

Commission « Qualité de vie, culture et solidarités »

Rapporteur.e.s : Mme Zoé HERITAGE et M. Sylvère QUILLEROU

Commission « Formation – enseignement supérieur »

Rapporteuses : Mme Marie-Christine CARPENTIER et Mme Véronique Le FAUCHEUR

Avis du CESER sur le dossier du Conseil régional « Point d'étape sur les réflexions des groupes de travail sur la démographie médicale »

1. Rappel des propositions du Président du Conseil régional

Depuis 2016, le Conseil régional a mis en place un groupe de travail sur la démographie médicale. Ce dernier s'est donné 3 objectifs : s'approprier les enjeux, partager les outils, proposer des pistes d'action. La réflexion est centrée sur les médecins généralistes libéraux. Après avoir recueilli la parole de nombreux acteurs de santé, il est ici procédé à la restitution des principaux enseignements à tirer, avant d'entamer la phase d'élaboration des actions à engager.

2. Observations du CESER sur les propositions du Président du Conseil régional

2.1. Volet santé

La démographie médicale ne fait pas partie des compétences directes du Conseil régional. Cependant, le CESER se félicite que cette question soit mise à l'étude pour améliorer la densité et la répartition des médecins généralistes dans la région et aider à régler la question des déserts médicaux.

Le CESER note la volonté du Président du Conseil régional de trouver des solutions partagées par les médecins généralistes eux-mêmes. En effet, on peut comprendre le souhait du Conseil régional de chercher des solutions efficaces et non contraignantes pour aider les médecins, principalement les jeunes, à s'installer dans les meilleures conditions possibles. Le Conseil régional, avec ses partenaires territoriaux, doit tout faire en termes d'aménagement durable des territoires pour renforcer l'attractivité des zones dont les médecins généralistes s'éloignent : emploi, présence et accessibilité des services collectifs, transports, établissements scolaires, loisirs, sport, culture, revitalisation des centralités, accès au Très haut débit numérique...

Les évolutions de la démographie médicale sont plus fortement ressenties sur notre territoire depuis 2010, en raison notamment de la conjonction des départs à la retraite de professionnel.le.s de la génération issue de l'après-guerre (« baby boomers ») qui devraient se poursuivre jusqu'à 2020. Il faut aussi prendre en compte le changement des aspirations, pratiques et habitudes sociales des nouvelles générations - femmes et hommes - plus fréquemment attirées par les centres urbains.

Le CESER observe que, d'une manière générale, la régulation appliquée aux pharmaciens et aux infirmiers contribue le plus souvent à maintenir un service de proximité et à mettre en œuvre un service de santé publique préservant une égalité d'accès aux soins. Les dispositions appliquées à ces dernières professions de santé pourraient inspirer une réflexion pertinente plus globale sur la nécessité d'une répartition géo-démographique favorisant une égalité d'accès aux soins en Bretagne.

Si la création des « Maisons de santé pluridisciplinaires » (MSP) représente, sur certains territoires, une tentative de palier la pénurie avérée et, hélas, non anticipée par les responsables en charge de la santé (pouvoirs publics et

élus), elle ne représente qu'un maillon dans le traitement des freins à l'installation des professionnel.le.s de santé non maillé.e.s. En regroupant des professionnel.le.s de plusieurs communes, elle peut même parfois, insidieusement, favoriser la formation de déserts pharmaceutiques et paramédicaux dans certains territoires ruraux. Par exemple, la fermeture d'une officine pharmaceutique entraîne la disparition d'un lieu de premier recours et de premier secours de proximité. Sous l'apparence de résoudre un problème de santé publique, ces installations de Maisons de santé pluridisciplinaires sont en réalité très complexes à mettre en œuvre.

Quant aux missions complémentaires attribuées par la loi, connues sous le vocable de « délégation de tâches », elles ne sont pas là pour « soulager les professionnels de santé » mais pour apporter un service réel et optimal aux populations dans les territoires ruraux ainsi que dans certaines périphéries urbaines. De même, la télé-médecine n'est qu'une adaptation des exercices aux nouveaux moyens de communication numérique.

Nous remarquons que le groupe de travail n'a contacté ni la faculté de Pharmacie ni le Conseil de l'Ordre des Pharmaciens. Comment appréhender la notion de « pharmacien correspondant » et ses nouvelles missions telles que prévues dans le décret 2011.275 du 5 avril 2011, à savoir le renouvellement des traitements chroniques, la réalisation des bilans de médication, l'ajustement des posologies, si l'ensemble des instances concernées ne sont pas informées et consultées ? Cette mise en œuvre demande une réelle volonté politique.

La piste qui consiste à rapprocher les professionnel.le.s méconnaît trop souvent la réalité de l'action informelle existant entre ces dernier.e.s sur le terrain. Le modèle de traitement de la pénurie en service de santé dans nos territoires n'est pas unique et est à conduire sous l'autorité de l'État en coordination avec les professionnel.le.s de santé eux.elles-mêmes.

Le CESER soutient de longue date l'implication volontariste du Conseil régional de Bretagne sur les questions de santé publique. Ce dernier est aujourd'hui reconnu comme l'un des acteurs de la réduction des inégalités territoriales, sociales et environnementales de santé. Le CESER sera très attentif aux suites qui seront données à cette réflexion sur la démographie médicale en souhaitant :

- qu'elle soit élargie à la démographie de l'ensemble des professionnel.le.s de santé ;
- qu'elle puisse être articulée, d'une part, avec le nouveau Projet régional de santé de l'ARS dont l'adoption est prévue fin 2017, d'autre part, avec le futur SRADDET et le « grand projet de territoire » du Conseil régional.

2.2. Volet formation

En termes de formation, le groupe de travail reprend les propos tenus par les personnes auditionnées en réponse à la question de la préparation des étudiants aux différents modes d'exercice, et notamment à l'exercice en libéral.

Pour le CESER, si la perspective de développer, en cours d'études, les stages en cabinet libéral est louable, elle doit néanmoins être mise en relation avec les difficultés qu'expriment les médecins sur leur charge de travail et la disponibilité que requiert l'accompagnement d'un stagiaire. Cette question d'articulation des temps, de charge de travail et de disponibilité doit être prise en compte et dépasse la simple question de la formation des maîtres de stage.

Concernant le nombre de médecins formés, le CESER rappelle que le Comité régional de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, dont le Conseil régional est membre, jouera désormais un rôle plus actif dans la définition de la fourchette du nombre de places au « *numerus clausus* » régional, après avoir évalué les besoins de santé et les capacités de formation.

Enfin, la mise en place de formations pluri-professionnelles comme temps et lieux d'échanges entre les professionnel.le.s de santé, médecins et non médecins apportent des perspectives nouvelles auxquelles le CESER portera une attention toute particulière lorsqu'il examinera le Schéma régional des formations sanitaires et sociales qui sera présenté par le Conseil régional lors de sa session d'octobre 2017.

Vote sur l'Avis du CESER de Bretagne

Point d'étape sur les réflexions des groupes de travail sur la démographie médicale en Bretagne

Nombre de votants : 97

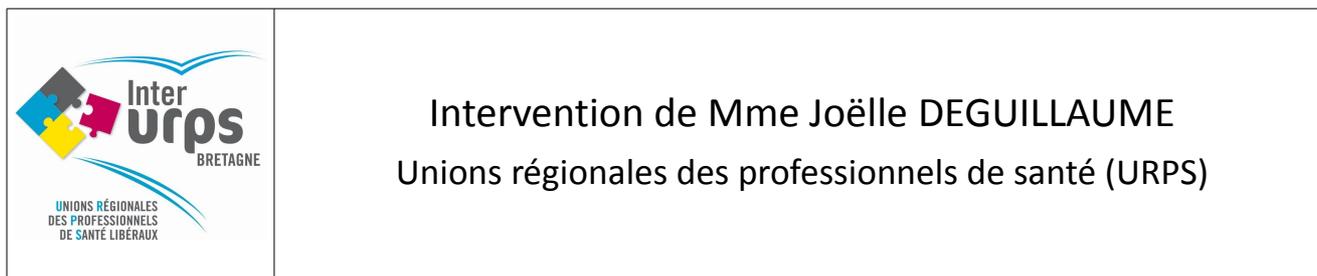
Ont voté pour l'avis du CESER : 97

René LE PAPE (CCIR), Jean-François LE TALLEC (CCIR), Dominique LECOMTE (CCIR), Evelyne LUCAS (CCIR), Emmanuel THAUNIER (CCIR), Edwige KERBORIOU (CRAB), Jacques JAOUEN (CRAB), Laurent KERLIR (CRAB), Emmanuelle TOURILLON (CRMA), Patrick CARE (UE-MEDEF), Béatrice COCHARD (UE-MEDEF), Christine LE GAL (UE-MEDEF), Jean-Bernard SOLLIEC (UE-MEDEF), Serge LE FLOHIC (UPA), Lucien TRAON (CPME), Didier LUCAS (Par accord FRSEA-CRJA), Franck PELLERIN (Par accord FRSEA-CRJA), Henri DAUCE (Confédération paysanne de l'Ouest), Thierry MERRET (Par accord CERAFEL-UGPVB-CIL), Patrice LE PENHUIZIC (Par accord FRCIVAM-IBB), Jean-Yves LABBE (Bretagne pôle naval), Gérald HUSSENOT (CRPMEM), Hervé JENOT (Par accord Comités régionaux de la conchyliculture de Bretagne nord et Bretagne sud), Philippe LE ROUX (UNAPL), Sylvère QUILLEROU (CNPL), Jean-Philippe DUPONT (Par accord SNCF-RTF-EDF-ERDF-RTE-GDF-SUEZ-La Poste), Isabelle AMAUGER (URSCOP), Martial WESLY (Comité régional de la fédération bancaire française), Françoise BOUJARD (CFDT), Michel CARADEC (CFDT), Norbert HELLUY (CFDT), Marie-Madeleine HINAULT (CFDT), Patrick JAGAILLE (CFDT), Chantal JOUNEAUX (CFDT), Véronique LAUTREDOU (CFDT), Véronique LE FAUCHEUR (CFDT), Thierry LEMETAYER (CFDT), Catherine LONEUX (CFDT), Gilles POUPARD (CFDT), David RIOU (CFDT), Marie-Pierre SINOU (CFDT), Joël SIRY (CFDT), Jacques UGUEN (CFDT), Olivier CAPY (CGT), Jean-Edmond COATRIEUX (CGT), Stéphane CREACH (CGT), Françoise LE LOARER (CGT), Thierry LENEVEU (CGT), Jean-Luc PELTIER (CGT), Nadine SAOUTI (CGT), Marie-France THOMAS (CGT), Gaëlle URVOAS (CGT), Joël JOSSELIN (FO), Annie KERHAIGNON (FO), Fabrice LERESTIF (FO), Pierrick SIMON (FO), Annie COTTIER (CFTC), Pierre EUZENES (CFTC), Catherine TANVET (CFE-CGC), Bertrand LE DOEUFF (UNSA), Jean-Marc CLERY (FSU), Lionel LE BORGNE (URAF), Annie GUILLERME (URCIDFF), Guylaine ROBERT (APEL), Marie-Martine LIPS (CRESS), Joseph-Bernard ALLOUARD (Mouvement Agir Tous pour la Dignité), Pierre BARBIER (Coordination des associations de solidarité internationale), Jacqueline PALIN (CROS), Jean KERHOAS (Nautisme en Bretagne), Gérard CLEMENT (Par accord CLCV-UFC-Que choisir), Michel MORVANT (Union régionale des PACT-ARIM et Habitat et développement en Bretagne), Hervé LATIMIER (Kevre Breizh), Patrice RABINE (Théâtre de Folle Pensée), Alain LE FUR (UNAT), Carole LE BECHEC (Réseau Cohérence), Jean-Emile GOMBERT (Universités de Bretagne), Pascal OLIVARD (Universités de Bretagne), Alain CHARRAUD (Conférence des directeurs des Grandes écoles de Bretagne), Anne-Claude LEFEBVRE (Par accord CRITT-Centres techniques de Bretagne), Jean LE TRAON (IRT B-COM), Antoine DOSDAT (IFREMER), Patrick HERPIN (INRA), Yann-Hervé DE ROECK (France énergies marines), Bertrand LAOT (Union régionale de la Mutualité française), Didier GILBERT (Par accord CPAM-CAF-RSI-MSA), Bernard GAILLARD (CRSA), Zoé HERITAGE (IREPS), Léa MORVAN (CRIJ), Yannick HERVE (CRAJEP), Marie-Pascale DELEUME (Eau et rivières de Bretagne), Jean-Yves PIRIOU (Eau et rivières de Bretagne), Sylvie MAGNANON (Bretagne vivante), Alain THOMAS (Bretagne vivante), Michel CLECH (REEB), Jean-Yves MOELO (Personnalité qualifiée environnement et développement durable), Christian COUILLEAU (Personnalité qualifiée), Anne LE MENN (Personnalité qualifiée)

Ont voté contre l'avis du CESER : 0

Se sont abstenus : 0

Adopté à l'unanimité



Les URPS remercient le Conseil régional de l'intérêt qu'il porte à la question de la démographie médicale en Bretagne.

En effet, la raréfaction voire la désertification médicale parfois observée sur le territoire risque, à plus ou moins long terme, de déséquilibrer l'ensemble de l'offre de soins existante et d'impacter à leur tour les professions de santé dites « prescripteurs dépendantes ». Il est à ce titre urgent de réfléchir en concertation avec les acteurs de terrain à des solutions pérennes permettant à tous les habitants bretons de bénéficier d'un égal accès aux soins.

Comme il a pu l'être rappelé, le médecin généraliste joue un rôle central dans l'organisation des soins ambulatoires puisque qu'au cœur de la structuration des parcours de santé. Mais aujourd'hui, il faut être conscient des nouvelles aspirations des jeunes praticiens : à la recherche d'un meilleur équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, la nouvelle génération tend à remettre en cause le « modèle vocationnel » de la médecine. En sus, l'installation en libéral n'est plus la voie privilégiée d'entrée dans l'exercice médical en raison d'une forte concurrence du salariat. Les raisons de ces profonds changements sont diverses et variées mais il doit en être tenu compte pour apporter des réponses adaptées aux pratiques actuelles.

- l'exercice coordonné semble être plébiscité : il convient donc de l'encourager et de le développer, quelle que soit la forme qu'il prend (formelle ou informelle). En effet, le modèle de la « Maison de Santé Pluri-professionnelle » ne convient pas à toutes les situations, la lourdeur de leur gestion peut parfois se révéler être un frein et elles conduisent parfois à un déséquilibre de l'offre de soins sur le territoire ;
- le développement des nouvelles technologies, telles que la télémédecine, la messagerie sécurisée ou le dossier médical partagé, pourrait en outre faciliter les échanges entre professionnels de santé ;
- l'aménagement du territoire (infrastructures, services publics....) est également un facteur favorisant l'installation des médecins et le maintien de la population en général : il est donc nécessaire de renforcer l'attractivité des zones désertées ;
- la délégation de tâches pourrait permettre de libérer du temps médical et une meilleure prise en charge du patient par l'équipe de soins, en particulier dans les territoires ruraux et certaines périphéries urbaines. Outre les médecins et les infirmiers qui pratiquent déjà l'acte vaccinal depuis longtemps, en s'étendant à l'officine la vaccination contre la grippe en officine pourra permettre de « soulager le médecin » et participera à une meilleure couverture vaccinale de la population française, véritable enjeu de santé publique. Toutefois la réalisation de tels actes dans le cadre d'une délégation de tâches devra être insérée dans la nouvelle nomenclature et faire l'objet d'une codification par la Sécurité Sociale. La mise en place de ces délégations de tâches doit être négociée avec toutes les professions concernées afin de n'en pénaliser aucune ;
- afin d'assurer une prise en charge optimale et de réduire le temps d'accès aux soins pour les patients, l'accès direct au masseur-kinésithérapeute, en dehors des cas d'urgence, déjà possible depuis la loi du

26 Janvier 2016 dite de modernisation de notre système de santé, est une réponse possible pour pallier au manque de médecins dans certains territoires et de soulager également les services d'urgence. Il serait souhaitable d'élargir cet accès direct aux professionnels de santé prescrits concernant, par exemple, les prises en charge de pathologies chroniques ;

- la notion de « pharmacien correspondant » ainsi que ses nouvelles missions devraient être développées, de même que celle d' « infirmier de famille » et de « masseur-kinésithérapeute traitant » ;
- enfin l'ensemble des Unions Régionales de Professionnels de Santé est favorable à une meilleure répartition des médecins sur le territoire mais souhaite que cette réflexion sur la démographie médicale soit élargie à l'ensemble des professionnels de santé, en adéquation avec le PRS ;
- en outre l'Union régionale des chirurgiens dentistes souhaite attirer l'attention du Conseil régional et du CESER sur ce qui lui semble être une mauvaise orientation des pouvoirs publics prise à l'encontre de leur profession ce qui justifie le mouvement national de fermeture des cabinets dentaires à partir de ce jour et pendant une semaine.

Je vous remercie de votre attention.



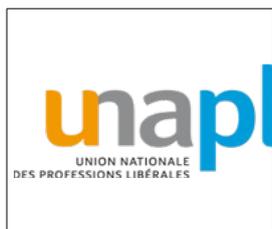
Intervention de M. Bernard GAILLARD

Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)

La démographie médicale, pour plusieurs raisons, est une question émergente qui inquiète les citoyens. Nous prenons acte de la volonté du Conseil Régional de travailler sur cette question. Nous nous félicitons que cette question soit mise à l'étude dans le but d'améliorer la qualité du service médical rendu à la population. La prise en compte de l'état de la démographie médicale dans notre région, par le Conseil Régional, et sa volonté de faire évoluer la situation est une avancée dans le traitement des inégalités territoriales de santé à condition de resituer la question dans une approche globale. Quel rôle compte jouer le Conseil Régional après ce premier travail : être incitateur, coordonnateur, pour aller plus loin ?

La réflexion doit s'engager dans une approche permettant d'accéder à la complexité de la situation et de la diversité des réponses à apporter. La méthode de travail du Conseil Régional nous semble rigoureuse. La diversité des personnes auditionnées, la diversité des sous-thématiques évoquées montrent une volonté de ne négliger aucun élément qui pourrait être prépondérant dans nos politiques publiques. Les acteurs de terrain, notamment les professionnels ont été écoutés pour tenter de trouver des solutions partagées avec eux.

En même temps, le groupe de travail du Conseil Régional resitue bien la question dans les évolutions actuelles et à venir de notre société, de nos pratiques ajustées, des connaissances et changements technologiques. Les spécificités des besoins de santé sont avec le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, et l'importance des problèmes cardiovasculaires et cancers. Comment renforcer l'attractivité des territoires dans ce cadre ; comment soutenir une dynamique amenant les professionnels de santé à exercer ailleurs que dans les grands centres villes. Le groupe du Conseil Régional a produit un travail de qualité qui permet d'entrevoir une conjonction de réponses possibles. Le CR pourrait dans sa démarche avec les EPCI être un élément important de la mise en place de projets de santé territoriaux. La seule réponse par des Maisons de santé pluridisciplinaires est effectivement loin d'être suffisante. Nous faisons le constat que beaucoup de communes investissent dans ce qu'elles dénomment parfois arbitrairement « maison de santé » mais qui en réalité ne sont que la mise à disposition de locaux pour médecin libéral, ce qui fait ainsi payer plusieurs fois le contribuable. La seule entrée par le speed dating de l'installation de médecins n'est pas la bonne façon de procéder pour une réponse globale aux besoins de santé. De plus on assiste à une concurrence entre communes pour remplir leur maison de santé, concurrence lourde de conséquence dans l'équilibre des territoires. Parce qu'ils contribuent aux réponses aux besoins de santé sur les territoires, la réflexion doit pouvoir être poursuivie en intégrant, les autres personnels para-médicaux et de santé et selon différents modes d'exercice, en soutenant les liens entre les dispositifs hospitaliers et les territoires, en prenant en compte les structures de santé agissant déjà prioritairement vers l'égal accès de tous à des soins de qualité. L'important est de poursuivre les réflexions et la mise en œuvre de projets de santé de territoire répondant aux besoins de la population. Un engagement fort doit être tourné vers la promotion de la santé et la prévention. Les acteurs institutionnels ont tout intérêt à s'appuyer sur la démocratie en santé, facteur de cohérence et de pertinence d'une politique publique de santé. La CRSA Bretagne, organisme de démocratie représentative consultatif, a produit une large contribution issue d'une large consultation des acteurs, contribution qui doit servir de référence et de base à toute pensée d'un système de santé territorialisé en Bretagne.



Intervention de M. Philippe LE ROUX Union nationale des professions libérales (UNAPL) Bretagne

Monsieur le Président, chers collègues.

Je m'exprime au nom du Collège 1.

En premier lieu, il convient de saluer le travail effectué par le groupe d'élus du Conseil régional qui a su appréhender un sujet difficile et s'affranchir des habituels débats dogmatiques inhérents à ce sujet.

Cette communication s'articule sur 2 axes : Un exercice médical en pleine mutation et comment accompagner les mutations de la médecine en Bretagne.

Sur le premier point, il est évident que l'exercice médical est en profonde mutation. Le rapport n'explique pas toutefois pourquoi cet exercice est en pleine mutation. Bien entendu, les médecins ont de nouvelles aspirations, bien entendu les contraintes de l'exercice libéral sont nombreuses. Mais on a oublié de dire que l'état de santé des français en 2017 n'est plus du tout le même que dans les années 70. A cette époque, la médecine était essentiellement curatrice, cela nécessitait de la proximité et une disponibilité totale. La vie en milieu rural était encore dense, les communications moins faciles et les sciences médicales moins pointues.

Aujourd'hui, qu'en est-il ? Un chiffre n'est pas assez souvent cité : dans la France de 2017, 20 millions de personnes souffrent de maladies chroniques : diabète, hypertension artérielle, Alzheimer, asthme, maladies psychiatriques, etc.

C'est pourtant cette donnée qui doit être à l'origine des mutations médicales de ce début de siècle.

Car, naturellement suivre, 20 millions de personnes qui ne guériront pas, mais qui vivront bien et longtemps requière une l'offre de soin extrêmement innovante. Tout simplement, le patient devient acteur de sa maladie, le soignant est aussi un accompagnant, les réponses thérapeutiques multiples. Mais au delà, on aura compris le besoin d'éducation thérapeutique du patient, tout comme le poids de la prévention.

Alors, comment l'exercice médical peut-il intégrer ces considérations ?

Tout d'abord, nous sommes convaincus que le seul angle de la démographie ne répond pas à ces enjeux.

La suite du rapport esquisse quelques propositions qu'il conviendra de travailler de manière plus approfondie.

Effectivement, il est nécessaire d'enseigner les fondamentaux de l'Entreprise Libérale. C'est ce que nous faisons à la Maison des Professions Libérales de Bretagne où nous accompagnons plus de 500 médicaux par an (Sur près de 1500 formés). Mais à qui revient cette prise en charge ? Il n'y a pas chez nous de Chambres de Métiers, l'enseignement n'en a ni les moyens ni le personnel, les organisations professionnelles pas la compétence...

Comment faire ?

La bonne réponse est de toute évidence l'exercice coordonné de la médecine. La maladie chronique nécessite la mobilisation d'un réseau dont le généraliste doit assurer l'animation, l'évolution et la mobilisation. Il en est de même lorsque l'on aborde la question de la chirurgie ambulatoire ou le maintien à domicile des personnes dépendantes, avec en toile de fond la progression des inégalités sociales et territoriales. Le médecin, l'infirmière, le kiné, l'aide soignante, les travailleurs sociaux etc... sont des acteurs mobilisés et mobilisables et leur travail en équipe une priorité. Il faut poursuivre dans cette direction.

Plus que jamais, dans ce contexte, la Prévention et la Promotion de la Santé doivent constituer une absolue priorité. On peut mesurer leur efficacité sur le SIDA, les maladies cardio-vasculaires, le diabète, le Cancer. Nous sommes cependant très en retrait sur ce point : c'est pourtant un facteur fondamental de l'Economie de la Santé et du bien-être de la population.

Enfin, et plus que tout, le dialogue et la concertation entre les nombreux acteurs concernés par inévitable transformation sont plus que jamais nécessaires. Cette volonté est exprimée dans le rapport et nous en prenons acte. Je rappelle, en outre, que c'est le rôle de la démocratie en Santé incarnée par la CRSA et présidée par notre collègue B GAILLARD.

En conclusion, le chantier de la démographie médicale ne doit pas être simplement vu sous l'angle quantitatif. C'est avant tout l'état sanitaire de notre population qui doit orienter une évolution de l'offre de soin en vue d'améliorer le vécu des soignés, de réduire le burn-out des soignants, la charge et la solitude des accompagnants, l'adaptation des financements, l'information de la population etc..

Ces questions mériteraient sans doute d'être reprise par Le CESER dans le cadre d'une auto-saisine.

Je vous remercie de votre attention.



Intervention de Mme Annie COTTIER Union régionale CFTC de Bretagne

Réflexion des groupes de travail sur la démographie médicale

La CFTC prend acte de la volonté du Conseil Régional de chercher des solutions à une couverture médicale de qualité sur tout le territoire.

En effet, depuis quelques années on observe une difficulté à obtenir un rendez-vous dans un délai raisonnable auprès des médecins généralistes dans nombre de territoire. Il revient au Conseil Régional de travailler avec l'ARS pour trouver des solutions afin que sur tout le territoire chacun puisse trouver un médecin généraliste facilement accessible au plus près de son domicile.

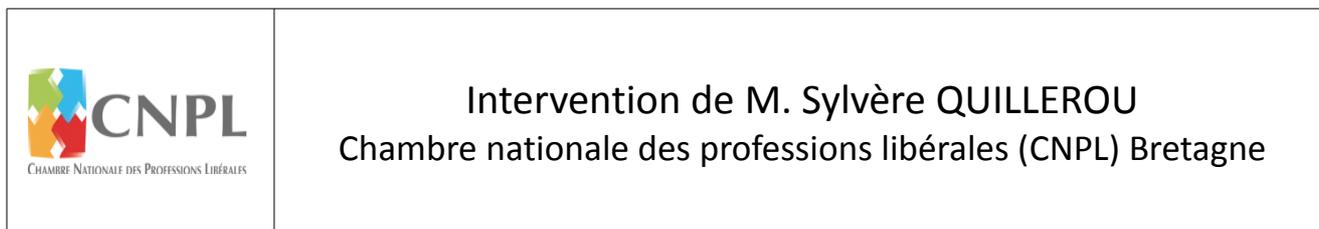
Pour la CFTC l'égalité aux soins commence par l'accès à ces consultations.

Le développement des maisons médicales peut être un gage de sécurité pour les différents professionnels de santé, encore faut-il qu'ils apprennent à travailler ensemble.

Les territoires du centre Bretagne souffrent d'avantage de ce manque de médecin. Pour la CFTC il est important de trouver des solutions pour attirer voire contraindre dans une limite de temps raisonnable (deux à trois ans) les médecins à y exercer.

Si la formation initiale pose peu de problématique, il en est autrement pour la formation continue. Il est important d'imaginer des dispositifs qui permettent aux professionnels de santé en secteur libéral pour qu'ils prennent le temps de continuer tant dans un cadre professionnel que pluri-professionnel.

La CFTC ne peut qu'approuver l'analyse du CESER.



Monsieur le Président, chers collègues,

Je m'exprime au nom de la Chambre Nationale des Professions Libérales et du Collège 1.

La désertification médicale est l'un des problèmes les plus difficiles à appréhender de la politique de santé.

De nombreux essais ont été tentés, avec un succès très insuffisant, passant par les maisons de santé, les incitations financières ou l'augmentation du numerus clausus.

On peut louer la volonté du Conseil régional d'élaborer des pistes de réflexion sur ce sujet, pourtant hors de ses compétences directes.

Des débats soutenus se sont installés sur l'accès aux soins, cristallisés autour de la notion de déserts médicaux, notamment en Centre Bretagne.

La démographie vieillissante des professionnels de santé, les aspirations des jeunes générations à un style de vie différent de leurs aînés, concourent à une diminution des effectifs libéraux disponibles, ce qui fait redouter un accroissement des inégalités territoriales en termes de santé publique.

Pour mesurer ces inégalités d'accès qui concernent à la fois les espaces ruraux et urbains, la DREES a développé un indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) pour objectiver l'adéquation entre l'offre et la demande de soins de premier recours.

Quant aux Maisons de Santé Pluridisciplinaire, elles ne seront probablement pas la solution principale du traitement des inégalités d'accès aux soins, dans l'avenir. On peut imaginer que c'est dans l'organisation territoriale des soins primaires et secondaires que va se développer une meilleure articulation de l'organisation des soins ambulatoires, une meilleure articulation entre l'ambulatoire et l'hôpital.

Actuellement, les patients chroniques séjournent de moins en moins longtemps à l'hôpital. On entre à l'hôpital, essentiellement, pour une expertise, pour la mise en œuvre d'un traitement, lequel est repris et suivi par les professionnels de santé de terrain, tant en zones rurales qu'urbaines.

Dans certains territoires, la population cumule des difficultés d'accès aux trois principaux points d'entrée du système de santé : les médecins généralistes, les pharmaciens et les services d'urgences.

Nous pouvons, donc, regretter que le groupe de travail du Conseil régional n'ait pas pensé à faire appel à l'expertise de la Faculté de Pharmacie ainsi qu'à celle du Conseil régional de l'Ordre des Pharmaciens.

Aujourd'hui, à la pénurie médicale s'ajoute la crainte de la superposition du désert pharmaceutique. A titre d'exemple, la fermeture de la pharmacie de Roudouallec éloigne la population rurale de 12 à 15 km de l'officine la plus proche. On rencontre la même problématique dans la périphérie de Guerlesquin, de Pontivy... etc

Pour palier les insuffisances du système de santé, dans les territoires concernés et dans le but d'organiser la prise en charge des patients entre les intervenants, dans l'intérêt de la Santé Publique, des mesures ont été prises :

1- Par le décret n°2011.275 du 5 avril 2011 qui définit les nouvelles missions du « pharmacien correspondant » et qui permet le renouvellement des traitements chroniques, la réalisation des bilans de médication et l'ajustement des posologies.

2- Par le décret n°2017-985 et l'arrêté du 10 mai 2017, parus au Journal Officiel le 11 mai 2017, qui précisent les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation de l'administration par les pharmaciens du vaccin contre la grippe saisonnière, en complément des autres professionnels de santé dans deux régions : Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle Aquitaine. A noter que cette disposition existe déjà en Europe : au Royaume-Uni, au Portugal, en Irlande, au Danemark par exemple.

Nous attirons l'attention sur le fait que seulement 46% des personnes à risque étaient vaccinées contre la grippe saisonnière au 31 décembre 2016 !

3- Par la création en France du cadre légal de « *l'infirmier.e de pratique avancée* » (IPA). Cette modification figure dans le Code de la Santé Publique à Art. L. 4301-1, paru au JO du 27 janvier 2016. La France devient, ainsi, le 26ème pays à créer ce nouveau métier pour les infirmier.e.s titulaires d'un Master.

C'est grâce à une volonté politique forte, que ces dernières dispositions participeront pleinement au traitement pragmatique des inégalités de santé dans nos territoires bretons.

Je vous remercie pour votre attention.