

**Morlaix le 6 mars 2026 salle d'audience, ancien lycée Kernéguès à Morlaix à 18h**

## **Soins Primaires, Soins de Recours et Groupements Hospitaliers de Territoires**

Pr Jean Pierre Bail\*

(\*) ancien chef de service en chirurgie viscérale et digestive et ancien responsable du troisième cycle à la faculté de médecine du CHRU de Brest .

### **I- INTRODUCTION**

**Les soins « primaires »** dans le milieu de vie habituel des citoyens et **les soins de recours** à l'hôpital ou en clinique, représentent à peine plus de 10% des « soins au sens large » d'une population adulte exposée à des problèmes de santé. **(DOC. 1)**

**Au regard des administrations et de la sécurité sociale**, en France, l'organisation de ces soins repose sur ce que l'on désigne communément : **le secteur sanitaire** (centres hospitaliers -CH- et cliniques privées), **le secteur médico-social** (dont le champ d'action n'est pas exclusivement des soins primaires) et **le secteur ambulatoire** (dits soins de ville).

**Chaque secteur ainsi défini correspond respectivement à environs 40%, 20% et 40% des dépenses de l'assurance maladie (AM)** ; ils sont assortis depuis 1996 de Taux d'Objectifs Nationaux de Dépenses en Assurance Maladie spécifiques à ne pas dépasser d'une année à l'autre (taux d'ONDAM global fixé à 3,1% pour l'année 2026).

## II- LES DEFAILLANCES EN SOINS PRIMAIRES ET/OU SECONDAIRES SE RESUMENT

AINSI :

1°) 11 millions de citoyens (17% de la population) n'ont pas accès aux services d'urgences à moins de 30 minutes : ces services qui sont situés dans 77% des cas dans des hôpitaux publics sont en sursaturation d'autant plus 54% des patients qui s'y rendent ne relèvent pas de l'urgence avérée, mais ils ont recours à ces services avant tout pour accéder aux soins .

2°) 6 millions de citoyens (9% de la population) n'ont pas de médecin traitant et 87% du territoire national est un « désert médical » au sens d'un nonaccès à un premier recours primordial (médecin généraliste, pharmacie, service d'accueil d'urgence).

- ✓ 1/3 des Français ont dû renoncer à des soins, faute de rendez-vous médical.
- ✓ 2/3 des Français déclarent avoir renoncé à au moins un acte de soins ces 5 dernières années : les 3 causes principales rapportées sont les délais de rendez-vous , les moyens financiers, les distances kilométriques. (Sondage IPSOS-FHF de 2024).

3°) Les délais moyens de rendez-vous auprès d'un médecin spécialiste ou d'un dentiste ont doublé en 5 ans, avec des variations extrêmes d'un département à l'autre (sondage IPSOS-FHF de 2024).

- ✓ Ils sont : **Généraliste** : 10 Jours ; **Pédiatre** : 3 semaines, **ORL** : 2 mois, **Gynécologue** : 2 mois, **Cardiologue** : 2,5 mois , **Dermatologue** : 3,25 mois.
- ✓ Et observe un allongement de ces délais de 52% en zones rurales par rapport aux zones urbaines.

4°) 2,2 millions d'habitants (3,3% de la population) habitent dans des 151 zones vulnérables (11% du territoire).

### **III- L'ASSURANCE MALADIE (AM) ASSURE L'ESSENTIEL DES REVENUS OU SALAIRES DES MEDECINS.**

**1°) L'AM rembourse les consultations et actes médicaux de la médecine libérale hors dépassements d'honoraires (DH) et elle contribue aux salaires et primes perçus par les médecins salariés.**

En 2024, l'AM était alimentée à 37% par des **cotisations sociales** (salariales et patronales), à 24% par la **CSG**, à 21% par la **TVA** et pour le reste par diverses taxes.

A l'hôpital public, la part médicale des dépenses du personnel est d'environ 21% ; en médecine de ville, les honoraires des médecins correspondent à environ 15% du total des dépenses de l'AM dans ce secteur.

**2°) Les sommes perçues en DH sont substantielles (4,3 milliards d'Euros cumulés en 2024) mais tous les médecins ne sont pas concernés :**

**Les DH sont pratiqués dans le cadre d'une activité libérale par 56% des spécialistes** et par moins de 5 à 10% des généralistes. L'activité libérale est possible à l'hôpital public mais elle ne concerne que 11% des praticiens et particulièrement ceux qui pratiquent des actes techniques (chirurgiens, radiologues, cardiologues, gastroentérologues, médecins nucléaires, radiothérapeutes).

**Les DH tentent à devenir la règle chez les spécialistes et notamment chez les nouveaux installés** : en 2000, ils n'étaient que 37% à pratiquer des DH; en 2017, 2/3 des nouveaux installés pratiquaient des DH et en 2024, les 3/4 d'entre eux pratiquaient des DH.

Les médecins conventionnés avec l'AM, qui s'opposent à toute forme de régulation de leurs lieux d'exercice, tout en s'autorisant des DH, sont en totale contradiction avec leur serment d'Hippocrate qui prône la préservation et la promotion de la santé dans ses éléments **individuels et sociaux**

#### **IV- LES FACTEURS DE DEFAILLANCES EN SOINS PRIMAIRES ET DE RECOURS SONT MULTIPLES :**

##### **1° Depuis 3 décennies il existe une forte tendance à la regrouper les activités de soins.**

La planification des soins s'appuyait dans les années 1970 uniquement sur le secteur sanitaire (256 secteurs sanitaires contrôlés par les préfets) ; à compter de 1996, cette planification a été contrôlée au niveau régional et progressivement elle a intégré les secteurs médicosociaux et ambulatoires, pour devenir populationnelle, en effet :

- **En 1996, les ordonnances «JUPPE»** placent les Agences Régionales d'Hospitalisation (**ARH**) au pilotage du secteur sanitaire, tout en ouvrant pour ce secteur des possibilités de Groupements de Coopération Sanitaire publics-publics et/ou publics-privés (**GCS**).
- **En 2003, les ordonnances «RAFFARIN»** mettent fin à la carte sanitaire, instaurent les « **Territoires de santé** » en tant que zones pertinentes d'organisation (soins primaires inclus), tout en étendant les **GCS au secteur médico-social**.
- **En 2007, la loi «BACHELOT» (dite loi HPST)** place les Agences Régionales de Santé (**ARS**) au pilotage unifié de la santé, avec possibilités :
  - De créer des Communautés Hospitalières de Territoire (**CHT**), d'autant plus qu'un même directeur peut diriger plusieurs établissements,
  - D'accorder des statuts d'Etablissement de Santé médico-sociaux.
- **En 2016, la loi «TOURAINNE» (dite loi santé),**
  - Instaure **135 Groupement Hospitaliers de Territoires (GHT)** en tant que mode obligatoire d'organisation des établissements de santé publics,

- Crée les Réseaux de Soins Primaires et les Communautés Professionnelles de Territoires,
  - Confie aux ARS **les délimitations des «Territoires de Démocraties Sanitaires»**, en lien avec les Conseils Territoriaux de santé (CTS) composés **d'une cinquantaine de membres** représentant les professionnels et offreurs des services de santé, les usagers, les collectivités territoriales, l'état, les parlementaires de la région et diverses personnes autorisées...
- **En 2019, la loi « BUZYN »** différencie au sein des GHT, **les établissements « pilotes »** dotés 24h/24, d'un service d'urgence, d'un bloc opératoire et de plateaux techniques opérationnels, **des établissements de proximités** centrés sur la médecine, la gériatrie et la rééducation. La loi ne précise pas cependant le statut **des établissements intermédiaires** dont les services d'urgences sont régulièrement régulés.

Ces différentes étapes de la planification ont conduit à une diminution d'environ 47% du nombre de secteurs et à un morcellement de ces derniers.

## 2° Durant la dernière décennie, les modes et lieux d'exercice des médecins ont considérablement évolués:

- **En 2025, le taux de spécialistes** en activité dépasse celui des généralistes (**54,5% vs 45,5%**), 50% des médecins sont des femmes et 30% des médecins ont moins de 40 ans.
- **Les villes universitaires, le littoral, les zones de montagne, le sud de la France** sont plus convoités que le reste de la France.
- **En médecine de ville**, le mode d'exercice libéral est en régression notamment chez les jeunes généralistes, la tendance est aux installations groupées et au salariat . Toutes spécialités confondues, on observe **depuis 2010** une baisse de **11,8 %** en l'activité libérale exclusive et une augmentation de **13,4 %** en activité salariée.
- **A l'hôpital et en clinique**, avec le développement de la radiologie interventionnelle, de l'endoscopie interventionnelle et d'autres pratiques qui nécessitent des expertises et des

plateaux techniques très spécifiques, les activités de médecine et de chirurgie évoluent : elles ne sont plus envisageables de manière autonome dans chaque établissement de santé.

**3° L'instauration en 2008 de la Tarification à l'Activité (T2A) en tant que mode de financement principal des hôpitaux et cliniques (60 à 70%) a créé au sein des établissements un véritable esprit « d'hôpital entreprise ».**

- **Le principe de la T2A** repose sur un versement à postériori par l'AM d'une prestation de soins pour une pathologie donnée, mesurée par des codages qui tiennent compte des maladies, des consultations, des actes et des durées de séjour.
- **La T2A désavantage les hôpitaux par rapport aux cliniques** ( tri des patients en fonction de leurs pathologies et des soins nécessaires). Elle dissuade les pratiques de traitements coûteux ; elle incite à réaliser des actes inutiles et « rentables » ; elle incite à des séjours les plus brefs et favorise les fermetures « de lits » en hospitalisation complète (**HC**) pour les remplacer par « des places » en hospitalisation partielles (**HP**) que ce soit à domicile (**HAD**) ou à la journée (**Hospitalisations en ambulatoires-HA-**).

**4° Les conditions de travail à hôpital public se sont considérablement dégradées du fait de l'application de la loi « Bachelot » HPST et bien avant la crise sanitaire Covid de 2020, le malaise était profond.**

- ✓ **En 2019**, une grève nationale des urgences avait duré 8 mois, en raison de sursaturation des urgences et d'agressions du personnel : le manque de lits en HC était au cœur du sujet.

- ✓ **En janvier 2020**, plus de 1200 médecins avaient démissionné de leurs chefferies de service à l'appel d'un Comité Inter Hospitalier (CIH) .
  
- ✓ **En mars et en mai 2020 la crise COVID**, assumée à 80% par l'hôpital public, avait mis fin au mouvement : les personnels infirmiers et aides-soignants, dont les **salaires se situaient à la 23<sup>ième</sup> place des 33 pays d'Europe**, s'étaient investis à leurs risques et périls. Le « SEGUR de la santé » qui avait suivi, leur avait accordé une prime de 183 € net mensuel ; les pouvoirs publics avaient promis des réouvertures de lits en HC mais le malaise persistait pour les raisons suivantes :

**a) Une perte du sens au travail** : selon une enquête de Fédération Hospitalière de France de 2022 (FHF) , 50% soignants ne recommanderaient pas leur métier : IDE (69%), AS (58%) PH(45%) :

- Les raisons en sont : le stress au travail (89%), les tensions relationnelles (33%), les plannings instables (33%), la dévalorisation (33%).
- Le manque de moyens humains et matériels est la raison principale du stress, ce qui entraîne une sur sollicitation (67%) et des ruptures de tâches (63%).
- **51 %** des personnes estimaient ne pas pouvoir bien réaliser leur travail.

**b) Des managements violents** qui touchent toutes les catégories de soignants y compris les médecins :

- Les Internes : en 2017, on relevait selon une première enquête du syndicat ISNI, un taux de suicide 3 fois supérieur à la moyenne de la population du même âge ; en 2023, une seconde enquête a clairement établi le lien avec les conditions de travail.

- Les praticiens hospitaliers : en 2020, selon une enquête de l'intersyndical APH, la première cause de souffrance était le harcèlement moral.
- Entre 2022 et 2025 : il y a eu des condamnations de directeurs ou/et de responsables médicaux pour des faits de harcèlement moral au travail.

**c) Des postes non pourvus (arrêts de maladie, mises en disponibilités, démissions...)**

- **En 2023**, il manquait déjà selon la FHF environ **5 à 6 %** de personnel infirmier et aides-soignants et des secteurs peinaient à recruter.
- **En 2024, 37% des hôpitaux se sont déclarés « hôpital en tension »** et **75%** ont rencontré des difficultés de recrutement en anesthésistes, radiologues, obstétriciens, cardiologues, pédiatres, chirurgiens, psychiatres...
- Ces situations génèrent une augmentation du volume de **temps de travail additionnel** et des recours à des **intérimaires médecins et/ou infirmiers**, souvent en disponibilité du service public et optant pour ce mode d'exercice à la fois pour des raisons de confort et/ou financières .

**5° A l'hôpital public comme dans les cliniques privées, contrairement aux promesses du « SEGUR » de 2020 et il a eu sans interruption des fermetures de lits HC.**

- L'objectif est avant tout d'économiser du personnel présent 24h /24 et de réduire en conséquence les dépenses en personnel (le salaire des personnels représentant 2/3 des dépenses de l'hôpital ).
- **Selon un rapport de la DREES de 2025, il y a eu en 10 ans fermeture de 45 500 lits en HC (11%) et en même temps un gain de 23 400 places en HP (34,6%)** : avant, pendant et après la crise sanitaire les lits HC n'ont cessé de décroître : -1,3% en 2020, -1,4% en 2021, -1,8% en 2020, -1,3% en 2023 et -0,5% en 2024.

**6 et 7° L'insuffisance de l'offre par rapport à la demande est propice dans le système libéral à une marchandisation des soins et à des économies pour l'AM : « *Ce qui est rare est chère et ce qui est chère doit être supporté si possible par le patient* » .**

a) Avec les départs en retraite des médecins « Baby-boomeurs », il existe à compter de 2022, une cassure de la courbe de démographie médicale qui, pour des raisons de formation de nouveaux médecins, ne se corrigera pas avant 2030.

b) Dans un système où l'AM ne rembourse qu'une partie des soins, on observe en parallèle des restes à charges pour les patients de plus en plus conséquents, il y va :

- **Des DH, des forfaits** pour les médicaments, les consultations et les séjours hospitaliers, **sans compter les frais « dits de confort »** (chambre seule et autres prestations notamment) ou même **de parking**.
- **Des assurances complémentaires** à tort dénommées « mutuelles » dont les tarifs ne cessent d'augmenter :
  - En 2025, le coût moyen d'une complémentaire santé peut varier de 35 euros à plus de 360 euros par mois, en fonction de l'âge, de la composition du foyer et du lieu de résidence.
  - Plus les patients avancent dans l'âge, plus ils payent cher (en moyenne 324 € / mois, soit 3 888 € par an, pour un couple de 70 ans, ce qui représente une hausse de 29% par rapport à un couple de 60 ans).

c) L'effet cumulé de la démographie médicale et des restes à charges de plus en plus conséquents, conduit à **une médecine à 2 vitesses et à la discrimination** :

- Une enquête de l'UC « Que Choisir » de novembre 2023, longuement commentée au Sénat, révèle que **les ménages les plus modestes peinent plus à obtenir des RDV que les ménages les plus aisés** (46% vs 4%) **et que pour des raisons financières, 38%** des personnes s'estimant en mauvaise santé renoncent à des soins.
- En 2024, la DREES révèle que seul 46% des patients éligibles à la Complémentaire Santé Solidaire (C2S, ex-CMU) en bénéficient : ainsi **des patients à la limite du seuil de pauvreté et notamment les plus âgés, peuvent être injustement soumis aux forfaits et être exposés à leurs dépens aux dépassements d'honoraires** (ce qui en cas de C2S et d'aide médicale d'état (AME) est strictement interdit par la loi).
- De surcroît 10% des retraités n'ont pas d'assurance complémentaire et il peuvent donc être contraints à payer à leurs dépens les dépenses de soins non pris en charge par l'AM.

**8° La dégradation des services publics au sens large ne fait qu'aggraver la situation :**

c'est le cas des transports (notamment ferroviaires et taxis ), des bureaux d'accueils (effet pervers de la numérisation à outrance des rendez-vous), des services des pompiers et du SAMU...

## V- LES REMEDES CONCERNANT LES SOINS PRIMAIRES

**1°) Selon une vaste enquête nationale du CSA de 2025, pour le compte de « France Assos Santé », la santé serait la priorité des Français en vue de ces prochaines échéances électorales municipales :** 70 % des Français citent l'offre de soins et les services de santé parmi les attentes prioritaires qu'ils ont vis-à-vis de leur maire, devant la sécurité (68 %), la lutte contre les incivilités (62 %) et la gestion des finances de la commune (57 %). Les citoyens considèrent qu'il existe une offre locale insatisfaisante dans **le domaine de la natalité (54%)** et au sujet des possibilités de RDV auprès d'un **médecin traitant (59%)** ou d'un professionnel de la **santé mentale (73%)**.

**2°) Au vu des défaillances précédemment décrites et notamment de l'inflation des DH,** plutôt que de favoriser l'ouverture des maisons de santé (qui ne sont en réalité que des outils de production de cabinets de groupe) et plutôt que de favoriser par des offres immobilières attrayantes d'hypothétiques installations libérales, la meilleure solution serait l'ouverture de centres de santé **(CDS)** pluriprofessionnels, à but non lucratifs, employant des médecins salariés.

**3°) A notre connaissance, il existe déjà au moins 2 CDS de ce type dans le pays de Morlaix :**

- Un CDS « urbain » dénommé « **Morlaix cœur de ville** » est situé au centre de ville de Morlaix, il est géré par la fondation ILDYS ; il compte 3 médecins généralistes, 1 pédiatre, 1 infirmier en pratiques avancées, ainsi qu'une secrétaire et une assistante médicale.
- Un CDS « rural » dénommé « **L'atelier en santé** » est situé à Plounéour-Ménez, à la limite de la zone d'intervention prioritaire **(ZIP)** des Monts d'Arrée et de Brennilis, il est géré par une association communautaire ; il compte 2 médecins généralistes, 1 kinésithérapeute et une sage-femme, ainsi que du personnel infirmier et d'accueil. **(DOC 2 ET 3) .**

**4°) Dans le département des Côtes d'Armor, la tendance actuelle est plutôt à une gestion « hospitalière » des CDS, en effet :**

- Depuis 2017, le CH de proximité de **Lamballe** gère un CDS de 8 médecins généralistes et de 2 infirmières spécialisées.
- Depuis 2023, le CH de proximité de **Paimpol** gère un CDS de 4 médecins généralistes et d'un pédiatre.
- Depuis 2025, le CH de **Guingamp**, qui n'est pas un CH de proximité, aménage une aile de son hôpital afin de gérer un « médico-bus » de consultations assurées par 2 médecins généralistes à mi-temps.

**5°) Les CDS gérés par les hôpitaux permettent une articulation optimale entre les soins primaires et les soins de recours (urgents ou non) .** Les dossiers médicaux sont partagés, l'accès aux spécialistes ainsi qu'aux résultats d'examen se fait directement, sans intermédiaires. Les hôpitaux publics élargissent ainsi leurs champs d'action et de recrutement par rapport aux cliniques privées ; ils peuvent obtenir de la part des ARS des aides à la création pour l'embauche de personnel et pour l'accueil des docteurs juniors (notamment en médecine générale à partir de novembre 2026).

En tant que président (e) du conseil de surveillance, il est des prérogatives d'un maire d'une commune où siège un hôpital, d'intervenir auprès du directeur d'hôpital et de l'ARS, pour demander une création d'un CDS géré par l'hôpital. C'est en favorisant les centres de santé publics, l'hôpital public et la médecine salariée que s'éteindra progressivement la médecine libérale à l'acte qui ne correspond plus aux besoins et souhaits de la majorité des citoyens et qui conduit à des déviances en matière de dépassements d'honoraires de certains spécialistes.

## VI- LES REMEDES CONCERNANT LES SOINS DE RECOURS :

### 1) A l'échelon du territoire,

Un rapport de la cour des compte de 2020 et un rapport parlementaire de 2022 considèrent que le découpage de 2017 des GHT a conduit à **un échec global**, au vu des objectifs qui étaient fixés.

En Bretagne occidentale, les CH de Carhaix, de Lannion, de Paimpol et de Guingamp rencontrent des difficultés majeures de fonctionnement et du maintien de leurs services d'urgences : ils constituent comme le préconise les deux rapports, « **des établissements à prioriser dans le déploiement de l'offre médicale et des plateaux techniques** ».

On pourrait ainsi discuter avec les acteurs de terrains et les usagers, l'opportunité d'une refonte des GHT basée sur par exemple des rapprochements, entre les CH de Morlaix - Lannion - Paimpol ; entre les CH de Carhaix - Rostrenen - Guingamp ; entre les CH de Saint Briec - Loudéac - Pontivy. **(DOC. 4, 5 et 6)**

L'implication pleine et de concert des élus municipaux, territoriaux et parlementaires dans Conseils de Surveillance des Hôpitaux et dans les Conseils Territoriaux de Santé (CTS) est importante : elle seule pourrait entraîner certaines inflexions notamment en ce qui concerne les acceptations des contrats d'activités libérales à l'hôpital public et des contrats au sein des GHT. Face aux violences managériales et aux harcèlements, ces instances peuvent parfois permettre le lancement d'alertes.

### 2°) A l'échelon régional, il faut reconsidérer les subdivisions d'internat et supprimer les concurrences déloyales entre CHU :

C'est au stade « d'interne » et à l'issue d'un **concours national de fin de 6<sup>ième</sup> année**, que les étudiants en médecine (originaires ou non de la région) décident de leurs lieux de vie. Les stages d'internes dans les hôpitaux périphériques et/ou dans les cabinets de médecine générale sont déterminants pour leurs choix futurs de lieu d'exercice.

Or, un arrêté du 18 septembre 2017, toujours en vigueur, détermine des subdivisions d'internat des facultés de médecine de Brest et de Rennes en totale incohérence avec l'unique GHT « Armor », piloté par le CH de Saint Brieuc, en effet : **(DOC 7, 8 et 9)**

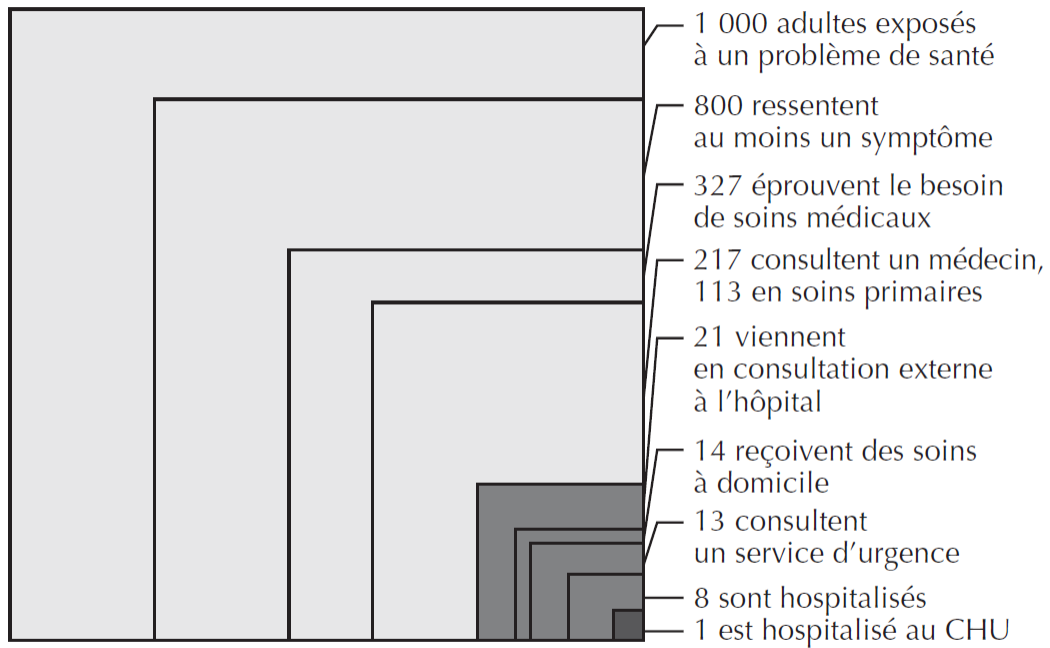
- **Le CH de Saint Brieuc, distant de 68 km du CH de Lannion**, est l'établissement pivot du GHT « Armor » et il dépend du CHU de Rennes pour les soins de recours de niveau 4 comme pour les postes d'internes et d'assistants partagés.
- **Les CH de Lannion, de Guingamp et de Paimpol**, établissements « intermédiaires » ou de proximités du GHT « Armor » dépendent du CHU Brest pour les postes d'internes et pour les postes d'assistants partagés.
- L'activité de l'établissement pivot étant plus formatrice pour les internes et assistants que celles des établissements « intermédiaires » ou de proximités, à l'issue des choix biannuels d'internes ou d'assistants, **les postes sous l'égide CHU de Brest sont peu attrayant et régulièrement non pourvus**, ce qui ne fait qu'aggraver les difficultés de fonctionnement des établissements concernés.
- Au vu de cette situation, le renfort du rapprochement du CH de Lannion avec le CH de Morlaix doté d'un service de réanimation et distants de 37 km, serait une possibilité : les internes et assistants des deux établissements pourraient y exercer en synergie sous le contrôle des responsables d'enseignement du CHU de Brest.

La création d'un « **Collectif des Hôpitaux Bretons** » de contreproposition associant usagers, professionnels de santé, administratifs, syndicalistes et personnalités politiques pourrait être un levier d'action.

---

# DOCUMENT 1

## LES SOINS PRIMAIRES EN QUESTION(S)

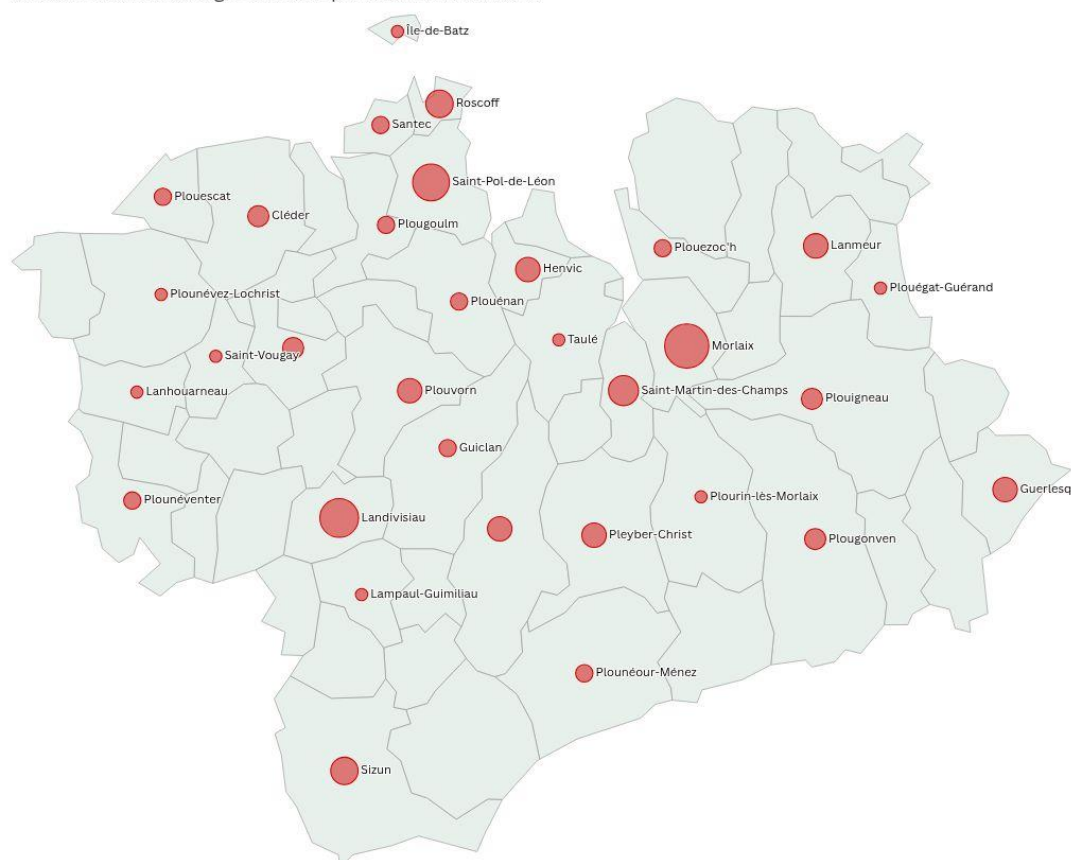


Source : adapté de Green L.A. *et al.*, « The Ecology of Medical Care Revisited », *New England Journal of Medicine*, vol. 344, n° 26, 28 juin 2001.

## DOCUMENTS 2 et 3

### Dans le pays de Morlaix, les médecins généralistes sont concentrés dans les grandes villes

Nombre de médecins généralistes par commune en 2025



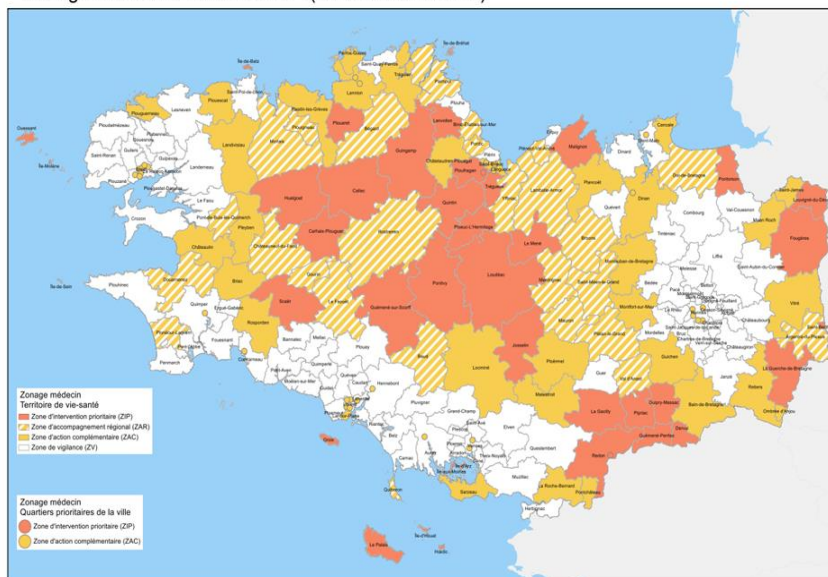
Source: Le Télégramme • À Plougasnou, deux généralistes arriveront à l'automne 2025. D'ici là, six médecins retraités se relaient dans un centre de santé éphémère.

À noter : ces chiffres donnent le nombre de médecins dans chaque commune, sans tenir compte de leur temps de travail. Ce ne sont donc pas des équivalents temps-plein.

**Critère 1 - Classement du territoire en zone sous-dense en application du 1° de l'article L1434-4 du code de la santé publique**

| Zones                                 | % population bretonne                  |
|---------------------------------------|----------------------------------------|
| Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP) | 12,45% (vs 6% pour le zonage officiel) |
| Zone d'accompagnement régional (ZAR)  | 11,89%                                 |
| Zone d'action complémentaire (ZAC)    | 20,11%                                 |
| Zone de vigilance (ZV)                | 55,55%                                 |

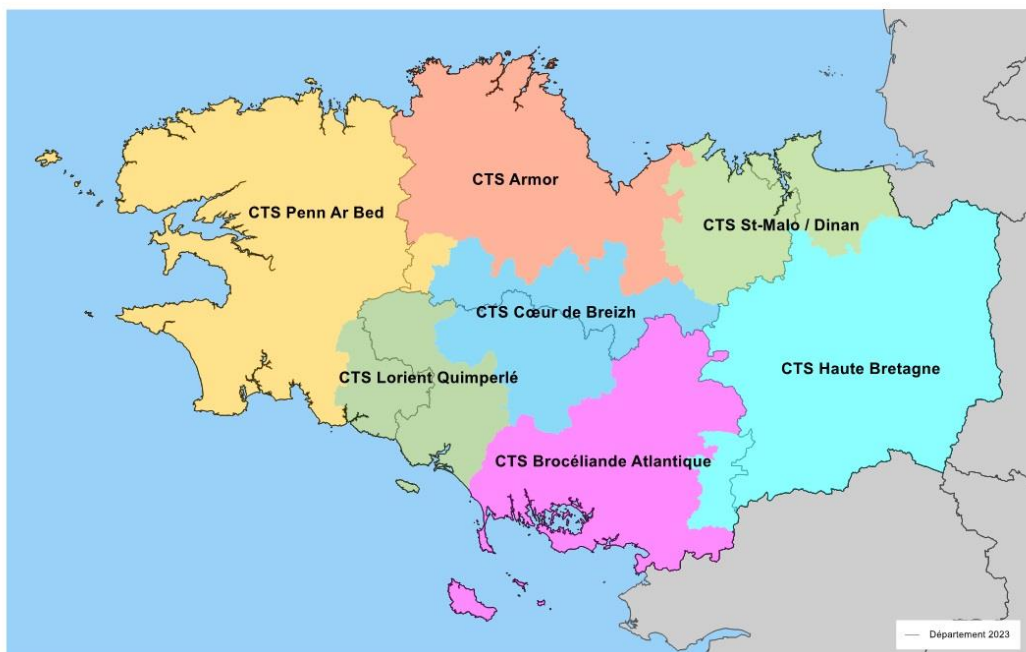
Zonage Médecins - BRETAGNE (13 décembre 2023)



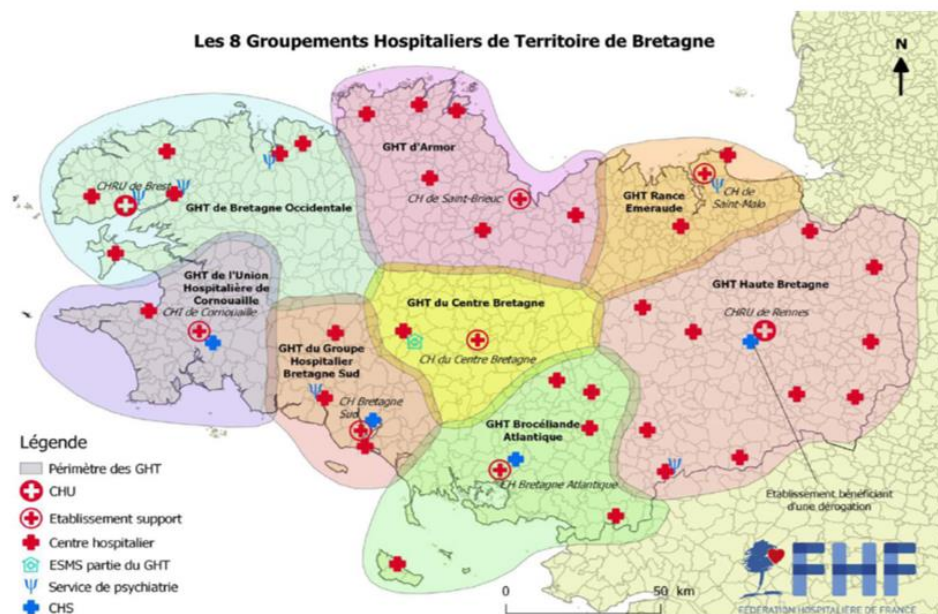
Source : ARS Bretagne  
Réalisation ARS Bretagne, 23/11/2023  
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

## DOCUMENTS 4, 5 et 6

Territoires de démocratie en santé définis en 2023



Source : ARS Bretagne, Arrêté du 25/05/2023 portant adoption des territoires de démocratie sanitaire en région Bretagne  
Réalisation : ARS Bretagne, Décembre 2023  
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique



## Cartes officielles de GHT du ministère de la santé (I)



« GHT Bretagne Occidentale » avec le CHU de **BREST** « Pivot » et référent de degré 4



« GHT Armor » avec le CHU de **RENNES** référent de degré 4

## Subdivisions d'internat faculté de Brest / faculté de Rennes (arrêté 18/09/ 2017)



## Maîtres de stage en MG en Côtes d'Armor Fac de Brest / Fac de Rennes (ARS octobre 2025 )

