

REGION BRETAGNE

Délibération N°17_DIRAM_02

CONSEIL REGIONAL

23 juin 2017

DELIBERATION

Point d'étape sur la réflexion du groupe de travail sur la démographie médicale

Le Conseil régional convoqué par son Président le 30 mai 2017, s'est réuni le vendredi 23 juin 2017 au siège de la Région Bretagne, sous la présidence de Monsieur Loïg Chesnais-Girard, Président du Conseil régional.

Etaients présents : Monsieur Olivier ALLAIN, Madame Sylvie ARGAT-BOURIOT, Monsieur Eric BERROCHE, Madame Catherine BLEIN, Madame Mona BRAS, Madame Georgette BREARD, Monsieur Pierre BRETEAU (jusqu'à 17h30), Monsieur Gwenegan BUI (jusqu'à 16h25), Monsieur Thierry BURLLOT, Madame Gaby CADIOU, Madame Fanny CHAPPE, Monsieur Loïg CHESNAIS-GIRARD, Monsieur Marc COATANÉA, Monsieur André CROCQ (jusqu'à 9h30, puis à partir de 14h30), Madame Delphine DAVID, Monsieur Gérard DE MELLON, Monsieur Stéphane DE SALLIER DUPIN, Madame Virginie D'ORSANNE (jusqu'à 15h45), Madame Laurence DUFFAUD, Madame Laurence FORTIN, Madame Anne GALLO, Madame Evelyne GAUTIER-LE BAIL, Monsieur Karim GHACHEM (jusqu'à 13h), Madame Anne-Maud GOUJON (jusqu'à 18h45), Madame Sylvie GUIGNARD (jusqu'à 14h40), Madame Claire GUINEMER (à partir de 9h30 et jusqu'à 17h35), Monsieur Philippe HERCOUËT, Madame Kaourintine HULAUD, Monsieur Bertrand IRAGNE (jusqu'à 16h), Madame Elisabeth JOUNEAUX-PEDRONO, Monsieur Roland JOURDAIN, Monsieur Pierre KARLESKIND, Monsieur Gérard LAHELLEC, Madame Isabelle LE BAL, Monsieur Jean-Michel LE BOULANGER, Monsieur Olivier LE BRAS, Monsieur Raymond LE BRAZIDEC (jusqu'à 14h20), Madame Agnès LE BRUN, Monsieur Patrick LE DIFFON, Monsieur Marc LE FUR, Monsieur Patrick LE FUR, Madame Gaël LE MEUR, Madame Nicole LE PEIH (jusqu'à 14h20), Monsieur Alain LE QUELLEC, Madame Gaël LE SAOUT, Madame Christine LE STRAT, Monsieur Christian LECHEVALIER, Madame Lena LOUARN, Monsieur Bernard MARBOEUF, Monsieur Martin MEYRIER, Monsieur Philippe MIAILHES, Monsieur Paul MOLAC (de 8h30 à 9h30 puis à partir de 14h20), Madame Gaëlle NIQUE, Madame Anne PATAULT, Madame Isabelle PELLERIN, Monsieur Gilles PENNELLE, Monsieur Stéphane PERRIN (départ 17h20), Monsieur Maxime PICARD, Monsieur Bertrand PLOUVIER (jusqu'à 12h35, puis à partir de 16h10), Monsieur Pierre POULIQUEN, Monsieur Bernard POULIQUEN, Monsieur Bruno QUILLIVIC (jusqu'à 9h30), Monsieur Dominique RAMARD (jusqu'à 11h25), Madame Emmanuelle RASSENEUR, Madame Agnès RICHARD, Monsieur David ROBO (jusqu'à 18h35), Madame Claudia ROUAUX, Monsieur Stéphane ROUDAUT (à partir de 10h05), Madame Catherine SAINT-JAMES, Madame Forough SALAMI-DADKHAH, Monsieur Emeric SALMON, Monsieur Sébastien SEMERIL (jusqu'à 14h20, puis à partir de 16h40), Madame Renée THOMAÏDIS, Madame Martine TISON, Madame Anne TROALEN, Monsieur Hervé UTARD, Madame Anne VANEECLOO (jusqu'à 18h45), Madame Gaëlle VIGOUROUX, Madame Sylvaine VULPIANI.

Avaient donné pouvoir : Monsieur Pierre BRETEAU (pouvoir donné à Monsieur Bernard MARBOEUF à partir de 17h30), Monsieur Gwenegan BUI (Pouvoir donné à Madame Emmanuelle RASSENEUR à partir de 16h25), Monsieur André CROCQ (Pouvoir donné à Madame Laurence DUFFAUD, de 9h30 à 14h30), Madame Virginie D'ORSANNE (pouvoir donné à Monsieur Emeric SALMON à partir de 15h45), Monsieur Richard FERRAND (pouvoir à Monsieur Marc COATANEA), Monsieur Karim GHACHEM (pouvoir donné à Madame Gaël LE MEUR à partir de 14h20), Madame Claire GUINEMER (pouvoir donné à Monsieur David ROBO, de 8h30 à 9h30 puis à Madame Isabelle LE BAL à partir de 17h35), Monsieur Bertrand IRAGNE (pouvoir donné à Madame Agnès RICHARD à partir de 16h), Monsieur Raymond LE BRAZIDEC (pouvoir donné à Madame Elisabeth JOUNEAUX PEDRONO à partir de 14h20), Monsieur Jean-Yves LE DRIAN (pouvoir donné à Madame Gaël LE SAOUT), Monsieur Paul MOLAC (pouvoir donné à Madame Mona BRAS de 9h30 à 14h20), Madame Gaëlle NICOLAS (pouvoir donné à Madame Delphine DAVID), Madame Nicole LE PEIH (pouvoir donné à Monsieur Maxime PICARD à partir de 14h20), Monsieur Stéphane PERRIN (pouvoir donné à Madame Sylvie ARGAT BOURIOT à partir de 17h20), Monsieur Bertrand PLOUVIER (pouvoir donné à Monsieur Bernard MARBOEUF de 12h35 à 16h10), Monsieur Bruno QUILLIVIC (pouvoir donné à Monsieur Patrick LE DIFFON à partir de 9h30), Monsieur Dominique RAMARD (pouvoir à Monsieur Philippe HERCOUET à partir 11h25), Monsieur David ROBO (pouvoir donné à Madame Christine LE STRAT à 18h35), Monsieur Stéphane ROUDAUT (pouvoir donné à Monsieur Bernard MARBOEUF de 8h30 à 10h05), Madame Hind SAOUD (pouvoir donné à Monsieur Sébastien SEMERIL jusqu'à 14h20 puis à Madame Claudia ROUAUX à partir de 14h20), Monsieur Sébastien SEMERIL (Pouvoir donné à Monsieur Hervé UTARD de 14h20 à 16h40), Madame Anne VANEECLOO (pouvoir donné à Monsieur Gilles PENELLE à partir de 18h45)

Vu le Code général des Collectivités Territoriales, et notamment les articles L 4111-1 et suivants ;

Après avoir pris connaissance de l'avis formulé par le Conseil Economique Social et Environnemental lors de sa réunion du 12 juin 2017 ;

Vu l'avis de la Commission Aménagement du territoire réunie le 15 juin 2017 ;

Au vu du rapport présenté par Monsieur le Président du Conseil régional ;

Et après avoir délibéré ;

- **DE PRENDRE ACTE** de la communication, jointe en annexe, relative à la réflexion du groupe de travail sur la démographie médicale.

Le Président du Conseil régional,



Loïc CHESNAIS-GIRARD

Direction de l'aménagement et de l'égalité

Session du Conseil régional
Juin 2017

Point d'étape sur la réflexion du groupe de travail sur la démographie médicale

Lors de la session de mars 2016, il a été décidé qu'un groupe de travail, diversifié dans sa composition, puisse travailler sur un sujet majeur pour la Bretagne : la démographie médicale. Entre mars 2016 et mai 2017, ce groupe, sous la présidence d'Anne Troalen, conseillère régionale déléguée à la santé, aux formations sanitaires et sociales et à la silver économie, s'est réuni, a échangé et a rencontré des acteurs concernés par ces problématiques, y compris lors de visites de terrain.

Conformément à la feuille de route qui lui avait été assignée, le groupe de travail relatif à la démographie médicale s'est accordé sur trois objectifs : s'approprier les enjeux de démographie médicale en Bretagne, partager les outils existants, en identifiant leurs atouts et leurs limites, et proposer des pistes pour répondre aux problématiques identifiées, au regard des compétences et des moyens de chacun.

Le périmètre des réflexions a été défini conjointement par les membres du groupe, qui ont choisi de centrer les réflexions sur les médecins généralistes libéraux, qu'ils exercent en milieu rural ou urbain, notamment dans les quartiers prioritaires de la politique de la Ville. Il a été décidé de ne pas restreindre les propositions découlant des échanges aux seules mesures relevant des compétences de la Région.

Du point de vue de la méthode, le groupe de travail a souhaité recueillir l'avis des acteurs de santé de Bretagne dans le cadre d'auditions et de visites de terrain. Si le périmètre des réflexions était centré sur les médecins généralistes libéraux, il a été décidé d'auditionner d'autres professionnel.le.s de santé au vu des liens très étroits qu'ils et elles entretiennent avec les médecins sur le terrain. Les auditions et visites se sont déroulées du 13 juin 2016 au 7 avril 2017 et ont permis aux membres du groupe de rencontrer l'Agence régionale de santé (13 juin 2016), l'association Avenir santé, professionnels de santé du quartier de Villejean à Rennes (8 septembre 2016), les Facultés de médecine de Rennes (9 septembre 2016) et Brest (22 septembre 2016) (Département de Médecine générale et représentants des internes en médecine générale), le collectif Interassociatif sur la santé Bretagne (représentants des usager.e.s) (9 septembre 2016), des représentant.e.s des professionnel.le.s de santé (URPS Masseurs Kinésithérapeutes (9 septembre 2016), URPS médecins libéraux, URPS infirmiers libéraux, URPS pharmaciens (15 septembre), association UrBreizh membre du Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (7 avril 2017)), les professionnel.le.s de la maison de santé de Lanmeur (22 septembre 2016), le Conseil régional de l'Ordre des médecins (21 novembre 2016) et la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) (21 novembre 2016).

Il m'a semblé pertinent, avant d'entamer la phase relative à l'élaboration des actions régionales à mettre en œuvre, de procéder à une restitution des principaux enseignements des travaux menés dans ce groupe.

1. Un exercice médical en pleine mutation

1.1 Le/la médecin généraliste, pivot d'une organisation des soins en restructuration

Le ou la médecin généraliste de premier recours a un rôle central dans l'organisation des soins ambulatoires. Principal.e prescripteur ou prescriptrice des soins, il ou elle assure, depuis la loi d'août 2004 relative à l'Assurance Maladie, une fonction de coordination en tant que « médecin traitant ». La loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 vient conforter ce statut en faisant du médecin généraliste le pivot de la structuration des parcours de santé.

Cette notion de parcours de santé, introduite en 2013 par la Stratégie nationale de santé, recentre l'organisation des soins de premier recours sur le ou la patient.e au cœur du dispositif. C'est autour de ce ou cette dernier.e que doivent désormais s'articuler les interventions des professionnel.le.s de santé, sous l'égide du médecin généraliste. Cette évolution vise notamment à répondre au vieillissement de la population et au développement des maladies chroniques, à l'origine de besoins de santé qui nécessitent un travail d'équipe pour construire des prises en charge adaptées. Plusieurs modalités ont été instaurées par la loi de santé de 2016, telles que les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles de territoire de santé.

Cette réaffirmation du rôle du médecin généraliste est globalement reconnue par les acteurs auditionnés par le groupe de travail mais soulève des interrogations de la part de professions prêtes à assurer certains actes et à prendre une part plus importante dans les parcours de santé. Sur le terrain, il n'est en effet pas rare que des regroupements de professionnel.le.s soient impulsés sous l'égide d'un.e professionnel.le non médecin. La question des délégations de tâches a par ailleurs été abordée et ne fait pas l'unanimité parmi les professionnel.le.s. Si les médecins et les infirmier.e.s expriment des réticences, les pharmacienn.e.s y sont favorables, notamment concernant la vaccination, à l'instar de l'expérimentation en cours dans les régions Nouvelle Aquitaine et Auvergne Rhône-Alpes.

1.2 D'une génération à l'autre, les nouvelles aspirations des médecins

En quelques décennies, l'exercice de la médecine générale a connu de profonds changements. Le « modèle vocationnel » de la médecine, caractérisé par une pratique isolée sur des amplitudes horaires très importantes, est aujourd'hui profondément remis en cause par l'arrivée d'une nouvelle génération de professionnel.le.s et par la féminisation de la profession. Les jeunes praticien.ne.s recherchent une meilleure qualité de vie, au travers d'un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle, d'un environnement attractif par l'accès aux services à la population, et de possibilités d'emploi pour leur conjoint.e. Ils ou elles recherchent également de meilleures conditions d'exercice et ont donc tendance à privilégier l'exercice en groupe, qui permet de mieux répartir la charge de travail, de se faire remplacer plus facilement et d'échanger avec d'autres professionnel.le.s de santé.

L'exercice en groupe est largement plébiscité par la jeune génération mais il implique en contrepartie certaines contraintes qui peuvent freiner l'installation si elles ne font pas l'objet d'un accompagnement.

- Exercer en équipe avec d'autres professionnels suppose l'envie de travailler ensemble, l'acceptation de leurs contraintes et la volonté d'adapter sa propre pratique de la médecine. L'émergence d'un projet de santé, pierre angulaire de l'exercice coordonné, n'est possible qu'à ces conditions et dépend souvent de facteurs personnels.
- Le travail en groupe nécessite également de consacrer davantage de temps aux tâches administratives et à la coordination de l'équipe. Cela peut être dissuasif pour les professionnel.le.s, qui sont nombreux à mettre en avant leur souhait de se recentrer sur le volet médical de leur activité.

1.3 Une perte d'attractivité de l'exercice libéral

L'installation en secteur libéral ne constitue plus aujourd'hui la principale voie d'entrée dans l'exercice médical. Selon les chiffres du Conseil régional de l'Ordre des médecins, seuls 20,2% des médecins généralistes et spécialistes inscrits au tableau de l'Ordre en 2014 avaient choisi l'exercice libéral ou mixte, contre 27% de

médecins remplaçant.e.s et 52,8% de médecins salarié.e.s. Si les chiffres ont généralement s'équilibrer en faveur de l'exercice libéral dans les cinq années suivant la sortie des études, il est de constater que l'installation est aujourd'hui plus tardive et subit une forte concurrence du salariat.

Les auditions du groupe de travail ont apporté plusieurs facteurs explicatifs qui constituent autant de freins à l'installation en secteur libéral :

- L'organisation du cursus universitaire en médecine générale a un impact important sur les choix des futur.e.s médecins. Centrées sur l'hôpital au détriment de la médecine de ville, les études médicales consacrent très peu de temps aux fondamentaux de l'entreprise libérale. La place relativement faible accordée aux stages ambulatoires et le manque de maîtres de stage ne permettent pas aux étudiant.e.s de confronter suffisamment leurs éventuelles idées reçues sur l'exercice libéral à la réalité. Enfin, l'organisation pratique des études défavorise la réalisation de stages éloignés des facultés et entraîne une polarisation des étudiants autour des deux métropoles, en particulier Rennes.
- Les tâches administratives inhérentes à l'exercice médical constituent un autre obstacle potentiel à l'installation. Généralement évaluées à une heure par jour, elles sont considérées comme chronophages par des médecins qui souhaitent de plus en plus se consacrer intégralement à l'exercice médical.
- La recherche et l'aménagement d'un cabinet médical peut être difficile selon les territoires, notamment en raison des contraintes d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite.

Face à ces difficultés, le salariat apparaît comme une alternative pour un nombre croissant de professionnel.le.s ; d'autant que le différentiel de rémunération avec l'exercice libéral a tendance à diminuer. En effet, les praticien.ne.s libéraux.ales sont aujourd'hui soucieux.ses de maîtriser davantage leur charge de travail, au détriment du nombre d'actes réalisés chaque jour. Le salariat offre par ailleurs une véritable couverture sociale, même si de récentes mesures nationales tendent à renforcer la protection des libéraux. Enfin, le salariat permet aux médecins de se dégager des tâches administratives et de privilégier la pratique médicale.

1.4 Une intervention publique à repenser, de nouveaux modèles à inventer

Face à ces enjeux, les partenaires auditionné.e.s ont largement conclu à l'absence de recette miracle pour favoriser l'installation des médecins libéraux et rejettent collectivement la promotion d'un modèle unique d'organisation de l'exercice coordonné. Les solutions ne doivent pas venir d'une tutelle mais être co-construites par et avec les professionnel.le.s. Le rôle des pouvoirs publics, qu'il s'agisse de l'Agence régionale de santé ou des collectivités territoriales, fait l'objet de nombreuses interrogations, voire d'une certaine méfiance, pour trois principales raisons :

- Si la légitimité des pouvoirs publics à s'intéresser aux questions de démographie médicale n'est pas remise en cause, leurs interventions risquent de générer une « concurrence déloyale » et de déstabiliser l'offre si elles ne font pas l'objet d'une concertation suffisante avec les professionnel.le.s de santé.
- La multiplicité des aides est également regrettée, de même que l'absence d'un guichet unique permettant de faciliter les démarches des professionnel.le.s.
- La plupart des médecins méconnaissent leur environnement institutionnel, qu'il s'agisse de l'Agence régionale de santé, des collectivités ou même de l'URPS qui les représente.

Au-delà de ces trois remarques générales, le point de vue exprimé varie selon le type d'intervention et la profession :

- Les mesures coercitives suscitent des réactions partagées. Ainsi, la contrainte est rejetée par les représentant.e.s des médecins, qui la jugent inefficace car elle aurait pour seul effet de détourner les jeunes de l'exercice libéral au profit du salariat en secteur hospitalier. Le point de vue des autres professions de santé, dont l'installation en libéral est régulée par l'Assurance Maladie en fonction de

la densité de l'offre, est plus nuancé. En effet, cette régulation, semble avoir porté notamment chez les infirmier.e.s dont les problématiques démographiques sont aujourd'hui très localisées et concernent des distances modérées.

- Le jugement porté sur les incitations financières varie selon la nature de l'aide. Les bourses attribuées aux étudiant.e.s en médecine en contrepartie d'un engagement à exercer dans des territoires faiblement dotés, semblent trop facilement remboursables pour avoir un effet significatif. A l'inverse, les compléments de revenus qui peuvent être versés aux médecins récemment installé.e.s dans ces zones² permettent de sécuriser les installations et d'en renforcer la pérennité.
- Les aides méthodologiques proposées par l'ARS pour favoriser la coordination des professionnels de santé semblent aujourd'hui bien inscrites dans le paysage même si elles peuvent parfois donner aux professionnel.le.s de santé le sentiment que les thématiques de leur projet de santé leur sont imposées. L'accompagnement proposé par les professionnel.le.s eux-mêmes, par le biais des URPS ou de l'association Geco Lib, est jugé intéressant.

Les maisons de santé pluri-professionnelles méritent une attention particulière car elles semblent cristalliser un certain nombre de désaccords. Si elles peuvent renforcer l'attractivité de certains territoires vis-à-vis des professionnel.le.s de santé, elle ne constituent pas pour autant un modèle parfait :

- L'initiative doit impérativement revenir aux professionnel.le.s pour que l'équipement soit adapté à leurs besoins et ainsi garantir la pérennité des installations. Les maisons de santé créées à l'initiative des collectivités territoriales, en dehors de tout projet professionnel et de toute concertation, risquent de déstabiliser l'organisation locale des soins. En effet, ces équipements tendent à centraliser l'offre de soins, que ce soit vis-à-vis des médecins ou des autres professions de santé. Les pharmacienn.e.s sont notamment concerné.e.s, l'« aspiration » des médecins par les maisons de santé pouvant entraîner la fermeture des officines les plus éloignées.
- Par ailleurs, les maisons de santé ne sont pas adaptées à toutes les situations. La lourdeur de leur gestion, la nécessité de manager des équipes ou encore l'énergie à déployer pour les faire fonctionner sont autant de difficultés prises en compte par les professionnel.le.s dans leurs choix. Ceux et celles-ci éprouvent des difficultés à mettre en balance le fait de bénéficier d'un accompagnement public, et les modalités des aides de l'Assurance Maladie destinées à couvrir les coûts de coordination³, accordées sur la base d'indicateurs quantitatifs jugés trop éloignés de la pratique quotidienne de la médecine et qui requièrent un montage juridique complexe.

2. Comment accompagner les mutations de la médecine en Bretagne ?

Outre les constats précédents relatifs aux mutations de l'exercice médical, les auditions du groupe de travail ont permis d'évoquer un certain nombre de pistes pour accompagner ces évolutions et favoriser l'installation des médecins généralistes en Bretagne.

Les pistes restituées ici, qui concernent tour à tour la Région Bretagne, ses partenaires institutionnels ou encore les professionnel.le.s de santé, sont directement issues des propos tenus par les personnes auditionnées. Elles pourront servir de base à la définition de nouvelles modalités d'intervention de la Région en matière de santé, qui seront présentées lors d'une prochaine session.

2.1 Comment mieux préparer les étudiant.e.s aux différents modes d'exercice ?

Tous les acteurs auditionnés par le groupe de travail ont souligné l'impact des études médicales et de leur organisation sur les souhaits d'installation des futurs médecins. Face aux constats précédemment énoncés d'une certaine inadéquation entre le cursus universitaire et les réalités de l'exercice ambulatoire, plusieurs pistes d'amélioration ont été proposées.

¹ Contrat d'engagement de service public, instauré par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires ».

² Contrat de praticien territorial de médecine générale, instauré dans le cadre du Pacte Territoire Santé.

³ Aides accordées dans le cadre du règlement arbitral.

La nécessité d'enseigner les fondamentaux de l'entreprise libérale dans les facultés fait l'objet d'un consensus. Le développement des nouvelles structures d'exercice coordonné a aussi fait l'objet d'un consensus. Le besoin de sensibiliser les étudiant.e.s en médecine à la collaboration avec des médecins déjà installé.e.s et d'autres professionnel.le.s de santé a également été relevé, notamment en leur ouvrant l'accès aux groupes qualité.

La réalisation de stages en cabinet libéral constitue un autre facteur facilitant les installations futures. L'enjeu est à la fois de familiariser les étudiant.e.s avec l'exercice médical et de leur montrer les atouts des territoires et leur richesse culturelle et sociale. Ainsi, les personnes auditionnées ont insisté sur la nécessité de développer les stages ambulatoires au plus tôt au cours du cursus universitaire, y compris en amont du choix de la spécialité à l'issue de l'externat, et de rééquilibrer la part de pratique ambulatoire par rapport aux stages en milieu hospitalier.

Ceci implique de former davantage de maîtres de stage, la Bretagne étant confrontée en la matière à une pénurie qui ne permet pas d'être sélectif et d'éviter les stages contreproductifs chez des professionnel.le.s en surcharge de travail. A ce titre, la mobilisation des médecins libéraux doit être renforcée par une meilleure sensibilisation aux apports de la maîtrise de stage et par une meilleure indemnisation de leur participation aux journées de formation⁴.

La nécessité de renforcer la formation des maîtres.ses de stage met en relief le besoin de rapprocher les facultés de médecine des territoires en s'appuyant sur d'autres hôpitaux de référence (Lorient et Saint-Brieuc) et sur les groupements hospitaliers de territoire. La diversification des terrains de stage hospitalier en dehors des hôpitaux universitaires pourrait constituer une première étape pour une meilleure répartition des étudiant.e.s sur le territoire régional. La mise en place d'assistant.e.s universitaires en milieu libéral, « têtes de pont » de l'université en région qui partageraient leur temps entre pratique médicale et enseignement, pourrait également être envisagée afin d'harmoniser les conditions d'accueil des étudiant.e.s stagiaires en cabinet libéral ou maison de santé. Il s'agit également d'améliorer la répartition des terrains de stage sur le territoire régional, en accordant une attention particulière aux territoires situés à la frontière entre les deux subdivisions des facultés, moins pourvus en maîtres de stage.

2.2 Quel accompagnement de l'exercice coordonné en Bretagne ?

L'aspiration majeure des jeunes générations de médecins à exercer en coordination avec les autres professionnel.le.s de santé impose de poursuivre l'effort consenti en région en matière d'accompagnement tout en respectant les choix des professionnel.le.s et la diversité des modes d'exercice de groupe. Trois principales pistes ont ainsi été avancées dans le cadre des auditions : favoriser le rapprochement entre les professionnel.les, développer les outils de partage de l'information et soutenir la mise en place des fonctions de coordination.

Comme rappelé dans les constats, l'exercice coordonné suppose l'envie de collaborer avec d'autres professions et par là-même de s'adapter à leurs façons de travailler et à leurs contraintes. Si les acteurs auditionnés ont mis en exergue la nécessité de favoriser cette envie dès les études médicales, ils ont également insisté sur la nécessité de poursuivre les efforts au-delà en encourageant les temps et les lieux d'échange entre professionnel.le.s médecins et non médecins. Plusieurs leviers ont été évoqués dans cet objectif, tels que la mise en place de formations pluri-professionnelles ou l'ouverture des groupes qualité aux non-médecins (en contrepartie de leur indemnisation au même niveau que les médecins). A titre d'exemple, l'association UrBreizh, qui regroupe des médecins remplaçant.e.s, organise des cafés débats permettant notamment aux professionnel.le.s paramédicaux de parler de leur travail. L'intérêt de développer les « staffs pluri-professionnels », qui permettent aux praticien.ne.s d'échanger collectivement sur des cas concrets, a également été souligné pour ce qui concerne les structures d'exercice coordonné.

⁴ A ce jour, les médecins libéraux sont indemnisés pour deux journées de formation de maître de stage, contre 4 auparavant.

Poursuivre le développement d'outils de partage de l'information est également nécessaire pour permettre le bon fonctionnement des regroupements de médecins et lutter contre l'isolement des professionnels. Malgré le fait que la Bretagne soit pionnière dans l'informatisation des cabinets médicaux, les professionnels de santé rencontrent certaines difficultés, en particulier dans la mise en place de messageries sécurisées. Ainsi, si les médecins sont équipés à près de 100% de ces logiciels, ils n'utilisent pas tous les mêmes et se trouvent donc confrontés à des problèmes de compatibilité. A l'inverse, certaines professions de santé accusent un retard considérable dans l'adoption de ces solutions, à l'instar des masseurs-kinésithérapeutes qui ne sont que 3% à les utiliser. Selon certains acteurs dont les pharmaciens, la solution à ces problématiques pourrait venir du Dossier médical partagé (DMP) et du dossier pharmaceutique, qui permettraient par ailleurs de mieux orienter les patients et d'éviter des passages aux urgences non justifiés. Reste toutefois à convaincre les médecins de l'opportunité de cet outil maintes fois expérimenté⁵, qui suscite leur méfiance quant au financement et à la confidentialité des données.

Enfin, la volonté des médecins de se recentrer sur la pratique médicale, fréquemment soulignée, peut conduire à la création de postes dédiés au sein des regroupements. Si de nombreux cabinets mettent d'ores et déjà en place ce type de fonctions supports pour les tâches administratives, le secrétariat et la gestion, certains projets vont plus loin en mettant en place des postes de coordinateur.trice.s qui vont à la rencontre des professionnels libéraux afin de favoriser l'interconnaissance, la communication et les échanges de pratiques. L'accompagnement financier de ce type de poste mériterait d'être développé, voire simplifié et assoupli selon certains professionnels qui, comme indiqué précédemment, jugent les critères de son attribution inadaptés aux réalités de l'exercice médical. A noter de surcroît que la mise en place de fonctions de médiation sociale a été proposée pour améliorer la relation aux patients sur certains territoires comme les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

2.3 Quelles évolutions des métiers pour améliorer le service rendu ?

Les professions de santé doivent sans cesse se réinventer et s'adapter à un contexte marqué par une recherche systématique d'amélioration du service rendu à la population et d'optimisation du coût de la santé ainsi que par l'évolution constante des médicaments et des techniques médicales. Ces enjeux ont été abordés au cours des auditions du groupe de travail qui ont permis de dégager plusieurs pistes pour contribuer à faire émerger la médecine de demain.

Le développement des délégations de tâches apparaît comme un levier important pour soulager les médecins et ainsi améliorer les délais d'accès des patients à une prise en charge. Force est de constater cependant que le concept même de la délégation fait l'objet d'un certain nombre de critiques, portant notamment sur l'impossibilité de transférer des compétences indissociables des professionnels ou sur la délicate question des transferts de responsabilité. La possibilité de « protocoliser » certains actes, déjà expérimentée sur plusieurs sites d'exercice coordonné, peut permettre de contourner cette difficulté. Plusieurs acteurs ont par ailleurs reconnu que la délégation d'actes restait envisageable à condition que chaque profession y soit impliquée (des médecins vers les infirmières mais aussi des infirmières vers les aides-soignants).

Le déploiement de la télémédecine représente un enjeu majeur pour renforcer l'accès à certaines spécialités et ainsi développer l'attractivité des territoires ruraux vis-à-vis de généralistes assurés de pouvoir orienter plus facilement leurs patients vers d'autres confrères.consœurs. Il en va également de la nécessaire adaptation de la médecine à l'essor très rapide des objets connectés. La Bretagne n'est pas en reste sur ces innovations qui occupent une part croissante dans les établissements hospitaliers et dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, notamment en dermatologie et en psychiatrie. Pour autant, les personnes auditionnées ont appelé à rester prudent pour plusieurs raisons :

⁵ La dernière expérimentation en date est actuellement en cours dans le département des Côtes d'Armor.

- La télémédecine nécessite des professionnel.le.s de santé, au premier rang desquels le pour pouvoir fonctionner ;
- L'absence d'une véritable tarification des actes de télémédecine continue à freiner leur développement ;
- Le développement des objets connectés pose une question essentielle de sécurisation des données ainsi collectées.

L'intégration de la prévention et de la promotion de la santé dans la pratique médicale fait partie des aspirations des jeunes générations de médecins. L'enjeu est crucial alors que la France accuse un retard important par rapport à d'autres pays du monde. De plus, le renforcement de la prévention répond aux attentes de la population qui a de plus en plus tendance à souhaiter éviter d'être malade. Il pose néanmoins la question de la tarification des consultations de prévention, souvent plus longues que des consultations ordinaires. Des possibilités existent aujourd'hui dans le cadre des nouveaux modes de rémunération mis en place par l'Assurance maladie, mais elles sont réservées aux médecins exerçant en groupe et mériteraient d'être élargies.

Les métiers de santé ont pour enjeu la vie humaine et imposent donc aux professionnel.le.s une démarche constante d'actualisation de leurs connaissances et compétences afin de s'adapter aux évolutions des médicaments et des techniques. En effet, selon le Conseil régional de l'Ordre des médecins, les connaissances doivent être revues tous les cinq ans et deviennent obsolètes au bout de 10 ans. Un renforcement des jours dédiés au développement professionnel continu semble indispensable en compensation de sa réduction au cours des dernières années. Le développement de la recherche en soins primaires pourrait également concourir à cet objectif.

2.4 Renforcer l'attractivité des territoires : quel rôle des pouvoirs publics ?

L'inégale répartition des médecins et des autres professionnel.le.s de santé sur le territoire régional ne doit pas masquer ses atouts pour attirer les généralistes, qui ont été rappelés au cours des auditions : un tissu de villes moyennes relativement bien dotées en services à la population, un réseau routier gratuit favorisant la mobilité, l'amélioration continue de la couverture en fibre optique numérique ou encore des arguments touristiques qui ne sont plus à démontrer.

Pour autant, les difficultés de démographie médicale existent bel et bien et justifient l'intervention des pouvoirs publics, en dépit de la méfiance que celle-ci suscite chez les professionnel.le.s. Un des premiers enjeux réside donc dans la restauration du dialogue entre les collectivités territoriales, les professionnel.le.s de santé et les usager.e.s. Cette démarche passe notamment par un triple travail de sensibilisation :

- Des élu.e.s sur les nouvelles organisations de l'offre de soins : l'évolution du métier de médecin libéral, le développement des coopérations à une échelle supra communale et la nécessité de co-construire les interventions avec les professionnel.le.s de santé. Il est par ailleurs indispensable de faire œuvre de pédagogie autour du fait que la présence médicale est possible pour tou.te.s mais pas partout, que chaque commune n'aura pas son médecin.
- Des professionnel.le.s de santé sur la nécessité d'apporter une réponse aux besoins de la population et sur l'environnement institutionnel.
- Des usager.e.s et des patient.e.s sur le « juste recours » aux soins pour éviter de surcharger les professionnel.le.s de santé.

Cette démarche peut également passer par la valorisation des initiatives exemplaires et la mutualisation des bonnes pratiques.

Les pouvoirs publics, et en particulier les collectivités territoriales, sont également attendus sur l'anticipation des besoins et la planification des réponses à apporter. Les collectivités sont d'autant plus légitimes que l'installation est liée aux politiques d'aménagement du territoire dans la mesure où les médecins choisissent

leur lieu d'installation en fonction des services, des transports et des possibilités d'emploi -
conjoint.e. Cet exercice doit cependant être conduit en étroite collaboration avec les professionnel.le.s de
santé et soulève de très nombreuses questions :

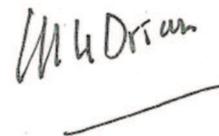
- L'échelle territoriale pertinente pour organiser la réponse aux soins de proximité : si aucun consensus ne s'est dégagé au cours des auditions pour un échelon unique, la nécessité de raisonner à l'échelle intercommunale a été fréquemment évoquée. D'autres critères peuvent également être pris en compte tels que la population du territoire (un généraliste pour 1000 habitant.e.s) ou la distance à parcourir (10 kilomètres).
- La gouvernance d'une telle organisation, nécessairement équilibrée entre les élu.e.s et les professionnel.le.s de santé du territoire mais soulevant aussi la question de la place des usager.e.s.
- Les moyens à mettre en œuvre pour animer de telles démarches.

Enfin, les représentant.e.s des professionnel.le.s de santé entendu.e.s dans le cadre des auditions ont fait état du besoin de revisiter le panel des aides publiques :

- Il s'agit en premier lieu de répondre au constat posé précédemment de la multiplicité et de la complexité des aides, qui appelle à renforcer leur lisibilité. Si une plateforme d'appui aux professionnel.le.s de santé (PAPS) est d'ores et déjà portée par l'ARS et permet de leur apporter de nombreuses informations pratiques concernant la formation, l'installation et l'exercice, il s'agirait d'aller au-delà en mettant en place un guichet unique facilitant les démarches administratives. Une expérience de ce type a été mise en place en 2014 en région Haute-Normandie, le Guichet unique d'installation des professionnels de santé (GUIPS), porté par l'ARS et doté de moyens financiers et humains spécifiques pour proposer aux futur.e.s installé.e.s (médecins ou non) un accompagnement individualisé dans leurs démarches.
- Les professionnel.le.s de santé non médecins ont également insisté sur la nécessité de renforcer les contreparties attendues par les pouvoirs publics en échange des aides à l'exercice coordonné et plus particulièrement aux maisons de santé pluri-professionnelles. Plusieurs critères ont été évoqués, tels que la garantie de la continuité et des soins et la participation à la permanence des soins, la mise en place de plages horaires quotidiennes dédiées aux soins non programmés ou encore la réalisation de visites à domicile. L'obligation de devenir maître.sse de stage a cependant fait l'objet d'avis partagés, certain.e.s identifiant un risque de déboucher sur des stages contreproductifs chez des praticien.ne.s peu motivés.

Je vous remercie de me donner acte de cette communication

Le Président du Conseil régional



Jean-Yves Le Drian

Annexe : composition des groupes de travail

Présidé par Anne Troalen, Conseillère régionale déléguée aux formations sanitaires et sociales, à la santé et à la silver économie, le groupe de travail se compose des conseiller.e.s régionaux.ales suivant.e.s :

- Sylvie Argat-Bouriot (groupe radicaux de gauche et apparentés)
- Mona Bras (groupe régionaliste)
- Gaby Cadiou (groupe communistes et progressistes)
- Laurence Fortin (groupe socialistes et apparentés)
- Philippe Hercouet (groupe socialistes et apparentés)
- Elizabeth Jouneaux-Pedrono (groupe socialistes et apparentés)
- Christine Le Strat (groupe droite, centre et régionalistes)
- Stéphane de Sallier Dupin (groupe droite, centre et régionalistes)
- Gilles Penelle (groupe front national)
- Emeric Salmon (groupe front national)