

Projet Médico Soignant Partagé du
Groupement Hospitalier Rance Émeraude à
l'horizon 2027

Centres hospitaliers

Saint-Malo, Dinan, Cancale



Groupement Hospitalier

Rance-Émeraude

Ensemble, pour votre Santé



Le Projet Médico Soignant de Territoire décrit la réponse apportée par les acteurs du Territoire Rance Émeraude aux enjeux actuels de l'offre de soins, partagés dans le Projet Régional de Santé 2018 – 2022 porté par l'Agence Régionale de Santé Bretagne et par le Ségur de la Santé.

Le Projet Médico Soignant du GHRE entend organiser une prise en charge commune et graduée sur le territoire, en garantissant la qualité et l'accessibilité de l'offre en tous points du territoire, moderniser et humaniser l'ensemble des structures hospitalières et médico-sociales de Dinan, Saint Malo et Cancale, en interaction avec les autres acteurs du Territoire.

Proximité et Sécurité, Hôpital et Parcours de soins, soins de proximité, spécialisés et de recours, service public et coopération avec les structures associatives, libérales et privées, développement durable et développement du numérique : autant de dimensions qui concourent à l'équilibre défendu par ce Projet, construit en concertation avec la Communauté Hospitalière de Territoire, les Conseils de Surveillance, les élus, et les autres acteurs du Territoire. [Que chacun en soit remercié.](#)

[Ce projet est ambitieux](#) et nous donne des objectifs élevés et innovants en matière de santé publique, pour transformer notre vision, pour mieux nous adapter aux attentes des patients et des professionnels de ville, améliorer la qualité de vie au travail et renforcer l'autonomie du territoire.

[Il est réaliste](#) et cherche à déterminer les moyens de ces ambitions, les mettre durablement et collectivement en œuvre dans le contexte économique, politique et social qui est celui du système de santé, dans une dynamique transversale, de réseau.

Il représente, notamment dans sa déclinaison architecturale et le soutien apporté par les pouvoirs publics, une opportunité historique pour le Territoire. [En cela, il nous oblige et préfigure l'aventure collective qui nous liera dans les prochaines années.](#)

Nous vous en souhaitons une bonne lecture,

Monsieur Gilles LURTON

*Président du Conseil de Surveillance du
CH de Saint Malo
Maire de Saint Malo*

Monsieur Didier LECHIEN

*Président du Conseil de Surveillance
du CH de Dinan
Maire de Dinan*

Monsieur Pierre Yves MAHIEU

*Président du Conseil de Surveillance du
CH de Cancale
Maire de Cancale*

Madame Chrystèle LE BOURLAIS

*Présidente de la Commission Médicale
de Territoire
Présidente de la Commission Médicale
d'Établissement du CH de Dinan*

Monsieur François CUESTA

*Directeur du Groupement Hospitalier
Rance Émeraude*

Monsieur Philippe BAHU

*Vice-Président de la Commission
Médicale de Territoire
Président de la Commission Médicale
d'Établissement du CH de Saint Malo*



Table des matières

TABLE DES MATIERES	3
ÉLABORER UNE CONVERGENCE D'AMBITIONS AU SERVICE DU TERRITOIRE.	6
ORGANISER L'OFFRE DE SOINS EN ANTICIPANT LES BESOINS FUTURS DES PATIENTS.....	7
1. LES CARACTERISTIQUES ET LES SPECIFICITES DU TERRITOIRE	7
- LE CONTEXTE GEOGRAPHIQUE	7
- LE CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE	8
- LE CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE.....	11
- LA CONSOMMATION DE SOINS SUR LE TERRITOIRE	15
2. L'OFFRE DE SOINS.....	18
- L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE	18
- L'OFFRE DE PREMIER RECOURS.....	19
- L'OFFRE MEDICO SOCIALE	22
- L'OFFRE DE SOINS EN SANTE MENTALE ET EN ADDICTOLOGIE	23
- L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE SOCIALE.....	24
3. LA DYNAMIQUE DU GHRE ET LE CONTEXTE CONCURRENTIEL ET PARTENARIAL.....	25
- LA DYNAMIQUE DU GHRE	25
- LE CONTEXTE CONCURRENTIEL ET PARTENARIAL.....	32
RENFORCER L'OFFRE DE SOINS PUBLIQUE : UNE AMBITION POUR LE TERRITOIRE	39
1. LA GRADATION DES SOINS	39
- LE CŒUR DE VILLE DE DINAN	40
- LE CŒUR DE VILLE DE SAINT MALO.....	41
- LE CENTRE HOSPITALIER DE CANCALE	43
- L'HOPITAL TERRITORIAL	43
2. LE RENFORCEMENT DE L'OFFRE DE SOINS SUR LE TERRITOIRE	44
- LE DEVELOPPEMENT DE NOUVELLES OFFRES	44
- LE MAILLAGE TERRITORIAL	45
3. LES MODALITES D'ORGANISATION DE LA GRADATION	46
- L'APPUI DES CENTRES D'EXPERTISES UNIVERSITAIRES.....	46
- LE DEPLOIEMENT D'EQUIPES MEDICALES DE TERRITOIRE	46
- CARTE DE LA RESTRUCTURATION DE L'OFFRE	47
4. LE DIMENSIONNEMENT CAPACITAIRE	48
- LA MEDECINE, LA CHIRURGIE, L'OBSTETRIQUE	49
- LE PLATEAU TECHNIQUE CHIRURGICAL ET INTERVENTIONNEL	54
- LE SMR.....	57
- LES EHPAD ET LA FILIERE GERIATRIQUE	58
- LA PSYCHIATRIE ADULTE, LA PEDO PSYCHIATRIE ET L'ADDICTOLOGIE	59
5. LA COHERENCE AVEC LE PLAN REGIONAL DE SANTE.....	61



LES AMBITIONS DU PMSP SUR LES FILIERES DE SOINS 63

1.	AMELIORER L'ACCESSIBILITE AUX SOINS.....	63
2.	RENFORCER LA FLUIDITE DU PARCOURS DU PATIENT	64
-	EN AMONT.....	64
-	AU COURS DE L'EPISODE DE SOINS HOSPITALIER.....	65
-	EN AVAL	65
3.	DEVELOPPER LES PRISES EN CHARGE AMBULATOIRE ET REDUIRE LA DUREE DES EPISODES AIGUS	66
-	EN CHIRURGIE.....	66
-	EN MEDECINE.....	66
-	EN SMR ET DANS LES EHPADS	67
4.	REUSSIR LA TRANSFORMATION NUMERIQUE.....	67
-	DISPOSER D'UN SYSTEME D'INFORMATION FIABLE ET MAITRISE PAR LES ACTEURS.....	69
-	INTEGRER LE NUMERIQUE DANS LES REFLEXIONS D'ORGANISATION DES SOINS	69
-	S'APPUYER SUR L'EXPERIENCE UTILISATEUR	70
-	CONCRETISER L'AMBITION DIGITALE	72
5.	DEPLOYER UN HOPITAL POUR LE TERRITOIRE	74
-	GARANTIR LA CONTINUTE DES PRISES EN CHARGE SUR LE TERRITOIRE	74
-	AMELIORER LE MAILLAGE DU TERRITOIRE.....	76
-	OUVRIR L'HOPITAL SUR SON TERRITOIRE	77
-	RENFORCER LES COOPERATIONS DE RECOURS SUR LE TERRITOIRE REGIONAL.....	78
-	INTENSIFIER L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE SUR LE TERRITOIRE.....	79

LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES PAR FILIERE DE SOINS 81

1.	LA FILIERE URGENCES ET SOINS CRITIQUES	82
-	L'EXISTANT ET LES PERSPECTIVES	82
-	ORGANISER UNE PRISE EN CHARGE DE PROXIMITE ET LA GRADATION DES SOINS.....	83
-	LIMITER LES DELAIS D'ATTENTE AU SEIN DU SERVICE DES URGENCES.....	83
-	RENOVER L'ORGANISATION DU SERVICE DES URGENCES ET DES SOINS CRITIQUES DU GHRE.....	85
2.	LA FILIERE CANCEROLOGIE ET HEMATOLOGIE.....	89
-	RENFORCER LES FILIERES EXISTANTES	91
-	CONSOLIDER L'OFFRE DE TRAITEMENT DU CANCER SUR LE TERRITOIRE	96
3.	LA FILIERE CARDIO VASCULAIRE	98
-	ORGANISER LA PREVENTION ET LE SUIVI AU LONG COURS DU PATIENT, EN LIEN AVEC LA VILLE.	98
-	DEVELOPPER L'ACTIVITE DE CARDIOLOGIE ET DE MEDECINE VASCULAIRE SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE.....	99
-	FLUIDIFIER LE PARCOURS DU PATIENT DANS TOUTES SES DIMENSIONS	99
4.	LA FILIERE NEURO VASCULAIRE	101
-	GAGNER DU TEMPS DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'AVC	101
-	FAVORISER LA COORDINATION DES ACTEURS SUR LE TERRITOIRE	103
-	FAVORISER L'ACCES AUX TRAITEMENTS INNOVANTS ET A LA RECHERCHE.....	103
5.	LA FILIERE GERIATRIQUE ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES.....	105
-	CONSOLIDER LA FILIERE GERIATRIQUE SUR LE TERRITOIRE.....	105
-	FLUIDIFIER LE PARCOURS D'HOSPITALISATION DE LA PERSONNE AGEE.....	109
-	COORDONNER LES ACTEURS	112
6.	LA FILIERE NEPHROLOGIE / DIALYSE / HTA ET ENDOCRINOLOGIE.....	113
-	LA NEPHROLOGIE	113
-	ZOOM SUR LA DIALYSE.....	116



~	ZOOM SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'HTA.....	116
~	L'ENDOCRINOLOGIE / DIABETOLOGIE	117
7.	LA FILIERE PNEUMOLOGIE	119
~	RENFORCER LA PREVENTION, EN LIEN AVEC LES PROFESSIONNELS DE VILLE	119
~	ACCOMPAGNER LES EVOLUTIONS ORGANISATIONNELLES DES PRISES EN CHARGE.....	120
~	DEVELOPPER UNE ACTIVITE D'EXCELLENCE SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE DU GHRE	121
8.	LES FILIERES MEDICALES (RHUMATOLOGIE, MEDECINE INTERNE ET INFECTIOLOGIE, MEDECINE POLYVALENTE, POST URGENCE ET DE PROXIMITE)	123
~	REORGANISER L'OFFRE HOSPITALIERE POUR GARANTIR UNE REPONSE ADAPTEE ET ACCESSIBLE A TOUS.....	123
~	RENFORCER LES SPECIALITES MEDICALES POUR RENDRE LES PARCOURS SIMPLES ET LISIBLES	125
~	DEVELOPPER UNE ACTIVITE HYPERSPECIALISEE EN MEDECINE.....	126
9.	L'HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE	130
~	AMELIORER LE DEPISTAGE, LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DU SYNDROME METABOLIQUE	130
~	CONSOLIDER LE PARCOURS DU PATIENT	132
~	POURSUIVRE LE DEVELOPPEMENT DES ACTIVITES D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	133
~	AMPLIFIER LA RECHERCHE ET L'ENSEIGNEMENT.....	134
10.	LA FILIERE DOULEUR ET SOINS PALLIATIFS.....	135
~	LES SOINS PALLIATIFS.....	135
~	LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	138
11.	LES FILIERES CHIRURGICALES ET LE PLATEAU OPERATOIRE ET INTERVENTIONNEL	142
~	CONSOLIDER ET DEVELOPPER L'OFFRE CHIRURGICALE PUBLIQUE	142
~	DEVELOPPER L'AMBULATOIRE ET LES CIRCUITS COURTS	144
~	MODERNISER LE BLOC OPERATOIRE	145
~	OPTIMISER LES INTERFACES AVEC LE PLATEAU TECHNIQUE CHIRURGICAL ET INTERVENTIONNEL	146
12.	LA FILIERE FEMME, MERE, ENFANT.....	147
~	DEVELOPPER UNE APPROCHE PHYSIOLOGIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MERE ET DE L'ENFANT.....	147
~	...TOUT EN SECURISANT LES GROSSESSES A RISQUE PAR LE PASSAGE EN NIVEAU 2B DE LA MATERNITE	149
~	DEVELOPPER ET PERSONNALISER LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT.....	149
13.	LE PLATEAU MEDICO TECHNIQUE	154
~	LE LABORATOIRE	154
~	L'IMAGERIE	157
~	LA PHARMACIE.....	159
14.	LES SOINS DE SUITES MEDICAUX DE READAPTATION	163
~	LE SMR GERIATRIQUE ET POLYVALENT.....	164
~	LE SMR LOCOMOTEUR ET NEUROLOGIQUE	166
~	L'OBTENTION DE NOUVELLES MENTIONS.....	168
15.	LA PSYCHIATRIE ADULTE, LA PEDO PSYCHIATRIE, ET L'ADDICTOLOGIE	171
~	GARANTIR LA CONTINUITÉ DES PRISES EN CHARGE	172
~	RENFORCER LA LISIBILITE DE L'OFFRE ET LA GRADUATION DES PRISES EN CHARGE	174
~	AMELIORER L'ACCES AUX SOINS ET LA COORDINATION ENTRE LES ACTEURS	176
16.	ZOOM : IMAGINER UNE NOUVELLE PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES	179
~	CREER DES MAISONS DE PREVENTION ET D'ÉDUCATION : L'INTERFACE VILLE / HOPITAL	180
~	INSTALLER UN CENTRE HOSPITALIER DE MALADIES CHRONIQUES.....	181
17.	ZOOM : DEPLOYER UNE PRISE EN CHARGE EN HOSPITALISATION DE JOUR DE MEDECINE INNOVANTE.....	184
~	RENFORCER L'ACCES AUX MEDECINS SPECIALISTES SUR LE TERRITOIRE	184
~	DEVELOPPER LES CONSULTATIONS DE SPECIALISTES, Y COMPRIS EN PROXIMITE	184
~	DEVELOPPER LA TELE EXPERTISE HOSPITALIERE.....	186
~	DEVELOPPER LA PRISE EN CHARGE MEDICALE EN HOPITAL DE JOUR	186
18.	ZOOM SUR : LE CŒUR DE VILLE DE SAINT MALO	189



Élaborer une convergence d'ambitions au service du Territoire.

Les centres hospitaliers (CH) de Saint-Malo (Broussais), de Dinan (René Pleven) et le nouvel hôpital des Prés Bosgers de Cancale regroupés dans le [Groupe Hospitalier Rance-Émeraude](#) ont engagé une vaste réflexion autour de l'offre de soins qu'ils dispensent auprès de la population de leur territoire, des liens qu'ils entretiennent avec leurs partenaires et les professionnels de ville pour élaborer leur Projet Médico Soignant de Territoire, dans la perspective d'une reconstruction et d'une restructuration architecturales des sites de Saint Malo et Dinan. Cette démarche a permis de s'interroger sur la qualité du service rendu à la population, mais également sur les adaptations et les transformations que devrait subir l'offre actuelle pour mieux faire face aux évolutions démographiques, épidémiologiques, aux nouvelles attentes des patients comme à celles des professionnels, aux enjeux de pérennité économique et de qualité des soins de chacun des sites dans les années futures.

Ce Projet Médico Soignant vise également à construire une convergence d'ambitions, d'objectifs et de pratiques entre les différents sites, entre les différents professionnels, pour proposer, en tout point du territoire une prise en charge de proximité, de qualité, en toute sécurité.

Ni site unique, ni hôpitaux miroirs, l'élaboration du Projet Médico Soignant Partagé oblige à créer un **écosystème novateur** qui interroge sur la conciliation entre proximité et sécurité, entre attentes des patients et souhaits des professionnels, entre impératif économique et impératifs de service public.

Il est l'occasion de refonder un Projet de Territoire en lien avec tous les acteurs du territoire, publics et privés, dans une logique de coopération de proximité, de prise en charge coordonnée, de partage d'information, et de recours organisé pour permettre d'améliorer significativement le service médical rendu aux patients et la qualité de vie des professionnels qui y travaillent.

Il est le préalable au projet architectural et construit comme lui : il se veut **prospectif, évolutif**, fédérateur des parties prenantes du territoire, intégrant les innovations, au premier rang desquelles la transformation numérique afin d'améliorer les parcours patients, les pratiques médicales, les liens avec la médecine de ville, tutelles, territoires et réseaux de soins, collectivités, professionnels de santé, fournisseurs et d'offrir des services personnalisés pour le **patient devenu acteur de sa prise en charge**.



Organiser l'offre de soins en anticipant les besoins futurs des patients

L'élaboration du Projet Médico Soignant partagé se base sur un diagnostic visant, à partir d'un état des lieux du contexte socio-démographique, épidémiologique, de la démographie médicale et paramédicale sur le territoire, à identifier les besoins des patients dans les années à venir et les tendances tenant à l'offre de soins pour que le Projet soit résolument tourné vers l'amélioration de l'offre de soins pour le patient¹.

1. Les caractéristiques et les spécificités du territoire

▶ Le contexte géographique

Délimité par une bande côtière s'étirant de la Côte d'Émeraude jusqu'aux portes du Mont Saint Michel, le territoire du pays englobe également les communes situées autour du pôle de Combourg et jusqu'à une vingtaine de kilomètres de Rennes.

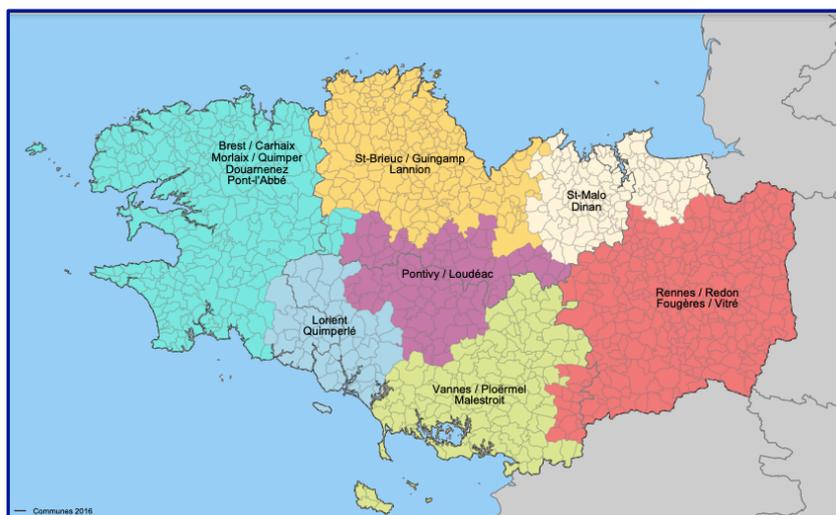
Situé sur le département de l'Ille-et-Vilaine et celui des Côtes-d'Armor, le Pays de Saint-Malo est composé de 68 communes, celui de Dinan Agglomération est composé de 64 communes². Le territoire se caractérise par sa localisation particulière, bénéficiant du rayonnement de trois pôles importants du territoire breton (Rennes, St Malo et St Brieuc).

¹ Ce premier chapitre reprend les principales spécificités du territoire : le diagnostic général peut être consulté par ailleurs.

² Observatoire Régional des territoires, au 1^{er} janvier 2019.



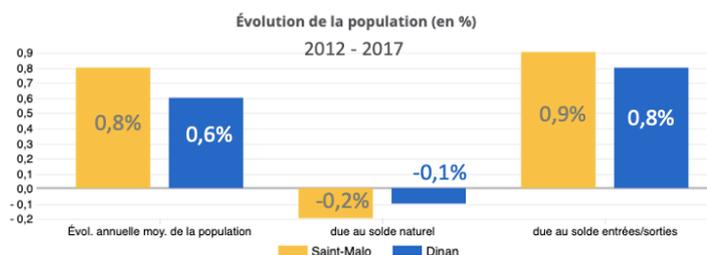
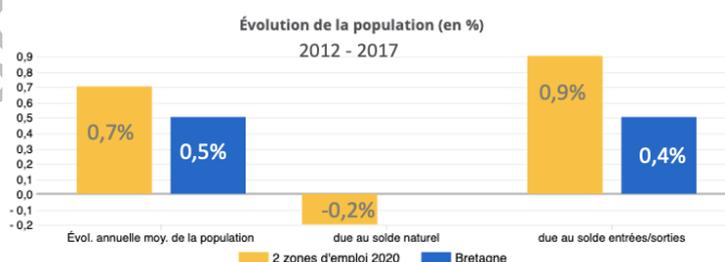
Dans le territoire de Saint-Malo - Dinan, les espaces agricoles occupent une surface plus importante qu'en région. À l'inverse, la part des zones forestières et des milieux semi-naturels est de moindre importance. Près d'un quart de la population est concernée par la pollution atmosphérique : le ministère chargé de l'environnement a défini une méthode afin d'identifier en France les zones sensibles à la qualité de l'air. Près d'un quart de la population du territoire est concernée contre un tiers des Bretons. Elle est située le long de l'axe routier Saint-Malo - Rennes en raison des surémissions de dioxyde d'azote liées au transport.



► Le contexte démographique et socio-économique

La population du territoire 6 compte aujourd'hui environ 270 000 habitants pour un bassin d'emploi de 240 000 personnes. La croissance démographique du territoire est positive sur les dix dernières années.

Population		
Période	2 zones d'emploi 2020	Bretagne
1968	194 544	2 468 227
1975	199 471	2 595 431
1982	206 650	2 707 886
1990	213 076	2 795 638
1999	217 507	2 906 197
2007	232 540	3 120 288
2012	239 373	3 237 097
2017	247 884	3 318 904



Elle se caractérise par un indice de vieillissement significativement plus important qu'en France : la population des territoires de Dinan / Saint Malo est actuellement sensiblement plus âgée que la population bretonne : la part des personnes de plus de 75 ans s'élève 12,8% à Saint Malo et 12,2% à Dinan, contre 10,5% en Bretagne.



Bassin de Saint Malo

Indicateurs	12 codes géographiques pmsi 2020	France
% des 12 à moins de 18 ans (%)	7,1 ▼	7,5
% des 18 à moins de 65 ans (%)	53,9 ▼	58,7
% des moins de 20 ans (%)	21,7 ▼	24,4
% des 65 ans et plus (%)	26,3 ▲	19,3
% des moins de 6 ans (%)	6,0 ▼	7,0
% des 6 à moins de 12 ans (%)	6,6 ▼	7,5
% des 75 ans et plus (%)	12,8 ▲	9,3
Population	140 741	66 832 149

Bassin de Dinan

Indicateurs	11 codes géographiques pmsi 2020	France
% des 12 à moins de 18 ans (%)	7,7 ▲	7,5
% des 18 à moins de 65 ans (%)	53,9 ▼	58,7
% des moins de 20 ans (%)	23,1 ▼	24,4
% des 65 ans et plus (%)	24,6 ▲	19,3
% des moins de 6 ans (%)	6,4 ▼	7,0
% des 6 à moins de 12 ans (%)	7,5	7,5
% des 75 ans et plus (%)	12,0 ▲	9,3
Population	103 400	66 832 149



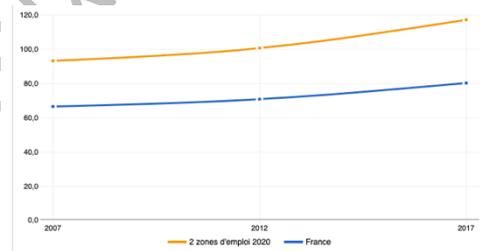
- Zone d'emploi de Saint Malo : 149 200 habitants
- Zone d'emploi de Dinan : 98 700 habitants
- 7,5% de la population de Bretagne

La part des personnes âgées est relativement similaire entre les deux sous bassins, même si la part des plus de 75 ans représente 12,8% de la population à Saint Malo et 12,2% à Dinan.

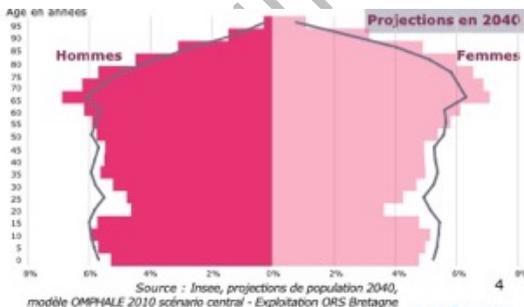
Population par grandes tranches d'âge

	Nombre		%	
	Saint-Malo	Dinan	Saint-Malo	Dinan
0 à 14 ans	24 080	17 427	16,1	17,7
15 à 29 ans	20 911	13 021	14,0	13,2
30 à 44 ans	24 141	17 027	16,2	17,3
45 à 59 ans	29 530	19 420	19,8	19,7
60 à 74 ans	31 417	19 799	21,1	20,1
75 ans ou plus	19 099	12 011	12,8	12,2
Total	149 178	98 706	100,0	100,0

- L'indice de vieillissement (IV) de la zone Dinan-Saint Malo (116,9) est très au dessus de la moyenne française (79,9).
- L'indice est de 123 pour Saint Malo et 108,3 pour Dinan.



Cette tendance va se poursuivre sur un rythme accéléré puisque la croissance attendue de la démographie à l'horizon 2040 s'établit à 45 000 personnes selon le scénario central de l'INSEE. Cette tendance est d'autant plus importante à souligner que le vieillissement entrainera inévitablement l'augmentation des maladies chroniques – même si le territoire est, sur ce point, aujourd'hui moins touché que le reste de la région.



Le phénomène de croissance et vieillissement va se poursuivre (source Insee Scénario central):

- Selon les projections démographiques de l'Insee, le territoire devrait enregistrer une **augmentation de sa population** de plus de **45 000 habitants d'ici 2040**. Ce dynamisme démographique (+0,5 % en moyenne annuelle) se rapprocherait de celui attendu en Bretagne (+0,6 %).
- Cette évolution se répercute au niveau de la pyramide des âges. **Le nombre de jeunes de moins de 20 ans augmenterait de plus de 5 000 personnes**. Mais, comme en Bretagne, leur part dans la population du territoire diminuerait en raison **de la forte croissance du nombre de personnes âgées**.
- Parallèlement, le gain s'opérerait **principalement aux âges plus élevés** : le nombre de personnes de **60 ans et + augmenterait rapidement (+ 36 000 personnes en plus)**.

Les situations sociales y sont relativement contrastées : le revenu moyen est proche de celui de la région et le taux de chômage inférieur à Dinan mais supérieur à St Malo.



Population de 15 ans ou plus par CSP
Seuil d'utilisation à 2000 hab.

	Nombre	%
Agriculteurs exploitants	1 082	0,9
Artisans, commerçants, chefs entreprise	5 378	4,3
Cadres et professions intellectuelles supérieures	7 553	6,0
Professions intermédiaires	15 190	12,1
Employés	19 841	15,8
Ouvriers	14 494	11,6
Retraités	45 559	36,4
Autres personnes sans activité professionnelle	16 087	12,9
Total	125 183	100,0

Ménages selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence
Seuil d'utilisation à 2000 hab.

Indicateurs	Saint-Malo		Dinan	
	Valeur	Évol. 2007-2017	Valeur	Évol. 2007-2017
Agriculteurs exploitants	803	-19,6 %	1 017	-20,5 %
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	3 562	-2,7 %	2 401	19,6 %
Cadres et professions intellectuelles supérieures	5 209	13,8 %	2 788	23,4 %
Professions intermédiaires	9 432	25,0 %	5 950	30,6 %
Employés	11 220	60,7 %	6 467	93,3 %
Ouvriers	9 352	-6,6 %	7 320	-3,0 %
Retraités	27 724	6,7 %	17 018	2,9 %
Autres sans activité professionnelle	3 366	-4,3 %	1 432	-14,8 %

Salaire net hor. moyen
(€)

	Bretagne		
	Saint-Malo	Dinan	Bretagne
Ensemble	13,5	12,8	13,6
Cadres, professions intellectuelles supérieures et chefs d'entreprises salariés	26,7	24,2	24,3
Professions intermédiaires	14,3	14,3	14,5
Employés	10,4	10,5	10,6
Ouvriers	10,8	10,8	11,0

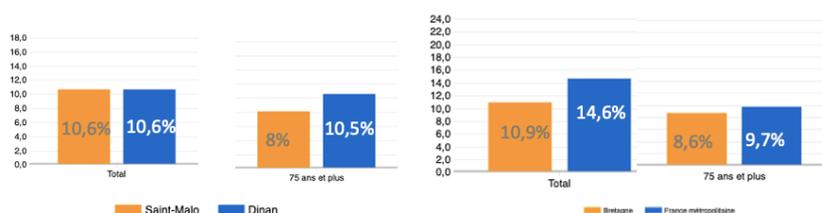
Salaire net horaire moyen par catégorie professionnelle
Source : base INSEE, tous salariés, 2018

Indicateurs	Saint-Malo		Dinan		Bretagne
Ensemble	85 438	56 717			2 019 689
Actifs : (%)	73,6	75,1			73,5
- actifs en emploi (%)	65,1	66,7			64,8
- chômeurs (%)	8,6	8,4			8,7
Inactifs : (%)	26,4	24,9			26,5
- élèves, étudiants et stagiaires non rémunérés (%)	8,3	8,0			10,9
- retraités ou préretraités (%)	10,0	10,3			8,6
- autres inactifs (%)	8,1	6,6			7,0

Population 15-64 ans par type d'activité
Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale - 2017

Si le territoire se situe dans la moyenne nationale en matière de taux de pauvreté, cette situation cache des situations contrastées : le taux de pauvreté est proche du niveau régional, celui des moins de 30 ans lui étant plus favorable (10,6 vs 10,9 au niveau régional et 14,6 au niveau national). Dans cette classe d'âge et celle des 75 ans et plus, le revenu médian est supérieur à la moyenne régionale, contrairement à celui de l'ensemble de la population du territoire.

Taux de pauvreté par tranches d'âge (en %)
Disponible pour les niveaux géographiques supérieurs à l'intercommunalité



Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation complémentaire - 2017

On constate un nombre important de personnes isolées : à titre illustratif, sur le territoire de Dinan, une personne âgée de plus de 80 ans sur 2 vit seule.



Les familles monoparentales sont également plus nombreuses : elles représentent 9,2% des foyers du territoire de Dinan, 8,6% du territoire de Saint Malo et 7,7% des foyers bretons (source : Insee, 2018). La proportion augmente à Dinan et diminue à Saint Malo sur les 10 dernières années.

► Le contexte épidémiologique

Les indicateurs épidémiologiques de la région font ressortir des éléments saillants, qui influent directement sur l'offre de soins et les priorités à donner au Projet Médico Soignant Partagé.

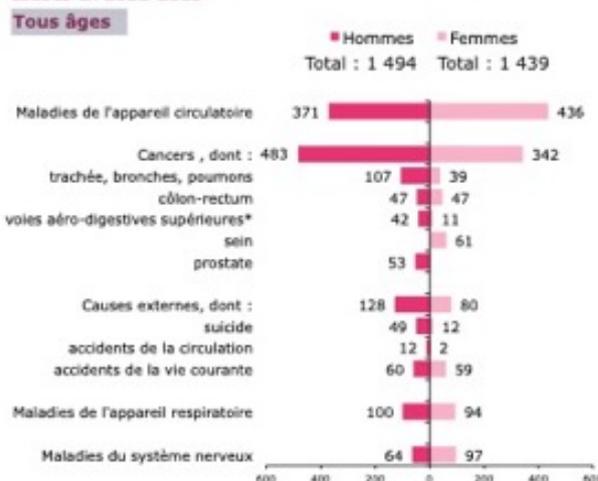
En matière de mortalité

En 2020, l'espérance de vie régionale reste inférieure à la moyenne française pour les hommes (4 mois d'écart pour les bretons) mais est supérieure pour les femmes (85,4 vs 84,2 ans), ce qui n'était pas le cas en 2015 (2 mois d'espérance de vie en plus pour les bretonnes). La région Bretagne est 7ème en ce qui concerne le taux de mortalité brut alors qu'elle était 4ème 2012.

Sur le territoire Saint Malo-Dinan, on constate :

- une mortalité masculine proche de la moyenne régionale mais supérieure au niveau régional pour les maladies de l'appareil circulatoire et le suicide.
- Inférieure chez les femmes notamment sur les maladies de l'appareil circulatoire et du système nerveux.
- La mortalité par cancer y est plus élevée qu'au niveau national.

Nombre moyen annuel de décès selon le sexe et les principales causes en 2011-2013



Taux standardisés de mortalité selon les principales causes en 2011-2013 pour 100 000 habitants



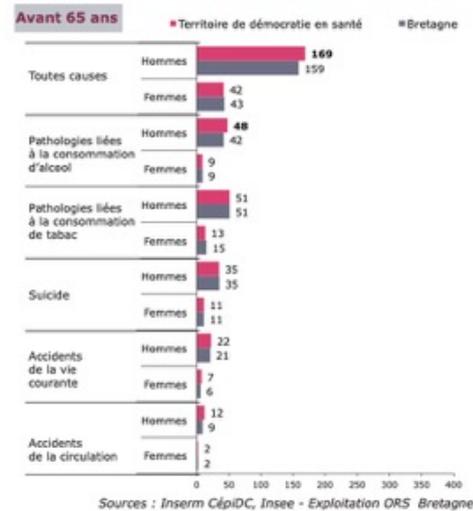


- Une mortalité prématurée par suicide, accidents de la circulation et accidents de la vie courante plus importante qu'au niveau national, chez les hommes.

Les pathologies liées à la consommation de tabac apparaissent comme les causes de mortalité prématurée évitable les plus fréquentes (33 %), suivies par celles liées à l'alcool (28 %).

Comme en Bretagne, près de huit décès de ce type sur dix (79 %) concernent des hommes et surviennent entre 45 et 64 ans

Taux standardisés de mortalité prématurée évitable selon les principales causes en 2008-2013 pour 100 000 habitants



Sur le plan des pathologies

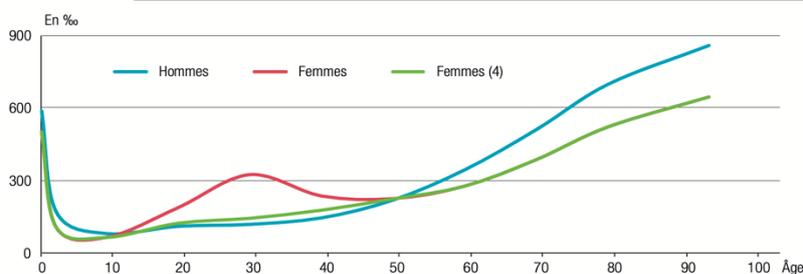
On constate en Bretagne, un taux standardisé de prévalence nettement inférieur au niveau national pour le diabète (-17) et les traitements hypertenseurs (-14). Il est légèrement inférieur pour les maladies coronaires (-4) et cardiovasculaires (-1).

A l'inverse la prévalence est nettement plus élevée pour les affections psychiatriques et légèrement plus élevée en ce qui concerne les maladies respiratoires chroniques (+2) et les maladies neurodégénératives (+1).

Pathologies	Tx standardisé Bretagne	Tx standardisé France
Diabète	38	55
Maladies cardio-neurovasculaires	68	69
Cancer	46	46
Maladies psychiatriques	43	33
Maladies neurodégénératives	23	22
Maladies respiratoires chroniques hors mucoviscidose	56	54
Maladies coronaires	24	27
Traitements hypertenseurs	168	183
Traitements Antidépresseurs et régulateurs	72	67
Traitements anxiolytiques	80	72
Traitements hypnotiques	47	37

Le vieillissement de la population va renchérir la demande de soins dans les années futures. Comme le met en évidence le graphique ci-dessous, le taux de recours à l'hospitalisation est différent selon la tranche d'âge et s'élève rapidement après 50 ans proportionnellement avec l'âge.

Le taux de recours d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée (Médecine – Chirurgie – Obstétrique) par tranche d'âge et par sexe (nombre de séjours de résidents pour 1.000 habitants en France métropolitaine et DROM)



(1) Nombre de séjours de résidents pour 1 000 habitants.
 (2) Médecine, chirurgie et obstétrique.
 (3) Hospitalisations de jour (sauf les séances) et hospitalisations complètes (au moins une nuitée).
 (4) Non compris les hospitalisations pour grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS, 10^e révision).
Champ > Résidents en France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2014, traitement DREES ; INSEE, estimations de la population au 1^{er} janvier 2014.

La moyenne en France métropolitaine du taux de recours hospitalier en court séjour (MCO) est passée de 27 séjours pour 100 habitants en 2017 à 28 séjours pour 100 habitants en 2018. Celui de Saint Malo / Dinan est de 30,4.

Extrapolation de la projection des séjours d'hospitalisation MCO d'ici 2030 pour le Département d'Ille et Villaine

	Nombre d'habitants, en milliers					Séjours MCO, en milliers				
	2005	2030	Ecart	Variation	TCAM*	2005	2030	Ecart	Variation	TCAM*
0-19	242	281	39	16%	0,60%	24	28	3,9	16%	0,60%
20-59	506	576	70	14%	0,52%	142	161	19,6	14%	0,52%
+ de 60 ans	176	307	131	74%	2,25%	106	184	+78,6	+74%	2,25%
Total	924	1164	240	26,0%	0,93%	271	374	102,1	38%	1,29%

*CAGR

- Avec une **augmentation de la population de 26,0%** mais également un vieillissement de cette dernière (+74% de personnes de plus de 60 ans : passage de 176 000 à 307 000 habitants de plus de 60 ans en 2050), à épidémiologie, mode de prise en charge et consommation constante de soins d'hospitalisation, **la consommation de séjours MCO devrait croître de 38% dans l'Ille-et-Villaine** sur la période. **Soit une croissance annuelle moyenne de 1,29% des séjours MCO.**
 - Proportionnelle au vieillissement démographique la croissance des séjours hospitaliers pour les personnes de plus de 60 ans serait de + 102 000 séjours c'est à dire +2,25% / an.
- Ont été pris comme indicateurs de consommation de séjours :
- 10 séjours pour 100 habitants pour les 0-19 ans
 - 28 séjours pour 100 habitants pour les 20-59 ans
 - 60 séjours pour 100 habitants pour les plus de 60 ans

Extrapolation de la projection des séjours d'hospitalisation MCO d'ici 2030 pour le Département des Côtes d'Armor

	Nombre d'habitants, en milliers					Séjours MCO, en milliers				
	2005	2030	Ecart	Variation	TCAM*	2005	2030	Ecart	Variation	TCAM*
0-19	131	127	-4	-3%	-0,12%	13	13	-0,4	-3%	-0,12%
20-59	282	255	-27	-10%	-0,40%	79	71	-7,6	-10%	-0,40%
+ de 60 ans	150	223	73	49%	1,60%	90	134	+43,8	+49%	1,60%
Total	563	605	42	7,5%	0,29%	182	218	35,8	20%	0,72%

*CAGR

- Avec une **augmentation de la population de 7,5%** mais également un vieillissement de cette dernière (+49% de personnes de plus de 60 ans : passage de 150 000 à 223 000 habitants de plus de 60 ans en 2030), à épidémiologie, mode de prise en charge et consommation constante de soins d'hospitalisation, **la consommation de séjours MCO devrait croître de 20% dans les Côtes-d'Armor** sur la période. **Soit une croissance annuelle moyenne de 0,72% des séjours MCO.**
 - Proportionnelle au vieillissement démographique la croissance des séjours hospitaliers pour les personnes de plus de 60 ans serait de + 44 000 séjours c'est à dire +1,6% / an.
- Ont été pris comme indicateurs de consommation de séjours :
- 10 séjours pour 100 habitants pour les 0-19 ans
 - 28 séjours pour 100 habitants pour les 20-59 ans
 - 60 séjours pour 100 habitants pour les plus de 60 ans



Si le vieillissement accéléré de la population va mécaniquement augmenter la demande de soins, il convient également de prendre en compte l'évolution des pathologies elle mêmes : la DREES³ a ainsi mené une étude dans laquelle elle envisage différents scénarii de projections de l'activité hospitalière de court séjour à l'horizon 2030 en tenant compte d'un meilleur suivi en ville de certaines pathologies chroniques, des progrès techniques et des changements de pratiques dans certaines prises en charge hospitalières.

Le scénario que nous retenons pour les projections d'activité mixte les évolutions populationnelles et le scénario des experts. Ainsi peut-on identifier les dix pathologies qui connaîtront les plus fortes augmentations dans les prochaines années :

Évolution du volume de séjours, tous âges

Pathologie	Variation 2012-2030 des séjours, tous âges	
	En volume	En %
Prothèses du genou	70 025	75,8%
08-Troubles mentaux et du comportement lié à des substances toxiques	63 083	41,6%
17-Insuffisance cardiaque	78 874	37,4%
Prothèses de la hanche	53 851	35,0%
02a-Tumeurs traitées chirurgicalement	210 444	34,2%
16-Troubles de la conduction et rythme cardiaque	66 607	32,4%
29-Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	346 832	30,5%
19-Autres maladies de l'appareil circulatoire à DMS longue et part d'ambulatoire faible	87 037	29,3%
22-Maladies des voies respiratoires inférieures et autres maladies de l'appareil respiratoire	157 385	26,1%
03-Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	47 159	25,8%

Évolution du volume de séjours, plus de 75 ans

Pathologie	Variation 2012-2030 des séjours, 75 ans et plus	
	En volume	En %
08-Troubles mentaux et du comportement lié à des substances toxiques	4 495	107,7%
Prothèses du genou	32 351	93,3%
02a-Tumeurs traitées chirurgicalement	115 485	79,7%
29-Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	165 870	77,7%
17-Insuffisance cardiaque	80 739	50,8%
06b-Obésité traitée médicalement	350	48,5%
06a-Obésité traitée chirurgicalement	5	48,3%
41-Autres motifs de recours aux soins	39 278	48,3%
21-Maladies des voies respiratoires supérieures	2 263	48,3%
30-Maladies de l'appareil urinaire traitées chirurgicalement	10 905	48,2%

De plus, la DREES identifie les prises en charge qui seront le plus impactées par le virage ambulatoire ce qui, dans le contexte propre au territoire 6, revêt une importance particulière :

Évolution du taux d'ambulatoire

Pathologie	Variation 2012-2030 du taux d'ambulatoire
21-Maladies des voies respiratoires supérieures	20,6
08-Troubles mentaux et du comportement lié à des substances toxiques	18,6
24-Maladies du tube digestif et de la paroi abdominale traitées chirurgicalement	13,4
32-Maladies de l'appareil génital masculin	12,3
38-Autres lésions traumatiques, empoisonnements et conséquences de causes externes	11,4
06b-Obésité traitée médicalement	11,4
28-Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	9,7
01-Certaines maladies infectieuses et parasitaires	9,0
20-Autres maladies de l'appareil circulatoire à DMS courte et part d'ambulatoire élevée	8,4
33-Maladies de l'appareil génital féminin	8,3

³ DREES, projections de l'activité hospitalière à l'horizon 2030, 2020



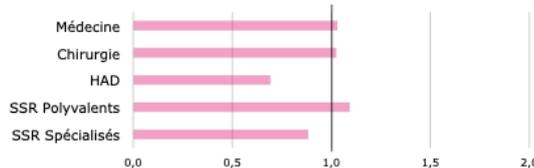
► La consommation de soins sur le territoire

Profil de consommation de soins

En matière d'offre de soins, les principaux enseignements du diagnostic stratégique réalisé dans le cadre de l'élaboration du PMSD permettent de mettre en exergue :

- ⇒ Un taux de recours de la population du territoire aux soins hospitaliers supérieur aux moyennes régionales

Ratio taux de recours standardisés en médecine, chirurgie, hospitalisation à domicile (HAD) et soins de suite et de réadaptation (SSR) en 2015 : Territoire de démocratie en santé / Bretagne



Sources : ARS Bretagne, PMSI 2015 - Insee
 M, C : nombre de séjours pour 1 000 hab. - SSR, HAD : nombre de journées pour 1 000 hab.
 Lecture : un ratio > à 1 indique un taux de recours plus élevé que la moyenne régionale
 un ratio < à 1 indique un taux de recours plus faible que la moyenne régionale.

- ⇒ Un fort taux d'institutionnalisation des prises en charge : le taux de personnes âgées en institution est supérieur à la moyenne régionale, le taux d'accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap est inférieur à ceux de la région.
- ⇒ On constate enfin un taux de recours significativement supérieur à la moyenne régionale pour ce qui concerne les professionnels de ville.
- ⇒ Un virage ambulatoire à organiser, notamment en médecine : le taux de recours à l'HAD est le plus faible de la région, tandis que la part des séjours pris en charge en hôpital de jour est parmi les plus faibles de la région, et évolue peu depuis 10 ans.



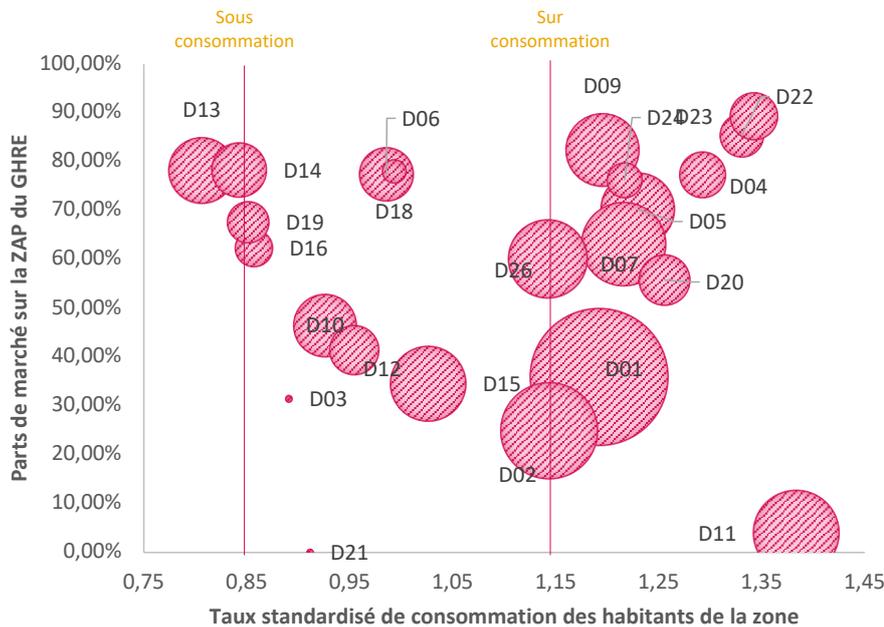
Analyse de la consommation de soins standardisés sur le GHRE

La matrice ci-après illustre l'activité des établissements du GHRE par domaine d'activité. Elle croise le taux standardisé de consommation des habitants de la zone qui représente la consommation des habitants du bassin de séjours de chaque spécialité comparée à la consommation nationale (abscisse) et les parts de marché des deux établissements MCO du GHRE sur la zone.

La taille de chaque marché est représentée par des cercles de taille plus ou moins importante en fonction du nombre de séjours consommés sur toute la zone.

Matrice PDM / taux standardisé

DA	Nom	Taux standardisé	PDM GHRE	Taille du marché
D01	Digestif	1,19	35,94%	13 140
D02	Orthopédie traumatologie	1,14	24,93%	6 519
D03	Traumatismes multiples ou complexes graves	0,89	31,43%	35
D04	Rhumatologie	1,29	77,32%	1 486
D05	Système nerveux (hors D06)	1,23	70,26%	3 743
D06	Cathétérismes vasculaires diagnostic et interventionnels	0,99	77,43%	2 020
D07	Cardio-vasculaire hors D06	1,22	63,13%	4 915
D09	Pneumologie	1,20	82,43%	3 729
D10	ORL/Stomatologie	0,93	46,46%	2 751
D11	Ophthalmologie	1,38	4,00%	5 094
D12	Gynécologie-sein	0,95	41,44%	1 711
D13	Obstétrique	0,81	78,24%	3 051
D14	Nouveau-nés et période périnatale	0,84	78,30%	2 092
D15	Uro-néphrologie et génital	1,03	34,54%	3 963
D16	Hématologie	0,86	62,28%	981
D17	Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	0,69	46,65%	463
D18	Maladies infectieuses (dont VIH)	0,99	78,03%	396
D19	Endocrinologie	0,85	67,60%	1 216
D20	Tissu cutané et tissu sous-cutané	1,26	55,77%	1 802
D21	Brûlures	0,91	0,00%	34
D22	Psychiatrie	1,33	85,37%	1 326
D23	Toxicologie, intoxications, alcool	1,34	89,34%	1 576
D24	Douleurs chroniques, soins palliatifs	1,22	76,21%	866
D25	Transplantations d'organes	0,00	0,00%	
D26	Interspécialités, suivi thérapeutiques	1,14	60,13%	4 301



Pour la majorité des domaines d'activité, les taux standardisés de la consommation sur le territoire des deux établissements sont dans la norme, entre 0,8 et 1,2. On note en surconsommation l'Ophthalmologie, la Toxicologie, la Psychiatrie et la Rhumatologie par exemple (plus d'1,25). Seule l'Obstétrique est en sous-consommation.

Sur neuf domaines d'activités, les deux établissements sont bien positionnés et cumulent plus de 75% des parts de marché. On trouve, dans ce cas, par exemple la Pneumologie ou la Psychiatrie.



A l'inverse, sur huit domaines d'activité, les parts de marché cumulés des deux établissements sont inférieures à 50%. C'est le cas pour deux activités où le volume de consommation est très important : le Digestif (13 140 séjours, 36% de parts de marché) et l'ophtalmologie (5 094 séjours, 4% de parts de marché).

Ce contexte démographique et épidémiologique comme la dynamique propre à chaque pathologie a guidé la réflexion du Projet Médico Soignant du GHRE et la nécessaire adaptation de l'offre de soin qu'ils supposent tant en termes de capacités que d'organisation.

Document soumis aux instances



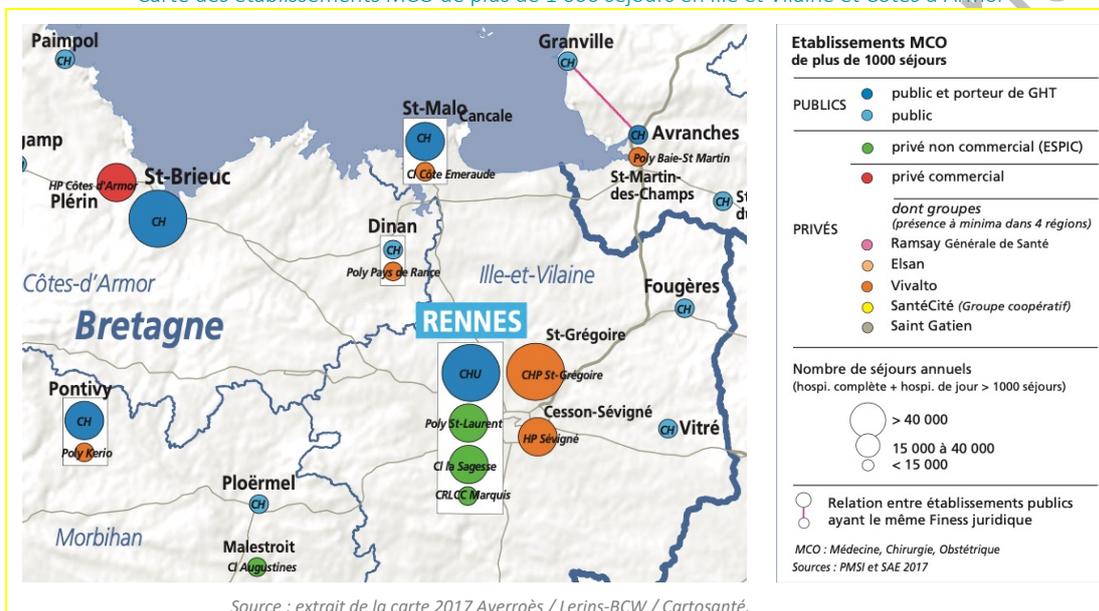
2. L'offre de soins

► L'offre de soins hospitalière

En termes d'offre de soins, le territoire accueille un centre hospitalier⁴ et deux cliniques médicales, chirurgicales ou pluridisciplinaires, appartenant toutes deux au groupe Vivalto, assurant l'ensemble des activités de soins. Sur Dinan, le Centre Hospitalier et la Polyclinique de la Rance sont engagés dans une coopération formalisée qui permet de disposer d'une offre à la fois de médecine et de chirurgie pour les patients du territoire.

Le CHU de recours est le CHU de Rennes, qui se situe à 40 minutes de Dinan, et 50 mn de St Malo et Cancale.

Carte des établissements MCO de plus de 1 000 séjours en Ille et Vilaine et Cotes d'Armor



Source : extrait de la carte 2017 Averroès / Lerins-BCW / Cartosanté.

Les habitants du pays ont également accès à l'offre de soins des établissements hospitaliers voisins, notamment ceux du pays de Rennes. Ainsi, 27% des patients de la zone d'attraction du Groupement Hospitalier se font soigner en dehors de cette zone. L'une des réflexions menées dans le cadre de l'élaboration du Projet Médico Soignant du GHRE a par conséquent consisté à s'interroger sur ces fuites, et la manière de les réduire, notamment lorsque les compétences et les techniques étaient présentes sur le territoire⁵.

⁴ Le Groupement Hospitalier Rance Émeraude regroupe 3 établissements publics de santé sous une direction commune : le Centre Hospitalier de Saint Malo, le Centre Hospitalier de Dinan, le Centre hospitalier de Cancale. Le Centre Hospitalier de Saint Malo est l'établissement support du Groupement Hospitalier Rance Émeraude.

⁵ Cf infra : zone d'attractivité du Groupement Hospitalier Rance Émeraude



Il faut également noter que le taux d'équipement du territoire est parmi les plus élevés de la région pour ce qui concerne les capacités de médecine mais, qu'à l'inverse, il est très en recul pour ce qui concerne l'hospitalisation à temps partiel.

En chirurgie, le taux d'équipement (en hospitalisation conventionnelle et à temps partiel) est parmi les moins élevés de la région et se caractérise par un très faible taux d'occupation. Il en va de même pour les capacités de SMR spécialisés alors que le taux d'équipement en SMR polyvalent est parmi les plus élevés de la région.

Nombre de lits et places installés en médecine, chirurgie et soins de suite et de réadaptation (SSR) pour 100 000 habitants en 2015

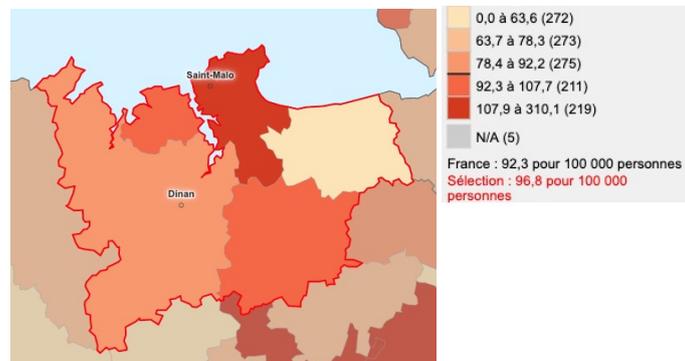
	Territoire de démocratie en santé	Bretagne
Médecine		
Hospitalisation complète	209,2	199,4
Hospitalisation partielle ¹	11,9	20,8
Chirurgie		
Hospitalisation complète	83,6	103,0
Hospitalisation partielle ¹	20,4	25,9
SSR Spécialisés		
Hospitalisation complète	57,0	84,1
Hospitalisation partielle ¹	6,9	16,7
SSR Polyvalents		
Hospitalisation complète	86,3	69,7
Hospitalisation partielle	0,0	2,2

Sources : ARS Bretagne, SAE 2015 - Insee, recensement de population 2013
¹hors postes de dialyse et de chimiothérapie

▷ L'offre de premier recours

Concernant les professionnels de santé implantés sur le territoire (médecins généralistes et spécialistes libéraux, chirurgiens-dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes), les densités respectives de chacune des professions sont proches, voire légèrement supérieures aux densités régionales. Les **médecins généralistes libéraux sont concentrés sur la communauté d'agglomération de Saint-Malo**, avec 120,5 médecins pour 100 000 personnes.

Densité de médecins généralistes libéraux (pour 100 000 personnes)



En revanche, les médecins généralistes sont relativement âgés : la part des médecins âgés des 60 ans et plus (34 %) se situe au second rang des plus élevées en étant à la fois supérieure aux moyennes régionale (27 %) et nationale (32 %). Il est fondamental d'anticiper des départs à la retraite dans les toutes prochaines années : le projet de territoire doit ainsi intégrer un impératif d'attractivité.



Nombre de spécialistes pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2016

	Territoire de démocratie en santé	Bretagne	
Exercice majoritaire en cabinet de ville			
Radio-diagnostic	10,4	10,0	+0,4
Ophthalmologie	8,5	8,2	+0,3
Dermatologie et vénéréologie	4,2	4,7	-0,5
Rhumatologie	4,2	3,8	+0,4
Gynécologie médicale ¹	8,8	7,8	+1,0
Exercice en cabinet de ville et en structure de soins			
Cardiologie et maladies vasculaires	9,2	9,2	=
Gynécologie-obstétrique ¹	9,7	14,0	-4,3
Gastro-entérologie et hépatologie	4,2	5,8	-1,6
Oto-rhino-laryngologie (ORL) et/ou chirurgie cervico-faciale	3,1	3,7	-0,6
Exercice majoritaire en structure de soins			
Psychiatrie dont enfants & ado., Neuro-psychiatrie	15,8	18,8	-3,0
Anesthésie-réanimation	11,2	13,7	-2,5
Pédiatrie ²	39,6	51,9	-12,3
Pneumologie	4,6	4,6	-0,6
Chirurgie orthopédique et traumatologie	3,9	4,4	-0,5
Médecine physique et réadaptation	2,3	4,3	-2,0
Chirurgie générale	1,5	3,9	-2,4
Biologie médicale	1,9	3,7	-1,8
Neurologie	3,5	3,3	-0,2

Sources : ARS Bretagne, DEMOPS (RPPS et ADELI) au 1^{er} janvier 2016
Insee, recensement de population 2013

¹ densité calculée pour 100 000 femmes âgées de 15 ans et plus
² densité calculée pour 100 000 jeunes de moins de 15 ans

En ce qui concerne les spécialistes libéraux, le territoire présente des densités inférieures à la moyenne régionale pour plusieurs spécialités et se trouve confronté au vieillissement de certaines catégories de professionnels :

⇒ En pédiatrie : une densité très en dessous de la moyenne régionale (-12,3) et des effectifs vieillissant (1 tiers des pédiatres ont 60 ans ou plus).

⇒ La gynécologie obstétrique est moins représentée qu'en moyenne en Bretagne (-4,3).

⇒ La psychiatrie est également sous dotée, ainsi que la chirurgie générale et l'anesthésie-réanimation.

Les mêmes constats peuvent être portés sur les autres professionnels de ville : le territoire 6 est dans une situation globalement favorable, sauf pour ce qui concerne les infirmiers libéraux.

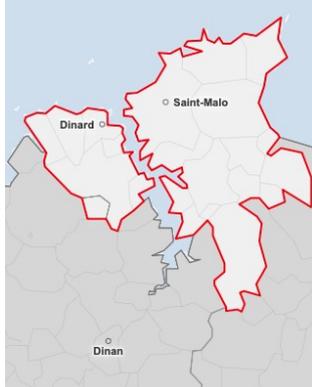
Nombre de libéraux et d'offices de ville pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2016



Les professionnels de Ville se sont organisés, sous l'impulsion conjointe des URPS et de l'ARS, en CPTS, sur le territoire de Saint Malo mais pas encore sur celui de Dinan. Deux CPTS sont d'ores et déjà bien installées sur le territoire à Saint-Malo et Combourg, une troisième viendra compléter l'activité de ville vers le bassin dinannais, en plus des nombreuses MSP, des cabinets partagés et des officines existants.



Carte des communes constituant la CPTS de la Côte d'Émeraude :



Source : PRS 2018 – 2022, ameli.fr, Scansanté

- La CPTS Côte d'Émeraude a été instaurée le **15 janvier 2021** dans un objectif de favoriser l'accès aux soins des **105 000 habitants du territoire**.

- Elle réunit :

- plus de 150 professionnels de santé (médecins généralistes, infirmiers, kiné, pharmaciens),
- le Groupement hospitalier de Territoire Rance Émeraude,
- l'hospitalisation à domicile de Saint-Malo,
- la clinique Côte d'Émeraude,
- la plateforme territoriale Appui Santé Rance Émeraude,
- l'hôpital Gardiner de Dinard,
- le CLIC de la Côte d'Émeraude,
- Le CLIC de Saint-Malo,
- SOS Médecins Saint-Malo.

- Il s'agit, pour ce **territoire de 105 000 habitants sur 22 communes** :

- renforcer les liens entre la médecine de ville et l'hôpital ;
- améliorer la sortie d'hospitalisation pour les situations complexes ;
- favoriser l'accès aux médecins traitants ;
- déployer des actions de prévention adaptées à la population.

- Les besoins prioritaires à prendre en compte dans le cadre du travail de la CPTS ont été identifiés :

- Vieillesse de la population,
- Difficulté d'accès aux soins psychiatriques,
- Prévention des addictions.

Concrètement, le projet de la CPTS de la Côte d'Émeraude comprend des actions suivantes (liste non-exhaustive) :

<p>Cartographie interactive des médecins traitants</p> <ul style="list-style-type: none"> - 13% de la population de la CPTS n'a pas de médecin traitant (20% dans certains secteurs, e.g. Châteauneuf, La Ville-es-Nonais). ⇒ mettre en place une cartographie interactive recensant les professionnels acceptant de nouveaux patients à l'instant T. 	<p>Plateforme ville-hôpital</p> <ul style="list-style-type: none"> - déficit de médecins spécialisés en psychiatrie et addictologie. ⇒ création d'une « plateforme opérationnelle de parcours » dédiée à une meilleure articulation ville-hôpital est envisagée. ⇒ décloisonnement et une meilleure répartition de la prise en charge ville/institution.
<p>Espace dédié à la personne âgée et aux aidants</p> <ul style="list-style-type: none"> - vieillissement de la population avec un indice supérieur à la moyenne nationale (137 contre 78 et particulièrement à Dinard (267)). - isolement familial de près de 30 % des personnes âgées. ⇒ élaborer et mettre en place un projet de maison de la personne âgée. 	<p>Actions de prévention ciblées</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Renforcer la prévention des addictions chez l'adolescent. ⇒ Organiser un projet territorial d'éducation thérapeutique autour des pathologies cardiovasculaires et métaboliques. ⇒ Améliorer le taux de dépistage des cancers sur le territoire.
<p>Partage d'informations entre les professionnels de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Promouvoir les outils de communication, partager les informations et faciliter les échanges autour de la prise en charge du patient. ⇒ Participer au développement de l'utilisation du Dossier Médical Partagé. 	

Source : PRS 2018 – 2022, ameli.fr

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) couvrent l'ensemble du territoire et totalisent 604 places. L'offre de services de soins à domicile est proche de la moyenne régionale mais cache des réalités contrastées (moins de SSIAD, plus de SPASAD) et des bassins de vie moins bien dotés : Matignon, Dinard, Evran, Combourg, Broons, Caulnes et Pleine Fougères. L'offre en soins infirmiers libéraux reste constante mais elle est de plus en plus confrontée à une demande croissante, notamment sur le territoire de Dinan compte tenu de l'évolution du profil des patients.



▷ L'offre médico sociale

Les personnes âgées

Pour les personnes âgées dépendantes, 97 EHPAD sont repartis sur l'ensemble du territoire. Quant aux dispositifs de coordination, la PTA s'est récemment regroupée avec la MAIA, formant un DAC, dont les actions sont complétées par 5 CLIC.

L'offre d'hébergement pour les personnes âgées est supérieure à la moyenne régionale mais cache des disparités : si l'offre en maison de retraite non-EHPAD et en résidence autonomie est très supérieure au niveau régional, les capacités d'EHPAD et USLD sont, quant à elles, dans la moyenne régionale :

Nombre de places en structures d'accompagnement pour personnes âgées pour 1 000 personnes de 75 ans et plus en 2017

	Territoire de démocratie en santé	Bretagne
Maisons de retraite non EHPAD	3,1	1,9
Résidences autonomie	17,9	11,3
Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	118,1	120,3
Dont places en accueil temporaire	2,4	2,6
Dont places en accueil de jour	1,7	2,0
Services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SSIAD), y compris ESA	3,7	15,7
Services polyvalents d'aide et de soins à domicile pour personnes âgées (SPASAD)	15,9	4,0
Unité de soins de longue durée (USLD)	4,5	5,0

Sources : ARS Bretagne, Finess au 1^{er} janvier 2017, SAE 2015
Insee, recensement de population 2013

Les personnes en situation de handicap

Pour ce qui concerne les personnes en situation de handicap, le territoire compte 6 ESAT, 4 FAM, 1 MAS destinés à accueillir les adultes et 7 IME, 4 SESSAD, 1 CAMSP, 1 Centre SAAAS, 1 ITEP et 1 CMPP pour les enfants. Là encore, la situation est contrastée : si le taux d'équipement en IME se situe parmi les plus élevés de la région, il faut noter que l'offre en ITEP reste inférieure, que le territoire ne dispose pas de places en Institut d'éducation motrice, et reste moins bien doté pour ce qui concerne l'accompagnement à domicile.

Il en résulte un taux d'accueil en institution plus élevé que sur le reste de la région. Il en va de même pour les adultes : le taux d'équipement en ESAT est supérieur à la moyenne régionale tandis que l'accompagnement à domicile souffre d'une sous dotation en SAVS et SAMSAH.

Nombre de places en structures d'accompagnement d'adultes handicapés pour 1 000 adultes de 20 ans et plus en 2017

	Territoire de démocratie en santé	Bretagne
Maison d'accueil spécialisée (M.A.S.)	0,54	0,48
Foyer d'accueil médicalisé (F.A.M.)	0,69	0,68
Foyer de vie (inclut les foyers occupationnels et foyers polyvalent)	1,88	1,32
Foyer d'hébergement	0,92	0,92
Etablissement d'accueil temporaire	0,04	0,03
Centre de rééducation prof. (CRP), Centre de préorientation (CPO), Unités Évaluation Réentraînement et d'orientation soc. et prof. (UEROS)	0,00	0,17
Établissement et service d'aide par le travail (E.S.A.T.) - taux pour 1000 adultes de 18-59 ans	5,19	3,98
Services d'accompagnement à la vie sociale, médico social pour adultes handicapés (SAVS et SAMSAH)	1,50	1,72
Service de soins infirmiers à domicile pour adultes handicapés (SSIAD)	0,19	0,17

Sources : ARS Bretagne, Finess au 1^{er} janvier 2017
Insee, recensement de population 2013

Nombre de places en structures d'accompagnement des enfants handicapés pour 1 000 enfants de moins de 20 ans en 2017

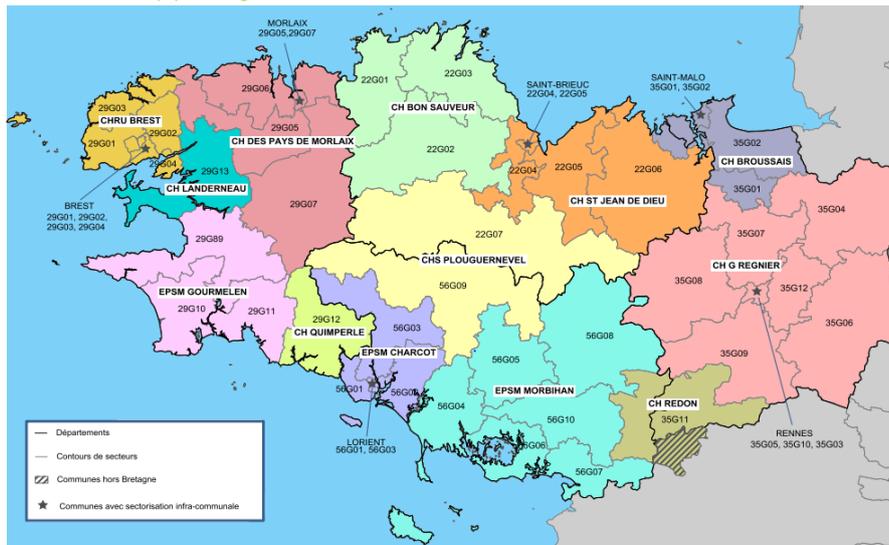
	Territoire de démocratie en santé	Bretagne
Instituts médico-éducatifs (I.M.E.)	5,13	4,15
Établissements enfants ou adolescents polyhandicapés	0,44	0,34
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (I.T.E.P.)	0,52	0,71
Instituts d'éducation motrice (I.E.M.)	0,00	0,32
Établissements pour jeunes déficients sensoriels	0,47	0,49
Etablissement d'accueil temporaire	0,08	0,04
Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)	3,01	3,40

Sources : ARS Bretagne, Finess au 1^{er} janvier 2017
Insee, recensement de population 2013

▷ L'offre de soins en santé mentale et en addictologie

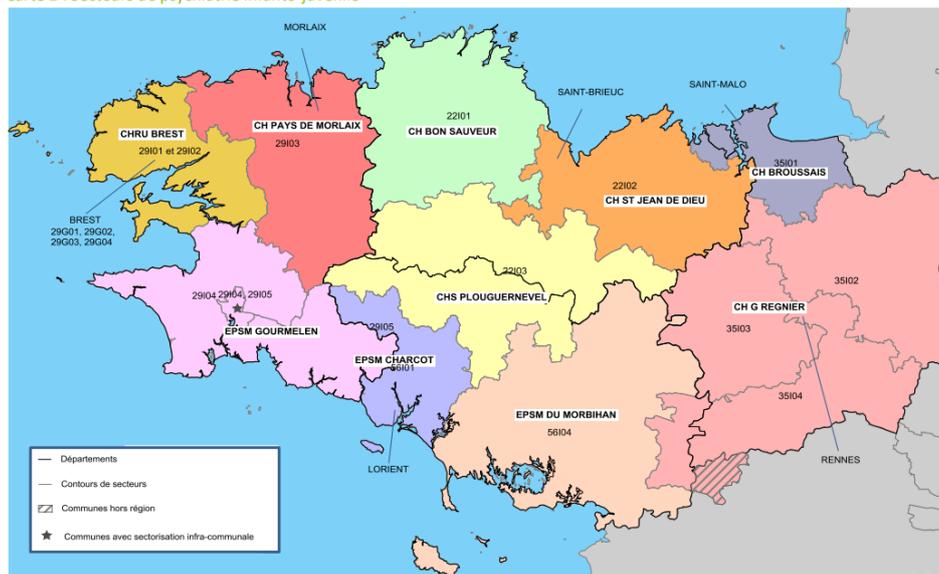
Il est important de noter, en termes d'offre hospitalière en santé mentale, que le territoire 6, couvert par le GHRE, est organisé en deux (inter) secteurs psychiatriques, l'un relevant du CH de Saint Malo et le second de l'association Saint Jean de Dieu. Il en va de même pour les prises en charge en addictologie, avec un hôpital de jour à Dinan relevant de l'association St Jean de Dieu. La qualité de l'offre nécessite par conséquent une coopération étroite entre les acteurs, qui existe, et une réflexion à intégrer dans l'élaboration du PMSP.

Carte 1 : Secteurs de psychiatrie générale



Sources : Enquête auprès des établissements psychiatriques 2014
A noter que les secteurs de psychiatrie pour le milieu pénitentier correspondent aux zones d'interventions des établissements sectorisés.

Carte 2 : Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile



Sources : Enquête auprès des établissements psychiatriques 2014

Concernant la prise en charge des addictions, des ELSA, des SMR d'addictologie, des services d'hospitalisation partielle ou totale en psychiatrie et en MCO, des CSAPA et des CAARUD sont en place.

► L'offre de prise en charge sociale

Enfin, pour ce qui concerne le champ social, chaque commune ou communauté de communes comporte un CCAS et 4 CDAS couvrent les principales agglomérations du territoire.

Plusieurs dispositifs pour les personnes en situation de précarité sont présents sur le territoire :

- deux Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), à Saint-Malo et Dinan,
- un Point Santé, à Dinan
- cinq lits Halte Soins Santé (prise en charge temporaire globale), à Saint-Malo et Dinan,
- cinq places en appartements de coordination thérapeutique (ACT), à Dinan,
- une équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) à Saint-Malo.

De très nombreuses associations de patients interviennent aussi sur le territoire.

Cette liste non exhaustive des acteurs montre un territoire dynamique, mais également des zones sous-denses en soins et services et des inégalités d'accès aux soins notamment pour les populations isolées et rurales.



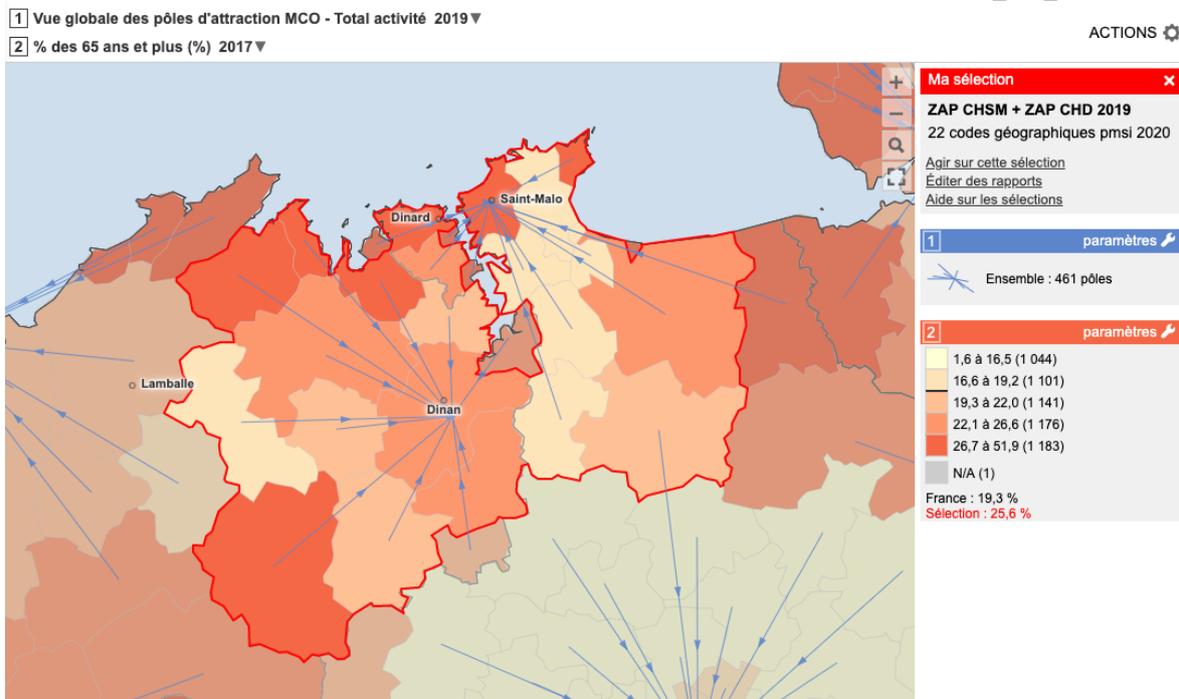
3. La dynamique du GHRE et le contexte concurrentiel et partenarial

► La dynamique du GHRE

En termes d'activité

Le bassin d'attraction consolidé des CH de St-Malo et Dinan compte 22 codes géographiques (au sens PMSI) et 242 000 habitants. Sur cette zone, la part des personnes de plus de 65 ans s'élève à 25,6% et le taux de recours à l'hospitalisation est de 30,5 séjours pour 100 habitants : dans les deux cas, il s'agit de chiffres supérieurs aux moyennes nationales et régionales⁶.

Carte du bassin de recrutement MCO avec pôles d'attraction et densité de population des plus de 65 ans



73,6% des séjours des habitants du territoire de santé St Malo-Dinan sont réalisés par les établissements de ce territoire : le taux de fuite est de 26,6%. Ces fuites se font principalement vers les territoires de Rennes (17,3%) et St-Brieuc (5,9%). Pour ce qui concerne Rennes, le taux de fuite englobe le taux de recours, bien organisé sur le GHRE.

⁶ Pour une analyse de chaque zone d'attraction prioritaire (CH de Saint Malo, CH de Dinan), se référer au diagnostic stratégique intégral.



La ZAP consolidée du GHRE peut être découpée en **3 zones, présentées dans le tableau ci-contre**⁷ :

- Une première zone où le GHRE est **leader**, avec des parts de marché supérieure à 50%
- Une deuxième zone où le GHRE est **réfèrent**, avec des parts de marché comprises entre 40 et 50%
- Une troisième zone qui comprend uniquement la **commune de Combourg**, où le GHRE détient 24,4% des parts de marché.

Code géographique PMSI	Commune	Liste des communes composant la ZAP consolidée du GHRE		GHRE	
		Code géographique PMSI	Population	Nombre de séjours de la ville	Poids du GHRE dans le code géographique
35400	SAINT-MALO		46 005	14 557	59,0%
35540	MINIAC-MORVAN		7 715	2 051	56,7%
35120	DOL-DE-BRETAGNE		18 503	5 044	54,7%
35350	SAINT-MÉLOIR-DES-ONDES		8 556	2 237	53,8%
35430	SAINT-JOUAN-DES-GUÉRETS		9 884	2 604	53,1%
22C01	SAINT-JACUT-DE-LA-MER/BEAUSSAIS-SUR-MER		4 438	1 577	52,8%
35730	PLEURTUIT		6 703	1 899	52,0%
22100	DINAN		36 850	12 743	51,7%
22980	PLÉLAN-LE-PETIT		5 705	1 705	50,9%
35260	CANCALE		5 144	1 609	50,3%
Sous-total des communes où le GHRE a une PDM > 50%			149 503	46 026	54,7%
22490	PLESLIN-TRIGAVOU		8 782	2 425	49,7%
35800	DINARD		14 437	4 813	45,2%
22130	PLANCOËT		13 695	4 311	45,2%
22350	CAULNES		6 777	1 904	40,7%
35720	MESNIL-ROCH		6 944	1 866	40,5%
22250	BROONS		8 211	2 598	40,3%
Sous-total des communes où le GHRE a une 40% < PDM < 50%			58 846	17 917	44,1%
35270	COMBOURG		11 196	3 112	24,4%
Sous-total des communes où le GHRE a une PDM < 40%			11 196	3 112	24,4%
Total			219 545	67 055	50,5%

Les domaines d'activités les plus dynamiques (en termes de parts de marché), sur la période 2015 / 2019, sont, sur la zone d'attractivité du GHRE⁸ :

- L'ORL et la stomatologie,
- La pneumologie,
- Les pathologies neuro vasculaires et du système nerveux,
- L'hématologie,
- Les pathologies cardio-vasculaires

Synthèse des parts de marché par domaine d'activité sur la ZAP du GHRE

Domaine d'activité	CH de Saint-Malo		CH de Dinan		Total du GHRE (calculé)	
	PDM 2019	Ecart 2018-2019	PDM 2019	Ecart 2018-2019	PDM 2019	Ecart 2018-2019
D01 Digestif	25,7	-0,7	10,2	0,4	35,9	0,3
D02 Orthopédie traumatologie	20	-0,5	4,9	0,2	24,9	0,4
D04 Rhumatologie	28,1	-0,4	49,2	1,4	77,3	1
D05 Système nerveux	43,6	1,3	26,6	1,1	70,2	2,4
D06 Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	58,3	0,6	19,2	-1,9	77,5	2,3
D07 Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	37,6	1,2	25,6	0,6	63,2	1,8
D09 Pneumologie	46,2	2,9	36,3	-0,3	82,5	2,6
D10 ORL, stomatologie	38,3	4,4	8,1	0,2	46,4	4,6
D11 Ophtalmologie	2,5	0,1	1,5	0,4	4	0,5
D12 Gynécologie, sein	33,4	0,1	8,1	-0,7	41,5	0,6
D13 Obstétrique	57,2	2,5	21	-5,1	78,2	2,6
D14 Nouveau-nés et période périnatale	58	3,7	20,3	-6,3	78,3	2,6
D15 Uro-néphrologie et génital	21,1	-2,1	13,5	1,5	34,6	0,6
D16 Hématologie	41,6	1,5	20,7	0,6	62,3	2,1
D18 Maladies infectieuses (dont VIH)	51	-0,9	27	-0,4	78	2,3
D19 Endocrinologie	50,7	2,1	16,9	-0,9	67,6	1,1
D20 Tissu cutané et tissu sous-cutané	34,2	-1,2	21,5	2,1	55,7	0,9
D22 Psychiatrie	56,1	-2,3	29,3	2,5	85,4	0,2
D24 Douleurs chroniques, soins palliatifs	51,8	-5,6	24,4	1,6	76,2	1,4
D26 Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	38,4	-4,9	21,7	2,9	60,1	2

⁷ Source : Scansanté ATI, 2019

⁸ Les parts de marché et les taux de fuites sont disponibles par domaines d'activité dans le diagnostic partagé intégral



Les Casemix

Centre hospitalier de Saint Malo

Domaines d'activités							Ecart 2015-2019				
	Séjours 2019	Part dans la discipline	DMS Moyenne	Poids de la discipline dans le total	Séjours 2015	Part dans la discipline	DMS Moyenne	Poids de la discipline dans le total	Séjours	Part dans la discipline	DMS Moyenne
CHIRURGIE	5 089	100%	3,76		5 156	100%	4,76		-67		-1,00
Orthopédie traumatologie	1 435	28%	5,24	19%	1 634	32%	5,06	0,20511596	-199	-3,5	0,17
Digestif	975	19%	5,33		1 034	20%	5,68		-59	-0,9	-0,35
Gynécologie - sein	580	11%	2,22		489	9%	2,70		91	1,9	-0,48
ORL, Stomatologie	556	11%	0,78		607	12%	1,15		-51	-0,8	-0,37
Cardio-vasculaire *	482	9%	4,31		364	7%	4,14		118	2,4	0,17
Tissu cutané et tissu sous-cutané	467	9%	1,33		590	11%	2,72		-123	-2,3	-1,39
Système nerveux*	166	3%	6,44		91	2%	6,20		75	1,5	0,24
Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	163	3%	3,93		191	4%	5,75		-28	-0,5	-1,82
Endocrinologie	91	2%	2,18		13	0%	1,54		78	1,5	0,64
Uro-néphrologie et génital	50	1%	5,00		60	1%	6,85		-10	-0,2	-1,85
Pneumologie	46	1%	7,15		45	1%	7,36		1	0,0	-0,21
Rhumatologie	32	1%	13,78		23	0%	15,61		9	0,2	-1,83
Hématologie	30	1%	4,33		15	0%	6,47		15	0,3	-2,14
Ophthalmologie	16	0%	4,00		-	0%	-		16	0,3	4,00
MEDECINE	18 032	100%	5,16		16 519	100%	5,16		1513		0,00
Digestif	2 992	17%	4,39	68%	2 648	16%	4,52	66%	344	0,6	-0,13
Pneumologie	2 033	11%	5,29		1 604	10%	5,83		429	1,6	-0,54
Système nerveux*	1 865	10%	6,20		1 753	11%	5,92		112	-0,3	0,27
Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	1 736	10%	1,67		1 908	12%	1,75		-172	-1,9	-0,08
Cardio-vasculaire*	1 735	10%	5,49		1 669	10%	5,60		66	-0,5	-0,11
Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	1 470	8%	4,81		996	6%	5,11		474	2,1	-0,30
Uro-néphrologie et génital	928	5%	4,52		831	5%	4,62		97	0,1	-0,10
Psychiatrie	837	5%	7,86		973	6%	7,03		-136	-1,2	0,83
Toxicologie, Intoxications, Alcool	722	4%	3,16		623	4%	4,01		99	0,2	-0,86
ORL, Stomatologie	642	4%	3,07		499	3%	2,83		143	0,5	0,24
Endocrinologie	631	3%	4,35		584	4%	5,87		47	0,0	-1,52
Douleurs chroniques, Soins palliatifs	556	3%	8,27		413	3%	8,46		143	0,6	-0,19
Rhumatologie	457	3%	6,79		631	4%	5,68		-174	-1,3	1,11
Hématologie	429	2%	8,54		353	2%	6,91		76	0,2	1,63
Tissu cutané et tissu sous-cutané	270	1%	7,13		244	1%	5,98		26	0,0	1,15
Maladies infectieuses (dont VIH)	232	1%	5,52		270	2%	7,63		-38	-0,3	-2,11
Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	205	1%	2,34		253	2%	2,92		-48	-0,4	-0,58
Orthopédie traumatologie	134	1%	8,50	141	1%	4,92	-7	-0,1	3,59		
Ophthalmologie	104	1%	2,78	100	1%	3,56	4	0,0	-0,77		
Gynécologie - sein	54	0%	12,08	26	0%	1,65	28	0,1	10,43		
OBSTETRIQUE	3 448	100%	2,45		3 451	100%	3,12		-3		-0,68
Obstétrique	2 038	59%	2,45	13%	2 138	62%	3,12	14%	-100	-2,8	-0,68
Nouveau-nés et période périnatale	1 410	41%	5,68		1 313	38%	6,90		97	2,8	-1,22
TOTAL SEJOURS MCO	26 569		4,64		25 137		4,96		1432	0,0	-0,32
SEANCES	11 904				10 082				1822		
Séances : chimiothérapie	6 048				4 256				1792		
Séances : dialyse	4 191				4 218				-27		
Séances : chimiothérapie non tumorale	982				829				153		
Séances : transfusion	683				779				-96		
TOTAL SEJOURS + SEANCES	38 473				35 219				3 254		
TOTAL SEJOURS + SEANCES HORS SECRET STATISTIQUE	39 243				36 071				3 172		
Impact du Secret statistique									-2,0%		0,4

* (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)

Des résultats peuvent être masqués en raison du secret statistique (effectif inférieur à 11). Les totaux peuvent donc ne pas correspondre à la somme des données affichées dans le tableau.

Doc



Centre Hospitalier de Dinan

Domaines d'activités	Séjours 2019	Part dans la discipline	DMS Moyenne	Poids de la discipline dans le total	Séjours 2015	Part dans la discipline	DMS Moyenne	Poids de la discipline dans le total	Ecart 2015-2019		
									Séjours	Part dans la discipline	DMS Moyenne
CHIRURGIE	1 223	100%	2,94		921	100%	4,62		302	0%	-1,68
Orthopédie traumatologie	365	30%	2,09	9%	296	28%	4,06	8%	69	2%	-1,97
Tissu cutané et tissu sous-cutané	331	27%	1,27		102	10%	3,02		229	17%	-1,75
Système nerveux*	170	14%	4,00		211	20%	5,56		-41	-6%	-1,56
Digestif	121	10%	5,99		91	9%	5,45		30	1%	0,54
Gynécologie - sein	83	7%	1,52		171	16%	1,51		-88	-10%	0,00
ORL, Stomatologie	50	4%	3,26		-	0%	-		50	4%	3,26
Pneumologie	43	4%	4,35		39	4%	6,77		4	0%	-2,42
Cardio-vasculaire *	28	2%	0,04		-	0%	-		28	2%	0,04
Rhumatologie	21	2%	8,38		11	1%	10,27		10	1%	-1,89
Traumatismes multiples ou complexes graves	11	1%	7,91	-	0%	-	11	1%	7,91		
MEDECINE	11 552	100%	4,40		8 696	100%	5,54		2856	0%	-1,14
Pneumologie	1 673	14%	5,43	82%	1 472	17%	5,41	76%	201	-2%	0,02
Digestif	1 602	14%	4,66		1 089	12%	5,65		513	1%	-0,99
Cardio-vasculaire*	1 572	14%	4,99		1 213	14%	6,11		359	0%	-1,13
Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	1 142	10%	2,09		651	7%	3,60		491	2%	-1,51
Système nerveux*	1 078	9%	5,23		715	8%	6,31		363	1%	-1,07
Toxicologie, Intoxications, Alcool	961	8%	3,49		880	10%	2,63		81	-2%	0,86
Rhumatologie	856	7%	4,10		644	7%	5,63		212	0%	-1,53
Uro-néphrologie et génital	682	6%	3,73		463	5%	3,72		219	1%	0,01
Psychiatrie	488	4%	3,81		398	5%	6,01		90	0%	-2,20
Douleurs chroniques, Soins palliatifs	258	2%	8,56		205	2%	14,58		53	0%	-6,02
Endocrinologie	237	2%	5,39		219	3%	7,32		18	0%	-1,93
Hématologie	235	2%	5,56		200	2%	9,69		35	0%	-4,14
ORL, Stomatologie	233	2%	1,80		143	2%	3,57		90	0%	-1,77
Tissu cutané et tissu sous-cutané	174	2%	5,64		155	2%	8,19		19	0%	-2,55
Maladies infectieuses (dont VIH)	115	1%	4,41		92	1%	6,37		23	0%	-1,96
Orthopédie traumatologie	84	1%	3,92		62	1%	7,95		22	0%	-4,03
Ophthalmologie	83	1%	2,69		-	0%	-		83	1%	2,69
Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	45	0%	1,69	72	1%	1,65	-27	0%	0,04		
Gynécologie - sein	34	0%	1,44	23	0%	2,04	11	0%	-0,60		
OBSTETRIQUE	1 283	100%	2,48		1 870	100%			-587	0%	2,48
Obstétrique	783	61%	2,48	9%	1 149	61%	2,27	16%	-366	0%	0,21
Nouveau-nés et période périnatale	500	39%	4,32		721	39%	4,99		-221	0%	-0,68
TOTAL SEJOURS MCO	14 058		4,13		11 487		5,24		2571		-1,11
SEANCES	2 725				1 626				1099		
Séances : chimiothérapie	2 183				1 101				1082		
Séances : chimiothérapie non tumorale	307				284				23		
Séances : transfusion	235				241				-6		
TOTAL SEJOURS + SEANCES	16 783				13 265				3518		
TOAL SEJOURS + SEANCES HORS SECRET STATISTIQUE	17 384				13 792				3592		
Impact du Secret statistique											-3,5%

* (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)

Des résultats peuvent être masqués en raison du secret statistique (effectif inférieur à 11). Les totaux peuvent donc ne pas correspondre à la somme des données affichées dans le tableau.

Il faut noter que l'analyse des casemix est rendue difficile par le contexte de la Pandémie qui rend peu exploitable les données 2020. L'activité 2021 montre des différences importantes avec cette structure de casemix, notamment en chirurgie (reprise de l'activité sur le CH de Saint Malo) et en obstétrique (fermeture de la Maternité de Dinan en 2020). Les données 2021 seront ajoutées dès lors qu'elles seront stabilisées.



Autorisations et chiffres clés

2019, Sources : HOSPIDIAG et Etablissement

Capacités

	Lits	Places	Total
Médecine	307	10	317
Chirurgie	60	15	75
Obstétrique	31	2	33
MCO	398	27	425

- 50 lits & 8 places en SSR ; 83 lits en SLD
- 64 séjours MCO / lit & place MCO

Effectifs

- 183,7 ETP médicaux
- 1 753,7 ETP non médicaux
- 149 séj. MCO / ETP méd
- 16 séj. MCO / ETP non méd
- 959 K€ / ETP méd
- 100 K€ / ETP non méd

Activités

	HC	Ambu	Total
Médecine	16 093	3 759	19 852
Chirurgie	3 635	1 775	5 410
Obstétrique	1 625	442	2 067
MCO	21 353	5 976	27 329

- 465 séjours en SSR ; 51 séjours en SLD
- 6 048 séances chimiothérapie
- 1 378 accouchements
- 2 700 endoscopies ; 25 773 ATU
- Taux de chirurgie ambu : 32,8 %
- Taux de provenance des urgences : 60,1%

Financier

176,2 M€ Recettes d'exploitation
-868 K€ Résultat d'exploitation ; 4,7 M€ d'EBE
Budget global / capacités MCO : 414,5 K€ de CA / lit & place

Bassin d'attractivité

- ZAP : 488 000 habitants
- Production 2019 : 22 250 séjours
- PDM MCO : 36,9 %
- PDM Médecine : 45,5 %
- PDM Obstétrique : 63,5 %
- PDM Chirurgie : HC 24,2 % ; ambu 9,2 %
- PDM SSR : HC 11,7% ; ambu 19,0%

Autorisations

- Médecine (HC/HdJ/d'urgence), Réanimation
- Chirurgie (HC/HdJ)
- Obstétrique (HC/HdJ), néonatalogie sans soins intensifs
- Cardiologie endovasculaire
- Psychiatrie (HC/HdJ) : Générale, Infanto-juvénile
- Cancer : Digestif, Sein, Gynécologie, ORL et maxillo-faciale, Chimiothérapie
- SSR (HC) : polyvalent, PAPD ; (HC/HdJ) : locomoteur, nerveux ; SLD (HC)

CH de Saint Malo

Capacités

	Lits	Places	Total
Médecine	192	11	203
Chirurgie	3	0	3
Obstétrique	13	0	13
MCO	208	11	219

- 62 lits & 3 places en SSR ; 60 lits en SLD
- 67 séjours MCO / lit & place MCO

Effectifs

- 69,6 ETP médicaux
- 865,4 ETP non médicaux
- 211 séj. MCO / ETP méd
- 17 séj. MCO / ETP non méd
- 1,1 M€ / ETP méd
- 92 K€ / ETP non méd

Activités

	HC	Ambu	Total
Médecine	9 164	3 371	12 535
Chirurgie	827	480	1 307
Obstétrique	624	191	815
MCO	10 615	4 042	14 657

- 640 séjours en SSR ; 52 séjours en SLD
- 2 183 séances chimiothérapie
- 462 accouchements
- 870 endoscopies ; 19 713 ATU
- Taux de chirurgie ambu : 0,0 %
- Taux de provenance des urgences : 43,4%

Financier

80,2 M€ Recettes d'exploitation
-3,9 M€ Résultat d'exploitation ; -3,2 M€ d'EBE
Budget global / capacités MCO : 366,4 K€ de CA / lit & place

Bassin d'attractivité

- ZAP : 103 200 habitants
- Production 2019 : 11 820 séjours
- PDM MCO : 35,7 %
- PDM Médecine : 50,2 %
- PDM Obstétrique : 46,0 %
- PDM Chirurgie : HC 1,4 % ; ambu 0,9 %
- PDM SSR : HC 15,9 % ; ambu 6,5 %

Autorisations

- Médecine (HC/HdJ/d'urgence)
- Chirurgie (HC)
- Obstétrique (HC), néonatalogie sans soins intensifs
- SSR (HC) : polyvalent ; (HC/HdJ) : PAPD
- SLD (HC)

CH de Dinan

Capacités

- 25 lits en SSR
- 12 séjours SSR / lit

Effectifs

- 0,2 ETP médicaux
- 24,8 ETP non médicaux
 - dont 0 infirmiers avec spécialisation
 - dont 9,3 ETP infirmiers sans spécialisation
 - dont 12,4 ETP aides soignants
 - dont 0 psychologues
 - dont 0,92 ETP personnes de rééducation

Activités

- 295 séjours en SSR
- 7 597 jours de présence SSR HC
- 6 séjours HC supérieurs à 3 mois

⇒ *L'activité ne concerne que les adultes*

Bassin d'attractivité

- Territoire de santé : SAINT-MALO/DINAN, 264 000 habitants soit 8% de la population bretonne
- Nombre de journées total sur le territoire en SSR HC : 136 400
- Nombre de journées total sur le territoire en SSR ambu : 12 400
- PDM SSR HC : 5,5 %
- PDM SSR ambu 0,0 %

Autorisations

- SSR (HC) : polyvalent

CH de Cancale



Trajectoire financière

Les résultats économiques et la marge brute

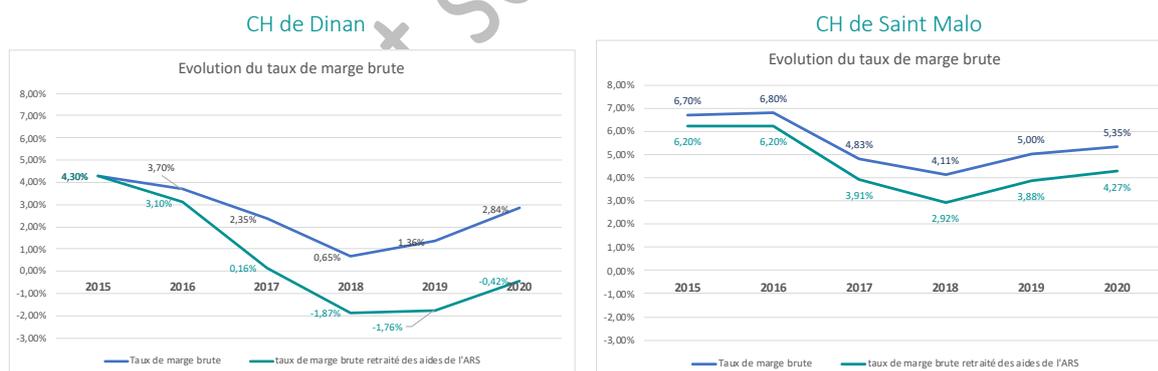
La trajectoire économique des établissements du GHRE est marquée par une situation contrastée.

Résultats (en K€)	CH de Saint Malo		CH de Dinan	
	2019	2020	2019	2020
Hopital	-1 957	-117	-3 802	-2 150
EHPAD	9	430	-998	-993
USLD	-353	-281	-290	-215
IFSI	124	63	31	12

Si le CH de Saint Malo poursuit son redressement économique entamé en 2019, sous l'effet d'une activité dynamique, notamment depuis le deuxième trimestre 2019, et malgré la crise liée à la pandémie COVID, le CH de Dinan ne réussit pas à se redresser : la garantie de financement a joué, pour l'établissement, un rôle d'amortisseur important, l'aide de l'ARS s'établissant à 2 800 K€. En effet, les charges d'exploitation restent durablement supérieures aux produits d'exploitation depuis 2015, laissant apparaître un déficit structurel de l'ordre de 5M€ / an qui, sur 6 ans, vient amputer la totalité de la trésorerie et de la CAF.

Ces évolutions se traduisent immédiatement sur le résultat d'exploitation des établissements qui s'établit en 2020 à +117K€ pour le CH de Saint Malo (contre -1 957 K€ en 2019) et, pour le CH de Dinan à - 2 150 K€ malgré une aide de l'ARS de 2 800 K€, contre - 3 802 K€ en 2019.

L'évolution de la marge brute de chaque établissement met en exergue l'impérieuse nécessité de restructurer durablement l'offre de soins du territoire, pour permettre de retrouver une situation économique saine pour le CH de Dinan, gage du développement harmonieux du GHRE :



Ces résultats ont évidemment des impacts importants, notamment sur l'endettement des établissements, dont les ratios issus du Décret de 2014 témoignent :

		CH de Saint Malo		CH de Dinan	
taux d'indépendance financière	< 50%	64%	63,10%	98%	91,80%
durée apparente de la dette	< 10 ans	8,71	7,12	-	22,8
poids de la dette	< 30%	34,19%	31,65%	44,00%	38,00%



Le parangonage réalisée dans le cadre de l'élaboration du diagnostic stratégique⁹ confirme que les dépenses par séjour MCO (charges courantes d'exploitation) se situent au-dessus de la moyenne de l'échantillon : 6 273€/séjour vs 5 866€/ séjour¹⁰, relativement loin de la moyenne des trois premiers établissements de l'échantillon (5100 €/ séjour).

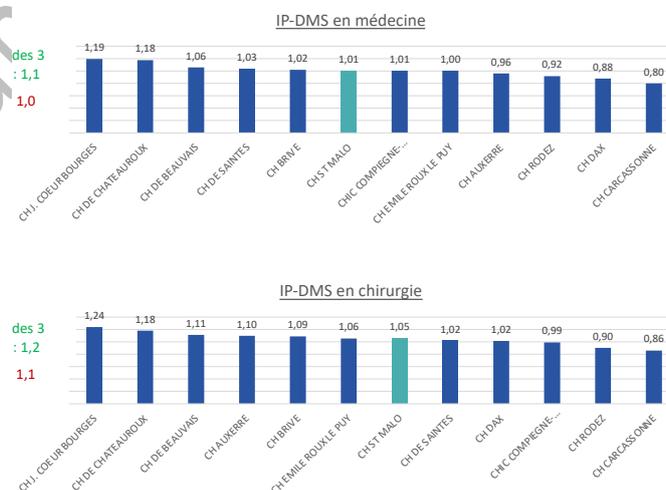
	CH de Saint Malo		CH de Dinan	
	2019	2020	2019	2020
Titre 1 - Personnel non médical (en K€)	81 272	88 059	38 200	40 469
% des produits de l'activité hospitalière	57,31%	57,27%	74,12%	66,70%
variation des effectifs		44,9		-1,6
Titre 1 - Personnel médical (en K€)	26 269	28 202	11 631	11 897
% des produits de l'activité hospitalière	18,52%	18,34%	22,57%	19,61%
Variation des effectifs		9,8		-0,75
Titre 1 - Total	107 541	116 261	49 831	52 366
% des produits de l'activité hospitalière	75,84%	75,61%	96,69%	86,31%

➤ L'IP DMS

Parmi les ratios de performance étudiés lors de ce parangonage, l'IP DMS des CH de Saint Malo et Dinan retient l'attention. Sur un échantillon de 12 établissements, et alors que la cible s'établit à 0,94, l'IP DMS se situe :

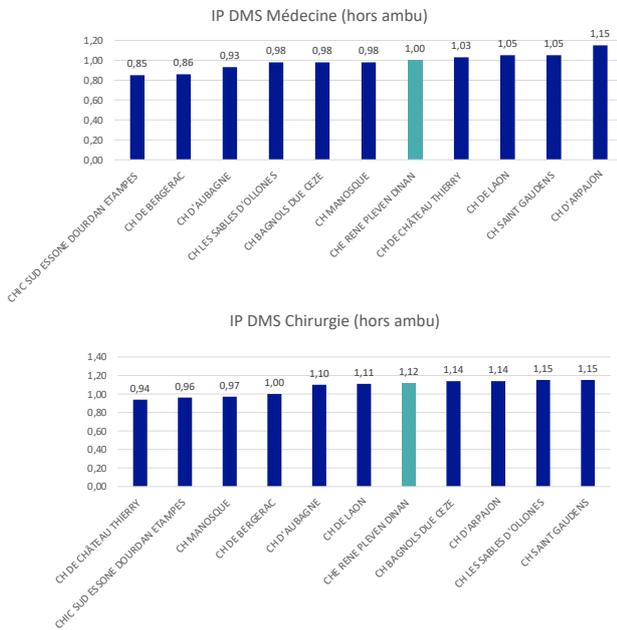
⇒ Pour le CH de Saint Malo :

- A 1,01 soit en 7^{ème} place sur l'échantillon, pour la médecine
- A 1,05, soit en 6^{ème} place de l'échantillon, pour la chirurgie.



⁹ L'élaboration du PMSP a en effet été l'occasion de réaliser un parangonage des principaux ratios de performance de chacun des établissements du GHRE avec un échantillon d'établissements relativement similaires (en termes d'activité, de zone d'attractivité et de situation géographique).

¹⁰ Compte tenu de la forte restructuration qu'a connue le CH de Dinan (fermeture de la maternité au profit d'un CPP, fermeture de l'USC sur la totalité de l'année, fermeture de capacités de SMR et de gériatrie liée à l'absence de praticiens), ce ratio n'a pas été construit.



⇒ Pour le CH de Dinan :

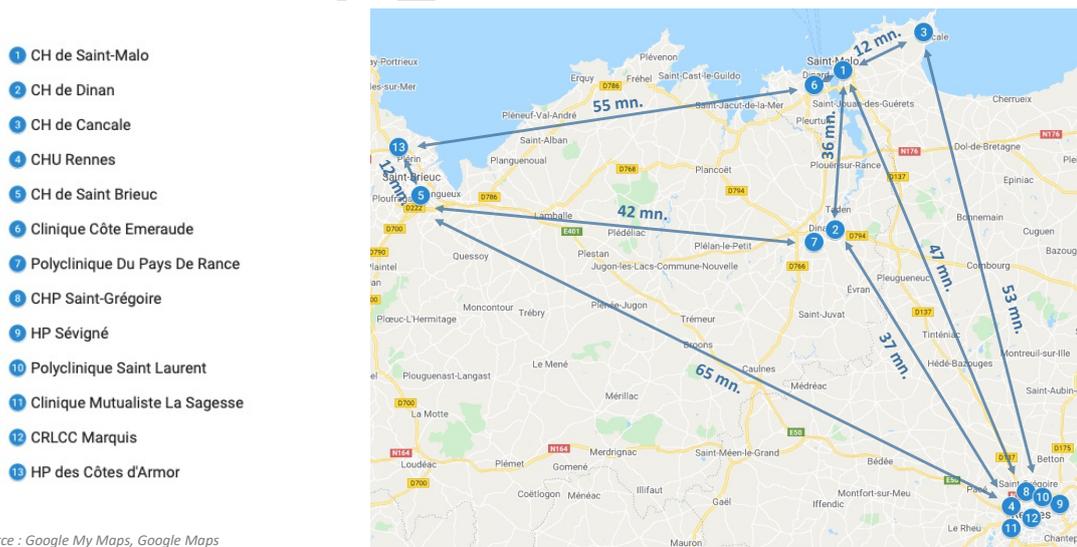
- A 1,00 soit en 7^{ème} place sur l'échantillon, pour la médecine
- A 1,12, soit en 7^{ème} place de l'échantillon, pour la chirurgie.

Cet IP DMS relativement important sur les deux établissements témoigne de l'absence de solutions d'aval sur le territoire et / ou de défaut de coordination de parcours sur les retours à domicile des séjours en hospitalisation conventionnelle. En sachant par ailleurs que le taux d'ambulatoire est relativement faible sur les deux établissements¹¹, il met en exergue la restructuration nécessaire en termes de capacités sur le territoire, mais également et en termes organisationnels au sein des établissements du GHRE.

► Le contexte concurrentiel et partenarial

Si le territoire de santé ne se caractérise pas par une concentration hospitalière particulièrement importante, il faut toutefois noter que les établissements sont relativement proches les uns des autres, en termes de distance / temps, et sont proches de Rennes.

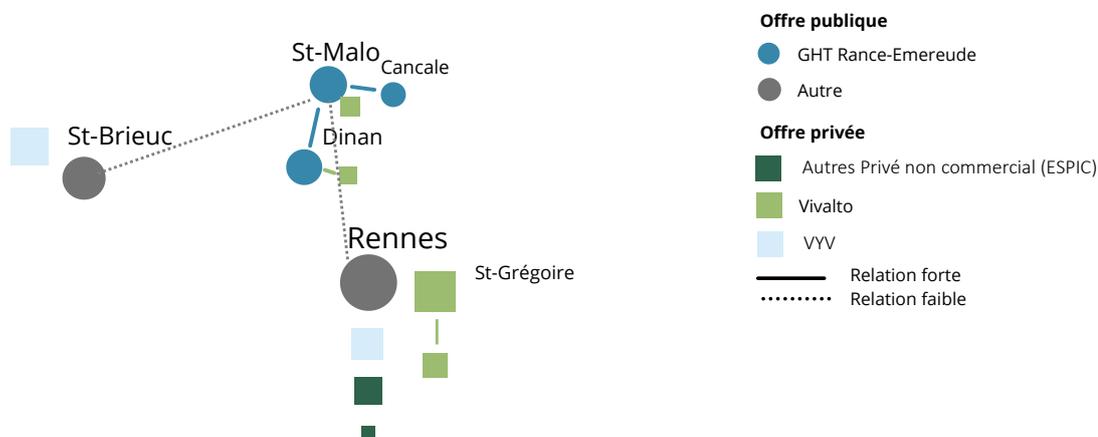
Carte des établissements du territoire, et des établissements voisins en distance / temps



¹¹ Taux de chirurgie ambulatoire de 39,6%, IPCA de 18, avec un taux potentiel de 67,3% en 2019 : le potentiel ambulatoire du CH de Saint Malo est jugé comme fort, avec une performance actuel faible. Cf infra, Visu chir



La carte ci-après illustre les relations qu'entretiennent les établissements :



Vivalto gère deux cliniques sur le territoire du GHRE :

- La **Clinique de la Côte d'Émeraude** implantée à Saint Malo (11 725 séjours MCO en 2019, 15 M€ de CA en 2019) est le deuxième acteur du territoire. Son activité est principalement chirurgicale, et digestive (endoscopies) en médecine.
- La **Polyclinique du Pays de la Rance (PPR)**, à Dinan, (9 900 séjours MCO en 2019, 11,6 M€ de CA en 2018/12) implantée sur le même site que l'hôpital et avec laquelle le GHRE est lié par une convention (Accord cadre pour la constitution d'un pôle de santé du Pays de la Rance), établi en 2005.

Dans la convention, il a été convenu que « l'activité chirurgicale (à l'exception de la chirurgie gynécologique) est assurée de manière exclusive par la polyclinique ». « Qu'en conséquence, la clinique s'engage dans le cadre d'une concession de service public, à assurer la prise en charge des urgences chirurgicales et les avis chirurgicaux nécessaires à un bon fonctionnement des activités de soins du CH ». « Le centre Hospitalier de Dinan peut maintenir et développer une activité de chirurgie gynécologique ».

Concernant la chirurgie ambulatoire, l'accord cadre précise que « Le CH ne pratiquera pas d'activités d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire à l'exception des endoscopies digestives et bronchiques, de la chirurgie gynécologique et que les autres actes (pose de DM spécialisés pour des patients du public, actes liés au traitement de la douleur, actes de stomatologie pour des patients du public) seraient réalisés au sein du bloc opératoire par des praticiens du secteur public ».

Le bail pour la mise à disposition des locaux publics à la PPR est établi pour une durée de 50 ans avec possibilité de résiliation anticipée par le CH au terme de 20 années.

Les 2 partenaires sont juridiquement engagés par une résolution de l'AGE des actionnaires pour la clinique et une délibération du Conseil d'Administration pour le CH. La modification du protocole nécessite l'accord des trois signataires (Maire de Dinan, PDG de la clinique et Directeur du CH).

Il est prévu qu'en cas de difficultés ou différends, et en l'absence de solution proposé par le comité de suivi du protocole, les établissements peuvent se référer au Directeur de l'ARS Bretagne.



Le groupe Vivalto dispose également de deux cliniques implantées au nord de Rennes : le CHP Saint Grégoire, qui propose une offre de soins de référence sur certains segments de prise en charge, et la clinique Cesson Sévigné.

On notera que le GHRE ne dispose pas d'autorisation sur la carcinologie en urologie, entièrement détenue par les cliniques du Groupe Vivalto, tandis que l'autorisation de cancérologie gynécologique est, quant à elle, détenue exclusivement par le CH de Saint Malo.

Le contexte concurrentiel : évolution des parts de marchés ¹³

↳ En Médecine

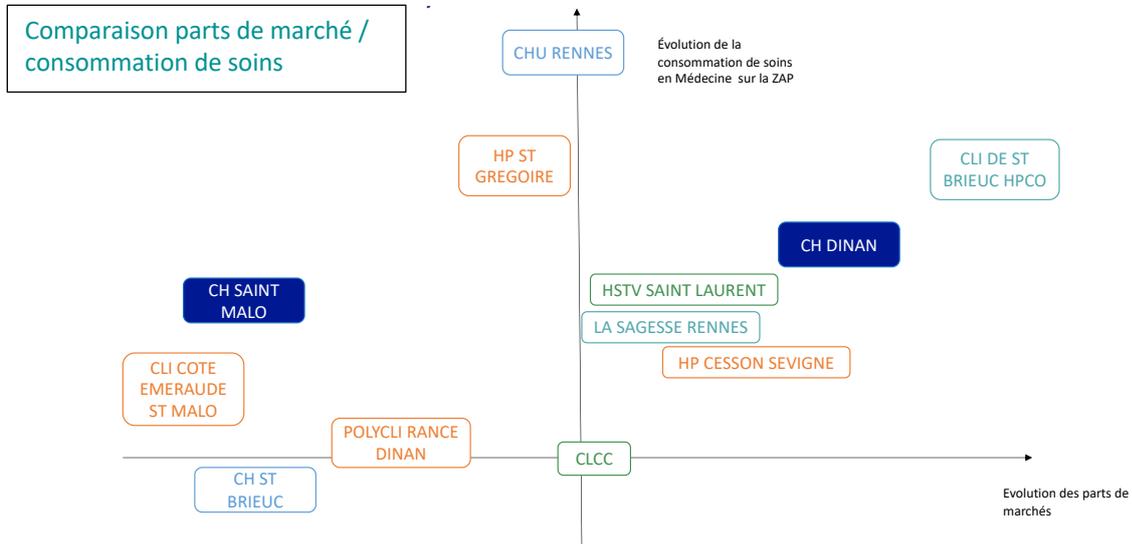
L'analyse des parts de marché du territoire montre que le GHRE détient plus de 50% des parts de marché en médecine mais que, entre 2016 et 2019, sa position s'affaiblit au profit de la Clinique de la Côte d'Émeraude, de la Clinique Saint Grégoire, et de la Polyclinique Saint Laurent (Rennes).

	Finess	Raison sociale	Séjours des habitants de la zone		Part de marché		Ecart 2016-2019	
			2016	2019	2016	2019	En séjours	En PDM
1	-	GHT Rance Émeraude	31 583	33 848	50,4%	50,5%	2 265	7,8%
2	35000196	CLINIQUE DE LA COTE D'EMERAUDE	8 372	9 976	13,3%	14,9%	1 604	19,2%
3	220005599	POLYCLINIQUE DU PAYS DE RANCE	7 720	7 487	12,3%	11,2%	-233	-3,0%
4	350005179	CHRU DE RENNES	5 430	5 632	8,7%	8,4%	202	3,7%
5	35000121	CH PRIVÉ ST-GREGOIRE	3 075	3 493	4,9%	5,2%	418	13,6%
6	220000020	CH ST BRIEUC	963	991	1,5%	1,5%	28	2,9%
7	350002192	POLYCLINIQUE SAINT LAURENT	678	824	1,1%	1,2%	146	21,5%
8	35000139	CLINIQUE MUTUALISTE LA SAGESSE RENNES	771	766	1,2%	1,1%	-5	-0,6%
9	350005146	HÔPITAL PRIVÉ SEVIGNE	596	587	1,0%	0,9%	-9	-1,5%
10	350000071	HÔPITAL LA PROVIDENCE GARDINER DINARD	759	581	1,2%	0,9%	-178	-23,5%
11	350002812	CRCC E. MARQUIS	487	374	0,8%	0,6%	-113	-23,2%
12	220022800	HÔPITAL PRIVÉ DES COTES D'ARMOR	278	296	0,4%	0,4%	18	6,5%
13	350000204	CLINIQUE ST JOSEPH COMBOURG	182	203	0,3%	0,3%	21	11,5%
14	440000289	CHU DE NANTES	140	175	0,2%	0,3%	35	25,0%
15	750712184	AP-HP	194	169	0,3%	0,3%	-25	-12,9%
16	440033819	POLYCLINIQUE DE L'ATLANTIQUE	91	117	0,1%	0,2%	26	28,6%
17	440029379	CLINIQUE JULES VERNE	39	97	0,1%	0,1%	58	148,7%
18	500000054	CH AVRANCHES GRANVILLE	33	57	0,1%	0,1%	24	72,7%
19	290000017	CHU BREST	43	53	0,1%	0,1%	10	23,3%
20	50000146	POLYCLINIQUE DE LA BAIE-ST MARTIN	#N/A	41	#N/A	0,1%	#N/A	#N/A
21	350005021	POLE GERIATRIQUE RENNAIS	30	37	0,0%	0,1%	7	23,3%
22	350000030	CH FOUGERES	28	32	0,0%	0,0%	4	14,3%
23	350002200	CLINIQUE ST YVES RENNES	#N/A	24	#N/A	0,0%	#N/A	#N/A
24	440041580	L'HÔPITAL PRIVÉ DU CONFLUENT	#N/A	21	#N/A	0,0%	#N/A	#N/A
25	920000650	HÔPITAL FOCH	#N/A	20	#N/A	0,0%	#N/A	#N/A
26	999999999	Effectif(s) masqué(s)* + autres Finess (389 établissement(s) en 2019 / 341 établissement(s) en 2018)	1 094	1 154	1,7%	1,7%	60	5,5%
		Total	62 724	67 055	100,0%	100,0%	4 331	6,9%

¹³ L'évolution des parts de marché des établissements en médecine dont le nombre de séjours en année donnée ne dépasse pas 50 n'est pas significative (due aux aléas associés à l'activité du petit volume) et est à prendre avec précaution.



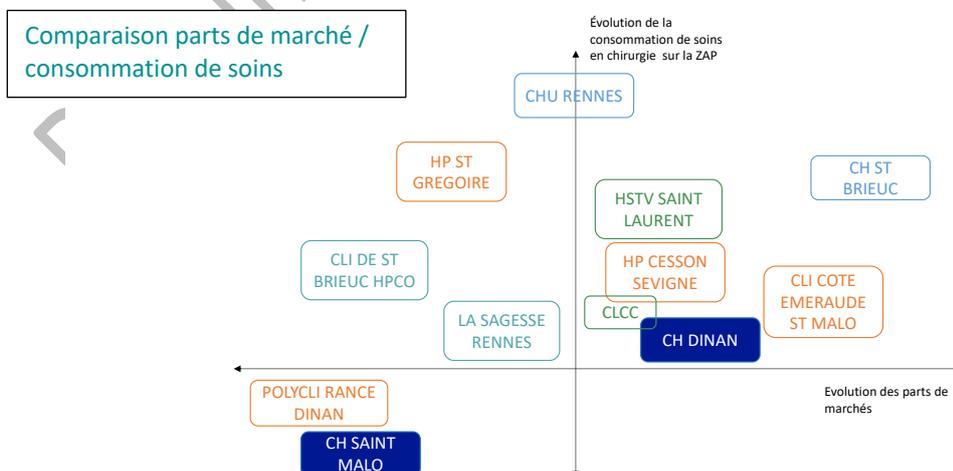
La matrice ci-après entreprend de croiser ces évolutions avec la consommation de soins sur le territoire et illustre que l'augmentation du nombre de séjours sur la ZAP sur la période profite plutôt aux établissements privés rennais et de Saint Briec :



➤ En Chirurgie

En chirurgie, l'analyse permet de montrer la contraction de la ZAP du CH de Saint Malo et son recul en termes de parts de marché sur la période 2015 / 2019. A l'inverse, la ZAP de Saint Briec et des établissements de Rennes (publics et privés) augmentent, tout comme leurs parts de marchés, illustrant les fuites :

Raison sociale	Séjours des habitants de la zone		Parts de marché		Evolution 2015-2019	
	2015	2019	2015	2019	En séjours	En PDM
CH DE SAINT MALO	4 518	4 343	23,6	19,8	-175	-3,8
CH DE DINAN	937	1 040	8,7	9	103	0,3
CH PRIVÉ SAINT GRÉGOIRE	20 144	21 573	25,9	23,7	-1 429	-2,2
CH DE SAINT BRIEUC	8 581	10 310	26,1	28,7	1 729	2,6
CHRU DE RENNES	18 331	23 398	15,1	15,1	5 067	0
CLINIQUE DE LA CÔTE D'EMERAUDE	5 311	6 458	30,3	32,6	1 147	2,3
POLYCLINIQUE DU PAYS DE RANCE	4 961	4 779	36,7	32,1	-182	-4,6
HÔPITAL PRIVÉ SÉVIGNÉ	11 978	13 035	17,8	18,3	1 057	0,5
HÔPITAL PRIVÉ DES CÔTES D'ARMOR	11 731	12 960	39,8	36,4	-1 229	-3,4
CLINIQUE LA SAGESSE	6 811	7 410	12,3	12,1	599	-0,2
CRLCC E. MARQUIS	1 430	1 577	1	1,1	147	0,1
POLYCLINIQUE SAINT LAURENT	4 371	5 588	5,3	6,4	1 217	1,1

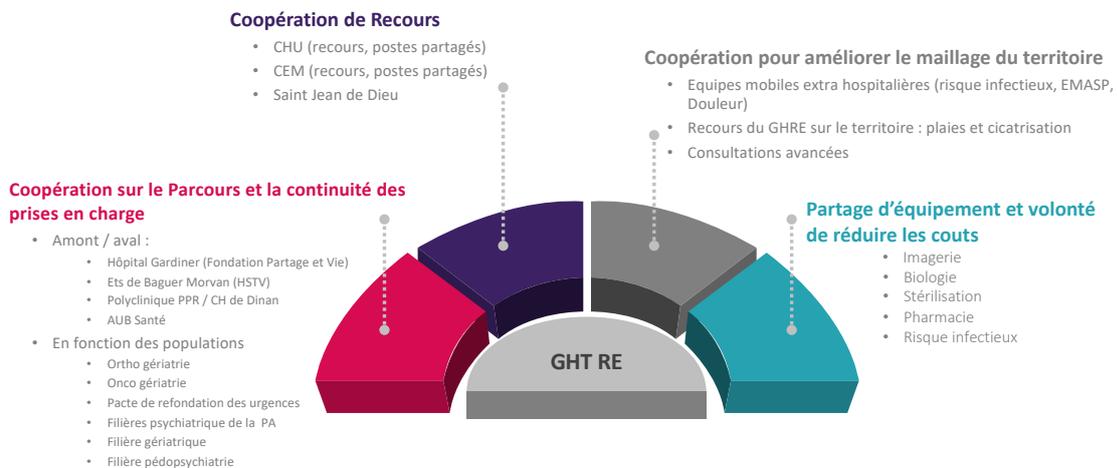




Les partenariats et les coopérations

Le Groupement Hospitalier Rance Émeraude joue un rôle central pour les structures de santé et les professionnels du territoire et a noué, au fil des années des coopérations et partenariats nombreux pour améliorer la prise en charge des patients et offrir à chacun une prise en charge publique complète et graduée. Cet axe stratégique repose sur le partage des ressources, la complémentarité des acteurs pour améliorer le maillage du territoire et la continuité des prises en charge et le recours mais également sur la participation active des acteurs du territoire, notamment les usagers et les acteurs associatifs.

Partenariats et coopérations sur le territoire



Le Groupement Hospitalier de Territoire

Le précédent Projet Médical de Territoire s'attachait à :

- Organiser la gradation des soins hospitaliers et le renforcement de la coopération « pour un maillage serré du territoire 6 » « tout en conservant un maximum de spécialités sur chacun des sites » ;
- Lutter contre les fuites et les ruptures de parcours en organisant, pour toutes les spécialités, une réponse aux besoins de la population,
- Organiser la proximité et le recours, organisation à laquelle « la population est légitimement attachée compte tenu du vieillissement de la population et du développement des maladies chroniques »,
- Harmoniser les prises en charges entre les différents établissements du GHT

En 2016, ont été priorisées les filières suivantes :

Thématiques	Gradation des soins	Démographie médicale	Qualité des soins	Modèle médico-économique
Urgence Santé mentale Filière gériatrique Oncologie Chirurgie Périnatalité-Pédiatrie AVC-Neurologie Cardiologie	➢ Permanence et continuité de soins ➢ Organisation des parcours ➢ Développement des alternatives ➢ Définition des actes rares (en chirurgie), des actes réalisés en établissements de référence ou de proximité	➢ Schéma cible par filière ➢ Inventaire des postes vacants ➢ Gestion prévisionnel le des métiers et des compétences médicales	➢ Etat de la certification ➢ EPP en cours ou envisagées ➢ Actions spécifiques sur la pertinence des soins ➢ Modalités de préparation de la certification unique	➢ Indicateurs de performance définis ➢ Projections d'activité avec évolutions attendues ➢ Gestion territoriale des lits ➢ Liens avec le Plan Triennal



Le PMSP s'inscrit donc dans la continuité du précédent en consolidant les filières publiques sur le territoire, en développant l'offre pour lutter contre les fuites et les zones mal ou non couvertes, dans un contexte de tension sur les ressources médicales et soignantes et de besoins de santé grandissants.

↳ Les coopérations avec la médecine de ville

La médecine de ville, et plus largement les professionnels du territoire du GHRE, sont particulièrement dynamiques sur le territoire. Le « dispositif d'accueil et de coordination » (DAC), fusion des dispositifs de coordination autour de la personne vulnérable peut en témoigner. Des initiatives originales ont vu le jour dans le cadre de cette coopération : IDE POP (pour plateforme opérationnelle de parcours), infirmière libérale chargée d'organiser et d'accompagner la sortie du patient, formations médicales communes (soirées d'information, EPU, ...), IPA libérale chargée de la prise en charge des pathologies chroniques à domicile. La période de la crise COVID a permis de resserrer et développer ces liens dont l'objectif est maintenant de les pérenniser : pour aboutir à une réflexion autour de l'entrée du GHRE dans le GCS constitué par la médecine de ville par exemple.

Il faut noter également que, dans le cadre de la stratégie Nationale de santé et du Ségur de la santé, plusieurs acteurs du territoire de Rance Émeraude ont souhaité se mobiliser autour d'actions de santé publique pour améliorer l'organisation de l'offre de soins et de services, et la rendre à la fois plus efficiente et cohérente : ce projet vise au « *déploiement des actions de prévention et de promotion de la santé, (de) renforcement de la coordination des parcours entre la ville et l'hôpital, mais aussi entre le sanitaire, le social et le médico-social pour assurer une cohérence et une fluidité de l'expérience de soins* »¹⁴. Le GHRE s'inscrit pleinement dans cette logique : son PMSP prévoit en effet de mettre en place de nouveaux dispositifs pour améliorer la couverture du territoire et l'efficacité de l'organisation de l'offre de soins : consultations avancées, équipes mobiles de territoire, déploiement de la télémedecine, travail en commun entre hospitaliers et professionnels de ville.

↳ Les coopérations avec les établissements du territoire

Sans revenir sur la coopération historique entre l'Hôpital de Dinan et la Polyclinique du Pays de Rance, il faut noter que les centres hospitaliers du GHRE entretiennent des coopérations étroites avec les autres acteurs du territoire, notamment en vue d'améliorer la continuité des parcours de soins et le maillage du territoire :

- Mise à disposition de compétences médicales et paramédicales, d'équipes expertes (plaies et cicatrisation, soins palliatifs, douleur, risque infectieux ...)
- Filières de prise en charge partagées : pédo psychiatrie avec la Fondation Saint Jean de Dieu, filière personnes âgées,
- Hospitalisation à domicile via l'AUB Santé
- Pacte de refondation des urgences.

¹⁴ Le projet sera porté par le Conseil Territorial de Santé (CTS) et soutenu par le DAC pour sa mise en place opérationnelle. L'animateur territorial du DAC sera amené à mobiliser les professionnels du territoire, autour d'un Groupe Projet rassemblant les représentants de l'ensemble des acteurs du territoire, de structurer et d'animer des espaces de dialogue. Ce Groupe Projet aura pour mission de déterminer les axes stratégiques, et après validation du CTS, d'impulser des actions de prévention et de promotion de la santé, mis en pratique par des Groupes de Travail, mobilisant professionnels du sanitaire, social, médico-social, associatif, citoyens, élus, etc. L'animateur territorial aura pour rôle d'être facilitateur et médiateur de ce groupe en cas de besoin. Voir le projet de thèse de Mme Anaïs Gnagblodjro « Dialogue inter organisationnel et interprofessionnel au service d'un projet de santé populationnelle », EHESP, 2021.



Le recours est également organisé avec le CHU de Rennes d'une part, et le Centre Eugène Marquis d'autre part. L'élaboration du PMSD a été l'occasion de réinterroger cette organisation, et de la renforcer et ce, dans toutes les disciplines¹⁵. La formalisation des parcours de recours, le renforcement des postes partagés (43 à fin 2021), l'amélioration de l'attractivité des ressources humaines médicales, les RCP de recours, les staffs de cas complexes sont ainsi au cœur de la coopération du GHRE avec les établissements rennais.

↳ Les coopérations publiques / privées de partage des ressources

▷ L'imagerie

Le service d'imagerie médicale du GHT Rance Émeraude est réparti sur les deux 2 sites de Saint-Malo et Dinan et permet la réalisation des actes d'imagerie concourant à l'établissement d'un diagnostic, au suivi ou au traitement d'une pathologie. Il est membre du GCS Centre d'Imagerie Médicale de la Côte d'Émeraude, titulaire de 4 autorisations d'équipement de scanner et 3 autorisations d'IRM, équipements répartis sur les sites de Dinan (1 scanner) et Saint Malo (3 scanners, 3 IRM), d'une autorisation TEP scan et de gama caméra implantées sur le site malouin.

Le Groupement Hospitalier de Territoire est également membre du GIE Imagerie du Pays de Rance, titulaire de 2 autorisations de scanners et de 2 autorisations d'IRM, installés sur le site de Dinan.

Enfin, l'offre de médecine nucléaire est développée dans un GIE qui regroupe les acteurs privés et le Centre Eugène Marquis de Rennes. Ainsi l'offre est-elle disponible sur le site de Saint Malo et en recours au Centre Eugène Marquis.

▷ L'anatomopathologie

L'offre d'anatomopathologie et de radiothérapie est intégralement développée par le secteur privé sur le territoire. Il en va de même sur le dépistage organisé des cancers du sein où l'ensemble des modalités de mammographie est actuellement déployé par le secteur privé dans deux groupes de radiologues privés : l'un sur St Malo, l'autre sur Dinan. Les parcours de soins s'organisent donc entre les différentes structures.

¹⁵ Convention de coopération entre le CHU de Rennes et le GHRE, 10 septembre 2018



Renforcer l'offre de soins publique : une ambition pour le territoire

Le Projet Médico Soignant du GHRE entend répondre à ces besoins de santé, et adapter son organisation à leurs évolutions attendues. Il s'attache à restructurer l'offre de soins hospitalière autour de l'objectif d'une gradation des soins plus lisible pour les patients et plus économe des ressources rares : il s'agit de permettre l'accessibilité aux soins spécialisés, en tout point du territoire tout en garantissant au patient une prise en charge en proximité de son domicile lorsque cela est possible et/ou souhaitable, notamment pour les populations les plus vulnérables. Il vise également à réduire les fuites de patients en dehors du territoire, par le développement et le renforcement des activités existantes et le développement de nouvelles activités.

1. La gradation des soins

Le Projet Médico Soignant met en œuvre une gradation des soins dans l'offre hospitalière, selon le principe de subsidiarité, **autour d'un hôpital territorial, concentrant les plateaux techniques complexes et les prises en charge les plus spécialisées, recours de l'ensemble du territoire et des établissements « cœurs de Ville », en proximité.**

Cette répartition de l'offre résulte d'un équilibre à construire entre proximité et sécurité : il s'agit de privilégier la prise en charge des patients au plus près de leur lieu d'habitation, à l'exception des cas où la situation excède les possibilités humaines et techniques des acteurs de proximité.

Ces établissements « cœur de ville » ne seront néanmoins pas « miroirs », l'un étant tourné vers la prise en charge d'excellence des maladies chroniques, l'autre vers l'innovation de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et les patients atteints d'addictions et d'affections psychiatriques.



▷ Le Cœur de Ville de Dinan

C'est dans cette perspective qu'il est prévu, sur le site de Dinan, le déploiement :

- ⇒ de **capacités d'hospitalisation conventionnelle en gériatrie, en « médecine de proximité »**, entendue comme la médecine rendue possible par le plateau technique installé sur le site (gériatrie, oncologie, médecine polyvalente à orientation gériatrique, maladies chroniques stabilisées, médecine générale, lits identifiés de soins palliatifs), organisée en lien étroit avec les médecins de ville,
- ⇒ De **capacités d'hospitalisation de jour** :
 - Un centre associé de cancérologie (oncologie, hématologie)
 - Un centre de prise en charge des maladies chroniques complexes stabilisées pour développer une offre d'excellence en matière d'éducation thérapeutique, de prévention et suivi (Consultations, Hospitalisation de jour, Hospitalisation de courte durée programmée, réhabilitation)
 - Un Hôpital de Jour permettant de répondre aux besoins de la gériatrie et de la médecine générale de proximité (bilans, ...),
- ⇒ **De consultations, de consultations avancées** qui permettent de renforcer l'offre de soins en proximité et d'organiser la prise en charge des patients hospitalisés par un accès facilité aux avis médicaux :
 - Gynécologie / obstétrique
 - Pédiatrie
 - Anesthésiologie
 - Chirurgie orthopédique
 - Chirurgie ORL
 - Gastro entérologie (cs et endoscopies)
 - Médecine et chirurgie vasculaire
 - Pneumologie
 - Médecine Interne
 - Rhumatologie
 - Douleur
 - Cardiologie
 - Neurologie et neuro vasculaire
 - Néphrologie
 - Endocrinologie et diabétologie
 - Cancérologie (oncologie et hématologie)
 - Gériatrie
 - Consultations et plaies chroniques
- ⇒ **D'un centre de périnatalité de proximité et de consultations de gynécologie, d'échographie et de chirurgie gynécologique**, en partenariat avec la Polyclinique du Pays de Rance. En outre, une réflexion autour de la prise en charge psycho somatique est en cours, pour créer **une Maison de la Mère et de l'Enfant** qui prendrait en charge les parents et les enfants qui rencontrent des difficultés, notamment les difficultés psychologiques de la mère dans le cadre d'une dépression pré et/ou post partum impliquant des difficultés à construire le lien d'attachement avec l'enfant et qui nécessitent une prise en charge plus longue que celle organisée sur la Maternité du Territoire.

Ces capacités d'hospitalisation conventionnelle et de jour de « médecine de proximité » serviront de point d'appui à la prise en charge de **l'urgence et des soins non programmés de l'établissement et de la Ville**. Ce service d'accueil des urgences sera ouvert H24, une ligne de SMUR lui sera associée.

Il sera également le siège d'une antenne du **Centre territorial d'Évaluation et de traitement de la Douleur chronique** que le GHRE entend promouvoir dans le cadre du présent projet.



Dans cette configuration, **le plateau technique du Cœur de Ville de Dinan** comprendra les équipements d'imagerie de proximité et de biologie qui permettront d'améliorer la programmation et les délais de rendus des examens, notamment en cours d'hospitalisation :

- **En imagerie :**
 - 2 IRM dont une dédiée pour le GHRE soit 10 vacations occupées par les praticiens publics,
 - 1 scanner dédié pour le GHRE soit 10 vacations occupées par les praticiens publics,
 - Un plateau d'imagerie conventionnelle et d'échographie,
 - Le développement d'une offre de mammographie sur le territoire, qui permettra là encore, de développer le dépistage, pour lequel le retard du territoire est avéré.
- **En biologie :**
 - Un laboratoire de réponse rapide et de biologie délocalisée aux urgences et sur les périodes de permanence des soins pour assurer aux praticiens des délais de rendu des résultats compatibles avec les objectifs de prise en charge clinique,
 - Un dépôt de sang de délivrance, en lien avec les urgences.

Il s'agit sur ce site, et conformément à sa vocation, de **développer également les soins à domicile (HAD, SSIAD) et d'intégrer fortement la coordination des acteurs, notamment de ville.**

Des capacités de soins de suite et de réadaptation, notamment de PAPD et neuro locomoteur mais également, en fonction des autorisations obtenues, d'autres mentions spécialisées autour de la réhabilitation des maladies chroniques (oncologie, pneumologie, nutrition, pédiatrie...) seront également installées et partageront un plateau technique multimodal, rénové et modernisé.

La filière gériatrique y sera complète, notamment à travers un EHPAD, une USLD et une équipe mobile de gériatrie, dont l'action se déploiera en interaction étroites avec les EHPADs du territoire, tandis que l'offre de psychiatrie s'organisera avec St Jean de Dieu pour offrir à la population des capacités d'hospitalisation complète et de jour.

▷ **Le cœur de ville de Saint Malo**

Le projet cœur de ville de Saint Malo, se veut conciliant la proximité des activités sanitaires de première intention, celle de la prise en charge des personnes âgées et des personnes souffrant d'addiction.

Ce cœur de ville est par conséquent un projet hospitalier mais également – et peut être surtout – un projet Ville / Hôpital : il vise à regrouper, sur un même site, des professionnels de santé hospitaliers et libéraux, mais également des professionnels d'autres secteurs que celui de la santé, des commerces, des associations, des services publics et proposer des logements à destination de publics différenciés (familles, étudiants)

Il est ainsi prévu que le Cœur de Ville de Saint Malo accueille :

- **Un EHPAD de 150 lits** qui, par son implantation serait un lieu de soins mais également un lieu de vie pour les résidents. Son implantation en cœur de ville permettrait en effet d'intégrer les personnes accueillies dans la ville, sensibiliser cet environnement social à l'accueil des personnes et créer les conditions d'un enrichissement mutuel.



Modèle répandu en Europe du Nord, cette configuration permet de préserver aussi longtemps qu'il est possible les liens des personnes âgées avec leur environnement habituel (les commerçants, les associations, les loisirs).

Cet établissement devra comporter un Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA), destinés à accueillir durant la journée des résidents de l'EHPAD atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre maladie neuro-dégénérative et ayant des troubles du comportement modérés et un accueil de jour, pour s'ancre dans la vie de la Cité.

La Cité des Aînés à St Etienne est un lieu de rencontres et d'échanges, pour les usagers, les familles, les habitants du quartier. Elle est ouverte sur l'extérieur avec :

- Un restaurant et un salon de thé
- Une salle d'activité physique adaptée
- Des espaces de bien-être
- Un espace culture : lieu de rencontres artistiques, d'expositions, d'accueil d'événements culturels.
- Une conciergerie proposant des services

Un jardin partagé est aménagé, il est accessible aux habitants de la Cité des Aînés et du quartier. Il est complété par un terrain de jeux pour enfants et une placette, véritables lieux de vie et d'animation. Un chemin de promenade, accessible en fauteuil, dans un cadre verdoyant, accueille les personnes âgées, leurs familles.

- **Des locaux de consultations** sur lesquels serait développée une offre d'éducation thérapeutique, de prise en charge de l'addictologie, et d'hospitalisation de jour de psychiatrie et de pédo psychiatrie,
- **Un plateau technique d'imagerie** (en lien avec les praticiens libéraux) et un centre de prélèvement de biologie.

En outre, et **sans que cela ne relève du Groupement Hospitalier Rance Émeraude, ce cœur de ville pourrait accueillir :**

- Des locaux permettant d'accueillir une maison médicale, les locaux des services d'aide et d'accompagnement à domicile, l'hospitalisation à domicile, les services de coordination des parcours de santé (DAC, ...)
- Des logements, des commerces,
- Une résidence autonomie, une maison de répit, ...

Il est possible d'illustrer cette proposition au travers du schéma ci-dessous :





Cette configuration est particulièrement développée en Europe du Nord ; elle permet entre autres d'éviter de « délocaliser » les sites de personnes âgées en périphérie de ville ce qui reste trop fréquemment la solution utilisée en France. **Elle suppose un projet construit en partenariat entre l'Hôpital et la Ville et préfigure une nouvelle prise en charge, notamment des personnes vulnérables et âgées, et un nouveau mode de travail, pluridisciplinaire et pluri professionnel.**

▷ Le Centre Hospitalier de Cancale

Le Centre Hospitalier de Cancale s'est déplacé fin 2014 en périphérie de la ville dans un bâtiment tout neuf, comprenant un service de SMR de 25 lits et un EHPAD de 120 lits. Il comprend deux unités protégées de 15 lits qui reçoivent les personnes désorientées, Alzheimer ou apparentées. Un PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) de 8 places, permet également de les accueillir, à la journée, dans le but de leur proposer des activités sociales, thérapeutiques, et un accompagnement personnalisé associant relaxation et stimulation.

Le CH de Cancale conserve, dans le Projet, sa vocation tournée vers les personnes âgées dépendantes et les soins de suite et de réadaptation. Néanmoins, l'objectif du PMSP est, là encore, de tourner les institutions vers le renforcement des liens avec les dispositifs de ville pour favoriser le maintien à domicile et le repérage des fragilités, notamment à travers une accentuation des interventions de l'HAD et des réflexions autour de l'EHPAD hors les murs.

Dans le même esprit, **le PMSP entend développer les liens entre les trois établissements du GHRE,** notamment à travers la mise en place de consultations avancées, et de l'intervention d'équipes mobiles de territoire.

▷ L'Hôpital Territorial

L'Hôpital territorial a vocation à concentrer le plateau technique de territoire et les services d'hospitalisation pour lesquels les compétences, les équipements et la proximité avec les soins critiques s'imposent. Ainsi est-il prévu qu'il accueille :

⇒ **Le service d'accueil des urgences, le SMUR, une UHCD,** l'unité de médecine légale et d'accueil des victimes.

⇒ **Les soins critiques :**

- Réanimation,
- Soins Continus,
- Soins intensifs de Cardiologie,
- Soins intensifs Neuro Vasculaires,

⇒ Une plateforme de **Consultations et d'explorations,** incluant une plateforme de télémédecine,

⇒ Les **Médecines de Spécialité** (HC et HDJ) :

- Oncologie, hématologie,
- Cardiologie, angiologie,
- Neuro-vasculaire, neurologie,
- Pneumologie,
- Gastroentérologie,
- Endocrinologie, diabétologie,
- Néphrologie, et dialyse,
- Infectiologie
- Rhumatologie
- Médecine polyvalente & interne,
- Gériatrie



⇒ Les **Chirurgies spécialisées** :

- Orthopédie et Traumatologie,
- Chirurgie Viscérale,
- Gynécologie,
- Chirurgie ORL,
- Chirurgie Maxillo Faciale,
- Chirurgie Vasculaire,
- Chirurgie Plastique, ...

⇒ Le **bloc chirurgical et interventionnel** permettant la réalisation des gestes de radiologie interventionnelle, de cardiologie interventionnelle, d'endo vasculaire, et les explorations invasives (endoscopies, fibroscopies ...) Ce bloc doit être centralisé, pour optimiser les ressources humaines et techniques,

⇒ **L'Obstétrique, la Pédiatrie et la Néonatalogie** dans une configuration de Maternité de niveau 2B

⇒ **Les Soins palliatifs** (extension USP, LISP, EMSSD)

⇒ **Le Centre d'évaluation et de traitement de la douleur** (Cs, EMD, HdJ, Bloc et HC)

⇒ La filière épisodes aigus de la **Psychiatrie (adulte et enfant) / Addictologie**

⇒ Le **SMR PAPD y compris une UCC de 10 lits.**

⇒ **Sur le Logipôle**

- Un plateau d'Imagerie
 - 3 équipements d'IRM, dont un de 3 Teslas, qui permettent – en autre – de développer des vacations spécifiques pour la prise en charge des patients neuro vasculaires, et des urgences.
 - 3 scanners, dont l'un interventionnel,
 - 1 plateau de radiologie conventionnelle et d'échographie,
 - 1 salle d'imagerie interventionnelle au bloc opératoire.
 - Le développement d'une offre de mammographie qui permettra là encore, de développer le dépistage, pour lequel le retard du territoire est avéré, et l'interventionnel, y compris un mammothome pour réaliser des biopsies.
- Le **Laboratoire multi site** de Biologie et le dépôt de Sang.
- **La Pharmacie de Territoire** et l'Unité de Reconstitution des Cyto statiques (URC)

Certains acteurs du territoire entendent également rejoindre le site : c'est le cas notamment de l'AUB (dialyse et HAD).

2. Le renforcement de l'offre de soins sur le territoire

▷ Le développement de nouvelles offres

Le Projet Médico Soignant entend également renforcer l'offre et l'autonomie territoriale pour permettre un meilleur accès aux soins des patients du territoire : ainsi porte-t-il le développement et la création d'une offre jugée actuellement insuffisante au regard des besoins de la population et qui, compte tenu des compétences et des équipements disponibles pourrait être utilement déployée sur le territoire Rance Émeraude.



Ainsi, le Projet médico Soignant Partagé prévoit il :

- ⇒ Le renforcement de la filière cancérologique à travers la mise en place d'une **unité protégée en Hématologie** pour les post greffés du CHU, et la mise en place d'un **centre associé de cancérologie** sur le site de Dinan.
- ⇒ Le développement de la filière cardio vasculaire du territoire à travers d'une part, la création d'une **offre de chirurgie vasculaire** et le renforcement de l'équipe **d'angiologie**, et d'autre part, la consolidation de l'activité de rythmologie sur l'Hôpital Territorial,
- ⇒ Le développement des **activités interventionnelles**, au-delà de la filière cardio vasculaire : radiologie vasculaire interventionnelle, neuroradiologie interventionnelle, radiologie interventionnelle non vasculaire et radiologie interventionnelle oncologique, et radio embolisation, en lien étroit avec le CHU de Rennes,
- ⇒ La mise en place d'une équipe dédiée à la **thrombolyse des AVC** dans la filière neuro vasculaire,
- ⇒ Le développement de l'offre de **polysomnographie** et de prise en charge des pathologies du sommeil territoriale (neurologie / pneumologie)
- ⇒ La mise en place d'un centre de référence sur **l'hypertension artérielle (HTA)**, porté par les néphrologues et les cardiologues,
- ⇒ Le développement des **soins de support** (oncologie, cardiologie, pneumologie, ...) et un déploiement de l'éducation thérapeutique,
- ⇒ La création d'un « **Centre d'Évaluation de la Douleur Chronique Rebelle** », multisite, sur le territoire, permettant de proposer l'ensemble des techniques et thérapeutiques au patient du territoire dans des délais plus acceptables qu'aujourd'hui.
- ⇒ La création d'un « **Centre des Maladies Chroniques** »,
- ⇒ La création de **lits et places de SMR**, notamment sur certaines mentions spécialisées (respiratoire, pédiatrique, cancérologie, nutrition).

▷ Le maillage territorial

Cette consolidation pourra également prendre la forme de consultations avancées et de la création d'équipes mobiles de territoire pour mieux mailler le territoire (gériatrie, plaies et cicatrisation, soins palliatifs, hygiène, infectiologie). Le Projet Médico Soignant prévoit également le développement de l'exercice coordonné avec les médecins de ville et les EHPAD notamment¹⁶.

¹⁶ Voir infra, Un Hôpital pour le territoire, page 74



3. Les modalités d'organisation de la gradation

▷ L'appui des centres d'expertises universitaires

Cette gradation des soins s'entend sur le territoire, mais également dans l'organisation du recours aux plateaux techniques hyperspécialisés et aux expertises rares du CHU de Rennes et du CLCC Eugène Marquis.

Dans ce cadre, outre le rôle de recours que chaque filière organise, un approfondissement des relations avec chacune de ces institutions est en cours, notamment sur le plan :

- De postes partagés et du renforcement de l'attractivité des ressources humaines médicales,
- Du partage d'expertise et des RCP sur les cas complexes,
- De la recherche clinique,
- De l'enseignement (accueil des internes, personnels paramédicaux)

Cette recomposition profonde permet de répondre de façon plus adaptée aux besoins de la population, offre au personnel des établissements concernés des perspectives positives aussi bien en termes d'emploi que de conditions d'exercice de leur métier.

▷ Le déploiement d'équipes médicales de territoire

Depuis 2016, des équipes territoriales se sont progressivement mises en place (anesthésie, réanimation, urgences, gastro entérologie...) pour des motifs de démographie médicale mais également de cohérence du parcours de soins et de gradation de soins. Cette dynamique s'intensifie avec le développement de médecins recrutés à temps partagé sur les deux sites de Saint Malo et Dinan.

Le PMSP du GHRE est l'occasion de renforcer et de **créer des équipes médicales de territoire**, chargées de déployer le projet médical dans toutes ses dimensions sur le bassin du GHRE, dans une logique d'amélioration de la réponse à la demande de soins des patients. La création de ces équipes médicales territoriales, permettra notamment de mutualiser les ressources médicales et d'assurer une prise en charge coordonnée à l'échelle des trois établissements du GHRE, dans un contexte de profonde transformation de l'exercice médical¹⁷.

Il s'agit d'approfondir l'organisation des parcours de soins, dans une responsabilité collective et partagée.

Cette tendance est d'ores et déjà une réalité sur le GHRE : le PMSP sera l'occasion de l'approfondir, pour homogénéiser et faire converger les pratiques, et créer une réelle Communauté Hospitalière de Territoire, dont la responsabilité sera de plus en plus populationnelle.

Cette constitution d'équipes territoriales est réalisée avec le CHU de Rennes et le Centre Eugène Marquis pour les activités qui le concernent : **elle passe par conséquent par la poursuite du déploiement de postes partagés, de parcours de recours formalisés**, mais également par le déploiement d'une activité d'enseignement sur le GHRE.

¹⁷ Loi du 24 Juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et décret du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital



► Carte de la restructuration de l'offre

AS



4. Le dimensionnement capacitaire

Le dimensionnement capacitaire de l'offre de soins a été réalisé à partir des données d'activité 2019, compte tenu de la difficulté d'analyse des données 2020, année marquée par le contexte de la Pandémie, et la distorsion du profil d'activité des établissements (déprogrammation, unités COVID, ...), recalées sur les données 2021, eu égard à la reprise de l'activité sur le dernier semestre 2019, confirmée en 2021.

Il prend en compte des IP DMS constatés et les objectifs nationaux tout autant que l'accélération du virage ambulatoire en chirurgie et en médecine, la dynamique annoncée des pathologies et les besoins du territoire liés au vieillissement de la population mais également aux pénuries constatées, notamment en SMR.

Les capacités installées aujourd'hui sur le GHRE sont¹⁸ :

	CH DE SAINT MALO			CH DE DINAN			CH DE CANCALE		
	HC	HDJ	TOTAL	HC	HDJ	TOTAL	HC	HDJ	TOTAL
Médecine et Soins Palliatifs	225	34	259	87	25	112			
Chirurgie	62	15	78	0	3	3			
Obstétrique	26		26	5		5			
Pédiatrie	18	4	22	7		7			
Soins critiques	30		30	4		4			
Urgences	48		48	16		16			
	409	53	463	119	28	147			
SSR	50	8	58	72	3	75	25		25
USLD	83		83	60		60			0
EHPAD	257		257	300		300	120		120
ADDICTOLOGIE		10	10	20		20			0
PSYCHIATRIE	80	30	110			0			0
PEDO PSYCHIATRIE	7	28	35			0			0
	886	129	1015	571	31	602	145	0	145

	GHRE		
	HC	HdJ	TOTAL INSTALLEES SUR LE GHRE
Médecine et Soins Palliatifs	312	59	371
Chirurgie	62	18	81
Obstétrique	31	0	31
Pédiatrie	25	4	29
Soins critiques	34	0	34
Urgences	64	0	64
	528	81	610
SSR	147	11	158
USLD	143	0	143
EHPAD	677		677
ADDICTOLOGIE	20	10	30
PSYCHIATRIE	80	30	110
PEDO PSYCHIATRIE	7	28	35
	1602	160	1763

¹⁸ Corrigées des capacités d'hospitalisation d'obstétrique pour Dinan car la maternité du CH de Dinan a cessé en novembre 2019, au profit de la mise en place d'un Centre de Proximité de Périnatalité.

► La Médecine, la Chirurgie, l'Obstétrique

Les besoins en hospitalisation conventionnelle

L'analyse des besoins fait ressortir l'occupation théorique de 472 lits d'hospitalisation – conventionnelle – en MCO¹⁹ aux termes du Projet :

	GHRE				OCCUPATION THEORIQUE GHRE (HC)	écart
	HC	Hdj	TOTAL INSTALLEES SUR LE GHRE			
Médecine et Soins Palliatifs	372	59	431		340	-32
Chirurgie	62	18	81		55	-7
Obstétrique	31	0	31		29	-2
Pédiatrie	25	4	29		19	-6
Soins critiques	34	0	34		30	
Urgences	64	0	64		19	
	588	81	670		492	-47

Besoin en lits sur la base de l'activité 2019, valorisée à la DMS moyenne

GHM	Libellé	CH SAINT MALO	CH DINAN	TOTAL GHRE
D01	Digestif	34	19	53
D02	Orthopédie traumatologie	10	4	14
D03	Traumatismes multiples ou complexes graves	1	0	1
D04	Rhumatologie	12	14	27
D05	Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	39	20	59
D07	Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	32	25	57
D09	Pneumologie	41	30	71
D10	ORL, Stomatologie	5	2	7
D11	Ophthalmologie	1	1	2
D12	Gynécologie - sein	2	1	2
D15	Uro-néphrologie et génital	14	9	22
D16	Hématologie	10	5	15
D17	Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	1	0	1
D18	Maladies infectieuses (dont VIH)	4	2	6
D19	Endocrinologie	12	4	16
D20	Tissu cutané et tissu sous-cutané	11	7	17
D21	Brûlures	0	0	0
D22	Psychiatrie	20	8	27
D23	Toxicologie, Intoxications, Alcool	2	1	3
D24	Douleurs et Soins Palliatifs		1	1
D26	Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	9	5	14
	TOTAL MEDECINE	259	176	435
D01	Digestif	17	0	17
D02	Orthopédie traumatologie	20	0	20
D03	Traumatismes multiples ou complexes graves	0	0	0
D07	Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	5		5
D09	Pneumologie	0		0
D10	ORL, Stomatologie	2		2
D11	Ophthalmologie	0		0
D12	Gynécologie -sein	4	0	5
D15	Uro-néphrologie et génital	2	0	2
D16	Hématologie	1		1
D19	Endocrinologie	1		1
D20	Tissu cutané et tissu sous-cutané	0	0	0
D26	Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	2	0	2
	TOTAL CHIRURGIE	54	1	55
	TOTAL OBSTETRIQUE	27	2	29
	TOTAL GHRE	341	179	520

Ces chiffres ont été croisés avec, d'une part, l'évolution démographique et épidémiologique, et d'autre part avec la substitution ambulatoire d'ores et déjà à l'œuvre en chirurgie mais à anticiper en médecine,

¹⁹ Il est considéré les hypothèses suivantes : IP DMS à 0,94, TO en médecine et chirurgie de 95%, en obstétrique de 85%, le développement des nouvelles activités et la substitution en ambulatoire.



notamment aux vues des ambitions du Projet Médico Soignant du Territoire en matière de développement des activités de chirurgie, de cancérologie et de prise en charge des maladies chroniques.

Le tableau ci-après synthétise ces évolutions :

	VARIATION DES SEJOURS EN HC	VARIATION DES SEJOURS EN HP	PROGRESSION DU TAUX AMBU	PART DES SEJOURS EN AMBU
CARCINOLOGIE	20%	79%	30%	31%
HEMATOLOGIE	20%	48%	18%	25%
ONCOLOGIE	3%	0%	-1%	10%
SEANCE DE RADIOTHERAPIE		14%		
SEANCE DE CHIMIOTHERAPIE		54%		
CARDIOPATHIES ISCHEMIQUES	8%	71%	62%	10%
INSUFFISANCE CARDIAQUE	37%	64%	20%	2%
TROUBLES DE LA CONDUCTION ET DU RYTHME CARDIAQUE	30%	54%	17%	12%
MALADIES DU FOIE, DE LA VESICULE ET DES VOIES BILIAIRES (CHIR)	-5%	57%	75%	10%
MALADIES DU TUBE DIGESTIF (CHIR)	-7%	75%	57%	37%
OBESITE CHIRURGICALE	-1%	88%	87%	3%
MALADIES DE LA PEAU	-8%	36%	22%	54%
DIABETE SUCRE	-9%	10%	26%	15%
AUTRES MALADIES ENDOCRINIENNES ET METABOLIQUES	17%	53%	24%	23%
OBESITE MEDICALE	-21%	28%	21%	65%
MALADIES DES GLANDES ENDOCRINES	-13,3%	-4,4%	1270%	25,7%
MALADIES DU FOIE, DE LA VESICULE ET DES VOIES BILIAIRES (MED)	15%	52%	26%	19%
MALADIES DU TUBE DIGESTIF (MED)	19%	16%	-1%	69%
MALADIES DE L'APPAREIL GENITAL FEMININ	-8%	29%	20%	49%
MALADIES INFECTIEUSES	1,8%	79,4%	58%	24,5%
AFFECTIONS DEGENERATIVES ET DEMYELINISANTES	12%	29%	6%	59%
AFFECTIONS NEUROLOGIQUES	11%	53%	30%	21%
AUTRES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX	8%	44%	23%	29%
MALADIES CEREBROVASCULAIRES	21%	42%	20%	3%
MALADIES DE L'ŒIL	-12%	32%	9%	85%
MALADIES DE L'OREILLE	-2%	14%	6%	62%
CANAL CARPIEN	-27%	19%	4%	93%
FRACTURES	3%	21%	21%	16%
PROTHESE DU GENOU	65%	124950%	57692%	5%
PROTHSES DE HANCHE	28%	74131%	54882%	5%
MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES INFERIEURES	27%	16%	-8%	8%
MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES SUPERIEURES	-31%	59%	53%	59%
DEMENCES	-5%	-3%	3%	44%
TROUBLES MENTAUX	-6%	156%	64%	48%
MALADIES OSTEOARTICULAIRE	21%	54%	16%	34%
MALADIES DE L'APPAREIL GENITAL MASCULIN	-26%	10%	21%	71%
MALADIES DE L'APPAREIL URINAIRE (CHIR)	5%	64%	42%	25%
MALADIES DE L'APPAREIL URINAIRE (MED)	17%	21%	2%	27%

Source : DREES, 2020

On note ainsi, par exemple, que les séjours en hospitalisation complète liés aux maladies du tube digestif en chirurgie diminueront, au profit d'un développement de l'ambulatoire important qui représentera, à horizon 2030, 37% des prises en charge. Ainsi, si le vieillissement de la population du bassin entraînerait une augmentation du nombre d'hospitalisation, les effets de substitution seraient majeurs en chirurgie (prothèses, obésité chirurgicale, cancérologie) mais également en médecine (troubles mentaux, maladies infectieuses, cardiopathies ischémiques, insuffisance cardiaques, maladies des voies respiratoires supérieures).

L'objectif est, de plus, **de limiter la durée des séjours hospitaliers**, en renforçant le lien avec les professionnels de ville, en amont et en aval, et en favorisant le retour à domicile.

Méthodologie de construction du capacitaire

La méthodologie du dimensionnement capacitaire en Lits et places est basée sur :

- L'activité en journées 2019
- Une projection d'évolution démographique de 0,8% sur le bassin de Dinan et de 1% sur le bassin de Saint Malo : l'hypothèse retenue est de 0,9% sur le bassin du GHRE
- Une cible d'IP DMS à 0,94 (contre 1,01 en médecine, et 1,05 en chirurgie en 2019),
- La « dynamique des pathologies » telle qu'elle est décrite dans le scénario moyen de la DREES
- La substitution en ambulatoire, en médecine et en chirurgie, telle qu'elle est décrite dans le scénario moyen de la DREES
- La réduction des taux de fuite, notamment sur les domaines d'activité orthopédie et traumatologie, système nerveux et cathétérismes vasculaires et interventionnels, gynécologie, oncologie et hématologie, activités inter spécialités. L'analyse a été corroborée par le parangonnage réalisé dans le cadre du diagnostic stratégique
- Le développement d'activités porté dans la PMSP du GHRE, tel qu'il est décrit dans les projets par filière,
- Des taux d'occupation de 95% en médecine et en chirurgie, 85% en obstétrique,
- Un taux de rotation de 200% en chirurgie, 130% en médecine, 180% en chimiothérapie.

C'est dans cette mesure que, compte tenu de la réorganisation de l'offre de soins sur le territoire, le dimensionnement capacitaire futur a été arrêté comme suit :

	GHRE			PROPOSITION			Ecart / existant		
	HC	HdJ	TOTAL INSTALLÉS SUR LE GHRE	HC	HDJ	TOTAL	en HC	en HdJ	TOTAL
Médecine et Soins Palliatifs	312	59	471	407	104	511	95	45	140
Chirurgie	62	18	81	56	25	81	-6	7	1
Obstétrique	31	0	27	30		30	-1	0	-1
Pédiatrie	25	4	34	28	4	32	3	0	3
Soins critiques	34	0	36	36		36	2	0	2
Urgences	64	0	63	27		27	-37	0	-37
	528	81	609	584	133	717	56	52	108
SSR	147	11	158	155	80	235	8	69	77
USLD	143	0	143	143		143	0	0	0
EHPAD	677	0	677	677		677	0	0	0
ADDICTOLOGIE	20	10	30	20	10	30	0	0	0
PSYCHIATRIE	80	30	110	80	20	100	0	-10	-10
PEDO PSYCHIATRIE	7	28	35	10	21	31	3	-7	-4
	1602	160	1762	1 669	264	1 933	67	104	171

Ce dimensionnement capacitaire traduit également les projets de chacune des filières de soins²⁰ :

o En médecine

- o **Consolider et développer les capacités de médecine spécialisées** avec – entre autres - la rhumatologie, les maladies infectieuses, la médecine interne, et la médecine polyvalente et post urgences, sur l'Hôpital Territorial,
- o **Renforcer les capacités de cardio vasculaire** au regard de l'épidémiologie (y compris en angiologie) et de la volonté de développer le pôle médico chirurgical vasculaire,

²⁰ Tels qu'ils sont décrits dans la dernière partie du PMSP, à partir de la page 81.



- Renforcer les capacités, eu égard à la concentration sur l'Hôpital Territorial, **en hépato gastroentérologie et en pneumologie**,
- **Maintenir deux services de gériatrie**, sur l'Hôpital Territorial pour favoriser les admissions directes des personnes âgées sans passage par les urgences.
- En chirurgie
 - **Réduire les capacités de l'hospitalisation conventionnelle** de chirurgie compte tenu de la nécessité de **développer l'ambulatoire** et des effets de substitution annoncés en chirurgie viscérale et orthopédie.
- En gynécologie obstétrique et pédiatrie,
 - l'organisation de la Maternité et de la Néonatalogie vise à **prendre en charge 2 000 accouchements**, tandis que celle de la pédiatrie est de répondre aux besoins des patients du bassin du GHRE, dans toutes les dimensions. La réflexion s'organise, dans le cadre du PMSP, vers un service de pédiatrie unique, réparti sur les deux sites avec :
 - sur l'Hôpital Territorial, les capacités d'hospitalisation conventionnelle et de jour de pédiatrie,
 - sur le cœur de ville de Dinan, des capacités d'hospitalisation materno pédiatriques pour les mamans et les enfants en difficulté somatiques et psychosociales dans le cadre d'une **Maison des Mamans et des enfants**. De plus, est prévu, sur le cœur de ville de Dinan, **6 lits de SMR pédiatrique** (5 lits en HC et 1 place en HdJ), pour la prise en charge des enfants sur un temps plus long : programmes d'éducation thérapeutique (diabète, épilepsie, asthme, eczéma, ...) et prise en charge des troubles du comportement alimentaire, en lien avec les pédo psychiatres, par exemple.

Pour ce qui concerne la naissance, le projet de la Filière est de développer une prise en charge physiologique de la naissance et de préparer le **passage en niveau 2B de la Maternité (+ 3 lits en soins intensifs de néonatalogie, une unité de grossesses pathologiques)**, à la demande des autorités de tutelle.
- En UHTCD et soins critiques :
 - **Une capacité d'hospitalisation de très courte durée de** 20 lits et de 4 lits dédiés aux urgences psychiatriques sur l'Hôpital Territorial et de 7 lits sur le cœur de ville de Dinan. Les « zones d'attentes couchées » seront supprimées.
Les capacités d'urgence sont marquées par la disparition de la MPU (30 lits) au profit de la création d'un service de Médecine pour la partie médicale,
 - **Les soins critiques sont quant à eux regroupés sur l'Hôpital Territorial**. Le PMSP réorganise la nature de ces soins critiques, eu égard au vieillissement de la population et à l'épidémiologie du territoire, sans en augmenter (ni en réduire) le nombre.

On aura ainsi, en MCO :

CAPACITAIRE ACTUEL DES SERVICES DES CH ST MALO et DINAN (référence : NI du 16/06/2021)	CAPACITAIRE PROPOSE SUR LE GHRE 2028 HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE ET DE JOUR
---	--

	SERVICES	CAPACITAIRE CH SAINT MALO 2021		CAPACITAIRE CH de DINAN 2021		CAPACITAIRE HOPITAL TERRITORIAL 2028		CAPACITAIRE CŒUR DE DINAN 2028	
		HC	HDJ	HC	HDJ	HC	HDJ	HC	HDJ
CHIRURGIE	HDS de chirurgie	10							
	Chirurgie 1	26			3	56			
	Douleur								
	Chirurgie 2	26							
	HDJ Chirurgie		15				25		
	Pédiatrie (et USAP)	12	4	7		16	4		
	Néonatalogie	6				12			
	Obstétrique Maternité	26		5		30			
SOINS CRITIQUES	Unité Soins Intensifs NV (USINV)	6				8			
	Unité de Surveillance Continue (USC)	6		4		6			
	Unité Soins Intensifs Cardio (USIC)	8				10			
	Réanimation Polyvalente	10				12			
URGENCES	UHTCD	12		8		20		7	
	UDO	30				0			
	ZAC	6		8					
MEDECINE	Diabétologie - Néphrologie (dont dialyse)	22	8			28	10		
	Med aigue gériatrique	52		22		56	7	28	7
	Hépatogastroentérologie	20				21			
	Onco Hématologie	21				28			
	Maladies Respiratoires Infectieuses (10 lits d'infectieux)	26		14		28			
	Cardiologie et Médecine Vasculaire	22		18		42	7		
	Neurologie - Unité Neuro Vasculaire	24		12		28		10	
	HDS de médecine	25		9					
	HDJ de médecine		8		25		15		28
	HDJ Onco Hématologie		18				22		8
	Médecine à orientation rhumatologie			12		28			
	Médecine à orientation médecine interne et infectiologie					28			
	Médecine à orientation post urgence					28		32	
	Soins palliatifs	13				14		8	
	TOTAL	225	34	87	25	329	61	78	43
	TOTAL	409	53	119	28	499	90	85	43

CAPACITÉS THÉORIQUES

	HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE	HOSPITALISATION DE JOUR	TOTAL
MEDECINE	395	96	491
CHIRURGIE	51	14	65
OBSTETRIQUE	26	3	29
TOTAL	472	113	585

CAPACITÉS PROPOSÉES

	HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE	HOSPITALISATION DE JOUR	TOTAL
MEDECINE	435	108	543
CHIRURGIE	56	25	81
OBSTETRIQUE	30		30
TOTAL	521	133	654

ECART

	HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE	HOSPITALISATION DE JOUR	TOTAL
MEDECINE	40	12	52
CHIRURGIE	5	11	16
OBSTETRIQUE	4	-3	1
TOTAL	49	20	69

► Le Plateau Technique chirurgical et interventionnel

Les besoins actuels et futurs

Le Centre Hospitalier de Saint Malo a réalisé **6 741 interventions en 2019**, année marquée par une reprise de l'activité chirurgicale sur le dernier trimestre 2019, confirmée par le premier semestre 2021 (11,5% à fin août 2021)²¹, sur **9 salles de bloc opératoire** (7 + 1 dédiée à l'urgence et 1 aux césariennes) :

nombre d'interventions

	2018		2019		2020		2021		évolution 2019/2021
	par mois	cumul							
janvier	574	574	542	542	559	559	599	599	10,5%
février	497	1 071	478	1 020	550	1 109	595	1 194	17,1%
mars	555	1 626	530	1 550	424	1 533	546	1 740	12,3%
avril	517	2 143	509	2 059	285	1 818	605	2 345	13,9%
mai	503	2 646	495	2 554	376	2 194	574	2 919	14,3%
juin	565	3 211	544	3 098	559	2 753	631	3 550	14,6%
juillet	543	3 754	555	3 653	516	3 269	530	4 080	11,7%
août	529	4 283	483	4 136	484	3 753	531	4 611	11,5%
septembre	537	4 820	518	4 654					
octobre	585	5 405	583	5 237					
novembre	556	5 961	516	5 753					
décembre	512	6 473	488	6 241				4 611	

Nombre d'interventions par spécialité (comparaison à fin août)

	2018	2019	2020	2021	Evolution 2019/2021
Chirurgie Ortho-Traumatologie	1 212	1 098	980	1 449	32,0%
Chirurgie Viscérale	878	831	817	930	11,9%
Gynécologie Obstétrique	760	765	789	940	22,9%
ORL	410	491	397	401	-18,3%
Stomatologie	273	276	177	215	-22,1%
Algologie	254	223	171	170	-23,8%
Anesthésie - Vasculaire	184	213	183	203	-4,7%
Cardiologie	114	90	91	87	-3,3%
Chir. Réparatrice	112	72	75	100	38,9%
Urologie	72	54	54	50	-7,4%
Angiologie			4	16	n.a
Endoscopie	10	22	15	49	122,7%
Autres	4	1		1	0,0%
	4 283	4 136	3 753	4 611	11,5%

La production d'ICR²²

	ICR 2018	Cumul 2018	ICR 2019	Cumul 2019	évolution 2018/2019
janvier	111 474	111 474	101 969	101 969	-8,5%
février	102 969	214 443	93 174	195 143	-9,0%
mars	112 477	326 920	102 499	297 642	-9,0%
avril	103 652	430 572	93 976	391 618	-9,0%
mai	85 445	516 017	97 775	489 393	-5,2%
juin	114 638	630 655	106 926	596 319	-5,4%
juillet	105 390	736 045	106 631	702 950	-4,5%
août	96 446	832 491	86 896	789 846	-5,1%
septembre	97 203	929 694	96 603	886 449	-4,7%
octobre	114 099	1 043 793	115 459	1 001 908	-4,0%
novembre	105 929	1 149 722	106 520	1 108 428	-3,6%
décembre	102 875	1 252 597	105 331	1 213 759	-3,1%

Sur la base de la production des ICR (corrigés de cette reprise), le besoin en salles de bloc opératoire s'établit à **4,5 pour 2021**.

²¹ L'année 2020 a été écartée, compte tenu de la Pandémie COVID 19

²² Indices de coût relatif : unité d'œuvre des actes produits par les services médico-techniques. Le calcul s'établit sur la base de 320 000 ICR par salle de bloc opératoire.



Cet objectif, d'ores et déjà engagé, comme en témoigne la croissance de l'activité chirurgicale et interventionnelle, doit permettre de disposer à terme de filières publiques complètes de prise en charge sur le Groupement Hospitalier Rance Émeraude (GHRE). Le PMSD prévoit ainsi de :

- ▷ **Créer une offre de chirurgie vasculaire**, pour laquelle des recrutements sont prévus en 2023 /2024. Ce développement permettra d'offrir des prises en charge qui n'existent pas aujourd'hui sur le GHRE, en lien étroit avec l'équipe de médecine vasculaire. Cette spécialité se développe en lien étroit avec le CHU de Rennes, qui conserve son rôle de recours. L'objectif d'activité est de 800 interventions à l'horizon du projet ;
- ▷ **Développer et consolider la chirurgie viscérale** : il s'agit de sécuriser l'activité de chirurgie digestive des cancers en lien avec les futurs seuils par organe, de consolider la filière de chirurgie bariatrique autour d'un haut niveau d'expertise et d'une prise en charge médico-chirurgicale (équipe des maladies métaboliques et endocriniennes et lien avec la médecine de ville) et sécuriser le partenariat avec les hépato-gastroentérologues du GHRE, des cliniques du territoire et de ville (adressage). L'objectif d'activité est de 1 800 interventions à l'horizon du projet ;
- ▷ **Poursuivre le développement des prises en charge spécialisées en chirurgie orthopédique et traumatologie** (main, chirurgie de la colonne pour lesquels les besoins ne sont aujourd'hui pas couverts sur le territoire du GHRE), installer une unité d'ortho gériatrie pour améliorer la prise en charge des personnes âgées compte tenu du vieillissement accéléré attendu sur le territoire, et mettre en place un circuit ultra court depuis les urgences. L'objectif d'activité à l'horizon du projet est de 3 200 interventions / an (soit + 1 000 interventions / an) ;
- ▷ **Renforcer l'équipe en ORL pour permettre la croissance de l'activité** (cancérologie ORL face et cou, thyroïdes, chirurgie ORL pédiatrique), les surspécialisations et structurer la prise en charge en lien avec la radiologie interventionnelle. Les enjeux propres à l'ORL sont également de développer les explorations fonctionnelles (dépistage de la surdité, implants cochléaires, ...), les circuits courts, les nouvelles techniques (neuro-navigation, réalité virtuelle augmentée ...) et télé-expertise. Le projet prévoit la mise en place d'une activité de chirurgie plastique de la face autour d'une équipe double chirurgiens esthétiques – plasticiens et ORL (lambeaux libres), activité insuffisamment développée sur le territoire actuellement. L'objectif d'activité à l'horizon du projet est de 600 interventions / an ;
- ▷ **Sécuriser la chirurgie gynécologique** notamment la chirurgie carcinologique au vu du prochain régime des autorisations, accélérer la diffusion des innovations (détection du ganglion sentinelle en lien avec la médecine nucléaire), augmenter la chirurgie mammaire et de la reconstruction mammaire en lien avec les plasticiens dans le même temps opératoire et améliorer l'adressage par le développement de la mammographie/biopsie sur l'hôpital Territorial et le cœur de ville de Dinan, en lien avec les cabinets de radiologie libéraux. L'objectif est de + 250 interventions à l'horizon du projet ;
- ▷ **Installer la Chirurgie plastique et réparatrice** (recrutement en cours), ce qui permettra de développer une offre en carcinologiques, ORL, dermatologique et digestive, : + 600 interventions à l'horizon du projet ;
- ▷ **Densifier l'équipe de Chirurgie maxillo-faciale** pour couvrir les besoins et sécuriser l'activité.
- ▷ **Développer la Radiologie et l'activité interventionnelle** notamment dans la prise en charge des cancers, de la douleur, en endo vasculaire, en gastro interventionnelle notamment et accompagner les mutations de la chirurgie. L'objectif d'activité est de 1 600 interventions à l'horizon du projet.



Redimensionner et moderniser le bloc chirurgical et interventionnel

Sur cette base, le dimensionnement du bloc chirurgical et interventionnel de l'Hôpital Territorial a été porté à 8 salles, dont une hybride, 1 d'urgence et 1 de césarienne soit **10 salles de bloc opératoire**, chirurgie conventionnelle et ambulatoire comprise, compte tenu de l'optimisation nécessaire des temps d'anesthésie :

	2018	2019	2021	2032	ÉVOLUTION	
ORTHOPEDIE - TRAUMATOLOGIE	1 760	1 606	2 174	3 200	47%	1 027
CHIRURGIE VISCERALE	1 359	1 324	1 395	1 800	29%	405
GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE	1 114	1 063	1 410	1 700	21%	290
ORL	622	750	602	950	58%	349
STOMATOLOGIE	403	393	323	600	86%	278
ALGOLOGIE	377	309	255	500	96%	245
ANESTHESIE	273	325	305	300	-1%	-5
CHIRURGIE ESTHETIQUE ET REPARATRICE	193	104	150	750	400%	600
CARDIOLOGIE	166	137	131		-100%	-131
UROLOGIE	104	86	75	100	33%	25
CHIRURGIE VASCULAIRE ET ENDO VASCULAIRE				600		
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE YC GASTRO				600		
TOTAL	6 371	6 097	6 818	11 100	63%	3 090
NB D'ICR	1 252 597	1 213 759	1 357 192	2 209 730		
équivalent salles de bloc	3,91	3,79	4,24	6,91	1,63	

Cette augmentation du nombre de salles de bloc opératoire sera mise en œuvre au fur et à mesure de l'atteinte des objectifs d'activité, pour garantir l'efficacité des organisations et l'optimisation des ressources notamment anesthésiques. Il est précisé que nombre de recrutements de chirurgiens est prévu sur la période 2022 / 2024 : en chirurgie vasculaire, en orthopédie, en chirurgie plastique et de reconstruction.

Par ailleurs, le plateau technique de **cardio vasculaire** qui regroupe(ra) la cardiologie interventionnelle et la chirurgie vasculaire interventionnelle (en cours de déploiement) qui compte 2 salles aujourd'hui sera porté à 3 salles compte tenu du développement de la rythmologie sur le GHRE et des gestes endo vasculaires en lien avec les équipes du CHU (recrutements en cours).

Enfin, pour ce qui concerne les **endoscopies**, à l'activité projetée, le dimensionnement est le suivant :

- 3 salles d'endoscopies sous AG sur l'Hôpital Territorial ;
- 1 salle d'endoscopies à Dinan ;
- 1 salle de pneumologie et autres spécialités ;
- 1 salle de gastro-interventionnelle, intégrée au bloc opératoire.

On aura donc, hors bloc obstétrical, au terme du projet, sur le GHRE :

Bloc opératoire et interventionnel

	Hopital Territorial	Cœur de Ville de Dinan
bloc opératoire	10	
endoscopies	4	1
cardio vasculaire	3	
	17	1

Commentaires
dont 1 sur l'HT pour les gestes non digestifs

Le plateau technique Obstétrical reste inchangé compte tenu de l'anticipation d'une stagnation du nombre d'accouchements sur le bassin :

- 6 salles d'accouchement, dont une voire deux salle nature compte tenu du projet de la filière,
- 2 salles de pré travail. Tous les monitorings sont centralisés.
- 1 salle de césarienne située au sein du bloc central.

► Le SMR

Les capacités installées et le PRS

Les capacités installées sur le territoire et le GHRE se répartissent comme suit :

EXISTANT AUTORISE											
	TOTAL			Polyvalent		PAPD		Locomoteur		Neurologique	
	TOTAL	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ
CH SAINT MALO	53	45	8	5		20		8	4	12	4
CH de DINAN	68	65	3	6		59	3				
CH de CANCALE	25	25	0	23							
TOTAL GHRE	146	135	11	34	0	79	3	8	4	12	4
GARDINER	44	44	0	20		24					
VELLEDA	151	136	15	67		29	5	40	10		
COMBOURG	32	32	0	32							
BAGUER MORVAN	30	30	0	30							
TOTAL	403	377	26	183	0	132	8	48	14	12	4

Or, il est admis que le territoire souffre d'un manque de lits de SMR, reconnu par l'ARS. Cette dernière met ainsi en avant ces attentes vis-à-vis d'une augmentation éventuelle des capacités dans ce domaine :

- ⇒ Les liens avec le MCO supposent une meilleure promotion de l'activité SMR et une intervention précoce des praticiens rééducateurs en MCO dès j 2 ou j 3 d'hospitalisation pour une évaluation et des préconisations. Il s'agit sur le plan des travaux de gradation de définir les critères d'orientations en fonction des spécialités SMR. Le sujet est prégnant dans l'accompagnement et le suivi des malades chroniques comme au sein de la filière gériatrique.
- ⇒ Développer l'activité : c'est développer l'hôpital de jour, à travers des projets médicaux ciblant la prévention secondaire, l'éducation thérapeutique et la rééducation qui ne nécessiterait pas d'HC, ce qui nécessite un travail sur l'efficacité des organisations, l'équipement des plateaux techniques, l'attractivité et les liens avec le secteur MS et la mise en œuvre des autorisations manquantes à fort enjeu de santé publique : SMR respiratoires, nutritionnels, pédiatriques...
- ⇒ Renforcer les partenariats en interne (MCO-SMR) et également avec la ville et le secteur médico-social : ne pas se contenter d'un meilleur partage de l'information mais plutôt se positionner en « prestation de services » vis-à-vis des adresseurs (évaluation globale, accès à une rééducation intense et aux équipements, accès à des compétences rares, réinsertion-réhabilitation et soutien aux aidants).
- ⇒ Participer au projet départemental de SMR pédiatrique en identifiant un site sur le T6, et des praticiens partagés.

Le dimensionnement futur

Le travail réalisé avec les filières de soins permet de mettre en évidence ces manques en termes de volume (PAPD, neuro locomoteur, respiratoire, pédiatrique (avec le CHU de Rennes), nutrition (obésité)) et en termes de mentions spécialisées (addictologie, oncologie) tandis que certains besoins complémentaires ont été identifiés : troubles cognitifs et démence, SMR plaie (prise en charge dans des lits dédiés) et éventuellement capacités de SMR « Néphrologie/ dialyse/ transplantation).

Là encore, le virage ambulatoire apparaît structurant.



La proposition est dès lors de proposer la création et l'autorisation des capacités suivantes (dont 1 UCC de 10 lits sur le territoire de Dinan) :

CAPACITAIRE PROPOSE SUR LE GHRE 2028
HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE ET DE JOUR

	CAPACITAIRE HOPITAL TERRITORIAL 2028		CAPACITAIRE CŒUR DE DINAN 2028		CAPACITAIRE CŒUR DE VILLE DE SAINT MALO 2028		CENTRE HOSPITALIER DE CANCALE 2028	
	HC	HDJ	HC	HDJ	HC	HDJ	HC	HDJ
PAPD	40	15	30	15			25	
UCC	10		10					
Neuro Locomoteur	10	10	20	15				
Autres			15	25				
TOTAL SSR	60	25	75	55			25	

Soit la création, hors pédiatrie, de 18 lits et 69 places de SMR, autour d'un plateau technique unique, multimodal sur le cœur de ville de Dinan.

► Les EHPAD et la filière gériatrique

Le projet du GHRE pour la filière gériatrique entend profiter de la **nécessaire rénovation, voire reconstruction, des EHPAD pour faire évoluer structurellement l'offre d'hébergement** des personnes âgées dépendantes, en organisant :

- Des **capacités d'hébergement temporaire** : ces capacités permettront de développer ou de maintenir les acquis et l'autonomie de la personne accueillie et faciliter ou préserver son intégration sociale (article D 312-8 du CASF).
- En poursuivant le **déploiement des « pôles d'accompagnement et de soins adaptés » (PASA)** qui accueillent des personnes ayant des troubles du comportement modérés, consécutifs particulièrement d'une maladie neurodégénérative associée à un syndrome démentiel, qui altèrent la qualité de vie de la personne et des autres résidents.
- En développant **des capacités d'Unités Hébergement Renforcées (UHR)** pour harmoniser les parcours sur tout le territoire, et fluidifier ainsi la filière UVS / UCC / UHR.
- En privilégiant la constitution de **petites unités de vie**, de 15 à 20 patients, dans les établissements, pour que les établissements favorisent le sentiment de « chez soi » des personnes accueillies, et préservent l'attractivité des établissements pour les personnels soignants.

Les capacités installées

	CH de Saint Malo	CH de Dinan	CH de Cancale
EHPAD	257 lits	300 lits	120 lits
Dont accueil temporaire	-	4 lits	6 lits
Accueil de jour	-	-	6 places
USLD	83 lits	60 lits	



CAPACITAIRE PROPOSE SUR LE GHRE 2028
HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE ET DE JOUR

	CAPACITAIRE HOPITAL TERRITORIAL 2028		CAPACITAIRE CŒUR DE DINAN 2028		CAPACITAIRE CŒUR DE VILLE DE SAINT MALO 2028		CENTRE HOSPITALIER DE CANCALE 2028	
	HC	HDJ	HC	HDJ	HC	HDJ	HC	HDJ
La Haize (site extérieur)	106						120	
Les Corbières (site extérieur)					150			
Maurice Peigne (site extérieur Quévert)			150					
Jardins Anglais (site extérieur, centre ville)								
TOTAL EHPAD	106	0	300	0	150		120	
TOTAL USLD	40	0	70	0	43			
TOTAL GHRE	796	145	557	99	193	31	145	0

► La Psychiatrie adulte, la pédo psychiatrie et l'addictologie

La définition de parcours de prise en charge lisibles et facilement identifiables tant par les acteurs de santé que par la population est un objectif majeur du PMSP du GHRE. La qualité de l'organisation des parcours conditionne une réduction des délais d'accès aux soins, une réduction des durées globales d'hospitalisation et une limitation du recours aux soins sans consentement ou aux mesures d'isolement ou de contention.

L'organisation actuelle des structures d'hospitalisation (hospitalisation à temps partiel ou hospitalisation complète) en psychiatrie, psychiatrie infanto juvénile ou addictologie, peut se résumer comme suit :

Psychiatrie adultes			
Hospitalisation conventionnelle	80 lits (4 unités)	-	-
Hospitalisation de jour	30	-	-
Équipes mobiles	OUI	-	-
Psychiatrie Infanto Juvénile			
USEA	7 lits	-	-
HDJ	28 places (2 unités)	-	-
Équipe de liaison périnatale			
Équipe mobile d'urgence			
Équipes mobiles			
TOTAL psychiatrie	87 lits et 58 places		



	CH de Saint Malo	CH de Dinan	CH de Cancale
Addictologie			
Hospitalisation complète	-	20 lits	-
Hospitalisation de jour	10 places	-	-
Consultations externes addicto	OUI	-	-
ELSA territoriale	Oui	OUI	
CSAPA Territorial +CJC	Hôpital du Rosais	En ville à Dinan	
TOTAL Addictologie	10 places	20 lits	

Il convient de noter que la Fondation Saint Jean de Dieu exploite 10 places d'hôpital de jour.

Les unités d'hospitalisation complète de psychiatrie ont fait l'objet d'une importante opération de restructuration qui a permis l'ouverture récemment de l'Unité de Santé Mentale sur Saint Etienne (décembre 2021) qui offre désormais 80 lits d'hospitalisation conventionnelle. Dès lors, les capacités projetées dans le cadre du Projet s'établissent comme suit :



	Saint Malo	Dinan	CH de Cancale
Psychiatrie adultes Hospitalisation conventionnelle Hospitalisation de jour Équipes mobiles	80 lits (4 unités) 30 places Création équipes mobiles à destination des PS libéraux (en lien avec le SAMU) Création équipe mobile de suivi intensif ambulatoire		- -
Psychiatrie Infanto Juvénile USEA/ HC HDJ (adolescents, CATTTP, HdJ post USEA ...) Équipes mobiles	10 lits (7+3 sur HT) 21 places (10 places pour les enfants, 8 places pour les adolescents, 3 places post USEA, CATTTP)	Création d'une Maison Parent / bébé en lien avec la pédiatrie Équipe mobile d'urgence	- -
TOTAL psychiatrie	80 lits et 55 places		
Addictologie Hospitalisation complète Hospitalisation de jour CSAPA territorial +CJC Consultations externes addicto ELSA territoriale SMR HDJ	- 10 places OUI OUI	20 lits OUI OUI	- -
TOTAL Addictologie	10 places	20 LITS	

Document soumis aux instances

5. La cohérence avec le Plan Régional de Santé

Cette restructuration de l'offre publique sur le territoire s'inscrit volontairement dans les priorités régionales telles qu'elles sont définies dans le Plan Régional de Santé :

Plan Régional de Santé de Bretagne



Les enjeux

S'adapter pour faire face au vieillissement

Réduire la surmortalité en matière de cancers et maladies cardiovasculaires

Améliorer la Santé mentale en Bretagne et diminuer la mortalité par suicide

Prendre en compte les spécificités régionales en matière d'environnement physique et de milieu professionnel

Les axes stratégiques

- **Prévenir** les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie ;
- **Garantir l'accès à une offre de santé** adaptée et de qualité au plus près du domicile ;
- **Faciliter les parcours de soins**, de santé, et de vie par une organisation plus **coordonnée** ;
- **Renforcer la qualité** et la pertinence des prises en charge ;
- **Développer la performance et l'innovation** du système de santé ;
- **Mieux préparer** le système de santé aux événements exceptionnels ;
- **Construire** et **mettre en œuvre** ensemble la politique de santé régionale.

Ainsi, en **Médecine**, le PMSP entend améliorer l'accès aux soins non programmés urgents et non urgents : c'est dans cette perspective qu'est organisée la filière urgences et soins critiques du GHRE sur deux antennes et qu'a été approfondie la relation étroite entre les professionnels de ville prenant en charge les soins non programmés et les professionnels hospitaliers.

C'est également dans cette perspective que sont révisés les parcours de soins impactés par cette nouvelle organisation de l'offre (patients polytraumatisés, pathologies vasculaires, cardiaques, neurologiques, psychiatriques...).

Il développe également les alternatives à l'hospitalisation complète dans le cadre du virage ambulatoire, en lien avec l'HAD, y compris dans les EHPAD, et ce, dans tous les secteurs (médecine, SMR) : les nouvelles capacités permettront de développer ces nouveaux modes de prise en charge.

La récente signature d'un PIM permet d'envisager un meilleur accès à l'**imagerie** diagnostique sur l'ensemble du territoire.

En **chirurgie**, le Projet du GHRE, par sa restructuration architecturale, permet d'optimiser et d'améliorer sensiblement l'organisation des plateaux techniques chirurgicaux et interventionnels, par leur centralisation, sur l'Hôpital Territorial pour prendre en compte la démographie médicale en chirurgie et en anesthésie, tout en veillant à l'organisation de la prise en charge de proximité (chirurgie gynécologique, endoscopies, explorations, ...), notamment par le renforcement des coopérations.

Il entend également développer de manière importante la chirurgie ambulatoire et les techniques mini invasives (unités et circuits dédiés), développer les parcours de prise en charge avec la médecine de ville jusqu'au retour à domicile du patient (pré et post hospitalier) et consolider ainsi la filière de chirurgie publique sur le territoire.

Pour ce qui concerne l'**Obstétrique, la Maternité et la prise en charge des enfants**, le PMSP s'inscrit également dans les priorités régionales : il s'agit pour le GHRE de promouvoir la santé dès les premiers jours



de l'enfant, d'accompagner la parentalité, de consolider les parcours et des prises en charge adaptées dans les cas les plus délicats, et d'installer le niveau 2B sur la Maternité.

La consolidation de la liaison entre le somatique et la psychiatrie est une préoccupation transversale du PMSP qui se traduit également dans la promotion de dispositifs de prise en charge des jeunes et adolescents qui cumulent les difficultés et nécessitent de ce fait des prises en charge multiples (dans les domaines sanitaire, sociaux, éducatif, voire judiciaire) et coordonnées.

En oncologie, le PMSP fait évoluer l'offre du bassin pour permettre aux patients d'être traités sur le territoire, en lien étroit avec les établissements de recours rennais, notamment en hématologie, en oncologie, en chirurgie carcinologique et en radiologie interventionnelle. Il a été l'occasion de réaliser un état des lieux des coopérations et de définir de nouveaux axes de travail en commun.

Dans la même perspective, le PMSP renforce la position du GHRE en matière de dépistage du cancer, d'accès à la recherche clinique, en partenariat avec le CHU et le Centre Eugène Marquis, de prise en charge des populations spécifiques (onco gériatrie, ortho gériatrie, personnes handicapées, personnes précaires, ...) et développe la prise en charge « après cancer » : éducation thérapeutique, expérience patient, création d'un SMR de cancérologie.

Le Projet du GHRE en SMR permet, d'une part, de renforcer la liaison avec les services de court séjour, dans une approche de prise en charge plus précoce et davantage ambulatoire. Il permet également de renforcer le lien avec les autres acteurs du territoire (HAD, EHPAD, établissements accueillant des personnes handicapées) à travers la mise en place d'équipe mobile et d'une HAD SMR. Par son positionnement géographique sur le cœur de ville de Dinan, il est en lien avec le Centre de Maladies Chroniques, ce qui permettra de développer les projets de réadaptation, et des programmes d'éducation thérapeutique.

La prise en charge des personnes âgées est un enjeu particulièrement important du Projet et nécessite un renforcement de l'offre sur le territoire, notamment pour promouvoir le maintien à domicile et prévenir la perte d'autonomie. Le Projet du GHRE consolide l'offre dans toutes ses dimensions (consultations et repérage des fragilités, prise en charge aigue, post aigue et en EHPAD) en lien avec les acteurs de Ville (DAC notamment) : il développe à ce titre des alternatives à l'hébergement (accueil de jour, PASA, répit), installe les EHPAD en Cœur de Ville et prévoit de renforcer les liens des EHPAD avec les établissements sanitaires via les outils de télémédecine et le déploiement, sur le territoire, d'équipes mobiles de territoire et d'IPA.

Enfin, en **Psychiatrie**, l'objectif principal est de consolider une politique en santé mentale, partenariale et territoriale, compte tenu de l'articulation du GHRE sur deux secteurs et d'une prise en charge en addictologie organisée avec, sur le territoire de Dinan, Saint Jean de Dieu. Le Projet développe également les collaborations entre équipes de soins primaires et de psychiatrie et consolident la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico- sociaux en direction des personnes en situation ou à risque de handicap psychique : développement de dispositifs de repérage, de prise en charge en urgence, en commun avec les spécialistes somatiques, amélioration de la lisibilité et de l'orientation dans la filière psychiatrique...



Les ambitions du PMSP sur les filières de soins

Le Projet Médico Soignant du GHRE développe des ambitions transversales, qui sont le cadre du projet de chaque filière de soins :

- ⇒ L'amélioration de l'accessibilité aux soins
- ⇒ L'amélioration de la fluidité du parcours du patient
- ⇒ Le virage ambulatoire et la réduction des durées des épisodes de soins aigus
- ⇒ L'accompagnement de la transformation numérique
- ⇒ Le développement des coopérations

1. Améliorer l'accessibilité aux soins

Bien que le GHRE propose la quasi-totalité des activités de soins, des difficultés en termes d'accessibilité aux soins de proximité ou de recours ont été identifiées. Ces difficultés sont multifactorielles : la progression de la population, les tensions relatives à la démographie professionnelle, les cloisonnements excessifs liés à l'organisation structurelle des activités en MCO, SMR, Psychiatrie, soins de longue durée et dans le champ médico-social... sont autant de raisons qui expliquent parfois des zones insuffisamment couvertes.

C'est dans cette mesure que le PMSP du GHRE propose de :

- Maintenir deux antennes du service des urgences
- Développer des cœurs de ville en lien avec la médecine de Ville
- Développer la filière cancérologique, en oncologie et hématologie notamment,
- Organiser ou renforcer, au terme du projet, une permanence des soins territoriale dans chaque discipline qui en relève,
- Accentuer l'offre de soins en SMR, notamment en hospitalisation de jour,
- Penser la prise en charge en EHPAD en cœur de ville,
- Ouvrir les plateaux techniques aux professionnels de ville et développer les exercices mixtes.



2. Renforcer la fluidité du parcours du patient

Au-delà de l'opportunité que représente le projet architectural pour améliorer l'accueil et le séjour du patient, et des projets de chaque filière de soins, Le PMSP porte une réelle ambition de fluidification et de lisibilité du parcours du patient à l'intérieur des établissements mais également sur l'ensemble du territoire.

Ces parcours correspondent, pour le patient, au juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins. La démarche consiste par conséquent à « *développer une meilleure coordination des interventions professionnelles, fondées sur de bonnes pratiques, lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme* »²³. Le parcours de soins permet de développer les actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués.

▶ En amont

La fluidité des parcours dépend tout d'abord de l'organisation de l'adressage et de l'accueil du patient dans la structure. A cette fin, une réflexion a été engagée au cours de l'élaboration de ce PMSP pour poursuivre la connaissance mutuelle des professionnels de santé du territoire, et se doter des outils qui permettent une transmission de l'information à la fois plus directe et plus simple.

L'impératif de fluidité du parcours du patient a également des répercussions sur l'organisation interne de l'établissement :

- ⇒ **Aux urgences**, l'enjeu consiste à disposer d'un circuit court, de lits d'hospitalisation de très courte durée, pour éviter l'hospitalisation d'un patient. Dans cette perspective, le PMSP prévoit le renforcement de l'accès aux médecins spécialistes, notamment dans les filières gériatrique (Equipe Mobile), psychiatrique, pédiatrique, gynécologique et cardiologique. Les médecins de ville chargés du non pourraient être rapprochés des sites d'urgence du GHRE pour permettre une plus grande fluidité.
- ⇒ **La promotion de l'admission des patients directement dans les services d'hospitalisation** : c'est l'enjeu de la filière gériatrique par exemple pour éviter l'adressage des sujets âgés aux urgences alors que des solutions plus programmées et d'admission directe auraient pu être tentées. Ceci passe par des équipes mobiles territoriales, l'optimisation des réseaux gériatriques ville-hôpital (projet Geront'aide)... Il en est de même pour la prise en charge des maladies chroniques. C'est également un projet des filières cardio vasculaire, digestive et médicale.
- ⇒ Elle dépend du juste dimensionnement des services de médecine et de chirurgie, afin que les urgences ne viennent pas désorganiser les hospitalisations programmées et que les patients ne soient pris en charge dans un service inadéquat, au risque de rallonger les durées de séjour et de voir les taux de ré-admission augmenter.

Il s'agit également d'améliorer la relation avec les médecins et les institutions qui adressent leur patient et offrir à chaque patient une prise en charge personnalisée et adaptée. Cet objectif passe par un meilleur accueil et une meilleure information délivrée au patient et au professionnel de ville. C'est dans cette mesure que l'action du PMSP s'orientera sur :

- La mise en place d'un portail patient dématérialisant l'ensemble du processus administratif mais également permettant au patient d'accéder à ses informations médicales,

²³ HAS, 2020



- La mise en place d'un portail avec les professionnels de ville, les médecins adresseurs et traitants, en ville comme en institution
- L'amélioration des délais de transmission des informations (lettre de liaison, compte rendu, ...) et la structuration des échanges d'avis (plateforme, guichet unique, ...)

Il s'agit ensuite d'éviter, notamment **pour ce qui concerne les personnes âgées**, les hospitalisations et favoriser le maintien à domicile : la mise en œuvre, sur le territoire 6, d'équipes mobiles (en gériatrie, en soins palliatifs, douleur, en plaies ...) et de dispositifs de repérage des fragilités permettra également d'atteindre cet objectif et d'améliorer le maillage du territoire.

▷ Au cours de l'épisode de soins hospitalier

La fluidité du parcours du patient à l'intérieur de l'établissement hospitalier passe tout d'abord par une attention particulière portée aux **parcours des patients passant par les urgences**, que cela soit sur l'Hôpital Territorial ou le site de Dinan : la prise en charge pluridisciplinaire dès l'accueil aux urgences, à travers la mobilisation des compétences particulières nécessaires (sur certaines disciplines et/ou populations vulnérables (personnes âgées, prise en charge psychiatrique, enfants, victimes de violences et/ou addictologie, ...) permet d'éviter les hospitalisations non justifiées et d'adapter le mode de prise en charge aux besoins du patient. L'organisation d'une cellule de « gestion des lits et des alternatives à l'hospitalisation » contribue également à cet objectif.

A l'intérieur de l'établissement, il convient également de **sécuriser les parcours de soins des patients, d'améliorer la coordination entre les services** (lien médecine / soins critiques, délais de rendus des examens d'imagerie, avis de gériatrie, lien entre la pédiatrie et la pédo psychiatrie...), de favoriser la prise en charge multidisciplinaire (RCP, staff cas complexes, ...) et d'améliorer la programmation et les délais de rendus d'examen sur le plateau technique (imagerie, biologie, ...).

Le développement d'une **plateforme de télémédecine** permettra également l'échange d'avis et d'expertise entre les professionnels de santé tout comme la professionnalisation des IDE de coordination. A ce titre, l'expérience de l'IDE POP (pour plateforme opérationnelle de parcours) est plébiscitée par nombre de filière qui souhaite disposer de cette IDE de ville qui travaille à la sortie des patients la plus adaptée.

▷ En aval

La fluidification des parcours passe enfin par une **amélioration de la sortie du patient**, et donc la formalisation de véritables parcours d'aval sur les territoires et ce, d'autant que le vieillissement, et son corollaire le développement des maladies chroniques, entraîne une organisation au long cours du suivi des patients, et des épisodes de soins itératifs (oncologie, cardiologie, ...).

Elle passe également par le **développement de capacités de SMR**, insuffisantes sur le territoire, que cela soit en hospitalisation conventionnelle ou de jour, et quelques soient les mentions spécialisées. Les besoins exprimés lors de l'élaboration du PMSP porte sur :

- La réhabilitation respiratoire
- La réhabilitation neuro vasculaire
- La nutrition, l'obésité et le diabète
- La cancérologie
- L'éducation thérapeutique
- La pédiatrie

Le renforcement de la fluidité du parcours passe également par **l'amélioration de la relation avec l'HAD**, par son développement, et son intégration plus systématique dans les parcours de soin, avec le secteur médico-social notamment pour les personnes âgées et handicapées, et la médecine de Ville.

3. Développer les prises en charge ambulatoire et réduire la durée des épisodes aigus

▶ En chirurgie

Le développement de la chirurgie ambulatoire est l'un des fondements de l'amélioration du service rendu aux patients et de l'efficacité des établissements de santé : plébiscitée par les patients, elle est également le gage d'une utilisation optimale des ressources des établissements. C'est dans cette mesure que le virage ambulatoire est l'axe prioritaire des filières chirurgicales porté par le Projet Médico Soignant du GHRE.



Le taux de chirurgie ambulatoire « potentiel » est donc de 67,3% contre 39,6% réalisés en 2019. La performance du GHRE est jugée faible et le potentiel fort par l'AM. Aujourd'hui, 1169 séjours devraient être réalisés en ambulatoire.



Source : Visu chir, Assurance Maladie

Plus largement, ce « virage ambulatoire » s'entend, dans le développement des projets du GHRE, dans une ambition de réduction des durées de séjour à l'Hôpital :

- La mise en place de circuit court dit fast track au bloc opératoire (patient debout),
- Le développement de la réhabilitation rapide avant et après chirurgie dans certaines disciplines (chirurgie viscérale, chirurgie orthopédique) en lien avec les professionnels et prestataires de ville,
- Le développement de la coordination des prises en charge chirurgicales, notamment pour améliorer la sortie du patient et son suivi, à travers la formation d'IDE de coordination (IDE POP) et la promotion des dispositifs de suivi de la chirurgie à domicile type PRADO.
- Le développement de la radiologie et des techniques interventionnelles, en substitution de la chirurgie.

▶ En médecine

En médecine également, le développement de l'ambulatoire est engagé. S'il n'y a pas eu de « virage ambulatoire » en médecine, on peut néanmoins constater un développement de l'ambulatoire en parallèle du développement de l'activité en hospitalisation complète, notamment compte tenu, de l'accroissement des maladies chroniques.

Ainsi, le PMSP du GHRE intègre une ambition forte de développement de ce type de prise en charge centrée :

- sur le diagnostic (annonce de la maladie, bilan initial, identification des comorbidités devant être intégrées dans la prise en charge du patient, définition du plan de soin et son suivi),
- sur la réévaluation régulière de la prise en charge et/ou de réévaluation de la thérapeutique,



- sur la délivrance, la surveillance et le suivi d'une thérapeutique : réalisation d'un acte, (endoscopie, geste percutané par exemple) et/ou délivrance d'un traitement (chimiothérapie, immunothérapie, biothérapie, transfusion...), pour en assurer la surveillance et le suivi avec une équipe de coordination formée, ou encore la réalisation d'une prise en charge pluri-professionnelle incluant rééducation et activité physique, prévention (prévention des chutes ou autres), prise en charge psychologique ou cognitive, etc...
- sur l'évaluation systématique et standardisée de comorbidités, dont les objectifs sont de réaliser en un temps concentré les actions de prévention permettant de limiter les conséquences de la maladie et des traitements sur la santé à venir des patients, et de gérer de façon personnalisée et pluridisciplinaires les comorbidités identifiées.

Cette ambition institutionnelle entraîne la nécessité de [structurer des hôpitaux de jour en interne](#), mais également de [renforcer et développer les partenariats avec la Médecine de Ville](#) dans la formalisation des parcours de soins, en amont et en aval. C'est également cette ambition qui a conduit à la formalisation d'une filière de maladies chroniques sur le GHRE.

▷ En SMR et dans les EHPADs

Ce virage ambulatoire ne s'arrête pas, dans le Projet Médico Soignant au secteur MCO mais se déploie également en SMR, notamment dans les mentions spécialisées demandées à travers des projets médicaux ciblant la prévention secondaire, l'éducation thérapeutique et la rééducation qui ne nécessiterait pas d'HC.

C'est enfin le cas dans les EHPADs notamment dans le repérage des fragilités, et la mise en place d'hébergement de jour et temporaire, pour les personnes accompagnées et leurs aidants et, évidemment, dans les dispositifs de prise en charge de la psychiatrie et de l'addictologie.

4. Réussir la transformation numérique

Les réflexions menées dans le cadre de l'élaboration du Projet Médico Soignant partagé du GHRE l'ont été avec un regard centré sur les ressources médicales et soignantes, les compétences, l'évolution des disciplines, l'amélioration du service rendu aux patients, la fluidification des parcours.

Cette approche ne serait pas complète sans intégrer l'évolution du rapport des citoyens au système de santé et le développement des technologies numériques, accéléré par la Pandémie de COVID 19. Pour permettre à l'Hôpital d'assumer son rôle sur l'ensemble du territoire, et proposer une offre de soins efficiente, adaptée aux attentes des patients, il convient désormais [d'intégrer les technologies numériques comme des éléments structurants de la réflexion médicale et soignante](#). La transformation numérique n'est pas (seulement) la digitalisation des processus. Elle interroge les métiers, les organisations, les manières de penser, le management, pour simplifier les parcours des patients et la vie des professionnels.

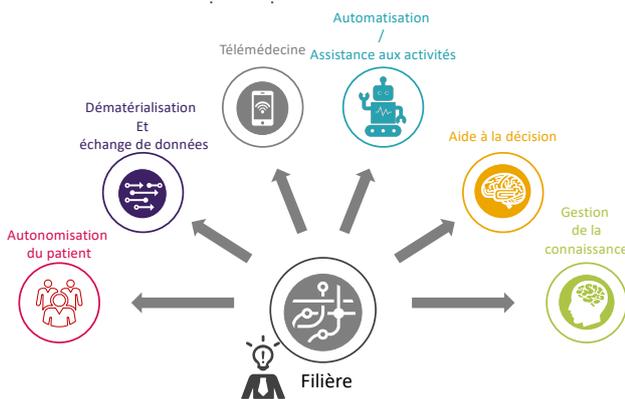
L'hôpital numérique se projette évidemment sous son angle immobilier, pensé en tenant compte de toutes les possibilités technologiques favorisant la qualité de la prise en charge, le confort des patients et des personnels, lors de leur présence dans les locaux, mais aussi sous un angle immatériel, facilitant la continuité et le traitement de l'information dans et hors des murs.

Concrètement, le PMSP du GHRE entend capitaliser sur l'émergence de nouvelles technologies et de l'innovation numérique pour :



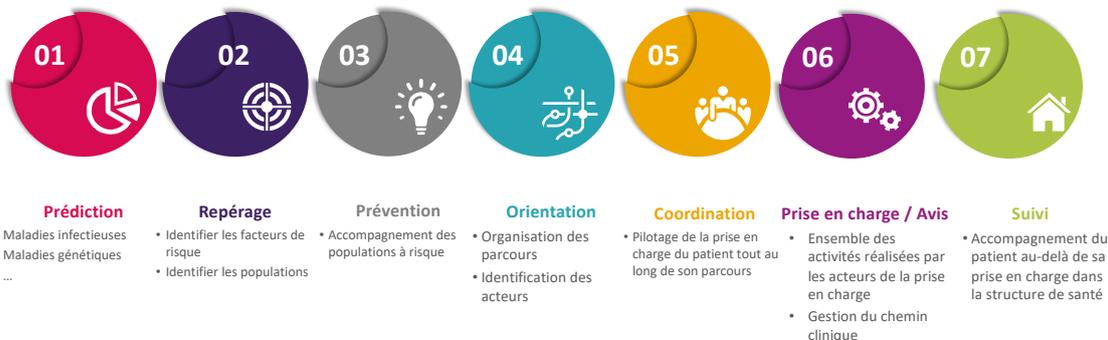
- ⇒ Améliorer la qualité de soin du patient et sa prise en charge personnalisée,
- ⇒ Aider les professionnels de santé, soignants et non soignants, au quotidien,
- ⇒ Rendre l'hôpital comme un lieu de vie plus agréable et accueillant pour tous ses acteurs,
- ⇒ Faire le lien entre la ville, le territoire et l'hôpital pour permettre une homogénéité territoriale des soins et des parcours.

Ainsi le Projet Médico Soignant prévoit une intégration des usages numériques, au-delà de la seule télémédecine, dans les pratiques et les organisations :



Tendances	Exemples d'usages
Autonomisation du patient	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de rdv en ligne • Prédmission en ligne • Chatbot médical • Pré-diagnostic numérique
Dématérialisation et échanges des données	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier Médical Partagé • MSSanté • Portail patient sécurisé • Assistant médical virtuel
Télémédecine	<ul style="list-style-type: none"> • Télé consultation / expertise • Télé surveillance • Télé suivi
Automatisation / Assistance aux activités	<ul style="list-style-type: none"> • Robotique logistique • Système de prédiction des flux • Exosquelette
Aide à la décision	<ul style="list-style-type: none"> • LAP basé sur l'IA • Prédiction des flux non programmés • Prédiction des risques d'hospitalisation
Gestion de la connaissance	<ul style="list-style-type: none"> • Base de connaissance « intelligente » • E-Learning • Assistant virtuel

Mais également dans la manière d'envisager les filières et les parcours de soins :



Les missions de l'hôpital évoluent. La réflexion du Projet médico soignant a porté sur le passage d'un établissement conçu pour mieux soigner, le plus de patients possibles, à une structure organisée pour concourir à une meilleure santé de la population, plus présente sur les phases de prédiction, de repérage, de prévention et de suivi. Les technologies numériques sont des leviers de développement de ces missions.

La réussite du « GHRE Digital » va reposer sur la capacité des acteurs métiers à se projeter sur de nouveaux schémas d'organisation, sur de nouvelles manières de pratiquer la médecine.

3 séminaires ont été organisés en septembre et octobre 2021 dans le cadre de l'élaboration du PMSP²⁴, afin de projeter avec les acteurs métiers les moyens à développer pour répondre aux ambitions de ce « GHRE

²⁴ Le 1^{er} séminaire avait pour objectif de projeter avec les acteurs métiers du GHT, les moyens digitaux à développer pour répondre aux besoins internes du GHRE. Le 2nd séminaire s'est attaché avec une forte mobilisation de l'ensemble des acteurs partenaires du territoire à identifier les leviers numériques à développer pour améliorer la prise en charge des patients dans le cadre des filières.

Le 3^{ème} séminaire a permis de décliner avec la médecine de ville, les leviers potentiels que pourraient apporter le digital pour améliorer le lien entre la ville et l'hôpital

Digital ». Ils ont permis de définir et préciser les axes de développement du numérique présentés ci-après, qui devront être déclinés en projets opérationnels lors de la prochaine révision du schéma directeur des systèmes d'information du GHRE.

Il ressort de cette démarche les besoins prioritaires suivants :

- ⇒ Disposer d'un système d'information fiable et maîtrisé par les acteurs
- ⇒ S'organiser pour permettre d'intégrer le numérique dans les réflexions d'organisation des soins
- ⇒ Prendre en compte les attentes des utilisateurs
- ⇒ Concrétiser l'ambition digitale par des projets concrets
- ⇒ Accompagner le changement induit par les technologies numériques

▷ Disposer d'un système d'information fiable et maîtrisé par les acteurs

Prérequis au développement des usages, le système d'information doit être fiable et maîtrisé par les acteurs, sous peine de devenir contreproductif. Les utilisateurs ont fait ressortir des difficultés de fonctionnement des systèmes d'information existants.



Figure 1 - Enquête Séminaire GHT du 2/09/2021

Pour répondre à ces difficultés, plusieurs actions seront engagées :

- Réalisation d'un audit des systèmes d'information existants et élaboration d'un plan de mise en sécurité
- Déploiement d'une campagne de formation aux bons usages du système d'information
- Mise en place d'outils permettant d'évaluer la maîtrise des systèmes d'information par les utilisateurs (e-Learning avec évaluation des acquis)

▷ Intégrer le numérique dans les réflexions d'organisation des soins

Dans les années à venir, l'attractivité d'une structure de santé ne pourra pas se limiter à son offre de soins. Les structures de santé privées, les mutuelles commencent à proposer des solutions innovantes offrant des alternatives concrètes à la prise en charge conventionnelle. La relation des patients avec l'Hôpital évolue elle-même rapidement.

Le rôle de l'hôpital sur son territoire, ses modalités de financement vont également évoluer dans les années à venir. Le développement du financement à la qualité, les perspectives de financement populationnel (cf. PLFSS 2021 - article 57), nécessitent que l'hôpital développe son positionnement sur les activités de prédiction, de repérage, de prévention.



Ces mutations de notre système de santé reposeront en grande partie sur les possibilités offertes par les technologies digitales (moyens de communication, analyse de la donnée, ...).

D'autre part, dans un marché très évolutif, où les solutions numériques sont pléthoriques, l'organisation d'une veille active doit permettre aux acteurs métiers de s'imprégner des possibilités technologiques en lien avec leurs activités et de projeter les solutions adaptées à une évolution positive des pratiques. L'objectif est d'identifier les activités sur lesquelles, le digital peut être un réel apport de valeur.

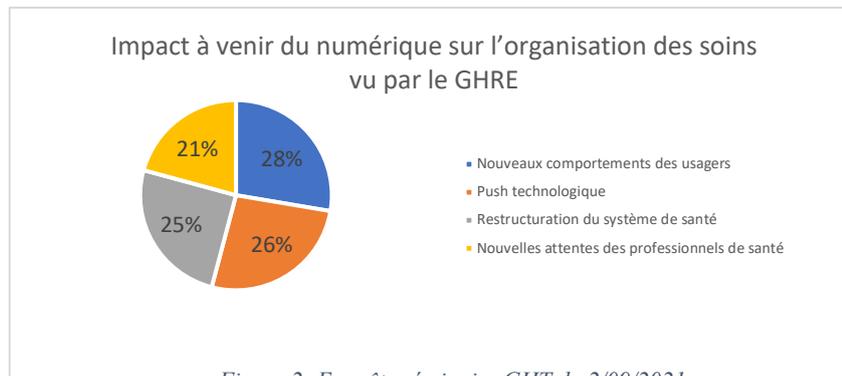


Figure 2- Enquête séminaire GHT du 2/09/2021

Enfin, il convient d'intégrer l'expérience utilisateur (les professionnels, mais aussi les patients) dans les projets d'évolution, pour garantir la cohérence des solutions avec les besoins.

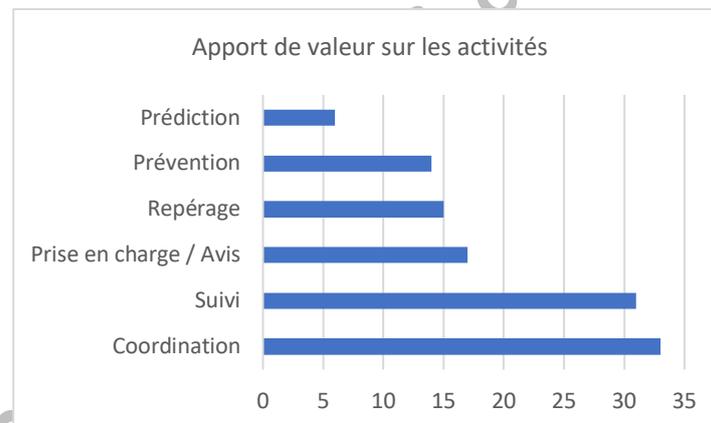


Figure 3 - Enquête séminaire GHT du 2/09/2021

Pour répondre à ces enjeux, le PMSP prévoit d'engager les actions suivantes :

- Identifier un acteur métier par filière en charge de porter le sujet du digital
- Mettre en place des rendez-vous périodiques portés par ces référents désignés (exemple : tous les mois) pour rencontrer les acteurs du marché du digital (éditeur, startup)
- Mettre en place un outil d'évaluation de la valeur des solutions
- Mettre en place d'un comité digital, impliquant la CME et la direction générale
- Évaluer les possibilités de partenariat, permettant de contribuer au développement de solutions
- Développer les principes d'expérimentation de solutions, identifier des utilisateurs « pilotes » (Professionnels, Patients), pouvant être impliqués dans l'expérimentation de nouveaux usages

▷ S'appuyer sur l'expérience utilisateur

Il est attendu du système d'information qu'il permette aux utilisateurs, et notamment aux médecins et aux soignants de gagner du temps, de faciliter la circulation de l'information entre les personnels du GHRE, mais



également avec les acteurs de ville et des autres structures du territoire impliquées dans la prise en charge des patients

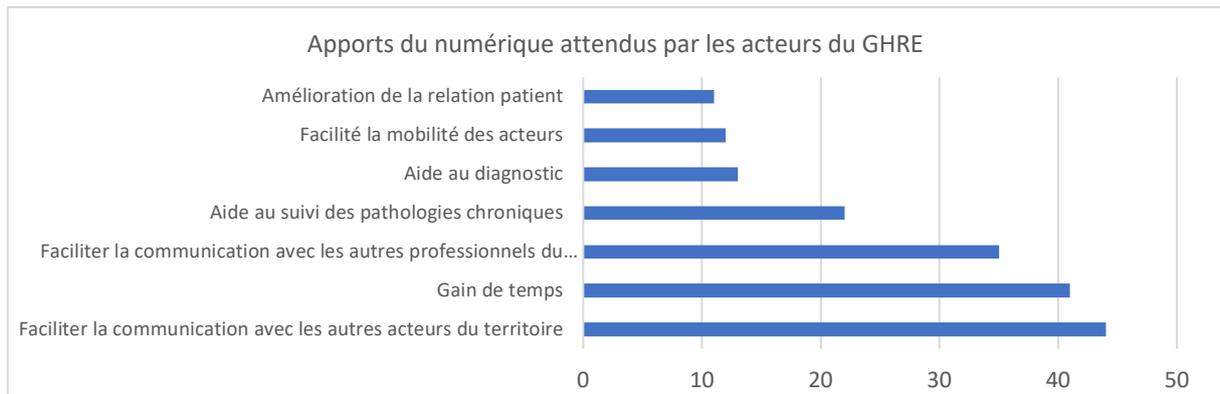


Figure 4 - Enquête séminaire GHT du 2/09/2021

Or, les trois séminaires ont mis en exergue plusieurs points :

- Les moyens technologiques ne sont pas considérés par les acteurs comme le frein principal au développement des coopérations de territoire.

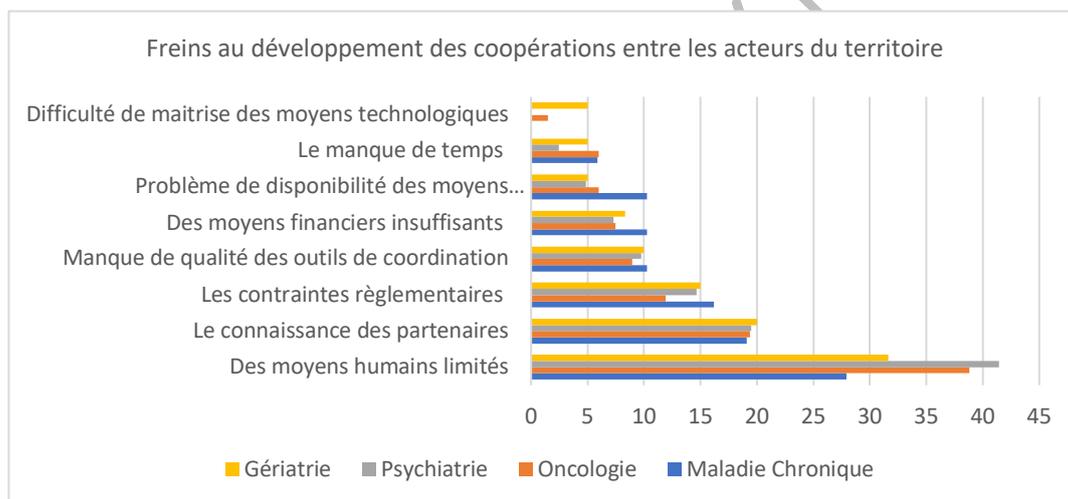


Figure 5 - Enquête séminaire coopération de territoire du 13/09/2021

- Sur les 4 filières (Maladie Chronique, Oncologie, Psychiatrie et Gériatrie), le développement de solutions de partage d'information entre les acteurs du parcours, mais aussi entre les acteurs du parcours et le patient, est identifié comme le levier principal de fluidification des parcours.
- L'offre de services du GCS eSanté n'est pas totalement maîtrisée par les professionnels du GHRE.

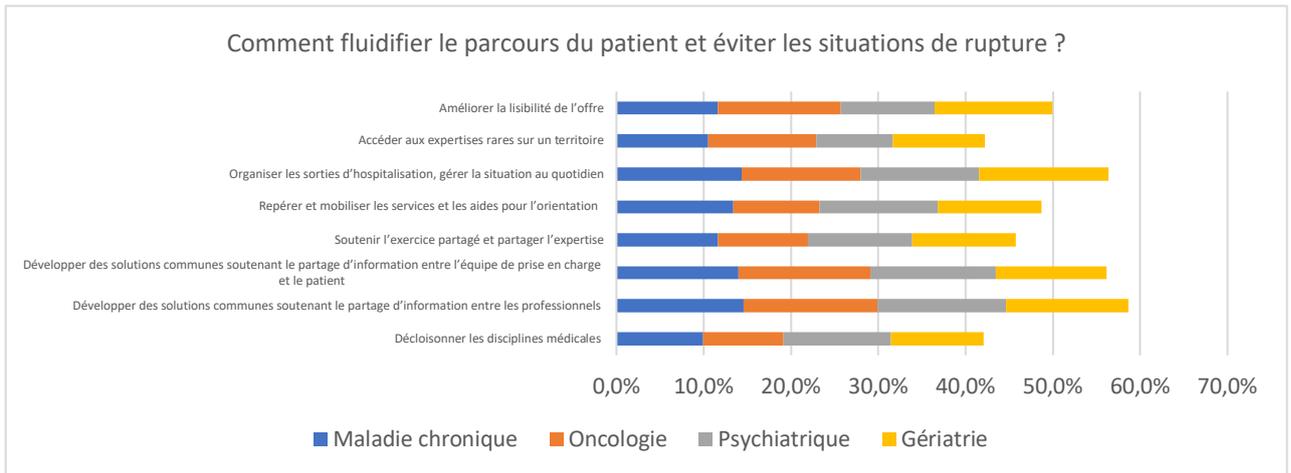


Figure 6 - Enquête séminaire coopération de territoire du 13/09/2021

Au-delà de l'apport de valeur des solutions, quelles que soient les solutions mises en œuvre, la sécurité de l'information devra être garantie pour assurer l'adhésion des utilisateurs.

Pour répondre à ces enjeux, il convient d'engager les actions suivantes :

- Unifier le système d'information du GHRE pour simplifier la mobilité des acteurs entre les établissements et assurer la continuité de l'information patient
- Fiabiliser le SI existant et mener une réflexion avec les acteurs métiers sur les possibilités d'optimisation du paramétrage, dans un objectif de gain de temps.
- Poursuivre le développement d'un portail patient, facilitant la prise de rendez-vous, le suivi des patients chroniques,
- Travailler avec la médecine de ville sur le développement d'un portail « Professionnel de Santé »
- Développer l'usage des outils du GCS eSanté pour faciliter la communication avec les autres acteurs du territoire
- Assurer l'appropriation par les acteurs des filières, des solutions proposées par le GCS eSanté pour permettre la coordination, les échanges entre les acteurs du territoire
- Améliorer la communication entre le système d'information du GHRE et les outils régionaux du GCS eSanté

► Concrétiser l'ambition digitale

Le GHRE a engagé un certain nombre de projets digitaux (Télémédecine, Portails), d'autres sont attendus (Dématérialisation). Définir une feuille de route claire, mobiliser les moyens humains et financiers nécessaires à la réussite des projets, seront les clés d'une transformation réussie.

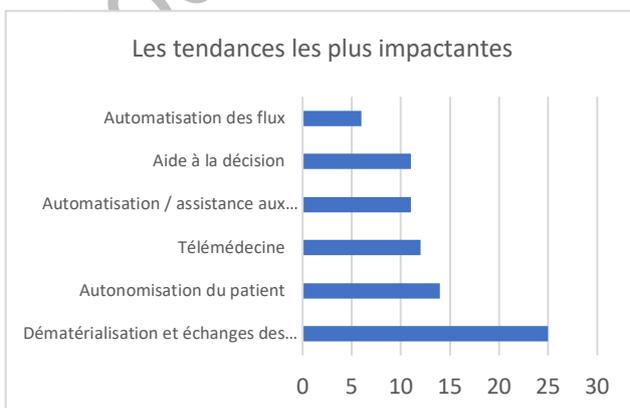
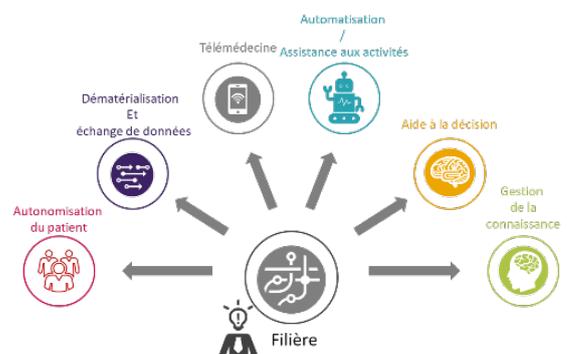


Figure 7- Enquête séminaire GHT du 02/09/2021





Pour répondre à ces enjeux, il convient d'engager les actions suivantes :

- Intégrer les projets de la doctrine du numérique en santé dans la feuille de route numérique du GHRE (ex : INS, Authentification pro Santé connect, ePrescription, ...)
- Engager un projet « zéro papier », afin que toutes les données patients soient disponibles en ligne
- Développer les services du portail patient, pour que ce dernier devienne plus acteur de sa prise en charge (ex : contenus de prévention ciblés en lien avec ses comorbidités, règles d'hygiène post opératoire en lien avec sa prise en charge, ...)
- Développer les services d'un portail professionnel de santé, permettant à la médecine de ville de suivre la prise en charge de ses patients et faciliter les échanges de la communauté médicale.
- Poursuivre le développement des usages de la télémédecine sur les différentes filières
- Développer l'usage de l'IA pour permettre aux professionnels de santé de gagner du temps (ex : aide au diagnostic en imagerie)
- Développer l'intégration des systèmes d'information avec les plateformes régionales et nationales (ex : DMP)

▷ Accompagner le changement induit par les technologies digitales

L'usage du digital dans les pratiques médicales n'est pas encore naturel. Son intégration implique des modifications d'organisation, de pratiques, de la relation avec le patient, de la relation entre professionnels. La mise en œuvre de nouvelles solutions technologiques doit s'accompagner d'un plan de conduite du changement permettant une appropriation par tous les acteurs concernés.

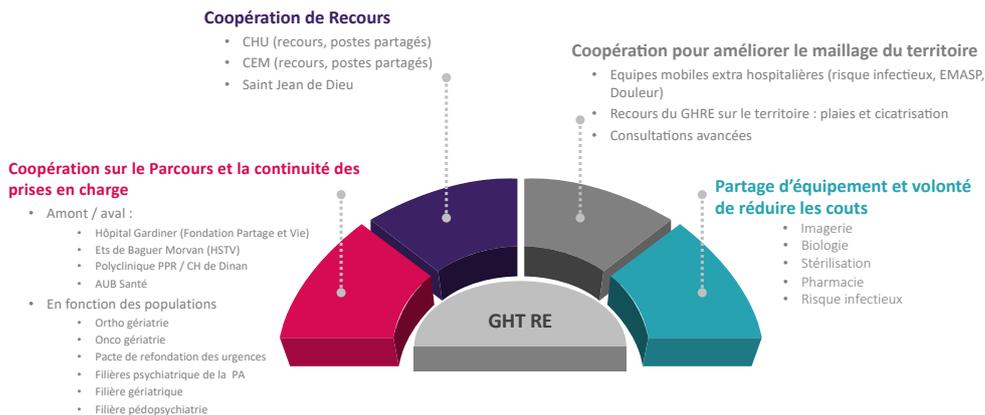
Un projet digital doit être identifié avant tout comme un projet de changement d'organisation.

Pour répondre à ces enjeux, il convient d'engager les actions suivantes :

- Développer de nouvelles méthodologies de gestion de projet (Ex : Scrum)
- Faire porter ces projets pour les métiers par les métiers
- Intégrer dans les équipes projets, des acteurs opérationnels
- Une mobilisation du service communication dans les projets

5. Déployer un Hôpital pour le territoire

Enfin, le quatrième axe prioritaire consiste à faire du GHRE un Hôpital de Territoire, notamment en développant les interactions avec les partenaires du territoire. Il s'agit de transformer le système dans une logique moins hospitalo centrée dans une responsabilisation conjointe et partagée des acteurs du territoire au bénéfice des patients. Dans ce cadre, le GHRE a d'ores et déjà engagé des partenariats et des coopérations avec les établissements du territoire, et la médecine de Ville :



Ce développement de la médecine de parcours suppose une meilleure coordination territoriale entre les établissements afin de faciliter la prise en charge continue et la fluidité des parcours des patients. Les réflexions engagées par l'élaboration des filières ont ainsi révélé des coopérations à renforcer et une volonté d'association et de travail en commun sur le territoire que cela soit avec les acteurs institutionnels et la Médecine de Ville.

Le PMSP du GHRE a ainsi défini 4 axes de travail en commun sur le territoire :

- ▷ Améliorer la fluidité des parcours et la continuité des prises en charge
- ▷ Améliorer le maillage du territoire pour renforcer l'accessibilité au soin,
- ▷ Promouvoir l'ouverture de l'hôpital aux autres acteurs et associer les parties prenantes,
- ▷ Intensifier et formaliser le recours pour permettre à chaque patient d'accéder à une prise en charge d'excellence.

▷ Garantir la continuité des prises en charge sur le territoire

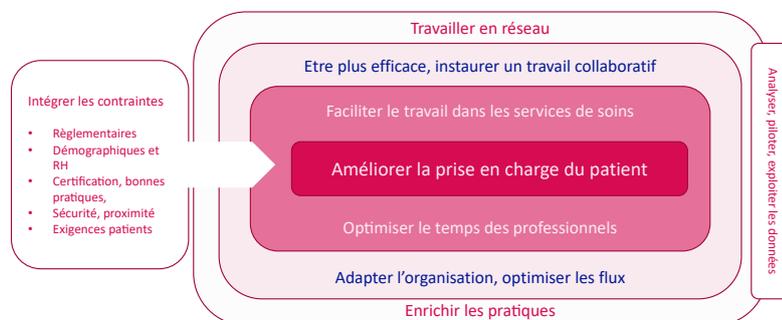
De l'avis unanime des professionnels interrogés, l'amélioration de la prise en charge et des parcours de soins passe en premier lieu par une meilleure connaissance des acteurs et de leurs modalités de travail (protocoles). C'est le premier constat qui ressort des séminaires organisés dans le cadre du PMSP avec les professionnels de ville et les structures partenaires. La réponse que le GHRE entend apportée consiste dans la réalisation d'un annuaire dynamique en cours de construction et la mise en place de numéros uniques et d'adresses mail standardisées pour faciliter le partage d'information et la diffusion des expertises sur le territoire et rendre plus lisible l'offre territoriale.



Cet objectif de fluidité du parcours nécessite en outre de renforcer les liens avec les établissements du territoire et de les rendre plus lisibles pour les acteurs de ville :

- ⇒ avec la **Fondation Saint Jean de Dieu** dans le cadre de la filière psychiatrique, en dépassant la complexité inhérente à la présence de deux secteurs psychiatriques, et de deux projets territoriaux de santé mentale : la convention qui lie les deux établissements doit être renforcée, notamment dans la prise en charge de l'urgence et la convergence des pratiques recherchée en addictologie ;
- ⇒ avec la **Polyclinique Rance Émeraude** sur le territoire de Dinan, notamment dans la prise en charge des urgences chirurgicales et dans l'organisation de la permanence des soins, notamment en orthopédie ;
- ⇒ Avec la **Clinique de la Côte d'Émeraude**, dans une logique de coopération, respectueuse des compétences de chacun des acteurs, qu'ils soient publics ou privés, en assumant la responsabilité que confère l'activité (permanence et continuité des soins, équipes mixtes sur les expertises spécialisées type plaies et cicatrisation, ...) et en rendant plus lisible aux professionnels de ville les compétences de chacun ;
- ⇒ Avec le **groupe HSTV sur Baguer Morvan**, en refondant une coopération privilégiant le territoire pour renforcer l'accessibilité et la proximité des soins pour les patients,
- ⇒ Avec les acteurs du parcours de soin : les SMR (**Velleda**, ...) et **l'AUB**, à la fois dans le parcours des patients dialysés et à travers l'amélioration de la réactivité et de l'efficacité de l'HAD, **l'ICRB**, ...

Cette volonté est évidemment sous tendue par la mise en place d'un système d'information communiquant garantissant le partage de l'information dans trois dimensions : entre professionnels de santé tout d'abord, entre les différentes structures ensuite, et dans la relation entre le médecin / l'équipe de soins / le patient enfin.



Source : Syntec

Il s'agit, d'autre part, de développer des prises en charge en complémentarité :

- ▷ Formaliser les parcours et protocoles de prise en charge pour les principales maladies chroniques et la fin de vie, en adaptant au territoire les recommandations, en s'appuyant sur les indicateurs de pertinence et de qualité des soins qu'ils proposent, en développant les usages numériques et en améliorant la lisibilité pour les patients,
- ▷ Structurer le support logistique au domicile²⁵ (permanence téléphonique, régulation territoriale, réactivité, suivi sur des temps longs, traçabilité, évaluation, contrôle qualité,...) en lien avec tous les acteurs. Le DAC mis en place sur le territoire est alors le pivot de la coordination des parcours, notamment des personnes les plus vulnérables. Les IPA libérales, les IDE POP, le développement de l'HAD, et l'ensemble des dispositifs permettant d'améliorer la liaison entre les professionnels

²⁵ Stratégie de transformation du système de santé, rapport final, Nabet et Pribile, 2018



hospitaliers et la médecine de ville sont et seront ainsi privilégiés. La mise en place de numéro unique (gériatrie, addictologie, ...) et la structuration de la télé expertise permettront également d'accélérer et d'améliorer la réponse aux professionnels de ville, y compris les infirmier(e)s, qui sont en attente d'une meilleure association au suivi du patient lorsque son parcours nécessite une prise en charge hospitalière.

- ▷ Améliorer la proximité grâce aux liens tissés entre les acteurs, notamment par la définition d'objectifs communs en matière de santé publique dans le cadre de sa responsabilité populationnelle, voire d'actions / de prises en charges communes : formation et intervention des équipes mobiles extra hospitalières, exercices mixtes, action de prévention,

▷ Améliorer le maillage du territoire

L'amélioration du maillage du territoire passe quant à elle par une promotion de l'exercice en commun, entre différentes structures de statut parfois différents et entre professionnels hospitaliers et libéraux sur les territoires ou zones sous denses en matière d'offre de soins. L'action du GHRE se développe d'ores et déjà vers ces nouvelles formes de coopérations : la logique des cœurs de ville, le développement de consultations en binôme ville / hôpital (psychiatrie), le développement de projets d'éducation thérapeutique peuvent en témoigner.

Le PMSP renforce cette logique à travers la recherche d'un partage de l'expertise et son accessibilité aisée par toutes les structures sur l'ensemble du territoire, par la couverture, éventuellement en équipes mixtes, des zones sous denses (Combours, Dol de Bretagne, ...) et entend favoriser cette couverture par la mise en place d'équipes extra hospitalières territoriales (plaies et cicatrisation, soins palliatifs, ...), notamment vers les EHPAD et les structures accueillant des personnes souffrant de handicap.

Il s'agit également de travailler de manière coordonnée avec la médecine de ville, à travers le déploiement de l'exercice mixte, la mise en place des IPA libérales (maladies chroniques, urgences, néphrologie), le développement des délégations de tâches sur le territoire... Dans cette perspective, le GHRE a noué des liens étroits avec les CPTS qu'il entend développer, notamment à travers un travail conjoint sur les zones sous denses du territoire (Combours, Dol, ...) pour participer à la structuration d'une offre de premier recours aux patients sur l'ensemble du territoire : mise en place de consultations avancées, constitution d'équipes (notamment infirmières) communes pour sécuriser le retour à domicile et le maintien en EHPAD.

Il prévoit ainsi de renforcer la délégation de tâches et les pratiques avancées, de disposer de capacités d'hospitalisation de très courte durée pour les patients chroniques, en proximité des équipes traitantes de ville : c'est la vocation du Centre de Maladies Chroniques ou encore la raison de la création d'une unité de soins palliatifs sur le cœur de ville de Dinan.

Il s'agit, pour le GHRE, d'être partie prenante des initiatives visant à rompre l'isolement de certains territoires en organisant des équipes de soins traitantes et des structures d'exercice coordonné : MSP, CDS, IDE POP, consultations communes psychiatrie / médecine générale, déploiement du dispositif PRADO, ... L'exemple des actions mises en place dans le Pacte de Refondation des Urgences sur le territoire témoigne de la volonté d'organiser et de participer à la structuration de l'offre en lien avec les professionnels de ville et préfigure les ambitions du GHRE en la matière.

Là encore, un système d'information et de communication commun et efficace doit permettre aux différents acteurs non seulement d'échanger de l'information centrée sur le patient mais également de s'intégrer dans le flux de la prise en charge, sans redondance, capable d'optimiser les ressources médicales et soignantes nécessaires à la prise en charge des patients.



▷ Ouvrir l'Hôpital sur son territoire

Au-delà des coopérations existantes en la matière (GCS d'exploitation avec les cabinets de radiologie libéraux en matière d'imagerie, par exemple), le PMSP poursuit l'objectif d'ouvrir davantage ses plateaux techniques aux professionnels libéraux : [partage d'équipement](#) (ex : mammographie), voire [accès aux plateaux techniques](#) (dans le cadre de l'urgence avec les professionnels des soins non programmés, avec les sages-femmes de ville, ...).

Plus largement, le GHRE promeut la constitution d'un [Groupement de coopération sanitaire regroupant les acteurs du territoire, publics et privés, professionnels de ville et hospitaliers, véhicule juridique permettant de porter conjointement les projets territoriaux](#) en association toutes les parties prenantes du territoire²⁶, et garantir ainsi la pertinence, l'efficacité et l'organisation de la gradation de l'offre de soins.

Un Projet de santé populationnelle en Rance Émeraude (extraits)²⁷

Étude de Madame Anaïs GNAGBLODJRO

Étude de Monsieur Vincent BERTHELOT

Ces dernières années, accentuées par l'expérience commune de la réponse à la crise de la COVID-19, les acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, élus et associatifs ont multiplié les conventions et partenariats, renforcé leurs liens et développé de nouveaux projets comme la gestion des centres de dépistage et de vaccination ou encore l'instauration de groupes de travail entre acteurs de ville et acteurs hospitaliers. Des pratiques médicales et soignantes innovantes ont aussi vu le jour, pour favoriser l'accès aux soins, le suivi des maladies chroniques et le maintien à domicile. Forts de cette expérience partagée, la volonté des acteurs du territoire est maintenant de développer une organisation des services et des soins, basée sur une approche populationnelle de la santé.

L'approche populationnelle déployée sur le territoire se structure autour de la volonté d'améliorer la santé des individus, à travers une offre de services et de soins, accessible et coordonnée, répondant aux besoins exprimés ou non des populations, en agissant sur les déterminants de santé. La mise en place de cette démarche prend la forme d'un projet mobilisant l'ensemble des acteurs et des parties prenantes du territoire autour des thématiques suivantes : prévention et promotion de la santé, coordination des parcours, participation citoyenne, communication et outils numériques. Ce projet doit se dérouler en trois phases, avec un 1^{er} temps de cadrage du projet et de diagnostic des dispositifs de gestion inter organisationnels et interprofessionnels existants et de leur niveau d'intégration. Puis, les commissions et le COPIL doivent permettre l'instauration de temps de concertation pour faciliter la cohérence entre les actions existantes, l'identification des besoins, les partages d'expériences et la mise en place d'un soutien logistique aux acteurs. La 3^{ème} troisième phase se concentre sur l'évaluation interne et externe des dispositifs afin d'identifier ce qui est à pérenniser et ce qui est à modifier pour poursuivre le projet.

L'engagement des acteurs dans ce projet leur permet de répondre aux directives nationales avec le décloisonnement ville-hôpital et sanitaire-médicosocial-social, la participation citoyenne et la mobilisation des représentants d'usagers, l'organisation d'une gradation des soins, l'efficacité des parcours de santé, l'accès aux soins, le déploiement de l'ambulatoire et du numérique en santé. Les différentes structures peuvent intégrer les actions et leur participation au projet de santé populationnelle pour alimenter leur propre projet d'établissement et garantir ainsi une cohérence de leur offre de service et de soins avec les autres acteurs du territoire.

Afin d'observer, accompagner et évaluer le projet, une [recherche-intervention](#) est menée : elle a pour objectif d'observer et d'évaluer l'impact des espaces de dialogues interorganisationnels et interprofessionnels, créés pour le projet à travers les commissions et le COPIL, dans les dispositifs de gestion préexistants, leur appropriation par les acteurs et leurs niveaux d'intégration. Une [seconde recherche](#) étudie la mesure dans laquelle les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) favorisent le développement de la coordination entre les professionnels de santé dans le parcours de soins, par le prisme de deux outils déjà employés actuellement par les acteurs hospitaliers et leurs partenaires sur le territoire de Rance Émeraude.

Ainsi le projet de santé populationnelle en Rance Émeraude profite de la réorganisation hospitalière pour ouvrir une réflexion sur la cohérence de l'offre en santé à l'échelle du territoire et vient enrichir le nouveau projet d'établissement du GHRE. En mobilisant l'ensemble des acteurs sanitaire, médico-sociaux, sociaux, élus et associatifs, l'objectif du projet est d'améliorer l'état global de santé des populations du territoire.

²⁶ Établissements et CPTS, DAC, AUB, EHPAD, ...

► Renforcer les coopérations de recours sur le territoire régional

Enfin, il s'agit d'intensifier les **coopérations de recours avec le CHU de Rennes** d'une part, et **le Centre Eugène Marquis** d'autre part. L'élaboration du PMSP a ainsi été l'occasion d'évaluer les coopérations existantes, et de travailler à les approfondir (en oncologie, en radiologie interventionnelle, en chirurgie) pour permettre à chaque patient d'avoir accès à des prises en charge sécurisées, et aux soins les plus innovants sur l'ensemble du territoire.

Ces coopérations portent aujourd'hui sur des RCP et des staffs de soins complexes, sur la mise en place de postes partagés (hématologie, cancérologie, radiologie interventionnelle, ...), sur la formalisation des filières de recours, sur l'accès à la biologie, moléculaire notamment.

Elles seront renforcées dans le cadre du nouveau régime des autorisations qui articule sécurité des soins et territorialisation de l'offre de soins. La signature entre le CHU de Rennes et le GHRE, d'un projet de **plateau d'Imagerie Médicale Mutualisée (PIMM)** préfigure cette organisation : l'objectif est de construire une offre publique de soins en association étroite avec les professionnels et de partager les ressources techniques mais surtout humaines pour renforcer l'attractivité des établissements du GHRE : « *l'ambition fixée par le projet TReBREIZH est de fédérer l'ensemble des acteurs hospitaliers et libéraux de la région Bretagne autour d'un projet médical commun ne pourra être atteinte qu'à la condition d'une imagerie publique rénovée et attractive* ²⁸ »

Cette intensification des relations avec le CHU de Rennes et le Centre Eugène Marquis se traduit également par la mise en place d'une politique de **gestion des ressources médicales partagées** (mise en place de postes partagés, accueil des internes, formation, ...), notamment en cancérologie afin de proposer aux patients de ce territoire une prise en charge du cancer d'excellence, intégrée (pluridisciplinaire et pluri professionnelle), à toutes les étapes (du dépistage à la prévention tertiaire ou aux soins palliatifs), personnalisée, et à renforcer l'offre territoriale pour limiter le taux de fuite et permettre aux personnes atteintes de cancer de se faire soigner en proximité.

Ainsi, si la coopération avec les acteurs du territoire est d'ores et déjà un axe de développement du GHRE, le PMSP entend l'intensifier, la développer et la consolider pour permettre à chaque patient, sur l'ensemble de son territoire d'avoir accès à des soins de qualité, à l'innovation technique et thérapeutique, dans des parcours lisibles, fluides et sécurisés.



²⁸ Réponse à l'appel à manifestation d'intérêt sur la constitution de plateaux d'imagerie médicale mutualisés en Bretagne.



▷ Intensifier l'enseignement et la recherche sur le territoire

Développer la recherche clinique ...

Enfin, elle permet le **développement dynamique de la recherche clinique** : toutes les filières de soins sont concernées et travaillent de concert avec les établissements de recours rennais.

En matière de recherche, les alliances permettent en effet de fédérer des équipes, d'accroître le nombre d'inclusions dans des essais de plus en plus compétitifs (en volume et en délais), et d'améliorer la visibilité des équipes par les industriels du domaine.

La pandémie de la COVID-19 a mis en exergue – s'il en était nécessaire – la nécessité d'accélérer la recherche, notamment clinique, et de permettre une intégration de l'innovation – technique, technologique et organisationnelle – à la fois plus rapide et plus aisée, à l'intérieur des établissements comme à l'échelle territoriale.

De nombreux professionnels, médicaux et paramédicaux, sont d'ores et déjà engagés dans la recherche clinique aujourd'hui, dans des domaines divers : la prévention et le diagnostic des maladies, le traitement et le suivi des patients à travers des protocoles multicentriques, nationaux et internationaux, internes, académiques et industriels.

Ce sont là les gages d'une recherche clinique dynamique qui permet de mettre au point de nouvelles stratégies thérapeutiques et diagnostiques pour le bénéfice des patients et de leur assurer l'accès aux traitements les plus innovants.

...Et l'enseignement, en approfondissant le lien avec l'Université

Le PMSP du GHRE entend porter une attention particulière à la qualité de sa réponse aux besoins sanitaires de la population de son territoire. Cette préoccupation se décline nécessairement dans une attention portée **à la formation de ses professionnels et à sa mission d'enseignement**, que cela soit vers les futurs médecins, ou vers les futurs professionnels para médicaux, notamment au vu de la transformation des métiers de la Santé.

Bien sûr, il entend, dans cette perspective, **accentuer son action dans l'accueil des internes, des externes, et des étudiants infirmiers et aides-soignants** en modernisant et en optimisant les ressources dédiées à la formation continue des professionnels : celle-ci, notamment celle reçue et donnée par les médecins des établissements du GHRE, constitue un élément essentiel de son bon fonctionnement, du maintien et du développement des compétences tout au long de la vie. L'accueil des étudiants et des professionnels en formation doit faire l'objet d'une attention particulière : ils sont le futur de la communauté hospitalière.

Par ailleurs, la transformation profonde de l'offre de soin induite par le PMSP a également créé l'opportunité de **renforcer les liens avec l'Université de Rennes**.

Dans cette perspective, et suite à la décision de la Région de rassembler les deux IFSI/IFAS à Dinan, l'Université de Rennes a proposé, à l'instar de ce qui se fait sur Vannes, Lorient, Pontivy et Saint Briec, de **créer un PASS délocalisé (à l'IFSI/IFAS de Dinan), notamment avec l'option « sciences infirmières »**. L'ouverture d'une option en « sciences infirmières » favorise la logique d'inter professionnalité nécessaire à l'exercice coordonné des professions de santé et largement promu dans le PMSP du GHRE, et permet éventuellement à des étudiants de rebondir directement en 2e année de formation en soins infirmiers.

Il s'agit de rendre plus accessible les études médicales sur le bassin de population du GHRE, répondre concrètement aux problématiques des étudiants qui renoncent à ces carrières médicales pour des raisons de mobilité, et lutter contre la désertification de ce territoire, en facilitant la formation de futurs médecins issus du territoire dont on pense qu'ils pourraient revenir s'installer après leur formation.



Ainsi l'Université de Rennes envisage-t-elle d'ouvrir le PASS dès la rentrée 2023. Le GHRE participera à cette dynamique, largement souhaitée par la Communauté hospitalière du GHT.

Plus largement, **l'objectif est – à terme – de créer un « Centre des Métiers de la Santé » sur le Cœur de Ville de Dinan**. Dans cette perspective, le travail commun entre l'IFSI et la CPTS, sous l'égide du Dr CHAPERON déjà largement engagé dans cette dynamique, doit être amplifié et développé, en lien étroit avec les services cliniques, notamment en charge des maladies chroniques.

Document soumis aux instances



Les orientations stratégiques par filière de soins

Les orientations définies dans le présent accord cadre sont l'ossature du Projet Médico Soignant du GHRE.

Elles sont déclinées dans chacune des 21 filières de soins et plateaux techniques, qui développent par ailleurs leurs projets spécifiques pour engager le GHRE dans une restructuration profonde de l'offre de soin du territoire

1. Oncologie médicale, radiothérapie et hématologie
2. Cardio—vasculaire
3. Neurovasculaire dont UNV et, neurologie,
4. Soins critiques, réanimation USC et urgences
5. Digestif médico-chirurgical, maladies métaboliques, endocrinologie et nutrition
6. Gériatrie et gérontologie
7. Pneumologie
8. Obstétrique et pédiatrie, hors chirurgie
9. Néphrologie / Dialyse, urologie (et HTA sévère)
10. Médecine interne, médecine polyvalente, infectiologie, rhumatologie et post-urgences
11. Chirurgie orthopédique
12. Plateau technique opératoire, radiologie interventionnelle et explorations fonctionnelles sous AG
13. Autres chirurgies spécialisées
14. Psychiatrie adulte et pédopsychiatrie, y compris Addictologie
15. Douleur et soins palliatifs
16. Rééducation et SSR
17. Plateau d'imagerie
18. Laboratoire
19. Pharmacie
20. Consultations externes, télémédecine, consultations avancées et HDJ
21. Maladies Chroniques

Elles sont ainsi le socle du Projet et visent à permettre à des équipes de territoire, uniques, à faire converger leurs pratiques pour faire émerger une Communauté Hospitalière de Territoire, et garantir à tous les patients des soins de qualité.

1. La filière Urgences et Soins critiques

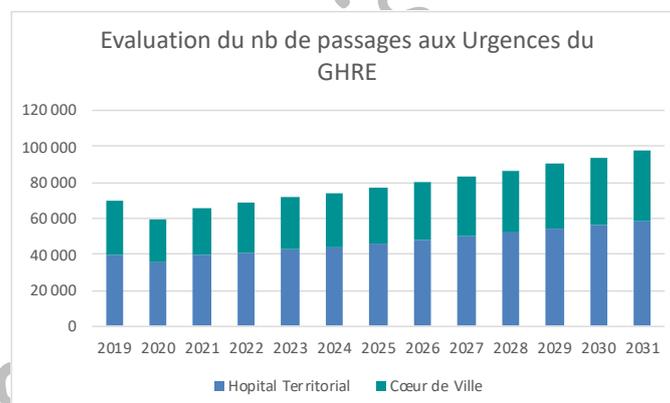
L'ambition du PMSP du GHRE est d'assurer une prise en charge de qualité, en tout point du territoire, pour tous les patients. Dans cette perspective, les objectifs de la filière urgences et soins critiques sont de deux ordres :

- ▷ Organiser la prise en charge de proximité et la gradation des soins au sein du territoire du GHRE, en collaboration avec les acteurs du territoire, notamment de ville, en toute sécurité, et
- ▷ Fluidifier la prise en charge des patients et réduire les délais d'attente.

▷ L'existant et les perspectives

Le service des urgences se déploie sur deux sites : l'Hôpital Territorial (CH de Saint Malo aujourd'hui) d'une part, et le cœur de ville de Dinan, d'autre part. Ces deux sites d'urgence desservent une population un bassin de 270 000 habitants, qui sera marqué dans les prochaines années par une augmentation significative, notamment des personnes les plus âgées.

C'est dans cette mesure que le Projet Médico Soignant du GHRE anticipe une croissance continue de l'activité à l'instar de ce qu'il a connu ces dernières années, à l'exception de l'année 2020, marquée par la Pandémie. Cette croissance, de 4% par an, est conforme à ce qui est observé sur le reste du territoire, et ne doit pas cacher les efforts faits pour réorienter vers la médecine et les professionnels de ville les patients qui en relèvent.



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031
nb total de passages	69 995	59 747	66 109	68 753	71 503	74 363	77 338	80 431	83 648	86 994	90 474	94 093	97 857
Hopital Territorial	39 700	35 295	39 400	40 976	42 615	44 320	46 092	47 936	49 854	51 848	53 922	56 078	58 322
Cœur de Ville	30 295	24 452	26 709	27 777	28 888	30 044	31 245	32 495	33 795	35 147	36 553	38 015	39 535

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031
nb total de passages en externe	46 615	41 893	46 335	48 189	50 116	52 121	54 206	56 374	58 629	60 974	63 413	65 949	68 587
Hopital Territorial	25 436	24 001	26 792	27 864	28 978	30 137	31 343	32 597	33 900	35 256	36 667	38 133	39 659
Cœur de Ville	21 179	17 892	19 543	20 325	21 138	21 983	22 863	23 777	24 728	25 717	26 746	27 816	28 929

Extrapolation proportionnelle à 2019 pour 2021 (à fin aout)

Le GHRE se singularise par de fortes variations d'activité en période estivale (plus de 4 000 passages par mois sur le CH de Saint Malo et de 2 500 passages sur le CH de Dinan par mois l'été) et par la forte proportion de patients hospitalisés en provenance des urgences : si 30% des passages aux urgences sont suivis d'une hospitalisation, il faut noter que 60% des admissions du GHRE sont réalisées via les urgences.

Dans cette perspective, le Projet Médico Soignant du GHRE entend conserver ces deux sites d'urgences, réunis au sein d'un même service territorial, dans une philosophie commune : assurer une prise en charge en proximité tout en organisant une gradation des soins, qui permettra au patient d'être pris en charge en toute sécurité et en tout point du territoire.



▷ Organiser une prise en charge de proximité et la gradation des soins

L'organisation de la gradation des soins

Cette organisation bi site vise à répondre au plus près aux besoins des patients et des correspondants de ville. Elle repose sur l'organisation d'une stricte gradation des soins.

Cette gradation des soins, d'ores et déjà initiée, implique tout d'abord le déploiement, en lien avec le SAMU, le SAS, et les professionnels de ville, de protocoles de prises en charge précis et lisibles.

C'est dans ce cadre qu'ont d'ores et déjà été travaillés les parcours de prise en charge « douleurs thoraciques », « polytraumatisés hors niveau 3 » et « AVC ». Leur déploiement est prévu sur l'année 2022. Le Projet de la Filière Urgences et Soins critiques consiste à poursuivre cette formalisation, afin d'améliorer la visibilité et la lisibilité des prises en charge, notamment vers les professionnels de Ville du territoire et les patients.

Le deuxième axe de cette gradation des prises en charge consiste à créer un lien étroit entre l'Hôpital Territorial et le cœur de Ville de Dinan afin de pouvoir organiser des réorientations dès l'accueil vers cette structure des patients ne nécessitant pas une prise en charge sur l'Hôpital Territorial. Les réorientations peuvent également se faire vers d'autres partenaires (médecins et professionnels libéraux, établissements médico sociaux, Polyclinique Rance Émeraude dans le cas d'une proximité du domicile du patient) : c'est l'un des rôles de la cellule de gestion des lits et des alternatives à l'hospitalisation (cf. infra).

La continuité de prise en charge entre le GHRE et les professionnels de ville

Les médecins de ville chargés du non programmé sur le territoire (SOS médecin à Saint Malo, maison de santé de Dinan) devront être rapprochés des sites d'urgence du GHRE (Hôpital Territorial et Cœur de Ville de Dinan) pour permettre une plus grande fluidité du parcours du patient et l'optimisation des ressources du SAU.

C'est dans cette perspective, qu'a été requise la présence dans les locaux de l'Hôpital Territorial et à proximité immédiate des urgences la localisation de bureaux de consultations non programmées à disposition des médecins de ville et qu'une convention précise doit leur permettre l'accès au plateau technique de l'Hôpital Territorial des médecins de ville (imagerie, biologie) : ce circuit de consultation rapide sera construit pour la prise en charge des patients plus légers et permettra une réorientation directement depuis les urgences si les patients ne nécessitent pas ce type de prise en charge.

Une réflexion similaire doit s'organiser sur le territoire de Dinan même si SOS médecin n'y est – à ce jour – pas présent : l'implantation de la maison médicale de garde permettrait, de la même façon, d'améliorer la continuité de la prise en charge entre les équipes médicales et soignantes du GHRE et les professionnels de ville, tout en permettant de maîtriser autant qu'il est possible les délais d'attente aux urgences.

▷ Limiter les délais d'attente au sein du service des urgences

La formalisation de filières de prise en charge pour les populations spécifiques

La fluidité du parcours du patient à l'intérieur de l'Hôpital, qui est un des axes majeurs du PMSP du GHRE, passe avant tout par une attention particulière portée aux parcours des patients passant par les urgences, que cela soit sur l'Hôpital Territorial ou le cœur de ville de Dinan : la prise en charge pluridisciplinaire dès l'accueil



aux urgences, à travers la mobilisation des compétences particulières nécessaires (sur certaines disciplines et/ou populations vulnérables (personnes âgées, prise en charge psychiatrique, enfants, victimes de violences et/ou addictologie, ...) doit permettre d'éviter les hospitalisations non justifiées ou, au moins, d'adapter le mode de prise en charge aux besoins du patient.

A cette fin, le projet des Urgences prévoit la formalisation de filières spécifiques, notamment pour les populations les plus vulnérables. La première d'entre elles a concerné les personnes âgées :

L'accueil en urgences des personnes âgées est organisé pour permettre la prise en charge rapide des patients âgés et une évaluation immédiate dans un secteur d'hospitalisation de très courte durée, bénéficiant de l'expertise gériatrique via l'équipe mobile de soins gériatriques. Lorsque cette évaluation est réalisée et que les explorations complémentaires, nécessitant l'apport du plateau techniques ont été réalisées, le patient peut bénéficier d'un retour à domicile ou en EHPAD ou d'une hospitalisation. Ce retour est organisé en lien avec le lieu de vie du patient, son médecin traitant, et ses aidants. En cas d'hospitalisation, le patient peut bénéficier d'un retour sur une structure de médecine aigue gériatrique à Dinan, si son état est jugé suffisamment stable et si la nécessité d'un recours au plateau technique et aux avis des spécialistes en urgence s'avère peu probable.

De même, sont formalisées les filières relatives aux urgences gynécologiques, pédiatriques, cardiologiques, et psychiatriques. Cette formalisation, réalisée en lien avec les équipes de spécialistes du GHRE, nécessite la mise en œuvre de circuits spécifiques au sein même du service des urgences et un lien renforcé avec les structures d'aval.

Ainsi, les urgences psychiatriques (adultes et enfants) sont-elles prises en charge en relation avec les pôles psychiatriques et pédopsychiatriques du GHRE, mais également de St Jean de Dieu sur le territoire dinannais (équipe mobile). Il en va de même pour les urgences pédiatriques qui, si elles ne sont pas autonomisées pour optimiser les ressources humaines, doivent être pris en charge dans un circuit et des locaux spécifiques et adaptés aux enfants.

L'optimisation des capacités d'hospitalisation et le lien avec l'aval

La fluidité de la prise en charge en urgence nécessite ensuite une amélioration de la liaison avec les services d'urgence et les services d'hospitalisation à l'intérieur de l'Hôpital Territorial et du Cœur de Ville de Dinan. Pour atteindre cet objectif, le Projet médico Soignant du GHRE entend :

- ⇒ Promouvoir l'admission des patients directement dans les services d'hospitalisation : c'est l'enjeu de la filière gériatrique par exemple pour éviter l'adressage des sujets âgés aux urgences alors que des solutions programmées et d'admission directe auraient pu être organisées. Ceci passe par des équipes mobiles territoriales, l'optimisation des réseaux gériatriques ville-hôpital (projet Geront'aide) ... Il en est de même pour la prise en charge des maladies chroniques. C'est également un projet des filières cardio vasculaire, digestive et médicale. Dans ce même objectif, les « zones d'attente couchées » ont été supprimées au profit d'une augmentation des lits d'UHTCD.
- ⇒ Mettre en place une cellule de « gestion des lits et des alternatives à l'hospitalisation » ayant vocation non seulement à gérer des lits, mais à orienter les patients qui le nécessitent vers les structures d'ambulatorie, vers d'autres structures de prise en charge, notamment en mobilisant les équipes territoriales, la médecine de ville, et les structures médico-sociales. Il s'agit également de permettre une orientation des patients en post urgences directement sur les sites distants en fonction des possibilités de prise en charge de chacun de ces sites et des lieux de résidence des patients (Cœur de ville de Dinan, et éventuellement EHPAD) ou à domicile, en lien avec les services d'aides et d'accompagnement à domicile.

Renforcer l'attractivité des métiers de l'urgence

Le Projet de la Filière Urgences et soins critiques vise également à permettre de maintenir l'attractivité professionnelle, médicale et non médicale, des sites de prises en charge dans un contexte de tensions sur les métiers de l'urgence.

C'est ainsi qu'est également inscrit dans ce Projet l'importance d'être un service validant pour la phase socle de médecine générale, les phases d'approfondissement pour le DES de Gériatrie et pour la phase de consolidation pour le DES de médecine d'Urgence. C'est également dans cette perspective que sera mis en œuvre le déploiement d'IPA en complément du fonctionnement médical sur des compétences d'accueil et de réorientation de traitement de la traumatologie légère.

▷ Rénover l'organisation du service des urgences et des soins critiques du GHRE

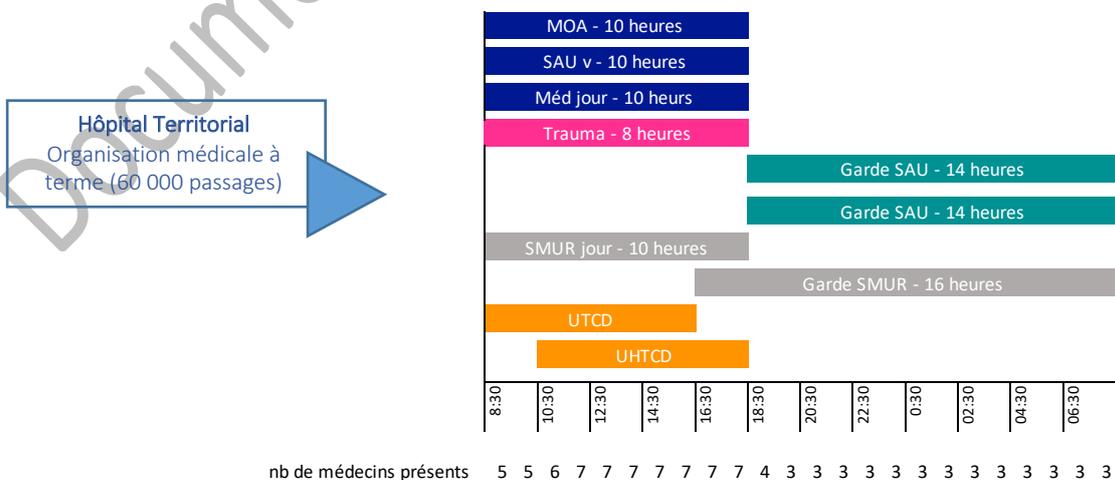
Enfin, cet objectif d'amélioration des délais de prise en charge et d'amélioration de la fluidité des parcours nécessite une rénovation de l'organisation du service même des urgences. Il convient ainsi de prévoir :

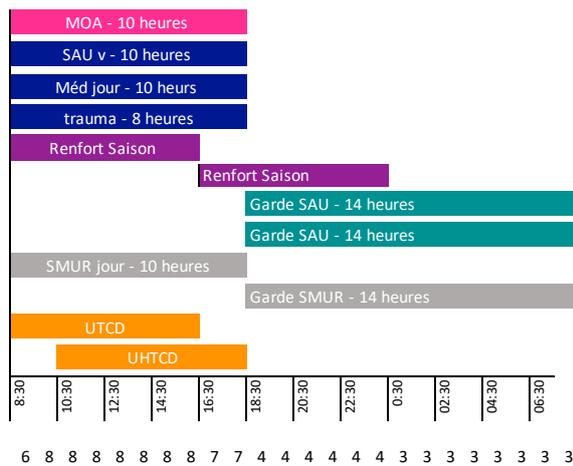
Sur l'Hôpital Territorial (à terme) :

- ⇒ Le déploiement 365 jours par an d'un MAO et d'une IAO,
- ⇒ La mise en place d'un circuit court, notamment en lien avec la médecine de ville,
- ⇒ Un secteur de déchoquage suffisamment dimensionné pour recevoir toutes les urgences graves du territoire,
- ⇒ La mise en place de protocoles de délégation, d'infirmières de pratiques avancées,
- ⇒ L'optimisation de l'accès aux avis, y compris en télé expertise, à l'intérieur et avec le site du cœur de ville de Dinan, et aux examens, notamment d'imagerie,
- ⇒ Une capacité d'hospitalisation de très courte durée de 20 lits et de 4 lits dédiés aux urgences psychiatriques. Les « zones d'attentes couchées » seront supprimées.

L'Hôpital Territorial est également le siège du SMUR et d'une équipe de TIH disponible H24, régulés par le SAMU. La conception de la SU doit pouvoir répondre à une augmentation de capacité, à une Situation Sanitaire d'exception (y compris NRBC) et à la possibilité de sectoriser des flux +/-.

L'organisation médicale vise à permettre la présence des médecins comme schématisé ci-après :





Organisation médicale à terme (60 000 passages) avec renfort estival

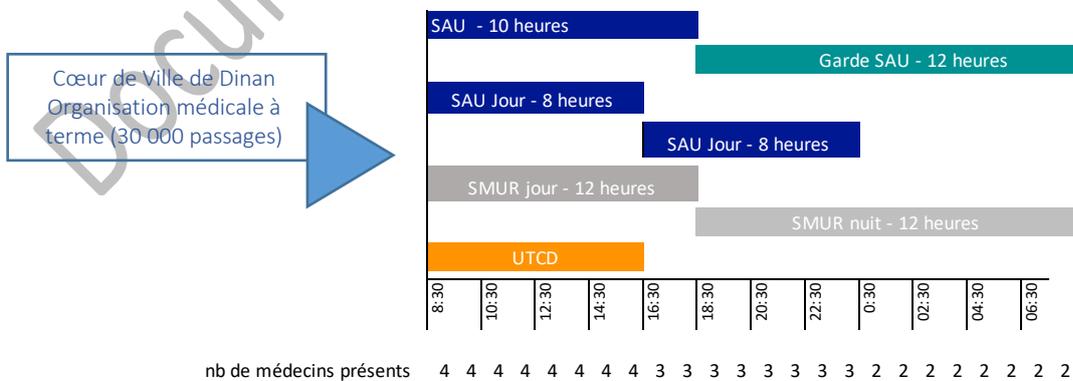
Les internes du service et les internes des services d'hospitalisation participe à la permanence des soins.

Sur le Cœur de Ville de Dinan

- ⇒ Le déploiement 365 jours par an d'une IOA,
- ⇒ La mise en place d'un circuit court, notamment en lien avec la médecine de ville (Maison Médicale),
- ⇒ Un secteur de déchoquage
- ⇒ La mise en place de protocoles de délégation, d'infirmières de pratiques avancées,
- ⇒ L'optimisation de l'accès aux avis, y compris en télé expertise, à l'intérieur et avec l'Hôpital Territorial, et aux examens, notamment d'imagerie,
- ⇒ Une capacité d'hospitalisation de très courte durée de 7 lits,
- ⇒ Le maintien de l'accueil psychiatrique de consultation en partenariat avec Saint Jean de Dieu,
- ⇒ La présence H24 sur le site d'une équipe de SMUR à même de prendre en charge une urgence intra hospitalière ou une urgence vitale se présentant spontanément aux urgences.

Le partenariat avec la Polyclinique Rance Emeraude permet de poursuivre la possibilité d'avis spécialisé en chirurgie orthopédique et viscérale. Il en va de même pour les avis spécialisés, les consultations avancées des praticiens de l'Hôpital territorial étant renforcées sur le cœur de Ville de Dinan.

L'organisation médicale vise à permettre la présence des médecins comme schématisé ci-après :



Cœur de Ville de Dinan
Organisation médicale à terme (30 000 passages)



La permanence des soins

La permanence des soins est aujourd'hui réalisée pour partie par les urgentistes au sein des établissements de Saint Malo et de Dinan (la nuit de la semaine, notamment pour les services de médecine). Le regroupement sur l'Hôpital Territorial de certains services de médecine invite à repenser cette organisation, et à organiser, à terme, une permanence et une continuité des soins par les équipes de spécialités médicales concernées elles même (pneumologie, oncologie, médecine interne et polyvalente, ...) en fonction de leurs ressources médicales futures sur l'Hôpital Territorial.

L'organisation sur le cœur de Ville de Dinan pourra, quant à elle, perdurer.

Les transports sanitaires

La répartition de la structure d'Urgence sur deux sites implique également l'organisation de transports sanitaires permettant d'assurer les transferts des sites « distants » vers le site principal et vice versa.

Cette organisation nécessite 3 niveaux :

- ⇒ Un niveau de transport sanitaire par ambulance et ou VSL dédiés à la structure (pouvant néanmoins être sous-traité) et sous la responsabilité d'une cellule de régulation des transports.
- ⇒ Un niveau para médicalisé de type TIIH (au mieux par IPA)
- ⇒ Un niveau médicalisé assuré par les deux SMUR. Ces deux derniers niveaux étant régulés par le SAMU compétent.

Les structures de Dinan et de l'Hôpital Territorial devront bénéficier d'hélistations utilisables H24.

Les soins critiques

Les soins critiques sont quant à eux regroupés sur l'Hôpital Territorial. Ils comprennent actuellement :

- Le service de réanimation polyvalente : 10 lits
- L'unité de surveillance continue : 5 lits
- L'unité de soins intensifs de cardiologie : 8 lits
- L'unité de soins intensifs neuro vasculaire : 6 lits

Le Projet de la filière est de :

- ⇒ Augmenter le capacitaire de soins critiques à 36 lits (+6 lits) eu égard au vieillissement de la population et à l'épidémiologie du territoire, répartis comme suit
- Réanimation : 12 lits
- USC : 6 lits (+ 2 lits en réserve)
- USINV : 8 lits
- USIC : 10 lits,



- ⇒ Regrouper ces structures sur un même plateau, même si les équipes médicales restent spécifiques, afin de mutualiser certaines fonctions et d'avoir davantage de souplesse pour faire évoluer les capacités en cas de crise. Toutes ces chambres devront donc être polyvalentes pour pouvoir devenir des chambres de réanimation en cas de besoin et l'architecture doit permettre de créer un secteur distinct de 10 lits pouvant être séparé du reste de la réanimation.
- ⇒ Garantir une réanimation médico-chirurgicale et améliorer les circuits avec les services d'hospitalisation requérant une prise en charge critique.
- ⇒ Poursuivre l'activité de recherche clinique, d'ores et déjà importante en réanimation.

Document soumis aux instances

2. La filière Cancérologie et Hématologie

Le cancer est devenu la 1^{ère} cause de décès en France et son incidence augmente de façon exponentielle chez l'homme et linéaire chez la femme après 55-60 ans faisant de la prise en charge des cancers une priorité nationale, régionale, mais également territoriale pour le GHRE renforcée par une « géronto croissance » du territoire qui aura des impacts importants sur le plan sanitaire avec une proportion annuelle de nouvelles admissions en ALD pour les plus de 65 ans, supérieure à celle observée en Bretagne, ALD dominées par les affections cardio-vasculaires et les pathologies cancéreuses (22% des ALD).

De plus, une part importante de la mortalité est évitable car liée aux cancers ORL et des bronches, montrant l'enjeu sur ce territoire d'une stratégie de prévention primaire et de dépistage précoce. Il est observé au sein du T6 une surmortalité par cancer du sein sur le département d'Ille et Vilaine et la participation parmi les plus faibles de Bretagne aux campagnes de dépistage des cancers du sein sur ce département. A l'inverse, on constate une sous mortalité par cancer du sein sur les autres départements bretons.

FAITS MARQUANTS	
-	19018 nouveaux cas de cancer estimés par an (toutes localisations confondues) dont 56 % chez l'homme sur la période 2007-2016
-	Les 3 cancers les plus fréquents, responsables chaque année d'un peu plus de la moitié des nouveaux cas sont : prostate, poumon et côlon-rectum chez l'homme ; sein, côlon-rectum et poumon chez la femme
-	8623 décès par cancer estimés par an dont 60 % chez l'homme sur la période 2007-2014
-	Une incidence régionale comparable à la France métropolitaine et associée à une surmortalité chez les hommes alors que la situation régionale est plus favorable chez les femmes par rapport à la France métropolitaine (toutes localisations confondues)
	De fortes disparités selon les localisations cancéreuses :
-	Sur-incidence et/ou sur-mortalité de cancers liés à la consommation d'alcool et de tabac (œsophage et estomac pour les deux sexes, lèvre-bouche-pharynx et foie chez les hommes)
-	Sur-mortalité importante [†] pour le mélanome de la peau (+ 20 % pour chaque sexe)
-	Sous-incidence et sous-mortalité du cancer du pancréas, de la vessie et du cancer du sein chez la femme
-	Des disparités départementales
-	Situation souvent plus favorable en Ille-et-Vilaine et en Côtes-d'Armor en ce qui concerne l'incidence et la mortalité par rapport au Finistère et au Morbihan
-	Sous-mortalité du cancer du sein dans trois des quatre départements
	Dans le Finistère :
-	Sur-incidence (+55 %) et sur-mortalité (+82 %) particulièrement élevées [†] du cancer de l'œsophage chez l'homme
-	Sur-incidence (+14 %) et sur-mortalité (+21 %) importantes [†] pour le cancer du poumon

Source : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016, collectif, Janvier 2019

Le Groupement Hospitalier de Territoire Rance Émeraude prend en charge sur le Territoire 6, les patients atteints de cancer, dans une coopération historique avec les acteurs privés du territoire, le CHU de Rennes et le Centre Eugène Marquis.

Dans ce cadre, les quatre établissements du territoire se partagent les autorisations de cancérologie.

AUTORISATIONS DE CANCEROLOGIE SAINT MALO / DINAN				
	CHSM	CHD	Cl Côte Emeraude	PPR
Chir cancers digestif	x		x	x
Chir cancers sein	x			x
Chir cancers uro			x	x
Chir cancers gynéco	x			
Chir cancers ORL et maxillo faciale	x			x
Chirurgie cancers hors soumis à seuil	x		x	x
Chimiothérapie	x		x	

Source : Finess



On notera que le GHRE ne dispose pas d'autorisation sur la carcinologie en urologie, entièrement détenue par les cliniques du Groupe Vivalto, et que le CH de Dinan ne détient aucune autorisation mais est défini en qualité de site associé tandis que l'autorisation de carcinologie gynécologique est, quant à elle, détenue exclusivement par le CH de Saint Malo.

Il n'y a aucune autorisation de chirurgie thoracique sur le territoire du GHRE.

A cela s'ajoute le fait que l'offre d'anatomopathologie et de radiothérapie est intégralement développée par le secteur privé sur le territoire. Il en va de même sur le dépistage organisé des cancers du sein où l'ensemble des modalités de mammographie est actuellement déployé par le secteur privé dans deux groupes de radiologues privés l'un sur St Malo, l'autre sur Dinan.

Cette segmentation de l'offre entraîne parfois des parcours de patients parfois insuffisamment peu fluides, et qui sont difficilement envisageables, de ce fait, en ambulatoire : si la prise en charge se fait sur le bloc opératoire du CH de Saint Malo et les hôpitaux de jour du GH RE, le repérage tumoral est réalisé par la radiologie libérale tandis que le repérage isotopique du ganglion sentinelle relève de la médecine nucléaire libérale qui intervient sur le site du CH de Saint Malo.

Enfin, l'offre de médecine nucléaire est également développée dans un GIE avec le Centre Eugène Marquis à Rennes.

Le Projet de la filière Cancérologie s'inscrit dans la Stratégie Décennale de Lutte contre le Cancer 2030 à travers la déclinaison, sur le territoire, de ses 4 axes²⁹ :

- ⇒ Axe 1 : Améliorer la prévention,
- ⇒ Axe 2 : Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie,
- ⇒ Axe 3 : Lutter contre les cancers de mauvais pronostic,
- ⇒ Axe 4 : S'assurer que les progrès bénéficient à tous.

Il vise à également à proposer aux patients de ce territoire une prise en charge du cancer d'excellence, intégrée (pluridisciplinaire et pluri professionnelle), à toutes les étapes (du dépistage à la prévention tertiaire ou aux soins palliatifs), innovante (via l'e-Santé, via des organisations et des métiers nouveaux, via la recherche clinique), personnalisée, et à renforcer l'offre territoriale pour limiter le taux de fuite et permettre aux personnes atteintes de cancer de se faire soigner en proximité. A cette fin, le PMSF de la filière a été élaboré avec la médecine de Ville pour renforcer le rôle du médecin traitant (avec les CPTS, les maisons de santé, et la plateforme territoriale d'appui) et le rôle de l'HAD dans le parcours du patient

Dans ce cadre, les prises en charge intra GHRE sont renforcée à la fois en termes de capacités, réparties sur les deux sites, sur le modèle proposé par l'INCa de centre autorisé / centre associé, de coordination territoriale (plateforme de coordination territoriale), de mise en place de soins de support et de prise en charge non programmée, en lien étroit avec la Ville (RCP dédiée et Consultation d'urgence pour éviter le recours aux services des urgences). Ce renforcement des soins de support est associé à la généralisation de l'éducation thérapeutique du patient, l'investissement dans le dépistage, le développement des préventions (primaire, secondaire et tertiaire) et dans les programmes d'après cancer mais également dans le développement de parcours ambulatoires, télé suivis.

Par ailleurs, le Projet renforce la coopération de recours avec le CHU de Rennes et le Centre Eugène Marquis sur les différents segments de l'offre : dépistage, prise en charge y compris soins de support, développement de programme post cancer, recherche clinique, expertise, transferts de compétences. Elle prend des formes diverses : RCP communes, postes partagés, consultations avancées, ...

²⁹ Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021 – 2030, annexe au Décret

▷ Renforcer les filières existantes

Les cancers digestifs

▪ État des lieux

L'activité d'endoscopie est répartie entre les Centres Hospitaliers de Saint Malo et de Dinan et les polycliniques de la Côte d'Émeraude et celle du Pays de Rance.

Après discussion en RCP, les patients diagnostiqués sur le territoire sont adressés :

- ➔ au CH de Saint Malo, et à la Polyclinique du Pays de Rance (PPR) depuis le CH de Dinan pour les prises en charge chirurgicales,
- ➔ au CH de Saint Malo et de Dinan et à la polyclinique de la Côte d'Émeraude pour les chimiothérapies,
- ➔ au Centre ICRB de St Malo pour la radiothérapie.

L'adressage est territorial : les endoscopistes de la PPR adressent leurs patients au CH de Saint Malo (chirurgie, oncologie), de Dinan (oncologie) et/ou à la polyclinique de la Côte d'Émeraude, en fonction du choix du patient et du médecin prescripteur. De l'avis unanime des praticiens, cet adressage se fait en proximité, et il y a peu de fuites vers Rennes.

La prise en charge des cancers digestifs du GHRE est organisée selon une gradation des soins connue et efficace : la chirurgie carcinologique des cancers du foie, de l'œsophage, de l'estomac et du pancréas sont adressés au CHU depuis le CH de Saint Malo tandis que la prise en charge médicale des cancers de l'œsophage, du pancréas et du foie (tumeurs avancées) sont adressées au Centre Eugène Marquis.

Il convient de noter que la radiologie interventionnelle est en cours de développement sur le GHRE que cela en terme diagnostiques (biopsies hépatiques, biopsies osseuses) et/ou thérapeutiques (gastrostomies, drainages). Le PMSP envisage son développement. La radiologie et l'endoscopie interventionnelle de recours sont assurées par le CHU.

L'équipe d'oncologie digestive, composée de trois praticiens, rencontre des difficultés pour assurer la permanence des soins sur les deux sites.

Compte tenu de l'incidence et de la prévalence des cancers digestifs, notamment du cancer colo rectal, troisième cancer le plus fréquent en France, le Projet du GHRE prévoit de :

- ↳ **Consolider une offre d'endoscopie sur les sites hospitaliers** (Hôpital territorial, cœur de ville de Dinan), pour sécuriser l'adressage et ainsi consolider l'activité de chirurgie digestive et de chimiothérapie,
- ↳ **Accentuer le dépistage** par une action conjointe entre la médecine hospitalière et de ville,
- ↳ **Renforcer la radiologie diagnostique et interventionnelle sur le territoire** : la consolidation des postes partagés avec le CHU est, dans cette perspective, une nécessité. Il y a actuellement 2 postes partagés en radiologie avec le CHU,
- ↳ **Renforcer la coopération sur la recherche clinique** et de la possibilité **d'inclusion dans les essais cliniques**, notamment avec le CEM en oncologie médicale (peu de recherche clinique en chirurgie).

Les cancers gynécologiques (sein, cancers pelviens)

▪ État des lieux

La cancérologie mammaire est organisée au sein du GHRE (CH de Saint Malo), et de la Polyclinique Rance Émeraude sur le territoire de Dinan.

Il faut noter que le dépistage et le diagnostic radiologique (mammographie) sont exclusivement réalisés par le secteur privé sur le territoire du T6. L'adressage se fait en proximité en fonction du choix du patient, et du médecin prescripteur.

Après discussion en RCP, les patients diagnostiqués sur le territoire sont adressés :

- Au CH de Saint Malo (cancers du sein, cancers pelviens), et à la Polyclinique du Pays de Rance (cancers du sein) depuis le CH de Dinan pour les prises en charge chirurgicales des cancers du sein.
- Au CH de Saint Malo et au CH de Dinan pour les chimiothérapies. Il est à noter qu'il existe un poste partagé avec le Centre Eugène Marquis sur les cancers gynécologiques des personnes âgées sur l'Hôpital de Dinan.
- Au Centre ICRB de St Malo pour la radiothérapie.

Il existe une offre de reconstruction / chirurgie plastique en cours de développement : deux chirurgiens (postes partagés avec le CHU de Rennes pour 0,4 ETP) intervient une fois par semaine au CH de Saint Malo. L'offre de chirurgie réparatrice existe également dans le secteur privé.

L'absence de laboratoire anapath (repérage par la radiologie libérale, repérage ganglion sentinelle par médecine nucléaire libérale) peut entraîner des parcours de soins parfois complexes.

La biologie moléculaire est organisée avec le CHU d'une part et le Centre Eugène Marquis d'autre part.

Le recours de la prise en charge sur le cancer du sein est le Centre Eugène Marquis.

En ce qui concerne le recours sur les cancers pelviens, les prises en charge chirurgicales sont programmées au CHU (service du Professeur LAVOUE). Les patientes sont adressées, le cas échéant, à l'équipe du CECOS du CHU.

Outre la prise en charge du cancer du sein, un des enjeux du PMSP est de **structurer la prise en charge des cancers pelviens, au vu des nouveaux critères d'autorisation** (seuils) : seuls quelques centres seront autorisés par région dans les prochaines années. Cette nouvelle organisation amène à **approfondir la collaboration avec le CHU de Rennes**. Il est également prévu :

- ↳ Le développement de la mammographie (à Dinan, à Saint Malo) en lien avec les professionnels libéraux : construction d'une offre de dépistage pour améliorer le parcours du patient et son adressage aux équipes du CH de Saint Malo,
- ↳ L'optimisation de l'accès à la biologie moléculaire avec le CHU,
- ↳ Le développement d'une offre de chirurgie vasculaire sur le GHRE (recrutement en cours) et consolidation de l'offre de chirurgie de la reconstruction,
- ↳ Le développement du centre associé en cancérologie sur le site de Dinan, avec unité de reconstitution des chimiothérapies situé sur l'Hôpital Territorial,
- ↳ La consolidation de l'équipe de sénologie / gynécologie



- ↳ Le développement important de l'offre de chirurgie plastique notamment à travers d'un poste partagé avec le CHU à 80% (voire à 100%) à compter de nov 2022, en remplacement des deux postes existants.
- ↳ La consolidation des liens avec Rennes sur les cancers pelviens dans le cadre du nouveau régime des autorisations,
- ↳ Le développement de la recherche clinique, en lien avec le CHU et le Centre Eugène Marquis.

Les cancers urologiques

▪ État des lieux

La prise en charge des cancers urologiques est réalisée, sur le territoire, par le secteur privé.

- La chirurgie par des chirurgiens libéraux qui peuvent intervenir sur le GHRE. Cette coopération donne satisfaction même si une réflexion peut/doit être menée pour disposer de consultations avancées du CHU sur le site de l'Hôpital territorial. Les oncologues qui traitent de l'urologie sont très demandeurs car ils « rattrapent trop souvent des situations mal gérées par les radiothérapeutes du du territoire sur les cancers urologiques hors prostatites ».
- La chimiothérapie dans le secteur privé à la Polyclinique de la Côte d'Émeraude,
- La radiothérapie à l'ICRB de Saint Malo.

Il n'est pas prévu de développement de la chirurgie urologique – à ce stade – sur le GHRE. Il est cependant envisagé le développement de consultations avancées avec le CHU de Rennes sur le site de l'Hôpital Territorial.

Les cancers ORL

▪ État des lieux

La prise en charge des cancers ORL est réalisée sur le site de St Malo et en développement sur le site de Dinan via des consultations avancées. Un poste d'assistant spécialiste est partagé entre le CHU (0,4 ETP) et le CH de Saint Malo (0,6 ETP).

La radiothérapie est réalisée à l'ICRB à St Malo.

La gradation des soins est organisée avec le CHU de Rennes pour ce qui concerne le recours chirurgical (lambeaux libres, base du crâne, ...) et avec le Centre Eugène Marquis pour ce qui concerne l'oncologie médicale (études cliniques, onco dermatologie de recours, ...).

Les cancers ORL sont aussi des pathologies fréquentes (4ème chez l'homme, 20 % des cancers), avec une incidence annuelle de 16 000 nouveaux cas au niveau national. On observe une forte disparité entre les régions du Nord et du Sud : la Bretagne se caractérise par un taux d'incidence supérieur de 20 % à la moyenne nationale, compte tenu notamment de la fréquence des comportements à risque (tabac, alcool). Il existe également de fortes inégalités sociales de mortalité.



Dans ce cadre, le Projet vise à :

- ↳ **Renforcer l'activité de cancérologie ORL de 1^{er} niveau sur l'Hôpital Territorial, et développer de nouvelles activités** : sentinelle, lambeaux libres simples, chirurgie de Mohs, ...
- ↳ **Développer les traitements multimodaux** (radiothérapie et oncologie médicale) en proximité,
- ↳ **Simplifier et renforcer l'accès à la radiologie interventionnelle** soit sur site à St Malo soit plus facilement à Rennes (contradiction entre situations à risques d'hémorragies sur Cancer orl : non transportables si saignement actif et non embolisable si pas saignement...)
- ↳ **Développer l'offre sur le territoire de Dinan via le développement du centre associé en cancérologie et la mise en place de consultations avancées.**

Pneumologie

▪ État des lieux

La prise en charge de l'oncologie thoracique est réalisée sur les deux sites du GHRE par 5 praticiens. Les équipes sont aujourd'hui relativement autonomes. Le bilan diagnostique et les bilans d'extension sont organisés dans les services de pneumologie du GHRE : en consultation, en hôpital de jour ou en hospitalisation conventionnelle. Les écho endoscopies sont réalisées au CH de Saint Malo et adressées, pour les plus complexes au CHU.

- ➔ Les chimiothérapies sont administrées au sein du service d'hôpital de jour des CH de Saint Malo et de Dinan.
- ➔ Les prises en charge chirurgicales sont organisées au CHU de Rennes et à la polyclinique Saint Laurent, plus rarement au Centre Hospitalier de Saint Briec, exceptionnellement au Centre Hospitalier privé de Saint Grégoire.
- ➔ Les radiothérapies sont programmées à l'ICRB de St Malo.

Les RCP sont réalisées sur le CH de Saint Malo et en visio avec le CH de Dinan. Une RCP de recours est organisée tous les 15 jours avec le CHU (Professeur Delatour)

En termes de mortalité, le cancer du poumon est, en Bretagne, un des trois cancers dont le pronostic est le plus péjoratif. Pourtant, un dépistage précoce peut augmenter significativement les chances de guérison. C'est dans cette mesure que le Projet prévoit :

- ↳ **D'améliorer et de développer sur l'Hôpital Territorial des techniques diagnostiques,**
- ↳ **De développer la recherche clinique** en lien avec la plateforme territoriale d'appui (DAC), le CHU et le CEM,
- ↳ **Tout en développant les soins de support et des soins palliatifs** (cf. infra).

Oncologie Médicale

▪ Etat des lieux

Il existe plusieurs médecins partagés sur l'oncologie médicale :

- Assistante spécialiste en nutrition : 70% CHU / 30% CHSM (poste non pourvu)
- Assistante spécialiste en oncologie médicale : 60% CEM / 40% CHSM
- Praticien spécialiste des centres (Dr PRACHT) : 70% CEM / 30% CHSM
- Praticien spécialiste des centres à Dinan (oncologie gynécologie) : 80% CEM / 20% CHD

Ce partage de praticiens permet de développer une offre d'excellence en proximité (échanges de bonnes pratiques, de protocoles de soins, temps de recherche partagé...) et ce, d'autant que de nombreuses hospitalisations sont réalisées en aval des prises en charge du CHU (chirurgie digestive, onco dermatologie, chirurgie thoracique ou de neurochirurgie) et du CEM. Ces hospitalisations ont lieu dans le service d'oncologie au CH de Saint Malo et en médecine polyvalente au CH de Dinan.

Une RCP « thrombose et cancer » est développée avec le service de médecine interne du CHU

Les progrès dans les traitements - immunothérapie et thérapies ciblées entre autres - entraînent une certaine chronicisation de la maladie qui impose de prendre en charge les patients souffrant de cancer dans une logique de suivi au long cours, en proximité, malgré une technicité qui ne fait que s'accroître.

C'est pour répondre à cette double exigence que le Projet entend :

- ↳ **Consolider les postes partagés** entre le CHU, le CEM et le GHRE,
- ↳ **Développer le centre de chimiothérapie associé** à Dinan avec unité de reconstitution des chimiothérapies par la pharmacie sur l'hôpital territorial,
- ↳ **Prévoir des capacités d'hospitalisation conventionnelle sur le site de l'Hôpital Territorial (28 lits) et sur le cœur de ville de Dinan** (en médecine polyvalente),
- ↳ **Poursuivre et intensifier la recherche clinique** en lien avec la PTA, le CHU et le CEM,
- ↳ **Développer les soins de support et des soins palliatifs** (cf. infra)

Hématologie

▪ Etat des lieux

L'organisation actuelle permet une bonne collaboration entre les équipes du CHU de Rennes et celles du GHRE, et une formation continue des équipes malouines et dinanaises. Une consultation hebdomadaire est réalisée au CH de Dinan (Dr Basile HENRIOT). Une RCP a lieu de manière hebdomadaire. Pour autant, ces liens pourraient être renforcés (cf. préconisations du Professeur LAMY DE LA CHAPELLE lors de son audit de filière, qui n'a cependant pu être mise en place faute de candidats).

Les prélèvements biopsiques sont réalisés sur le site de Saint Malo en radiologie interventionnelle.

Le recours est organisé avec le CHU de Rennes pour ce qui concerne les lymphomes (RCP de recours, relecture des examens d'anatomopathologie, chirurgie) et les collaborations sont étroites d'une part avec le CHU (RCP hebdomadaire Bréhat, auto et allo greffe, CAR T/essai cliniques) et, d'autre part, avec le Centre Eugène Marquis (examens de médecine nucléaire VGI, durée de vie plaquettaire). Plus largement, le service d'hématologie est intégré dans le réseau Bréhat.

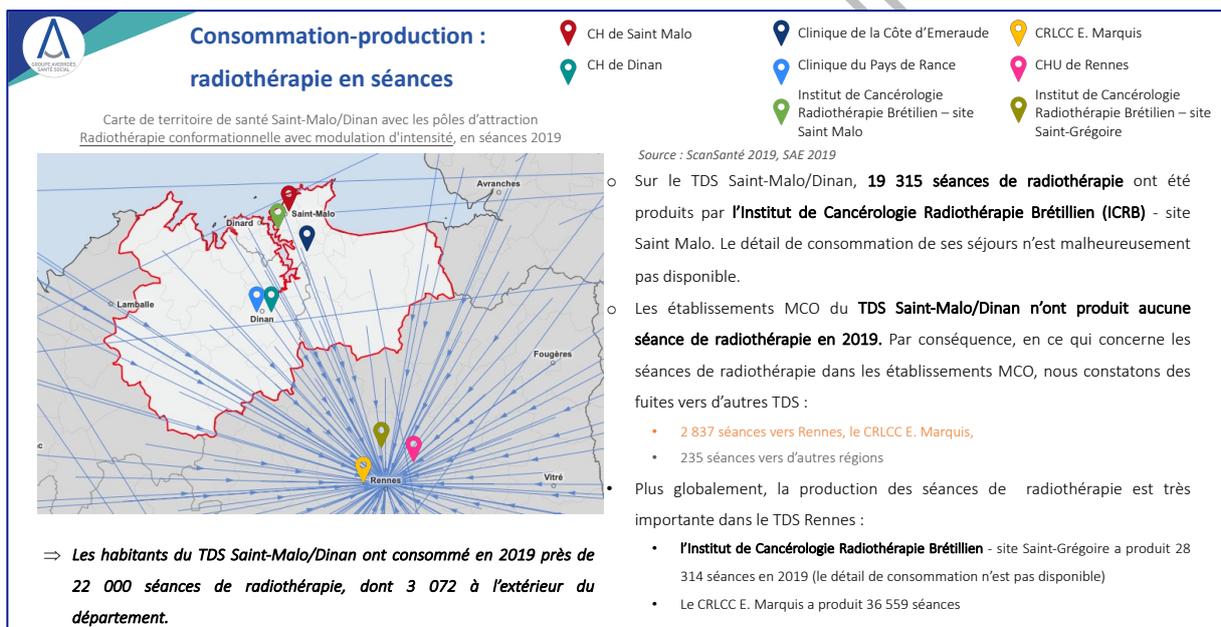
Il est prévu de développer l'hématologie sur le territoire, pour offrir aux patients une prise en charge en proximité, dans un réseau intégré avec le CHU de Rennes :

- ↳ **Amélioration du circuit des biopsies vers l'anatomopathologie spécialisée en Hématologie et de la radiologie interventionnelle** pour faciliter les biopsies tumorales sur le site de l'Hôpital Territorial.
- ↳ **Renforcer les liens avec le CHU par le déploiement effectif de postes partagés, et l'effectif médical propre au GHRE** (Novembre 2021 : 1 ETP médecin généraliste), pour développer l'activité d'hématologie sur l'Hôpital Territorial et les consultations avancées sur le site de Dinan,
- ↳ **Développement de la recherche clinique** avec le CHU et les centres du réseau Bréhat
- ↳ **Installation de 4 chambres protégées dans le service d'onco hématologie** pour aval des greffes et patients traités par immunothérapies (immuno cellulaires, virus oncolytiques,...) et la radiothérapie interne vectorisée / curiethérapie.

▷ **Consolider l'offre de traitement du cancer sur le territoire**

La radiothérapie

La radiothérapie est, sur le territoire du GH RE, assurée par une structure privée : l'ICRB.



Il existe un besoin de simplifier ce parcours et de proposer une offre publique complète de prise en charge du cancer (chirurgie, oncologie médicale et radiothérapie) ainsi que d'assurer un accès à l'innovation pour les patients du Territoire 6. L'opportunité de la reconstruction et de la restructuration du GHRE a été l'occasion d'engager la réflexion autour de la constitution d'une offre publique de radiothérapie.

C'est dans cette perspective que **le Centre Eugène Marquis propose d'implanter, sur le site de l'Hôpital Territorial, un centre de radiothérapie** (1 accélérateur) afin que le territoire 6 dispose d'une offre de soins globale, cohérente et coordonnée. À noter, que 170 patients issus du territoire 6 ont été traités en 2020 au Centre Eugène Marquis.

La première estimation, réalisée à partir des éléments issus des RCP, s'établit à **350 patients/an environ** : 50 en digestif, 100 en sénologie (169 chirurgies mammaire au centre hospitalier), 30 en gynécologie, 30 en ORL, 100 en pneumologie (environ 600 patients discutés en RCP annuellement), une trentaine sur les autres localisations (hématologie, tumeurs cutanées, sarcome...).



Cela permettrait de maintenir et accroître l'offre en cancérologie publique dans le territoire de santé 6, en proposant la totalité des axes de traitement du cancer et de permettre aux patients du territoire d'avoir accès à des modalités thérapeutiques pointues de type Cyberknife ou curiethérapie.

La radiologie interventionnelle

Le Projet Médico Soignant du GHRE prévoit le **développement de la radiologie interventionnelle sur l'Hôpital Territorial à visée diagnostique et thérapeutique**. Cette activité mini invasive est encore, selon l'HAS, « *méconnue, sous-estimée et mal valorisée, qu'il s'agisse des actes à visée curative, adjuvante ou palliative.* » Compte tenu du complément thérapeutique qu'elles constituent, et du nombre croissant d'indications, l'ambition est donc de permettre aux patients du territoire l'accès aux :

- actes simples réalisables par tout radiologue polyvalent (biopsies) ;
- actes intermédiaires réalisables au sein d'une structure de radiologie interventionnelle intégrée au plateau d'imagerie et conforme (drainages, embolisations, infiltrations) ;
- actes complexes réalisables dans une structure spécialisée (ablation tumorale, cimentoplastie).

Les transformations diagnostiques en cours en cancérologie, associant la génétique, la biologie et l'imagerie, vont permettre de découvrir des tumeurs de plus en plus tôt, et les rendre accessibles aux techniques de radiologie interventionnelle cancérologique, qu'elles soient curatives ou adjuvantes. Pour mieux répondre aux attentes des patients qui souhaitent disposer de traitements plus précoces plus, efficaces et moins pénibles, il est indispensable d'améliorer l'accessibilité à ces techniques de RI cancérologique.

Cependant, la rareté des ressources humaines médicales susceptibles d'intervenir dans cette spécialité, impose de réfléchir à un lien fort entre les structures publiques (postes partagés, gradation, ...)

Les soins de support

Le Projet Médico Soignant du GHRE prévoit également de **renforcer et consolider les soins de support** (nutrition clinique, addictologie, soins de supports délivrés par des IDE spécialisées et/ou IPA, psychothérapies, kinésithérapie, ETP, Activité Physique Adaptée, socio-esthétique, etc) en HdJ.

C'est aussi un enjeu fort de la Stratégie décennale de Lutte contre le Cancer et une source d'optimisation du parcours patient et de maintien de la qualité de vie du patient. Dans ce cadre, le PMSP porte la **constitution d'un Centre de Maladies Chroniques** qui vise à organiser le suivi au long cours des patients, notamment dans la phase après cancer.

Le SMR cancérologique

Le Projet Médico Soignant porte également la **constitution d'un service de SMR cancérologie** (HC et HdJ) sur le territoire. La faiblesse des lits de SMR est en effet unanimement constatée (1,41 lits pour 1000 habitants sur le T6 contre 1,78 à l'échelle nationale) et prolonge la prise en charge en aigu de manière trop importante.

La recherche clinique

Enfin, la **revitalisation du bureau d'études cliniques** permettra également de renforcer la recherche clinique (de site et avec les partenaires régionaux : CEM, CHU, pôle régional de cancérologie) en onco- hématologie et en soins de support (recherche clinique médicale et paramédicale), notamment par l'ouverture des essais des sites rennais sur les sites du GHRE.

Ainsi, le Projet Médico Soignant du GHRE vise à **consolider** et **développer** une offre de soins en proximité sur le territoire 6 pour améliorer l'accès des patients souffrant de cancer à une offre publique et non lucrative d'excellence, organisée en lien étroit avec le CHU d'une part, et le CEM d'autre part.



3. La filière cardio vasculaire

La filière cardio vasculaire constitue une filière stratégique dans le PMSP du GHRE compte tenu de l'évolution démographique et épidémiologique du territoire 6 d'abord, de la progression des techniques interventionnelles, mini invasives et de l'imagerie-ensuite, et du développement récent d'une offre de médecine vasculaire au sein du GHRE. En effet, si la filière cardiologique est parfaitement intégrée sur le territoire³⁰, en lien étroit avec la médecine de Ville et grâce à des parcours lisibles et organisés, la médecine, tout comme la chirurgie, vasculaires sont des disciplines en cours de développement.

Les objectifs stratégiques sont ainsi dictés par la situation épidémiologique du territoire et le développement de nouvelles techniques, voire de nouvelles offres, rendues indispensables dans un établissement territorial, multidisciplinaire et siège de SAU/soins critiques. Ils s'articulent autour de 3 enjeux principaux :

- ▷ Renforcer la prévention et le suivi au long cours du patient, en lien avec les professionnels de ville,
 - ▷ Développer une activité d'excellence sur l'ensemble du territoire du GHRE, sur tous les segments de la cardiologie, pour répondre aux besoins grandissants de la population,
 - ▷ Fluidifier le parcours du patient en péri hospitalier et en post hospitalier
- ▷ **Organiser la prévention et le suivi au long cours du patient, en lien avec la ville.**

Renforcer la prévention

Les maladies cardio-vasculaires sont un motif important de prise en charge hospitalière, et le vieillissement de la population tout autant que l'augmentation des populations à haut risque cardio vasculaire (diabète, insuffisance rénale, patients âgés, ...) font craindre que cette tendance ne se confirme dans les prochaines années.

C'est dans cette mesure que le premier axe du PMS de la filière cardio vasculaire est d'améliorer la prévention des pathologies cardiaques et vasculaires aux cotés des professionnels de ville et des associations de patients via le réseau Rivarance, notamment à travers la réalisation de formations conjointes régulières ou de campagnes communes.

Organiser le suivi au long cours du patient

Malgré l'évolution positive de la mortalité, les principaux indicateurs sur la prise en charge au long cours après un accident cardiovasculaire, que ce soit au niveau du suivi des patients, de la maîtrise des facteurs de risque (tabac, alcool, hypercholestérolémie, diabète ...), ou encore de l'observance des traitements ne sont pas satisfaisants. De ces difficultés rencontrées tout au long du parcours résulte une situation où l'on constate que, malgré une bonne prise en charge des épisodes aigus, des récives pourraient être évitées en améliorant l'accompagnement global : 20% de récives sont encore liées à des complications cardio-vasculaires dans l'année qui suit un infarctus du myocarde.

Ce constat partagé conduit le projet de la filière à :

- ⇒ Améliorer et renforcer la liaison avec les capacités de SMR cardio-vasculaires sur le territoire pour permettre à tous les patients le requérant d'y avoir accès, y compris en Hôpital de Jour car les délais de prise en charge sur les SMR du territoire sont aujourd'hui trop longs ;

³⁰ Il existe une Fédération de cardiologie sur le territoire



- ⇒ Systématiser les programmes d'éducation thérapeutique, et veiller à ce qu'ils ne soient pas déployés uniquement sur la phase aiguë : c'est tout l'enjeu de la création d'un Hôpital des Maladies Chroniques qui permettra, en lien avec les professionnels de ville, d'améliorer l'accompagnement des patients tout au long de leur parcours ;
- ⇒ Renforcer l'information et la collaboration médecin / patient grâce aux objets connectés (télé suivi cardiologique)

▷ Développer l'activité de cardiologie et de médecine vasculaire sur l'ensemble du territoire

L'ambition du projet de la filière cardio vasculaire est en effet d'affirmer son rôle de recours territorial, dans un contexte de demande de soins croissante. Ce développement des activités cardio-vasculaires s'entend sur le contenu des activités d'une part, et sur le déploiement sur le territoire d'autre part.

- ⇒ Développement des techniques mini invasives :
 - **En rythmologie** (développement des techniques mini invasives de prise en charge (ablations, défibrillations, télé-suivi cardiologique, ...) et en cardiologie interventionnelle, (développement attendu des techniques jusque-là possibles uniquement en CHU (TAVI, fermeture FOP))
 - **En médecine vasculaire**, y compris interventionnelle, à travers le recrutement de 2 praticiens supplémentaires (Phlébologie, sclérothérapie, laser endoveineux, ...) dans un contexte de pénurie de praticiens en ville (sur Dinan notamment). Ce développement nécessite le déploiement d'un plateau d'explorations ad hoc (voir infra). Il s'agit d'augmenter significativement cette activité sur les deux prochaines années mais également de la rendre lisible sur le territoire dans une approche transversale médico chirurgicale qui sera rendue possible, à terme, par le recrutement d'un chirurgien vasculaire. L'individualisation d'un secteur d'hospitalisation pourra être envisagée en fonction de la montée en charge de l'activité.
- ⇒ Sur le territoire :
 - **Consolidation du plateau d'explorations fonctionnelles** sur Dinan (cardiologie et médecine vasculaire) et de consultations avancées sur le Cœur de Ville de Dinan pour rendre des avis au sein de l'établissement et assurer des consultations externes adultes et pédiatriques, eu égard à la diminution du nombre de cardiologues sur le territoire (cardiologie, rythmologie, insuffisance cardiaque, cardio pédiatrie, télésuivi)
 - Mise en place de **consultations avancées et d'une offre de télé consultations sur le territoire sud et est de Saint Malo**, dont les besoins ne sont pas couverts aujourd'hui.
 - Création d'une filière de **cardiologie du sport**.

▷ Fluidifier le parcours du patient dans toutes ses dimensions

L'objectif d'améliorer la fluidité du parcours du patient est un objectif central du PMSP du GHRE. Pour ce qui concerne la filière cardio vasculaire, qui a d'ores et déjà développé des liens étroits avec la Médecine de Ville (dossier partagé), cet objectif se décline sur plusieurs points :



- ⇒ En amont, afin de rendre plus lisible l'offre hospitalière, l'accès à l'expertise plus aisé, et réduire les délais de prise en charge. Il s'agit de :
- Consolider les liens avec les médecins de ville, en communiquant régulièrement sur l'offre de soins du GHRE : ces liens sont d'ores et déjà étroits, le dossier d'ores et déjà partagé. L'objectif est de conserver cette très bonne liaison entre les professionnels du territoire, de participer aux Réseaux en place, et de faire connaître l'offre de médecine vasculaire, lorsqu'elle sera consolidée.
 - Développer les télé consultations, la télé expertise et le télé suivi pour éviter le déplacement des patients, notamment âgés, et renforcer le partage d'expertise des professionnels de santé,
 - Développer l'admission directe dans le service pour éviter les passages par les urgences.
- ⇒ En péri hospitalier, l'objectif poursuivi vise à améliorer encore la prise en charge des patients complexes, réduire les durées de prise en charge (ambulatoire), et renforcer l'accessibilité aux plateaux techniques, notamment d'explorations fonctionnelles. Concrètement, il vise à permettre de :
- Développer les prises en charge ambulatoire dans un double objectif de fluidité du parcours du patient, d'amélioration de la qualité de la prise en charge mais également de confort et de satisfaction des patients et ce, en cardiologie (angioplasties, coronarographies, ...) comme en médecine vasculaire (traitements endo veineux, plaies et cicatrisation, ...)
 - Développer les consultations spécialisées de cardio / néphrologie, de cardio / neuro, en gériatrie et en médecine notamment au vu de la prévalence de l'insuffisance cardiaque et du vieillissement de la population.
- ⇒ En aval, il s'agit de développer et de créer des liens avec les professionnels de ville pour permettre une mise en œuvre du suivi du patient,
- Consolider la prise en charge post hospitalière (PRADO)
 - Améliorer le retour à domicile des patients via la mise en place d'une IDE POP (patients âgés, patients complexes, ...)
 - Développer le suivi au long cours du patient, en lien avec l'Hôpital des Maladies chroniques, y compris dans le cadre du télésuivi,

Enfin, le projet vise à renforcer les liens avec le centre de réadaptation cardio vasculaire du Dinard.



4. La filière neuro vasculaire

3^{ème} cause de mortalité en France et 1^{ère} cause de handicap, la Bretagne est l'une des régions les plus touchées par l'accident vasculaire cérébral (AVC) avec 7 400 personnes atteintes chaque année. Sur le territoire du GHRE, ce sont 1 100 patients qui sont pris en charge chaque année.

Face à cet enjeu de santé publique, et dans le prolongement des Plans AVC qui ont permis d'améliorer considérablement la prise en charge et les conséquences de la maladie, le projet de la filière de neurologie et de neuro-vasculaire du GHRE vise à **améliorer la prise en charge de la maladie tant dans la phase aiguë que dans sa phase plus chronique**, les séquelles parfois très invalidantes nécessitant, à l'instar des autres maladies neurologiques (Parkinson, Alzheimer, épilepsie, sclérose en plaques), une prise en charge au long cours.

C'est dans cette double perspective que se déploie le projet de la filière Neurologie et Neuro-vasculaire. Il s'agit :

- ▷ De gagner du temps dans la prise en charge de l'AVC, et de fluidifier le parcours des patients ;
- ▷ De favoriser la coordination des acteurs sur le territoire ;
- ▷ De favoriser l'accès aux traitements innovants, l'enseignement et la recherche.

▷ Gagner du temps dans la prise en charge de l'AVC

Gagner du temps dans l'établissement du diagnostic et dans les délais d'admissions

Lorsqu'il survient, l'AVC est une urgence. Les délais d'établissement du diagnostic conditionnent l'ensemble de la prise en charge. C'est dans cette mesure que le projet vise à tout mettre en œuvre pour permettre d'améliorer ces délais, et notamment :

⇒ Sur l'Hôpital Territorial :

- **Renforcer l'accessibilité à l'IRM** pour la garantir H24 sur les pathologies neurologiques en urgence et développer la permanence neuro radiologique,
- **Protocoliser les prises en charge avec le service des urgences**, pour favoriser le diagnostic, les examens et la fluidité de l'admission dans le service de neuro-vasculaire,
- Mettre en place une **équipe dédiée à la thrombolyse intraveineuse** des AVC (IDE et AS)
- Disposer d'une **expertise neuro-vasculaire sur place H24** et, par conséquent, développer une garde³¹ en lieu et place de l'astreinte actuelle, ce qui suppose le renforcement de l'équipe médicale actuelle, notamment dans des profils neuro vasculaires.

⇒ Sur le Cœur de Ville de Dinan :

- Développer des **consultations avancées** et les **capacités de télé expertise** entre le cœur de ville de Dinan et l'Hôpital Territorial,
- **Protocoliser les prises en charge avec le service des urgences**, pour favoriser la fluidité de l'admission dans l'unité de proximité AVC ou le transfert sur l'Hôpital Territorial,
- La question de la possibilité de réaliser des téléthrombolyse à Dinan doit être approfondie entre les praticiens de la filière neuro vasculaire et de la filière urgences et soins critiques, pour sécuriser la prise en charge des patients, conformément aux organisations retenues sur le territoire breton.

³¹ Qui sera commune à la neurologie



Fluidifier le parcours du patient dans le circuit intra hospitalier

Pour autant, la prise en charge des maladies neuro-vasculaires nécessite également le lien/les avis avec les autres spécialités présentes dans l'établissement (cardiologie, pneumologie ...), et le développement des **liens de communication et de télé expertise** au sein des établissements du GHRE et, plus largement, sur le territoire.

De plus, cette fluidité du parcours sera renforcée par le **développement de la réhabilitation précoce** par les kinésithérapeutes et les Médecins de physique et de Rééducation (MPR). La réhabilitation débutée précocement est un des facteurs minorant le handicap, et améliorant la morbi-mortalité.

Le **renforcement des soins de support** (kiné, orthophoniste, APA, ergothérapeute, ...) et la promotion d'une **prise en charge globale et multidisciplinaire** participe également directement à l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de maladies neurologiques.

La **rééducation précoce** doit être initiée par une équipe spécialisée, permettant de réduire les conséquences motrices de l'AVC (par le kinésithérapeute et l'ergothérapeute), les troubles du langage (par l'orthophoniste), mais également les autres déficits neurologiques comme les troubles de la déglutition, les troubles sensitifs ou visuels.

Un projet personnalisé de rééducation doit être élaboré dès les premiers jours avec le patient et sa famille, afin d'orienter au mieux la suite de la prise en charge qui peut se dérouler dans le service de rééducation et de réadaptation dédié, ou à domicile.

Comme pour bon nombre de maladies neurologiques, le renforcement du **suivi au long cours du patient** doit également être renforcé. Dans cette perspective, le projet porté par la filière entend :

- ↳ **Consolider l'expertise du personnel** non médical par la formation continue ;
- ↳ **Renforcer la rapidité de la prise en charge** en organisant des délégations de tâches, et les consultations post AVC notamment par l'intermédiaire d'infirmières de pratiques avancées sur les sites, en proximité ;
- ↳ **Développer la prise en charge en ambulatoire, et le lien avec l'Hôpital des Maladies chroniques** en proposant aux patients des programmes de rééducation et d'éducation thérapeutique adaptés à leur parcours de soins ;
- ↳ Poursuivre le travail existant avec les **réseaux** (Réseau Neuro Bretagne, ...) ;
- ↳ **Développer et renforcer les soins de support** (orthophoniste, neuropsychologue, ergothérapeute) ;
- ↳ **Renforcer les liens avec l'unité de radiologie interventionnelle du CHU de Rennes**, dans une double perspective de recours, de formation continue, et d'accessibilité aux traitements les plus innovants.

Fluidifier la filière en améliorant l'accès à l'aval

La fluidité de la filière AVC passe aussi par l'organisation de l'aval, avec les soins de suite et de réadaptation d'une part, mais également avec la médecine de ville et les structures médico-sociales.

Or, aujourd'hui, les capacités de SMR neuro locomoteurs sont insuffisantes au regard des besoins de santé du bassin, si bien que certains patients retournent à domicile sans que puisse être organisée de manière adéquate leur rééducation, faute de lit ou de place. Fort de ce constat, le PMSP entend solliciter **l'augmentation des capacités de SMR neuro locomoteur** sur le bassin de santé **à hauteur de 10 lits et 17 places, positionnés sur le cœur de ville de Dinan afin de pouvoir disposer d'un plateau unique, multimodal et performant pour l'ensemble du territoire du GHRE :**

	EXISTANT AUTORISÉ				EXTENSION DES CAPACITÉS			
	Locomoteur		Neurologique		Locomoteur		Neurologique	
	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ
CH SAINT MALO	8	4	12	4				
CH de DINAN					8	4	22	21
CH de CANCALE								
TOTAL GHRE	8	4	12	4	8	4	22	21

Si les soins de suite et de réadaptation s'avèrent être une étape cruciale dans la filière, il est également important de **renforcer la prise en charge à domicile**, par le développement des liens avec la médecine et les professionnels de ville, **avec l'HAD**. Or, les sorties et retours précoces à domicile supposent une très bonne coordination des professionnels du domicile (rééducation, réinsertion sociale) : la mise en place de protocoles partagés, les modalités de coordination des parcours, le déploiement d'une IPA sont autant de conditions de la fluidité de la filière territoriale que la filière entend mettre en œuvre.

Enfin, une attention particulière doit être portée à « l'aval de l'aval » notamment à travers la mise en place de **liens étroits avec les services de psychiatrie, de la filière gériatrique** (mise en place d'unités protégées dans les EHPADs, prise en charge en USLD). En outre, une réflexion spécifique relative à l'hébergement des patients à forte complexité psycho-sociale, notamment ceux ne relevant pas des structures d'hébergement des personnes âgées, doit être menée sur le territoire.

► Favoriser la coordination des acteurs sur le territoire

L'organisation de la filière neurologique est nécessairement territoriale : la coordination des acteurs du territoire est ainsi primordiale pour améliorer la prise en charge du patient. Le développement des outils de communication, de télémédecine, de télé expertise, ou encore d'aide à la décision, sont autant de moyens de la renforcer : le PMSP du GHRE entend, dans cette perspective, **développer les outils numériques** qui permettent de fluidifier la circulation de l'information et la communication, pour renforcer la coordination des acteurs sur le territoire.

La coordination de ce parcours post AVC, et plus largement la coordination des parcours des patients souffrant de pathologies neurologiques souvent invalidantes, récidivantes et chroniques, en lien avec les professionnels de ville et médico-sociaux (service d'aide et d'accompagnement à domicile) est un des axes prioritaires de la filière : le **déploiement d'une IDE POP** pourrait permettre d'améliorer sensiblement ce lien cette coordination et organiser les retours à domicile dans de meilleures conditions, la rééducation et le suivi étant ensuite organisée en ambulatoire.

Il s'agit en effet de développer la prise en charge du patient sur un temps long. Outre l'organisation du suivi au long cours, le projet de la filière entend **développer la prévention des récives et des complications**, en proposant aux patients des **programmes d'éducation thérapeutique** et aux aidants des **formations** et en développant le lien avec les associations de patients et les aidants (France parkinson, ARSEP, France AVC ...), qui jouent un rôle important dans la prise en charge continue de ces pathologies.

► Favoriser l'accès aux traitements innovants et à la recherche

Les traitements, qu'ils soient **médicamenteux** (Duodopa dans la maladie de parkinson, traitements innovants de la maladie d'Alzheimer, traitements innovants de la migraine, de la Sclérose en Plaques, streptokinase pour la thrombolyse de l'AVC, ...) **ou interventionnels** (Technique combinée thrombolyse / thrombectomie, Développement de la fermeture auriculaire gauche et de l'auricule gauche en collaboration avec les cardiologues interventionnels, techniques endovasculaires...) améliorent aujourd'hui les pronostics



fonctionnels, ralentissent la progression du handicap, et permettent aux patients d'accéder à une meilleure qualité de vie. En cela, leur accessibilité doit être favorisée au sein de la filière. C'est également dans la perspective d'offrir le meilleur service médical aux patients du bassin que la filière entend **renforcer ses liens avec le service universitaire du CHU de Rennes et développer la recherche clinique.**

Pivot de l'organisation de la prise en charge des maladies neurologiques et neuro-vasculaires sur le bassin de santé du GHRE, la filière a un rôle important en matière **d'enseignement et de formation** : mission d'expertise et de formation pour l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge des AVC notamment, de formation continue des équipes para médicales sur les établissements, d'accueil des internes.

Document soumis aux instances

5. La filière Gériatrique et la prise en charge des personnes âgées

Le contexte de fort vieillissement à venir du territoire fait de la prise en charge des personnes âgées un enjeu prioritaire pour le PMSP du GHRE. Ainsi le projet de la filière gériatrique s'inscrit-il d'emblée dans cette **prise en charge, pluridisciplinaire, pluri professionnelle, et territoriale**, et vise à améliorer la réponse aux besoins spécifiques de la personnes âgées, et de ses aidants.

L'ambition est également de participer à la diffusion de la culture gériatrique dans l'ensemble des structures sanitaires, médico-sociales et sociales et auprès des acteurs intervenant dans la coordination des parcours des personnes âgées : **il s'agit de proposer un parcours unique de prise en charge, en proximité des lieux de vie des personnes âgées, en consolidant la filière gériatrique sur chaque territoire de santé, en privilégiant leurs interactions, en harmonisant les pratiques (protocoles de prise en charge, organisation des parcours, ...), pour simplifier et rendre lisible à l'ensemble des patients cette filière, souvent complexe.**

A cette fin, le projet de la filière gériatrique s'articule autour de **4 axes principaux** :

- ▷ Prévenir les situations de rupture et améliorer la prise en charge des fragilités,
- ▷ Fluidifier le parcours de la personne âgée,
- ▷ Consolider la prise en charge de la personne âgée sur le territoire du GHRE,
- ▷ Décloisonner et renforcer la coordination des acteurs sur le territoire.

▷ Consolider la filière gériatrique sur le territoire

Les filières gérontologiques sont largement implantées sur le territoire du GHRE : elles associent l'ensemble des acteurs du territoire, dans une dynamique exceptionnelle : le DAC, fusion de la PTA et des MAIA au printemps 2020 témoigne de cette articulation entre les professionnels hospitaliers et libéraux, au service des patients les plus fragiles.

Le GHRE met en œuvre, dans le cadre de ces filières gérontologiques, les services suivants :

	CH de Saint Malo	CH de Dinan	CH de Cancale
Court séjour			
Hospitalisation conventionnelle	52 lits + ortho gériatrie	34 lits	
Hospitalisation de jour	X	X	
Plateau de consultation	X	X	
Équipe mobile de gériatrie	X	X	
SSR			
PAPD et polyvalent	30 lits (5 places non installées)	65 lits (dont 3 places HDJ SSR)	25 lits
Neuro locomoteur	20 lits	-	-
UCC	10 lits mutualisés		-
EHPAD	257 lits	300 lits	120 lits
Dont accueil temporaire	-	4 lits-	6 lits
Accueil de jour	-	-	6 places
USLD	83 lits	60 lits	

Pour autant, et malgré la dynamique instaurée, la configuration actuelle des établissements ne permet pas de répondre de manière optimale aux besoins des personnes âgées. C'est dans cette mesure que le Projet de la filière consiste à disposer d'une filière gériatrique complète sur le territoire, en adaptant les structures

accueillant des personnes âgées, dans une double logique de **réduction des durées d'hospitalisation en court séjour** d'une part, et de **prévention des situations de rupture**, d'autre part. Ainsi est-il prévu de :

Renforcer le SMR

Le territoire souffre d'un manque avéré de lits de SMR. Ainsi le ratio du nombre de lits pour 1 000 habitants s'établit sur le territoire du GHRE à 1,41 quand la moyenne nationale est de 1,78 lits / 1 000 habitants : il manque donc une centaine de lits sur le territoire.

Capacitaire existant autorisé

EXISTANT AUTORISÉ											
	TOTAL			Polyvalent		PAPD		Locomoteur		Neurologique	
	TOTAL	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ
CH SAINT MALO	53	45	8	5		20		8	4	12	4
CH de DINAN	65	62	3	6		56	3				
CH de CANCALE	23	23	0	23							
TOTAL GHRE	141	130	11	34	0	76	3	8	4	12	4
GARDINER	44	44	0	20		24					
VELLEDA	151	136	15	67		29	5	40	10		
COMBOURG	32	32	0	32							
BAGUER MORVAN	30	30	0	30							
TOTAL	398	372	26	183	0	129	8	48	14	12	4

Ce manque de solutions de SMR est particulièrement préjudiciable à la filière gériatrique compte tenu de ses objectifs de fluidité, de réduction des durées d'hospitalisation en médecine gériatrique, de mise en place des démarches de préservation de l'autonomie de la personne âgée de manière précoce, de rééducation, d'éducation thérapeutique, de traitements itératifs...

C'est dans cette mesure que le Projet de la Filière Gériatrique propose de **créer des capacités de SMR pour les personnes âgées polypathologiques dépendantes (PAPD)**, notamment en hospitalisation de jour (30 places) pour la prise en charge des troubles cognitifs et le repérage des fragilités, mais également des lits et places de SMR spécialisés sur de nouvelles mentions³². Ces lits de SMR seront orientés vers la prise en charge des pathologies Alzheimer et apparentées, et s'inscriront ainsi parfaitement dans la filière gériatrique.

Le projet prévoit également **la création d'une seconde UCC de 10 lits, implantée sur l'Hôpital Territorial qui permettra de disposer d'une filière complète pour la prise en charge des troubles du comportement sur un terrain de démence sur le site malouin.**

L'hôpital de jour SMR gériatrique a pour objet de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales des déficiences et des handicaps associés au grand âge, ainsi que de promouvoir une réadaptation et une éducation thérapeutique visant au maintien à domicile du sujet âgé.

Il s'agit d'une prise en charge spécialisée, pluridisciplinaire, nécessitant un plateau technique spécifique et créant les conditions d'une coordination des différents intervenants dans une prise en charge concomitante.

L'HJ SMR PAPD s'inscrit dans la filière gériatrique d'un territoire et développe son activité en liens étroits avec l'amont (SMR polyvalents ou PAPD en hospitalisation complète, court séjour gériatrique) et l'aval (Médecine de ville, USLD, HAD, secteur médico-social). Il est aussi en lien avec la consultation mémoire, la gérontopsychiatrie, les services de soins palliatifs, voire l'onco-gériatrie. L'HJ SMR PAPD doit développer les « passerelles » avec les établissements médicosociaux du territoire et les acteurs du maintien à domicile. Il offre ainsi une prise en charge que la médecine de ville ne peut mettre en œuvre, tout en évitant une hospitalisation complète.

Synthèse Groupe de travail PAPD, ARS Bretagne, 2012

³² Voir projet de la filière Soins Médicaux de Réadaptation, page 163.

Ces deux unités cognitivo comportementale, de 10 lits chacune, situées à proximité des unités de SMR gériatrique sur chacun des sites, dans un secteur sécurisé, proposeront un programme personnalisé de réhabilitation cognitive et comportementale, commun à la Filière³³. Cette « spécialisation » cognitivo - comportementale pour l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, implique l'intervention dans ces unités de personnels spécifiques (psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, assistant de soins en gérontologie) et l'accès à un service psychiatrique organisé sur le territoire. Elles relèveront toutes deux d'une gouvernance commune afin de garantir l'organisation commune, la convergence des pratiques et l'inscription dans la filière gériatrique de ces deux unités, élément fondamental de la réorganisation de l'offre de soins du territoire.

Plus largement, la filière entend développer l'admission directe en SMR gériatrique, notamment dans le cadre de ses relations étroites avec la médecine et les professionnels de ville, et le retour à domicile, en s'appuyant, là encore, sur l'HAD et les services d'aides et d'accompagnement à domicile et ce, sur l'ensemble du territoire du GHRE.

Si les capacités de SMR gériatrique sont réparties sur les deux établissements en les positionnant sur l'Hôpital Territorial, d'une part, et sur le cœur de ville de Dinan, d'autre part, pour favoriser les interventions précoces et en court séjour, les nouvelles mentions seraient, quant à elles, installées dans le cœur de ville de Dinan.

Capacitaire cible

	CH de Saint Malo	CH de Dinan	CH de Cancale
Court séjour			
Hospitalisation conventionnelle	52 lits + ortho gériatrie	34 lits	
Hospitalisation de jour	X	X	
Plateau de consultation	X	X	
Équipe mobile de gériatrie	X	X	
SSR			
PAPD et polyvalent	30 lits (5 places non installées)	65 lits (dont 3 places HDJ SSR)	25 lits
Neuro locomoteur	20 lits et 8 places	-	-
UCC		10 lits mutualisés	-



	HOPITAL TERRITORIAL	Cœur de Ville de Dinan	CH de Cancale
Court séjour			
Hospitalisation conventionnelle	56 lits + ortho gériatrie	28 lits	
Hospitalisation de jour	7 places	7 places	
Plateau de consultation	X	X	
Équipe mobile de gériatrie	X	X	
SSR			
PAPD et polyvalent	30 lits et 15 places	30 lits et 15 places	25 lits
UCC	10 lits	10 lits	-
Neuro locomoteur		30 lits et 25 places	-
Autres mentions		20 lits et 25 places	
Cancérologie		15 lits	
Réhabilitation respiratoire		5 places	
Nutrition, maladies chroniques		17 places	
Pédiatrie		5 lits et 3 places	

Soit un renforcement des capacités à hauteur de 8 lits de SMR et de 58 places.

³³ La réflexion est d'ores et déjà engagée pour une implantation avant la réalisation du Grand Projet



Faire évoluer les structures hébergeant les personnes âgées

En termes de capacités d'accueil offertes aux personnes âgées, l'offre est supérieure à la moyenne régionale : si le taux global d'équipement en EHPAD se situe au troisième rang des plus faibles de la région, il reste néanmoins au-dessus du niveau national. L'offre en accueil temporaire et en accueil de jour est, quant à elle, proche du niveau régional. Le territoire se situe dans la moyenne régionale pour ce qui concerne les USLD. L'offre en maison de retraite non EHPAD et en résidence autonomie est très supérieure au niveau régional³⁴.

Deux équipes spécialisées Alzheimer (ESA) desservent les SSIAD. À l'inverse, le taux d'équipement en SPASAD, quatre fois plus important que le taux régional, est le plus élevé de l'ensemble des territoires. Pour compléter cette offre, quatre centres locaux d'information et de coordination (CLIC) sont présents sur le territoire (Saint-Malo, Dinard, Quévert et Combourg).

Nombre de places en structures d'accompagnement pour personnes âgées pour 1 000 personnes de 75 ans et plus en 2017

	Territoire de démocratie en santé	Bretagne
Maisons de retraite non EHPAD	3,1	1,9
Résidences autonomie	17,9	11,3
Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	118,1	120,3
Dont places en accueil temporaire	2,4	2,6
Dont places en accueil de jour	1,7	2,0
Services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SSIAD), y compris ESA	3,7	15,7
Services polyvalents d'aide et de soins à domicile pour personnes âgées (SPASAD)	15,9	4,0
Unité de soins de longue durée (USLD)	4,5	5,0

Sources : ARS Bretagne, Finess au 1^{er} janvier 2017, SAE 2015
Insee, recensement de population 2013

Le projet de la filière gériatrique entend profiter de la **nécessaire rénovation, voire reconstruction, des EHPAD pour faire évoluer structurellement l'offre d'hébergement** des personnes âgées dépendantes, en organisant :

- Des **capacités d'hébergement temporaire** : ces capacités permettront de développer ou de maintenir les acquis et l'autonomie de la personne accueillie et faciliter ou préserver son intégration sociale (article D 312-8 du CASF). Ce type d'hébergement constitue une réponse momentanée à la situation de la personne âgée et de son aidant, dans certaines situations, y compris d'urgence. **Il est un élément important de la filière gériatrique.** L'hébergement temporaire a ainsi vocation à offrir un temps d'accueil professionnel adapté à la personne accueillie et à s'articuler avec d'autres prestations qui participent de la mise en œuvre de son projet de vie, agissant avec elles en relais ou en complément.
- En poursuivant **le déploiement des « pôles d'accompagnement et de soins adaptés » (PASA)** qui accueillent des personnes ayant des troubles du comportement modérés, consécutifs particulièrement d'une maladie neurodégénérative associée à un syndrome démentiel, qui altèrent la qualité de vie de la personne et des autres résidents. Les PASA accueillent prioritairement des personnes qui résident en EHPAD (que ce soit en séjour temporaire ou permanent), mais selon les situations, les places disponibles et le projet d'établissement, certaines personnes accueillies peuvent provenir de leur domicile.
- En développant **des capacités d'Unités Hébergement Renforcées (UHR)** pour harmoniser les parcours sur tout le territoire, et fluidifier ainsi la filière UVS / UCC / UHR.
- En privilégiant la constitution de **petites unités de vie, de 15 à 20 patients**, dans les établissements, pour que les établissements favorisent le sentiment de « chez soi » des personnes accueillies, et préservent l'attractivité des établissements pour les personnels soignants.

³⁴ ORS Bretagne, PRS 2018 – 2022, Portrait de Territoire de Démocratie en Santé Dinan Saint Malo, mars 2018.



Renforcer les services de court séjour gériatrique (CSG)

Eu égard aux besoins actuels et à venir, le Projet de la filière est également de **renforcer l'offre des services de court séjour gériatrique** au sein d'une part, de l'Hôpital Territorial et, d'autre part, du cœur de Ville de Dinan en développant :

- La prise en charge gériatrique ambulatoire au sein d'Hôpitaux de jour de 7 places tant en termes de thérapeutiques que d'évaluation et de prévention des fragilités,
- La mise en place d'un secteur protégé de 15 places sur l'Hôpital Territorial,
- Les consultations avancées et les téléconsultations (et plus largement la télémédecine), notamment avec les EHPADs,
- Le parcours des patients relevant d'orthogériatrie, d'onco gériatrie et de cardio gériatrie, et le renforcement de la prise en charge géronto psychiatrique notamment sur le site de l'Hôpital Territorial,
- La permanence des soins sur le territoire, y compris en envisageant une astreinte infirmière de nuit sur les EHPADs.

L'organisation des soins sur le territoire permet ainsi une prise en charge de proximité sur chaque site, et une gradation des soins (accès à des prises en charge en soins spécialisés et des plateaux techniques de recours et de référence). Plus largement, la télémédecine, et le partage d'information plus largement, sont, une nouvelle fois, un **outil indispensable au développement de ces organisations, de la nécessaire convergence des pratiques, des partages d'expérience que suppose le Projet de la Filière.**

▷ Fluidifier le parcours d'hospitalisation de la personne âgée

Prévenir les hospitalisations et les passages aux urgences évitables,

« L'hôpital du futur idéal pour la personne âgée ? C'est l'hôpital où elle ne va pas. Si elle y va, c'est l'hôpital où elle ne reste pas. Si elle y reste, c'est l'hôpital qui sait prendre en compte ses besoins les plus spécifiques³⁵ »
Cette affirmation du rapport Libault irrigue la stratégie de la filière gériatrique du GHRE.

En amont, il s'agit d'éviter le recours à l'hospitalisation en s'appuyant sur l'ensemble des compétences gériatriques du territoire, **promouvoir le maintien à domicile** en s'appuyant notamment sur les outils numériques. Dans cette perspective a été mis en place le DAC à destination des professionnels et des patients les plus fragiles : la mise en place d'un **guichet unique centralisé** et organisé de manière continue, en lien avec le GHRE, pour les demandes d'avis et/ou d'expertise de la médecine de ville et des acteurs médico sociaux (permanence téléphonique, télémédecine, messageries sécurisées et téléexpertises) contribuera à cet objectif.

Permettre le maintien à domicile

Cette consolidation structurelle de la filière de prise en charge des personnes âgées du GHRE nécessite également de **renforcer les liens avec les HAD** (à développer sur Saint Malo, et à créer sur Dinan), et de promouvoir, en lien avec les professionnels de villes, les SSIAD, les SAD, de dispositifs innovants de maintien à domicile, notamment dans un contexte de relative pénurie : les places en SSIAD sont quatre fois moins nombreuses sur le bassin qu'au niveau régional et l'offre globale en soins infirmiers (libéraux, SSIAD et centres de soins infirmiers) fait apparaître sept bassins de vie moins dotés : Matignon, Dinard, Evran, Combourg, Broons, Caulnes et Pleine-Fougères.

³⁵ Rapport sur la Concertation Grand Age et Autonomie, Dominique Libault, 28 mars 2019.



Ce dernier passe également par le **renforcement de l'action des équipes mobiles de gériatrie (EMG), extra et intra hospitalières, sur le territoire**, notamment vers les EHPADs, et à travers la mise à disposition de compétences et d'expertises spécifiques : plaies et cicatrisation, chutes, nutrition, psychiatrie, (...). Il s'agit de renforcer l'action territoriale des équipes mobiles de gériatrie, de leur permettre des interventions à domicile, de développer des postes d'infirmières de pratiques avancées (IPA), de renforcer l'action des assistantes sociales vers les EHPADs et le domicile, de renforcer le travail conjoint avec l'HAD et l'articulation avec le SMR gériatrique, notamment en hôpital de jour (prévention et réhabilitation post chutes).

Dans le même esprit, le **développement de solutions de répit** pour les proches aidants, en interaction avec les autres acteurs du territoire, permet de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.

Tout cela va de pair avec la mise en place des outils numériques (téléexpertise, télémedecine).

Prévenir au maximum les situations de ruptures

La prévention des situations de ruptures s'articule, pour les professionnels du GHRE, autour de 4 axes :

- **Poursuivre le travail de coopération avec la ville** (Médecine de Ville, CPTS, Maisons de Santé, DAC, ICOPE), et l'HAD,
- **Limiter l'attente des personnes âgées aux urgences** et adapter la prise en charge en urgences à ses besoins spécifiques. Au-delà, la consolidation de l'offre d'orthogériatrie sur l'Hôpital Territorial en lien étroit avec les orthopédistes, permettra d'améliorer la prise en charge des patients âgés hospitalisés à l'issue d'un passage aux urgences,
- **Favoriser les admissions directes des personnes âgées polypathologiques dans les services de gériatrie** afin de limiter les passages aux urgences, tout comme dans les services de médecine (cardiologie, médecine interne et polyvalente, neurologie, ...). A cet égard, il est important de noter qu'il existe une **plateforme d'orientation du patient** dans la filière gériatrique (géront'aide) pour éviter le passage de la personne âgée aux urgences et son orientation vers les modalités de prise en charge les plus adaptées à sa situation (consultation, HDJ, UMG, CSG, réalisation de bilans, notamment de repérage de la fragilité de la PA).
- **Structurer en proximité la filière de prise en charge du patient présentant des troubles du comportement associés à une pathologie cognitive / démentielle :**
 - Assurer un suivi hors les murs via les équipes mobiles, l'accueil de jour et la plateforme de répit.
 - Développer et consolider des liens étroits avec la gérontopsychiatrie, notamment avec la Fondation Saint Jean de Dieu sur le territoire de Dinan et particulièrement avec **l'Équipe mobile de psychogériatrie** pouvant intervenir sur le lieu de vie du patient (EHPAD, domicile), pour une évaluation préalable et une orientation adaptée aux besoins (consultation de suivi, bilan en HDJ, hospitalisation en UCC ou médecine gériatrique).
 - Création d'un accueil gériatrique dédié aux urgences avec interventions des Équipes mobiles de gériatrie.
 - En fonction du profil du patient, organiser la prise en charge en court séjour gériatrique (bilan clinique et paraclinique, premières adaptations thérapeutiques, premières orientations étiologiques des troubles cognitifs) ou en UCC (prise en charge pluridisciplinaire spécifique des troubles du comportement démentiels médicamenteuse et non médicamenteuse).
 - Permettre la sortie du patient autour d'une prise en charge sociale et des structures d'accueil permanent ou temporaire adaptée à la prise en charge de ces troubles (USLD, UHR, PASA, ...).



Fluidifier le parcours hospitalier en diffusant l'expertise gériatrique au sein des établissements

L'amélioration de la fluidité du parcours de la personne âgée nécessite également de permettre un recours aisé à l'expertise gériatrique dans l'ensemble des services et de renforcer l'offre de gériatrie au sein des établissements hospitaliers afin de prendre en compte les besoins spécifiques de la personne âgée.

Pour cela, la **diffusion de l'expertise gériatrique**, par les avis, la télé expertise, les interventions des équipes mobiles de gériatrie est également un des axes de développement de la filière gériatrique, tout comme le sont le développement de l'offre **d'ortho gériatrie**, en lien avec le service de chirurgie orthopédique, d'une offre **d'onco gériatrie articulée avec l'HAD et dont le recours est organisé en lien avec le CHU de Rennes et Centre Eugène Marquis**, ou encore de **cardio gériatrie**, qui devront permettre des évaluations gériatriques en amont de la prise en charge, et son adaptation, pour prendre en compte les besoins spécifiques de chaque patient âgé au cours de son hospitalisation. L'accent est mis, en outre, sur l'amélioration de la réponse aux demandes d'avis au sein des services de court séjour, notamment en neurologie, en diabétologie, sur les plaies, ...

Il en va de même pour les patients âgés présentant des **troubles psychiatriques et/ou cognitifs** : la prise en charge doit alors permettre une approche pluridisciplinaire, associant l'expertise psychiatrique, sur le plan diagnostic et thérapeutique, et l'expertise somatique (gériatrique, neurologique).

Dans la même perspective, le projet médico soignant porte une attention particulière au renforcement de l'offre de soins proposée aux patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, à travers la mise en place de **deux unités cognitivo-comportementales (UCC)**, l'une sur le territoire de Saint Malo, la seconde sur celui de Dinan, afin d'améliorer le diagnostic et la prise en charge de ces patients, dans une logique de renforcement de la pluridisciplinarité entre psychiatrie et services de court séjour somatiques : l'objectif est de mieux organiser la filière, en lien avec les services de court séjour et de psychiatrie adulte, pour mieux prendre en charge les troubles cognitifs et les problèmes comportementaux, dans les maladies dégénératives notamment.

Anticiper, préparer et organiser la sortie d'hospitalisation et le retour vers son lieu de vie

L'objectif de limitation du temps de passage aux urgences implique également de travailler la pertinence de l'orientation dans le système de prise en charge et l'accès à des compétences adéquates, en lien étroit avec la médecine de ville. C'est la raison pour laquelle le PMSP du GHRE propose de maintenir **une offre de soins de court séjour sur le Cœur de Ville de Dinan** : la prise en charge en proximité, sur le territoire de vie des patients, l'accès à des services et plateaux techniques semblent ainsi indispensables à la préservation de l'autonomie des personnes et à la simplification des parcours pour les aidants, indispensables à une prise en charge de qualité.

Il en va de même dans le développement de l'accès à des prises en charges en SMR, y compris en hôpital de jour, y compris depuis les urgences, afin de permettre à chaque patient d'accéder à **des programmes d'éducation thérapeutique visant à la préservation et à la restauration de l'autonomie** de manière précoce à partir des urgences ou des lieux de vie de la personne âgée. C'est également l'objectif de l'Hôpital de Maladies Chroniques qui, en lien avec les professionnels de ville, doit permettre de préserver l'autonomie et de maintenir les patients au domicile le plus longtemps possible.

Il s'agit également **d'anticiper et de mieux préparer la sortie des patients âgés**, notamment les plus complexes, de manière plus systématique et plus fluide. Si cette anticipation nécessite tout d'abord d'augmenter les capacités d'hébergement en aval du court séjour, il n'en reste pas moins qu'il lui revient de **mobiliser les compétences et les services pour améliorer la préparation du retour à domicile** (ou vers l'hébergement dans une structure ad hoc) en prenant en compte les besoins de chaque personne (soins à domicile, isolement, conditions d'hébergement et adaptation des logements, ...) en lien avec la personne



âgée elle-même, son entourage le cas échéant, son médecin traitant et les professionnels de santé appelés à participer à sa prise en charge.

C'est dans cette perspective que le **développement d'un IDE POP et le renforcement du temps d'assistante sociale sont prévus**, afin de coordonner le retour du patient dans son lieu de vie habituel : repérage anticipée des critères de vulnérabilité, besoins en termes de préservation / restauration de l'autonomie, **besoins de coordination des professionnels de ville (médecins traitants, SSIAD, SAD, HAD, adaptation des logements, ...)**

Le développement de **l'hébergement temporaire dans les EHPADs**, promu par le projet peut également participer à la fluidité du parcours de prise en charge. En effet, l'allongement des durées de séjours en gériatrie s'expliquent souvent par le manque de solution d'aval et la longueur de mise en place du plan personnalisé du patient : la mobilisation des professionnels de l'aide et du soin à domicile, l'adaptation des logements sont fréquemment source de complexité et de risque de rupture pour les patients âgés : l'admission, en sortie d'hospitalisation de court séjour, en SMR, en hébergement temporaire sont autant de solutions que le GHRE souhaite mettre en œuvre pour limiter le temps de présence des patients âgés en court séjour, y compris dans des situations d'urgence.

▷ **Coordonner les acteurs**

Cette ambition d'amélioration de la prise en charge de la personne âgée nécessite de **poursuivre le travail engagé avec les acteurs impliqués dans la prise en charge sur le territoire**, au premier rang desquels le DAC, la CPTS de Saint Malo, celle – en cours de constitution - à Dinan, l'HAD, les structures médico-sociales et sociales, les services départementaux et les associations. La plateforme d'orientation du patient dans la filière gériatrique participe directement de cette volonté d'améliorer la coordination.

Elle nécessite de poursuivre l'implication dans les instances de coordination, et dans les comités locaux de coordination gérontologiques pour échanger sur les pratiques et diffuser la culture gériatrique.



6. La filière Néphrologie / Dialyse / HTA et Endocrinologie

▷ La Néphrologie

Si l'incidence et la prévalence de l'insuffisance rénale terminale (dialyse et greffe) sont inférieures en Bretagne par rapport au niveau national, le territoire 6 se caractérise par une incidence et une prévalence supérieure aux taux bretons³⁶, compte tenu de la part des personnes âgées sur le bassin. La croissance annoncée des pathologies cardio-vasculaires dans les prochaines années ne va que renforcer cette évolution épidémiologique : les maladies rénales vasculaires représentent d'ores et déjà la première cause d'insuffisance rénale terminale sur le secteur.

La filière de prise en charge s'est donc naturellement structurée autour d'une activité variée et complémentaire sur le territoire du GHRE. Le service de néphrologie du CH de Saint Malo, centre de référence sur le secteur, prend en charge les patients atteints d'insuffisance rénale aiguë et chronique, de troubles métaboliques, nécessitant des explorations des lithiases urinaires complexes ou récidivantes (...). Il est également spécialisé dans la prise en charge des hypertensions artérielles résistantes et sévères. Il est associé, dans son unité, à l'endocrinologie, compte tenu des liens qui existent entre les deux spécialités.

Il développe également une activité de dialyse, en complémentarité de celle de l'AUB, située en proximité immédiate notamment pour les patients nécessitant des dialyses en centre lourd, et les séances de dialyse de patients chroniques hospitalisés pour des problèmes aigus (infections, dysfonction d'abord).

Compte tenu de sa maturité, le projet de la filière vise à consolider son action de référence sur le territoire du GHRE, notamment en :

- ▷ Développant la prévention et l'inscription dans le parcours de soins, en lien avec les professionnels de ville,
- ▷ En consolidant le service comme centre de référence sur le territoire 6, en lien avec les autres acteurs hospitaliers, dans une triple logique de proximité, d'ouverture et de gradation des soins,
- ▷ En fluidifiant le parcours de soin, en amont, à l'intérieur de l'hôpital et en aval.

Développer la prévention et l'inscription dans le parcours de soins

Cette augmentation continue de la prévalence des maladies chroniques impose aujourd'hui le développement des actions de prévention en vue de réduire les conséquences de la maladie rénale chronique tant au niveau individuel qu'au niveau de la société :

- des actions de prévention primaire (suppression des facteurs de risque),
- des actions de prévention secondaire (prise en charge précoce des patients)
- des actions de prévention tertiaire (traitement optimal des invalidités fonctionnelles liées à la maladie).

³⁶ Les derniers chiffres fournis par le rapport REIN de 2017 notent une incidence en France (26 régions) d'insuffisance rénale terminale (dialyse et greffe) de 172 patients/ million d'habitants (pmh) et une prévalence de 1 294 pmh. Les taux en Bretagne s'établissent, pour le taux d'incidence à 140,9 pmh, 662 pmh pour les patients de plus de 75 ans, et le taux prévalence à 1090 pmh (530 pmh pour la dialyse et 560 pmh pour la greffe). On observe une augmentation continue de la prévalence sur 10 ans (830 pmh en 2008, 893 pmh en 2012 et donc 1090 en 2017). La prévalence du secteur 6 est la plus élevée de la région Bretagne en s'établissant autour de 1220 pmh.



Cette nécessité appelle le développement d'infirmières de pratiques avancées³⁷ et de délégation de tâches en matière de néphrologie dans tous les types de prévention. L'IDE de parcours a ainsi un rôle d'accompagnement et de coordination particulièrement important tout au long du parcours de soin MRC : dans le suivi et l'accompagnement du patient, dans la sensibilisation du patient à sa maladie, dans le fait de le rendre acteur de sa prise en charge.

Cette organisation doit permettre en outre de diminuer le nombre d'arrivées en urgence en dialyse et recentrer la consultation médicale sur l'expertise néphrologique : le médecin prend des décisions diagnostiques et thérapeutiques, l'IPA peut adapter le traitement à son initiative en fonction de son analyse de l'évolution clinique d'un patient porteur d'une pathologie chronique stabilisée et en se référant aux médecins dès que le besoin s'en fait sentir.

C'est également tout l'enjeu de la création du Centre de Maladies chroniques : développer, en lien avec les professionnels de ville, la prévention et l'éducation thérapeutique d'une part, prendre en charge dans une logique de suivi au long cours, les patients atteints de maladies chroniques d'autre part.

Consolider la filière comme référence sur le territoire 6

👉 La proximité et le renforcement de l'offre territoriale

La consolidation du service de néphrologie comme centre de référence et d'expertise dans la prise en charge néphrologique des patients rénaux aigus et chroniques s'appuie, dans le cadre du projet, sur une coopération étroite avec l'AUB et les professionnels de ville sur le bassin du GHRE.

Ainsi est-il prévu, en proximité, sur le cœur de ville de Dinan et l'Hôpital Territorial, de développer des consultations externes, de l'hospitalisation de jour et des programmes d'éducation thérapeutique pour la prise en charge de l'IRC sévère, le suivi, l'organisation des parcours en pré et post greffes pour faire face aux besoins et réduire les délais, compte tenu des demandes croissantes des services et des médecins de ville.

👉 Continuité, permanence et gradation des soins

Le service de néphrologie-dialyse de Saint-Malo, qui a ouvert en 1989, s'est construit très rapidement en coopération avec l'AUB, établissement de santé privé à but non lucratif fondé, quant à lui en 1971, ce qui explique les liens forts qui existent entre les deux établissements concernant la prise en charge des patients insuffisants rénaux : consultation d'information pré-dialyse réalisée par un médecin de l'AUB, astreintes communes, staff de néphrologie et de dossiers difficiles discutés en commun, participation des médecins de l'AUB au staff parathyroïde réalisé,...

La proximité du service de néphrologie et du centre d'hémodialyse hospitalière permet le repli dédié aux patients de l'AUB nécessitant une hospitalisation en néphrologie ou dans un autre service d'hospitalisation (hors réanimation). Il s'agit là d'une dimension essentielle à conserver dans l'Hôpital Territorial, autant qu'il est possible.

Les médecins hospitaliers assurent avec l'aide des médecins attachés de l'AUB une astreinte en dehors des heures d'ouverture de nos centres lourds de dialyse : la nuit et le week end le dimanche.

Cette astreinte est nécessaire pour répondre aux demandes spécifiques liées :

- gestion des appels de greffe
- gestion des replis des patients dialysés péritonéaux

³⁷ Décret du 18 juillet 2018



- avis/ aide à la prise en charge patients insuffisants rénaux, dialysés, greffés
- le dimanche, le médecin d'astreinte assure également une visite le matin dans le service et passe si besoin voir des patients dans les autres services.

Le recours est organisé avec le CHU de Rennes, avec lequel les équipes du GHRE ont développé de nombreux contacts (staffs complexes, suivis des patients en pré / post greffes, ...). Ils prennent en charge une cohorte d'une centaine de patients greffés dont une très large majorité conjointement avec le CHU de Rennes.

Fluidifier et moderniser les modes de prises en charge des patients

La structuration du parcours de soins et la prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique au stade III B ou au stade sévère de maladie rénale chronique (MRC) vise à mettre l'accent sur l'autonomie, la préservation de la fonction rénale, autant que possible, et, le cas échéant, la préparation de la phase de suppléance, notamment l'accès à la liste de greffe, à la greffe et à des modalités de dialyse favorisant les soins à domicile ou à proximité du domicile.

Cette structuration repose sur l'inclusion des patients dans un parcours formalisé par la médecine de ville et prévoit l'implication systématique du néphrologue dès l'inclusion pour ralentir la progression de la MRC et retarder le besoin de traitement de suppléance en optimisant les plans de soins, tout en orientant plus précocement les patients qui le nécessitent vers une préparation au traitement de suppléance.

Elle implique, pour le service du GHRE de développer et consolider :

- o Les liens avec les médecins de Ville, dans l'optique de la création d'une « alliance thérapeutique » entre les médecins traitants et les néphrologues,
- o La systématisation de la prise en charge pluridisciplinaire (Néphrologue, IDE, Diététicienne) de ces patients au niveau hospitalier,
- o Le renforcement du temps et le rôle d'IDE de parcours des maladies chroniques,
- o L'offre de suivi au long cours, notamment par le développement des outils numériques (télé suivi, télé expertise, ... à destination des patients dialysés, pour le suivi des IRC, l'HTA
- o La création et la structuration, au sein de l'hôpital territorial, d'une filière vasculaire complète sur l'hôpital territorial (chirurgie, radio-interventionnelle).

De plus, le profil des patients accueillis, de plus en plus âgés et poly pathologiques, nécessitent de poursuivre le travail avec les autres services de l'hôpital (cardiologie, diabétologie, gériatrie, douleur, soins palliatifs, notamment de l'EMSP dans la discussion des cas les plus difficiles...) d'une part et renforcer les capacités d'aval sur le territoire, en proximité du lieu de vie du patient (SMR Gériatrique), pour fluidifier les parcours et diminuer les DMS des séjours des patients, qui restent élevées.

L'enseignement et la recherche

Le projet de la filière entend renforcer la recherche, qui est d'ores et déjà développée en néphrologie (travaux sur les néphropathies médicamenteuses et l'adaptation des médicaments chez l'insuffisant rénal, la polykystose rénale, l'étude de membranes et le choix des bains de dialyse, étude d'une EPO en dialyse...)

Enfin, il entend poursuivre son action d'enseignement et de formation :

- ↳ A destination des médecins, hospitaliers et de ville via le réseau Rivarance, et à travers l'encadrement de thèses de médecine,
- ↳ A destination des personnels paramédicaux : implication dans les formations infirmiers, les formations au sein du service qu'elles soient institutionnelles (hypnose) ou plus spécialisées via le réseau AFIDTN.



▷ Zoom sur la dialyse

Le nombre de séances de dialyse réalisées en 2019 sur les 8 postes hospitaliers (dont 1 de repli) a été de 4458 comprenant le traitement des insuffisances rénales chroniques et aiguës. Les points d'attention traditionnels du service portent évidemment sur les problèmes de dysfonction d'abord, d'infections de cathéter, de plaies du diabétique, de la qualité d'eau de dialyse, d'accès à la greffe...

Plus récemment, le travail des équipes s'est orienté notamment sur la qualité de vie du patient :

↳ **sur la douleur et le bien-être**: pour les gestes aigus possibilité d'utilisation du méopa, une partie de l'équipe formée à l'hypnose et toute l'équipe est formée (ou finira de l'être en 2021) à la communication thérapeutique (dont 2 médecins). L'équipe paramédicale se forme également à l'aromathérapie avec 2 protocoles sur le centre hospitalier.

Le centre a été rénové en 2010 permettant depuis d'offrir à nos patients les techniques de dialyse les plus innovantes (hémodiafiltration online grâce à un circuit d'eau ultrapure).

Concernant l'équipement du centre de grands changements ont été réalisés ou sont en attente d'être réalisés : modification du système informatique (remplacement du logiciel Dialog7 par le logiciel Medial) début 2020 ; changement de la boucle et du traitement d'eau fin 2020 ; **nécessité réglementaire d'envisager de remplacer l'ensemble de nos générateurs de dialyse sur la période 2020-2021** (mis en fonction il y a 10 ans).

Le PMSP prévoit d'installer deux postes de dialyse supplémentaires tout en conservant le poste de repli dédié à l'AUB.

↳ **Un questionnaire « qualité de vie »** est également proposé aux patients une à deux fois par an en préparation de la consultation annuelle. Il permet de mettre en avant des douleurs chroniques qui peuvent avoir des effets sur la qualité de vie des patients.

↳ **Le suivi du poids sec** en utilisant le module BCM de Fresenius afin de limiter les épisodes d'œdème pulmonaire entre les dialyses ou les malaises de fin de dialyse,

↳ **L'adaptation des membranes de dialyse** : une membrane spécifique pour les problèmes

Au sein du Centre de dialyse, le **poste dit « AUB »** est géré par cette association pour le repli de leurs patients hospitalisés. En 2019, 456 séances de dialyse ont été réalisées sur ce poste. L'existence de ce poste est rendue nécessaire par le grand nombre d'hémodialysés pris en charge sur le secteur 6 par l'AUB.

▷ Zoom sur la prise en charge de l'HTA

Par ailleurs, l'hypertension artérielle est la première maladie chronique dans le monde et un des principaux facteurs de risque cardio-vasculaire. Elle concerne plus de 10 millions de français. On estime que 20 % des hypertendus ne sont pas traités et que parmi ceux traités 50 % n'atteignent pas les objectifs (rapport HAS 2016).

La prise en charge initiale de l'HTA repose sur la médecine de ville (médecins généralistes et cardiologues de ville). Le projet vise à proposer une offre complémentaire d'HTA spécialisée (nécessitant la constitution d'une équipe avec IDE spécialisée, temps diététicien, ...) pour permettre notamment :

- ✓ Des consultations hospitalières spécialisées : HTA résistante, HTA sévère, HTA du sujet jeune, HTA de la femme enceinte, HTA et hypokaliémie,...
- ✓ Des bilans en HDJ et HDS : bilans d'imagerie, bilans biologiques, bilans cardio-vasculaires, bilan syndrome apnées du sommeil, ...
- ✓ Des hospitalisations complètes dans le service de néphrologie (hôpital territorial)



- ✓ Des prises en charge conjointes pour certains patients avec d'autres spécialités : endocrinologie, tabacologie,...
- ✓ Mise en place souhaitée d'un staff d'HTA
- ✓ Projet de télésurveillance automesure
- ✓ Education thérapeutique

Le projet de la filière porte ainsi la création d'une **structure de prise en charge d'excellence sur l'hypertension artérielle**³⁸ au sein du GHRE **par transfert du centre d'excellence d'HTA de l'hôpital Arthur Gardiner de Dinard sur l'Hôpital Territorial**, et son intégration au service de néphrologie. Ce centre de référence suppose :

- La mise en place d'une équipe spécialisée (spécialistes en HTA, IDE spécialisée idéalement profil IPA, temps diététicien,... avec recours à des spécialités divers en fonction du profil des patients (endocrinologie, pneumologie,...)
- Le déploiement d'une offre de consultations spécialisées d'HTA sur l'Hôpital Territorial et le cœur de ville de Dinan (selon effectifs et dimensionnement de l'équipe)
- Le développement d'une offre de prévention et de suivi au long cours par le développement de programmes spécifiques d'éducation thérapeutique en HDJ (HT et Dinan).
- L'organisation du recours aux avis spécialisés présents dans l'Hôpital Territorial (diabétologie, neurologie, obstétrique, urgences, ...) que cela soit pour les patients hospitalisés ou pour les professionnels de ville.
- Un volet recherche en partenariat avec les autres centres d'excellence, en HTA : ouverture aux techniques non médicamenteuses dans l'HTA (barostimulation carotidienne, dénervation rénale, accès aux nouvelles classes d'antihypertenseurs) et des possibilités induites par la télésurveillance, le télésuivi et les objets connectés.
- Un volet formation

▷ L'endocrinologie / diabétologie

L'endocrinologie / diabétologie entend poursuivre et **renforcer ces activités transversales et territoriales** (diabète, syndromes métaboliques, obésité morbide, dyslipidémie, pathologies endocriniennes : thyroïde, hypophyse, surrénales, pathologies de la reproduction, tumeurs endocriniennes et métabolisme phosphocalcique) autour de **liens fort avec les professionnels de santé de ville**.

Il s'agit d'un besoin indéniable au vu de l'accroissement de la demande (découverte de diabète/pathologies endocriniennes fréquentes, avis thérapeutique, bilan éducatif partagé). Les patients sont isolés et/ou précaires, très âgés, jeunes étudiants, ou très actifs.

Les délais d'attente de rendez-vous de consultations de Diabétologie/endocrinologie sont allongés à près d'un an- aggravés par la crise du Covid-19. Il existe un risque de fuite de patients vers d'autres territoires.

L'objectif est ainsi d'apporter une réponse aux besoins de Santé Publique et de la population en limitant les délais de prise en charge dans des parcours fluides et lisibles. Il s'agit :

- ↳ De développer **l'hospitalisation de jour (HDJ)** et d'accompagner **l'externalisation de l'ambulatoire** par le biais de **l'HDJ pluridisciplinaire « prise en charge du diabète »**, avec montée en charge / GHS taux plein et des **HDJ complexes** (pathologies endocriniennes complexe, syndrome métabolique, prise en charge diabétologique complexe) nécessitant un plateau technique au Centre hospitalier territorial.

³⁸ Dès 2015, l'hôpital Gardiner avait été favorable à ce transfert également souhaité par l'ARS. Le rapprochement actuel du CH A Gardner et de la GHT Rance Emeraude devrait faciliter ce transfert d'activité et la mise à disposition du Dr Denolle au CH Saint Malo.



- ↳ **D'élargir cette offre à l'ensemble des pathologies endocriniennes** (hypophyse, surrénales, et pathologie du métabolisme phospho-calcique et de la reproduction) : RCP mensuelle, lien avec le CHU ; Création d'une **Unité de thyroïdologie : échographie, cytoponction, HDJ spécifique avec médecin ORL et radiologue.**
- ↳ **de mettre en place des consultations avancées**, sur les cœurs de ville en favorisant le développement des délégations de tâches et le déploiement des IPA
- ↳ **De développer, en lien avec les chirurgiens digestifs la filière obésité/chirurgie bariatrique.**
- ↳ De permettre une prise en charge en **HDJ pluridisciplinaire de « transition » pédiatrie-adultes (avec pédiatre, IDE-ETP).**

Il s'agit également, de mettre en place **le suivi au long cours des patients, en lien avec le Centre de Maladies Chroniques** par l'intermédiaire :

- du renforcement de **l'équipe mobile de diabétologie/endocrinologie**, au CHT comme au centre hospitalier Dinannais.
- de la **télémedecine** (télésurveillance, téléconsultations, téléexpertise), et répondre ainsi à l'évolution des pratiques professionnelles et la mise en place des nouveaux **objets connectés** (tel que la « boucle fermée » (= pancréas artificiel) à trois composantes : capteur du glucose interstitiel (MCG), pompe à insuline et appareil de commande) dans le diabète de type 1) ; Mise à disposition dès 2021 de la « boucle fermée », sous réserve de l'obtention de l'agrément en tant que centre expert et centre de suivi auprès de l'ARS.
- **Du renforcement de l'éducation thérapeutique** autour de programmes dédiés reconnus (bilans pluridisciplinaires individuels ou collectifs, équipe mobile) : Diabètes- Syndrome métabolique- Diabète gestationnel.

Le projet porte également sur le **renforcement de la coordination entre soignants en intra et extra hospitalier** notamment dans le parcours de soins des pathologies endocriniennes, diabètes de Type 1 et 2 et des diabètes gestationnels. **Le lien ville Hôpital doit être renforcé** avec l'ensemble des partenaires extérieurs, notamment :

- EHPAD-Hôpital, SMR-hôpital et la médecine générale,
- CPTS, infirmiers en pratique avancée (IPA)
- Détenus, ...

Le Projet médical partagé garantit une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours, conformément à l'article L. 6232-1 – II du code de la santé publique. a été appliquée pour la Diabétologie.

L'enjeu pour le GHRE est de rester un centre de référence et de recours, notamment sur le pied diabétique (labélisation) et la mise sous pompe à insuline/nouvelles technologies en ambulatoire (boucle semi-fermée) dont le pilier sera la télémedecine.



7. La filière Pneumologie

La part croissante des maladies respiratoires en termes de mortalité et de morbidité, due autant au vieillissement de la population, qu'au tabagisme, et à l'accroissement de la pollution et autres facteurs environnementaux, place la pneumologie au cœur des problématiques de santé publique. C'est la raison pour laquelle le PMSP du GHRE ambitionne de **redimensionner l'offre de pneumologie tout en consolidant sa diversité** : pneumologie générale, prise en charge de l'insuffisance respiratoire, oncologie, infectiologie, maladies interstitielles, maladies du sommeil, allergologie, réhabilitation respiratoire, ...

Cette consolidation de la filière pneumologique s'entend en matière de capacités, de compétences, de restructuration des organisations, et d'accessibilité aux expertises et aux compétences spécialisées sur le territoire. Ainsi, le Projet de Pneumologie s'articule-t-il autour de **4 axes prioritaires** :

- ▷ Renforcer la prévention, en lien avec les professionnels de ville,
- ▷ Accompagner les évolutions organisationnelles des prises en charge au sein du GHRE,
- ▷ Développer une activité d'excellence sur l'ensemble du territoire du GHRE, sur tous les segments de la pneumologie, pour répondre aux besoins grandissants de la population,
- ▷ Fluidifier le parcours du patient en péri hospitalier et en post hospitalier.

▷ Renforcer la prévention, en lien avec les professionnels de ville

L'impératif de prévention, inscrit dans le Programme Régional de Santé tout comme dans les Contrats Locaux de Santé des pays de Dinan et Saint Malo trouve, en matière de maladies respiratoires, un écho particulier : compte tenu de la prévalence des maladies respiratoires, de l'impact de la pollution dans la genèse, le développement, voire l'aggravation des maladies, il s'agit de renforcer la dynamique de prévention sur le bassin du GHRE :

- ⇒ **Poursuivre, en coordination avec les pouvoirs publics, les actions de prévention** mises en place, au niveau tant régional que local par la mobilisation des acteurs hospitaliers, des acteurs de ville et des différentes associations engagées dans ces actions, notamment pour ce qui concerne les campagnes territoriales de dépistage du cancer du poumon, qui reste l'un des trois cancers les plus fréquents et responsables de près de la moitié des nouveaux cas diagnostiqués chaque année en Bretagne³⁹.
- ⇒ Mettre en place de **nouvelles actions, d'information et de la prévention des infections respiratoires.**
- ⇒ **Amplifier les actions de prévention tertiaire** permettant de ralentir l'aggravation progressive d'un handicap respiratoire avéré, et favoriser la réhabilitation des handicapés respiratoires.

³⁹ Source : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016, collectif Janvier 2019



► Accompagner les évolutions organisationnelles des prises en charge

Le virage ambulatoire

La pneumologie est une discipline particulièrement marquée par le virage ambulatoire⁴⁰, notamment pour ce qui concerne :

- Les évaluations diagnostiques et thérapeutiques, la désensibilisation aux allergènes,
- Certains actes diagnostiques (écho-endoscopie avec ponction transbronchique à l'aiguille, biopsie transthoracique sous scanner),
- La prise en charge d'embolies pulmonaires non graves,
- La prise en charge des pneumothorax,
- La mise en place de soins palliatifs ...

L'enjeu est par conséquent d'accompagner ce virage ambulatoire à travers la **mise en place d'un hôpital de jour de diagnostic et de suivi** (bilans diagnostics avec un parcours optimisé avec les plateaux techniques pneumologique et radiologique, soins de supports, éducation thérapeutique TCO / immunothérapie) d'une part, et d'un **hôpital de jour thérapeutique multidisciplinaire** (chimiothérapies, biothérapies antiasthmatiques, aérosols spécifiques, perfusion d'immunosuppresseurs, ...) d'autre part, y compris pour des situations semi-urgentes.

Le développement d'un Centre de Polysomnographie

Les troubles du sommeil (insomnies, syndromes d'apnées-hypopnées du sommeil, narcolepsie, ...) concernent près d'un adulte sur trois, à un moment ou à un autre de sa vie, et augmentent avec l'âge du patient. La filière Pneumologie du GHRE entend développer cette activité de polysomnographie, en lien étroit avec la filière neurologie.

Cela nécessite la **mise en place d'un « laboratoire de polysomnographie »** qui doit permettre l'exploration de la qualité du sommeil et de la vigilance à l'aide de techniques subjectives (appréciations du patient et de son entourage) et objectives (actimétrie, tests de vigilance, électro encéphalogramme (EEG), électro-oculogramme (EOG), électromyogramme (EMG), électrocardiogramme (ECG), mesure de l'effort respiratoire, du débit respiratoire, de la pression partielle en gaz carbonique et/ou en oxygène (PaCO₂/PaO₂), saturation oxyhémoglobinée (SaO₂), position du corps et bruits respiratoires). L'enregistrement doit se faire dans une ambiance peu lumineuse, sous surveillance de personnel médical/technique ou infirmier spécifiquement formé à la réalisation des études du sommeil et présent en continu pour surveiller les enregistrements et aider le patient, ou sans surveillance : l'interprétation des données est alors réalisée uniquement par un technicien ou un médecin/expert spécialiste du sommeil en utilisant des critères prédéfinis, voire par un logiciel approprié.

L'alourdissement des prises en charge

Pour autant, ce virage ambulatoire ne doit pas occulter que la prévalence des maladies respiratoires et le vieillissement de la population entraîneront une augmentation significative des files actives, notamment des patients âgés, vulnérables et fragiles, nécessitant de **conserver des lits d'hospitalisation conventionnelle pour des prises en charge lourdes et/ou palliatives**.

⁴⁰Rapport de l'IGAS/IGF, développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine, : « ce sont les spécialités « Digestif » en premier lieu, puis « Cardio-vasculaire » et « Pneumologie », qui comptent le plus de séjours d'une et deux nuitées, et pourraient par conséquent être ciblées de manière prioritaire (...) », 2015.



En ce sens, la poursuite de la tendance à la hausse de l'activité d'oncologie thoracique s'accompagne d'un **maintien des lits identifié de soins palliatifs (3 LISP)** au sein du service d'hospitalisation de pneumologie et **de liens étroits avec l'Unités de Soins palliatifs et les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)**.

De plus, l'alourdissement des prises en charge milite également pour faire évoluer l'organisation de la continuité et la permanence des soins. Le **regroupement, sur l'Hôpital Territorial de l'ensemble de l'activité d'hospitalisation conventionnelle** de pneumologie, les **développements attendus de l'activité portant l'équipe à 13 praticiens** (équipe médicale cible) permettent également d'inscrire dans le projet de la filière Pneumologie le renforcement de la continuité des soins, par la **mise en place d'un « numéro unique » téléphonique** pour rendre les avis au sein des établissements du GHRE, répondre directement aux médecins de ville et développer la télé expertise.

La permanence des soins pourra être également réformée à travers l'organisation d'une **astreinte opérationnelle** spécifique pour la pneumologie (astreinte opérationnelle les nuits et les week-ends après-midi, et présence sur site le samedi et le dimanche matin), en lien étroit avec les urgences (protocolisation de prise en charge, ...) et les équipes para médicales (délégations, ...).

▷ Développer une activité d'excellence sur l'ensemble du territoire du GHRE

Renforcer le plateau technique sur l'Hôpital Territorial et l'accessibilité aux techniques innovantes

Il s'agit également de **conforter l'équipe médicale de territoire, de consolider les compétences spécialisées** présentes dans le service (EBUS, allergologie, oncologie, polysomnographie, ...) et les liens étroits avec les autres services cliniques, biologiques et la pharmacie, mais également de développer un **plateau technique de pneumologie de haut niveau**.

En effet, la pneumologie est fortement impactée par les **innovations diagnostiques en développement** : imagerie thoracique et radiologie interventionnelle, endoscopie bronchique, diagnostic moléculaire, exploration de la commande ventilatoire, des troubles respiratoires du sommeil, des dysfonctions musculaires respiratoires, ...

Le regroupement de l'ensemble des explorations et techniques interventionnelles sur l'Hôpital Territorial doit, outre l'optimisation des ressources d'anesthésie, permettre d'intégrer plus facilement ces innovations, qu'elles soient diagnostiques ou thérapeutiques (mini sonde pour améliorer la qualité de PEC des lésions pulmonaire en termes de délai de diagnostic et d'accessibilité de méthode, développement de technique de tolérance et de relaxation avec hypnose, casque de réalité virtuel, ...) et de **développer la recherche clinique** (pneumo-oncologique notamment) avec le CHU de Rennes et le Centre Eugène Marquis.

Plus largement, le développement des liens, déjà nombreux, avec le CHU de Rennes permettra de faciliter l'accès, y compris en recours, aux techniques innovantes.

Renforcer la proximité et fluidifier le parcours du patient en péri hospitalier et en post hospitalier

Du fait de l'allongement de la durée de vie dans certaines pathologies (ex. : cancer du poumon) et de son impact sur les files actives de patients et leur suivi, en dehors même des innovations diagnostiques et thérapeutiques, l'essentiel des innovations de prise en charge sera en lien avec les nouveaux modes d'organisation pour **renforcer la prise en charge en proximité et fluidifier le parcours du patient**, notamment entre la Ville et l'Hôpital :



- ⇒ Mise en place de consultations avancées sur le cœur de ville de Dinan, et structuration du rendu d'avis au sein du Cœur de ville, et pour la Médecine de Ville à travers des outils numériques communs
- ⇒ Formation et recrutement d'IDE de coordination, d'IDE de pratique avancée (IPA), pour faciliter l'orientation des parcours et le suivi des pathologies chroniques,
- ⇒ Mise en place de parcours d'éducation thérapeutique avec le Centre des maladies chroniques (éducation thérapeutique, prévention, bilan, suivi) à Dinan autour de l'HDJ médical multidisciplinaire et d'une prise en charge en hospitalisation programmée de courte durée (type HDS),
- ⇒ Intégration plus complète des personnels non-médicaux à la prise en charge des patients en développant l'activité d'IPA, en leur déléguant certaines activités d'éducation thérapeutique,
- ⇒ Développement d'un parcours de réhabilitation respiratoire, partie intégrante des soins hospitaliers de certaines affections en soins de suite et de réadaptation, notamment en ambulatoire⁴¹, et en lien étroit avec les professionnels de ville,
- ⇒ Développement des soins de supports, des programmes « après cancer »: temps de psychologue, diététique, tabacologie, kinésithérapie, ...
- ⇒ Développement de la télémedecine et du télé suivi.

Enfin, il s'agit de **favoriser les admissions directes dans le service de pneumologie** et d'éviter les passages inutiles au SAU, que cela soit sur l'Hôpital Territorial ou sur le cœur de ville de Dinan.

⁴¹ Voir projet Filière Soins Médicaux de réadaptation, page 163.



8. Les Filières médicales (rhumatologie, médecine interne et infectiologie, médecine polyvalente, post urgence et de proximité)

Malgré les évolutions de prise en charge et le développement de l'ambulatoire, et compte tenu de l'évolution démographique de la population, et des polyopathologies qui y sont souvent associées, les besoins en **médecine hospitalière se sont beaucoup développés ces dernières années.**

« Il s'agit d'un enjeu notable pour les pouvoirs publics qui se doivent d'assurer la pérennité d'accès à des soins de qualité pour tous les citoyens quelles que soient leur situation sociale ou géographique » souligne Frédéric Valletoux, président de la FHF.

Ainsi, **le vieillissement de la population et la croissance des maladies chroniques constatées sur le territoire du GHRE** plaident, d'une part pour la consolidation de capacités de médecine (rhumatologie, infectiologie, interne et polyvalente) au sein de l'Hôpital Territorial, regroupant les disciplines médicales nécessaires aux patients du territoire mais dont l'activité, la spécialisation ou le mode de prise en charge ne justifient pas de la création d'un service propre, tout en conservant sur le territoire de Dinan une offre d'hospitalisation de « Médecine de Proximité », d'autre part.

Toute la difficulté du Projet de la filière médecines a consisté à équilibrer le développement de prises en charge en proximité et la nécessaire concentration d'autres prises en charge compte tenu de la spécialisation, du plateau technique requis, ou de la rareté des ressources humaines médicales.

Ce sont ces enjeux qui ont guidé les réflexions du GHRE pour ce qui concerne la Filière Médecine. Le PMSP de la filière médicale vise, dans cette perspective, à :

- ▷ Adapter l'offre hospitalière au sein du GHT pour garantir à tous les patients une offre adaptée et accessible à tous,
- ▷ Renforcer les spécialités médicales pour accompagner les prises en charge et offrir aux patients des parcours simples et cohérents,
- ▷ Développer une activité d'excellence en médecine,
- ▷ Fluidifier le parcours du patient.

▷ Réorganiser l'offre hospitalière pour garantir une réponse adaptée et accessible à tous

La restructuration de l'offre en médecine vise à organiser une réponse de proximité accessible à tous sur le territoire tout en sécurisant les prises en charge les plus complexes, éviter les transferts vers l'Hôpital Territorial de l'ensemble des patients relevant d'une hospitalisation et permettre de convertir aisément une hospitalisation ambulatoire en hospitalisation conventionnelle si les besoins du patient le requièrent.

Dans cette perspective, la répartition de l'offre de médecine s'organise comme suit :

	SERVICES	CAPACITAIRE CH SAINT MALO 2021		CAPACITAIRE CH de DINAN 2021		CAPACITAIRE HOPITAL TERRITORIAL 2028		CAPACITAIRE CŒUR DE DINAN 2028	
		HC	HDJ	HC	HDJ	HC	HDJ	HC	HDJ
MEDECINE	Diabétologie - Néphrologie (dont dialyse)	22	8			28	10		
	Med aigue gériatrique	52		22		56	7	28	7
	Hépatogastroentérologie	20				21			
	Onco Hématologie	21				28			
	Maladies Respiratoires Infectieuses (10 lits d'infectieux)	26		14		28			
	Cardiologie et Médecine Vasculaire	22		18		42	7		
	Neurologie - Unité Neuro Vasculaire	24		12		28		10	
	HDS de médecine	25		9					
	HDJ de médecine		8		25		15		28
	HDJ Onco Hématologie		18				22		8
	Médecine à orientation rhumatologie			12		28			
	Médecine à orientation médecine interne et infectiologie					28			
	Medecine à orientation post urgence					28		32	
Soins palliatifs	13				14		8		
		225	34	87	25	329	61	78	43

(*) regroupant, en sectorisant, la rhumatologie, l'infectiologie, la médecine interne, la médecine interne et polyvalente et la médecine post urgences

Elle prévoit notamment la consolidation des capacités de Médecine Interne, polyvalente et post urgences, de rhumatologie et d'infectiologie sur l'Hôpital Territorial, et conserve, sur le Cœur de Ville de Dinan, trois services de médecine (dont un service de médecine aigue gériatrique)

Sur l'Hôpital territorial seront donc déployés 3 services de médecine qui pourraient être, en fonction des besoins des patients, du développement des activités concernées et de la substitution ambulatoire, répartis comme suit :

- Une unité de médecine polyvalente à orientation rhumatologique de 28 lits, dont le projet vise à développer l'expertise, notamment interventionnelle,
- Une unité de médecine polyvalente à orientation médecine interne et infectiologie (28 lits),
- Une unité de médecine polyvalente de 28 lits à orientation post urgence.

Sur Dinan, deux unités sont destinées à accueillir de la « médecine de proximité et post urgences », le centre des Maladies Chroniques, l'UP AVC (8 à 10 lits) et les LISP regroupés (8 lits).

La définition de cette médecine de proximité sur le Cœur de Ville de Dinan répond entre autres à des attentes des médecins de ville qui souhaitent accéder, en proximité, à des capacités d'hospitalisation pour leurs patients les plus vulnérables, notamment les patients polyopathologiques et est rendue nécessaire par les besoins d'hospitalisation post urgence.

Cette « médecine de proximité » repose sur le principe de subsidiarité : prendre en charge les patients au plus près de leur lieu d'habitation, sauf dans le cas où la situation excède les possibilités humaines et techniques des acteurs de proximité. Elle sert, à travers des capacités conventionnelles et ambulatoire, de point d'appui à l'urgence et aux soins non programmés de l'établissement et de la Ville, à la prise en charge des maladies chroniques (programmes développés en ambulatoire et en hospitalisation conventionnelle), a vocation à conforter l'offre du cœur de Ville de Dinan et à s'inscrire dans le cadre du réseau de proximité.

Elle nécessite un plateau technique, notamment un accès aisé à l'imagerie et à la biologie, mais également à des avis spécialisés, et des procédures formalisées de prise en charge de l'urgence, sur site ou par transfert.

Il s'agit sur le site du Cœur de Ville de Dinan, et conformément à sa vocation, de développer également les soins à domicile (HAD, SSIAD) et d'intégrer fortement la coordination des acteurs, notamment de ville, et l'HAD. Ils ont vocation à conforter une offre s'inscrivant dans le cadre du réseau de proximité.



► Renforcer les spécialités médicales pour rendre les parcours simples et lisibles

Le développement de la médecine ambulatoire

En médecine, le développement de l'ambulatoire est engagé. S'il n'y a pas eu de « virage ambulatoire », à l'instar de ce qu'a connu la chirurgie, on peut néanmoins constater un développement de l'ambulatoire en parallèle du développement de l'activité en hospitalisation complète, compte tenu, de l'accroissement des maladies chroniques.

Le PMSP du GHRE entend développer ces nouveaux modes de prise en charge. Cette ambition institutionnelle entraîne la nécessité de structurer des hôpitaux de jour en interne, mutualisés et sectorisés : d'une capacité de 15 places sur l'Hôpital Territorial, de 28 places sur le Cœur de Ville de Dinan.

Le virage ambulatoire en médecine s'entend :

- sur le diagnostic (annonce de la maladie, bilan initial, identification des comorbidités devant être intégrées dans la prise en charge du patient, définition du plan de soin et son suivi),
- sur la réévaluation régulière de la prise en charge et/ou de réévaluation de la thérapeutique,
- sur la délivrance, la surveillance et le suivi d'une thérapeutique : réalisation d'un acte, (endoscopie, geste percutané par exemple) et/ou délivrance d'un traitement (chimiothérapie), et d'en assurer la surveillance et le suivi avec une équipe de coordination formée, ou encore la réalisation d'une prise en charge pluri-professionnelle incluant rééducation et activité physique, prévention (prévention des chutes ou autres), prise en charge psychologique ou cognitive, etc...
- sur l'évaluation systématique et standardisée de comorbidités, dont les objectifs sont de réaliser en un temps concentré les actions de santé préventive permettant de limiter les conséquences de la maladie et des traitements sur la santé à venir des patients, et de gérer de façon personnalisée et pluridisciplinaires les comorbidités identifiées

Ce développement de l'ambulatoire implique également de renforcer et développer les partenariats avec la Médecine de Ville dans la formalisation des parcours de soins, en amont et en aval, mais également avec l'HAD, dans la liaison avec le domicile C'est également cette ambition qui a conduit à la formalisation d'une filière de maladies chroniques sur le GHRE.

Ce virage ambulatoire ne s'arrête pas, dans le Projet Médico Soignant, au secteur MCO mais se déploie également en SMR, notamment dans les mentions spécialisées demandées à travers des projets médicaux ciblant la prévention secondaire, l'éducation thérapeutique et la rééducation qui ne nécessiterait pas d'hospitalisation conventionnelle.

L'alourdissement des prises en charge

Pour autant, ce virage ambulatoire ne doit pas occulter que le vieillissement de la population particulièrement important sur le bassin entraînera une augmentation des files actives, de la complexité des patients, de leur profil polyopathologique, notamment pour les patients âgés, vulnérables et fragiles, nécessitant de **conserver des lits d'hospitalisation conventionnelle pour des prises en charge lourdes, notamment en post urgences.**

De plus, l'alourdissement des prises en charge, tout autant que leurs nécessaires adaptations, et l'accueil des urgences militent pour faire évoluer l'organisation de la continuité et la permanence des soins sur les deux



sites (Hôpital Territorial et cœur de ville de Dinan). Ainsi la permanence des soins pourra être également réformée à travers l'organisation d'une **astreinte opérationnelle** spécifique à chaque site de médecine (astreinte opérationnelle les nuits et les week-ends après-midi, et présence sur site le samedi et le dimanche matin), en lien étroit avec les urgences (protocolarisation de prise en charge, ...) et les équipes para médicales (délégations de tâches, déploiement d'IPA...). La présence d'un interne sur place la nuit sera requise sur l'Hôpital Territorial.

L'explosion annoncée des maladies chroniques

En tenant compte du nombre de personnes consommant des soins apparentés à une maladie chronique, avec ou sans reconnaissance d'ALD, l'Assurance maladie estime que 20 millions de personnes sont concernées par une pathologie chronique en 2019, soit 35% de la population. Le coût total des soins dispensés s'élève à 95 milliards d'euros, soit plus de la moitié de la dépense annuelle de la branche maladie⁴². Or, Les maladies chroniques imposent, pour reprendre les termes du professeur GRIMALDI, PUPH à la Pitié Salpêtrière, de passer à une « troisième médecine », c'est-à-dire à celle « de la *prévention individuelle et du traitement de maladies où, pour se soigner, le patient doit devenir actif et adopter de nouveaux comportements* ».

Le traitement des maladies chroniques nécessite un travail d'équipe, coordonné entre la médecine de ville, l'hôpital, le médico-social (notamment les EHPAD) et le social, ainsi que tous les autres intervenants. Cette coordination doit être fluide, sans complexifier le parcours de soins, en veillant à conserver la liberté de choix des patients, comme l'indépendance des professionnels de santé. La réponse ne peut pas être seulement sanitaire : le défi est transversal, il est un enjeu pour toutes les politiques publiques.

Dans le cadre de son projet médico-soignant de territoire, le Groupement Hospitalier Rance Émeraude porte un **projet innovant s'inscrivant dans cette dynamique d'amélioration de la prise en charge des pathologies chroniques** qui s'articule autour de deux grands pôles : une **interface Ville- Hôpital en cœur de ville de Dinan pour la prévention et l'accompagnement pluri professionnels des pathologies chroniques** et un **Centre de maladies chroniques pour les patients plus complexes et plus graves**. La filière médicale est évidemment une **partie prenante importante de ce projet**.

Il intègre des consultations médicales spécialisées et paramédicales, des ateliers collectifs, des séances d'activité physique adapté (APA), des prises en charges en Hospitalisation de jour (HDJ) individuelles ou en groupe sur un ou plusieurs jours et des prises en charge en Hospitalisation Conventiennelle (HC) programmée de courte durée.

▷ Développer une activité hyperspécialisée en médecine

Consolider les compétences spécialisées en médecine

La restructuration de l'offre de soins est également l'occasion de consolider et développer les expertises sur ces spécialités médicales.

Cet axe passe par :

- **Le renforcement de l'activité en hôpital de jour** par la création de consultations complexes pluridisciplinaires, (rhumatologie, médecine interne, infectiologie,...) sur l'Hôpital territorial,
- **En rhumatologie** : la mise en place d'un plateau pour les explorations en rhumatologie (matériel microscopique optique, échographe fixe ostéo articulaire y compris sur Dinan, scanner interventionnel en radiologie), et un environnement qui permettent la réalisation de gestes interventionnels et le renforcement des liens avec la radiologie interventionnelle,

⁴² Source : Assurance Maladie



- **La consolidation de l'activité d'infectiologie** sur un secteur dédié au sein du service de Médecines pour conforter la prise en charge territoriale,
- **Le développement de la médecine interne.**

Les prises en charge de patients de plus en plus poly pathologiques, passe également par le développement des liens entre les différentes spécialités médicales. Cet impératif invite à l'organisation de l'accès à l'expertise au sein du GHRE d'une part, et au sein du territoire, d'autre part. Il s'agit de préserver un lien étroit avec les consultations de spécialistes et le plateau technique (biopsie, radiologie, biologie, ...) notamment **par l'intermédiaire d'outils de télémédecine, d'un dossier médical unique et partagé, et d'un MACS régional.**

Dans le même objectif, le projet vise à consolider les liens, d'ores et déjà étroits, avec le CHU (recours en infectiologie, en médecine interne, staff et RCP sur les patients complexes, ...), **développer la recherche et l'enseignement.** A ce titre, et même si les capacités des services de médecines sont mutualisées, il est évident que les maquettes d'enseignement des internes seront propres à chaque spécialité.

Développer les pratiques avancées et les délégations de tâches.

Par ailleurs, la raréfaction des ressources médicales, la spécialisation de ces ressources, la chronicisation des pathologies invitent à organiser durablement les parcours des patients médicaux en développant les **infirmiers en pratique avancée qui disposent de compétences élargies**, à l'interface de l'exercice infirmier et de l'exercice médical.

Un des axes importants du PMSP de Médecine est de développer ces protocoles d'organisation qui permettent au médecin de confier à un infirmier en pratiques avancées (et avec leur accord) la prise en charge et/ou le suivi de certains patients. Ces infirmiers en pratique avancée auront dès lors la responsabilité du suivi régulier des patients pour leurs pathologies et pourront prescrire des examens complémentaires, demander des actes de suivi et de prévention ou encore renouveler ou adapter, si nécessaire, certaines prescriptions médicales.

Fluidifier le parcours du patient

Du fait de l'allongement de la durée de vie dans certaines pathologies et de son impact sur les files actives de patients et leur suivi, en dehors même des innovations diagnostiques et thérapeutiques, l'essentiel des innovations de prise en charge sera en lien avec les nouveaux modes d'organisation pour **renforcer la prise en charge en proximité et fluidifier le parcours du patient**, notamment entre la Ville et l'Hôpital :

- ⇒ Mise en place de **consultations avancées sur le cœur de ville de Dinan**, et structuration du rendu d'avis au sein des services de soins, et pour la Médecine de Ville à travers des outils numériques communs : il est ainsi prévu d'organiser sur le cœur de Ville de Dinan une offre de consultations avancées (consultation de rhumatologie dont ostéoporose et densitométrie osseuse, réhabilitation articulaire, PEC douleur chronique, consultation de médecine du sport en partenariat avec MPR et les cardiologues, consultations de médecine interne, ...) à l'instar des autres filières médicales (neurologie, cardiologie, gériatrie, pneumologie, ...)
- ⇒ Mise en place de **parcours d'éducation thérapeutique** avec le Centre des maladies chroniques (éducation thérapeutique, prévention, bilan, suivi) à Dinan autour de l'hôpital de jour médical multidisciplinaire et d'une prise en charge en hospitalisation programmée de courte durée (type HDS), et renforcement des soins de support (temps de psychologue, diététique, tabacologie, kinésithérapie, ...)



↳ En amont

La fluidité des parcours en médecine dépend tout d'abord de l'organisation de l'adressage et de l'accueil du patient dans la structure. A cette fin, une réflexion a été engagée au cours de l'élaboration de ce PMSP pour poursuivre la connaissance mutuelle des professionnels de santé du territoire, et se doter des outils qui permettent une transmission de l'information à la fois plus directe et plus simple. Ainsi, le renforcement du lien avec la Médecine de Ville est un objectif important de la Filière de Médecine.

L'impératif de fluidité du parcours du patient a également des répercussions sur l'organisation interne de l'établissement :

- ⇒ **Aux urgences**, l'enjeu consiste à fluidifier l'accès aux médecins spécialistes. Pour autant, la filière de Médecine a pour objectif de promouvoir **l'admission des patients directement dans les services d'hospitalisation** et ce, sur les deux sites : c'est un enjeu d'autant plus important pour **la filière qu'elle accueillera les patients « post urgences » de médecine**. La poursuite de cette activité essentielle pour la population et dans laquelle les médecins, notamment polyvalents, assurent déjà une grande contribution à l'échelle du GHRE est d'importance pour la filière médicale et implique de poursuivre et amplifier, avec les urgentistes, les réflexions indispensables pouvant améliorer la fluidité du parcours de ces patients.
- ⇒ Il s'agit également d'améliorer la relation avec les médecins et les institutions qui adressent leur patient et offrir à chaque patient une prise en charge personnalisée et adaptée. Cet objectif passe par un meilleur accueil et une meilleure information délivrée au patient et au professionnel de ville. C'est dans cette mesure que l'action du PMSP s'orientera sur :
 - La mise en place d'un portail patient **dématérialisant l'ensemble du processus administratif** mais également permettant au patient d'accéder à ses informations médicales,
 - La mise en place **d'un portail avec les professionnels de ville**, les médecins adresseurs et traitants, en ville comme en institution.

Il s'agit ensuite d'éviter – autant qu'il est possible - les hospitalisations et **favoriser le maintien à domicile** : la mise en œuvre, sur le territoire 6, d'équipes mobiles (en gériatrie, en soins palliatifs, en douleur, en plaies ...), de dispositifs de repérage des fragilités et le renforcement des liens avec l'HAD permettront également d'atteindre cet objectif et d'améliorer le maillage du territoire.

↳ Au cours du séjour hospitalier

A l'intérieur de l'établissement, il convient également de sécuriser les parcours de soins des patients de médecine, **d'améliorer la coordination entre les services** (lien médecine / soins critiques, délais de rendus des examens d'imagerie, avis de gériatrie, ...), **de favoriser la prise en charge multidisciplinaire** (RCP, staff cas complexes) **et d'améliorer la programmation et les délais de rendus d'examen sur le plateau technique** (imagerie, biologie, ...). Dans cette optique, le projet de Médecine prévoit le renforcement des soins de support et paramédicaux, notamment pour faire face aux situations les plus complexes, et la formation continue du personnel non médical.

Par ailleurs, une attention particulière doit être apportée au **partage d'information entre les professionnels** : dossier patient unique et communicant, PACS régional, ... Le développement d'une plateforme de télémédecine permettra également l'échange d'avis et d'expertise entre les professionnels de santé tout comme la professionnalisation des IDE de coordination. A ce titre, **l'expérience de l'IDE POP** (pour plateforme opérationnelle de parcours) est plébiscitée par nombre de filière qui souhaite disposer de cette IDE de ville qui travaille à la sortie des patients la plus adaptée.



↘ En aval,

La fluidification des parcours des patients médicaux passe enfin par une **amélioration de la sortie du patient**, et donc la formalisation de véritables parcours d'aval sur les territoires et ce, d'autant que le vieillissement, et son corollaire le développement des maladies chroniques, entraîne une organisation au long cours du suivi des patients, et des épisodes de soins itératifs.

Elle passe également par le **développement de capacités de SMR, insuffisant** sur le territoire, que cela soit en hospitalisation conventionnelle ou de jour, et quelques soient les mentions spécialisées. Les besoins exprimés lors de l'élaboration du PMSP porte sur :

- La réhabilitation respiratoire
- La nutrition, l'obésité et le diabète
- La cancérologie
- La pédiatrie.

L'objectif est alors une intervention précoce des praticiens rééducateurs en MCO dès j 2 ou j 3 d'hospitalisation pour une évaluation et des préconisations précoces. Il s'agit sur le plan des travaux de gradation de définir les critères d'orientations en fonction des spécialités SMR. Le sujet est prégnant dans l'accompagnement et le suivi des malades chroniques comme au sein de la filière de Médecine.

Elle implique un déploiement des IDE POP sur les services de médecine et une amélioration de la coordination avec l'HAD, les SSIAD et les SAAD et la médecine de Ville.

Document soumis en instance



9. L'hépatogastroentérologie

L'hépatogastroentérologie (HPGE) est une spécialité comportant de nombreux aspects médicaux (avec 3 disciplines majeures : la gastroentérologie, l'hépatologie, l'oncologie digestive) et techniques incluant une spécificité, l'endoscopie digestive, diagnostique et thérapeutique. Les progrès dans les domaines médical et biomédical ont permis un développement des techniques de moins en moins invasives qui font de l'abord endoscopique un pilier de la prise en charge des patients, sur le plan diagnostique et, de plus en plus, sur le plan thérapeutique avec une réduction de la morbi-mortalité et de la durée de séjour.

Le projet de l'équipe d'hépatogastroentérologie du GHRE s'inscrit naturellement dans le développement de ces activités et ce, dans toutes les dimensions de la prise en charge : prévention et dépistage, prise en charge hospitalière et d'aval, sur les établissements du GHRE, en lien étroit avec les acteurs du territoire.

Ses axes principaux consistent à :

- ⇒ Améliorer le dépistage et la prévention des cancers,
- ⇒ Améliorer la prise en charge du syndrome métabolique source de pathologies chroniques
- ⇒ Fluidifier le parcours du patient,
- ⇒ Poursuivre le développement des activités de gastro-entérologie,
- ⇒ Consolider l'activité de recherche et d'enseignement.

▷ Améliorer le dépistage, la prévention et la prise en charge du syndrome métabolique

Renforcer la prévention et le dépistage, dans une action coordonnée avec la Ville

La Bretagne est particulièrement touchée par la mortalité évitable, notamment par les décès liés aux consommations de tabac et d'alcool, qui pourraient être prévenus par une meilleure prise en charge par le système de soins notamment dans le cadre d'actions de dépistage et de prévention. La prévention des maladies de l'appareil digestif, en particulier des pathologies les plus sévères et invalidantes est un enjeu important.

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), classiquement réparties en maladie de Crohn (MC) et rectocolite hémorragique (RCH), ont des origines multifactorielles. En 2015, on dénombrait en France, 213 000 personnes prises en charge pour MICI dont 60% pour MC et 40% pour RCH, particulièrement chez les femmes.

Concernant les maladies chroniques du foie, on estime en France que 200 000 personnes sont atteintes d'une cirrhose dont 30% à un stade avancé. L'incidence de la fibrose hépatique est beaucoup plus difficile à estimer. Elle est liée le plus souvent, en France, à l'alcool et au syndrome métabolique, et moins souvent aux hépatites chroniques virales et auto-immunes. Ces dernières années, l'arrivée de traitements curateurs de l'hépatite virale C ont bouleversé la prise en charge de ces patients.

Cependant, la prévalence de la consommation d'alcool (principale cause d'hépatopathie en France) annuelle est stable en Bretagne, comme en France depuis 2000, mais reste à un niveau très élevé et impacte lourdement sur la santé de la population. La Bretagne se distingue des autres régions métropolitaines par des niveaux de consommations plus élevés : les consommations hebdomadaires et les alcoolisations ponctuelles importantes (API) y sont plus marquées qu'ailleurs. Les consommations sont inscrites dans un contexte sociétal et culturel particulier, comme en témoigne le niveau d'expérimentation des jeunes bretons, l'un des plus hauts de ceux observés en France : 93,7 % des bretons ont déjà expérimenté l'alcool à 17 ans.



L'obésité et le syndrome métabolique en général, ainsi que les hépatites virales B et D sont en augmentation d'incidence, ce qui laisse présager une poursuite de l'augmentation des cirrhoses et de leurs complications nécessitant le recours à la transplantation hépatique. Il en va de même pour l'activité concernant les tumeurs primitives hépatiques. Les maladies chroniques du foie sont insidieuses et restent longtemps asymptomatiques. La découverte d'une cirrhose survient souvent tardivement au décours d'une complication grave (hémorragie, infection, cancer du foie...). Le **dépistage de la fibrose hépatique** est un enjeu majeur pour prévenir l'ensemble de ces maladies. À cet égard, de **nouveaux tests permettant un dépistage non invasif** (marqueurs sanguins, mesure d'élasticité du foie par ultrasons...), de plus en plus fiable et précoce de la fibrose hépatique et de la cirrhose, constituent un progrès majeur dans la prise en charge des patients atteints d'une maladie chronique du foie.

Les **cancers digestifs restent la 3^{ème} cause de mortalité par cancer en France**. Le plus fréquent est le cancer colo-rectal qui bénéficie maintenant d'un dépistage efficace qui est de plus en plus réalisé par la population concernée lors des campagnes de prévention.

C'est dans ce sens que le premier axe du projet médico soignant réside dans **le renforcement des actions de dépistage et de prévention, coordonné avec les professionnels de ville, des pathologies digestives**, qui représentent une activité importante de l'activité des gastro-entérologues : cancers digestifs, syndrome métabolique, hépatopathie chronique, ...

L'objectif consiste à renforcer les actions de **dépistage et l'éducation thérapeutique des patients**, en lien avec les professionnels de ville, sur l'ensemble du bassin du GHRE et notamment sur le site de l'Hôpital Territorial et le cœur de ville de Dinan (exemple de la prévention du foie métabolique), mais également à développer des parcours exclusivement dédiés au dépistage du cancer colo-rectal, pour faciliter l'accès à un diagnostic précoce et rapide.

Anticiper la croissance des maladies métaboliques et améliorer la prise en charge de la dénutrition.

Les maladies de l'appareil digestif touchent plus de 16% de la population générale. Ce pourcentage augmente avec l'âge pour atteindre 29 % au-delà de 65 ans. La prévalence des cancers digestifs est plus importante en Bretagne par rapport à la moyenne nationale en lien avec l'impact des addictions en Bretagne sur les maladies de l'appareil digestif et ORL⁴³.

La croissance attendue de ces pathologies nécessite de **repenser leur prise en charge et de développer des actions propres à en freiner cette augmentation** : ateliers diététiques, activité physique adaptée (APA), ... Dans ce cadre, le développement de **liens étroits avec le Centre des Maladies chroniques** est incontournable.

Par ailleurs, l'amélioration de la prise en charge intra hospitalière passe par **la structuration d'une équipe transversale de nutrition clinique (UTNC)** qui est un des projets importants de la filière digestive, sans pour autant qu'elle soit la seule intéressée par les bénéfices de prise en charge de la dénutrition. **Ce projet est, par essence, transversal et institutionnel.**

⁴³ Drees. (2015). Problèmes de santé spécifiques et état de santé global de la population. In L'état de santé de la population en France. Édition 2015. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. pp. 70–82, et cadre d'orientation stratégique du PRS2 de l'ARS Bretagne.

L'unité transversale de nutrition clinique⁴⁴

L'organisation transversale de la nutrition clinique a pour objectif d'améliorer la qualité et la sécurité des soins en organisant l'évaluation systématique de l'état nutritionnel des patients, dans les 48 premières heures d'hospitalisation, et sa surveillance ainsi que l'intégration du traitement nutritionnel et l'éducation du patient dans le projet de soins afin de :

- Améliorer les capacités d'adaptation et de résistance aux agressions physiques, toxiques, infectieuses et psychologiques aggravées par les troubles nutritionnels et accroître les chances de succès thérapeutique.
- Réduire la consommation médicamenteuse et les coûts de prise en charge des pathologies.
- Diminuer la durée d'hospitalisation.
- Améliorer la qualité de vie des personnes présentant des troubles nutritionnels

Dans le champ de la nutrition clinique, le projet thérapeutique s'inscrit souvent dans un espace-temps de durée supérieure à celui d'un court voire d'un moyen séjour. En conséquence, la réflexion organisationnelle doit se projeter au-delà de l'établissement et intégrer la notion de filière territoriale.

L'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients est recherchée en favorisant l'articulation des différentes activités et compétences professionnelles. L'évolution des pratiques grâce aux nouvelles formes de coopération nécessite un transfert de compétences (partage de connaissance, de savoir-faire et d'expériences) et représente une opportunité de déploiement des pratiques avancées : amélioration des conditions d'exercice, accroissement des missions et reconnaissance de l'évolution des compétences.

▷ **Consolider le parcours du patient**

L'activité d'oncologie oeso-gastrique et bilio-pancréatique est en forte augmentation et nécessite des moyens endoscopiques, oncologiques (chimiothérapie, radiothérapie), chirurgicaux, radiologiques et biologiques (laboratoire de pathologie et de biologie moléculaire). Il s'agit de cancers touchant fréquemment des patients aux lourdes comorbidités et dont le pronostic reste sombre. Leur prise en charge est difficile et nécessite souvent des hospitalisations répétées et une coordination complexe des soins (médecine aiguë, plateau technique, hôpital de jour d'oncologie, soins palliatifs, réanimation, etc...).

L'endoscopie digestive diagnostique doit trouver une place centrale dans l'organisation de la future filière digestive du GHRE en raison de l'incidence élevée des pathologies digestives qu'elles soient cancéreuses ou non, notamment dans le cadre du dépistage en population (cancer colo-rectal) ou individuel.

L'endoscopie digestive interventionnelle représente une alternative de plus en plus importante à la chirurgie, car moins invasive et responsable de moins de morbidité, en particulier dans la prise en charge des cancers, quelques soit le stade de la maladie :

- Phase diagnostique
- Résection curative endoscopique
- Prise en charge pré-opératoire
- Prise en charge des complications chirurgicales
- Prise en charge palliative

⁴⁴ Bilan de l'expérimentation des Unités Transversales de Nutrition clinique (UTNC) 2008-2011 et propositions, DHOS, 2012



Elle représente également un outil indispensable pour la prise en charge des urgences digestives non oncologiques telles que les hémorragies digestives et les pathologie bilio-pancréatiques aiguës.

C'est la raison pour laquelle, le deuxième axe du PMSP de la filière de gastro entérologie vise à **fluidifier le parcours du patient**. Il s'inscrit, en cela, dans les orientations institutionnelles prioritaires. Ainsi le projet prévoit il :

- ⇒ **Par la dématérialisation complète** de la prise de rendez-vous et du parcours administratif du patient,
- ⇒ **Par la consolidation des liens avec la Médecine de ville pour permettre d'améliorer encore les admissions directes des patients dans le service d'hospitalisation complète** et ainsi réduire le nombre de passages aux urgences,
- ⇒ **Par la mise en place de la télémedecine**, et particulièrement de la télé expertise, en intra et en extra hospitalier, pour rendre plus aisé les avis d'experts,
- ⇒ **Par la structuration d'un plateau interventionnel performant**,
- ⇒ **Par le déploiement de la prise en charge ambulatoire**, le développement des consultations, mais également dans le déploiement des Infirmières de Pratiques Avancées pour certains gestes, afin d'améliorer les délais de réponses à des examens dont la demande augmente ;
- ⇒ **Par la création d'un SMR « nutrition » sur le bassin**, et un lien renforcé avec le Centre des maladies Chroniques porté également par le PMSP.

▷ **Poursuivre le développement des activités d'hépatogastro-entérologie**

Le Projet prévoit le **développement de l'activité sur tous ses segments** :

- ⇒ **En Endoscopie digestive diagnostique** : la structuration de l'offre de soins prévoit le développement d'un plateau technique d'endoscopie au sein de l'Hôpital Territorial dans lequel est prévue l'installation de 3 salles d'endoscopie digestive sous anesthésie générale et d'une salle sur le Cœur de Ville de Dinan.

Cet aspect est d'autant plus important que l'endoscopie est une source majeure de recrutement pour la majorité des maladies digestives. Cette organisation doit aller de pair avec le renforcement des moyens et des investissements techniques et humains (en particulier en anesthésistes) pour faire face à une demande de soins croissante. Il convient tout particulièrement d'insister sur la nécessité d'un renouvellement adapté du matériel endoscopique sur les plans d'équipement annuels.

- ⇒ **En Endoscopie digestive interventionnelle** : Il est prévu de poursuivre le développement de cette activité au sein du plateau technique territorial unique d'endoscopie en lien avec un plateau technique de radiologie interventionnelle performant.
- ⇒ **En Oncologie digestive** : Les projections font craindre une augmentation en incidence des cancers digestifs mais ceux-ci pourraient être diagnostiqués à un stade plus précoce grâce à l'amélioration du dépistage en population générale et chez les sujets à risque. Les cancers les moins invasifs seront traités de plus en plus par des techniques mini-invasives telle que l'endoscopie interventionnelle :



les prises en charge ambulatoires s'agissant des traitements anti-tumoraux (chimiothérapie, immunothérapie, thérapie orale) sont ainsi appelées à se développer. Dans le cas des cancers de stade avancé, on verra encore s'améliorer le taux de survie, du fait des progrès constants des thérapies quelles qu'elles soient.

- ⇒ L'attention doit également être portée **sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de pathologies fréquentes** telles que les troubles fonctionnels digestifs, le reflux gastro-œsophagien ou les affections proctologiques. On prévoit **le développement de la prise en charge ambulatoire et non invasive des MICI**, maladies dont la prévalence augmente.
- ⇒ Les hépato-gastroentérologues ont ainsi un rôle important dans le développement de l'éducation thérapeutique : oncologie, MICI, hépatologie, ... Dans cette perspective, **la relation avec le Centre des Maladies Chroniques** doit être développée, tout comme une réflexion sur le **déploiement des infirmières de pratiques avancées sur certains gestes et consultations de suivi**.

Le recours et le lien avec les équipes du CHU et du Centre Eugène Marquis de Rennes est d'ores et déjà largement installé en hépato gastro entérologie : en endoscopie interventionnelle hyperspécialisée, en chirurgie carcinologique complexe, en radiologie interventionnelle, recherche clinique. Le développement de l'activité prévu dans le cadre du PMSP s'inscrit dans la **consolidation de cette gradation**.

L'équipe envisage également de renforcer les liens avec les acteurs du territoire : hépato gastroentérologues libéraux de Saint-Malo et Dinan ; chirurgiens digestifs de la Polyclinique du Pays de Rance à Dinan et de la Clinique de la côte d'Emeraude à Saint-Malo (lien très important déjà aujourd'hui autour de l'oncologie digestive et de l'endoscopie interventionnelle) et **la Médecine de Ville**, dans un environnement très concurrentiel sur le territoire. Le PMSP de la filière entend ainsi proposer une prise en charge publique de haute qualité sur l'ensemble du territoire.

▷ **Amplifier la recherche et l'enseignement**

Il doit également permettre de conforter et **développer la recherche clinique en oncologie digestive et faciliter l'accès à la population à des traitements innovants**. L'équipe est, en la matière, d'ores et déjà dynamique et reconnue comme telle. Elle entend poursuivre son action tout en maintenant une collaboration forte avec les unités de recherche clinique du CHU de Rennes et du Centre Eugène Marquis.

Enfin, le projet devrait permettre, compte tenu de la diversité des activités et de la richesse des prises en charge, **être très attractif pour les internes et attirer des docteurs juniors**, dont l'objectif est de pérenniser autant qu'il est possible la présence au sein du GHRE.



10. La filière Douleur et Soins Palliatifs

L'engagement du cinquième Plan de Soutien aux Soins Palliatifs au niveau national croise la réflexion conduite par le GHRE dans le cadre de l'élaboration du PMSP de la filière Soins Palliatifs. Leur ambition est commune : il s'agit d'augmenter **l'offre de soins palliatifs tant en ville qu'en établissement**, et de programmer plus précocement l'accompagnement des soins dans les parcours de santé, développer la formation en soins palliatifs, soutenir l'expertise et les travaux de recherche et ainsi, améliorer les connaissances dans ce domaine.

Ainsi les orientations stratégiques de la filière Soins palliatifs du GHRE s'articulent elles autour de trois axes majeurs visant à **garantir aux personnes et à leur entourage une prise en charge adaptée et de proximité, coordonnée avec la médecine de ville sur le territoire 6**, et permettre aux professionnels – notamment les équipes des EHPAD – d'accéder à l'appui nécessaire et à l'expertise requise en soins palliatifs ainsi qu'en accompagnement de la fin de vie. Il s'agit en effet de :

- ▷ Consolider la culture de soins palliatifs et de support sur le territoire
- ▷ Accroître et améliorer la qualité de l'offre de soins palliatifs du GHRE
- ▷ Créer une dynamique de coopération sur le GHT ... et au-delà du GHT

Cette réflexion a été menée en commun avec la filière Douleur. Ainsi les orientations stratégiques de la douleur font elles écho à celles des soins palliatifs :

- ▷ Assurer la prise en charge de la douleur de manière optimale dans tous les établissements du GHRE,
- ▷ Déployer le Centre d'Évaluation et de Traitement Territorial de la douleur chronique rebelle sur le territoire 6.

Pour plus de clarté, elles seront présentées les unes après les autres.

▷ Les Soins Palliatifs

Consolider le développement d'une culture de soins palliatifs et de support sur le territoire.

Les soins palliatifs sont des soins actifs, délivrés par une équipe interdisciplinaire, dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive, en phase avancée ou non, d'évolution fatale.

Ils s'adressent au patient, à ses proches et aux professionnels, à domicile, en institution ou à l'hôpital :

- pour le patient, il s'agit d'une prise en soins spécifiquement palliative ou conjointe avec le reste de la prise en charge médicale, spécialisée et paramédicale,
- pour les proches, d'un soutien et d'un accompagnement au domicile ou en établissement,
- pour les professionnels d'un accompagnement, de conseils, d'un compagnonnage, de soutien, d'aide à la décision éthique, dans le cadre de réflexion collégiale pluridisciplinaire, de formations et de soutien aux bénévoles.

Le premier axe du PMSP du GHRE vise le développement d'une « culture palliative » qui a pour vocation l'intégration d'une compétence en soins palliatifs dans toute pratique clinique.

En cela, le projet de la filière Soins Palliatifs prévoit :

- ↳ **D'améliorer la communication sur le fonctionnement de la filière de soins palliatifs** en interne au GHRE, par l'intermédiaire des CME, par la formation des internes, mais également auprès des établissements de santé privés du territoire.



- ↳ D'accompagner les équipes hospitalières ainsi que les professionnels de santé du territoire dans :
 - la gestion de symptômes physiques et/ou psychiques difficiles à gérer,
 - **les réflexions éthiques** entourant les prises en charges palliatives : Limitation et Arrêt des Traitements Actifs (LATA), Conduites à Tenir adaptées, éviter l'obstination déraisonnable ... notamment dans le cadre de la prise en charge des patients atteints de néoplasies, de maladies neuro-dégénératives (SLA, parkinson ...), d'insuffisance d'organe terminale (arrêt ou non début de dialyse rénale, insuffisance cardiaque sous dobutamine...)
- ↳ La diffusion de cette culture passe également par :
 - **l'organisation d'échanges réguliers autour de ces pratiques ou de staffs spécifiques dans les structures du GHRE**
 - le développement **d'une offre de formation vers les acteurs du territoire**, qu'ils soient membres du GHT ou non (EHPAD, SSIAD, HAD, médecins de ville....) pour renforcer la prise en charge à domicile et diminuer le recours aux urgences
 - la multiplication des analyses des pratiques professionnelles.

Accroître et améliorer la qualité de l'offre de soins palliatifs du GHRE

L'objectif est ici d'organiser de manière efficiente et fluide le parcours du patient en fonction de la complexité de sa prise en charge, en s'appuyant sur la gradation des soins : au domicile, en Etablissement Médico-Social, en service hospitalier, en service avec des LISP (Lits Identifiés en Soins Palliatifs) et en USP (Unité de Soins Palliatifs), avec l'appui de l'EMSP (Equipe Mobile de Soins Palliatifs). Il est à noter l'importance de la proximité des soins pour le patient et ses proches.

- ↳ **A domicile** : il s'agit de renforcer l'action de l'EMSP dans l'accompagnement des prises en charge à domicile, en lien avec les autres acteurs du domicile : le médecin traitant, les paramédicaux libéraux et l'HAD. Sont à réfléchir et développer, quand cela est réalisable, la mise en place de solutions de télémédecine, et notamment de télé suivi et de télé expertise
- ↳ **Dans les services d'hospitalisation** : en développant l'action de l'EMSP pour permettre une prise en charge précoce ou adaptée en soins palliatifs. En effet, ceux-ci ne se limitent pas aux derniers jours ou dernières semaines de vie mais peuvent être introduits précocement dans l'évolution d'une maladie grave, pour améliorer la qualité de vie du patient et celle de ses proches.

Il s'agit également d'intervenir dans tous les services : spécialisés (oncologie, gériatrie aigue, médecine polyvalente, neurologie, cardiologie ...), non spécialisés, urgences, SMR, USLD qui sont tous susceptibles d'accueillir des patients gravement malades ou en fin de vie.

L'intérêt important d'un repérage précoce et d'une démarche palliative débutée tôt, a été démontré par plusieurs études qui ont mis en évidence que l'introduction précoce de la dynamique palliative améliorerait la qualité de vie, le contrôle des symptômes, la compréhension du pronostic, diminuait le nombre de dépression, évitait des traitements disproportionnés et des hospitalisations non programmées et allongeait la durée de vie.

- ↳ **Dans les lits identifiés en soins palliatifs (LISP)** qui offrent une prise en charge spécifique dans des services d'hospitalisation accueillant fréquemment, des malades en fin de vie ou atteints de pathologies graves ou complexes.

Le GHRE dispose actuellement de 14 LISP (sur le site de Dinan) : 4 en médecine polyvalente, 3 en pneumologie, 3 en gériatrie, 4 en SMR. Compte tenu de la réorganisation de l'offre induite par le projet, ces LISP pourraient, à l'horizon du projet, être portés à 20 et se répartir en 14 LISP (8



regroupés et 4 en SMR) sur le cœur de ville de Dinan et 6 sur l'Hôpital Territorial (3 en pneumologie, 3 en oncologie).

- ↳ Ce renforcement de l'offre de soins palliatifs passe également par une réflexion autour de la prise en charge des soins palliatifs en **Hôpital de jour**. En effet, le virage ambulatoire a été d'ores et déjà pris par la filière palliative du GHRE, et se traduit notamment dans les relations étroites établies entre les équipes hospitalières, la médecine de ville et les services d'aide et d'accompagnement à domicile. Le maintien à domicile ou en EHPAD est une des missions des EMSP. Cependant, force est de constater qu'il est parfois difficile et que des prises en charge ambulatoires sont souvent nécessaires, notamment pour les patients souhaitant mourir chez eux, ou pour permettre à leurs proches, un répit souvent nécessaire.

La création d'un hôpital de jour permettrait de plus de renforcer la coordination entre les acteurs de ville et l'hôpital : l'HDJ vient en effet faire le lien entre les différentes structures. Il peut être le préalable à une admission dans l'établissement ou permettre un suivi après un séjour dans la structure ou un bilan. Il offre ainsi une prise en charge continue à tous les stades de la maladie. Cette continuité sera d'autant plus importante que le premier contact sera, autant que possible, précoce. Il est à noter que la précocité de la prise en charge ne doit pas être un principe en soi mais doit s'adapter au temps de l'acceptation par le patient de la dimension de soins palliatifs. Le suivi en HDJ permettra alors d'éviter ces ruptures si fréquentes dans le parcours de soins, particulièrement lors du passage de la phase curative à la phase palliative.

- ↳ **La participation/l'intervention des EMSP dans la filière palliative.** Parmi les différentes missions des EMSP (définies dans le cahier des charges réglementaire), plusieurs sont directement en lien avec la dimension de filière : favorisant sa cohérence, la fluidité des collaborations ; avec pour but d'optimiser le parcours du patient l'offre de soins et la qualité d'accompagnement : ainsi ont-elles vocation à :
 - ↳ Intervenir dans tous les lieux (domicile, structures, hôpital ...) à la demande de toute personne (malade, proches, professionnels)
 - ↳ Favoriser le lien ville-hôpital et soutien auprès des différents professionnels, coordination
 - ↳ Aider au maintien des patients à domicile ou en EMS (Etablissement Médico-Sociaux)
 - ↳ Favoriser les entrées directes en service hospitalier sans passer par les urgences
 - ↳ Soutenir les professionnels des services ayant des LISP mais aussi des autres
 - ↳ Favoriser la bonne orientation des patients dans la filière palliative
 - ↳ Favorise la diffusion de la culture palliative, en particulier grâce à ses interventions en tout lieu
- ↳ Cette structuration de l'offre de soins palliatifs en une **équipe mobile territoriale unique** devrait également favoriser la mise en place d'une continuité des soins renforcée, d'une « astreinte » téléphonique et de l'organisation de l'admission directe des patients, sur chacun des sites, **sans passage par les urgences, directement dans le service approprié.**

Ces objectifs appellent à construire **une équipe médicale et soignante de soins palliatifs lisible et homogène sur le territoire, commune aux établissements du GHRE et, par conséquent, de faire converger leurs pratiques.** De plus, le PMSP prévoit le déploiement des IPA afin de permettre la réduction des délais de réponse, et la fluidité des parcours de soins des personnes en fin de vie.

Enfin, la restructuration des locaux permet également d'envisager **d'améliorer et d'adapter les locaux à la prise en charge palliative** : amélioration des chambres qui permettent de respecter l'intimité des patients, susceptibles de permettre l'accueil d'accompagnant, aisée à personnaliser en fonction de l'état physique du patient (dépendance, ...), amélioration des locaux communs (cuisine, art thérapie,...) et aménagement des extérieurs : le projet de jardin thérapeutique sera ainsi poursuivi dans les futurs locaux.



Créer une dynamique de coopération sur le GHT ... et au-delà

Le renforcement de l'offre sur le GHT, la diffusion d'une culture palliative permettent de poursuivre le troisième objectif de la filière Soins palliatifs du GHRE : **la construction d'une dynamique de coopération entre les acteurs du territoire**, qu'ils soient membres du GHT ou non. Dans cette perspective, le PMSP prévoit de :

- ↳ **Favoriser la convergence des pratiques médicales et soignantes** des équipes malouines et dinannaise pour faire émerger une équipe territoriale de soins palliatifs, notamment à travers les échanges, les bonnes pratiques, les protocoles de prise en charge,
- ↳ Développer les formations en SP (qui existent déjà) et permettre une meilleure diffusion des connaissances,
- ↳ **Conforter les missions des équipes mobiles de soins palliatifs dans leur action intra hospitalière mais également extra hospitalière** et retravailler les zones géographiques d'intervention des équipes mobiles afin d'optimiser les délais de réponses
- ↳ **Promouvoir une équipe mobile de soins palliatifs territoriale unique**, composée de médecins, infirmiers, psychologues, assistante sociale. Son rôle ne réside pas dans la dispensation de soins mais dans le soutien et l'apport d'expertise auprès des équipes soignantes qui feraient appel à elle : aide à la réflexion et à la prise de décision, intervention dans les différentes structures de soins du territoire (USP, LISP, établissements médico-sociaux, services hospitaliers ...) sur la base de conventions, ou dans une **structure fédérant les différentes structures de soins palliatifs du territoire** afin de consolider les liens entre les acteurs territoriaux des soins palliatifs : LISP de Combourg, Dinard, ...
- ↳ Cet objectif passe également par le **développement de la télé expertise, du télé suivi, de la télémédecine** et la diffusion des modalités de liaison et de travail en commun.
- ↳ Une réflexion doit par ailleurs être menée sur **la création d'une EMSP sur le bassin du CH de Combourg**, qui permettrait un meilleur suivi extra hospitalier dans cette zone, éloignée de Saint Malo et sur une meilleure répartition des rayons d'actions des EMSP : il existerait en effet 2 EMSP sur le secteur 35 du Territoire de santé 6, pourtant plus petit que le secteur 22 où il n'y aurait qu'une seule EMSP.

▷ La prise en charge de la douleur

« *S'il est illusoire de penser que toute douleur peut être supprimée, les établissements de santé ont le devoir de mettre en œuvre les moyens propres à prévenir la douleur aiguë et à améliorer la prise en charge de la douleur chronique rebelle* ⁴⁵ ». Ce sont là les deux orientations majeures du PMSP du GHRE en matière de lutte contre la douleur :

- ▷ Assurer la prise en charge de la douleur de manière optimale dans tous les établissements du GHRE,
- ▷ Déployer le Centre d'Évaluation et de Traitement Territorial de la douleur chronique rebelle sur le territoire 6.

Assurer la prise en charge de la douleur dans tous les établissements du GHRE

Conformément à l'article L.1112-4 du Code de la santé publique, « *il appartient à chaque établissement de santé de développer et mettre en place l'organisation nécessaire pour répondre aux besoins des personnes quant à la prise en charge de leur douleur* ». Si la prise en charge de la douleur au quotidien (notamment la

⁴⁵ Edouard Couty, Directoire des Hôpitaux, 2002,



douleur provoquée par certains actes de soins, la douleur post-opératoire ou la douleur post-traumatique, etc...) est une problématique commune à tout établissement de santé, elle reste encore un axe important de tout projet médico soignant.

Dans cette perspective, le PMSP du GHRE entend **renforcer et soutenir l'action des CLUD des établissements**, et créer un interCLUD territorial, y compris en associant d'autres acteurs que les établissements du GHT, pour partager les expériences, faire converger les pratiques, et, plus largement, diffuser à un public beaucoup plus large cette culture antidouleur. Cette ambition passe par :

- ↳ Le renforcement des équipes mobiles douleurs,
- ↳ le renforcement des **formations à l'évaluation** et aux repérages des patients douloureux des professionnels de santé sur les sites du GHRE, à la communication thérapeutique,
- ↳ la poursuite des modes de prises en charge sous hypnose,
- ↳ le développement de **l'éducation thérapeutique**,
- ↳ la mise en place de **protocoles de prise en charge de la douleur sur les EHPAD**,
- ↳ la **formation des équipes des EHPAD** par les équipes mobiles douleur,
- ↳ la mise en œuvre de la **télémedecine pour faciliter l'accès à l'expertise**, et le soutien aux équipes distantes du GHRE, et plus largement des professionnels de santé du territoire.

Il s'agit de permettre à chaque professionnel de s'approprier les concepts, les démarches et de pouvoir mettre en œuvre les protocoles pour une prise en charge optimale de la douleur sur l'ensemble du territoire. Cette préoccupation reste transversale à toutes les activités. Il s'agit de **diffuser cette culture, et renforcer les liens inter filières et les autres spécialités**.

Déployer un Centre d'Évaluation et de Traitement Territorial de la douleur chronique rebelle.

27 % de la population est concernée par des douleurs chroniques dont 7 % par les douleurs neuropathiques (représentent 25% des motifs de consultations et prise en charge en CETD), en France. Il est à noter que la prévalence augmente avec l'âge avec des douleurs d'intensité modérées à sévères, ceci dans le cadre de bassins de populations âgées.

Dans un souci d'améliorer la prise en charge des patients et de réduction des délais d'accès aux prises en charge optimales, le PMSP du GHRE entend **développer le CETD du Territoire 6**, créé en 1988, labellisé au CH de Saint Malo en 2009 et étendu sur le CH de Dinan en 2011 qui s'organise autour de deux « antennes » sur lesquelles se déploient la formation et la recherche clinique :

- Une antenne « HDJ évaluation douleur, HDJ Thérapeutique et consultations de suivi post HDJ » au sens de l'instruction ministérielle, sur le site de Dinan : elle regroupe le médecin, IDE, psychologue et assure une prise en charge médicale pluridisciplinaire en lien avec l'offre de premier recours, pouvant s'appuyer sur des lits d'hospitalisation conventionnelle si besoin.
- Une antenne « centre » au sens de l'instruction ministérielle, sur le site de Saint Malo (dans le futur, sur l'Hôpital Territorial) qui assure une prise en charge médicale pluridisciplinaire et pluri professionnelle, dotée d'un accès à un plateau technique et à des lits d'hospitalisation.

Les deux sites doivent répondre aux critères suivants :

Critères relatifs au personnel	<p>La structure est sous la responsabilité d'un médecin diplômé douleur. Le diplôme est soit la capacité douleur soit le DESC « médecine de la douleur et médecine palliative », orientation douleur. Le temps médical cumulé d'une structure est d'aux moins cinq demi-journées par semaine (...)</p> <p>Le temps cumulé minimal en personnels non-médicaux (IDE + psychologue + secrétaire) est de 1,5 ETP. Une formation universitaire dans le domaine de la douleur est requise pour l'IDE, elle est souhaitée pour le psychologue. La structure doit pouvoir faire appel aux compétences d'une assistante sociale, ou d'autres personnels paramédicaux.</p>
Critère relatif à l'activité	<p>L'activité de la structure est d'au moins 1000 consultations externes par an (et une file active de 400 patients). De plus la traçabilité des nouveaux patients et de la file active est assurée. A titre d'information, l'activité du CETD du territoire 6 s'établissait en 2020 à 3 332 actes techniques et consultations.</p>
Critères relatifs à l'organisation	<p>Il existe une permanence téléphonique du lundi au vendredi avec numéro d'appel dédié et plage d'appel identifiée. Cette permanence répond aux besoins en prise de rendez-vous, en suivi des patients, en information des professionnels et des patients.</p> <p>La pratique des différents professionnels de la structure nécessite des locaux regroupés sur chacun des sites, l'unité de lieu est requise. (...)</p> <p>La structure est ouverte vers l'extérieur, ce qui inclut : l'information du médecin traitant et des professionnels correspondants libéraux ; la collaboration avec les associations de patients ; la coopération et le partage de compétences avec tous les professionnels de santé de proximité ou institutions, notamment HAD, SSIAD, EHPAD, secteur médico-social et CMP.</p> <p>La structure est lisible au sein de son établissement d'appartenance. Les patients pris en charge au sein de l'établissement ont accès à la structure. La structure participe aux consultations internes, à la formation interne, à l'amélioration de la prise en charge des patients douloureux (avis, protocoles, indicateurs de qualité...).</p>
Critères relatifs à la prise en charge	<p>La structure garantit une prise en charge pluri professionnelle aux patients, en se dotant au minimum d'un temps de médecin formé, d'IDE et de psychologue et/ou de psychiatre. Un temps de secrétariat dédié est nécessaire.</p> <p>La structure doit pouvoir bénéficier d'avis spécialisés dans les disciplines suivantes : neurologie, rhumatologie, médecine physique et de réadaptation, psychiatrie, pharmacologie, chirurgie.</p> <p>Les professionnels de la structure élaborent un projet thérapeutique personnalisé grâce à une réunion de synthèse pluri professionnelle (a minima médecin + IDE + psychologue), formalisée et tracée dans le dossier du patient. Les cas complexes sont présentés en réunion de concertation pluridisciplinaire, organisée au sein de la structure.</p>

L'orientation des patients doit être adaptée à leur situation. La douleur chronique, persistante depuis plusieurs mois et même années, est une combinaison de facteurs physiques, psychologiques et sociaux. Elle est le plus souvent rebelle aux traitements antidouleurs habituels, ce qui rend sa prise en charge complexe et nécessite une réponse spécifique. **L'évaluation tout autant que la mise en place de la meilleure thérapeutique est réalisée en collaboration avec le médecin traitant.** Elle est assurée par un médecin algologue qui sera le coordonnateur du projet de soin. Le médecin traitant reste l'interlocuteur privilégié. A cette fin, il est prévu d'associer les médecins de ville au **staff du CETD Territorial.**

Le médecin algologue qui accueille le patient tente avec lui de comprendre cette douleur sur le plan médical, socioprofessionnel et psychique. Le patient est apprécié dans sa globalité grâce à une équipe interdisciplinaire qui applique des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses. Le suivi se déroule en consultation et peut, à certaines étapes, s'appuyer sur des hospitalisations de jour et/ou complètes. Cette prise en charge est réalisée en fonction des besoins du patient, et notamment des actes techniques nécessaires le cas échéant, en fonction d'une gradation déterminée :



- ✓ Soins de niveau 1 en proximité : Traitement médicamenteux en externe, Infiltrations simples, Hypnose, TENS, Réflexologie Plantaire, Ostéopathie, Mésothérapie, Acupuncture, Magnétothérapie Pulsée, rTMS. Psychothérapie...
- ✓ Soins de niveau 2 : Blocs Sympathiques (Stellaire, para vertébral thoracique, ou lombaire L2), Péridural thérapeutique cervico-dorso-lombaire, Cure continue de Kétamine avec induction, Plasma riche en Plaquettes, Radiofréquence Pulsée, Infiltration d'Arnold (Spinal C2), Infiltration du Trijumeau, Bloc pléxique continu ou ponctuel (avec ou sans cathéter)...(Actes médicaux sous sédation).
- ✓ Soins de niveau 3 (soins techniques, sous sédation profonde) sur l'Hôpital territorial, avec la possibilité d'une prise en charge en hospitalisation conventionnelle (2 lits identifiés) : Analgésie Péridurale Continue Cervico-dorso-lombaire continue (avec cathéter), Cathéter interscalénique (ALR continue), Neurostimulation Péri médullaire, Stimulation du Ganglion Spinal, Analgésie Intrathécale Continue (Actes médicaux sous sédation profonde ou anesthésie générale).

Enseignement, formation, Innovation et recherche clinique

Enfin, le PMSP de la filière entend développer la recherche et l'enseignement et ainsi permettre la diffusion continue de l'innovation :

- Implantation de l'appareil de rTMS en lien avec les psychiatres : Plusieurs études rapportent l'efficacité antalgique de la stimulation magnétique Trans crânienne répétitive (dans certaines indications), qui permettrait de moduler la perception du message douloureux et d'induire ainsi un effet antalgique.
- Stimulation péri médullaire : La **stimulation médullaire** est un traitement réversible, peu invasif et dont l'efficacité et le rapport coût-bénéfice favorable sont reconnus pour le traitement des douleurs chroniques d'origine neuropathique, algo dystrophique et ischémique.
- Analgésie intrathécale : L'**analgésie intrathécale** est utilisée dans les douleurs cancéreuses (ou non cancéreuses) réfractaires aux traitements antalgiques classiques, lorsque ces derniers restent inefficaces ou sont à l'origine d'effets secondaires.

Le Centre aura la possibilité d'accueillir des stagiaires médicaux et non médicaux en formation en algologie.



11. Les filières chirurgicales et le plateau opératoire et interventionnel

La chirurgie est aujourd'hui marquée par trois évolutions majeures : tout d'abord, l'émergence de prises en charge de plus en plus multidisciplinaires (orthopédie et gériatrie, chirurgie digestive et endoscopie, cardiologie et vasculaire...), des techniques interventionnelles et mini invasives en plein essor dans de nombreux domaines médicaux (cancérologie, pathologies vasculaires, gastro-entérologie, ostéo-articulaire, gynécologie, sénologie, pédiatrie, neurologie) et le développement continu des prises en charge ambulatoires.

Ces évolutions portent sur les techniques, les prises en charges et l'organisation de la chirurgie mais également de l'anesthésie réanimation, acteur incontournable de ces évolutions, dans les parcours de patients : dans la réhabilitation accélérée en chirurgie (RAC), liaison avec les soins critiques dans le cas des chirurgies et des gestes interventionnels les plus complexes, prise en charge de la douleur péri et post opératoire...

Face à ces évolutions de la chirurgie et de l'anesthésie-réanimation, la filière Chirurgies et Activités Interventionnelles du GHRE portent des ambitions importantes. Le projet vise en effet à :

- ▷ Consolider et développer l'offre chirurgicale publique,
- ▷ Développer l'ambulatoire et les circuits courts,
- ▷ Optimiser les interfaces avec le plateau technique chirurgical et interventionnel,
- ▷ Redimensionner et moderniser le bloc opératoire dans le cadre du Grand Projet.

Compte tenu des évolutions démographiques et épidémiologiques attendues, notamment du vieillissement de la population, les ambitions du Projet Médico-Soignant Partagé (PMSP) du GHRE s'inscrivent dans une triple perspective :

▷ **Consolider et développer l'offre chirurgicale publique**

Cet objectif, d'ores et déjà engagé, comme en témoigne la croissance de l'activité chirurgicale, doit permettre de disposer à terme de filières complètes de prise en charge sur le Groupement Hospitalier Rance Émeraude (GHRE). Le PMSP prévoit ainsi de :

- ▷ **Créer une offre de chirurgie vasculaire**, pour laquelle des recrutements sont prévus en 2023 /2024. Ce développement permettra d'offrir des prises en charge qui n'existent pas aujourd'hui sur le GHRE, en lien étroit avec l'équipe de médecine vasculaire. Cette spécialité se développe en lien avec le CHU de Rennes, qui conserve son rôle de recours. L'objectif d'activité est de 800 interventions à l'horizon du projet ;
- ▷ **Développer et consolider la chirurgie viscérale** : il s'agit de sécuriser l'activité de chirurgie digestive des cancers en lien avec les futurs seuils par organe, de consolider la filière de chirurgie bariatrique autour d'un haut niveau d'expertise et d'une prise en charge médico-chirurgicale (équipe des maladies métaboliques et endocriniennes et lien avec la médecine de ville) et sécuriser le partenariat avec les hépato-gastroentérologues du GHRE, des cliniques du territoire et de ville (adressage). L'objectif d'activité est de 1 800 interventions à l'horizon du projet ;
- ▷ **Poursuivre le développement des prises en charge spécialisées en chirurgie orthopédique et traumatologie** (main, chirurgie de la colonne pour lesquels les besoins ne sont aujourd'hui pas couverts sur le territoire du GHRE), installer **une unité d'ortho gériatrie** pour améliorer la prise en charge des personnes âgées compte tenu du vieillissement accéléré attendu sur le territoire, et



mettre en place un circuit ultra court depuis les urgences. L'objectif d'activité à l'horizon du projet est de 3 200 interventions / an (soit + 1 000 interventions / an) ;

- ▷ **Renforcer l'équipe en ORL pour permettre la croissance de l'activité** (cancérologie ORL face et cou, thyroïdes, chirurgie ORL pédiatrique), les surspécialisations et structurer la prise en charge en lien avec la radiologie interventionnelle. Les enjeux propres à l'ORL sont également de développer les explorations fonctionnelles (dépistage de la surdité, implants cochléaires, ...), les circuits courts, les nouvelles techniques (neuro-navigation, réalité virtuelle augmentée ...) et télé-expertise. Le projet prévoit la mise en place d'une **activité de chirurgie plastique** de la face autour d'une équipe double chirurgiens esthétiques – plasticiens et ORL (lambeaux libres), activité insuffisamment développée sur le territoire actuellement. L'objectif d'activité à l'horizon du projet est de 600 interventions / an ;
- ▷ **Sécuriser la chirurgie gynécologique y compris en ambulatoire   Dinan** et notamment la chirurgie carcinologique au vu du prochain régime des autorisations, accélérer la diffusion des innovations (détection du ganglion sentinelle en lien avec la médecine nucléaire), augmenter la chirurgie mammaire et de la reconstruction mammaire en lien avec les plasticiens dans le même temps opératoire et améliorer l'adressage par le développement de la mammographie/biopsie sur l'hôpital Territorial et le cœur de ville de Dinan, en lien avec les cabinets de radiologie libéraux. L'objectif est de + 250 interventions à l'horizon du projet ;
- ▷ **Installer la Chirurgie plastique et réparatrice** (recrutement en cours), ce qui permettra de développer une offre en carcinologie, ORL, dermatologie et digestif, : + 600 interventions à l'horizon du projet ;
- ▷ **Densifier l'équipe de Chirurgie maxillo-faciale** pour couvrir les besoins et sécuriser l'activité.
- ▷ **Développer la Radiologie et l'activité interventionnelle** notamment dans la prise en charge des cancers, de la douleur, en endo vasculaire, en gastro interventionnelle et accompagner les mutations de la chirurgie. L'objectif d'activité est de 1 600 interventions à l'horizon du projet.

Cette volonté de consolider la chirurgie publique sur le territoire passe également par l'amélioration et la croissance des prises en charge carcinologiques, notamment pour ce qui concerne les chirurgies soumises à seuil dans le cadre du nouveau régime des autorisations. Ce renforcement du positionnement du GHRE sur la chirurgie carcinologique nécessite la **définition d'un parcours de chirurgie oncologique**, qui vise à diminuer les temps d'accès à la chirurgie, à encore améliorer la synchronisation des acteurs, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital, et à poursuivre l'amélioration de ce type de prise en charge ( valuation de la douleur, soins de support, organisation du suivi au long cours de la maladie, ...).

C'est également dans la perspective de consolider l'offre chirurgicale publique, que le PMSP prévoit le déploiement de **consultations avancées sur le Cœur de Ville de Dinan** voire, pour certaines spécialités, sur celui de **Cancale** et porte une attention particulière aux attentes de la Médecine de Ville, notamment en termes d'avis, d'expertise, et de délais de prise en charge.

Enfin, si le PMSP prévoit le développement d'une **chirurgie programmée, conventionnelle et ambulatoire**, il entend également **améliorer les prises en charge chirurgicales en urgence**, importantes au GHRE :

interventions programmées

	en 2018	en 2019	en 2020	en 2021
janvier	74,0%	72,7%	74,5%	65,6%
février	75,1%	73,4%	67,8%	68,4%
mars	69,4%	71,5%	66,1%	72,9%
avril	69,4%	73,7%	56,5%	68,1%
mai	62,0%	69,3%	62,0%	63,4%
juin	74,0%	68,0%	71,9%	67,5%
juillet	62,6%	66,5%	63,0%	58,3%
août	64,5%	58,8%	59,2%	58,8%
septembre	68,2%	73,0%		
octobre	73,8%	74,1%		
novembre	72,1%	68,4%		
décembre	68,8%	71,1%		
	69,6%	70,1%	65,1%	65,4%

Il s'agit donc de sanctuariser les plages de bloc opératoire programmée et **dédier une salle de bloc opératoire à l'urgence**, dans un circuit de prise en charge défini et respecté, coordonné par le médecin anesthésiste de garde, et régulé par le cadre de bloc opératoire. Il suppose également la **mise en place de circuits courts** aux urgences, et l'organisation fluide des avis entre les chirurgiens et les urgentistes, notamment en chirurgie orthopédique, gynécologique et viscérale.

Le **virage ambulatoire, le développement de circuits fast track et le développement de la RAC** devront également permettre une moindre pression sur les capacités d'hospitalisation en post opératoire. C'est dans cette mesure que leur développement devra être engagé le plus tôt possible, sans attendre la réalisation du Grand Projet.

▷ **Développer l'ambulatoire et les circuits courts**

Le **virage ambulatoire est en effet un des axes prioritaires des filières chirurgicales** porté par le Projet Médico Soignant du GHRE. L'IP-DMS de chirurgie s'établit en effet à 1,05 en 2019, lorsque l'objectif national est fixé à 0,94. Le CH de Saint Malo affiche un taux de chirurgie ambulatoire faible de 39,6%⁴⁶ (quand le taux cible national est fixé à 70% pour 2022), mais dispose d'un **potentiel de développement important, puisque estimé à 67,3%**⁴⁷ par l'Assurance Maladie. En effet, 1 170 séjours de chirurgie sur les 4 224 réalisés en 2019 pourrait d'ores et déjà basculer en ambulatoire.

Comme le montre la mosaïque ci-dessous, le potentiel de substitution vers l'ambulatoire concerne notamment la chirurgie de l'appareil digestif (332 actes, principalement des actes thérapeutiques sur le tube digestif, sur le foie et les voies biliaires), de l'appareil circulatoire (227 actes thérapeutiques sur le cœur, les vaisseaux et sur les veines), la chirurgie du système tégumentaire et des glandes mammaires (173 actes thérapeutiques sur la peau et tissus et sur le sein) et la chirurgie orthopédique du membre supérieur (172 actes).

TAUX DE CHIRURGIE AMBULATOIRE



IPCA

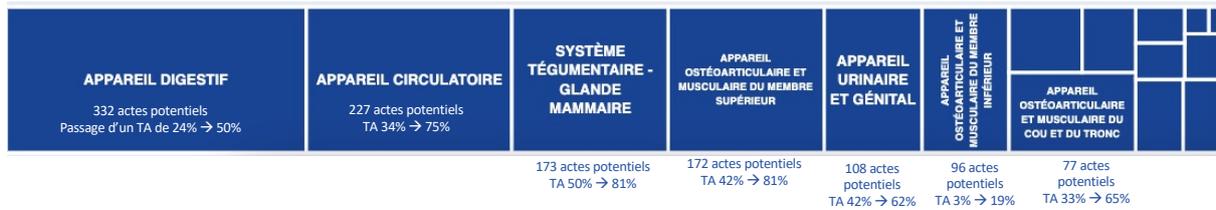


REPARTITION DES SEJOURS DE CHIRURGIE



⁴⁶ Source : Outil Visuchir de l'Assurance Maladie Visuchir, analysant les pratiques et comparant les établissements de santé en prenant en compte leurs spécificités (spécialités chirurgicales, niveaux de sévérités, innovation chirurgicale ambulatoire, ...).

⁴⁷ Le taux potentiel de chirurgie ambulatoire est défini en se basant sur les 20% d'établissements français de mêmes profils les plus performants en ambulatoire, acte CCAM par acte CCAM.



Source : Visuchir, Assurance Maladie

Plus largement, ce « virage ambulatoire » s'entend, dans le développement des projets du GHRE, dans une ambition de réduction globale des durées de séjour à l'Hôpital au bénéfice de l'autonomisation du patient :

- La mise en place de **circuits courts dit fast-track au bloc opératoire et interventionnel** : patient debout, admission en JO par une IDE, salon de sortie pour surveillance puis sortie du patient. Cela suppose une proximité immédiate entre l'unité de chirurgie ambulatoire et le bloc opératoire, mais également l'existence de salons d'entrée et de sortie conviviaux, et proches du bloc opératoire. Des petites salles de bloc opératoires équipées de « cubes opératoires » sont à envisager dans le cadre de ce circuit fast-track, pour des petits actes sans sédation.
- Le développement de la **réhabilitation rapide avant et après chirurgie** (RAC) et le renforcement de l'éducation thérapeutique dans certaines disciplines (notamment en chirurgie viscérale et chirurgie orthopédique), pour assurer une meilleure convalescence post-opératoire et accélérer la réautonomisation.
- Le développement de la **coordination des prises en charge chirurgicales**, notamment pour améliorer la sortie du patient et son suivi, à travers la formation d'IPA et d'IDE de coordination (IDE POP) et la promotion des dispositifs de suivi de la chirurgie à domicile type PRADO, suivi post chirurgical par téléconsultation, et une meilleure coordination avec la Médecine de Ville.

► Moderniser le bloc opératoire

Le redimensionnement du bloc opératoire et interventionnel⁴⁸ va de pair avec une **modernisation** qui, quant à elle, passe par :

- L'intégration des **nouvelles techniques et technologies chirurgicales** : compte tenu des avancées techniques et technologiques (miniaturisation des technologies, nouveaux équipements de robotique, de neuro-navigation, de réalité augmentée, d'intelligence artificielle...), le PMSP du GHRE entend développer la chirurgie mini invasive, la radiologie interventionnelle (Salle hybride : rayon X, ultrasons, fusion d'images, ...) et l'optimisation de l'accès aux images via un MACS,
- **L'accompagnement des pratiques péri-opératoires** : le développement de nouvelles formes d'analgésies plus légères qui permettent de réduire le temps de réveil et encouragent la qualité de la récupération des patients.
- Le **renforcement de la coordination et la coopération** entre professionnels intervenant au bloc opératoire : salle hybride réunissant chirurgiens, anesthésistes et radiologues interventionnels.
- L'intégration de la **dimension informatique et digitale** dans le processus chirurgical :
 - Tout d'abord en phase pré opératoire à travers une meilleure programmation des interventions (temps, organisation, diminution des dépassements, ...) un suivi du

⁴⁸ Voir supra, dimensionnement capacitaire page 48.



programme en temps réel, et un partage du bloc opératoire avec les services de soins et les consultations d'anesthésie,

- En per opératoire ensuite grâce à l'intégration de l'ensemble des éléments du dossier patient (feuille d'ouverture de salle, traçabilité et stocks des DM, check list, temps anesthésiques, chirurgical, ...)
- Et enfin en phase post opératoire (compte rendu opératoire, codage en temps réel, coordination avec les services de soins, accompagnement de la sortie du patient, lien avec les structures d'aval, ...).

La SSPI sera dimensionnée en conséquence et les moyens techniques devront permettre une exploration complète des patients poly-pathologiques (échocardiographie, ECG, ALR antalgique pré opératoire...). Elle devra également pouvoir être modifiée, en cas de crise, pour accueillir la plateforme de tri des patients et / ou des patients de soins critiques, le cas échéant.

▷ Optimiser les interfaces avec le plateau technique chirurgical et interventionnel

Si la qualité et le respect de la programmation restent les conditions sine qua non à la diminution des temps d'attente des patients, à la productivité des installations (rotation optimale des interventions, TVO, TROS, ...) et à la bonne gestion de la préparation des interventions, le PMSP prévoit également, pour optimiser le plateau technique opératoire et interventionnel et garantir une prise en charge de qualité aux patients :

- **D'améliorer la coordination avec les services de soins :**
 - D'organiser l'information du patient et sa préparation en amont,
 - D'organiser le contrôle des dossiers patients en pré opératoire,
 - De lisser l'activité opératoire, notamment dans les périodes estivales, et ainsi permettre une meilleure occupation des capacités d'hospitalisation conventionnelle et ambulatoire,
 - De garantir la cohérence entre le programme opératoire et les capacités d'hospitalisation,
 - De systématiser l'accueil dans les services de soins lors des retours de bloc opératoire et la présence d'ordonnances de sorties, des consignes et des prescriptions post-opératoires du chirurgien et de l'anesthésiste
- **D'optimiser les interfaces avec la pharmacie**, notamment dans l'approvisionnement, le stockage des DM et la stérilisation, avec la mise en place d'un « gestionnaire de flux », préparateur en pharmacie, qui permette de rendre du temps d'IBODE et de IADE au bloc. L'action de ces dernières est dès lors concentrée sur les tâches requérant leurs compétences soignantes (ex : vérification des DM nécessaires par intervention, révision des listes de DM/intervention avec les chirurgiens).
- **D'optimiser les transports de patients** par l'informatisation des demandes et le suivi en temps réel de la disponibilité des brancardiers, mais également par le développement de la venue « debout » des patients au bloc opératoire.



12. La Filière Femme, Mère, Enfant

Le projet de la filière Mère Enfant entend :

- ▷ Développer une approche physiologique de la prise en charge de la mère et de l'enfant, tout en sécurisant les prises en charge et en acquérant un niveau 2B,
- ▷ Développer l'activité de pédiatrie, et améliorer la prise en charge de l'enfant,
- ▷ Accentuer l'ouverture vers l'extérieur, et consolider les liens avec les acteurs du territoire,
- ▷ Assurer l'enseignement et la formation continue, et s'engager dans la recherche.

▷ Développer une approche physiologique de la prise en charge de la mère et de l'enfant...

Déployer une filière physiologique de prise en charge

Il s'agit tout d'abord de **créer une filière physiologique intégrée sur l'Hôpital Territorial**, gérée par les sages-femmes en étroite collaboration avec l'équipe de gynéco obstétriciens, autour d'une prise en charge la plus globale possible, limitant au maximum le nombre d'intervenants autour des parents et de l'enfant dans l'accompagnement de la naissance. En effet, émerge depuis quelques années une demande forte des usagers d'une prise en charge moins médicalisée de l'accouchement et plus respectueuse de la physiologie.

Cet objectif nécessite la formation continue des équipes médicales et soignantes, l'équipement de la maternité avec une, voire deux, salle(s) d'accouchement physiologique notamment, mais également une réflexion sur les locaux afin de limiter au maximum l'aspect technique des salles d'accouchement et de prétravail. Elle suppose également le développement des consultations, des cours de préparation à la naissance, les entretiens prénataux, et l'organisation du suivi du post partum dans une logique très personnalisée, faisant notamment une place particulière à l'accompagnant tout au long du parcours.

La filière physiologique reposera également sur des **sorties précoces** à organiser à travers notamment une liaison étroite entre sages-femmes de ville et hospitalières. Plus globalement, il convient de poursuivre le développement des sorties précoces dès que l'état de la maman et du bébé le permet, que l'accouchement ait été médicalisé ou physiologique, notamment grâce au dispositif PRADO et les liens avec les sages-femmes libérales.

Préserver le lien entre la Mère et l'Enfant

Cette approche personnalisée doit également se traduire dans **la préservation du lien entre l'enfant et sa mère dès les premiers jours de l'enfant** et dans le développement de soins centrés sur l'enfant et sa famille. L'approche du Programme des « 1000 premiers jours » entend permettre « *de travailler sur l'amélioration des conditions de naissance en créant un environnement favorable à l'accueil du nouveau-né apporte un triple bénéfice : sur la santé de la mère, de l'enfant et de l'adulte à venir. Ceci implique de porter une attention toute particulière à la santé et plus généralement aux conditions de vie des femmes et de leur partenaire avant la grossesse (dès le projet de grossesse), au cours de la grossesse, pendant et au décours de l'accouchement, puis à la santé de l'enfant et de ses parents dans les premières années de vie.*⁴⁹ »

C'est dans cette mesure que le Projet vise également à :

⁴⁹ Rapport de la Commission des 1000 premiers jours, présidée par le Professeur Boris CYRULNIK, septembre 2020



- **Mettre en place des « lits kangourous ».** Ces lits de néonatalogie permettent aux enfants ayant besoin de soins particuliers de ne pas être séparés de leur mère et aux soignants de prodiguer les soins nécessaires à la maman et à l'enfant, au sein de la chambre même.
- **Mettre en œuvre le NIDCAP** (protocole de soins de développement centré sur les besoins des nouveau-nés, en coopération avec les parents).
- **Acquérir le label « hôpital ami des bébés 50» et le label « maternité éco responsable »** qui reconnaissent l'engagement des professionnels de maternité et de néonatalogie auprès des familles pour des pratiques autour de la naissance alliant sécurité médicale, qualité des soins, bientraitance et bienveillance,
 - Enfin, une réflexion doit être engagée autour de la **création d'une « Maison de la Mère et de l'Enfant »**, sur le territoire de Dinan, pour développer une offre de prise en charge des mamans et des bébés en situation vulnérables du fait de problématiques sociales, psychiatriques ou d'addictions faisant le lien entre la prise en charge somatique, psychiatrique et pédo psychiatrique. Cette prise en charge, à la frontière des secteurs, pourrait faire l'objet d'une expérimentation « article 51 », sur le modèle de la maison de la parentalité développée par le CHU de Nantes.

Cette réflexion sera menée en lien avec le Centre hospitalier Guillaume Reigner de Rennes qui ouvre une unité d'hospitalisation pour soins conjoints parents/bébé à vocation régionale à destination des couples mères bébés pour lesquels les mères présentent des troubles psychiatriques très sévères en période érinatale (les troubles sont soit aigus et réversibles, soit chroniques mais pouvant s'aggraver brutalement en post-partum) et/ou des troubles sévères de l'attachement potentiellement curables et menaçant pour l'enfant. La maison de la mère de de l'enfant pourrait notamment être articulée, dans certains cas, en relai d'une hospitalisation sur l'unité du CH Guillaume Reigner.

La réflexion est également à construire avec l'hôpital Saint Jean de Dieu en charge de la prise en charge psychiatrique sur les secteurs de Dinan et avec les praticiens en charge de la psychiatrie et pédopsychiatrie sur les secteurs de Saint Malo, secteurs sur lesquels une consultation psychiatrique spécialisée de périnatalité est en place.

- En parallèle de la maison de la mère et de l'enfant, **le centre périnatal de proximité** existant sur Dinan sera maintenu sur son périmètre ambulatoire (consultations de suivi gynécologique, consultations de suivi de grossesse, entretiens prénataux, préparations à la naissance, échographie anténatales...). Des consultations avancées de sages-femmes pourront être mises en place sur le territoire depuis le Centre Périnatal de Proximité de Dinan afin de proposer un service au plus proche des patientes, des premiers contacts ont été pris avec la maison de santé d'Evran, la réflexion pourra également être poursuivie avec d'autres collectivités excentrées tant sur les Côtes d'Armor que sur l'Ille et Vilaine.

⁵⁰ L'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB) est un programme international lancé en 1991 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Unicef.



▷ ...Tout en sécurisant les grossesses à risque par le passage en niveau 2B de la Maternité

Cette volonté de développement de la logique physiologique doit se combiner, à la demande des autorités de tutelle, avec le **passage en niveau 2B de la maternité de l'Hôpital Territorial** qui suppose de disposer d'un service de néonatalogie permettant la prise en charge des enfants nés prématurément pendant le 8e mois de grossesse (31 SA), pesant entre 1200 et 2500 g, et nécessitant des soins spécifiques et d'un service de soins intensifs en néonatalogie :

Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique

« Sous-section IV – paragraphe 2- Conditions techniques de fonctionnement relatives à l'obstétrique, à la néonatalogie et à la réanimation néonatale - L'unité de néonatalogie

« Art. D. 712-90. - Lorsqu'elle n'est pas associée sur le même site à une unité de réanimation néonatale, l'unité de néonatalogie comporte au moins 6 lits. **Pour pouvoir disposer en son sein de lits de soins intensifs, l'unité de néonatalogie comprend au moins 12 lits.**

« L'unité de néonatalogie est située dans le même bâtiment ou à proximité immédiate sur le même site que l'unité d'obstétrique.

« Art. D. 712-95. - Si l'unité de néonatalogie assure des soins intensifs de néonatalogie mentionnés au II de l'article R. 712-86, elle remplit les conditions supplémentaires suivantes :

« 1o Être située dans le même bâtiment, à proximité immédiate et d'accès rapide à l'unité d'obstétrique ;
« 2o Disposer des moyens nécessaires à la ventilation des premières heures et au transfert du nouveau-né vers une unité de réanimation néonatale en cas d'absence d'amélioration ou d'aggravation de l'état de l'enfant ;

« 3o Être dotée de dispositifs médicaux définis par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Dans toute unité de néonatalogie qui pratique les soins intensifs de néonatalogie, sont assurées :

« 1o La présence permanente tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatalogie ;

« 2o La présence continue d'un infirmier diplômé d'État, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie, pour trois nouveau-nés.

Ce passage suppose également de prévoir **la création d'une unité d'hospitalisation de grossesses à risque**, permettant de faire face aux complications maternelles éventuelles. Il serait co construit avec le CHU de Rennes (service du Pr PLADYS), sous réserve de sa faisabilité médico économique. Une salle de bloc opératoire est en outre dédiée aux césariennes et doit permettre l'accès aisée aux tables de réanimation néonatale si besoin (programme d'intervention précoce destiné aux prématurés).

Les liens avec le CHU de Rennes seront par ailleurs renforcés, notamment à travers les liens avec le lactarium de Rennes, par la création d'une filière lait maternel congelé sur l'Hôpital Territorial, dans le respect des normes réglementaires.

▷ Développer et personnaliser la prise en charge de l'enfant

L'objectif du Projet est de développer et d'améliorer encore la prise en charge de l'ensemble des besoins de l'enfant (sanitaire, social, éducatif et scolaire, jeux, etc.) eu égard aux réflexions et aux recommandations de la Commission des 1000 premiers jours, parmi lesquelles est mis en exergue la nécessité d'investir davantage dans l'accompagnement des familles et des enfants pendant la période cruciale de la petite enfance, et au respect de la charte de l'enfant hospitalisé.

Poursuivre la qualité et la personnalisation des prises en charge des enfants et des adolescents

Dans cette perspective, le Projet de la Filière vise à porter une attention particulière à :

- L'accueil des enfants, des adolescents et de l'entourage au sein des locaux hospitaliers,
- À l'information des enfants et des parents
- À la prévention de la maltraitance intra et extrahospitalière et la démarche de bientraitance ;
- À la circulation des enfants et des adolescents dans les locaux, notamment dans la prise en charge au bloc opératoire,
- A la continuité des soins, notamment dans le lien avec les professionnels de ville,
- Au renforcement du suivi psychologique (renforcement du temps de psychologue) et du lien avec la psychiatrie.

Ces attentions particulières se traduisent dans les projets du Pole qui prévoit :

- ⇒ **L'organisation et la formalisation du circuit des urgences pédiatriques** tant pédopsychiatriques que somatiques, dans une approche visant à apaiser l'enfant et son entourage, à favoriser l'échange entre pédiatres et urgentistes et à travers l'amélioration de l'articulation et de l'organisation des transferts de jeunes patients des urgences vers les unités d'hospitalisation au sein de l'Hôpital Territorial. Sur le cœur de ville de Dinan, la prise en charge des enfants en urgence pédopsychiatrique est réalisée en lien avec l'équipe de liaison de St Jean de Dieu.
- ⇒ **L'organisation d'une prise en charge dédiée aux adolescents** avec une attention particulière aux problèmes psychologiques ainsi que des conseils aux parents, en liaison étroite avec le pôle de pédopsychiatrie,
- ⇒ **L'amélioration des liens avec les spécialistes et les consultants** (génétique, néphro pédiatre, cardio pédiatre, ophtalmo pédiatre), le développement des ressources paramédicales spécifiques (kinésithérapie pour les enfants prématurés, orthophoniste spécialisé dans l'oralité des bébés, psychologue, ...), développement des pratiques avancées pour les puéricultrices,
- ⇒ **La mise en œuvre de l'éducation thérapeutique adaptée à l'enfant ou à l'adolescent**, sur le cœur de ville de Dinan, à travers des lits de SMR pédiatriques, et potentiellement à travers un CAMSP hospitalier.
- ⇒ La transformation du service actuel d'hospitalisation complète de Pédiatrie de Dinan **en SMR pédiatrique territorial**⁵¹ et le développement de l'hospitalisation de jour et de l'éducation thérapeutique en pédiatrie sur Dinan :





Les Soins Médicaux et de Réadaptation pédiatrique (SMR) sont au cœur des parcours de santé dédiés aux enfants notamment porteurs d'affections chroniques complexes. En cohérence avec le diagnostic de l'ARS Bretagne, **le GHRE souhaite prendre part au projet départemental de SSR pédiatrique, piloté par le CHU de Rennes**. Ainsi, pour compléter son offre de pédiatrie médicale, les équipes du GHRE portent un projet de création d'une unité de Soins Médicaux et de Réadaptation Pédiatrique. L'objectif est de proposer aux enfants et à leurs familles une offre de proximité et d'expertises en rééducation et en éducation thérapeutique et de faciliter les parcours des enfants et adolescents sur le Territoire de Saint Malo/Dinan.

L'activité de SSR pédiatriques sera implantée sur le site de Dinan, pour permettre des mutualisations (expertises humaines et plateaux techniques) avec les autres activités de SSR et le Centre des Maladies Chroniques. L'unité de SMR pédiatrique aura trois ambitions :

- ⇒ **Proposer une prise en charge multidisciplinaire centrée sur le patient ;**
- ⇒ **Faire bénéficier aux patients atteints d'une maladie chronique d'une expertise forte en termes d'accompagnement et d'éducation thérapeutique ;**
- ⇒ **Offrir un lieu convivial qui propose un accompagnement personnalisé pour garder l'équilibre au quotidien.**

Les Soins Médicaux et de Réadaptation Pédiatriques du GHRE souhaitent proposer une offre de proximité, complémentaire à celle déjà proposée sur les départements du territoire de santé :

- L'organisation des soins en SMR pédiatrique repose en Ille-et-Vilaine sur deux opérateurs :
 - ✓ Le CHU de Rennes disposant de 30 lits et 17 places réparties sur le site de Pontchaillou (15 lits et 12 places) et la Polyclinique Saint Laurent (15 lits et 5 places), pour des activités orientées SMR polyvalent, nutrition, locomoteur et neurologique.
 - ✓ Le CMP Beaulieu à Rennes avec une capacité d'accueil de 30 lits et 10 places pour des activités de SMR neuro- locomoteur et polyvalent.
- Dans les Côtes d'Armor, deux établissements offrent des soins de SSR pédiatrique :
 - ✓ Le Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelles (CRRF) de Trestel, composante du CH de Lannion, spécialisé dans la prise en charge des affections de l'appareil locomoteur et des affections du système nerveux y compris pour les enfants et adolescents (7 lits et 15 places).
 - ✓ Le Centre Hélios Marin à Plérin disposant de 15 places de SSR polyvalent pédiatrique.

Les Soins Médicaux pédiatriques de Dinan reposeraient sur **quatre principaux segments de prise en charge** :

- ↳ **Une expertise en diabétologie de l'enfant** et les nouvelles technologies associées (mise en place de pompe et de boucle fermée). D'après une récente étude (septembre 2021), le taux d'incidence du diabète de type 1 chez l'enfant en Bretagne est toujours en augmentation (120 nouveaux cas par an entre 2017 et 2019) : il est de 20,4 pour 100 000 personnes.
- ↳ **La prise en charge de l'obésité et des troubles alimentaires de l'enfant**. En Bretagne la proportion d'obésité infantile est de l'ordre de 14% et peu de places existent pour la prise en charge des enfants de moins de 12 ans à Rennes. La prévalence de l'anorexie mentale est de 5 cas pour 100.000 habitants en France avec des cas se déclarant de plus en plus prématurément.
- ↳ **Une expertise concernant la souffrance psychologique des adolescents**, demande grandissante et des capacités insuffisantes en psychiatrie
- ↳ **Une offre de proximité et de relais de l'hôpital territorial** concernant notamment la maternologie et les séjours de répit.

Le projet de soins repose sur une prise en charge globale et personnalisée et la multidisciplinarité des intervenants :

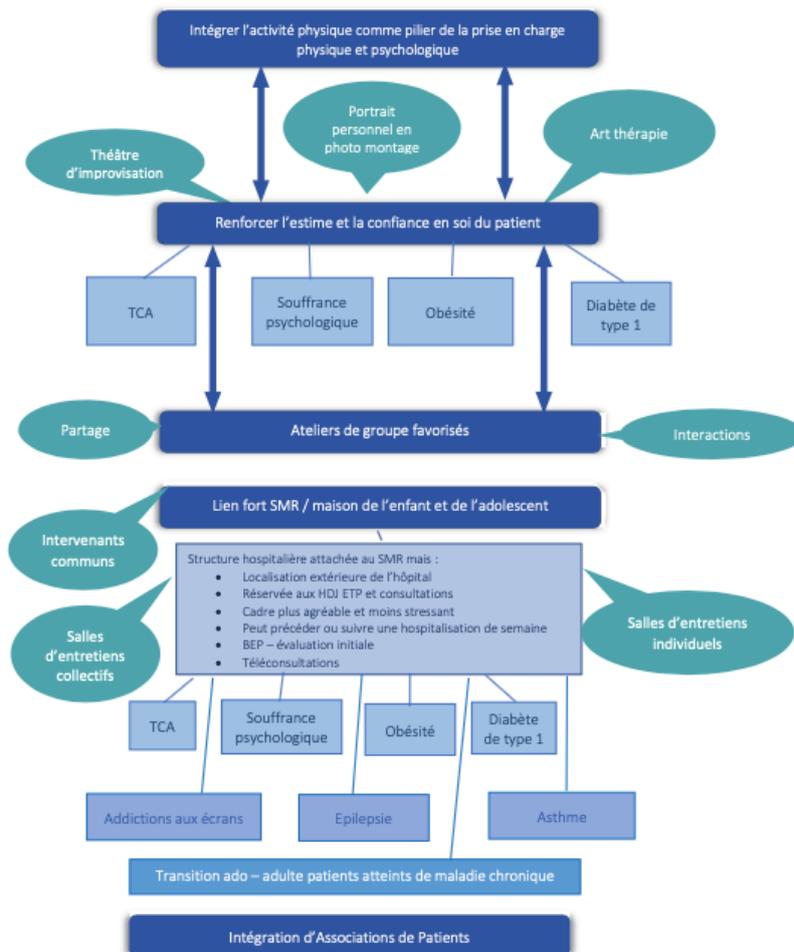
- Approche psychologique : psychologue et infirmière d'éducation
- Prise en considération de l'environnement et implication de la famille : psychomotricien, orthophoniste, kinésithérapeute et APA, diététicien.
- Dimension sociale : Assistance social, associations de patients, secrétaire, ...
- Coordination médicale et paramédicale : Pédiatre, généraliste, psychiatre, rééducateur.

Un projet éducatif spécifique à chaque pathologie sera élaboré de façon pluridisciplinaire. Un ou des médecins référents seront identifiés pour les différentes prises en charge (surpoids-obésité / diabète / Épilepsie / TCA / Souffrance psychologique ...)

La volonté est de proposer des prises en charge ambulatoire ou en hospitalisation conventionnelle de courtes durées (DMS de 5 à 7 jours), pouvant éventuellement être répétées dans l'année (programme). L'offre de Dinan se positionne **en relai de l'hospitalisation pédiatrique aigüe de l'Hôpital Territorial** et en amont ou en aval d'un séjour plus long dans un autre SMR (exemple en relai des établissements de la Fondation Ildys à Roscoff ou du CMP Beaulieu proposant des séjours longs pour les enfants souffrants d'obésité et de troubles nutritionnels).

Le dimensionnement des besoins conduit à un dimensionnement de 5 à 6 lits et 3 places. L'objectif étant de proposer des prises en charge par groupe de 2 à 3 patients de même pathologie (surpoids, TCA, diabète, ...).

Le schéma ci-après synthétise les différents volets du projet de soins en SMR pédiatriques du GHRE :





Développer l'activité de pédiatrie et de chirurgie infantile

En outre, l'objectif du pôle est d'augmenter l'activité de pédiatrie, **en redynamisant les consultations sur le site de Dinan et en consolidant de nouvelles offres**, notamment de chirurgie infantile (ORL pédiatrique, ...) sur l'ensemble du territoire. Cette prise en charge, essentiellement ambulatoire, nécessite une réflexion spécifique sur les circuits mais également sur les locaux d'accueil des enfants et des adolescents.

Dans la même perspective, **seront développées les consultations d'IDE puéricultrices** à l'instar des Infirmières de Pratiques Avancées dans d'autres secteurs médicaux (allaitement maternel, consultations de suivi de nouveau-nés (difficultés de reprise pondérale...)) et les consultations de pédiatrie, sur les deux sites.

La continuité et la permanence des soins seraient assurées par une garde sur le site de l'Hôpital Territorial et une astreinte opérationnelle sur le cœur de ville de Dinan.

Poursuivre le travail engagé avec les acteurs du territoire

La filière Mère Enfant est évidemment largement engagée dans le Réseau Périnatalité Bretagne et dans son travail visant à **coordonner les acteurs, à renforcer la cohérence, la qualité et la fluidité du parcours de soins de la femme, des parents et des enfants**. Son projet vise ainsi naturellement à renforcer ses liens avec les acteurs du territoire à plusieurs niveaux et sur l'ensemble du territoire du GHRE :

- ⇒ **Dans l'organisation des retours à domicile précoces** en lien avec le programme PRADO et les sages-femmes de ville, afin d'assurer une stricte continuité des soins mais également dans les échanges entre professionnels de ville et professionnels hospitaliers pour fluidifier les parcours de soins,
- ⇒ **Dans le renforcement du lien avec la Protection Maternelle et Infantile** et le recrutement d'un médecin en gynéco-obstétrique pour développer l'offre d'orthogénie, notamment en lien avec le Planning familial.
- ⇒ **Dans le renforcement de la gestion des situations de vulnérabilité psycho-sociale et la lutte contre les violences faites aux femmes et aux enfants** : Les professionnels de la santé (gynécologues, pédiatres, sages-femmes, infirmiers, assistants sociaux...) ont un rôle important à jouer en matière de détection et de prise en charge des violences. Ces dernières années, le GHRE s'est structuré autour de cette thématique (sage-femme référente, psychologue). Cette prise en charge des situations de vulnérabilité et/ou de violence doit se poursuivre et se renforcer, sur le territoire, dans une logique pluridisciplinaire et pluri-professionnelle en lien étroit avec les services extra hospitaliers (Justice, collectivités territoriales, associations, autres professionnels de santé) dans une « Maison des Mères et des Enfants » évoquée plus haut.
- ⇒ Dans la même perspective, le projet de la filière entend développer **les liens avec le Tribunal de Saint Malo, la Cellule d'accueil Spécialisée Enfance en Danger (CASED) et la cellule VIF** de St Malo dans le cadre de

Assurer l'enseignement et la formation continue, et s'engager dans la recherche

Enfin, le Projet du pôle met l'accent sur le développement de la recherche, et de l'enseignement vers les internes, les sages-femmes et le personnel para médical, notamment à travers la volonté de créer une salle de simulation, au sein de l'Hôpital et à travers l'accueil d'externes.



13. Le Plateau Médico Technique

La restructuration de l'offre sur le territoire du GHRE doit être, pour les plateaux médico techniques, l'occasion de repenser leur offre dans un double mouvement de **centralisation des activités techniques et logistiques** et d'une **décentralisation de la prise en charge des patients, de renforcement de la proximité avec les prescripteurs** pour accompagner le développement des activités cliniques, la fluidité du parcours du patient, et l'amélioration du service médical rendu. C'est dans cette perspective, qu'il prévoit :

- ▷ Le développement et la modernisation des plateaux médico-techniques de biologie, d'imagerie et de pharmacie,
- ▷ La territorialisation des activités, le renforcement de la proximité et des partenariats sur le territoire de santé,
- ▷ Le développement des activités médico techniques, pour accompagner au mieux le développement des activités cliniques du GHRE.

▷ Le Laboratoire

L'existant

Le laboratoire territorial du GH Rance-Émeraude, regroupe les activités de biologies médicales des Centres Hospitaliers de Saint Malo, Dinan et Cancale. Il s'agit d'un laboratoire polyvalent, produisant chaque année, sur deux sites, près de 34 millions de B, dans les domaines de la biochimie, l'hémostase, l'hématologie, l'immuno-hématologie, la microbiologie, la biologie moléculaire et la sérologie.

Le laboratoire du GHT Rance-Émeraude et ses équipes sont engagés depuis plusieurs années dans une démarche qualité qui se veut une démarche de progrès, favorisant l'amélioration continue. Elle s'intègre dans la politique qualité institutionnelle et répond aux exigences des normes NF EN ISO 15189 et NF EN ISO 22870. Le laboratoire est accrédité COFRAC.

Le projet de biologie médicale fait partie intégrante du projet médical partagé (art. R. 6131-3 CSP) et implique d'articuler l'organisation entre les différents sites du laboratoire. Cette articulation - réussie sur le GHRE - sert de base au Projet de Biologie, dans une logique de performance de qualité (accréditation COFRAC), d'efficacité économique et d'amélioration continue du service médical rendu.

Modernisation du plateau de biologie

La modernisation du laboratoire multisite du GHRE consiste à mettre en œuvre **un plateau technique renforcé et modernisé sur l'Hôpital Territorial tout en assurant la biologie « de routine » sur le cœur de ville de Dinan**, y compris par la mise en place d'examen de biologie délocalisée (EBMD) ou Point Of Care (POC)⁵², le service du SAU de Dinan (gazométrie ; numération coagulation ; chimie simple ; protéines urgentes).

En cœur de ville de St Malo, un centre de prélèvement serait présent, en cœur de ville de Dinan un laboratoire à réponse rapide ouvert hors PDS et un centre de prélèvement.

Cette organisation nécessite d'optimiser la logistique, notamment de transport des prélèvements en interne (ainsi que la mise en place d'un pneumatique sur le site territorial) et en externe, à travers la mise en place de navettes fréquentes.

⁵² L'article L6211-18 concernant les restrictions de réalisation (décision thérapeutique urgente, établissement de santé) des examens de biologie délocalisée (EBMD) a été modifié dans le cadre du pacte de refondation des urgences.



Cette modernisation passe tout d'abord par la **dématérialisation du processus** à travers la mise en place d'un serveur d'identité commun, de la prescription connectée, de l'accès aux résultats, (...) mais également par l'automatisation et la robotisation du préanalytique, de l'analytique, et de la micro-biologie afin de permettre à ce plateau de fonctionner à haut débit tout en améliorant les délais de rendu des résultats. Elle sera également l'occasion d'un renforcement et d'un développement des partenariats avec les structures et les prestataires du GHRE.

Cette modernisation du plateau de biologie devra aller de pair avec :

- Un **développement du dialogue clinico-biologique** ;
- Une **montée en compétence des techniciens de laboratoire** et l'organisation de **délégation de tâches**, qui permettent de répondre à la raréfaction des ressources médicales et aux aspirations des personnels para médicaux, pour renforcer l'attractivité de ces métiers et la qualité de vie au travail.

Le développement de la proximité, et le maillage du territoire



Sur le Cœur de Ville de Dinan, le laboratoire organisera **un laboratoire de réponse rapide et la biologie délocalisée aux urgences et sur les périodes de permanence des soins** pour assurer aux praticiens des délais de rendu des résultats compatibles avec les objectifs de prise en charge clinique, et de réduction des durées de séjour ambitionnée dans le PMSP. Ainsi, la mise en place d'un **centre de chimiothérapie associé sur le Cœur de Ville de Dinan** doit aller de pair avec la mise en place d'un « OK chimio » propre à garantir la fluidité du parcours du patient.

De la même manière, les implantations de ce laboratoire multisite permettront d'améliorer le maillage du territoire à travers le **déploiement de centres de prélèvement**, notamment dans les zones les moins couvertes, en lien étroit avec la médecine de ville (Cancalle).

Ce renforcement du maillage du territoire passe également par le **déploiement d'équipes mobiles** : l'équipe mobile d'hygiène d'une part, notamment vers les EHPADs, et l'équipe mobile de conseil en antibiothérapie pour faire face aux besoins croissants des structures sanitaires et médico-sociales en la matière témoignent de la volonté du Laboratoire du GHRE de renforcer le maillage du territoire et d'apporter l'expertise à l'ensemble des acteurs du territoire.

Le développement des activités de biologie

La restructuration de l'offre du territoire et la reconstruction des établissements donnent également l'opportunité **d'intégrer de nouvelles techniques** au sein du laboratoire, techniques rendues nécessaires par le développement des activités cliniques du GHRE : création d'un secteur d'immunologie et auto-immunité, intégration des techniques de cytométrie de flux, pharmacothérapie, toxicologie, développement de la biologie moléculaire pour le diagnostic des hémopathies...

Enfin, compte tenu du développement des activités cliniques en matière de cancérologie et de médecine sur le GHRE, **les liens avec le CHU de Rennes et le Centre Eugène Marquis seront renforcés** et développés, notamment en ce qui concerne la biologie spécialisée du cancer (biologie moléculaire, séquençage à moyen et haut débit, ...), pour les techniques les plus coûteuses, ou les plus spécialisées.

Dans ce cadre, il est important de prévoir les **outils de liaisons informatiques** capables de fluidifier les relations des institutions, et de rendre plus rapide la mise à disposition des résultats aux cliniciens, facilitant les prises de décisions thérapeutiques⁵³.

⁵³ Voire de reprendre la convention qui lie le laboratoire du GHRE avec le CHU de Rennes pour la faire évoluer vers une convention de sous traitance.



La permanence des soins

Le laboratoire de biologie polyvalente assure un fonctionnement 7 jours/7 24 heures/24 sur le site territorial produisant des examens de routine et spécialisés en biochimie, hormonologie, immuno-hématologie, cytologie, hémostase, bactériologie, virologie et biologie moléculaire. Le site de Dinan bénéficiera d'automates d'examens de biologie délocalisée (EBDM) sur les périodes de permanence des soins, au service des urgences.

L'Organisation du Dépôt de sang

Il existe aujourd'hui 2 dépôts de délivrance de sang sur le GHRE : le dépôt de Saint Malo a une activité de l'ordre de 5 000 poches délivrées tandis que celui de Dinan délivre environ 1 750 poches par an. L'immuno-hématologie est réalisée par les deux sites du laboratoire territorial.

⇒ Le dépôt de sang de l'Hôpital Territorial

Le projet de l'équipe est de positionner le dépôt de sang au Laboratoire afin qu'il soit géré sur les périodes de permanence des soins par l'équipe du laboratoire. Ce positionnement entraîne cependant des prérequis importants :

- Une **proximité** avec le plateau technique (urgences / blocs y compris obstétrical / Réanimation) qui pose la question de la distance entre le logipole et l'Hôpital Territorial.
- La présence d'un **deuxième technicien de laboratoire la nuit**
- La **formation** (14heures de formation) des équipes du laboratoire
- La **conformité des locaux** (à valider par les autorités compétentes)

⇒ Le dépôt de sang du Cœur de Ville de Dinan

Compte tenu de la présence du SAU et du Centre de chimiothérapie associé, il convient de maintenir un dépôt de sang sur le Cœur de Ville de Dinan dans les locaux du SAU, et dont la gestion revient au responsable de dépôt de sang de Dinan. Il s'agira d'un dépôt de délivrance. Compte tenu de l'éloignement du laboratoire et de la mise en place de biologie délocalisée, il convient de prévoir :

- L'augmentation des stocks de ce dépôt (sous réserve de validation par l'EFS)
- Une fréquence suffisante de navette entre les deux sites, y compris sur les périodes de permanence des soins pour la réalisation des actes d'immunohématologie,
- La formalisation des interactions possibles entre les deux dépôts des deux sites.

De plus, cette organisation nécessite :

- Un **dossier transfusionnel unique**
- Un **serveur d'identité commun**
- Un **serveur de résultat**.

En tout état de cause, cette organisation devra être autorisée par l'ARS.



▷ L'imagerie

L'existant

Le service d'imagerie médicale du GHT Rance Émeraude est réparti sur les deux 2 sites de Saint-Malo et Dinan et permet la réalisation des actes d'imagerie concourant à l'établissement d'un diagnostic, au suivi ou traitement d'une pathologie. La prise en charge des patients hospitalisés et accueillis aux urgences est organisée 24h sur 24, 7 jours sur 7.

Les plateaux techniques sur chacun des sites sont les suivants :

- Pour le CH de Saint Malo :
 - 2 équipements d'IRM en GCS : 1 IRM 1,5 Tesla sur le site hospitalier et 1 IRM 3 Tesla dédié aux consultations externes.
 - 2 scanners en GCS : 1 Scanner sur le site hospitalier dédié aux patients hospitalisés et externes et 1 scanner installé dans le cabinet des radiologues libéraux dédié aux externes.
 - 2 échographes.
 - 3 salles de radiodiagnostic dont une située aux urgences.

- Sur le CH de Dinan :
 - 2 IRM 1,5 Teslas, partagé au sein d'un GIE, l'un utilisé à 30% et l'autre à 20% par le GHRE.
 - 1 scanner sur le site hospitalier en GCS avec les radiologues libéraux et utilisé à 55% par le GHRE.
 - 1 échographe,
 - 2 salles de radiodiagnostic.

L'échange et le partage des examens d'imagerie du patient produits en dehors du GHRE seront possibles dans les tous prochains mois via le projet RUBIS2 porté par le GCS E-santé, ce qui permettra de **disposer des images en tout point du territoire**, dans les meilleurs délais de l'ensemble des antériorités du patient, facilitant la réalisation des réunions de concertation pluridisciplinaire, ou les demandes spécifiques des filières de soins (neuro vasculaire, dossiers d'expertise par exemple).

L'opportunité de la restructuration de l'offre permet, de la même manière, d'envisager le **renforcement et la modernisation du plateau d'imagerie** pour améliorer la réponse aux attentes des prescripteurs et des patients, favoriser la performance globale de l'établissement, rendre l'offre plus accessible et attirer des talents dans une discipline où la démographie médicale est particulièrement tendue et dans laquelle l'environnement est très concurrentiel.

Modernisation du plateau d'imagerie

Cette modernisation passe tout d'abord, là encore, par la **dématérialisation du processus d'imagerie** : informatisation du parcours administratif du patient, de la prescription, mise en place d'une liaison optimale entre le RIS et le SIH, de la mise à disposition des images et des comptes rendus.

Dans la même perspective, il convient de **faire évoluer le PACS vers un MACS** (Multimedia Archiving and Communication System, ou système d'archivage et de communication multimédia) et **d'intégrer l'ensemble des images et des vidéos** (cardiologie, échographie, scintigraphie...) afin de permettre une organisation globale qui distingue d'une part, la production d'images et, d'autre part, l'interprétation de ces images, pour gagner en fluidité, mais également en attractivité.



Enfin, la modernisation du plateau d'imagerie pose la question du **déploiement des techniques d'intelligence artificielle** (IA) au sein des plateaux d'imagerie : les outils d'intelligence artificielle d'aide à la décision médicale se développent actuellement de façon rapide et commencent, pour certains, à se déployer en pratique clinique. Le rôle attendu de ces d'outils utilisant l'IA est majeur dans toutes les phases de la démarche médicale : aide à la planification de l'examen et à l'accès aux données du dossier patient, optimisation des conditions techniques de réalisation de l'examen et de la qualité image, aide à la détection et à la caractérisation des lésions, surveillance, bilan d'extension, évaluation du pronostic, communication des résultats...

L'imagerie, et notamment l'imagerie médicale d'urgence est un domaine particulièrement porteur : SEP, mammographie, relecture des images des urgences, Il est par conséquent fondamental que le projet du GHRE l'intègre dès la conception.

Développement des délégations et transferts de compétences

Le service d'Imagerie s'inscrit dans la dynamique de la **délégation et du transfert de compétences** vers les manipulateurs d'imagerie, notamment sur la réalisation des échographies, des écho-doppler... rendant plus attractif leur métier, et permettant aux radiologues, dont la démographie médicale est en tension, de se concentrer sur l'interprétation et les cas les plus complexes (spécialisation des radiologues). Cette recherche d'attractivité s'inscrit dans un contexte de grande tension du métier de manipulateur d'imagerie.

Le développement de la proximité, et le maillage du territoire

Le deuxième axe du projet d'imagerie vise à **améliorer l'accès à l'imagerie**, notamment pour les populations des territoires de Saint-Malo et Dinan. Cet objectif passe par :

- L'amélioration de l'accessibilité aux équipements,
- L'optimisation de l'accès aux examens d'imagerie pour les patients hospitalisés,
- Le développement de l'activité externe et du dépistage.

Ce développement s'entend sur le plan de l'imagerie diagnostique tout comme interventionnelle, en externe et pour les patients hospitalisés. Il sous-entend **l'augmentation du parc de machines, et l'augmentation des capacités d'accès aux radiologues spécialisés**, y compris en télé-imagerie. Dans le cadre du projet, il est prévu :

- Sur l'Hôpital Territorial :
 - 3 équipements d'IRM, dont un de 3 Teslas, qui permettent – en outre – de développer des vacations spécifiques pour la prise en charge des patients neuro vasculaires, et des urgences.
 - 3 scanners, dont l'un interventionnel,
 - 1 plateau de radiologie conventionnelle et d'échographie,
 - 1 salle d'imagerie interventionnelle au bloc opératoire.
 - Le développement d'une offre de mammographie qui permettra là encore, de développer le dépistage, pour lequel le retard du territoire est avéré, et l'interventionnel, y compris un mammothome pour réaliser des biopsies.
- Dans le cœur de Ville de Dinan :
 - 2 IRM dont une dédiée pour le GHRE soit 10 vacations occupées par les praticiens publics,
 - 1 scanner dédié pour le GHRE soit 10 vacations occupées par les praticiens publics,
 - Un plateau d'imagerie conventionnelle et d'échographie,
 - Le développement d'une offre de mammographie sur le territoire, qui permettra là encore, de développer le dépistage, pour lequel le retard du territoire est avéré.



- Dans le cœur de ville de Saint Malo :
 - o Un Plateau d'imagerie conventionnelle et d'échographie, en lien ou non avec les professionnels privés, et en fonction des ressources médicales et/ou paramédicales disponibles

Ce développement doit permettre l'amélioration de l'accessibilité aux examens d'imagerie, en termes géographiques, de délais, de spécialisation et dans la préservation d'une activité programmée, et d'une réponse améliorée dans le cadre des examens d'urgence. Il suppose la mise en œuvre du projet de télé imagerie promu par l'ARS, et l'organisation d'une permanence des soins territoriale, sur place et en télé imagerie. C'est également l'objectif du PIMM signé entre le GHRE et le CHU de Rennes.

Le développement de l'activité d'imagerie diagnostic et interventionnelle



Le développement de l'offre d'imagerie va de pair avec le développement des activités cliniques. Il s'agit **d'étoffer et de développer l'équipe médicale de radiologie** notamment pour permettre un accès plus aisé aux compétences spécialisées. Le renforcement de l'équipe médicale et paramédicale en radiologie s'appuie sur un plan d'attractivité (PIMM⁵⁴, contrats de cliniciens, personnalisation de la gestion des ressources humaines médicales, perspectives de formations et de délégation de tâches vers les manipulateurs en électroradiologie médicale).

Ainsi, le PMSP prévoit-il de **renforcer et d'améliorer l'intégration de l'imagerie dans la filière neuro vasculaire, de dédier des équipements aux urgences, ...**

Il s'agit également de renforcer l'offre d'imagerie, notamment pour ce qui concerne le **dépistage** (poumon, sein, exposition à l'amiante...), en lien avec la médecine de ville, à travers – par exemple - **la mise en place d'une offre de mammographie** (publique), diagnostique et interventionnelle, sur les deux bassins de santé.

D'autre part, **l'imagerie interventionnelle** est appelée à se développer dans les prochaines années compte tenu des innovations techniques et thérapeutiques mais également du fait du volume de patients concernées (pathologies vasculaires, cancers, ...). Le PMSP prévoit son développement – qui nécessite cependant le renforcement de l'équipe –, dans de nombreuses directions : radiologie vasculaire interventionnelle, neuroradiologie interventionnelle, radiologie interventionnelle non vasculaire et radiologie interventionnelle oncologique. Dans cette perspective, il est envisagé de positionner une salle de radiologie interventionnelle au bloc opératoire sur l'Hôpital Territorial, afin d'optimiser les ressources anesthésiques. Ce développement posera également la question de la permanence des soins.

▶ **La pharmacie**

L'existant

Les pharmacies du GHRE sont structurées autour d'une équipe médicale territoriale de pharmaciens intervenant sur les sites de Saint Malo, Dinan et Cancale, pour les activités suivantes :

- Politique d'achat et d'approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux ;
- Politique de bon usage des produits de santé ;
- Pharmacotechnie : Reconstitution des chimiothérapies anticancéreuses sur Dinan et Saint-Malo ; préparations magistrales ; stérilisation sur Saint Malo ; sur-étiquetage des médicaments
- Circuit des produits de santé

⁵⁴ Plateau d'Imagerie Médicale Mutualisée (PIMM)



- Gestion des systèmes d'informations : qualification et paramétrage logiciel, assistance à la prescription ou l'administration, aide à la réalisation de protocoles médicaux
- Dispensation nominative et globale des médicaments et des dispositifs médicaux ;
- Rétrocession au public des médicaments de la réserve hospitalière ;
- Activité de pharmacovigilance et de matériovigilance ;
- Gestion des médicaments à statut particulier : ATU, essais cliniques
- Astreinte pharmaceutique 7 jours/7 24 heures/24 sur les deux sites Dinan et st-Malo
- Pharmacie clinique et conseils pharmaceutiques :
 - Analyse des prescriptions médicamenteuses ;
 - Avis pharmaceutiques auprès des services de soins ;
 - Activité de conciliation médicamenteuse coordonnée par un pharmacien ;
 - Revues de pertinence en gériatrie ;
 - Interventions pharmaceutiques auprès des patients externes initiant une thérapie anticancéreuse orale ;
 - Interventions pharmaceutiques auprès des patients externes intégrant des programmes d'éducation thérapeutique (ateliers médicaments).

Elle connaît des difficultés **de recrutement de personnels pharmaceutiques** (pharmaciens, préparateurs en pharmacie)

Le projet de la pharmacie est de devenir une **pharmacie unique de territoire** : il faudra accompagner la fermeture du site de Cancale en 2023, et l'absorption de l'activité de délivrance des produits de santé par le site de Saint Malo.

L'objectif est de centraliser au maximum sur le logipôle les activités à risque (préparation des chimiothérapies, préparatoire, stérilisation), **robotiser** le stockage des médicaments à la PUI et la dispensation nominative des médicaments et **mutualiser** certaines fonctions (dont la permanence des soins), pour sécuriser le circuit du médicament et des dispositifs médicaux.

L'autre enjeu est de développer **la pharmacie clinique et le lien avec les cliniciens mais aussi les acteurs du territoire, avec la présence du pharmacien dans les services de soins** pour optimiser les choix thérapeutiques et réduire la iatrogénie.

Modernisation et optimisation du plateau de pharmacie pour sécuriser le circuit du médicament

Cela nécessite tout d'abord la création de locaux de la PUI sur le logipôle adaptés aux flux, au stockage des produits de santé, au respect de la marche en avant. La PUI du logipôle devient le lieu unique de stockage de produits de santé (hors rétrocession).

Cette optimisation nécessite un travail important sur la **convergence des pratiques** entre les établissements du territoire : travail sur les fonctions des préparateurs, sur les modalités de distribution, de stockage et de gestion de stock dans les services de soins, sur les interactions avec les pratiques soignantes, sur le livret thérapeutique...

La sécurisation du circuit du médicament passe également par **l'optimisation de la logistique et de la gestion des stocks** dans la PUI (approvisionnement auprès des fournisseurs, gestion des stocks, ...), **l'optimisation des fonctions d'achat**, et du lien préparateur/magasinier/assistant acheteur.

Elle passe également par la **robotisation et l'automatisation** de la dispensation des médicaments et de la préparation des commandes de service, la sécurisation de l'ensemble du circuit du médicament et des dispositifs médicaux et, par conséquent, l'adaptation des capacités et des organisations logistiques aux futures configurations des sites.



Cette modernisation porte également sur **l'évolution des processus organisationnels** en lien avec les services : préparation des paniers opératoires pour des activités de chirurgie programmée, en amont, déploiement des SIVAS (préparation prêtes à l'emploi pour les anesthésistes, ...), déploiement d'un préparateur au bloc opératoire, pour libérer l'IBODE des fonctions pharmaceutiques (commandes, préparation des paniers, gestion des stocks) mais aussi information, intervention directe des PPH dans les services.

Dans la même perspective de sécurisation du circuit du médicament, de réduction du risque iatrogène, il est également prévu de **centraliser les préparations de médicaments anticancéreux au sein d'une URCC unique**, sise sur l'Hôpital Territorial et, par conséquent, organiser la validation pharmaceutique des prescriptions de chimiothérapies préalablement à toute reconstitution de médicament anticancéreux. Elle implique la mise en place d'un système d'information simple et fluide pour que ce « OK chimio » soit assuré, sans retarder la prise en charge des patients. Et l'acquisition d'un logiciel d'aide à la préparation comme Drugcam.

De la même façon, le projet de la pharmacie envisage de **centraliser les activités de stérilisation**, aujourd'hui déléguées à la Polyclinique de la Rance pour ce qui concerne le CH de Dinan. L'étude du cout / bénéfice de cette centralisation devra être menée afin de s'assurer que les volumes, les flux logistiques, les coûts rendent cette centralisation efficiente pour le GHRE.

La mise en conformité avec la réglementation passe par la **reprise de la gestion et délivrance des gaz médicaux**.

Enfin, elle suppose **l'organisation de la formation continue des soignants** du GHRE, notamment sur les risques associés aux soins et sur des supports modernisés (e-learning, mooc's).

Le développement de la proximité, et le maillage du territoire

L'objectif est de deux ordres : d'une part, **formaliser un projet pharmaceutique de territoire**, et faire de l'équipe de pharmacie une réelle équipe territoriale d'une part, et, d'autre part, **centraliser / mutualiser des activités** et de **développer et décentraliser les activités de pharmacie clinique** au plus près des praticiens et des patients. Cela passe par :

- **Le renforcement de la pharmacie clinique et amélioration du lien avec les cliniciens : présence du pharmacien dans les services de soins** pour optimiser les choix thérapeutiques et réduire la iatrogénie (analyse pharmaceutique, conciliation médicamenteuse avec réalisation de bilans médicamenteux, revues de pertinence, éducation thérapeutique mais aussi assistance à la prescription ou l'administration, harmonisation des protocoles thérapeutiques, conseils pharmaceutiques). Cela peut s'accompagner par une réflexion sur la délégation de tâches des pharmaciens vers les préparateurs en pharmacie, et l'approfondissement des liens que ces derniers entretiennent avec les services de soins (information avec intervention directe dans les services)
- L'amélioration de la rétrocession avec des locaux adaptés permettant la mise en place **d'entretiens spécialisés avec les préparateurs, et/ou pharmaciens**, sur les sites de Dinan et de Saint Malo (implique le stockage des médicaments de la rétrocession sur les 2 sites)

Enfin, la constitution d'une pharmacie de territoire implique également de **renforcer le lien avec les officines de ville**, notamment à travers le dossier pharmaceutique informatisé, et les travaux communs autour des parcours de patient, à l'instar du projet d'article 51 déposé sur le circuit du patient âgé (projet OCTAVE), les CPTS et les médecins libéraux. La pharmacie du GHRE prévoit également, à travers son projet, de venir en soutien des petites PUI des EHPAD (Bager Morvan, Dinard, Cancale, Combourg, ...), et des établissements sans PUI, notamment par la formation, le partage d'expertise et de bonnes pratiques.



Le développement des activités pharmaceutiques

Le projet vise à **diversifier les activités de la pharmacie**, et **développer les activités de pharmacie clinique** afin d'améliorer la liaison avec les prescripteurs, et ainsi optimiser les choix thérapeutiques, et réduire les risques iatrogènes. Cette volonté passe par les pharmaciens, mais également par les préparateurs et concerne l'ensemble des projets contenus dans le PMSF.

Peuvent être envisagés :

- Production CIVAS (service de fabrication centralisée de médicaments injectables prêts à l'emploi : ex seringues pour l'anesthésie, la pédiatrie ...)
- Production de CAR-T CELLS dans l'URCC

Par ailleurs, le projet de la Pharmacie entend **développer les liens avec les services de pharmacie universitaire** du CHU de Rennes à travers l'accueil d'externes et d'internes, voire de postes partagés.

Cette volonté s'illustre également par la volonté de **développer la recherche clinique**, notamment sur les apports potentiels de l'intelligence artificielle sur les pratiques et missions pharmaceutiques, mais également d'améliorer l'accompagnement pharmaceutique dans les essais cliniques déployés par les équipes du GHRE.

Document soumis aux instances



14. Les soins de suites médicaux de réadaptation

L'engorgement des services de soins de court séjour est une problématique particulièrement importante pour le GHRE et explique qu'un des principaux enjeux du PMSP réside dans sa **capacité à fluidifier les différents parcours de soins des patients** sur le territoire.

C'est dans un état de santé souvent non stabilisé, que les patients sont accueillis au sein des unités de SMR qui assurent une prise en charge globale de rééducation et réadaptation et remplissent une **triple mission** :

- Restaurer les capacités antérieures et limiter les facteurs de risque ;
- Réhabiliter à travers une démarche supplétive de compensation ;
- Réinsérer sur le plan social, professionnel et familial.

La patientèle cible se répartit en trois catégories majeures :

- Les personnes porteuses d'un handicap, et celles victimes d'un accident de la vie qui modifie temporairement ou définitivement leur spectre d'autonomie ;
- Les personnes atteintes de maladies chroniques (pathologies cardio-vasculaires, respiratoires, endocriniennes, métaboliques, neurodégénératives, etc.) ;
- Les personnes âgées en prévention ou accompagnement de la perte d'autonomie.

L'admission en SMR est déterminée par les besoins en rééducation des patients et s'oriente vers le SMR spécifique pour une durée définie correspondant au « programme » de rééducation, en tenant compte de la domiciliation, car outre la proximité avec la famille, le séjour en SMR peut déboucher sur un hébergement en structure médico-sociale. Le positionnement des unités de SMR, au carrefour entre soins de courte durée (MCO) et retour à domicile / unité de soins de longue durée (USLD) / secteur médico-social, leur confère **une mission clé, constituant un rôle pivot dans le parcours de soins**.

Par ailleurs, le secteur des SMR connaît une **transformation profonde** qui se poursuivra dans les prochaines années sous l'impact combiné de la tarification modulée à l'activité, de la réforme des autorisations et de la contractualisation à travers les CPOM. Ces nouveaux enjeux vont conduire à inscrire davantage les SMR dans une logique de parcours et de territoire et à les **réorienter sur le développement de l'ambulatoire, la technicisation et l'ouverture des plateaux techniques et des expertises**.

Les réformes en cours et à venir, conduiront inéluctablement les financeurs par le biais de la dotation modulée à l'activité à reconnaître les **spécificités et dominantes des SMR dans l'organisation territoriale**.

Dans cette perspective, il convient également de prendre en compte le contexte de **fort vieillissement à venir du territoire** et les **particularités épidémiologiques** bretonnes (taux de suicide, de cirrhose et de mortalités par maladies cardio-vasculaires et cérébrales plus élevés que la moyenne nationale) dans le projet de la filière SMR du GHRE.

En tenant compte des probables évolutions et des besoins du territoire, l'ambition du projet est de **participer au maillage du territoire** que ce soit en ce qui concerne le SMR de proximité ou de recours et à la **fluidité des parcours**.

A cette fin, le Projet médico-soignant pour les filières de rééducation s'articule autour de **5 axes principaux** :

- ▷ Fluidifier les parcours de soins en aval en augmentant les capacités de SMR et en développant les prises en charge précoces ;
- ▷ Accélérer le virage ambulatoire ;
- ▷ Diversifier les activités et moderniser les prises en charge ;
- ▷ Prévenir les situations de rupture et améliorer la prise en charge des fragilités ;
- ▷ Décloisonner et renforcer la coordination des acteurs sur le territoire.

Le territoire souffre d'un manque avéré de lits de SMR. Ainsi, le ratio du nombre de lits pour 1 000 habitants s'établit sur le territoire du GHRE à 1,41 quand la moyenne nationale est de 1,78 lits / 1 000 habitants : il manque donc une centaine de lits sur le territoire.

EXISTANT AUTORISE											
	TOTAL			Polyvalent		PAPD		Locomoteur		Neurologique	
	TOTAL	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ
CH SAINT MALO	53	45	8	5		20		8	4	12	4
CH de DINAN	68	65	3	6		59	3				
CH de CANCALE	25	25	0	25							
TOTAL GHRE	146	135	11	36	0	79	3	8	4	12	4
GARDINER	44	44	0	20		24					
VELLEDA	151	136	15	67		29	5	40	10		
COMBOURG	32	32	0	32							
BAGUER MORVAN	30	30	0	30							
TOTAL	403	377	26	185	0	132	8	48	14	12	4

Cette carence de lit est admise par l'ARS Bretagne, qui entend corriger cet état de fait et met également en avant ces attentes vis-à-vis d'une augmentation éventuelle des capacités dans ce domaine :

1- Les liens avec le MCO supposent une meilleure promotion de l'activité SMR et une intervention précoce des praticiens rééducateurs en MCO dès j 2 ou j 3 d'hospitalisation pour une évaluation et des préconisations. Il s'agit sur le plan des travaux de gradation de définir les critères d'orientations en fonction des spécialités SMR.

Le sujet est prégnant dans l'accompagnement et le suivi des malades chroniques comme au sein de la filière gériatrique.

2- Développer l'activité : c'est développer l'hôpital de jour, à travers des projets médicaux ciblant la prévention secondaire, l'éducation thérapeutique et la rééducation qui ne nécessiterait pas d'HC.

➔ Travail sur l'efficacité des organisations, l'équipement des plateaux techniques, l'attractivité et les liens avec le secteur MS

➔ Mise en œuvre des autorisations manquantes à fort enjeu de santé publique : SMR respiratoires, nutritionnels, pédiatriques, mais également oncologiques, d'addictologie, voire cardiologiques,

3- Renforcer les partenariats en interne (MCO-SMR) et également avec la ville et le secteur médico-social : ne pas se contenter d'un meilleur partage de l'information mais plutôt se positionner en « prestation de services » vis-à-vis des adresseurs (évaluation globale, accès à une rééducation intense et aux équipements, accès à des compétences rares, réinsertion-réhabilitation et soutien aux aidants).

4- Participer au projet départemental de SMR pédiatrique en identifiant un site sur le T6, et des praticiens partagés.

▷ Le SMR Gériatrique et polyvalent

Fluidifier le parcours hospitalier en renforçant les capacités de SMR PAPD en proximité

La fluidification des parcours passe d'abord par une amélioration de la sortie du patient, et donc la formalisation de **véritables parcours d'aval sur le territoire**, et ce, d'autant que le vieillissement, et son corollaire le développement des maladies chroniques, entraîne une organisation au long cours du suivi des patients, et des épisodes de soins itératifs (oncologie, cardiologie, ...).



Le manque de solutions de SMR est particulièrement préjudiciable à la filière gériatrique compte tenu de ses objectifs de fluidité, de réduction des durées d'hospitalisation en médecine gériatrique, de mise en place des démarches de préservation de l'autonomie de la personne âgée de manière précoce, de rééducation, d'éducation thérapeutique, de traitements itératifs...

C'est dans cette logique que le Projet de la Filière Gériatrique propose de **créer des capacités de SMR pour les personnes âgées polypathologiques dépendantes (PAPD)**, dans une logique de proximité, notamment en hospitalisation de jour. L'objectif est de prévenir la perte d'autonomie à partir du repérage des fragilités.

Accélérer le virage ambulatoire

Ce manque de solutions de SMR est particulièrement préjudiciable à la filière gériatrique compte tenu de ses objectifs de fluidité, de réduction des durées d'hospitalisation en médecine gériatrique, de mise en place des démarches de préservation de l'autonomie de la personne âgée de manière précoce, de rééducation, d'éducation thérapeutique, de traitements itératifs...

Le Projet de la Filière Gériatrique propose de **créer des capacités de SMR pour les personnes âgées polypathologiques dépendantes (PAPD)**, notamment en hospitalisation de jour (30 places) pour la prise en charge des troubles cognitifs et le repérage des fragilités, mais également des lits et places de SMR spécialisés sur de nouvelles mentions.

Ces lits de SMR seront orientés vers la prise en charge des pathologies Alzheimer et apparentées, et s'inscriront ainsi parfaitement dans la filière gériatrique.

L'hôpital de jour SMR gériatrique a pour objet de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales des déficiences et des handicaps associés au grand âge, ainsi que de promouvoir une réadaptation et une éducation thérapeutique visant au maintien à domicile du sujet âgé.

Il s'agit d'une prise en charge spécialisée, pluridisciplinaire, nécessitant un plateau technique spécifique et créant les conditions d'une coordination des différents intervenants dans une prise en charge concomitante.

L'HJ SMR PAPD s'inscrit dans la filière gériatrique d'un territoire et développe son activité en liens étroits avec l'amont (SMR polyvalents ou PAPD en hospitalisation complète, court séjour gériatrique) et l'aval (Médecine de ville, USLD, HAD, secteur médico-social). Il est aussi en lien avec la consultation mémoire, la gérontopsychiatrie, les services de soins palliatifs, voire l'onco-gériatrie. L'HJ SMR PAPD doit développer les « passerelles » avec les établissements médicosociaux du territoire et les acteurs du maintien à domicile. Il offre ainsi une prise en charge que la médecine de ville ne peut mettre en œuvre, tout en évitant une hospitalisation complète.

Synthèse Groupe de travail PAPD, ARS Bretagne, 2012

Le projet prévoit également **la création d'une seconde UCC de 10 lits, implantée sur l'Hôpital Territorial qui permettra de disposer d'une filière complète pour la prise en charge des troubles du comportement sur un terrain de démence sur le site malouin**. Ces deux unités cognitivo comportementale, de 10 lits chacune, situées à proximité des unités de SMR gériatrique sur chacun des sites, dans un secteur sécurisé, proposeront un programme personnalisé de réhabilitation cognitive et comportementale, commun à la Filière⁵⁵. Elles relèveront toutes deux d'une gouvernance commune afin de garantir **l'organisation commune, la convergence des pratiques et l'inscription dans la filière gériatrique de ces deux unités, élément fondamental de la réorganisation de l'offre de soins du territoire**.

Plus largement, la filière gériatrique entend développer l'admission directe en SMR gériatrique, notamment dans le cadre de ses relations étroites avec la médecine et les professionnels de ville, et le retour à domicile, en s'appuyant, là encore, sur l'HAD et les services d'aides et d'accompagnement à domicile et ce, sur l'ensemble du territoire du GHRE.

⁵⁵ La réflexion est d'ores et déjà engagée pour une implantation avant la réalisation du Grand Projet



► Le SMR locomoteur et neurologique

Diversifier les activités et moderniser les prises en charge

La diversification des modes de prises en charge est au cœur du PMSP de MPR avec notamment :

↳ Le développement de la réhabilitation précoce

La fluidité des filières de soins neuro-vasculaire sera renforcée par le **développement de la réhabilitation précoce** notamment en neurologie, et réanimation, par l'intervention des kinésithérapeutes et des Médecins de physique et de Rééducation (MPR) dans les services d'aigues, à J2 ou J3 pour évaluer et démarrer le plus rapidement possible des prises en charge de rééducation avec des patients non stabilisés médicalement et dont les bilans ne sont pas terminés. Elle se caractérise également par la participation des médecins MPR aux staffs hebdomadaires de neurologie et réanimation et prévoit de dédier quelques lits à cette prise en charge en réanimation et en neurologie (type PREPAN).

La réhabilitation débutée précocement est un des facteurs **minorant le handicap, et améliorant la morbi-mortalité**.

La **réhabilitation précoce** doit être initiée par une équipe spécialisée, permettant de réduire les conséquences motrices de l'AVC (par le kinésithérapeute et l'ergothérapeute), les troubles du langage (par l'orthophoniste), mais également les autres déficits neurologiques comme les troubles de la déglutition, les troubles sensitifs ou visuels.

Un projet personnalisé de rééducation doit être élaboré dès les premiers jours avec le patient et sa famille, afin d'orienter au mieux la suite de la prise en charge qui peut se dérouler dans le service de rééducation et de réadaptation dédié, ou à domicile.

↳ Le développement de la rééducation préopératoire

En orthopédie, le projet est de développer la **rééducation en préopératoire**, afin de préparer le corps à la chirurgie en optimisant les fonctions articulaire et musculaire. Ces séances de rééducation ambulatoire interviennent **en préparation et en complément de la rééducation post-opératoire**, en ayant pour objectif de gagner du temps sur cette deuxième phase.

Les bénéfices médicaux sont multiples : réduction de la douleur, réduction de l'épanchement articulaire, renforcement des muscles, augmentation des capacités fonctionnelles, amélioration de la reprogrammation neuro-musculaire, éducation des patients aux exercices et types de marches avec cannes du post-opératoires, ... La rééducation préopératoire est particulièrement recommandée dans le cadre d'une arthroplastie de hanche ou de genou⁵⁶.

Associée à l'éducation thérapeutique, la **rééducation préopératoire** est un des outils efficaces pour préparer les patients à l'épreuve de la chirurgie et réduire les durées d'hospitalisation.

Les recommandations de la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER) (2007) mettent en évidence que l'association de la rééducation et de la kinésithérapie est la plus efficace en termes de résultat fonctionnel et de diminution de la durée moyenne de séjour. Elle contribue également à modifier les modalités de retour à domicile.

⁵⁶ la HAS (2008) recommande 10 séances de rééducation préopératoire avant une chirurgie prothétique..



➤ Le développement de la réadaptation neuro orthopédique et des consultations spécialisées

Le Projet porte également le développement de la réadaptation neuro orthopédique, la filière amputés, l'expertise « reprise de la conduite » d'ores et déjà installées sur le bassin ainsi que celui des consultations spécialisées : consultations déformations rachidiennes, AVC, SEP, parkinson, spasticité, appareillage, médecine du sport...

➤ L'up-gradation du plateau technique et des expertises

La modernisation des prises en charge en médecine physique et réadaptation passe nécessairement **par l'up-gradation du plateau technique de rééducation** avec notamment :

- Un plateau technique de diagnostic fonctionnel et évaluation instrumentale : analyse par locomètre, iso-cinétisme, plateforme stabilométrique, analyse de la marche par Arméo – Assistance robotisée pour le membre supérieur et le membre inférieur, laboratoire d'analyse du mouvement avec salle dédiée, simulateur de conduite, Plateforme d'Analyse Quantifiée de la marche (AQM), ... ;
- Un plateau technique de rééducation hautement spécialisé pour les séjours de rééducation intensive : rail de suspension à la marche, assistance robotisée pour le membre supérieur ou les membres inférieurs, des systèmes et équipes de rééducation démarche (tapis de marche, stimulation par vibration « Vibramoov », portique ambulatoire autonome pour rééducation à la marche en suspension « Andago », ...) , cycloergométrie, balnéothérapie, voitures/vélos PMR ... ;
- Un atelier d'appareillage, pour confection des orthèses et réparations ou modifications simples des appareillages ;
- Un petit atelier modulaire de réhabilitation professionnelle / laboratoire de domotique / salle de musique.

Le projet prévoit également un **parc centralisé du matériel** (fauteuils roulants, matériel de déambulation, TENS, ...) sur le GHT pour permettre d'ajuster au mieux le matériel nécessaire et d'optimiser la gestion des équipements et les réparations.

Décloisonner et renforcer la coordination avec les acteurs sur le territoire

Le projet est également marqué par la volonté d'une **ouverture plus forte sur le territoire** en renforçant les prises en charge coordonnées. A cet effet, il est prévu :

- **Le développement d'une HAD-Rééducation Neuro-Locomoteur** : actuellement, la prise en charge en SMR sur le territoire, s'inscrit uniquement en services hospitaliers et ne répond pas à tous les besoins des patients.

Le projet HAD-SMR, s'appuie sur **une coopération avec l'HAD du Pays de Saint-Malo**, et a pour but de présenter une alternative à l'hospitalisation en SMR NL, quand le maintien du patient dans son environnement est possible, mais aussi cohérent par rapport à son projet de soin, projet de vie et programme de rééducation.

Il permet d'envisager la prise en charge globale, coordonnée, spécifique de patients atteints d'un handicap neurologique ou de l'appareil locomoteur, à leur domicile. L'HAD-R assure une expertise par un professionnel spécialisé en MPR ; elle met à disposition au domicile des professionnels spécialisés dans la rééducation, la réadaptation et l'éducation thérapeutique.

Les interventions de kinésithérapeutes et d'ergothérapeute sont quasi systématiques. L'HAD-SMR NL du GHRE offrirait plus de confort au patient en situation de handicap qui resterait à domicile, tout en respectant une continuité de soins spécifiques en rééducation. Il permettrait également de renforcer les liens avec les acteurs de ville.

- La **création d'une Équipe Mobile Rééducation-Réadaptation MPR**, composée d'une équipe pluridisciplinaire (médecin MPR, ergothérapeute, assistante sociale, IDE, coordonnateur, secrétaire et psychologue) et intervenant sur le territoire 6 en intra et en extrahospitalier, pour faciliter le retour ou le maintien dans son lieu de vie d'une personne en situation de handicap, locomoteur ou neurologique, temporaire ou prolongée.

Elle est un élément de réponse aux évolutions sociétales et à celles du système de santé. L'équipe mobile aura des **missions de réadaptation** (évaluation fonctionnelle, apport de compétences spécialisées, facilitation du transfert des acquis en situation de vie réelle, développement de l'auto-prise en charge), de **conseils et de préconisations**, ainsi que de **coordination et de complémentarité** avec le secteur libéral et le secteur médico-social.

La réforme du financement du SMR permettra probablement la pérennisation et la valorisation de ce nouveau maillon dans la prise en charge.

- Le **renforcement des partenariats avec les associations du territoire** (Émeraude Aphasie, APA avec Handisport, Activités surf et Longe Côte, ...) dans le cadre de la prise en charge des patients en hospitalisation et en relai à la sortie des patients.

Le PMSP de MPR a ainsi pour objectif d'accentuer le virage ambulatoire et de compléter son dispositif avec les maillons de prise en charge manquants.

Fluidifier la filière neuro-vasculaire en améliorant l'accès à l'aval

La fluidité de la filière AVC passe aussi par l'organisation de l'aval, avec les soins de suite et de réadaptation d'une part, mais également avec la médecine de ville et les structures médico-sociales.

Document de travail

Or, aujourd'hui, les capacités de SMR neuro locomoteurs sont insuffisantes au regard des besoins de santé du bassin, si bien que certains patients retournent à domicile sans que puisse être organisée de manière adéquate leur rééducation, faute de lit ou de place. Fort de ce constat, le PMSP entend solliciter **l'augmentation des capacités de SMR neuro locomoteur sur le bassin de santé à hauteur de 10 lits et 17 places** :

	EXISTANT AUTORISÉ				EXTENSION DES CAPACITÉS			
	Locomoteur		Neurologique		Locomoteur		Neurologique	
	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ
CH SAINT MALO	8	4	12	4				
CH de DINAN					8	4	22	21
CH de CANCALE								
TOTAL GHRE	8	4	12	4	8	4	22	21

▶ **L'obtention de nouvelles mentions**

Comme vu précédemment, la fluidification des parcours de soins passe par le **développement de capacités de SMR**, insuffisant sur le territoire, que cela soit en hospitalisation conventionnelle ou de jour, et quelques soient les mentions spécialisées. Au-delà des besoins présentés en SMR gériatrique et neuro-locomoteur, les besoins exprimés lors de l'élaboration du PMSP du GHRE portent également sur **l'obtention de nouvelles mentions** :

- La réhabilitation respiratoire,
- La nutrition, l'obésité et le diabète,
- La cancérologie
- La pédiatrie

Ces capacités de SMR « nouvelles mentions » seraient, quant à elles, installées dans le cœur de ville de Dinan.



Création d'un SMR cancérologique en hospitalisation conventionnelle

Le cancer est devenu la 1^{ère} cause de décès en France et son incidence augmente de façon exponentielle chez l'homme et linéaire chez la femme après 55-60 ans. La Bretagne et le territoire 6 se caractérisent par une surmortalité en matière de cancer. De plus, le fort vieillissement attendu sur le territoire aura un impact sur la file active des personnes atteintes de pathologies cancéreuses.

A ce titre, le PMSP porte sur la **constitution d'un service de SMR onco-hématologique de 15 lits** sur le territoire, qui aura pour vocation d'assurer la continuité des soins dans le cadre de sa mission d'unité d'aval du court séjour.

La prise en charge en SMR des patients atteints d'un cancer est possible à toutes les phases de la maladie avec des objectifs et moyens adaptés, à visées **curative, fonctionnelle, palliative ou de confort** :

- Avant traitement médical ou chirurgical afin d'améliorer l'état nutritionnel et / ou fonctionnel ;
- Entre deux cures pour prévenir des conséquences fonctionnelles des traitements de chimiothérapie/radiothérapie (infections, anémie, dénutrition, ...) ;
- Après traitements en vue de promouvoir l'autonomie et un retour à domicile ;
- En situation palliative pour assurer des soins de confort.

Les soins de supports et l'éducation thérapeutique font partie intégrante de la prise en charge et visent à aider les patients à gérer leur vie avec le cancer.

Document de travail

Développement d'un pôle/centre de réhabilitation pulmonaire ambulatoire

Le GHRE souhaite développer le **parcours de réhabilitation respiratoire** dans le cadre de la sollicitation de nouvelles reconnaissances de mentions spécialisées en SMR HTP.

Cette unité mutualisée prendrait en charge en ambulatoire des patients porteurs **d'insuffisance respiratoire chronique** comme la BPCO, l'asthme, la dilatation des bronches pour de la réhabilitation respiratoire et des **patients souffrant d'insuffisance cardiaque, artéritiques, hypertendus, diabétiques, ou ayant besoin d'une réadaptation cardiaque** à la suite d'un infarctus, de la pose d'un stent, d'une angioplastie, d'une chirurgie cardiaque ...

L'activité reposera sur une **équipe pluridisciplinaire** (pneumologues, cardiologues, IDE, kinés, diététiciens, enseignants en APA, tabacologue, ...) et se caractérisera par des **programmes de réadaptation** (séances de réentraînement à l'effort, renforcement musculaire, éducation thérapeutique, kinésithérapie, ...). L'objectif des programmes est basé sur **l'éducation et la formation** des patients.

Cette activité innovante, stimulante pour les équipes médicales et paramédicales, répond à un réel besoin de santé publique sur le territoire, et se fera en lien étroit avec les professionnels de santé de ville.

Une capacité de **5 places** est envisagée pour le SMR respiratoire.



Structuration d'un pôle de SMR pour la prise en charge des maladies chroniques⁵⁷

Dans le cadre de son PMSP, le GHRE défend la **création d'un centre des maladies chroniques** en cœur de ville de Dinan. Ce centre intègre des consultations médicales spécialisées et paramédicales, des ateliers collectifs, des prises en charge en Hospitalisation de jour (HDJ) individuelle ou en groupe, des prises en charge en Hospitalisation Conventiennelle (HC) programmée de courtes durées, des programmes de SMR ambulatoire et des séances d'activité physique adapté (APA).

Le projet est de développer l'accès à des prises en charge en SMR de jour, y compris depuis les urgences, afin de permettre à chaque patient d'accéder à des **programmes d'éducation thérapeutique** visant à la préservation et à la restauration de l'autonomie de manière précoce à partir des urgences ou des lieux de vie.

La prise en charge se fera sur des programmes de réadaptation ambulatoire de plusieurs jours en groupe. Une capacité de 20 places de SMR est estimée nécessaires pour la prise en charge de l'ensemble des pathologies chroniques.

L'implantation du SMR pédiatrique, en lien avec le CHU de Rennes

La transformation du service actuel d'hospitalisation complète de Pédiatrie de Dinan **en SMR pédiatrique territorial⁵⁸** et le développement de l'hospitalisation de jour et de l'éducation thérapeutique en pédiatrie sur Dinan :

Document de travail

Les Soins Médicaux et de Réadaptation pédiatrique (SMR) sont au cœur des parcours de santé dédiés aux enfants notamment porteurs d'affections chroniques complexes. En cohérence avec le diagnostic de l'ARS Bretagne, **le GHRE souhaite prendre part au projet départemental de SSR pédiatrique, piloté par le CHU de Rennes**. Ainsi, pour compléter son offre de pédiatrie médicale, les équipes du GHRE portent un projet de création d'une unité de Soins Médicaux et de Réadaptation Pédiatrique. L'objectif est de proposer aux enfants et à leurs familles une offre de proximité et d'expertises en rééducation et en éducation thérapeutique et de faciliter les parcours des enfants et adolescents sur le Territoire de Saint Malo/Dinan.

L'activité de SSR pédiatriques sera implantée sur le site de Dinan, pour permettre des mutualisations (expertises humaines et plateaux techniques) avec les autres activités de SSR et le Centre des Maladies Chroniques. L'unité de SMR pédiatrique aura trois ambitions :

- ⇒ **Proposer une prise en charge multidisciplinaire centrée sur le patient ;**
- ⇒ **Faire bénéficier aux patients atteints d'une maladie chronique d'une expertise forte en termes d'accompagnement et d'éducation thérapeutique ;**
- ⇒ **Offrir un lieu convivial qui propose un accompagnement personnalisé pour garder l'équilibre au quotidien.**

⁵⁷ Voir le projet de Centre de Maladies Chroniques, page 179.

⁵⁸ Voir projet de la filière Femme, Mère, Enfant, page 147.



15. La Psychiatrie Adulte, la pédo psychiatrie, et l'addictologie

La psychiatrie adulte, la pédopsychiatrie et la prise en charge des conduites addictives sont au cœur des objectifs des politiques de santé publique tant au niveau national, avec les orientations définies dans la Stratégie Nationale de Santé Mentale, qu'au niveau régional, dans le cadre du Projet Régional de Santé. En Bretagne, la surmortalité par suicide et l'importance des conduites addictives, en particulier en termes de consommation d'alcool chez les jeunes, ont conduit l'ARS à retenir au rang de ses priorités, l'amélioration de l'organisation des parcours en santé mentale et en addictologie⁵⁹.

Le Projet Médical de la filière de psychiatrie, pédo psychiatrie et d'addictologie revêt dans ce cadre, et dans le contexte particulier de la crise COVID qui a conduit à une forte augmentation des besoins de prise en charge, une importance toute particulière. Dans sa définition, le projet doit prendre en compte par ailleurs, des éléments particuliers liés :

- **Aux Projets Territoriaux de Santé Mentale**

Les Projets Territoriaux de Santé Mentale créés par la loi de modernisation du système de santé, en 2016, ont vocation à décliner au niveau territorial, ces orientations. Ces projets partagés ont pour objectif d'améliorer concrètement les parcours en santé mentale, en intégrant « *les objectifs de prévention, notamment du suicide et de promotion de la santé, de maintien dans le milieu de vie ordinaire, de prise en compte des bonnes pratiques et des progrès des connaissances* ».

Le GHRE, situé à cheval sur deux départements, doit s'inscrire dans les orientations définies dans les **Projets Territoriaux de Santé Mentale d'Ille et Vilaine et des Côtes d'Armor**. Le découpage des secteurs pour la population de la zone d'attractivité du GHRE, relève de deux départements différents mais aussi de plusieurs établissements (CH St Malo, association Saint Jean de Dieu). Cette configuration impose des besoins particuliers en termes de coordination, d'organisation de la permanence des soins qui doivent être prises en compte.

- **Aux réformes nationales relatives au financement et au régime des autorisations d'activités**

La réforme du financement de la psychiatrie applicable au 1^{er} janvier 2022, introduit un nouveau modèle avec une ventilation en **huit dotations**. Le compartiment principal est constitué d'une **dotation populationnelle** (a priori 85% du financement pour les établissements publics) définie à partir du nombre d'habitants, du nombre d'indicateurs socio-économiques, de densité médicale mais aussi d'indicateurs tenant à l'offre médico-sociale. La nouveauté de cette réforme est d'introduire pour les établissements publics, une **dotation à l'activité dite « file active »**, qui prendra en compte la dynamique d'activité dans l'allocation des ressources.

Cette réforme du financement s'accompagne également d'une réforme tenant au **régime des autorisations d'activités** qui soumet notamment à autorisation, le dispositif d'hospitalisation des soins sans consentement.

- **A un contexte de démographie médicale tendue en psychiatrie et en pédo psychiatrie**

La densité de psychiatres en Bretagne avec un taux de 18,6 pour 100 000 habitants, est inférieure au taux national, qui s'élève à 22,2. Surtout, le nombre de psychiatres stagne depuis 2016. Ce constat est partagé tant pour la médecine de ville (psychiatres libéraux) que pour les établissements de santé

⁵⁹ Les unités d'hospitalisation complète de psychiatrie ont fait l'objet d'une importante opération de restructuration qui a permis l'ouverture récemment de l'Unité de Santé Mentale sur Saint Etienne (décembre 2021) qui offre désormais 80 lits d'hospitalisation conventionnelle.



(psychiatres salariés) et se double de fortes inégalités territoriales. Le département des Côtes d'Armor par exemple, présente une densité de psychiatres plus faible que les autres départements.

Cette tension concerne la psychiatrie adulte et plus encore la psychiatrie infanto juvénile, spécialité particulièrement en tensions tant dans sur le territoire qu'au niveau national.

Cet élément de contexte majeur doit être pris en compte, le projet devant être un levier pour améliorer l'attractivité médicale du GHRE. Une vigilance toute particulière doit être accordée à la définition de conditions d'exercice favorisant la fidélisation et l'intégration de nouveaux praticiens au sein du GHRE.

Au regard de ces éléments, l'enjeu pour la filière de psychiatrie, pédo psychiatrie et d'addictologie est de pouvoir construire à l'échelle du territoire des parcours de soins en psychiatrie – adulte et enfants - et en addictologie, lisibles, cohérents fortement coordonnés avec la médecine de ville et les acteurs du territoire, en s'appuyant sur une **offre de soins graduée**.

L'objectif est de pouvoir en particulier **améliorer le repérage précoce et l'accès aux soins** en renforçant notamment, les **dispositifs « allers – vers »** (équipes mobiles ...) et la **télé médecine**.

A cette fin, le projet de la filière psychiatrie, pédo psychiatrie et addictologie s'articule autour de **3 axes principaux** :

- ▷ Fluidifier les parcours de prise en charge ;
- ▷ Renforcer la lisibilité de l'offre et la graduation des prises en charge ;
- ▷ Décloisonner et renforcer la coordination des acteurs sur le territoire.

▷ **Garantir la continuité des prises en charge**

La définition de parcours de prise en charge lisibles et facilement identifiables tant par les acteurs de santé que par la population est un objectif majeur. La qualité de l'organisation des parcours conditionne une réduction des délais d'accès aux soins, une réduction des durées globales d'hospitalisation et une limitation du recours aux soins sans consentement ou aux mesures d'isolement ou de contention.

La prise en charge en urgence en psychiatrie est synonyme de crise qui conduit dans un certain nombre de cas à la mise en place de mesures de soins sans consentement. L'objectif est de plus en plus d'en limiter le recours. Or, en dépit des CMP qui répondent aux des demandes des professionnels de premier recours, certains patients accèdent aux premiers soins en psychiatrie, à défaut souvent d'un repérage précoce, d'une évaluation et d'une prise en charge en amont, pour de multiples motifs (défaut de médecin traitant ou difficultés pour les professionnels de santé de repérer la pathologie) par l'intermédiaire des urgences. Pour mémoire, selon les données du PTSM des Côtes d'Armor, 13% des personnes sont hospitalisées à la suite d'un passage aux urgences et environ 1 sur 8 est hospitalisé (partiellement ou complètement) sans son consentement.

Ce recours aux urgences comme accès aux premiers soins, engendre de nombreuses difficultés de fonctionnement pour les services (recherche de lits ; charge de travail ; engorgement des services ...) et l'objectif premier est de pouvoir limiter ce passage aux urgences par une meilleure orientation du patient.

Aussi, il est proposé dans le cadre du PMSP de mettre en place les actions suivantes :

- **Créer une filière de prise en charge dédiée aux urgences de psychiatrie en téléexpertise** : L'enjeu pour améliorer le parcours de soins urgents est de pouvoir mieux repérer et évaluer, prendre en charge au plus vite la crise. C'est la raison pour laquelle se développent actuellement



au sein de certains établissements, des dispositifs de permanence téléphoniques permettant une première évaluation à distance dans un objectif de réduction du risque suicidaire et de bonne orientation du patient.

L'objectif est de pouvoir mettre en place ce type d'organisation, adossé à de la télé-médecine. Une infirmière IPA pourrait ainsi proposer à distance une première évaluation du patient, l'orienter en fonction de ce premier contact vers le dispositif de prise en charge le plus adapté. Ce dispositif permet d'améliorer l'accès aux soins et contribuer à limiter le recours aux urgences.

Il est cependant également prévu de créer une **UHCD de 4 lits dédiés** à la prise en charge psychiatrique en urgence.

- Favoriser et **développer les contacts avec la médecine de ville**, y compris à travers la télé-expertise pour favoriser l'orientation la plus adaptée directement depuis la Ville, sans passage par les urgences. C'est dans cette même perspective que sera développée la protocolisation des prises en charge avec les équipes du SAMU.

La psychiatrie périnatale et la prise en charge psychiatrique en maternité

Des études britanniques ont révélé l'importance d'une prise en charge dès la période périnatale pour limiter l'émergence de troubles précoces du développement de l'enfant de troubles psychiatriques à l'adolescence. Une évaluation des troubles psychiatriques de la mère et une prise en charge du couple parent / enfant, sont de nature à réduire les risques.

C'est la raison pour laquelle la Commission des 1 000 jours a préconisé la **création d'un maillage national d'unités de psychiatrie périnatale au sein des territoires**.

L'enjeu pour le GHRE est, d'une part, de **renforcer la prise en charge psychiatrique, déjà existante, en maternité** de façon à évaluer au plus vite le risque de troubles psychiques chez la mère, d'autre part, de **créer un lieu pour les couples parents / bébé** afin de disposer d'une structure d'aval, pour la prise en charge du couple mère – enfant, d'autre part. Ce projet, porté par la filière Mère Enfant, serait positionné sur le site de Dinan, en lien avec la pédo psychiatrie et la psychiatrie du GHRE et du secteur si les situations le demandaient.

Fluidifier les parcours de psychiatrie pour les adolescents et jeunes adultes

La dissociation des activités entre psychiatrie infanto juvénile jusqu'à 15 ans et psychiatrie adulte à partir de 16 ans est souvent source de rupture dans les parcours de prise en charge. Ces difficultés sont identifiées et traitées dans le cadre de la coordination des équipes du GHRE : L'exemple du réseau de proximité périnatalité, du dispositif VIF ou de la prise en charge des moins de 15-25 ans (entre les consultations jeunes consommateurs /EMAJA / équipe mobile...) peuvent en témoigner.

Il y a un réel risque pour ces populations de l'âge dit de transition, de ne pas bénéficier de la prise en charge adaptée du fait d'un manque de coordination entre les services adultes et enfants – adolescents. Ces difficultés de parcours surviennent à toutes les étapes : en cas de passage aux urgences, au moment du repérage des premiers troubles pour l'intégration dans un parcours ou encore pour assurer la continuité d'un parcours.

Aussi, l'équipe de psychiatrie et de psychiatrie infanto juvénile entend renforcer et poursuivre l'adaptation des parcours aux spécificités de cette population des jeunes adultes, notamment compte tenu de l'aggravation des troubles des conduites qui surviennent de plus en plus jeunes.



Fluidifier les parcours de psychiatrie spécialisés : renforcer la géro-psycho-geriatrie

La consolidation de la filière gériatrique et la prise en charge des troubles du comportement de la personne âgée sont un élément majeur pour fluidifier le parcours en gériatrie. En effet, à défaut d'un appui de la psychiatrie pour la prise en charge de ces personnes âgées, il est difficile de maintenir une prise en charge en EHPAD ou un maintien à domicile. Le risque d'orientation vers les urgences et de dégradation de l'état de santé général du patient est important et source de dysfonctionnements.

Le renforcement du parcours de soins en géro-psycho-geriatrie suppose le renforcement des personnels paramédicaux de psychiatrie, la généralisation de partenariats avec les EHPADs pour mailler le territoire, le développement des liens avec les professionnels du domicile et la création et l'identification de dispositifs d'accueil de jour. Le PMSP du GHRE prévoit également la création d'une seconde UCC, pour améliorer le diagnostic et la prise en charge des patients souffrants de la maladie d'Alzheimer et de Parkinson, dans une logique de renforcement de la pluridisciplinarité entre psychiatrie et services de court séjour somatiques.

Cette organisation sera de nature à faciliter les évaluations précoces et l'engagement de prise en charge.

Fluidifier le parcours de soins en addictologie

Pour l'addictologie, le repérage est également souvent réalisé à partir d'un passage aux urgences somatiques. La sensibilisation des professionnels des urgences comme le recours aux avis des addictologues est un enjeu majeur car il permet au-delà de la prise en charge somatique, de faire une première évaluation et d'amener le patient vers une prise en charge adaptée que ce soit en ville (prise en charge ambulatoire en CSAPA ou en consultations externes d'addictologie ou en unité de sevrage et prise en charge en hospitalisation).

Au-delà des urgences, il est important que **l'intervention en général de l'ELSA puisse être renforcée** sur l'ensemble des services hospitaliers. Les dernières recommandations de l'ARS sont également d'assurer une présence d'IDE de liaison, chaque jour en semaine, y compris le samedi matin.

L'importance des conduites addictives sur le territoire justifie également une action forte sur ce sujet par une **amélioration de la coordination avec le CSAPA** qui assure la prise en charge de premier recours en ambulatoire. Il convient de mettre en place un **dossier informatisé dédié au CSAPA**. **L'informatisation du CSAPA aidera à la meilleure articulation avec les acteurs de santé libéraux et hospitaliers.**

▷ **Renforcer la lisibilité de l'offre et la graduation des prises en charge**

Consolider une filière complète de soins territoriale, graduée en addictologie

La filière de soins en addictologie est d'ores et déjà bien identifiée sur le territoire et fonctionne en complémentarité avec les professionnels du secteur sanitaire, social et les différentes unités. L'appui de deux hôpitaux de jour (un géré par l'association St Jean de Dieu à Dinan, l'autre dépendant du GHRE sur le site cœur de ville de Saint Malo) et d'une unité d'hospitalisation complète, articulée avec un réseau de CSAPA constitue une organisation solide.

Cependant, l'amélioration de la réponse aux besoins sur un territoire caractérisé par l'importance des conduites addictives, suppose de **renforcer plus encore les prises en charge ambulatoires en particulier sur Dinan tout en consolidant l'unité d'hospitalisation** complète.

L'unité hospitalière d'addictologie permettra sur le cœur de Ville de Dinan de :



- ↳ Consolider les sevrages, après une prise en charge initiale sur le site territorial si la sécurité de la prise en charge le requiert, ou en entrée directe quand celle-ci est possible et validée dans la filière de soins addictologiques (CSAPA, HDJ, consultations hospitalières)
- ↳ de développer des programmes de soins pluridisciplinaires pour réduire les risques de rechutes des patients (séjours contractualisés de deux semaines) et organiser des Bilans initiaux et des évaluations de troubles neurocognitifs légers.

De même, la consultation hospitalière d'addictologie sur le secteur de Saint Malo doit être renforcée, afin d'être territorialisée et déployée sur le site du CH de Dinan.

Dans la même perspective ; il est prévu la création d'une plate-forme d'orientation territoriale via la mise en place d'un numéro de téléphonie unique (pour les avis-conseil-aide à l'orientation dans la filière de soins addictologiques aux professionnels de santé) afin de répondre de la manière la plus pertinente aux besoins du patient, et des professionnels de santé.

Renforcer les prises en charge ambulatoire en psychiatrie et en pédo psychiatrie

En psychiatrie, l'enjeu est de pouvoir renforcer et développer les prises en charge extra hospitalières que ce soit au travers de la consolidation des prises en charge en hôpital de jour ou au travers de l'amplification des prises en charge en CMP ou CATTP. En psychiatrie générale comme en psychiatrie infanto juvénile, l'objectif est de faire du CMP, le pivot des prises en charge de second recours (schizophrénie, troubles bipolaires, dépressions sévères pour la psychiatrie adultes...) D'ores et déjà, le travail sur la formalisation du parcours de prise en charge gradué a débuté entre les professionnels et la nécessité de former les généralistes au repérage précoce des troubles.

C'est dans ce cadre que s'inscrit la volonté, pour la prise en charge des enfants et adolescents de **consolider la place de l'hôpital de jour** en les implantant **en cœur de ville** pour faciliter le recours aux soins, le retour à l'autonomie et s'intégrer dans le cadre d'un dispositif inclusif.

En dépit de la volonté affirmée de favoriser le développement des prises en charge ambulatoires, se pose cependant, la question d'une unité d'hospitalisation complète à Dinan notamment pour faciliter la gestion de la crise et l'évaluation du jeune. Cette volonté se heurte à la difficulté liée à la démographie médicale et à l'organisation de la permanence des soins.

Le maintien à domicile est également au cœur du projet. C'est la raison pour laquelle l'équipe de psychiatrie adultes souhaite mettre en place des dispositifs innovants de type **Equipe Mobile de suivi intensif de psychiatrie à domicile**, conformément aux objectifs du PTSM 35. Ce type de dispositif évite le transport du patient, facilite l'évaluation de sa situation dans son milieu de vie et est susceptible d'améliorer l'observance.

Développer des dispositifs de recours et prises en charge spécialisées

La gradation des soins suppose également de pouvoir développer des prises en charge spécifiques et spécialisées pour certaines populations ou des approches particulières de prise en charge.

Ainsi, conformément aux orientations du Projet territorial de Santé Mentale d'Ille et Vilaine et aux recommandations nationales, l'équipe porte la **création d'une véritable unité dédiée à la réhabilitation psychosociale** qui déploiera les différents outils de remédiation cognitive. La prise en charge de patients stabilisés au sein de ces unités permet d'engager un travail en faveur d'une réinsertion sociale et professionnelle du patient en travaillant en liens étroits avec les acteurs du territoire selon une approche globale. Le



développement de ces techniques de prise en charge est également susceptible de fluidifier les filières de prise en charge en hospitalisation complète.

Dans le même objectif, il est opportun de **créer des structures d'hébergement particulières pour les patients au long cours** afin d'éviter un maintien en hospitalisation en psychiatrie adultes et un engorgement des structures d'hospitalisation complète. Ces dispositifs seraient particulièrement adaptés pour les patients handicapés et adultes souffrant de syndromes démentiels liés à l'alcool (syndrome de Korsakoff) ou de personnes âgées présentant des troubles du comportement importants. Il est en effet, souvent difficile pour ces patients souffrant de troubles cognitifs et de troubles du comportement de pouvoir obtenir une place pour une prise en charge au sein de structures médico-sociales. La création de structures d'aval adaptées permettrait ainsi, de mieux assurer les prises en charge aiguës en hospitalisation complète et éviter le manque de lits.

Pour les jeunes, des **lieux de répit** et/ou de **prise en charge séquentielle** sont souhaitables. Comme le Projet Territorial de Santé Mentale d'Ille et Vilaine en dresse le constat, la difficulté pour le repérage des jeunes tient aussi, au non-recours aux soins. Dans ce cadre, le PMSP du GHRE porte la création d'une unité de 3-4 places distincte de l'USEA à destination des enfants et adolescents présentant des troubles psychiatriques et relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance. La gravité des troubles de ces enfants motive fréquemment une demande d'hospitalisation qui est difficilement réalisable à l'USEA dans la mesure où les soins doivent être individualisés. Cette unité permettrait d'organiser des hospitalisations séquentielles (hospitalisation de nuit, hospitalisation temps plein sur 2-3 jours/semaine, hospitalisation de week-end) en articulation avec les autres acteurs. Dans la même perspective, la création d'un hôpital de jour post-USEA permettrait de mieux accompagner les sorties d'hospitalisation et éviter les ré-hospitalisations.

Enfin, des techniques de prise en charge spécialisées ont été développées ces dernières années comme la **sismothérapie, la neuro modulation, les RTMS**. Il convient de poursuivre ces orientations mais aussi de consolider toutes les spécialisations mises en place comme les actions engagées autour de la prévention du suicide ou la participation aux programmes de recherche engagés avec le CHS Guillaume Reignier. Ces actions sont susceptibles de participer à l'amélioration de l'attractivité médicale du territoire.

▷ Améliorer l'accès aux soins et la coordination entre les acteurs

Renforcer la coordination ville-hôpital

L'articulation avec les acteurs de ville (Médecine de ville et CPTS) est un objectif essentiel. Les liens avec la médecine de ville doivent non seulement permettre de sensibiliser et former à la prise en charge des pathologies psychiatriques afin d'aider les professionnels de ville, de mieux connaître la pathologie, mieux la diagnostiquer, mieux l'orienter dans le parcours de soins et ensuite assurer un suivi adapté du patient.

Pour cela, il convient au maximum de développer des actions qui facilitent l'orientation du patient dans le parcours de soins. C'est la raison pour laquelle, l'objectif est de développer non seulement des **procédures d'admissions directes** depuis la ville que ce soit en psychiatrie adultes ou en psychiatrie infanto juvénile, mais, aussi de développer des **équipes mobiles sur le secteur** en lien avec la régulation SAMU (protocollisation des prises en charge, ...) à destination des professionnels libéraux. Toute action en faveur d'un rapprochement avec la médecine de ville permettra d'améliorer le repérage précoce des troubles ou les facteurs de risques (violences conjugales ; addictions ...). Le récent succès à l'appel à projet visant à réduire les délais des CMP-II témoigne de cette volonté : la création, dans ce cadre, de binôme infirmière/assistante sociale permettra de répondre aux urgences et développer les liens avec la médecine de ville...

Ces actions sont également de nature à participer à l'objectif d'amélioration de la prise en charge somatique des patients psychiatriques dont on sait que l'espérance de vie est souvent moins longue que la population générale.

Développer la coordination entre acteurs et améliorer l'accès aux soins somatiques

L'un des enjeux de la filière consiste à améliorer la coordination entre les filières somatiques, psychiatriques et addictologie et la lisibilité de l'offre de prise en charge proposée pour améliorer l'accès des soins somatiques aux filières addictologie et psychiatrie, et vice versa.

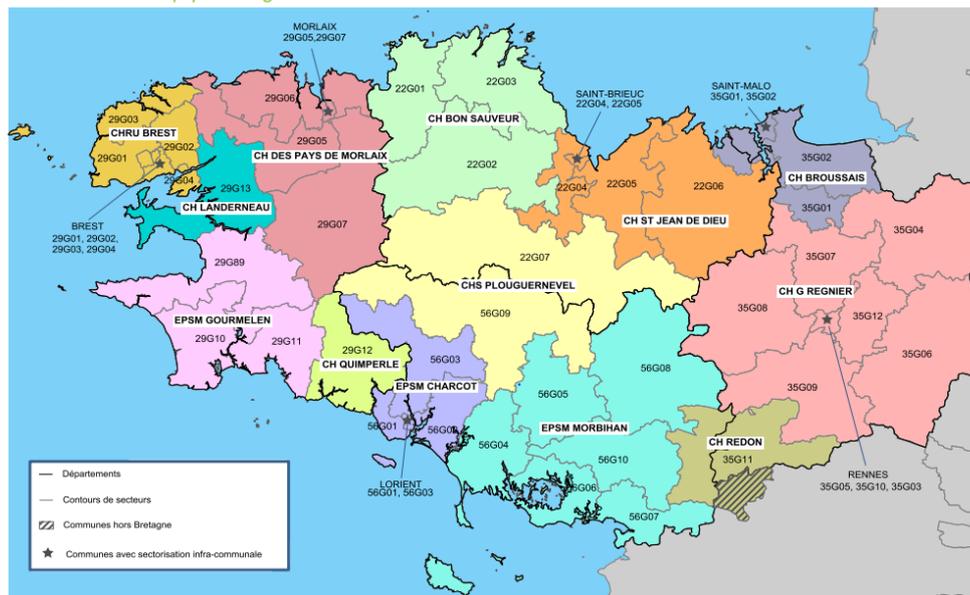
Plus généralement, la transversalité et l'articulation entre les différents services doit être renforcée. Il en va ainsi de l'articulation entre services de psychiatrie et services d'addictologie ou avec les services de soins somatiques.

Ainsi, en pédopsychiatrie, la coordination avec les services de maternité et de pédiatrie déjà effective est à consolider. Les liens avec les autres acteurs institutionnels investis dans la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent comme la PMI, sont également à renforcer et promouvoir.

Renforcer les partenariats avec l'association St Jean de Dieu

Une des difficultés d'organisation des soins en psychiatrie sur le territoire 6 couvert par le GHRE tient à l'organisation des secteurs de psychiatrie adultes et des inter secteurs de pédopsychiatrie, les prises en charge sur le territoire de Dinan (T6-22) relevant des établissements gérés par l'association St Jean de Dieu.

Carte 1 : Secteurs de psychiatrie générale

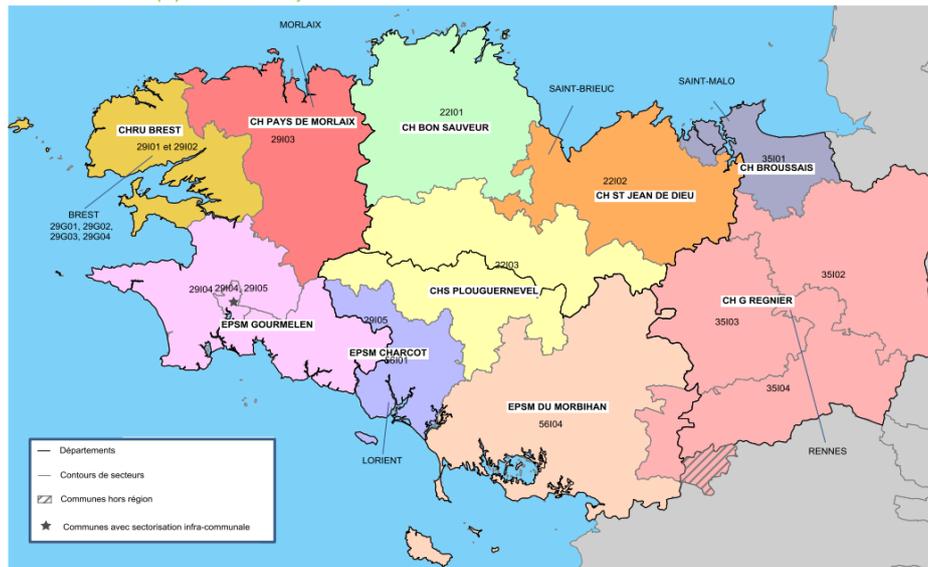


Sources : Enquête auprès des établissements psychiatriques 2014

A noter que les secteurs de psychiatrie pour le milieu pénitentier correspondent aux zones d'interventions des établissements sectorisés.

Docu...

Carte 2 : Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile



Sources : Enquête auprès des établissements psychiatriques 2014

L'activité d'addictologie, quant à elle, se déploie en coopération avec la Fondation Saint Jean de Dieu à travers la mise à disposition de personnel au sein de l'unité d'hospitalisation complète, et la gestion d'un HDJ d'addictologie de 10 places dans des locaux de la Fondation. Le PMSP poursuit cette organisation en coopération entre les deux structures sur le territoire de Dinan notamment.

Ainsi, les collaborations existent entre les structures de santé mentale sur le territoire. Elles nécessitent d'être renforcées afin de tenter de **faire converger les différentes techniques et les parcours de prise en charge**.

Mettre la télémédecine au service de l'amélioration de l'accès aux soins

Les équipes de psychiatrie sont favorables au développement de la télémédecine pour améliorer l'accès aux soins. Ces modes de prise en charge distancielle sont de nature à faciliter le suivi mais aussi une première évaluation en urgence. Sans être bien évidemment substituable à une prise en charge en présentiel classique, ce mode de prise en charge est à développer et est de nature à permettre une optimisation de la gestion des ressources rares médicales mais aussi non médicales. La création de la plateforme d'orientation évoquée plus haut s'inscrit dans cet impératif.



16. Zoom : Imaginer une nouvelle prise en charge des Maladies Chroniques

Même si l'espérance de vie en général croît moins vite en France, elle continue de progresser, contrairement à l'espérance de vie en bonne santé qui a plutôt tendance à stagner. Cette évolution est notamment la traduction de la **progression des maladies chroniques et de leur prévalence**. D'autres facteurs participent à cette évolution, en particulier les progrès de la médecine qui ont conduit à la **chronicisation de certaines maladies aiguës**. Les facteurs environnementaux jouent également un rôle majeur dans l'apparition, le développement et l'aggravation des maladies chroniques. Enfin, les modes de vie des personnes, leurs évolutions, les inégalités contribuent à leur amplification.

Plus de 10 millions de personnes sont atteintes par une affection de longue durée (ALD) : un Français sur six souffre d'une maladie chronique et 17% des assurés bénéficient d'une prise en charge à 100%. Le diabète est la maladie qui touche le plus de personnes (2,6 millions), mais la plus forte progression revient aux maladies cardiaques (+18,6%), suivies par les tumeurs malignes (+17,1%). Les maladies psychiatriques concernent, quant à elles, 1,3 million de personnes. En tenant compte du nombre de personnes consommant des soins apparentés à une maladie chronique, avec ou sans reconnaissance d'ALD, l'Assurance maladie estime que **20 millions de personnes sont concernées par une pathologie chronique en 2019, soit 35% de la population**. Le coût total des soins dispensés s'élève à 95 milliards d'euros, soit plus de la moitié de la dépense annuelle de la branche maladie⁶⁰

Avec l'âge, les maladies chroniques augmentent : 70% des 85 ans et plus déclarent souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé chronique (contre un tiers de la population de 15 ans ou plus). Au-delà de 75 ans, la polyopathie est un phénomène fréquent⁶¹. On peut donc affirmer que la proportion des personnes souffrant d'une maladie chronique va continuer de croître fortement, en raison du poids des classes d'âges du baby-boom dans notre population, qui dépasseront les 70 ans puis les 80 ans, de l'allongement de l'espérance de vie, de la chronicisation des pathologies et de l'évolution des modes de vie.

Construit autour du médecin et dans l'objectif de soigner des maladies aiguës, le **système de santé français est très hospitalo-centré**. L'activité sanitaire, prédominante, est forte mais également sélective. En effet, pour certaines maladies (essentiellement aiguës), les connaissances et les capacités de réponse de l'hôpital, permettent de trouver rapidement une solution satisfaisante. Dans ce cas, la prise en charge revêt souvent les principales caractéristiques suivantes : rencontres ponctuelles, courte durée du traitement, nombre limité d'intervenants, passivité du patient.

Les maladies chroniques sont moins favorisées par l'organisation des soins hospitaliers. Le résultat visé peut-être simplement de maintenir l'état existant, de freiner la dégradation, sans espérer la guérison. La durée, d'un traitement ou d'une prise en charge n'est pas limitée au rétablissement, mais désormais à l'espérance de vie du patient. Leur évolution impose, pour reprendre les termes du professeur GRIMALDI, PUPH à la Pitié Salpêtrière, de **passer à une « troisième médecine »**, c'est-à-dire à celle « de la *prévention individuelle et du traitement de maladies où, pour se soigner, le patient doit devenir actif et adopter de nouveaux comportements* ».

Le traitement des maladies chroniques nécessite un **travail d'équipe, coordonné entre la médecine de ville, l'hôpital, le médico-social (notamment les EHPAD) et le social**, ainsi que tous les autres intervenants. Cette coordination doit être fluide, sans complexifier le parcours de soins, en veillant à conserver la liberté de choix des patients, comme l'indépendance des professionnels de santé. La réponse ne peut pas être seulement sanitaire : le défi est transversal, il est un enjeu pour toutes les politiques publiques.

⁶⁰ Source : Assurance maladie

⁶¹ Idem



Dans le cadre de son projet médico-soignant de territoire, le Groupement Hospitalier Rance Émeraude porte un **projet innovant s'inscrivant dans cette dynamique d'amélioration de la prise en charge des pathologies chroniques.**

Il s'articule autour de **deux grands pôles : une interface Ville- Hôpital en cœur de ville pour la prévention et l'accompagnement pluriprofessionnels des pathologies chroniques** et un **Centre hospitalier de maladies chroniques pour les patients plus complexes et plus graves.**

Il intègre des consultations médicales spécialisées et paramédicales, des ateliers collectifs, des séances d'activité physique adapté (APA), des prises en charges en Hospitalisation de jour (HDJ) individuelles ou en groupe sur un ou plusieurs jours et des prises en charge en Hospitalisation Conventiennelle (HC) programmée de courte durée.

Le projet englobe toutes les pathologies chroniques :

- Endocriniennes : diabète, obésité, acromégalie, ...
- Cardiovasculaires : insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, cardiopathies, ...
- Pulmonaires : asthme, BPCO, pneumopathies, HTA pulmonaire, insuffisance respiratoire, cancer, apnée du sommeil, ...
- Rhumatologiques : lombalgies - douleurs chroniques, rhumatismes inflammatoires, ostéoporose, ...
- Néphrologiques : maladie rénale chronique, ...
- Neurologiques : maladie de Parkinson, sclérose en plaque, AVC, ...
- Gynécologiques : endométriose, cancers, ...
- Du système digestif : MICI, cancer, cirrhose, ...
- L'oncologie et les soins de supports, et le développement de programmes « après cancer »
- Les maladies systémiques et auto-immunes (lupus, maladie de Horton, ...)
- Les maladies infectieuses chroniques : SIDA, Lyme, ...
- Les plaies chroniques,
- L'addictologie : Tabac, drogues, OH, ...
- Les maladies psychiques de longue durée (dépression, schizophrénie, anorexie, ...)
- Les pathologies chroniques pédiatriques.

▷ Créer des Maisons de Prévention et d'Éducation : l'interface Ville / Hôpital

Cette structure est un centre de prévention et d'accompagnement de tous patients présentant une maladie chronique. Elle a pour objectif **d'accompagner le patient à être acteur de sa prise en charge** avec des consultations individuelles pluri professionnelles, des ateliers collectifs centrés sur les besoins du patient, des séances d'APA et autour de la nutrition.

Ces Maisons de Prévention et d'Éducation (MPE) seraient **situées en cœur de ville** de Saint Malo et de Dinan, pour être le plus à proximité des patients. Elles seraient partagées entre la ville et l'hôpital (ateliers co-animés entre des professionnels de ville et de l'hôpital, salle de consultation mutualisées, réunions de synthèse), ce qui contribuerait à améliorer les parcours de soin et à les décloisonner. D'autres implantations pourraient être envisagées sur le territoire en lien avec les professionnels de santé de ville.

Le modèle de structuration (contenu des locaux, organisation juridique, moyens humains) est à construire spécifiquement avec les professionnels de santé de ville (et de campagne) de chaque bassin (Dinan, Saint-Malo, Cancale, Plancoët, Dol, ...). La/les modalité(s) de financement reste(nt) également à définir (Appels à projet, expérimentations, participation des PTA, des CPTS, ...). *L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale* introduit la possibilité d'expérimenter de nouvelles organisations, si elles contribuent à améliorer :

- Le parcours des patients,
- L'accès aux soins,
- La pertinence des prescriptions médicales,
- L'efficacité du système de santé dans la prise en charge globale des patients.



Ce dispositif qui repose sur des modes de financements inédits permet une innovation organisationnelle tout en dérogeant aux règles de facturations et tarifications habituellement applicables.

▷ Installer un Centre Hospitalier de Maladies Chroniques

Ce centre est identifié comme tel, distinct de la prise en charge aigue des pathologies chroniques. Il est destiné aux patients présentant des **pathologies chroniques stabilisées avec difficulté ou échec de la prise en charge réalisée en « Ville-Hôpital »** : maladies rares, patient polyopathologiques, précarité psycho-sociale, pathologie très à risque de complication aigue ou en pré-décompensation.

Il permet d'offrir un **panel complémentaire de prise en charge pluri-professionnelles de qualité et coordonnée**, éventuellement sur plusieurs journées, intégrant le service de rééducation, l'unité d'éducation thérapeutique et le centre de gestion de la douleur.

- Des hôpitaux de jour (HDJ) médicaux dédiés et mutualisés à l'ensemble des pathologies chroniques, permettent d'offrir **une meilleure réponse à la prise en charge et au suivi de ces patients. Un médecin « coordonnateur » affecté à l'HDJ coordonne la prise en charge des patients** (réalisation des examens, validation de la sortie, ...). Les médecins spécialistes interviennent pour les patients de leur spécialité (prescriptions, visite, examens...). Ces HDJ de bilan et thérapeutique permettent l'accès à un ensemble d'intervenants et aux plateaux techniques pour des **prises en charge pluridisciplinaires concentrées en une seule journée** avec :
 - Des ateliers collectifs d'Éducation Thérapeutiques,
 - Des prises en charge pluri professionnelles individuelles (intervention de 3 professionnels différents au minimum).
 - Une coordination et un suivi personnalisé dans le cadre de séjours récurrents en HDJ.
- Des programmes de réadaptation (SMR) ambulatoires de plusieurs jours en groupe : réhabilitation respiratoire, lombalgies chroniques, addictologie, nutrition, ...
- Des programmes en hospitalisation programmée de courte durée à Dinan : pour les patients avec fragilités, nécessitant des soins sur plusieurs jours consécutifs, des séjours de répit et/ou une surveillance rapprochée y compris le soir.

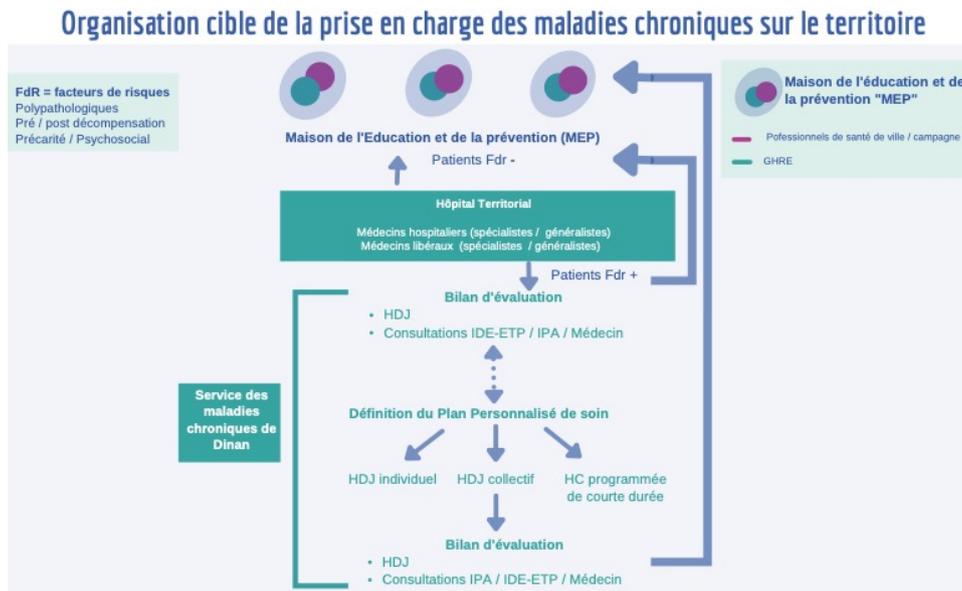
En ce qui concerne la **structuration et l'organisation** :

- Un **médecin référent par spécialité**, idéalement formé en ETP et avec appétence pour les prises en charge programmées et l'HDJ, un médecin coordinateur HDJ et HC et un pharmacien
- Une **équipe pluri professionnelle de paramédicaux formés en ETP** : IDE et AS, IDE douleur, psychologue, assistante sociale, diététicien, kinésithérapeute, ergothérapeute, enseignant en APA, psychomotricienne, ...
- **L'apparition de nouveaux métiers** : infirmière de coordination, Infirmier de pratiques avancées (IPA), ...
- Un **plateau technique** spécifique et adapté
- Un **système d'information** performant et partagé.
- Des **outils connectés** de suivi à distance.

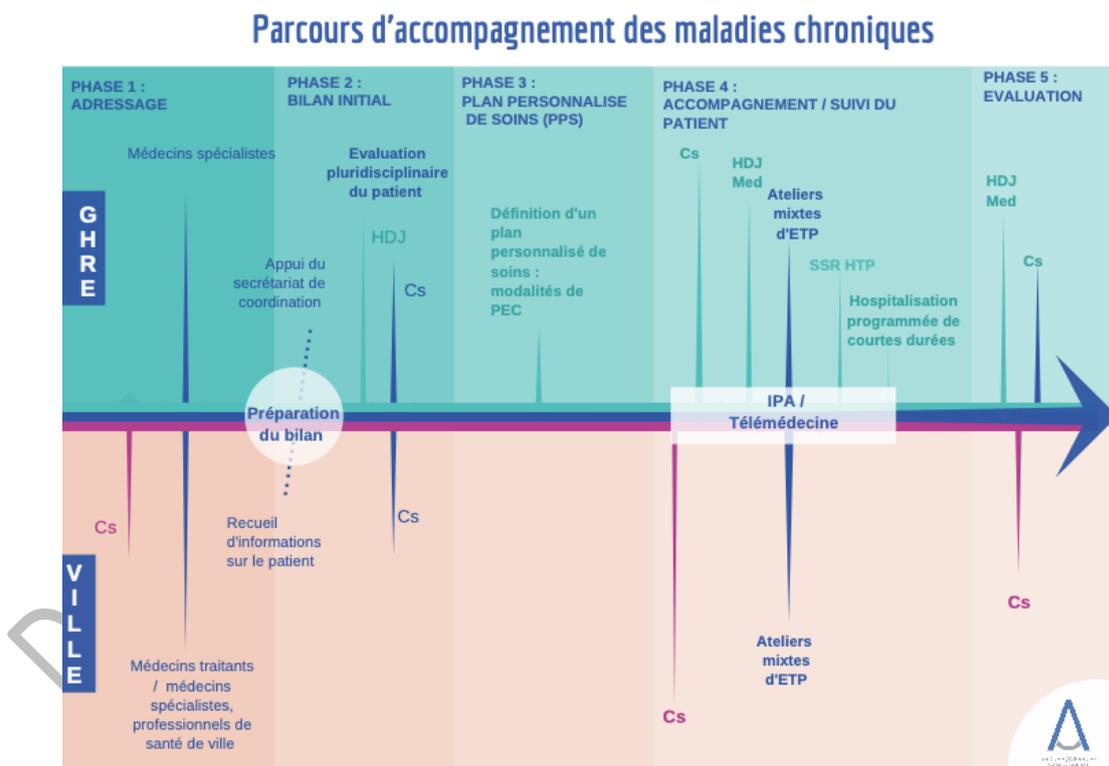
Avec ce projet, le GHRE a la volonté de créer un **parcours patient individualisé, différencié de l'aigu et dédié** à la prise en charge de patients atteints d'une ou plusieurs pathologies chroniques. Mais il souhaite aussi structurer une **activité transversale permettant** de coordonner les pratiques, d'échanger et de partager les savoirs faire.

Le GHRE souhaite développer en lien avec les professionnels de santé de ville, ses activités de dépistage, de prévention, d'éducation thérapeutique individuelle ou collective, de formation et promotion de la santé permettant de **rendre le patient autonome et acteur de la prise en charge de sa maladie, en développant des ateliers sur les cœurs de Ville** (Saint Malo, Dinan). Il ne s'agit pas de remplacer les prises en charges qui existent déjà mais de s'articuler avec l'existant et de renforcer l'offre lorsque cela est nécessaire et pertinent.

Le schéma ci-après décrit l'organisation cible :



Le parcours personnalisé se décline en plusieurs étapes, tel que présenté dans le schéma ci-dessous :



- Phase 1 « Adressage » : Le patient est adressé soit par son médecin traitant, soit par un médecin spécialiste de ville ou hospitalier soit par un autre professionnel de santé. Une organisation précise de l'adressage et une communication vers les professionnels de ville contribuera en outre à éviter l'adressage via les urgences, qui reste relativement fréquent encore aujourd'hui.



- Phase 2 : « Bilan initial d'évaluation »
 - **Préparation de la venue du patient pour son bilan** : Informations médicales recueillies auprès du patient, et /ou de l'aidant (antécédents médicaux, dernière ordonnance...). Intervention, si nécessaire, du secrétariat de coordination/programmation.
 - Réalisation d'une **évaluation pluridisciplinaire du patient** en HDJ (utilisation des compétences médicales, paramédicales, des techniques de référence, consultations en présentielle ou en télémédecine), qui se fait en lien avec le médecin traitant.

- Phase 3 : « Définition du Plan Personnalisé de Soins (PPS) »
 - Le médecin spécialiste référent ou le médecin coordonnateur de l'HDJ établit une synthèse à l'issue du bilan et définit un **Plan Personnalisé de Soins** pour assurer une prise en charge spécifique et individualisée du patient tout en intégrant le milieu de vie du patient, son âge, ses comorbidités, ...

 - Définition des modalités de prise en charge parmi le panel proposé, soit en ville, soit sur les sites hospitaliers : Consultations, Ateliers d'ETP ville-hôpital, HDJ médical, SMR ambulatoire, Hospitalisation programmée de courte durée.

- Phase 4 : « Accompagnement / suivi du patient ».
 - Le suivi de la mise en œuvre du PPS du patient à domicile ou en ville est réalisé par des IPA ou IDE de coordination et/ou un médecin coordonnateur/spécialiste référent en lien avec le médecin traitant, via notamment des outils de télémédecine.
 - Le suivi inclut des actions d'éducation thérapeutique, de soutien psychologique, d'activité physique réalisées en HDJ ou en ville (médecine de ville et cœur de ville).
 - Une réflexion autour du répit des aidants est également en cours.
 - Les associations de patients et de bénévoles pourront être mobilisées.

- Phase 5 : « L'évaluation » annuelle : Assurée par l'équipe de coordination et/ou le médecin coordonnateur/spécialiste en lien avec le médecin traitant, elle permet d'adapter le PPS du patient après une année de prise en charge au sein du centre des maladies chroniques du GHRE.

Ce projet, qui traduit l'émergence de la responsabilité populationnelle du GHRE, revêt un **caractère majeur sur le plan santé publique**, autour du tryptique :

- Une meilleure gestion de la pathologie chronique ;
- Un gain de temps médical par une coordination ville-hôpital et médecins-paramédicaux ;
- Réduire les hospitalisations classiques pouvant être évitées en diversifiant la gamme de prise en charge.



17. Zoom : déployer une prise en charge en hospitalisation de jour de médecine innovante

L'objectif est d'organiser au sein des établissements du GHRE un accès aisé aux compétences spécialisées et aux prises en charge multidisciplinaires, en lien avec la médecine de premier recours, intégrée au territoire. Cet objectif prend – entre autres- la forme :

- ▷ Du renforcement de l'offre de consultations de spécialistes notamment sur le cœur de ville de Dinan,
- ▷ De l'organisation de l'accès à l'expertise hospitalière via les outils de télémédecine,
- ▷ Du développement d'hôpitaux de jour de médecine.

▷ Renforcer l'accès aux médecins spécialistes sur le territoire

Cet objectif vise à renforcer les liens entre les médecins spécialistes hospitaliers et les équipes de soins primaires sur le territoire, dont le diagnostic a mis en évidence les fragilités, en termes de nombre et d'âge, et l'organisation en CPTS, notamment sur les territoires de Saint Malo et Combourg. Il vise également à garantir l'accès aux spécialistes, en tous points du territoire (diminution des délais de rendez-vous, facilité à joindre le bon interlocuteur, ...). C'est dans cette perspective que le PMSP du GHRE entend :

- ▷ Développer les consultations de spécialistes, sur l'Hôpital Territorial et le cœur de ville de Dinan
- ▷ Développer, via les outils de télémédecine, l'accès aux expertises hospitalières

▷ Développer les consultations de spécialistes, y compris en proximité

Sur l'Hôpital Territorial

La consolidation de l'offre de soins sur le territoire du GHRE vise également à renforcer l'accès aux soins. Cet objectif se traduit par le développement des consultations externes à la fois dans l'éventail des activités proposées mais également dans une disponibilité accrue des professionnels : diminution des délais de rendez-vous, accès à des soins non programmés, facilité – notamment pour les professionnels de ville – à joindre le bon interlocuteur....

Il s'agit d'organiser, au sein de l'établissement et du territoire, un accès aisé aux compétences spécialisées. A cette fin, et outre le développement des outils de télé expertise, des équipes mobiles de territoire, sont prévues sur l'Hôpital Territorial, le développement des consultations dans les disciplines suivantes :

- | | |
|--|---|
| ⇒ Gynécologie / obstétrique | ⇒ Rhumatologie |
| ⇒ Pédiatrie | ⇒ Infectiologie |
| ⇒ Anesthésiologie | ⇒ Douleur |
| ⇒ Chirurgie ORL et stomatologie | ⇒ Cardiologie |
| ⇒ Chirurgie orthopédique | ⇒ Neurologie et neurovasculaire |
| ⇒ Chirurgie viscérale | ⇒ Néphrologie |
| ⇒ Chirurgie plastique et reconstructrice | ⇒ Cancérologie (oncologie et hématologie) |
| ⇒ Gastro entérologie (cs et endoscopies) | ⇒ Endocrinologie, nutrition, |
| ⇒ Médecine et chirurgie vasculaire | ⇒ Gériatrie |
| ⇒ Pneumologie | ⇒ Dermatologie |
| ⇒ Médecine Interne | |

Ce plateau d'hôpital de jour doit permettre un accès aisé au plateau d'explorations fonctionnelles (pneumologiques, digestives, cardio-vasculaires, ...), à celui des consultations et à l'imagerie.



Sur le cœur de ville de Dinan

La réorganisation de l'offre de soins sur le territoire a été construite avec l'impératif de garantir, sur le cœur de ville de Dinan, une réponse graduée aux besoins des patients, en lien avec l'offre existante (médecine de premier recours en ville, gériatrie et médecine polyvalente sur le Cœur de Ville). C'est dans cette mesure que le Projet prévoit la mise en place de consultations de spécialistes dans les disciplines suivantes :

- | | |
|--|---|
| ⇒ Gynécologie / obstétrique | ⇒ Rhumatologie |
| ⇒ Pédiatrie | ⇒ Douleur |
| ⇒ Anesthésiologie | ⇒ Cardiologie |
| ⇒ Chirurgie orthopédique | ⇒ Neurologie et neuro vasculaire |
| ⇒ Chirurgie ORL | ⇒ Néphrologie |
| ⇒ Gastro entérologie (cs et endoscopies) | ⇒ Endocrinologie et diabétologie |
| ⇒ Médecine et chirurgie vasculaire | ⇒ Cancérologie (oncologie et hématologie) |
| ⇒ Pneumologie | ⇒ Gériatrie |
| ⇒ Médecine Interne | ⇒ Consultations et plaies chroniques |

Cette présence des spécialistes sur l'établissement permet d'organiser, en interne (notamment dans le lien avec les soins non programmés, et la prise en charge dans les services d'hospitalisation) comme en externe, en lien avec les professionnels de premier recours, des prises en charge coordonnées, de proximité. Elle sera développée en fonction du développement de certaines spécialités sur le bassin (ex : dermatologie).

Elle permet ainsi aux médecins traitants d'avoir accès à des avis ou interventions ponctuels, mais également sur un deuxième niveau, en hôpital de jour, le cas échéant, de pouvoir organiser des interventions nécessitant une intervention plus importante des médecins spécialistes. Dans cette perspective, le projet prévoit également le renforcement des liens avec les professionnels de ville, les structures sociales et médico-sociales, par la mise en place, pour les sujets prioritaires, de référentiels coordonnés entre les professionnels de premier recours et les spécialistes. Il prévoit en outre de disposer de capacités d'hospitalisation, de capacités d'hospitalisation de très courte durée pour les patients chroniques, en proximité des équipes traitantes : c'est la vocation du Centre de Maladies Chroniques ou encore la raison de la création d'une unité de soins palliatifs sur le cœur de ville de Dinan.

Le secteur des consultations a été volontairement dimensionné largement pour faire face au développement des consultations complexes, pluridisciplinaires, et pluri professionnelles qui vont se développer dans les prochaines années. Si l'activité actuelle est de 82 000 consultations sur le GHRE, elle est projetée à 125 000 consultations dans le Projet futur, nécessitant, selon les standards de construction une quarantaine de salles de consultations. Le programme en prévoit 75 : 50 sur l'Hôpital Territorial, 25 sur le cœur de ville de Dinan.

Sur le CH de Cancale

Dans la perspective de mieux mailler le territoire, des consultations avancées seront mises en place sur le CH de Cancale au fur et à mesure de la constitution des équipes de territoire. L'équipe des orthopédistes s'est d'ores et déjà déclarée sur cette perspective.



▷ Développer la télé expertise hospitalière

L'organisation de ces consultations se double d'une organisation volontaire en matière de télémédecine et de télé expertise : la réalisation d'un annuaire dynamique en cours de construction et la mise en place de numéros uniques, la structuration de la télé expertise au sein de chaque spécialité, visent à rendre plus lisible l'offre territoriale et faciliter le partage d'information et la diffusion de l'ensemble des expertises du GHRE sur le territoire.

Cette volonté est évidemment sous tendue par la mise en place d'un système d'information communiquant garantissant le partage de l'information dans trois dimensions : entre professionnels de santé tout d'abord, entre les différentes structures ensuite, et dans la relation entre le médecin / l'équipe de soins / le patient enfin.

▷ Développer la prise en charge médicale en hôpital de jour

Enjeux

Les enjeux liés à la mise en place d'un hôpital de jour en médecine sont de trois ordre : il s'agit d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients, les conditions de travail des professionnels et optimiser les ressources.

Le développement d'une organisation performante de l'ensemble des intervenants autour du patient (consultants spécialistes, examens complémentaires, spécialistes paramédicaux) permet en effet de garantir une prise en charge personnalisée du patient. Il est également un facteur d'attractivité pour les personnels médicaux et para médicaux, puisqu'il ne fonctionne ni la nuit ni les week end, réduisant ainsi la pénibilité du travail.

Au-delà de sa seule interface avec l'hospitalisation conventionnelle, l'hôpital de jour apparaît comme une alternative à l'hospitalisation complète qui assure un suivi spécialisé, coordonné ou pluridisciplinaire des patients, notamment ceux qui sont touchés par des pathologies lourdes, complexes ou chroniques.

Il répond également à la demande des patients et des médecins de ville d'accéder à des bilans concentrés sur une seule journée, en lieu et place de consultations ou actes réalisés en des lieux multiples ou de façon itérative, à la nécessaire coordination et au suivi permanent, au-delà des murs de l'hôpital, du traitement des patients pris en charge pour des pathologies longues ou chroniques, dans le cadre de séjours récurrents, ou encore à des interventions « pluridisciplinaires » mises en œuvre en association à ces prises en charge (kinésithérapie, diététique, psychothérapie, repérage des troubles cognitifs, ergothérapie, suivi social...);

La volonté est également de développer à travers l'hôpital de jour des « filières » transversales comme le traitement des douleurs chroniques, et surtout la gériatrie. La filière gérontologique entend ainsi associer au suivi des personnes âgées en hôpital de jour des prises en charge à dimension multiple et des activités, jugées aujourd'hui insuffisamment développées, de prévention et d'éducation thérapeutique.

Enfin, il permet d'envisager le développement d'activités de dépistage, de prévention et d'éducation thérapeutique à destination de certains publics, définis en fonction de leurs pathologies (obésité, diabète...) ou de leurs caractéristiques sociodémographiques (personnes âgées fragiles, notamment). Ainsi, il peut être un moyen de diminuer à terme les hospitalisations, non par une substitution immédiate à de l'hospitalisation



complète, mais grâce aux passages aux urgences évités par des diagnostics précoces et des actions de prévention déclenchées aux premiers signes de « fragilité » des personnes âgées. La problématique est voisine dans une filière comme la diabétologie, où l'hôpital de jour peut apparaître comme le lieu approprié pour permettre la réalisation complète et régulière des bilans recommandés pour la surveillance de la maladie.

Pour toutes ces raisons, le PMSP du GHRE entend développer **4 hôpitaux de jour** :

- ⇒ deux dédiés aux pathologies cancéreuses, l'un de 22 places sur l'Hôpital territorial, le second sur le cœur de ville de Dinan de 8 places⁶²,
- ⇒ deux dédiés plus spécifiquement aux pathologies médicales hors cancérologie : le premier de 32 places dont 7 places destinées aux personnes âgées dans le cadre de la filière gériatrique, sur l'hôpital territorial et le second de 35 places sur le Cœur de Ville de Dinan dont, là encore, 7 places destinées aux personnes âgées. Cet hôpital de jour du Cœur de Ville accueillera les prises en charge ambulatoires du Centre de Maladies chroniques et les prises en charge médico chirurgicales qui seraient développées en lien avec la Polyclinique des Pays de Rance (ex : gynécologie).

Des hôpitaux de jour mutualisés, pluridisciplinaires, nécessitant une organisation précise

La majorité des disciplines médicales du GHRE ont investi le champ de l'hospitalisation de jour. On peut distinguer ainsi quatre motifs principaux de venue en hôpital de jour⁶³ :

- ↳ Le motif diagnostic : annonce et bilan initial de la maladie, définition du plan de soins et don suivi,
- ↳ Le motif de réévaluation d'un traitement ou de la prise en charge d'une maladie,
- ↳ Le motif thérapeutique : prise en charge nécessitant un plateau technique spécifique, la délivrance d'un traitement réservé à l'hôpital, la nécessité de l'intervention simultanée de plusieurs professionnels,
- ↳ Le motif d'évaluation : soit pour réaliser des actions de santé préventive permettant de limiter les conséquences de la maladie, soit de gérer les comorbidités du patient.

Les hôpitaux de jour du GHRE sont pluridisciplinaires et regroupent plusieurs spécialités :

- Médecine interne,
- Maladies infectieuses : VIH, tuberculose, ...
- Rhumatologie : arthrose, lombalgie, ostéoporose et rhumatismes inflammatoires et/ou chroniques
- Endocrinologie-diabétologie : bilans annuels de patients ayant un diabète, prise en charge du pied diabétique, bilan endocrinien, parcours de soin de chirurgie de l'obésité, éducation thérapeutique
- Néphrologie : maladie rénale chronique,
- Neurologie : migraine, troubles de la mémoire, épilepsie, AVC, maladie de Parkinson, ...
- Cardiologie et médecine vasculaires : HTA, cardiopathies ischémiques, ...
- Gériatrie : patient chuteur, onco gériatrie, troubles cognitifs, ...
- Pneumologie : asthme, BPCO,...
- Gastro entérologie : TFI, gastrite, RGO, MICI, maladie ulcéreuse, ...
- Douleur, soins palliatifs...

⁶² Voir PMSP de la filière Cancérologie, page 89.

⁶³ Bruno FAUTREL, Sorbonne Université – AP HP, coordonnateur du groupe de travail « Prise en charge ambulatoire en médecine – AP HP »



Il nécessite une organisation structurée des prises en charge :

- ↳ En amont, la demande doit être identifiée le mieux possible. Elle peut émaner d'un service hospitalier mais également d'un praticien libéral, généraliste ou spécialiste, voire d'une structure médico-sociale (EHPAD, par exemple) et faire l'objet d'une programmation précise. La protocolisation des examens avec les plateaux médico techniques a ainsi une importance fondamentale pour que le parcours du patient soit le plus fluide possible.

Les clés de réussite (Anap)

- Avoir une unité de taille critique et multi-spécialités ;
- Identifier un coordinateur médical de l'unité de médecine de jour ;
- Veiller à ne pas faire d'activité ambulatoire foraine dans le cas où l'établissement choisit de créer une unité médicale de jour dédiée ;
- Changer de paradigme : « pour chaque patient à prendre en charge la question à se poser n'est pas de savoir si le patient est éligible à l'ambulatoire, mais quelles raisons médicales empêcheraient son hospitalisation dans une structure ambulatoire » ;
- S'assurer que les séjours en HDJ respectent les dispositions de la circulaire frontière

- ↳ Sur l'unité de médecine ambulatoire, la validation de la programmation est réalisée par un médecin (coordonnateur). Il définit les ressources à mobiliser (consultations, actes, prise en charge pluridisciplinaire, ...) et la réalisation du planning de soins confiée à une infirmière qui coordonne les investigations programmées et la suite de la prise en charge. La construction de prises en charge standardisées est, à ce stade, nécessaire pour que les ressources soient le plus adaptées possibles.
- ↳ En aval, le praticien adresseur reçoit un compte rendu d'hospitalisation qui doit lui permettre de mettre en place la stratégie proposée, en restant en lien, via la télémédecine, avec l'unité.

Les expériences montrent l'importance du médecin coordonnateur qui est le pivot de l'organisation de l'unité. Il est l'interlocuteur de ses confrères et des différentes unités, gère les problèmes de programmation, et participe à la construction des référentiels de prises en charge.



18. Zoom sur : le Cœur de Ville de Saint Malo

- ▶ Le projet cœur de ville de Saint Malo, se veut conciliant la proximité des activités sanitaires de première intention et celle de la prise en charge des personnes âgées.
- ▶ Ce cœur de ville est par conséquent un projet hospitalier mais également – et peut être surtout – un projet Ville / Hôpital : il vise à regrouper, sur un même site, des professionnels de santé hospitaliers et libéraux, mais également des professionnels d'autres secteurs que celui de la santé, des commerces, des associations, des services publics et proposer des logements à destination de publics différenciés (familles, étudiants)

A ce stade, il est ainsi prévu que le Cœur de Ville de Saint Malo accueille :

- **Un EHPAD de 150 lits** qui, par son implantation serait un lieu de soins mais également – et avant peut être tout – un lieu de vie pour les résidents. Sa implantation en cœur de ville permettrait en effet d'intégrer les personnes accueillies dans la ville, sensibiliser cet environnement social à l'accueil des personnes et créer les conditions d'un enrichissement mutuel.

Modèle répandu en Europe du Nord, cette configuration permet de préserver aussi longtemps qu'il est possible leurs liens des personnes âgées avec leur environnement habituel (les commerçants, les associations, les loisirs).

Cet établissement devra comporter un Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA), destinés à accueillir durant la journée des résidents de l'EHPAD atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre maladie neuro - dégénérative et ayant des troubles du comportement modérés et un accueil de jour, pour s'ancrer dans la vie de la Cité.

La Cité des Aînés à St Etienne est un lieu de rencontres et d'échanges, pour les usagers, les familles, les habitants du quartier. Elle est ouverte sur l'extérieur avec :

- Un restaurant et un salon de thé
- Une salle d'activité physique adaptée
- Des espaces de bien-être
- Un espace culture : lieu de rencontres artistiques, d'expositions, d'accueil d'événements culturels.
- Une conciergerie proposant des services

Un jardin partagé est aménagé, il est accessible aux habitants de la Cité des Aînés et du quartier. Il est complété par un terrain de jeux pour enfants et une placette, véritables lieux de vie et d'animation. Un chemin de promenade, accessible en fauteuil, dans un cadre verdoyant, accueille les personnes âgées, leurs familles.

- **Des locaux de consultations** sur lesquels seraient développés une offre d'éducation thérapeutique, de prise en charge de l'addictologie, et de l'hospitalisation de jour de psychiatrie,
- **Un plateau technique d'imagerie** (en lien avec les praticiens libéraux) et de **biologie délocalisée**, ouverts sur la ville.

En outre, et sans que cela ne relève du Groupement Hospitalier Rance Émeraude, ce cœur de ville pourrait accueillir :

- Des locaux permettant d'accueillir une maison médicale, les locaux des services d'aide et d'accompagnement à domicile, l'hospitalisation à domicile, les services de coordination des parcours de santé (DAC, ...)
- Des logements, des commerces,
- Une résidence autonomie, une maison de répit, ...

Il est possible d'illustrer cette proposition au travers du schéma ci-dessous :



Cette configuration est particulièrement développée en Europe du Nord ; elle permet entre autres d'éviter de « délocaliser » les sites de personnes âgées en périphérie de ville ce qui reste trop fréquemment la solution utilisée en France. **Elle suppose un projet construit en partenariat entre l'Hôpital et la Ville et préfigure une nouvelle prise en charge, notamment des personnes vulnérables et âgées, et un nouveau mode de travail, pluridisciplinaire et pluri professionnel.**