

Morlaix le 6 mars 2026 : Salle d'audience, ancien lycée Kernéguès à 18h

Accès aux Soins Primaires et aux Soins de Recours

Les 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 .

Résumé

Les défaillances d'accès aux soins primaires (de ville) et aux soins de recours (à l'hôpital public ou en clinique privée) portent sur : 1°) Les services d'accueil des urgences, situés à 77% dans le service public, qui ne permettent pas à 17% de la population d'accéder dans les 30 minutes ; 2°) Les médecins traitants qui font défaut sur 87% du territoire, ce qui concerne 11% de la population ; 3°) Les médecins spécialistes dont les délais moyens de rendez-vous ont doublés en 5 ans, avec un allongement de 52% en zone rurale par rapport aux zones urbaines ; 4°) Au moins 151 zones intercommunales reconnues « vulnérables », réparties sur 11% du territoire et qui concernent 3,3% de la population.

Dans ce contexte, il devient d'autant plus nécessaire de réguler les lieux d'exercice des médecins qui sont à quasi-unanimité rémunérés par des fonds publics, via l'assurance maladie (AM). De même il devient nécessaire de limiter les dépassements d'honoraires des spécialistes qui alourdissent considérablement les restes à charges pour les patients.

Les principaux facteurs de défaillance d'accès aux soins sont : 1°- Un mode nouveau d'exercice de la médecine (démographie, spécialités, attraits, médecine de groupes et salariat). 2°- Une planification d'accès aux soins mal définie avec une concentration des activités en milieu urbain. 3°- L'instauration par l'AM de la Tarification à l'Activité en tant que le mode de financement principal de l'hôpital et des cliniques (60 à 80%). 4°- Des fermetures ininterrompues et excessives de lits en hospitalisation complète depuis 15 ans. 5°- Des renoncements aux soins en raison de restes à charges conséquents pour les patients. 6 - Une crise managériale et identitaire de l'hôpital public qui est un composant essentiel des soins d'urgence (100% des SAMU, 77% des services d'accueil), des soins de recours en psychiatrie (plus de 80%), en médecine (80%), en l'obstétrique (66%), en chirurgie (45%) et de la formation médicale et paramédicale (plus de 80%). 7°- Une dégradation des services publics au sens large (transports, pompiers, accueil et utilisation d'internet).

Les remèdes envisageables à l'échelon inter-communal et régional peuvent être : En soins primaires, la création de centres de santé salariés au mieux adossés à l'hôpital public ; En soins de recours, une extinction des contrats d'activités libérales à l'hôpital public, une refonte des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) et une révision des subdivisions d'internat des facultés de médecine de Brest et de Rennes.

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)**

Le financement de la majorité de ces soins par l'assurance maladie (AM) s'effectue environ à 40% en **secteur ambulatoire** (dits soins de ville), à 40% en **secteur sanitaire** (centres hospitaliers -CH- et cliniques privées) et à 20% en **secteur médico-social** (dont le champ d'action n'est pas exclusivement des soins primaires)

Chaque secteur est assorti depuis 1996 de **Taux d'Objectifs Nationaux de Dépenses en Assurance Maladie** 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 UNANIMEMENT RECONNUES PORTENT SUR :

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

2°) L'accès à un médecin traitant n'est pas effectif pour 6 millions de citoyens (9% de la population) 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°) L'accès à un médecin spécialiste (ou d'un dentiste) dont les délais moyens d'attente ont doublé en 5 ans, avec des variations extrêmes d'un département à l'autre (sondage IPSOS-FHF de 2024).

- Les délais moyen 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 52% en zones rurales** par rapport aux zones urbaines.

4°) 151 zones reconnues vulnérables (11% du territoire), qui concernent 2,2 millions d'habitants (3,3% de la population).

III- LE SERMENT D' HIPPOCRATE QUI PRONE LA PRESERVATION DE LA SANTE DANS SES ELEMENTS INDIVIDUELS ET SOCIAUX N' EST PAS RESPECTE .

1°) D'un côté la quasi-totalité des médecins, salariés et /ou libéraux, perçoivent leurs revenus de base par convention avec l'AM.

L'AM étant alimentée en 2024 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, il s'agit d'argent public .

La part des honoraires des médecins correspond à environ 15% du total des dépenses de l'AM en médecine de ville ; la part des dépense médicale à l'hôpital public correspond à environ 21% des dépense en personnel.

2°) De l'autre une minorité de médecins perçoivent en plus de leur revenus de base, des dépassements d'honoraires (DH) qui sont à charge des patients et / ou des assurances complémentaires santé.

- **Les sommes sont substantielles** : 3,5 milliards d'Euros cumulés en 2022 et **4,3 ME** en 2024.
- **Les disciplines concernent très peu la médecine générale (moins 5 à 10%) et surtout les médecines spécialisées (56%)** qui comportent des actes techniques (chirurgie, radiologie, cardiologie, gastroentérologie, médecine nucléaire, radiothérapie), dont **11%** des médecins exerçant à l'hôpital public.
- **Les DH sont en nette augmentation chez les spécialistes et notamment chez les nouveaux installés** : en 2000, ils n'étaient que 37% à recourir aux DH ; **en 2017**, 2/3 des nouveaux installés pratiquaient des DH et en 2024, **3/4 des nouveaux installés** pratiquaient des DH.

IV- LES FACTEURS DE DEFAILLANCES SONT MULTIPLES :

1° Un mode d'exercice de la médecine qui a considérablement évolué durant ces 3 dernières décennies :

- **Il existe à compter de 2022, avec les départs en retraite des « Baby-boomeurs », une cassure de la courbe de démographie médicale** qui, pour des raisons de formation de nouveaux médecins, ne se corrigera pas avant 2030 : par conséquent en médecine de ville, les patientèles sont assurées.
- **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 comme 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.

2° Une planification de soins qui s'appuie sur des territoires mal définis, avec une tendance à concentrer les activités.

Dans les années **1970**, elle s'appuyait sur **256 secteurs sanitaires** contrôlés au niveau départemental par les préfets (carte sanitaire). A compter de **2003**, elle s'appuyait sur « des Schéma Régionaux de Santé ». A compter de **2016**, elle s'appuyait sur **135 secteurs de Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT)** intégrant le médicosocial et l'ambulatoire et contrôlés par les Agences Régionales de la Santé (ARS).

- **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 «TOURAINÉ» (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 proximité** 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.

3° Une Tarification à l'Activité (T2A) instaurée depuis 2008 à l'hôpital comme en clinique, en tant que mode de financement principal des établissements de santé (60 à 80%) :

- **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 crée un esprit d' «hôpital entreprise » très désavantageux 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° Une fermeture délibérée de plus de 70 000 lits en HC en 15 ans .

- 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 du 13/11/2025 de Direction statistique des ministères sociaux (Drees), à la fin 2024, 1 330 hôpitaux publics, 655 établissements privés à but non lucratif et 980 cliniques privées composent le paysage hospitalier français. Les capacités d'accueil de ces 2 965 établissements de santé se répartissent entre hospitalisation complète (367 300 lits), hospitalisation partielle (91 200 places) et hospitalisation à domicile (25 400 patients pouvant être pris en charge simultanément). 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%).

- **La décroissance de lits HC persiste depuis la crise sanitaire Covid : -1,3%** en 2020, -1,4% en 2021, -1,8% en 2020, -1,3% en 2023 et - 0,5% en 2024.

5° Des renoncements aux soins, en raison de restes à charge conséquents pour les patients.

En soins primaires comme en soins de recours, excepté certaines situations (affections longues durée - ALD - , hospitalisation de plus de 30 jours et/ou actes supérieur à 120 €), l'AM ne prend en charge qu'une partie des soins, **tandis que les assurances complémentaires** prennent en charge ce que l'on dénomme **« le ticket modérateur »** (30% pour les consultations, 20% pour l'hospitalisation, les prothèses chirurgicales et 0 à 75% pour les médicaments).

- **Les Dépassements d'Honoraires des médecins et les forfaits** sur les boîtes de médicaments, sur les consultations, sur les passages aux urgences et sur les séjours hospitaliers, **sans compter les frais « dits de confort »** (chambre seule et autres prestations notamment) **ne sont pas pris en charge par l'AM et ils ne sont que partiellement prise en charge par les complémentaires santé** : les restes à charge pour le patient peuvent être conséquents notamment en cas d'actes opératoires avec des courts séjours hospitaliers.
- **Les assurances complémentaires**, à tort dénommées « mutuelles », explosent leurs tarifs (**+6 % en 2023, +8 % en 2024 et +10 % en 2025**), sans pour autant mieux couvrir les restes à charge. A noter, bénéfice oblige, qu'elles ont des frais de gestion internes de **19 % contre 3 %** pour la sécurité sociale.
 - 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).

➤ On évolue ainsi vers **une médecine discriminatoire à 2 vitesses** :

- En 2023 une enquête de l'UC « Que Choisir », longuement commentée au Sénat, révélait 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 Dress 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 est strictement interdit par la loi en cas de C2S et d'aide médicale d'état -AME-).
- Selon la Dress **environ 4 % des Français**, soit 2,5 millions de personnes, ne disposent pas de complémentaire santé et il doivent s'acquitter eux-mêmes des restes à charges . Ce chiffre grimpe **à 12 %** pour les **10 % de Français les plus pauvres.**

6° L' Hôpital Public, traverse une crise identitaire et managériale sans précédent :

a) Il s'agit pourtant d'un **composant essentiel des soins d'urgences, des soins complexes et de la formation des soignants :**

- **Il offre des séjours HC ou HP** pour 100% des SAMU, 77% des services d'accueil, plus de 80% de la psychiatrie, 80% des traitements en médecine, 66% des traitements en obstétrique et 45% des traitements en chirurgie.
- **Il assure la formation** de plus de 80% des écoles d'auxiliaires médicaux et de 95% des internes en médecine de spécialités.

b) Le malaise est consécutif à la loi Bachelot HPST de 2007 et il existait bien avant la crise sanitaire Covid de 2020 :

- **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 déjà 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^{ième} 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.

c) Les causes profondes du malaise hospitaliers sont :

- **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 sur-sollicitations (67%) et ruptures de tâches (63%).
 - **51 % des personnes estimaient ne pas pouvoir bien réaliser leur travail.**

➤ **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.

➤ **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 en « 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 .

- **Les déficits chroniques des hôpitaux** dont les **faits d'entretien** ne sont pas financés indépendamment du budget pour les soins

7° 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 refonde 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 :

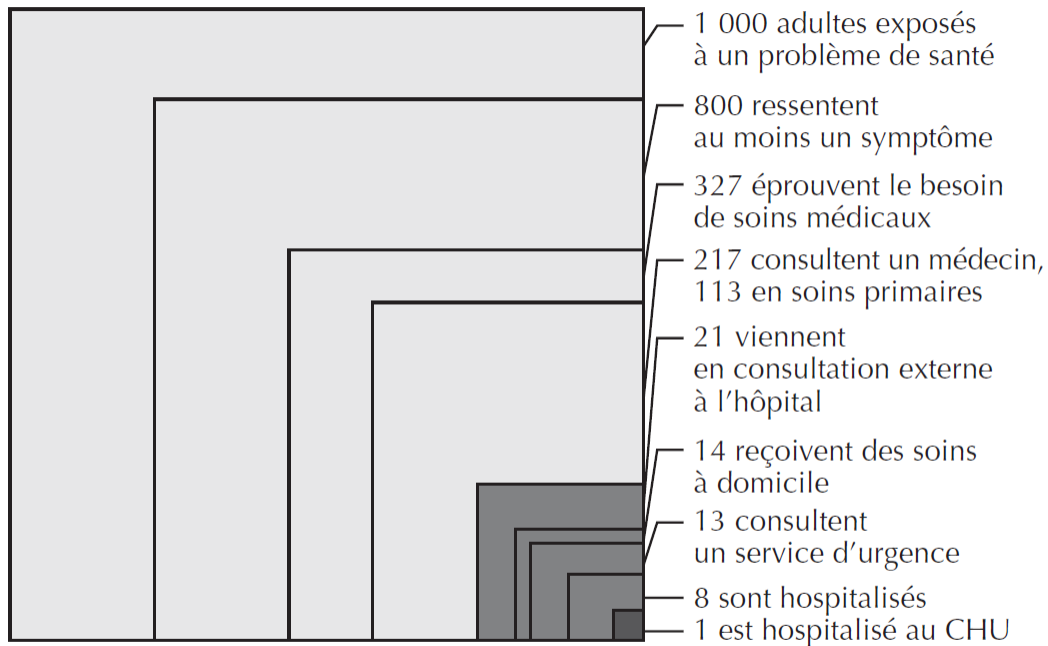
C'est au stade « d'interne » et **à l'issue d'un concours national de fin de 6^{ième} année,** que les étudiants en médecine (originaires ou non de la région) décident de leurs lieux de vie. Les stages d'internes dans les hôpitaux périphériques et/ou dans les cabinets de médecine générale sont déterminants 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 Briec, en effet : (DOC 7, 8 et 9)**

- **Le CH de Saint Briec, 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**

DOCUMENT 1

LES SOINS PRIMAIRES EN QUESTION(S)

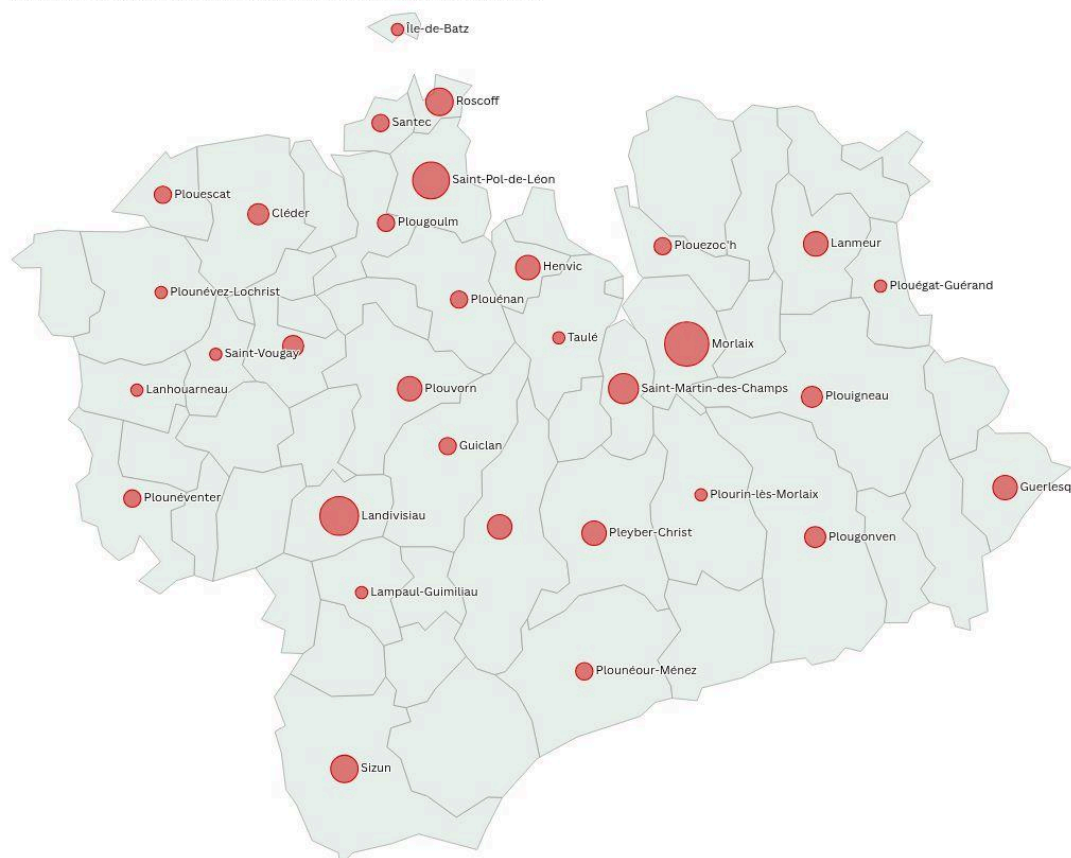


Source : adapté de Green L.A. et al., « The Ecology of Medical Care Revisited », *New England Journal of Medicine*, vol. 344, n° 26, 28 juin 2001.

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



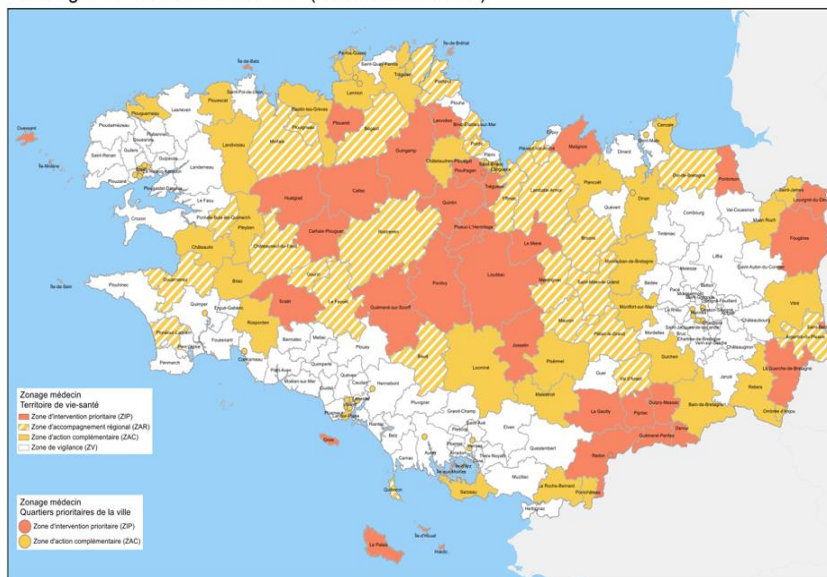
Source: Le Télégramme • À Plougasnou, deux généralistes arriveront à l'automne 2025. D'ici là, six médecins retraités se relaient dans un centre de santé éphémère.

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^{er} 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)



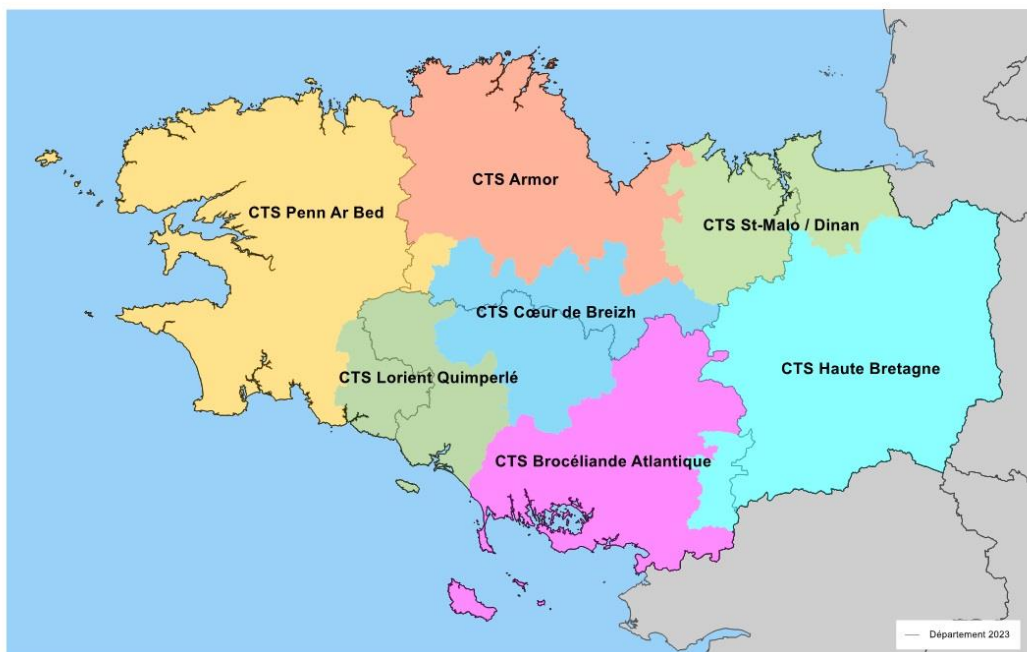
28/01/2025

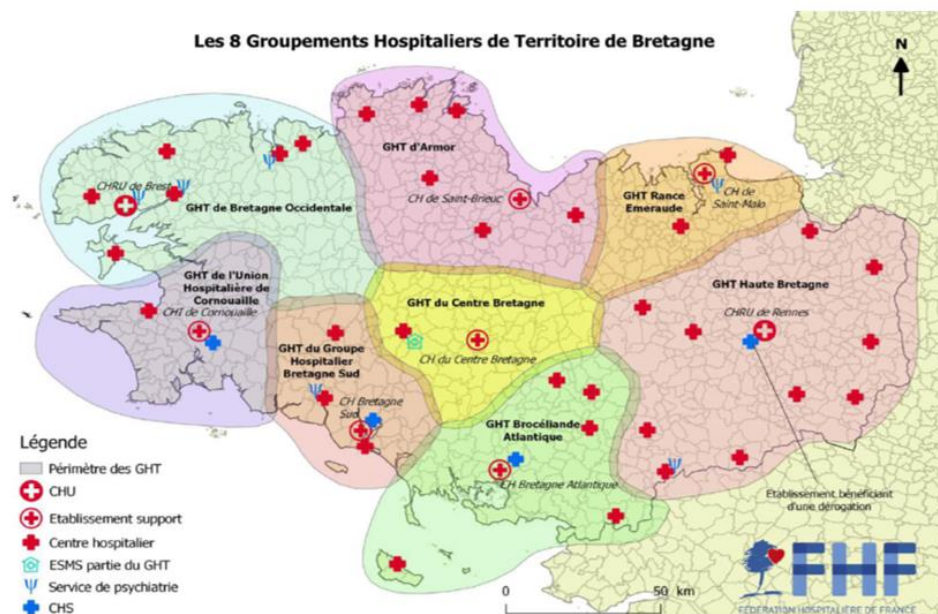
Portail PAPS Bretagne : [Accueil](#) | [Portail d'accompagnement des professionnels de santé Bretagne \(sante.fr\)](#)

15

DOCUMENTS 4, 5 et 6

Territoires de démocratie en santé définis en 2023





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

DOCUMENTS 7,8 et 9

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



Terrains de stage à l'hôpital public des internes des facultés de Brest et de Rennes en 2021 :



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

