualifications concernées, Journal officiel, 9 septembre 2025

17] « Intérim médical : le plafond de dépenses des hôpitaux pour les médecins intérimaires réévalué à 2 681 euros la journée, contre 1 410 euros actuellement », site web France Info, 12 septembre 2025

Souffrance des personnels hospitaliers : une plainte contre trois ministres.

est agressé par un patient. La goutte de trop, il veut partir : « Quand je traverse les couloirs le matin et que je baisse la tête devant les 30 patients qui attendent, que je me dis "je ne peux pas prendre soin de vous", et qu'on arrive à être maltraitants, je me demande ce que je suis devenu », nous avait-il raconté, dans le sillage de l'agression. Trop attaché à son métier, il a depuis repris le poste de chef de service des urgences. Le 10 avril 2025, un collectif d'une vingtaine d'infirmiers, de directeurs d'hôpitaux, de professeurs des universités-praticiens hospitaliers, ou encore de proches de personnes qui se sont suicidées en France, a porté plainte

pour « harcèlement moral, violences mortelles, homicide involontaire, et mise en péril de la personne » devant la Cour de justice de la République.

Trois ministres sont visés : Catherine Vautrin, ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités, Yannick Neuder, ministre délégué à la Santé et de l'accès aux soins, et Élisabeth Borne, ministre de l'Éducation nationale mais aussi de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Selon leur avocate Christelle Maza¹⁸, les ministres « ont été directement informés » de la souffrance des personnels hospitaliers.

Et en effet déjà, en janvier 2020, plus de 50 chefs de service bretons avaient démissionné de leurs fonctions administratives par l'intermédiaire du Collectif inter-hôpitaux (CIH). Leurs revendications portaient sur la revalorisation salariale des personnels paramédicaux, les budgets insuffisants, la révision du financement et du mode de gouvernance des hôpitaux. « Et puis le Covid est arrivé, et on a dû reprendre nos fonctions », explique, désabusé, Michel Nonent, chef du service d'imagerie du CHU de Brest.

^{18]} « « Il faut appliquer à l'hôpital la jurisprudence France Télécom », selon Me Maza qui dépose plainte contre trois ministres », Sébastien Garnier, Ici Hérault, 15 avril 2025

Persuadée que la fuite des médecins n'est pas inéluctable, Marie-Hélène Aleman-Trevidic, représentante de la communauté médicale de Pontivy, décide en 2023 d'éplucher le droit européen du travail et les textes statutaires de la fonction hospitalière pour y trouver des solutions. Elle figure alors un plan sur mesure pour plafonner, notamment, les heures supplémentaires, « *en attendant d'être suffisamment attractifs pour regonfler les équipes et faire en sorte qu'ensuite, parce que j'y crois, tout le monde puisse passer à 39 heures par semaine. Le plan a très bien été accueilli par les médecins ici, ça redonne espoir aux praticiens d'être enfin considérés.* »

Presque deux ans plus tard, le plan est passé aux oubliettes. La direction de l'hôpital a changé, et depuis « *ce n'est pas un sujet qu'ils ont souhaité travailler, mais plutôt de resolidifier les équipes en partenariat avec Lorient* », nous explique Marie-Hélène Aleman-Trevidic, déçue. Entre-temps, elle avait remis son plan entre les mains des députés et sénateurs du secteur, de l'Organisation de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de l'ARS, qui, nous informe-t-elle, ne lui ont jamais répondu.

LES SIRÈNES IRRÉSISTIBLES DU PRIVÉ

Tous les médecins urgentistes, gynécologues-obstétriciens et chirurgiens que nous avons rencontrés ont été

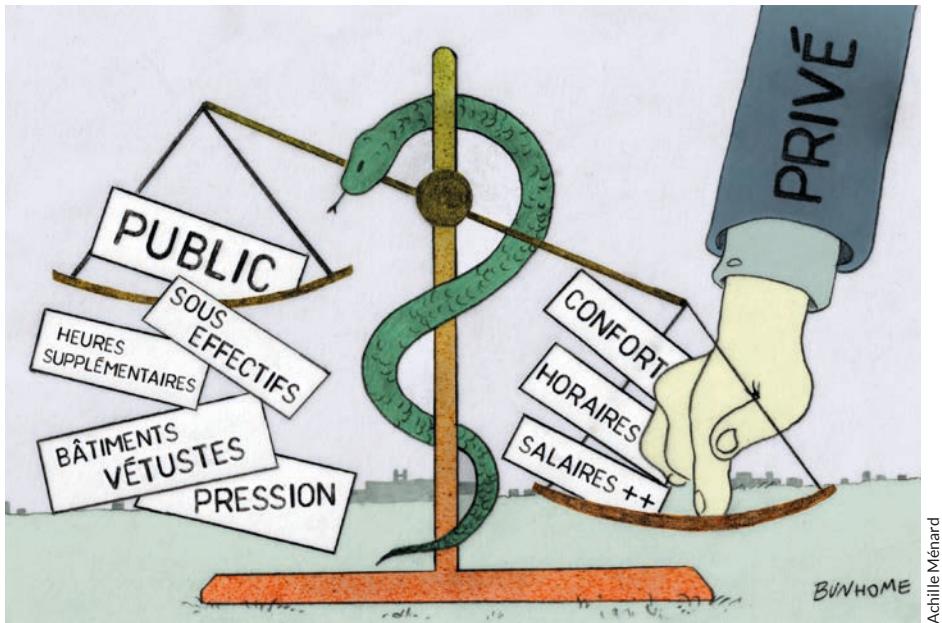
au moins une fois approchés par une clinique privée. « *On nous propose le double de notre rémunération à l'hôpital, avec seulement quatre jours de travail par semaine, de 8h à 17h30* », témoigne Younès Boulhaia, chirurgien orthopédiste de Guingamp.

Avec des conditions de travail si attractives, la concurrence est rude pour l'hôpital public, déjà engagé dans une compétition avec le privé sur les activités rentables. Ce que confirme une médecin au CHU de Rennes, en poste depuis 15 ans, qui voit de nombreux collègues partir vers le privé.

« *Une nuit d'astreinte à l'hôpital c'est 200 euros, mais le lendemain il faut être au travail, même s'il y a eu un déplacement dans la nuit. Aujourd'hui les jeunes médecins veulent avoir du temps et de l'argent !* », constate-t-elle, résignée. De plus, selon elle, les praticiens hospitaliers « *peuvent avoir l'impression que l'hôpital public récupère les patients que le privé ne veut pas, d'être la "poubelle", avec des patients complexes, multi-pathologiques* ».

Un sentiment confirmé par un rapport de la Cour des comptes¹⁹ sur les établissements de santé publics et privés : « *En 2019, sur la totalité des séjours, chaque patient accueilli en établissement public souffrait en moyenne de près de six pathologies, près de quatre pathologies s'agissant des patients des établissements privés à but non lucratif, et près de trois pathologies pour les*

19] « Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité », rapport, Cour des comptes, octobre 2023



Achille Ménard

patients des établissements privés à but lucratif. »

Surtout, le revenu moyen annuel d'un médecin libéral²⁰ est de 120.000 euros, et monte à 150.000 euros pour un spécialiste. Tandis qu'un médecin d'hôpital, en fin de carrière, échelon 13, gagnera 112.416 euros annuel brut, d'après la grille de rémunération des praticiens hospitaliers.

Comme en témoigne un médecin spécialiste exerçant au sein d'un établissement de Vivalto Santé en Bretagne : après 15 ans de carrière et « en travaillant trois jours par semaine, je gagne l'équivalent d'un praticien hospitalier à temps plein en fin de carrière ».

Pourtant, même dans le privé, le recrutement reste tendu. Au Centre hospitalier privé de Saint-Grégoire, « le bloc tourne à 100 % des effectifs, depuis janvier 2025. Après le Covid, il a fallu mettre en place un plan d'attractivité pour faire revenir les gens, notamment les infirmiers, et il y a une concurrence féroce entre les établissements privés, c'est au plus offrant » poursuit le médecin.

Les urgences de cet établissement ont d'ailleurs été régulées, comme celles du public, cet été en proie à des difficultés de recrutement. L'intersyndicale du groupe Vivalto appelle aussi l'ensemble des salariés à une grève générale le 30 septembre 2025 dans

20] « Revenu des médecins libéraux : une hausse de 1,9 % par an en euros constants entre 2014 et 2017 », Études et résultats, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, mars 2022

les établissements du groupe privé, pour demander l'augmentation du personnel.

Public ou privé, la pénurie de médecins touche tous les établissements. Médecins et soignants ne sont pourtant pas au bout de leurs peines. Ils doivent se préparer, d'ici mars 2026, à affronter les retombées sanitaires d'un temps de guerre.

Pas cette « guerre » figurée par Emmanuel Macron, au sujet du Covid, non, une guerre au sens propre, cette fois. *Le Canard enchaîné*²¹ a ainsi révélé qu'en juillet dernier, le ministère de la Santé a informé les directions des

agences régionales de santé, que la France pourrait devenir la base arrière d'un conflit à grande échelle dans les prochains mois. Sans davantage de moyens, les soignants doivent donc se tenir prêts à prendre en charge des centaines de milliers de soldats français et étrangers blessés²².

Un coup fatal, peut-être, porté au droit d'accès aux soins pour tous et toutes, garanti par la Constitution, mais largement saboté par les politiques mises en œuvre depuis 50 ans.

**Isabelle Jarjaille, Caroline Trouillet,
Raphaël da Silva**

21] « Le ministère de la Santé mobilise les hôpitaux pour la guerre », Fanny Ruz-Guindos, *Le Canard enchaîné*, 26 août 2025

22] « Les hôpitaux français invités à se préparer à la guerre d'ici mars 2026, selon des instructions du ministère de la Santé », Steve Tenré, *Le Figaro*, 30 septembre 2025



Abonnez-vous à notre infolettre

Recevez chaque mois des infos exclusives
et soyez avertis lors de la publication
d'une nouvelle enquête. C'est gratuit !

Inscription : splann.org/infolettre

Connaissez-vous Splann ! ?

Nous sommes un collectif de journalistes travaillant en Bretagne et soucieux d'informer sur les atteintes à l'environnement et les droits humains. À la suite de procédures bâillons, de menaces et d'intimidations, subies notamment par Inès Léraud, nous avons fondé *Splann !* en 2020.

Sur le modèle de *Disclose*, notre parrain, il s'agit d'un média d'enquête dont les articles sont tous accessibles librement sur notre site ainsi que chez des partenaires. Nous ajoutons la promesse rare de diffuser nos enquêtes en français et en breton.

Aujourd'hui, *Splann !* est composé d'une rédaction permanente basée à Guingamp, de journalistes rémunérés à la pige et de membres bénévoles qui assurent de nombreuses missions.

Un média indépendant...

Explorer des sujets sensibles réclame une totale indépendance des puissances politiques et de l'argent. C'est pourquoi, nous avons choisi d'exclure tout recours à la publicité ainsi qu'aux subventions des collectivités locales. Notre activité repose sur les dons de centaines de lectrices et de lecteurs.

La forme associative nous garantit de garder le contrôle sur notre média et de nous tenir loin de l'influence de puissants actionnaires. Nous disposons d'un conseil d'administration, élu pour deux ans, qui assure collégialement la gestion courante de l'association, d'un conseil de surveillance qui veille notamment à ce que les fonds collectés ne contreviennent pas à nos statuts, ainsi qu'un comité éditorial chargé du choix des dossiers d'enquête.

qui défend un journalisme de temps long...

À contre-courant des polémiques stériles qui agitent les plateaux des chaînes « tout-info », nous nous concentrons sur des dossiers complexes et d'intérêt général. Des pollutions industrielles aux violences sexuelles dans l'Église catholique en passant par le sacrage du bocage ou la destruction du service public, nous menons des enquêtes au long cours, en constituant des équipes de journalistes capables d'explorer un sujet pendant plusieurs mois et parfois même une année.

Nous assurons un droit de suite après nos révélations, notamment à travers notre infolettre mensuelle gratuite.

... pour provoquer des changements positifs

Nous pensons que les journalistes ne sont pas de simples observateurs mais, au contraire, des acteurs clés des transformations de la société. Nous souhaitons donner du sens aux événements qui agitent la sphère publique, mettre en lumière ce que les pouvoirs préféreraient cacher et permettre aux citoyens de se défendre contre les atteintes à l'environnement, à la probité ou aux droits humains.

Ce journalisme d'impact passe par une large diffusion de nos enquêtes. C'est pourquoi nous nouons des partenariats avec des médias locaux, nationaux et même internationaux tels que France 3 Bretagne, Reporterre ou *Mediapart*.

Nous avons diversifié nos supports pour toucher de nouveaux publics, en investissant dans le podcast, la vidéo ou l'impression de livrets. Nous multiplions aussi les interventions sur le terrain, dans les écoles, des salles municipales ou lors de festivals, à l'invitation d'enseignants, de libraires ou de collectifs d'habitants.

**Splann ! a besoin
de vos dons !**



En 2024, 72 % des recettes de *Splann !* provenaient des dons, ponctuels ou mensuels, versés sans contrepartie par 1.800 lectrices et lecteurs. Une condition indispensable à l'exercice du journalisme d'enquête que nous défendons.

Splann ! n'ayant aucun dividende à verser, l'argent collecté permet de faire grandir notre rédaction. Ainsi, en 2024, les deux-tiers de nos dépenses ont été consacrées aux salaires, devant la production de vidéos, de dessins, d'infographies et les honoraires de justice liées aux enquêtes.

La suite dépend de vous. *Splann !* œuvrant pour l'intérêt général, vous pourrez soustraire de vos impôts jusqu'à 66 % de votre don.

Vous pouvez donner :

en ligne à l'adresse : splann.org/faire-un-don

ou par chèque, libellé à l'ordre de *Splann !* : « À l'attention de *Splann !* »,
Ti ar Vro, 3 place du Champ-au-Roy, 22200 Guingamp

Devenez lanceuse ou lanceur d'enquête !

Vous avez connaissance de faits portant atteinte à l'intérêt général ? Vous êtes en possession de documents sensibles ? Rendez-vous sous pseudo pour nous expliquer votre situation. Nous vous conseillons d'utiliser Protonmail. Nous vous indiquerons le protocole à suivre pour mener des échanges sécurisés.

Nous contacter

contact@splann.org

Splann ! Ti ar vro, 3 place du Champ-au-Roy,
22200 Guingamp

Retrouvez nos précédentes enquêtes sur splann.org

- Bretagne, bol d'air à l'ammoniac, Caroline Trouillet, juin 2021
- Iberdrola, quand l'énergie « propre » a les mains sales, Itzel Marie Diaz, Lena Lopes, mars 2022
- En Bretagne, la méthanisation sous pression, Julie Lallouët-Geffroy, Raphaël Baldos, septembre 2022
- Implants contraceptifs Essure : un long silence empoisonné, Juliette Cabaço-Roger, Faustine Sternberg, Guy Piéhard, Rozenn Le Carboilec, octobre 2022
- Les travers du porc, Inès Léraud, Kristen Falc'hon, Floriane Louison, juillet 2022
- À l'ombre des Safer, la guerre des champs, Julie Lallouët-Geffroy, septembre 2023
- Cooperl, enquête sur un géant du porc, Kristen Falc'hon, Ivan Logvenoff, novembre 2023
- Bocage, la fin d'un paysage, Yann-Malo Kerbrat, Nolwenn Weiler, février 2024
- Saint-Nazaire, malade de ses industries, Samy Archimède, Itzel Marie Diaz, septembre 2024
- Intoxication minière en Bretagne, Celia Izoard, Morgan Large, Catherine Le Gall, novembre 2024
- Littoral breton : la tentation du béton, Jérémie Szpirglas, Denis Vannier, janvier 2025
- Hôpital public: une destruction programmée, un marché pour le privé, Isabelle Jarjaille, Caroline Trouillet, juillet 2025

Splann !
Ti ar Vro
3, place du Champ-au-Roy
22 200 Guingamp

Directeur de la publication
Alain Goutal

Coordination éditoriale
Julie Lallouët-Geffroy

Journalistes
Isabelle Jarjaille,
Caroline Trouillet

Cartographie
Raphaël da Silva

Illustrations
Achille Ménard

Traduction
Lena Catalán

Relecture juridique
Claire Simonin

Secrétariat de rédaction
Julie Lallouët-Geffroy
Caroline Trouillet

Maquettiste
Anne Caillet-Leroy

Imprimeur Roudenn
ZI de Bellevue
BP 10129
22 201 Guingamp
Dépôt légal :
4^e trimestre 2025
ISSN : 2800-664X
Parution décembre 2025
Livret n°10

