

PROJET MEDICO-SOIGNANT PARTAGE

2023-2028

Groupement Hospitalier de Territoire d'Armor

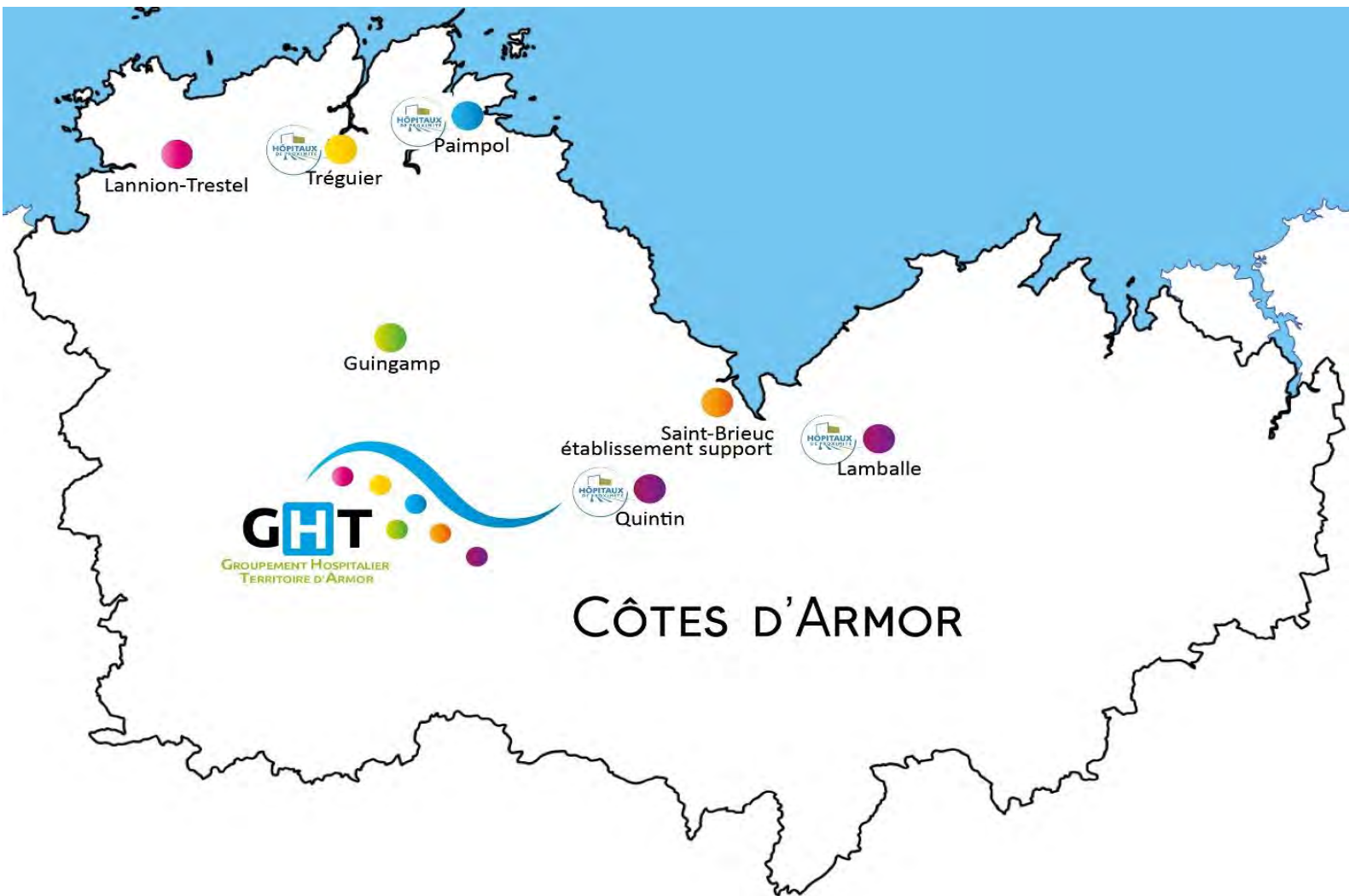


Table des matières

LE PROJET EN QUELQUES CHIFFRES	3
EDITO	4
INTRODUCTION	5
- Un bilan partagé de la période écoulée	5
- Une méthode agile et participative	8
PARTIE 1 : Contexte et enjeux	10
1- Données épidémiologiques et démographiques du territoire	10
2- Un projet inscrit dans les orientations nationales et régionales de santé publique	13
PARTIE 2 : les orientations stratégiques du GHT	15
Orientation 1 - Améliorer l'attractivité et la fidélisation des professionnels	17
Orientation 2 - Accompagner les projets du territoire par l'innovation	21
Orientation 3 - Renforcer le pilotage et la gouvernance des filières du GHT	26
Orientation 4 - Adapter les équipements et bâtiments pour répondre aux nouveaux enjeux du territoire	28
PARTIE 3 - Evolution de l'offre de soins	30
1 – La chirurgie	32
2 – La périnatalité	50
3 – La médecine	61
4 – Les Soins médicaux et de réadaptation (SMR)	75
PARTIE 4 - Inscrire le GHT dans une démarche de responsabilité populationnelle	82
1. Renforcer les liens avec nos partenaires	82
2. L'addictologie : une filière de soins pluri-partenaire	82
3. La responsabilité populationnelle, une expérimentation à conduire	84
La suite	87
ANNEXES	88
Annexe 1 - GROUPE CHIRURGIE	89
Annexe 2 - GROUPE PERINATALITE	98
Annexe 3 - GROUPE SMR	107
Annexe 4 - GROUPE MEDECINE	126

LE PROJET EN QUELQUES CHIFFRES



13 mois de concertation



210 personnes mobilisées



12 réunions du comité de pilotage

52 réunions de travail

23 présentations en instances

Une démarche participative et collaborative :

- *Des groupes animés par un pilotage tripartite (médical/soignant/administratif) nommés par le comité stratégique du GHT ;*
- *Des lettres de missions validées par le COSTRA (comité stratégique du GHT)*
- *Des groupes de travail pluridisciplinaires : médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens, rééducateurs, cadres de santé, Infirmiers, infirmier en pratique avancées, enseignant en activité physique adaptée, infirmier anesthésiste diplômé d'État, assistant médico-administratif, coordinatrices des assistants médico-administratifs, assistante sociale, diététicienne, représentants des usagers, directeurs, directeurs des soins....*
- *2 facilitatrices garantes de la méthodologie et du calendrier en appui des pilotes (animation des groupes de travail...).*

Merci à tous les contributeurs



EDITO

Construire un projet médico-soignant du GHT d'Armor innovant, collectif et agile était la volonté du comité stratégique pour continuer de construire ensemble notre GHT de demain dans un contexte difficile

En 2021, le comité stratégique du GHT a souhaité s'engager dans une approche « appréciative et une démarche collaborative » en saisissant l'opportunité d'un accompagnement expérimental proposé par l'ANAP. Collectivement, les membres du Comité stratégique ont ainsi formulé une ambition à cinq ans pour le GHT d'Armor:

« Nous souhaitons, pour notre GHT, mobiliser tous les acteurs de nos communautés hospitalières, pour évoluer de stratégies d'établissements à une stratégie de groupe, connecté, solidaire, pour une prise en charge de qualité des patients, grâce à la valorisation des compétences et la gradation des soins. »

Dans cet esprit, nous avons souhaité que ce nouveau projet médico soignant partagé soit construit avec les professionnels du GHT d'Armor afin de définir un projet fédérateur, dans lequel chacun puisse se reconnaître pour ensuite le décliner à travers les projets des établissements, des filières, des Fédérations Médicales Inter Hospitalières (FMIH) et Pôles Inter Etablissement (PIE).

Ce projet constitue notre feuille de route pour les cinq prochaines années. Il se veut tourné vers l'avenir et ouvert sur la ville, capable de répondre et de s'adapter aux besoins de la population dans un contexte de démographie médicale et soignante défavorable.

Nous avons souhaité que ce projet donne un cap aux équipes tout en laissant place à l'évolution des besoins de santé, en fonction des contextes national, régional, voire local, et en permettant une traduction concrète pour et par les équipes.

Nous remercions l'ensemble des personnes, particulièrement les pilotes des différents groupes de travail et les deux coordonnatrices - facilitatrices, qui se sont investis, dans cette démarche et ont contribué à l'écriture du projet.

A nous tous maintenant de faire vivre notre ambition commune et ce projet dans chacun de nos établissements et chacune de nos équipes pour répondre aux besoins des patients de notre territoire.

Le président du COSTRA
Ariane BENARD




Le président de la CMG
Dr Régis DELAUNAY

INTRODUCTION

- Un bilan partagé de la période écoulée

Les travaux du PMSP ont été conduits selon une méthode participative et collaborative déjà expérimentée par le GHT d'Armor dans le cadre de sa participation à un dispositif d'accompagnement expérimental proposé par l'ANAP entre décembre 2020 et mars 2022.

Au-delà de l'ambition à 5 ans formulée par le Comité stratégique en février 2021, un séminaire qui a réuni plus de 80 professionnels du GHT en mars 2021 a permis d'identifier 23 propositions d'actions regroupées à travers 5 grandes thématiques.

 <p>Gouvernance du GHT d'Armor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clarifier les circuits de décision (rôle et responsabilité de chacun (CH/filières/pôles/services...)) • Simplifier et harmoniser les règles de fonctionnement au sein du GHT • Mutualiser et harmoniser les pratiques dans les fonctions logistiques et administratives • Se doter d'un SI commun pour une gestion simplifiée • Tenir compte des spécificités locales au sein d'une gouvernance unique
 <p>Identité du GHT d'Armor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Créer un organigramme du GHT accessible à tous • Permettre l'interconnaissance entre les établissements • Construire le plan de communication du GHT à 5 ans • Structurer une identité de groupe en tenant compte des spécificités de chacun
 <p>Ressources humaines et attractivité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'attractivité du GHT pour les professionnels: recrutement, accueil, QVT, harmonisation des règles RH, fidélisation.... • Favoriser la mobilité choisie au sein du GHT • Cartographier les compétences et construire un outil de GPMC à l'échelle du GHT • Construire un plan de formation à échelle GHT • Développer le lien ville-hôpital y compris les postes partagés ville/hôpital et l'hôpital « hors les murs » • Développer les partenariats avec les deux CHU bretons (internes, postes partagés, formations, projets.....)
 <p>Projets territoriaux : pilotage et structuration</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clarifier les circuits de décisions • Organiser un pilotage transversal des projets et filières (mode projet GHT) • Favoriser les partages au sein du GHT : harmonisation des pratiques, partages d'expériences... • Capitaliser les bonnes pratiques • Promouvoir les talents
 <p>Innovation et développement durable</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Créer une cellule Développement durable à l'échelle du GHT • Créer une « ruche de projets » : un GHT incubateur de projets et d'innovations (techniques, managériales, ...) • Promouvoir et développer l'offre de télémédecine • Développer les outils collaboratifs dans tous les domaines (au sein du GHT, voire hors les murs)

A la suite du séminaire, le comité stratégique du GHT a priorisé cinq projets qui ont bénéficié d'un accompagnement par l'ANAP :

- **Communication**, créer une identité commune "GHT" : mieux se connaître et se rendre visible.
- **Vers une DAM de territoire** à gouvernance unique.
- **Harmoniser les pratiques en identito-vigilance** dans le cadre du déploiement d'un dossier patient informatisé commun au sein du GHT (e-Roz).
- **Filière chirurgie digestive**: clarifier les rôles et missions au sein de la filière, structurer la filière de soins.
- **Filière gériatrie GHT** : clarifier les rôles et missions au sein de la filière, structurer la filière de soins.

Communication

Constats et enjeux

- **Besoin de donner de la visibilité sur une stratégie de communication** à l'échelle du GHT
- **Pas de temps de communication spécifiquement dédié au GHT** malgré des échanges mensuels entre les différentes équipes

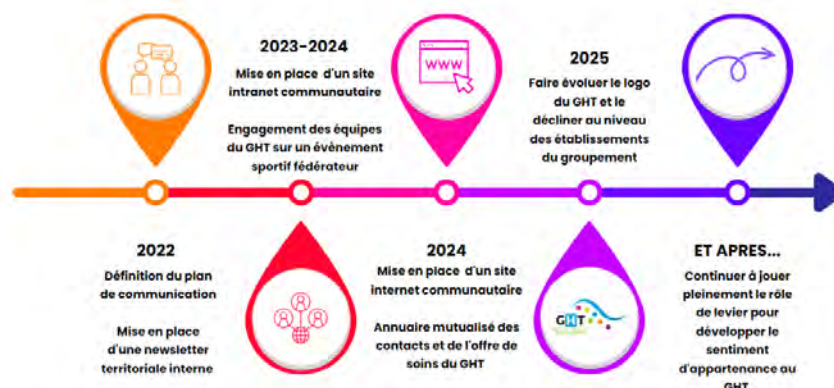
Les principaux objectifs

1. Structurer la communication territoriale

A partir d'un état des lieux réalisé en 2021-2022 à travers 2 RETEX et une enquête auprès de l'ensemble des agents du GHT (plus de 700 participants), définir un plan de communication GHT et identifier 20% temps communication GHT : réalisé.

- **Bâtir une stratégie de communication à horizon 5 ans pour le GHT permettant d'installer une logique de groupement et une identité forte**

Actions phares pour les années à venir





Vers une DAM de Territoire

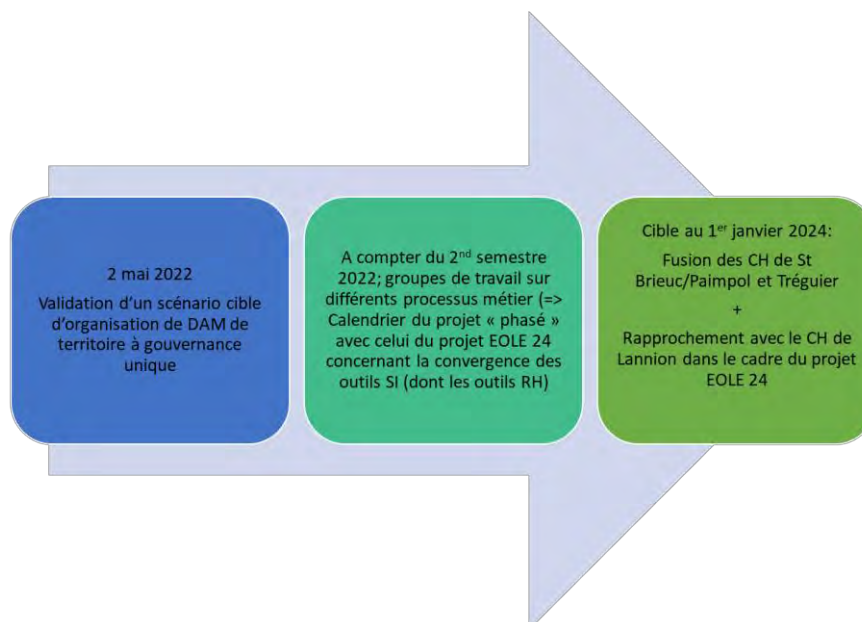
Constats et enjeux

- **Problème majeur de démographie médicale sur le territoire**
- **Évolutions règlementaires au plan national sur la GRH médicale au sein des GHT**
- **Des attentes fortes des professionnels médicaux sur le GHT :**
 - => Gestion des ressources humaines médicales territorialisée
 - => GPMC médicale, et développement des FMIH
- **6 services des Affaires Médicales dans le GHT avec :**
 - => 16 personnes, dont 4 DAM, 4 Responsables des Affaires Médicales et 8 gestionnaires
 - => des procédures et logiciels différents
 - => une méconnaissance mutuelle des acteurs entre eux
 - => pas d'harmonisation des pratiques et concurrence entre les EPS

Les principaux objectifs

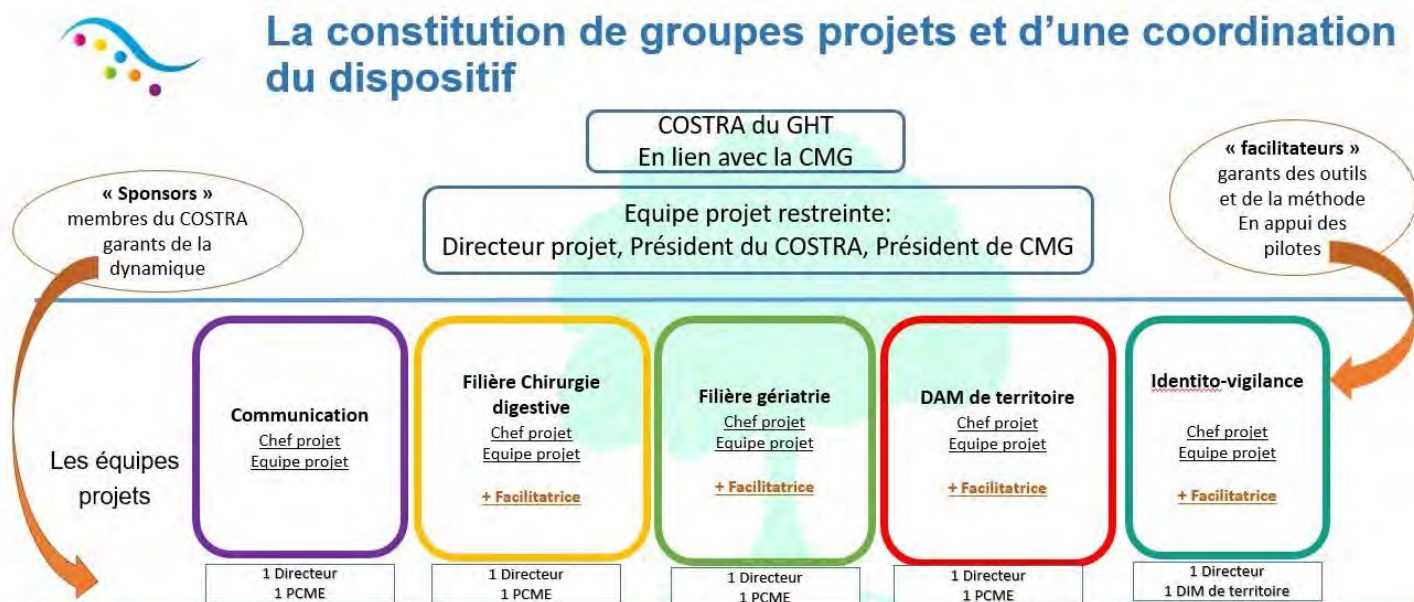
- **Accroître l'attractivité médicale du territoire**
- **Passer de 6 DAM autonomes à 1 DAM de territoire à gouvernance unique avec une harmonisation des processus de GRH et une homogénéisation des pratiques :**
 - => Recrutement
 - => Carrière (gestion statutaire, mobilité inter-établissement,)
 - => Paie
 - => Gestion du temps de travail
 - => GPMC
 - => Suivi budgétaire et contrôle de gestion sociale
- **Disposer d'un système d'information partagé unique**

Prochaines étapes



- Une méthode agile et participative

La méthode et la comitologie posées pour ces 5 groupes de travail dans le cadre de l'expérimentation a été la suivante :



Ensemble des équipes concernées par les projets

Au fur et à mesure, les équipes projets « embarquent » de nouveaux acteurs dans le dispositif.

Exemples à date:

DAM de territoire: équipes des différentes DAM / Gériatrie: médecins gériatres, cadres supérieurs de santé en gériatrie, Directeurs ... / Chirurgie digestive: des chirurgiens, un anesthésiste, des AMA, des IDE, des stomathérapeutes... / Identito-vigilance: les membres de la CIV de territoire, les membres des bureaux des entrées.... / Communication: les professionnels à travers les enquêtes de terrain... 1

Cette méthode a été en grande partie reprise pour les travaux menés dans le cadre du PMSP 2023-2028.

Ainsi, les travaux débutés pour les groupes "filiale chirurgie digestive" et "filiale gériatrie" seront repris et poursuivis dans le cadre des groupes de travail du PMSP 2023-2028.

Ceux-ci ont également été orientés par la Mission Rossetti, conduite en 2021-2022 sous l'impulsion de l'Agence Régionale de Santé. Ont été particulièrement traités dans ce cadre la périnatalité et la chirurgie.

Contrairement au PMSP de première génération, exhaustif, il a été considéré que le PMSP 2023-2028 n'avait pas vocation à traiter de toutes les filières et de toutes les thématiques, mais devait prioriser de grandes orientations en fonction des enjeux du territoire.

Ainsi, il traite :

- **Des orientations stratégiques autour de quatre axes transversaux:**
 - o Axe 1 : L'attractivité et la fidélisation des professionnels
 - o Axe 2 : L'innovation au service des projets : le numérique, la télémédecine, les nouveaux métiers, les parcours ouverts sur la ville...
 - o Axe 3 : Le pilotage et la gouvernance au sein des filières du GHT d'Armor
 - o Axe 4 : L'évolution des bâtiments et équipements pour une réponse adaptée aux besoins en santé du territoire

- **Une offre de soins graduée et répondant aux besoins de la population :**
 - Médecine et soins critiques
 - Chirurgie et anesthésie
 - Périnatalité
 - Soins médicaux et de réadaptation

- **Une ouverture sur la ville**
 - La responsabilité populationnelle, une expérimentation à conduire
 - Les partenariats

PARTIE 1 : Contexte et enjeux

1- Données épidémiologiques et démographiques du territoire

1-1 Carte d'identité du territoire d'Armor



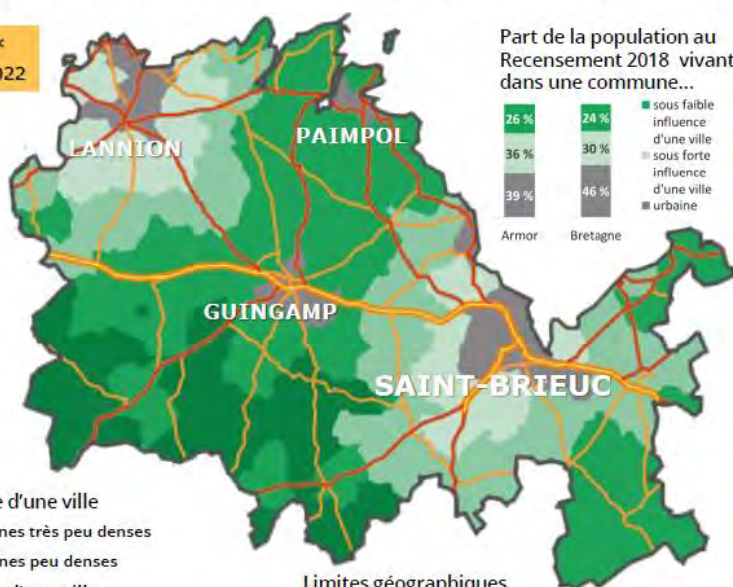
PORTRAIT DU TERRITOIRE DE DÉMOCRATIE EN SANTÉ

ARMOR

0. Carte d'identité & chiffres-clés

- Un territoire vaste et inégalement peuplé...
- ...structuré autour de deux agglomérations urbaines principales : Lannion au nord-ouest et Saint-Brieuc à l'est

7 EPCI**
au 01/01/2022



Sources : Insee, IGN, exploitation ORS Bretagne.

Chiffres-clés



Géographie

Nombre de communes	209 communes	17,3 % des communes bretonnes
Superficie	4 014 km ²	14,6 % du territoire régional
Densité d'habitants	104 hab/km ²	6 ^e rang des TDS les + denses



Démographie

Population totale (1er janvier 2018)	418 483 habitants	12,5 % de la population en Bretagne
Naissances (2020)	3 519 naissances	11,4 % des naissances en Bretagne
Décès (2017)	5 137 décès	14,8 % des décès en Bretagne



Soins

Médecins généralistes libéraux (1er janvier 2021)	333 médecins	10,6 % des médecins en Bretagne
Patients hospitalisés au moins une fois en médecine en hospitalisation complète dans l'année (2020)	23 113 patients	14,8 % des patients en Bretagne
Bénéficiaires* ayant eu recours à une consultation ou visite d'un omnipraticien (2020)	344 609 bénéficiaires	12,2 % des bénéficiaires en Bretagne

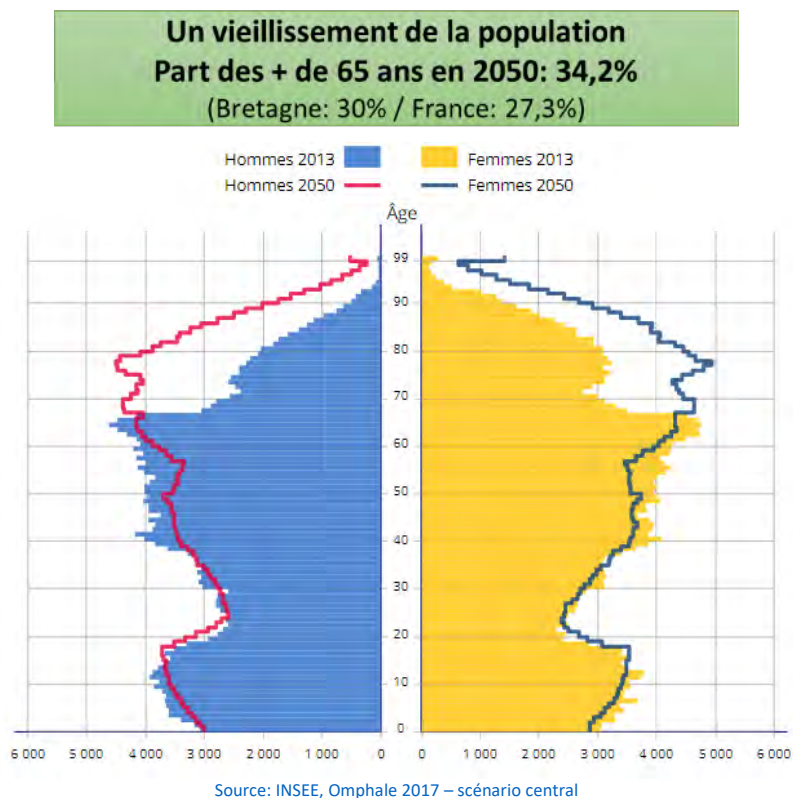
Sources : Insee, Atlasanté, Scansanté.
*non compris les bénéficiaires des communes sous secret statistique.
**voir la superposition des limites du territoire et des EPCI en page 59.

1-2 Une croissance démographique inférieure à la moyenne régionale

Le territoire compte près de 420 000 habitants (données 2018) et représente 12,5 % de la population bretonne. Avec une variation annuelle moyenne nulle, la population s'est maintenue au même niveau qu'en 2013, malgré l'apport migratoire positif mais insuffisant pour compenser le vieillissement de la population et la faible natalité. La **population du territoire est plus âgée avec un indice de vieillissement supérieur à la Bretagne** traduisant un rapport à l'avantage des 65 ans et plus.

Projections démographiques : un vieillissement qui perdure en 2050 :

La population du territoire est plus âgée comparativement aux niveaux régional et national. En effet, la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus y est supérieure et le vieillissement de la population plus marqué qu'en moyenne régionale, particulièrement sur le littoral et au sud du territoire. Selon les projections démographiques de l'Insee, le territoire devrait enregistrer une augmentation de sa population de près de 27 000 habitants d'ici 2050. Le gain s'opérerait principalement aux âges plus élevés. Le nombre de personnes de 60 ans et plus augmenterait rapidement.



La mortalité générale, prématurée et évitable :

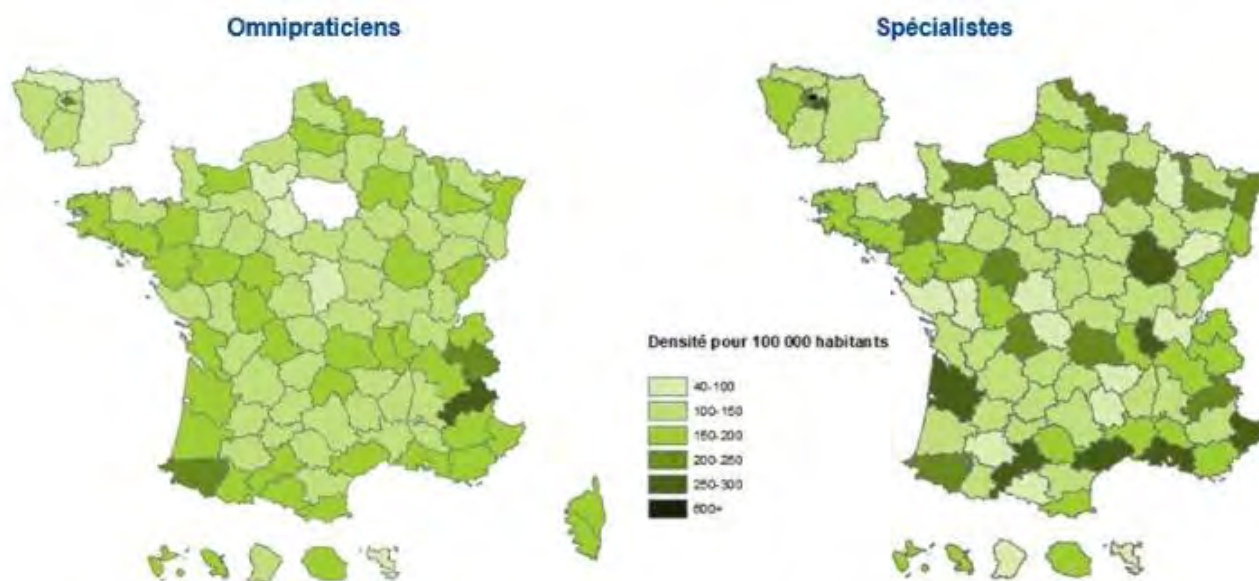
- des taux de mortalité prématurée nettement supérieurs aux moyennes régionales et nationales et notamment un taux de suicide (20-59 ans) de 25 % supérieur à la moyenne régionale.
- des pathologies liées à l'alcool très supérieures à la moyenne régionale, elle-même supérieure à la moyenne nationale. La situation régionale est également défavorable pour le cancer des voies aérodigestives supérieures et les pathologies liées à l'alcool et au tabac chez les hommes.
- Pour le territoire de santé n°7, la surmortalité prématurée évitable est au premier rang régional chez les femmes (supérieure de 16% à la moyenne régionale) et au second rang régional chez les hommes (supérieur de 13% à la moyenne régionale).

1-3 L'offre de soins et le recours aux soins au sein du territoire de santé n°7

Offre de premier recours : un territoire moins bien doté que la moyenne bretonne

- Moins 15 % de généralistes
- Moins 4 % d'infirmiers libéraux
- Moins 23% de masseurs-kinésithérapeutes
- Moins 5 % de chirurgiens-dentistes
- Moins 9% de sages-femmes
- Moins 9% de médecins spécialistes

Par ailleurs, le recours à ces professionnels de santé libéraux de premier recours est moins fréquent qu'en Bretagne (sauf pour les infirmiers).



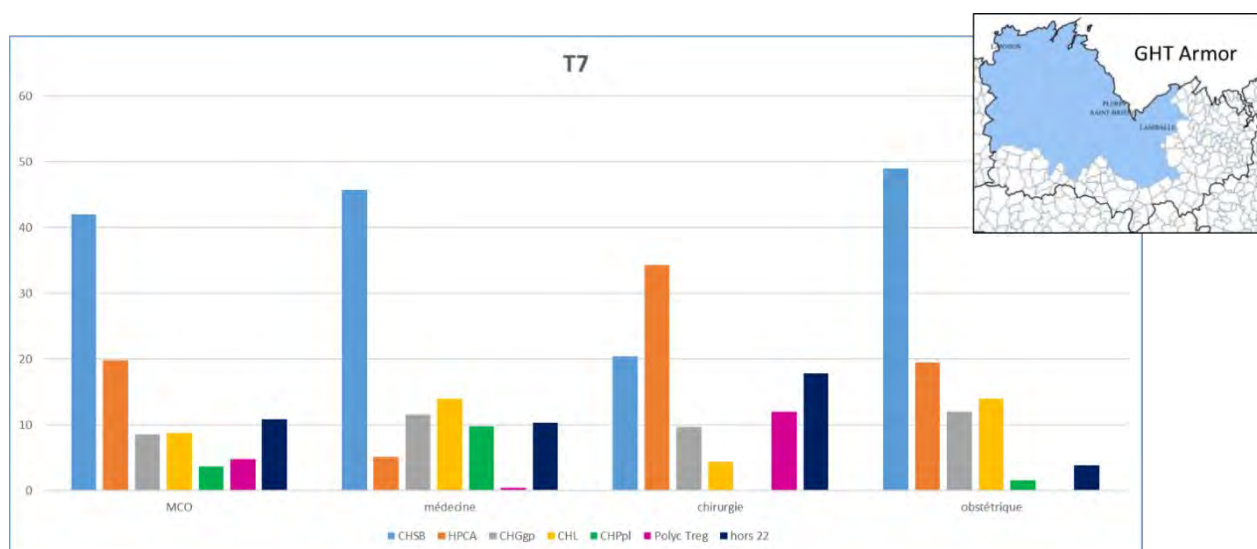
Sources : RPPS 2022, ASIP-Santé ; estimations de population 2022, Insee ; traitements Drees. ©geofla 2019

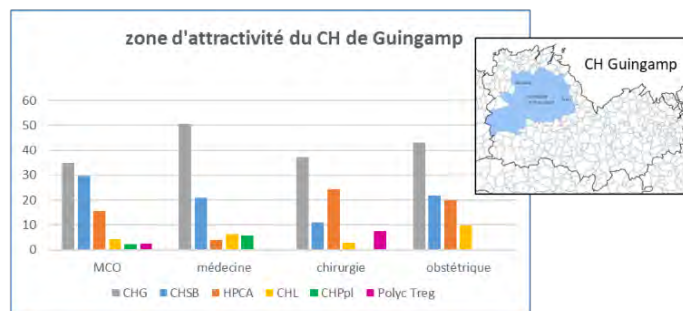
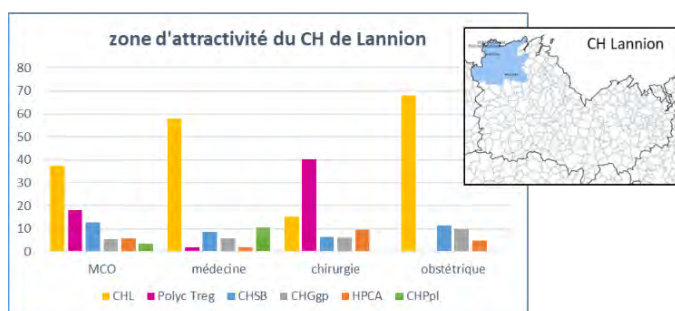
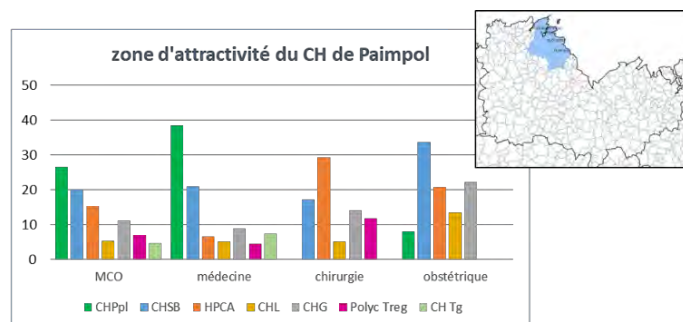
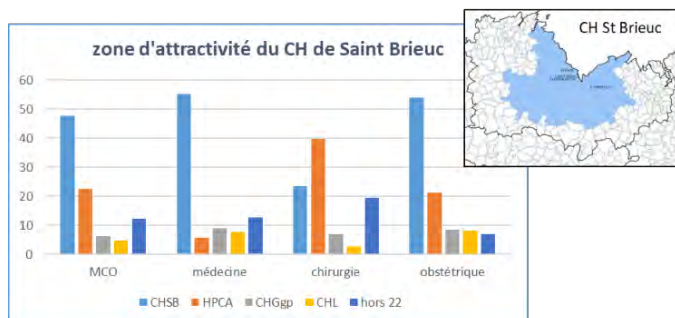
Offre et recours aux soins hospitaliers

Le territoire est globalement bien doté en lits et places de médecine et pour l'hospitalisation partielle en chirurgie et Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR). En revanche, le territoire enregistre des taux d'équipement inférieurs à la région en psychiatrie, en hospitalisation complète de chirurgie et de SMR.

S'agissant du recours à l'offre de soins, l'attractivité des établissements du GHT est variable selon les activités. En effet, la chirurgie est principalement portée par le secteur privé, voire par les établissements hors département dans 11% des cas.

Où vont se faire soigner les patients résidents dans notre territoire ?





2- Un projet inscrit dans les orientations nationales et régionales de santé publique

Les travaux du projet médico-soignant partagé se sont inscrits dans un contexte national, régional et local dense.

Sur le plan national, le [Séjour de la santé](#), dans son volet investissement, a induit des opportunités importantes pour soutenir les projets d'investissements hospitaliers.

La réforme des autorisations est également porteuse de transformations de l'offre de soins dans les territoires ; il a pu en être tenu compte dans la plupart des développements du PMSP.

Sur le plan régional, les travaux du projet médico-soignant partagé ont été conduits parallèlement à ceux du [Projet Régional de Santé 2023-2028](#) en phase de concertation au moment où ces lignes sont écrites. Ces travaux en parallèle ont permis d'orienter les échanges internes, mais aussi de faire remonter certains besoins ou projets du GHT et des établissements au niveau régional, notamment dans le cadre de la discussion sur les objectifs quantifiés de l'offre de soins.

Plus localement, des projets ont été lancés ou mis en œuvre sur le territoire de santé n°7 avant la rédaction du PMSP :

- Le projet de rapprochement entre le Centre Hospitalier de Lannion-Trestel et de la polyclinique du Trégor (groupe Hospi Grand Ouest),
- Le projet "EOLE 24" qui a pour objectif la fusion juridique des établissements de Paimpol, Saint Briec et Tréguier au 1^{er} janvier 2024
- La labélisation de quatre "hôpitaux de proximité" au sein du GHT d'Armor en 2022 (Lamballe, Quintin, Paimpol et Tréguier)

Enfin, les [conclusions de la mission confiée à M. ROSSETTI](#) par l'Agence régionale de Santé et publiées en août 2022 concernant "l'offre de soins en Trégor et territoire d'Armor" : l'organisation de l'offre de soins de court séjour a été abordée et étudiée dans ce cadre pour ce qui concerne la périnatalité et la chirurgie. En découlent les orientations définies ci-dessous en ce qui concerne ces deux disciplines et une vision globale du territoire. Le projet de rapprochement mentionné sur le territoire de Lannion peut être placé dans ce cadre.

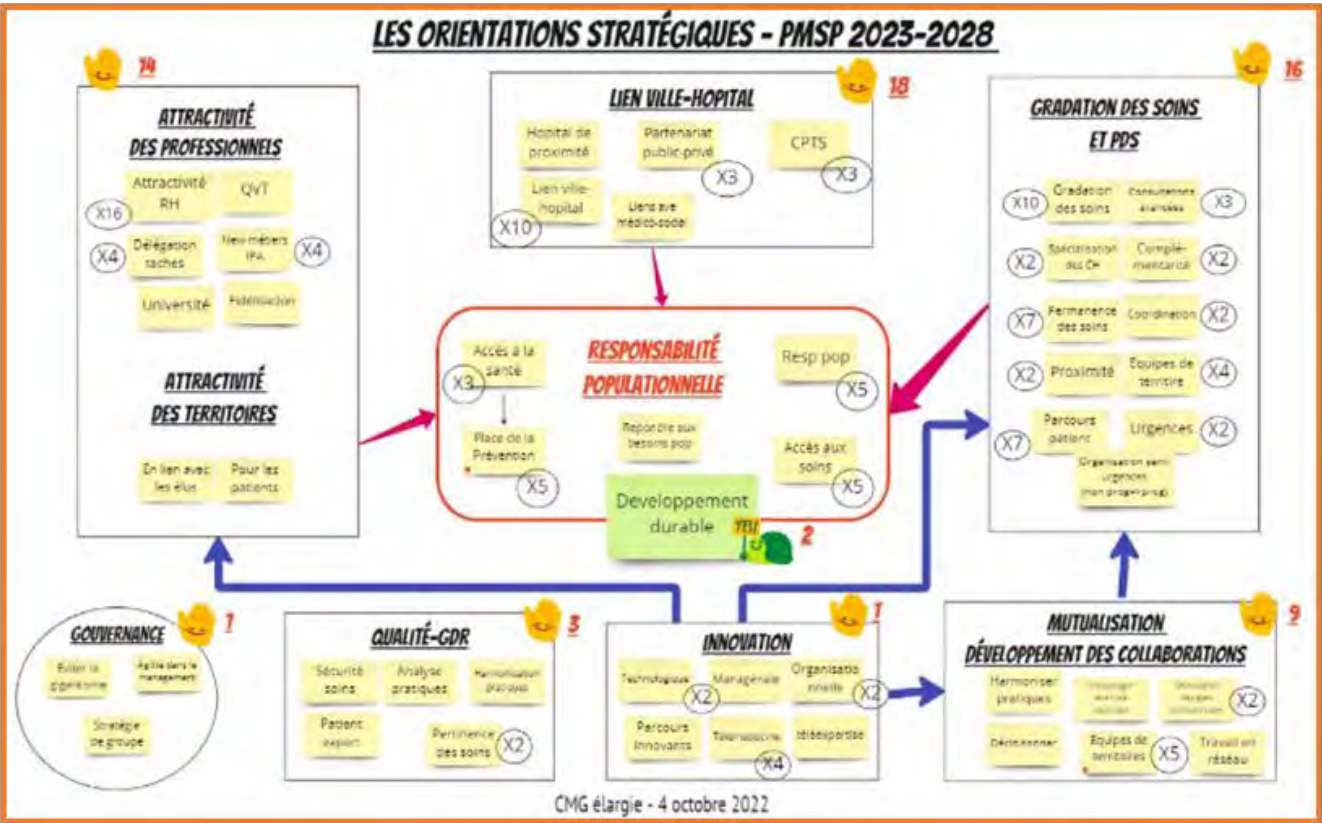
Enfin, dans la perspective du Ségur investissement, la mission Rossetti a également permis de préciser les besoins en investissement immobilier des établissements de Saint Brieuc, Guingamp et Lannion-Trestel.

PARTIE 2 : les orientations stratégiques du GHT

Un atelier réalisé dans le cadre d'une Commission Médicale de Groupement élargie aux Directeurs des Soins et Chefs d'établissements – directeurs délégués a permis de définir les orientations stratégiques du PMSP 2023-2028.

Dans un objectif de mieux répondre aux besoins de santé de la population du territoire de santé n°7, l'atelier a conduit à prioriser trois thématiques :

- Le lien ville-hôpital
- La gradation de l'offre de soins et de la permanence des soins
- L'attractivité (vis-à-vis des professionnels de santé mais également des patients)



En synthèse, les orientations stratégiques du PMSP 2023-2028 sont les suivantes:

OBJECTIF : Mieux répondre aux besoins de la population du territoire de santé n°7 avec une offre de soins lisible et accessible :

- Dans un **contexte démographique contraint**, **adapter l'offre de soins du GHT** afin de **garantir l'accès aux soins sur le territoire** en sécurisant et graduant l'offre de soins et en fluidifiant les parcours ;
- **Améliorer l'attractivité du GHT**, et plus largement du territoire, tant vis-à-vis des patients que des professionnels **en promouvant l'innovation** (technologique, managériale, organisationnelle), **la qualité et le bien-être au travail** ;
- Dans une logique de **responsabilité populationnelle**, promouvoir la prévention, le dépistage, l'éducation thérapeutique et la réadaptation **en lien avec les partenaires de ville et associatifs.**

Quatre orientations sont ainsi déclinées dans le PMSP :

- Orientation 1 : Améliorer l'attractivité et la fidélisation des professionnels
- Orientation 2 : Accompagner les projets du territoire par l'innovation
- Orientation 3 : Renforcer le pilotage et la gouvernance des filières du GHT d'Armor
- Orientation 4 : Adapter les bâtiments et équipements pour répondre aux nouveaux enjeux du territoire

Orientation 1 - Améliorer l'attractivité et la fidélisation des professionnels

La démographie médicale et paramédicale est une préoccupation importante dans de nombreux établissements de santé mais également en ville. Les Côtes d'Armor sont globalement dans une situation plus défavorable que les moyennes nationale ou régionales.

S'agissant des professionnels médicaux, la problématique est aiguë en Côtes d'Armor :

La Bretagne est globalement bien dotée en médecins mais les Côtes d'Armor sont en retrait.

Au sein du GHT, de nombreux postes sont vacants : 20% des effectifs au CH de St Brieuc, 23% au CH de Lannion, 18% au CH de Guingamp, 17% au CH de Paimpol... (chiffres Août 2023)

Dans ces conditions, les temps partagés avec le CH de Saint-Brieuc et entre établissements sont difficiles à créer voire à maintenir, certaines équipes médicales de l'établissement support étant elles-mêmes en grande difficulté.

Parallèlement, l'offre médicale de ville s'effondre, tant pour les généralistes que pour les spécialistes, provoquant une sur-sollicitation des établissements. Le déséquilibre entre l'offre et la demande de soins est fort, provoquant l'incompréhension des usagers, de la tension auprès des équipes hospitalières et parfois des retards ou des renoncements aux soins.

La question de la démographie médicale en ville



Offre de soins de médecine libérale inférieure à la moyenne régionale avec des diversités selon les territoires

Offre de soins libérale 2021 Densité pour 10 000 hbts	Médecins généralistes	Médecins spécialistes	Chirurgiens-dentistes
Guingamp-Paimpol Agglomération	7,8	5,0	6,7
Lannion-Trégor Communauté	8,7	3,4	4,9
Leff Armor Communauté	6,7	0,0	2,2
Saint-Brieuc Armor Agglomération	7,8	11,9	6,2
Kreiz-Breizh	8,8	0,5	1,6
Lamballe Terre et Mer	5,6	1,8	3,8
Loudéac communauté – Bretagne centre	5,9	0,6	2,9
Cotes d'Armor	7,9	5,1	5,0
Bretagne	9,3	6,9	5,5

S'agissant des médecins généralistes, des disparités existent au sein même du territoire sans qu'aucune zone ne soit totalement épargnée : le nord du département (secteur littoral) et l'est (proximité de Rennes) sont ainsi les mieux lotis. La situation est plus tendue dans les terres.

Néanmoins, même dans les territoires où la densité médicale reste aujourd'hui correcte on assiste à un fort vieillissement des médecins en activité, suscitant de fortes inquiétudes pour les années à venir.

S'agissant des professionnels paramédicaux, des constats de difficulté sont partagés avec un nombre conséquent de postes vacants ¹, provoquant régulièrement des réductions capacitaires.

¹ Sur l'ensemble du GHT à juin 2023 : 59 infirmiers, 77 aides-soignants, 14 ASH, 10 kinés, 8 MERM)

1- Améliorer l'attractivité des professionnels

C'est un enjeu majeur sur notre territoire de santé. Plusieurs leviers sont identifiés :

A. La formation initiale : les étudiants d'aujourd'hui sont nos professionnels de demain

Pour les futurs médecins :

- Poursuivre le développement de la formation des futurs médecins sur Saint-Brieuc en lien avec la faculté de Rennes. La possibilité de réaliser la 1^{ère} année de médecine a été ouverte en 2019 avec un nombre croissant d'étudiants. L'objectif suivant est d'ouvrir la possibilité de stages de 2^{ème} année (stage infirmier) et de 3^{ème} année (stage sémiologique) et d'accueillir sur le campus de Saint Brieuc les deuxièmes et troisièmes années de médecine ;
- Universitarisation du territoire avec l'accroissement du nombre de médecins universitaires ;
- Augmentation du nombre d'internes, en lien avec les facultés de Rennes et Brest.
- Amélioration des conditions d'accueil des internes :
 1. **Logement** : assurer un logement de qualité, propre et bien équipé à proximité de l'hôpital.
 2. **Formation et encadrement** : mettre en place un programme d'orientation complet pour les nouveaux internes, incluant des formations sur les procédures de l'hôpital, les logiciels utilisés, et les personnes ressources. Assurer un encadrement régulier par des médecins seniors.
 3. **Soutien psychologique** : mettre en place un service de soutien psychologique accessible à tout moment pour les internes.
 4. **Horaires de travail** : veiller à ce que les horaires de travail soient respectés.
 5. **Equipements et ressources** : assurer que les internes aient accès à tous les équipements et ressources nécessaires pour effectuer leur travail efficacement. Cela inclut l'accès aux ordinateurs, aux dossiers des patients, aux équipements médicaux, etc.
 6. **Opportunités de formation continue** : offrir des opportunités de formation continue, comme des ateliers, des conférences, et des cours en ligne, pour permettre aux internes de développer leurs compétences et leurs connaissances.
 7. **Feedback et évaluation** : mettre en place un système d'évaluation régulière des performances des internes, incluant un feedback constructif de la part des médecins seniors et des pairs.
 8. **Reconnaissance et valorisation** : reconnaître et valoriser le travail des internes et proposer des opportunités de développement professionnels.
 9. **Soutien administratif** : offrir un soutien administratif pour aider les internes à gérer les tâches administratives, comme la gestion des dossiers des patients, les demandes d'examens, etc.
 10. **Amélioration des conditions de travail** : assurer que les conditions de travail soient agréables, avec des espaces de travail bien éclairés, des chaises confortables, et un environnement propre et bien entretenu.

Pour les futurs professionnels paramédicaux :

- Conforter et diversifier l'offre de formation initiale au sein des instituts de formation du GHT
 - o En formation infirmière, nous disposons de 108 places à l'IFPS de Saint-Brieuc et 60 à l'IFPS de Lannion par année de formation. Au cours des 5 dernières années, les quotas ont été augmentés à raison de 28 places et l'objectif est d'augmenter le nombre annuel de diplômés.
 - o En formation aide-soignante, nous disposons de 230 places réparties sur les 5 IFAS du groupement (Guingamp, Paimpol, Tréguier, Lannion et Saint-Brieuc). L'objectif est d'avoir des promotions complètes en diversifiant les parcours d'accès et de suivi de la formation : cursus complets, cursus partiels, validation des acquis de l'expérience, validation des acquis de l'expérience hybride et groupale et apprentissage. Chaque apprenant bénéficie d'un accompagnement individualisé et d'un plan individuel de développement des compétences.
 - o En formation ambulancière, nous offrons 45 places par an et 20 places en formation d'auxiliaires ambulanciers.
- Accompagner les étudiants dans leur projet de formation en lien avec l'universitarisation
 - o Depuis septembre 2019 ouverture d'une antenne délocalisée de la faculté de médecine de Rennes pour la 1^{ère} année des études de médecine en partenariat avec l'IFPS, avec pour objectif d'assurer les 3 premières années de formation d'études médicales (parcours accès santé spécifique)
 - o Passerelles entre la formation infirmière et les formations en santé. Pour exemple en 2023 : accueil de 6 étudiants PASS en 2^{ème} année de formation infirmière et accueil en formation médicale de 2 étudiants en formation infirmière de fin de 2^{ème} année
- Poursuivre la dynamique de professionnalisation des ASH de nos EHPAD suite à l'expérimentation conduite par l'IFAS de Paimpol, avec un développement de l'offre de formation sur le territoire.

B. Attirer en valorisant et faisant connaître nos structures

- **Poursuivre la démarche d'une politique communication commune au GHT**
Présence sur les réseaux sociaux, plan de communication sur les projets, présence sur les congrès, les forum...
- **Rendre plus visible et attractif nos annonces de recrutements**
Déploiement d'un intranet et un site internet de GHT.

C. Accueil des nouveaux arrivants

- Poursuivre les efforts réalisés pour l'accueil des nouveaux arrivants
- Développer le sentiment d'appartenance à l'établissement recruteur et le GHT

2- Fidéliser les professionnels

A. Management et formation :

- Proposer une offre de formation connue et partagée via les entretiens de formation permettant de dégager les formations adaptées au professionnel et en adéquation avec le projet institutionnel et favorisant la mobilité
- Sur le plan managérial : formation au management à tous les professionnels en situation de manager (démarche projet et projets de service, déclinaison opérationnelle)
- Intégration des nouveaux praticiens avec la réaffirmation du rôle managérial des Chefs de service et de pôle notamment dans la démarche projet

B. Maintenir un haut niveau d'expertise et ouvrir à la recherche

Consolider l'unité de recherche clinique du CH de St Brieuc et faire vivre sa vocation territoriale

C. Poursuivre la démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail

- Créer des groupes de travail QVT ou les consolider lorsqu'ils existent
- Faciliter la conciliation vie personnelle / vie professionnelles (ex : temps partiels choisis, conciergerie, télétravail...)
- Travailler sur la question de la pénibilité au travail
- Poursuivre une démarche sociale (égalité femme-homme, sensibilisation aux handicaps et discriminations...)
- Poursuivre une démarche de développement durable
- Proposer une rencontre sportive à l'échelle du GHT et/ou des temps conviviaux

A titre d'illustration, le groupe de travail PMSP regroupant plusieurs représentants des filières médicales de spécialités ont travaillé sur ce qui, selon eux, était facteur d'attractivité et de fidélisation des professionnels à l'échelle d'une filière médico-soignante de territoire.



Orientation 2 - Accompagner les projets du territoire par l'innovation

1- Le numérique au service de la qualité des soins

A. Une organisation innovante en matière de système d'information

En 2018, une organisation innovante en matière de système d'information s'est mise en place avec la création d'une Direction du Système d'Information communautaire. En parallèle, un Système d'Information Patient Communautaire, dénommé « e-ROZ », a été déployé. Après cette première phase, et réaffirmé la nécessité de continuer de partager des outils communs mais aussi, pour aller plus loin, des outils ergonomiques pour communiquer avec la ville, les partenaires et les patients (télémédecine, télésanté, ...).

La poursuite du programme e-ROZ a permis de continuer la mise en œuvre de différents modules du Dossier Patient Informatisé, comme :

- un **module unique de prescription** multimodal sur l'ensemble du GHT permettant, pour les patients et les professionnels de santé :

- une uniformisation des pratiques médicales : l'utilisation d'un même système pour prescrire permet de réduire les risques d'erreur médicamenteuse dues à des différences de protocole ou de format de prescription entre les différents établissements. Tout médecin prenant en charge un patient accède à la même prescription pour une continuité optimale des soins.

- une traçabilité et un suivi des prescriptions : toutes les prescriptions médicamenteuses sont enregistrées électroniquement. Cela permet un suivi précis des médicaments prescrits aux patients, favorisant la traçabilité et la gestion des traitements.

- un gain de temps médical et une efficacité administrative : cet outil contribue à la rationalisation des processus « administratifs » en évitant la duplication des prescriptions et en réduisant le temps nécessaire pour traiter celles-ci.

Tout cela concourt à améliorer la sécurité et la qualité des soins pour les patients tout en facilitant le travail des professionnels de santé.

D'autres projets sont également en cours de démarrage ou de déploiement pour contribuer à offrir une prise en charge encore plus efficace et optimisée des patients du GHT :

- **Le serveur unique d'identité** : la mise en place du serveur d'identité unique territorial favorise la coordination des soins, la sécurisation des données, optimise les processus administratifs et améliore l'interopérabilité. Cette centralisation des données évite les risques de doublons et les erreurs de saisie, facilite l'accès aux informations pour les professionnels de santé et améliore la prise en charge avec une vue globale territoriale du dossier médical. La cohérence des données patients est garantie et cela réduit les risques d'erreur médicale potentielle liée à des informations incorrectes ou obsolètes. Les procédures administratives sont simplifiées pour les patients (renseignement unique des informations et réduction du temps d'attente). Le serveur permet, également, une sécurité renforcée pour protéger les informations des patients et renforcer l'identitovigilance.

L'usage de l'INS (Identité Nationale de Santé) garantira un échange sécurisé en terme d'identitovigilance avec l'ensemble des médecins libéraux et les établissements de santé.

- **Module d'agenda unique** : l'installation d'un serveur d'agenda unique pour tous les médecins permettra une meilleure coordination des rendez-vous (vue globale des disponibilités médicales, détection des consultations en doublon, gestion des absences), d'améliorer la gestion des plannings médicaux et la communication entre les professionnels de santé.
- **Module de prise de rendez-vous en ligne** : déploiement en lien avec le module agenda ».
- **Reconnaissance vocale** : la mise en exploitation de la reconnaissance vocale permettra de réduire le délai de production des comptes rendus et de le remettre au patient dès la fin de son hospitalisation ou de sa consultation ;
- La mise en œuvre de la **messagerie de santé « Mon Espace Santé »** (messagerie sécurisée pour échanger des données de santé entre les professionnels de santé et les usagers) autorisera le partage des comptes rendus, des résultats de laboratoire, ... afin d'offrir au patient une meilleure prise en charge et améliorer les échanges et les liens ville et hôpital.
- Le module de bureautique et la généralisation des messageries sécurisées à l'ensemble des médecins du GHT ;
- Le serveur territorial de résultats biologiques intégré au dossier patient informatisé.

Après le déploiement du PACS et du RIS dans chaque établissement la prochaine étape sera de converger vers un PACS unique de territoire facilité par une GAM unique, l'INS et le serveur de rapprochement d'identité patient.

En 2023, les établissements du GHT d'Armor ont souhaité aller plus loin dans la mutualisation des outils numérique avec la territorialisation des outils des fonctions administratives. Le calendrier de déploiement prévoit :

2023 : déploiement des outils de **Gestion Économique et Financière** (GEF) et de **Gestion Administrative des Patients** (GAP). Ce système d'information administratif unique s'inscrit dans la stratégie numérique territoriale déjà initiée par le déploiement du dossier patient informatisé communautaire (E-roz). Il permet de travailler à l'harmonisation des fonctions administratives et d'assurer une continuité de service à l'échelle du territoire.

2024 : déploiement des outils de **Gestion des ressources humaines** (GRH). La volonté de pratiques harmonisées en terme de Ressources Humaines conduit également à mettre en place un outil de **Gestion des Ressources Humaines** (GRH) commun et partagé pour la gestion du personnel médical et non médical. C'est un des leviers pour améliorer l'attractivité de nos établissements auprès des personnels de santé.

On peut également citer :

- L'ouverture d'un **centre d'Assistance Médicale à la Procréation** (AMP) à vocation départementale sera l'occasion d'un travail en collaboratif entre les différents partenaires du projet : centre hospitalier de Saint-Brieuc, les laboratoires de ville, les praticiens gynécologues de ville et les patients du territoire.
- Le projet de **plateforme digitale de suivi des patients opérés** permettant l'amélioration du suivi du patient par la mise en place d'un parcours de soins personnalisé. Les usages pourront être réfléchis pour d'autres secteurs d'activité intéressés. La mise en œuvre de cet outil de télé suivi

permet un accompagnement facilitant un retour à domicile sécurisé pour le praticien et le patient.

- Pour fluidifier la communication entre tous les professionnels des hôpitaux du GHT, une **application de communication** collaborative incluant la visioconférence, le partage de documents et un agenda partagé sera prochainement mise à disposition de l'ensemble des personnels.

B. Le développement de la télésanté

La télésanté regroupe les activités de télémédecine et de télésoin.

Avec le développement des outils numériques et la crise sanitaire, l'activité de télésanté s'est déployée au sein du GHT et a aidé à améliorer et à fluidifier le parcours du patient.

Elle s'est structurée autour d'un COPIL télésanté piloté par un médecin référent territorial et un directeur référent avec la volonté d'assurer la veille sur l'offre et les besoins, d'évaluer la faisabilité des futurs projets et de les coordonner.

L'offre de télésanté s'articule autour de différentes filières :

- la filière AVC avec une activité de télé expertise
- la filière cardiologie avec une activité de télésurveillance du patient insuffisant cardiaque chronique et du patient porteur de prothèse cardiaque implantable à visée thérapeutique
- la filière diabéto-endocrinologie avec la télésurveillance diabète
- la téléradiologie
- la filière néphrologie avec la télésurveillance en Unité de Dialyse Médicalisée.

L'objectif est de poursuivre le développement de la télémédecine au sein du GHT.

Par ailleurs, une offre de téléexpertise se développe, permettant ainsi aux professionnels de santé, notamment de ville, un accès facilité à un avis expert. L'enjeu est de structurer et d'organiser cette offre pour permettre un usage plus serein pour les praticiens et professionnels qui y contribuent.

Dans le cadre de la téléexpertise, un outil a été identifié : OMNIDOC.

Les perspectives identifiées sont de déployer une activité de téléexpertise (lien ville-hôpital), de télésurveillance (chirurgie ambulatoire) et de téléconsultation pour de nouvelles activités sur l'ensemble des établissements du GHT.

C. La formation au numérique en santé dans nos instituts

- Télérégulation : formation en partenariat avec le CESU 22 à destination des élèves aides-soignants en simulation à l'appel vers le centre 15 ;
- Téléconsultation : accompagnement du patient par les futurs professionnels lors de la téléconsultation.

2- Les nouveaux métiers

Une politique de soins basée sur le maintien et le développement des compétences, l'accompagnement de nouveaux métiers et la promotion de la recherche en soins

Les établissements du GHT s'appuient sur deux leviers pour développer les compétences des professionnels, d'une part, la formation initiale et d'autre part, la formation professionnelle continue. Le dispositif doit permettre le maintien et le développement des compétences et notamment de compétences nouvelles afin de s'adapter aux nouveaux enjeux du système de santé et répondre au mieux aux besoins des patients et des résidents et aux aspirations des professionnels de santé.

En terme de formation et accompagnement des métiers et des compétences, nous nous engageons, dans les 5 années à venir à :

- Poursuivre notre politique volontariste d'accueil des étudiants et élèves en stage en renforçant nos partenariats avec les instituts et organismes de formation et l'université
- Proposer aux étudiants pour les métiers les plus en tension des dispositifs tels que les contrats d'allocation études et les contrats d'apprentissage
- Accompagner la prise de poste et l'intégration des nouveaux professionnels avec un dispositif de tutorat et d'accompagnement de la montée en compétences formalisé dans chaque service et individualisé autant que de besoin
- Fidéliser en donnant accès à des carrières paramédicales diversifiées grâce à un plan de formation continue ambitieux
- Poursuivre le développement des protocoles de coopération. A ce jour nous avons développé au sein du groupement dix protocoles dont un protocole local
- Accompagner les équipes dans l'élaboration et la mise en œuvre de projets médico-soignants visant au développement de nouveaux métiers afin de répondre aux besoins des patients et résidents. **Le 1^{er} PMSP a déjà porté cette ambition : à ce jour, 18 infirmiers en pratique avancée (IPA) sont en poste au sein des établissements du GHT d'Armor ainsi que des Enseignants en Activité Physique Adaptée (EAPA) dans chaque établissement du GHT**
- Développer la recherche paramédicale sous l'égide de la Direction des soins du groupement en s'appuyant sur les compétences de l'unité de recherche clinique et des IPA notamment. Il convient de noter que dans le cadre du précédent PMSP une dizaine de cadres et infirmiers ont été formés aux fondamentaux de la recherche en santé

En terme de management et d'organisation de travail :

- S'appuyer sur un management innovant et résolument participatif en co-construisant avec les équipes des organisations de travail répondant davantage à leurs aspirations et permettant une meilleure conciliation vie personnelle et vie professionnelle. Nous constatons que de plus en plus de nouveaux professionnels et des professionnels en poste souhaitent s'inscrire dans une organisation de travail en 12H permettant de concentrer leur présence sur 3 jours par semaine. Nous souhaitons accompagner les équipes volontaires tout en ayant une attention particulière aux équipes de nuit qui le plus souvent souhaitent poursuivre sur le schéma actuel de nuits en 10H
- Diminuer les sollicitations récurrentes des professionnels paramédicaux en maintenant les équipes de suppléance (pools de remplacement) et le dispositif de remplacement via les missions Hublo tout en déployant les heures de travail contractualisées et majorées
- Recentrer les soignants sur leur cœur de métier en développant les équipes centralisées de bio nettoyage, de brancardage, de logisticiens ...

- Améliorer la concordance des temps médico-soignants : accompagner les équipes par la réalisation d'audits organisationnels à leur demande, la rédaction de chartes de fonctionnement pour chaque service, la participation des soignants aux staffs cliniques et aux staffs éthiques, la tenue de deux réunions de service au minimum chaque année
- En redonnant à l'encadrement toute sa place dans le processus de décision et l'exercice de ses responsabilités managériales :
 - o Mieux accompagner l'encadrement de proximité et supérieur dans leur exercice par la formation des binômes chef de service et cadre et celle des binômes chef de pôle et cadre coordonnateur, en développant le coaching lors des prises de fonction et en cas de besoin ;
 - o Renforcer les dialogues de gestion, systématiser la contractualisation et poursuivre la délégation aux pôles ;
 - o Avoir une attention particulière à l'encadrement de proximité en s'appuyant sur un programme d'actions d'amélioration de la qualité de vie au travail spécifique ;
- En privilégiant, chaque fois que c'est possible, des formations communes aux professionnels médicaux et non médicaux.
- En induisant un travail prospectif sur les attentes des professionnels en termes d'organisation de travail

3- Inciter à développer les parcours innovants ouverts sur la ville

Les acteurs de la ville ont développé des organisations coordonnées et pluridisciplinaires de plus en plus nombreuses sur le territoire : maisons de santé, centres de santé, maisons sport santé, communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS)... Cette organisation identifie des interlocuteurs, facilite les relations et permet de construire des actions définies et partagées entre les différents acteurs.

Parmi les actions récentes, on peut notamment citer :

- Participation des CPTS à la Commission médicale de groupement du GHT (et à certaines autres instances des établissements)
- Participation des CPTS (entre autres) à la montée en charge du service d'accès aux soins

Plusieurs de ces « dispositifs » ont été invités à travailler sur le présent PMSP, notamment pour ce qui concerne le volet des Soins médicaux et de réadaptation. Sur la base de ces premiers contacts, il sera possible de travailler à la définition de parcours de soins associant ville et hôpital.

Parmi les proches enjeux, on peut également citer l'installation des « instances de proximité » dans les hôpitaux de proximité. Pour mémoire, il s'agit des sites de Lamballe, Quintin, Paimpol et Tréguier. Un des objets des instances de proximité est précisément d'associer les CPTS à la gouvernance de ces établissements et de construire ensemble les prises en charge de premier recours. Ainsi, ces instances ont été préfigurées dans le cadre de la fusion entre les CH de Saint Brieuc, Paimpol et Tréguier.

En lien direct avec ce qui précède, le GHT d'Armor a souhaité faire figurer dans le présent PMSP des actions en termes de responsabilité populationnelle. Ceci devra être conçu et décliné en articulation étroite avec les acteurs de la ville en s'appuyant sur la place des hôpitaux de proximité.

Orientation 3 - Renforcer le pilotage et la gouvernance des filières du GHT

En 2016, lors de la mise en place du GHT, la mutualisation des fonctions support « obligatoires » a été constituée. C'est le cas des fonctions suivantes :

- Fonction achat territoriale;
- Département d'Information Médicale de territoire constitué en pôle inter-établissement avec un médecin DIM de territoire identifié ;
- Coordination des écoles et instituts de formation et de la formation initiale et continue ;
- Coordination des fonctions ressources humaines (médicales et non médicales) ;

Au sein du GHT d'Armor, le choix de coopérations plus fortes dans d'autres domaines comme la qualité et le partage des pratiques de soins a été retenu.

Plus récemment, l'ensemble des directions fonctionnelles est entré dans une démarche de coordination forte, sous l'impulsion de directeurs référents chargés de la coordination territoriale. En parallèle, chaque chef d'établissement ou directeur délégué est lui aussi en charge d'une thématique fonctionnelle : **achats - logistique, finances, DAM-DRH, qualité – relations avec les usagers, système d'information.**

Les directions fonctionnelles ont élaboré des feuilles de route et une répartition des dossiers, permettant de développer expertises et mutualisations en limitant le travail en doublon dans les différents établissements.

Ce travail a connu une nouvelle impulsion avec la fusion des établissements de Saint Briec, Paimpol et Tréguier : la coordination territoriale est devenue intégrative et embarque largement la direction commune avec le Centre hospitalier de Lannion.

Enfin, tous les établissements du GHT se sont engagés dans le déploiement d'un système d'information administratif unique (briques gestion économique et financière, gestion administrative du patient, gestion des ressources humaines et du temps de travail) dont le déploiement sera achevé en 2025.

1- La remise en route des filières médico-soignantes territoriales

Dans la perspective d'une actualisation du projet médico-soignant partagé, pour l'adapter à l'évolution des besoins de santé et consolider les actions menées au sein du GHT, les filières territoriales ont été relancées en 2020-2021 avec la désignation de trinômes médico-soignant-administratifs coordonnateurs de filières.

Après la réalisation d'un point d'étape entre les acteurs, des lettres de mission co signées par le directeur de l'établissement support et le président de la commission médicale de groupement à destination des trinômes de filière ont été adressées, dans premier temps pour les filières dites "prioritaires". Elles ont pour finalité de définir la feuille de route de chaque filière territoriale pour les 4 prochaines années.

2- La place des FMIH dans la gouvernance territoriale et les gouvernances des établissements

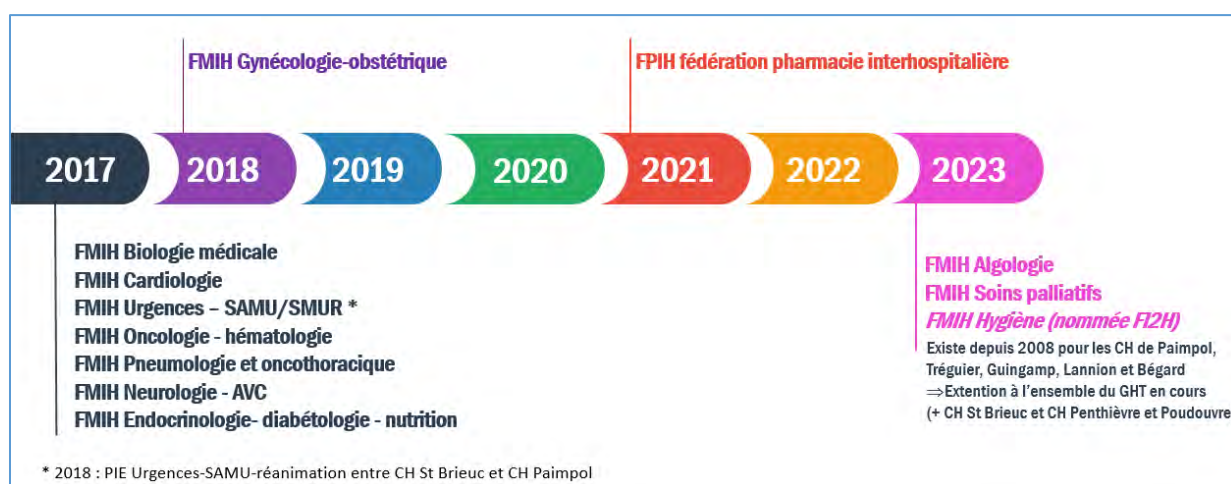
Depuis une dizaine d'année, les équipes du GHT créent des FMIH, lieux de partage et d'échange sur les organisations et les pratiques. Toutefois, nombre de coordonnateurs font remarquer la difficulté d'articulation entre les organisations GHT et les organisations de chaque établissement.

Depuis 2021, la réglementation prévoit que les coordonnateurs médicaux de FMIH ou de PIE sont désignés, de droit, membres de la Commission Médicale de Groupement. C'est un levier supplémentaire pour le développement des FMIH complétant la structuration de la gouvernance en interne comme indiqué précédemment.

Cela répond à un besoin réel exprimé lors du séminaire "Dynamiques collaboratives" en mars 2021 puis au sein des groupes de travail du PMSP :

- Clarifier circuits décisions (rôle et responsabilité de chacun (CH/filières/pôles/services...)) ;
- Simplifier et harmoniser les règles de fonctionnement au sein du GHT ;
- Mutualiser et harmoniser les pratiques dans les fonctions logistiques et administratives ;
- Se doter d'outils communs (notamment d'un SI commun) pour une gestion simplifiée ;
- Tenir compte des spécificités locales eu sein d'une gouvernance unique.

On note toutefois une poursuite de la structuration des filières en FMIH, montrant une volonté des équipes à partager dans un cadre structuré depuis une dizaine d'années :



L'évolution de la gouvernance médicale reste un objectif avec le développement d'équipes médicales de territoires et de pôles inter établissement chaque fois qu'il est possible.

Parallèlement la montée en charge d'une DAM de territoire unique est une cible validée dont il conviendra de préciser le calendrier de mise en œuvre.

Orientation 4 - Adapter les équipements et bâtiments pour répondre aux nouveaux enjeux du territoire

Comme évoqué plus haut, la mission confiée à M. Rossetti a inclus un important diagnostic de l'état immobilier des établissements concernés ainsi que des premières perspectives d'évolution, certaines étant dépendantes du schéma de réorganisation retenu. Elles sont décrites dans le tableau ci-dessous.

Scénario organisation offre de soins	Sites	Sanitaire	SMR	Médico-social
Maintien de l'existant				
	Lannion	Sans la clinique : 30 M€ Avec la clinique : 43 M€ (> 8 ans)	Intégré au sanitaire	Les Hortensias 130 places 18 M€
	Trestel		Maintien en fonct. (12 M€)	
	Guingamp	127 M€		
	Saint-Brieuc	20 M€ (+ MeF 5 M€)	Intégré au sanitaire	298 L&P 45 M€
	Paimpol			Ty tud coz 8,5 M€
	Tréguier			6,5 M€
	Total	195 M€	12 M€	78 M€
Création d'un site à Bégard				
	Lannion	Démolition		Les Hortensias 130 places 18 M€
	Trestel		Maintien en fonct. (12 M€)	
	Bégard	200 M€		
	Guingamp	Démolition	135 L&P (L+G) 30 M€	298 L&P 45 M€
	Saint-Brieuc	20 M€ (+ MeF 5 M€)		
	Paimpol			Ty tud coz 8,5 M€
	Tréguier			6,5 M€
	Total	225 M€	42 M€	78 M€
Spécialisation des sites				
	Lannion	Sans la clinique : 30 M€ Avec la clinique : 43 M€ (> 8 ans)	Intégré au sanitaire	Les Hortensias 130 places 18 M€
	Trestel		Maintien en fonct. (12 M€)	
	Guingamp	65 M€	135 L&P (L+G) 30 M€	298 L&P 45 M€
	Saint-Brieuc	20 M€ (+ MeF 5 M€)		
	Paimpol			Ty tud coz 8,5 M€
	Tréguier			6,5 M€
	Total	133 M€	42 M€	78 M€

Pour mémoire le scénario 3 a été retenu par les acteurs. Plusieurs sujets ont fait l'objet de travaux complémentaires qui permettent de confirmer certains éléments :

- Le principe du rapprochement entre le CH de Lannion et la polyclinique du Trégor, sur le site de l'hôpital, a été validé par les deux partenaires et l'Agence Régionale de Santé. Sa mise en œuvre suppose des investissements significatifs afin que l'hôpital puisse accueillir dans ses murs les activités mises en commun. Parallèlement, la mise à niveau du site de Trestel reste d'actualité.
- L'établissement de Saint Brieuc nécessite à court terme des investissements permettant de maintenir à niveau son plateau technique et de jouer son rôle d'établissement support. La

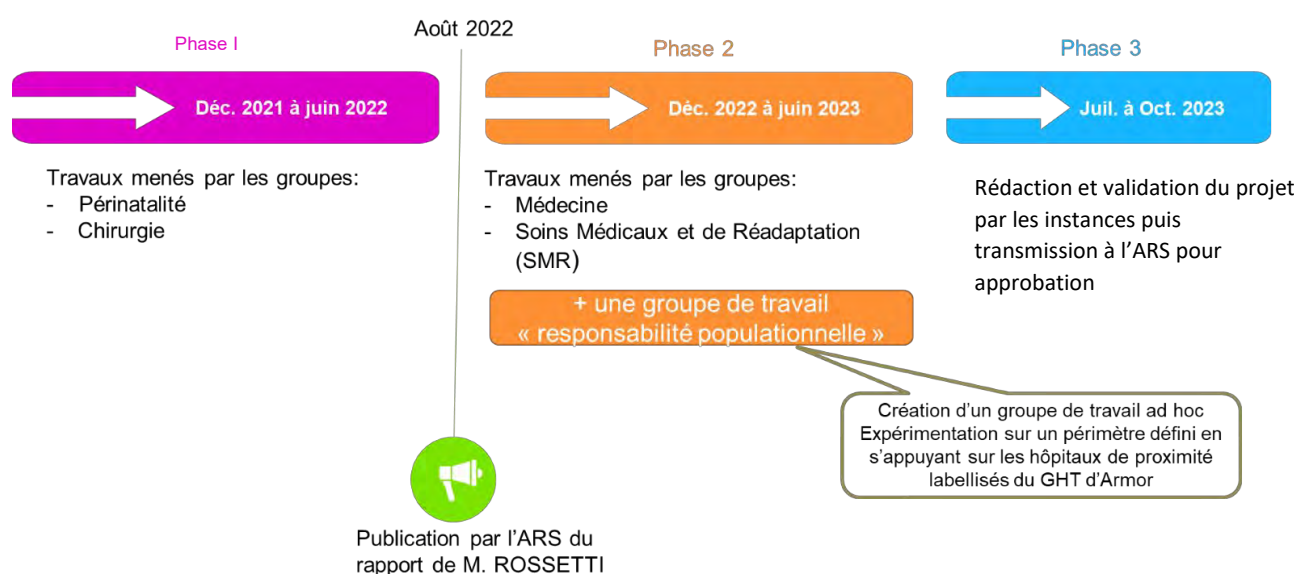
trajectoire d'investissement du CH de Saint Briec est en cours de validation avec l'ARS. A long terme, la pérennité du site actuel est clairement posée.

- Le Centre hospitalier de Guingamp est dans une situation critique qui nécessite d'envisager sa reconstruction complète, tant pour ce qui concerne les activités de court séjour que le secteur médico-social (site de Kergomar en particulier).

Ces investissements sont indispensables au maintien de l'offre de soins dans le territoire. Pour certains établissements (Guingamp en particulier), ils conditionnent même la mise en œuvre de plusieurs projets médicaux. La validation par l'ARS du projet du territoire est attendue, dans des délais aussi rapides que possible.

PARTIE 3 - Evolution de l'offre de soins

Les travaux du Projet médico-soignant partagé sur la thématique de l'offre de soins ont été conduits sur deux périodes chronologiques : l'une au travers des travaux de la Mission Rossetti sur la périnatalité et la chirurgie, l'autre en 2022-2023 sur les activités de médecine et de soins médicaux et de réadaptation. Par ailleurs, un groupe de travail a mené une réflexion sur la déclinaison au sein du GHT d'une approche de responsabilité populationnelle.



Phase I (mission ROSSETTI) :

- 1- Chirurgie/Anesthésie
- 2- Périnatalité

L'ARS a confié une mission sur l'offre de soins du Trégor et du territoire d'Armor à M. ROSSETTI (lancement de la mission en juin 2021 pour une remise des conclusions à l'été 2022). Ce travail conduit avec une forte participation des professionnels du GHT s'inscrivait également dans le calendrier d'actualisation du Projet Médico-Soignant Partagé du GHT d'Armor à réaliser en 2022 - 2023. Pour rappel, les travaux de la mission Rossetti n'ont porté que sur les établissements de Saint Brieuc, Guingamp et Lannion, même s'il a évidemment été tenu compte du positionnement des autres établissements de santé, y compris en dehors du GHT (CH de Morlaix par exemple).

Les deux thématiques de la chirurgie et de la périnatalité ont été traitées dans le cadre des travaux de la Mission Rossetti et sont repris ci-dessous.

Les considérations générales arrêtées sont les suivantes :

- **le maintien d'une offre de soins en proximité** incluant a minima pour Guingamp et Lannion :
 - un service d'urgence fonctionnant 24 heures sur 24,
 - des consultations et explorations en nombre (spécialités médicales et chirurgicales, imagerie, laboratoire...),

- des services d'hospitalisation de court et moyen séjour,
 - des services d'hospitalisation de jour (chimiothérapie par exemple),
 - un plateau technique chirurgical,
 - des lits d'hébergement médico-social (EHPAD).
- **La démographie médicale et soignante actuelle et prévisionnelle rend impossible le maintien d'une activité 24h/24 de l'ensemble des plateaux techniques du territoire.**
 - Le maintien 24h/24h de la totalité des activités sur deux sites publics au lieu de trois actuellement **nécessite la collaboration de l'ensemble des acteurs.**
 - Cette construction suppose **l'implication forte des équipes du CH de St Brieuc afin de faire vivre les projets de territoire répondant aux besoins de la population.** Les liens avec les médecins de villes et les autres professionnels de santé seront également renforcés.
 - **Dans le cadre de la nécessaire reconstruction du CH de Guingamp, l'un des scénarios débattus consiste en la restriction de l'amplitude horaire de son plateau technique.** Ce scénario suppose en parallèle, en raison de son éloignement de l'établissement de référence, la consolidation du plateau technique de Lannion actuellement très fragile. La collaboration effective avec la Polyclinique du Trégor est à cet égard indispensable.

Phase 2 (travaux du PMSP) :

- 3- Médecine
- 4- Soins Médicaux et de Réadaptation
- 5- Responsabilité populationnelle

1 – La chirurgie

Contexte :

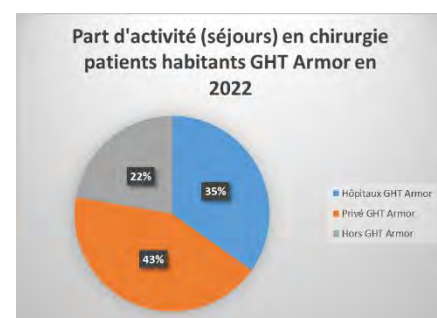
Dans le contexte décrit plus haut, le comité stratégique du GHT d'Armor a décidé de regrouper les différentes filières de chirurgie notamment celles à fort impact de permanence de soins (chirurgie digestive, chirurgie ortho-traumatologie, chirurgie gynécologique) et la filière d'anesthésie au sein d'un groupe projet unique.

Un état des lieux partagé :

L'état des lieux a permis d'identifier des forces et des faiblesses dans chacune des spécialités traitées à travers ce chapitre : chirurgie digestive, chirurgie ortho-traumatologique, chirurgie gynécologique et anesthésie.

Les constats communs :

- 1) Une offre de soins en chirurgie en concurrence avec le secteur privé sur le territoire de santé mais également avec des établissements hors territoire.
- 2) Une permanence des soins couverte par les hôpitaux du territoire dans un contexte de démographie médicale défavorable : **manque d'attractivité des postes de chirurgien, notamment dans les petites équipes**
- 3) Un **besoin de la population** à couvrir dans des conditions de qualité et de sécurité des soins
- 4) Une **offre de proximité à maintenir** en graduant l'offre et en balisant des parcours et en particulier en renforçant une offre de consultation de spécialité sur l'ensemble des établissements du GHT afin d'assurer diagnostic, et suivi



Chaque spécialité a réalisé un état des lieux quantitatif (ressources humaines/activité ...) et qualitatif à travers un SWOT :

Chirurgie gynécologique, des points de vigilance ont été soulignés au regard de cet état des lieux :

- Forte concurrence du secteur privé (HPCA et PCT) : rendre lisibles et fluides les parcours, notamment en oncologie mammaire ;
- Travailler la diminution de la DMS, des écarts entre les sites ont été constatés sur certaines prises en charge (harmonisation des pratiques) ;
- S'interroger sur le développement de la chirurgie ambulatoire sur le CH Guingamp (type d'actes, organisation si besoin d'hospitalisation, transferts, etc.)
- La révision des seuils d'autorisation en chirurgie carcinologique oblige à une vigilance sur l'organisation de l'offre (onco-mammaire notamment).

Chirurgie digestive, des points de vigilance ont également été identifiés par le groupe :

- S'agissant des parts de marché, le taux de patients pris en charge en proximité (patients résidant dans le bassin de vie – zone de recrutement) est de 33% pour le CHSB versus 36% pour l'HPCA / 50% pour le CHG / 28 % pour le CH Lannion versus 49% pour la PCT).
- Des effectifs médicaux fragiles (chirurgiens mais également anesthésistes) sur le territoire
- Un recours à l'ambulatoire faible sur les CH de Guingamp (10% en 2021), de Lannion (7% en 2021) et la PCT (10%) contre 38% au CHSB et 15% à l'HPCA.

- La révision des seuils d'autorisation en chirurgie carcinologique oblige à une vigilance sur l'organisation de l'offre.

Chirurgie orthopédique et traumatologique, des points de vigilance ont également été mis en avant par le groupe :

- Des effectifs médicaux fragiles (chirurgiens et anesthésistes) malgré le recrutement récent de jeunes praticiens sur St Brieuc et Guingamp (4 départs en retraite à moyen terme)
- Difficultés pour le CH de St Brieuc, mais aussi Lannion, à intégrer l'ensemble de l'activité de traumatologie conduisant à une augmentation des délais de prise en charge
- Une PDS Lannion-Guingamp existante mais reposant sur de petites équipes

Anesthésie, des points de vigilance ont également été soulignés:

- Des effectifs médicaux fragiles, des organisations reposant sur de petites équipes.
- Un état des lieux de l'activité de PDS sur chacun des sites :

Année 2020	CHSB	LANNION	GUINGAMP
Bloc 18h30-8h (Dig/traumato)	498 interventions/an 1,36/nuit	83 interventions/an 0,23/nuit	76 interventions/an 0,21/nuit
Bloc WE/ férié (Dig/traumato)	728 interventions/an 7/jour	257 interventions/an 2,3/jour	154 interventions/an 1,37/jour
Obstétrique Chiffres 2020	1875 Acc 22,5 % césariennes 5,1 acc/j 1,1 césarienne/j	574 20,4% césariennes 1,5 acc/j 0,3 césarienne/j	437 25,2% césariennes 1,2 acc/j 0,3 césarienne/j

Partant de ces constats, les 4 groupes thématiques ont mené une réflexion commune sur les principes qui faisaient consensus.

- A. Définir une organisation territoriale de la chirurgie répondant aux besoins de la population à travers une offre graduée dans un contexte de démographie médicale contraint**
- B. Organiser une activité de chirurgie carcinologique en tenant compte de la réforme des autorisations (seuils d'activité minimale annuelle – arrêté du 26 avril 2022)**
- C. Améliorer les parcours et les pratiques en chirurgie dans un souci d'efficacité : harmonisation des pratiques, fluidité des parcours, innovations ...**

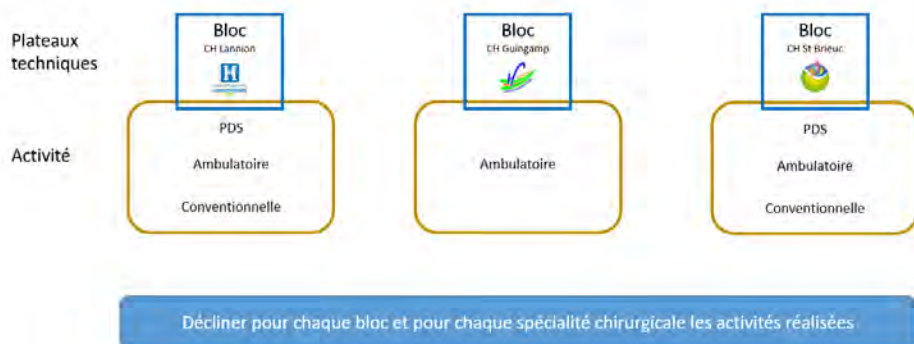
A. Définir une organisation territoriale de la chirurgie répondant aux besoins de la population à travers une offre graduée dans un contexte de démographie médicale contraint

<p>Enjeux :</p> <p>Les questions posées par la démographie médicale, et désormais non-médicale, conduit à étudier une mutualisation des sites tout en respectant le principe de proximité prôné par le « Ségur » de la santé.</p> <p>La fragilité des équipes chirurgicales, souvent « petites », dans un contexte démographique contraint conforte cette idée dans l'objectif de rendre les postes plus attractifs. Dans une moindre mesure, les postes paramédicaux sont également fragilisés. Aussi, un travail de reconfiguration de l'offre de soins, notamment sur le temps de la permanence des soins, contribuerait à pérenniser cette offre.</p> <p>Aujourd'hui, le GHT dispose de 3 sites de blocs opératoires fonctionnant 24h/24: St Brieuc, Lannion, Guingamp.</p>	<p>Objectifs, cible :</p> <p>Aujourd'hui, le GHT dispose de 3 sites de blocs opératoires fonctionnant 24h/24: St Brieuc, Lannion, Guingamp.</p> <p>Il s'agit de trouver un schéma organisationnel cible cohérent permettant de réduire la pression sur la ressource médicale et paramédicale. Cela permettrait d'organiser une offre de soins graduée et de qualité en allégeant les contraintes liées à la permanence de soins tout en préservant une proximité.</p>
<p>Principales actions à mener :</p> <p>1) Organiser les activités des 3 blocs opératoires pour permettre de passer à 2 sites de PDS au lieu de 3 <i>Pour chacune des spécialités concernées, organiser les activités pour permettre à chaque bloc opératoire de répondre aux besoins de proximité de la population à travers les activités de bloc.</i></p> <p>2) Organiser les ressources médicales autour de 2 permanences de soins</p> <p>3) Décliner l'offre et l'organisation des activités de chaque bloc pour répondre aux besoins de proximité de la population particulièrement pour l'offre ambulatoire du CH de Guingamp <i>Pour chacune des spécialités concernées, passer de 3 équipes à 2 équipes médicales organisées autour de 2 permanences des soins et 3 blocs opératoires</i></p> <p>4) Décliner l'offre et l'organisation des activités de chaque bloc pour répondre aux besoins de proximité de la population particulièrement pour l'offre ambulatoire du CH de Guingamp <i>Pour chacune des spécialités, poursuivre la réflexion sur l'offre à développer sur chacun des sites (activité bloc, consultation, hospitalisation...)</i></p>	
<p>Outils/Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ressources médicales et paramédicales suffisantes - Locaux adaptés suffisants (dimensionnement / capacitaire / équipements....) 	<p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'interventions par site et par spécialité - Nombre de recrutements et de départs de chirurgiens et anesthésistes

A. Définir une organisation territoriale de la chirurgie répondant aux besoins de la population à travers une offre graduée dans un contexte de démographie médicale contraint

Les actions à mener :

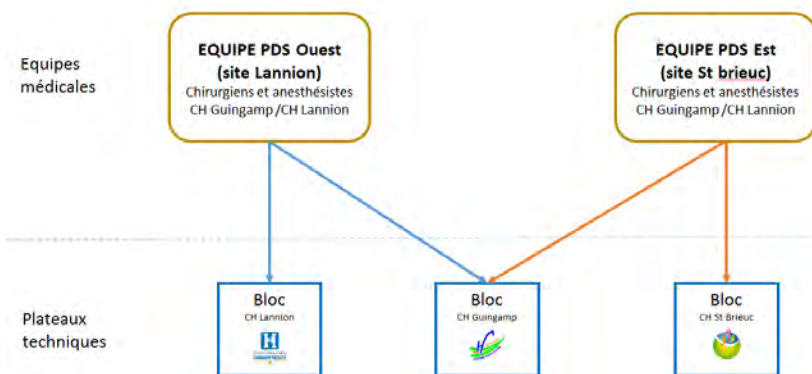
- Organiser les activités des 3 blocs opératoires pour permettre de passer à 2 sites de PDS au lieu de 3



Pour chacune des spécialités concernées, organiser les activités pour permettre à chaque bloc opératoire de répondre aux besoins de proximité de la population à travers les activités de blocs.

L'évolution de la cible concerne le CH de Guingamp, une vigilance particulière doit être apportée sur l'activité du plateau ambulatoire.

- Organiser les ressources médicales autour de 2 permanences de soins

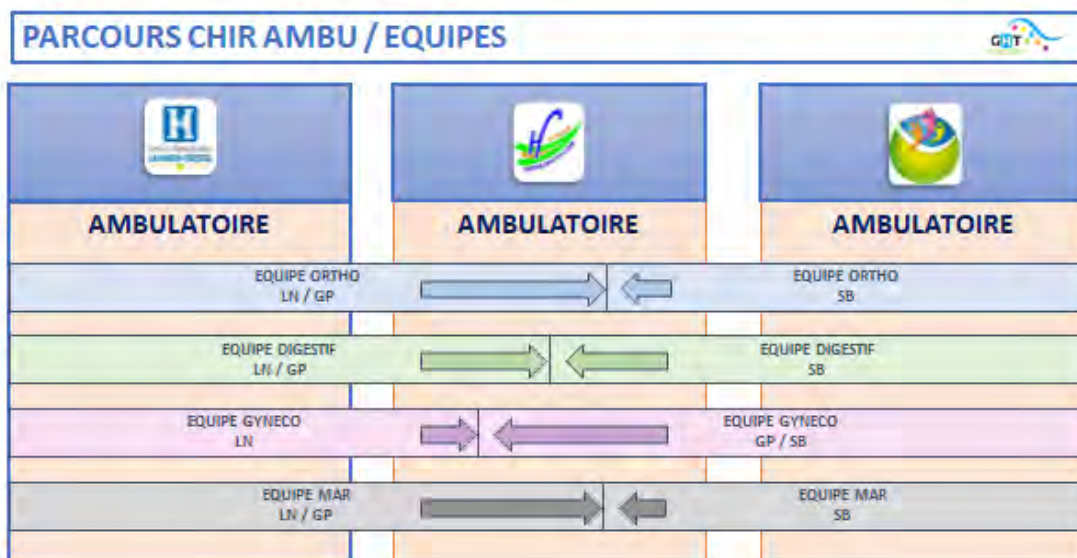


Pour chacune des spécialités concernées, passer de 3 équipes à 2 équipes médicales organisées autour de 2 permanences des soins et 3 blocs opératoires.

A. Définir une organisation territoriale de la chirurgie répondant aux besoins de la population à travers une offre graduée dans un contexte de démographie médicale contraint

- Décliner l'offre et l'organisation des activités de chaque bloc pour répondre aux besoins de proximité de la population particulièrement pour l'offre ambulatoire du CH de Guingamp

Pour chacune des spécialités, poursuivre la réflexion sur l'offre à développer sur chacun des sites (activité bloc, consultation, hospitalisation...)



En transition de ce schéma cible : tropisme préférentiel des chirurgiens et anesthésistes guingampais actuels pour le plateau ambulatoire de GP. Le plateau ambulatoire de GP est accessible aux praticiens de LN et SB sur la base volontariat.

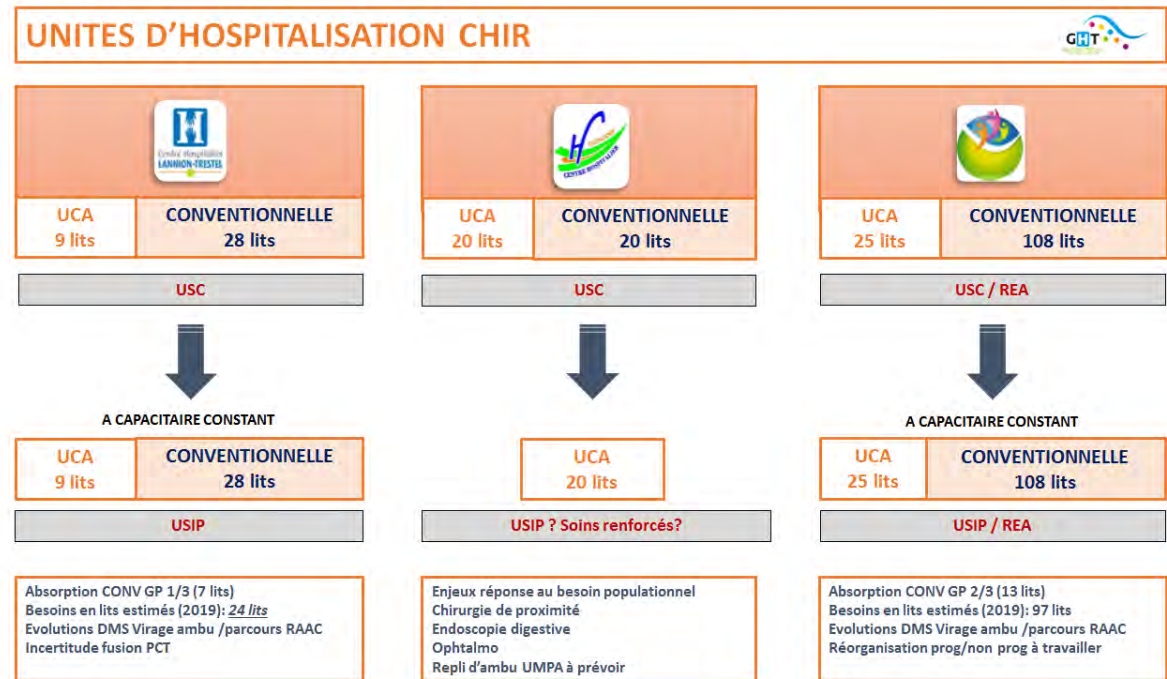
Selon ce schéma cible, reste à construire et réfléchir, pour chacune des spécialités concernées, et selon les actes réalisables en ambulatoire sur le CH de Guingamp, la question du « repli » d'ambulatoire en hospitalisation complète.

Enfin, les « pics » d'activité, notamment au CH de St Brieuc en chirurgie ortho-traumatologique, ont fait l'objet d'une solidarité territoriale durant l'été 2023. Le passage vers un bloc ambulatoire nécessitera de réfléchir à la gestion de ces périodes, notamment estivales.

A. Définir une organisation territoriale de la chirurgie répondant aux besoins de la population à travers une offre graduée dans un contexte de démographie médicale contraint

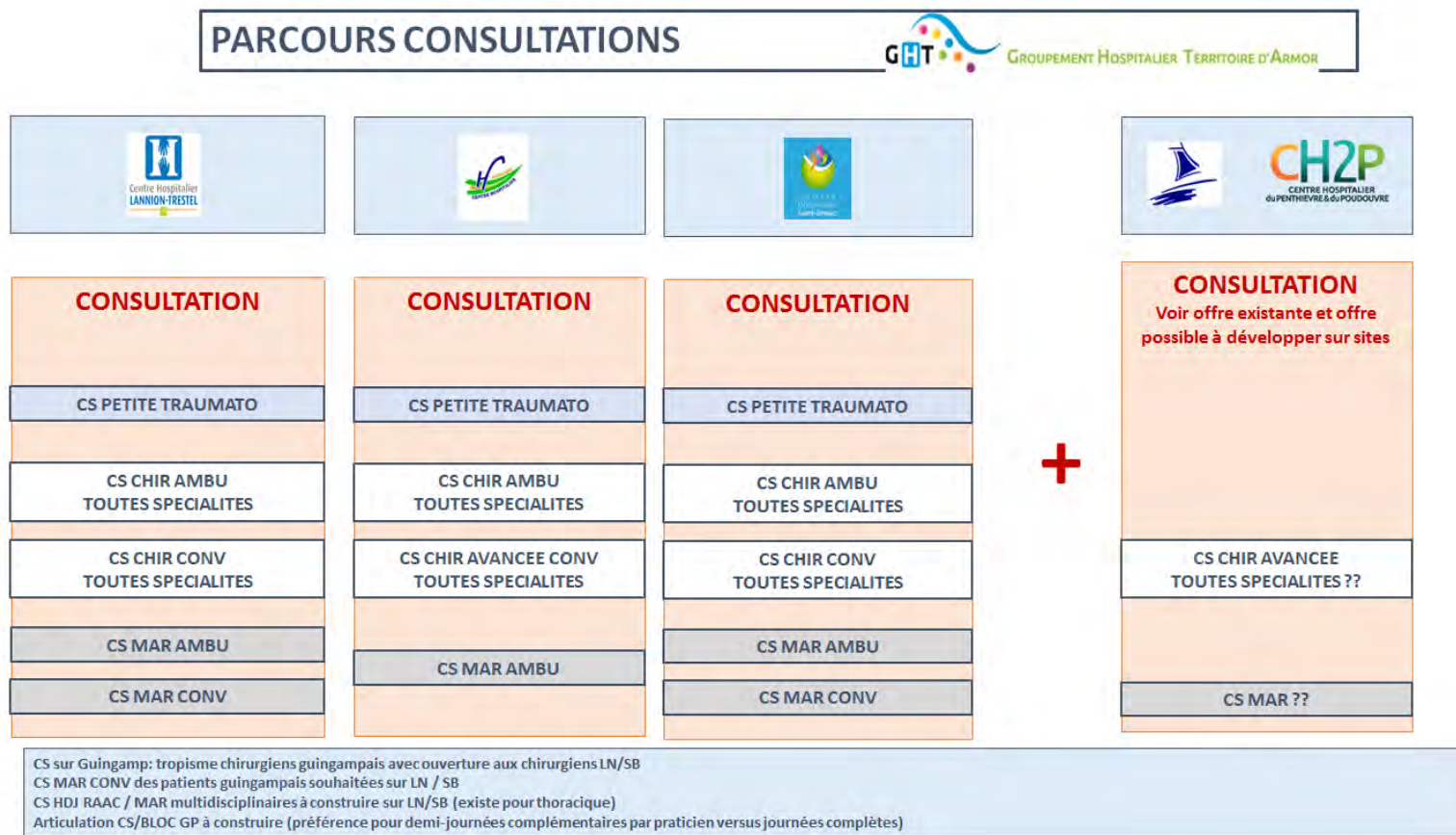
Une réflexion sur un capacitaire cible a également été conduite. Il s'agira de l'affiner fonction des activités déployées et des besoins non couverts pour répondre aux besoins de la population.

Les CH de Lannion et de St Briec pourraient maintenir leur capacitaire d'hospitalisation actuel tout en intégrant la chirurgie conventionnelle du CH de Guingamp. Cela nécessite de poursuivre le virage ambulatoire et de développer des parcours innovants, notamment la RAAC.



A. Définir une organisation territoriale de la chirurgie répondant aux besoins de la population à travers une offre graduée dans un contexte de démographie médicale contraint

S'agissant des consultations, il s'agit de conserver un maillage sur le territoire permettant un accès de proximité à la filière de soins :



B. Organiser une activité de chirurgie carcinologique en tenant compte de la réforme des autorisations (seuils d'activité minimale annuelle – arrêté du 26 avril 2022)

<p>Enjeux :</p> <p>La réforme des autorisations de l'activité de traitement du cancer a été arrêtée en 2022 avec la publication de décrets fixant les obligations réglementaires structurantes de la régulation de l'offre. Ils permettent d'améliorer la lisibilité de l'offre de soins en cancérologie, dans un objectif de renforcement de la pertinence des parcours de soins des patients atteints d'un cancer.</p> <p>Des seuils minimum d'activité sont attendus pour poursuivre une activité de chirurgie carcinologique (par site). Dans ce contexte, il est essentiel d'organiser l'offre de soins au sein du GHT.</p> <p>Aujourd'hui, le GHT dispose :</p> <p>2 sites autorisés en carcinologie digestive (+ 2 sites privés : HPCA, PCT)</p> <p>2 sites autorisés en chirurgie onco-mammaire (+ 2 sites privés : HPCA, PCT)</p> <p>3 sites autorisés en chirurgie onco-gynécologique (+ 2 sites privés : HPCA,PCT)</p>	<p>Objectifs, cible :</p> <p>Il s'agit de trouver un schéma organisationnel cible cohérent permettant de répondre aux exigences de qualité décrits dans la « Stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030 » visant à renforcer la visibilité et la qualité des soins en cancérologie.</p> <p>Cela permettra d'organiser une offre de soins graduée et de qualité en allégeant les contraintes liées à la permanence de soins tout en préservant la proximité.</p>
<p>Principales actions à mener :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Organiser une offre de chirurgie carcinologique au sein du GHT permettant de répondre aux exigences de qualité et de sécurité des soins dans la prise en charge du cancer, priorité nationale 2) Améliorer les parcours en chirurgie carcinologique digestive pour permettre un accès en proximité à l'offre de soins 3) Améliorer les parcours en chirurgie carcinologique gynécologique (dont onco-mammaire) pour permettre un accès en proximité à l'offre de soins 	
<p>Outils/Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ressources médicales et paramédicales suffisantes - Locaux adaptés suffisants (dimensionnement / capacitaire / équipements...) - Conserver une proximité via des consultations avancées 	<p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actes de carcinologie par site - Nombre de praticiens multi-sites

B. Organiser une activité de chirurgie carcinologique en tenant compte de la réforme des autorisations structurantes (seuils d'activité minimale annuelle – arrêté du 26 avril 2022)

Les actions à mener :

- Organiser une offre de chirurgie carcinologique au sein du GHT permettant de répondre aux exigences de qualité et de sécurité des soins dans la prise en charge du cancer, priorité nationale

Aujourd'hui, les activités de chirurgie carcinologique existantes sur plusieurs sites du GHT sont la chirurgie digestive et la chirurgie gynécologique (onco-mammaire + onco-gynécologique).

Néanmoins, le nombre d'actes réalisés en 2021 démontre que certains sites ne répondent pas aux nouveaux seuils.

A5 - Chirurgie onco-gynécologique: seuil de 20 interventions par an

B5 - Chirurgie onco-gynécologique (complexe) : seuil de 20 interventions par an (en sur du B5 : chirurgie ovaire, 20 interventions par an)

A6 - Chirurgie onco-mammaire : seuil de 70 interventions par an

Une réflexion a pu être menée, permettant de déterminer les avantages/inconvénients du maintien de 2 ou d'un centre de chirurgie carcinologie publique.

Chirurgie digestive et chirurgie gynécologique	2 centres chirurgie carcinologique : CHSB – CHL (+ sein CHG si autorisation d'équipe)	1 centre de chirurgie carcinologique : CHSB
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - Proximité de l'offre de soins - Attractivité des chirurgiens - Confort du statut quo - Délai de prise en charge plus court ? 	Homogénéisation des PEC <ul style="list-style-type: none"> - Expertise des praticiens - Parcours patient plus lisible et homogène - Mutualisation du plateau technique surspécialisé - Mutualisation des parcours RAAC - Possibilité d'1 autorisation d'équipe autorisée sur 2 sites (carcino mammaire CHG) → dispositif qui serait expérimental
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> - Des divergences de niveau - Des différences d'expertise - Un risque de n'avoir qu'une seule autorisation 	<ul style="list-style-type: none"> - Attractivité pour les Chirurgiens qui souhaiteraient s'installer au CHL - Point de vigilance : PEC post opératoire décentralisée - Risque de renoncement aux soins - Pb d'attractivité pour le CHL pour la chirurgie mammaire - Délai de prise en charge plus long ?

Cette réflexion nécessite d'être complétée par une optimisation des parcours afin de fluidifier les parcours patients en cancérologie (imagerie médicale / laboratoire / chirurgie / chimiothérapie / radiothérapie...)

B. Organiser une activité de chirurgie carcinologique en tenant compte de la réforme des autorisations structurantes (seuils d'activité minimale annuelle – arrêté du 26 avril 2022)

➤ Améliorer les parcours en chirurgie carcinologique digestive pour permettre un accès en proximité à l'offre de soins

Aujourd'hui, les activités de chirurgie carcinologique digestive existent sur plusieurs sites : CH Saint-Brieuc / CH Guingamp + HPCA Plérin / PCT Lannion
 Au regard des seuils prévus par les textes (minimum 70 interventions par an), la démographie médicale pour les années à venir en chirurgien mais également en gastro-entérologues, principaux adresseurs en chirurgie carcinologique digestive, l'hypothèse de 2 sites de chirurgie carcinologique digestive a été posée (avec une gradation de l'offre).

	<i>Si 2 autorisations publiques</i>	<i>Si 1 autorisation publique</i>
Site(s)	<i>St Brieuc Lannion-Trestel</i>	<i>Saint-Brieuc</i>
Conditions	<i>Autorisations délivrées par l'ARS : - Transfert de l'autorisation de la PCT vers CHLT (privé vers public) - Transfert de l'autorisation du CHG vers CHLT (public vers public) Plateau technique : endoscopies interventionnelles, unités de soins continus, Réa (CHSB)</i>	<i>Autorisation déjà détenue par le CHSB Plateau technique adapté : endoscopie interventionnelle, réa et soins continus</i>
Organisation	<i>Fonctionnement à l'identique de la chirurgie programmée non ambulatoire Organisation selon une gradation à 2 niveaux : - CHSB : niveau A1 et B1 - CHLT : niveau A1</i>	<i>Permettre aux chirurgiens habilités du GHT d'accéder au plateau technique du CHSB, Mais pour certains chirurgiens, organisation complexe : activité sur 3 sites (PDS sur CHLT, Ambu : CHG, Cancéro CHSB) Bloc du CHSB déjà saturé → augmentation du nombre de salles</i>
Risques	<i>L'atteinte des seuils au CHLT est conditionnée par les effectifs de gastro-entérologues « adresseurs »</i>	<i>- Départ de praticiens du CHG si pas d'autorisation de cancérologie au CHLT, ou pas de possibilité de travailler sur CHSB - Manque d'attractivité médicale du site CHLT - 1 autorisation implique un exercice sur 3 sites pour certains chirurgiens → non viable pour les sites de Guingamp et Lannion</i>

Comme pour l'ensemble de la prise en charge chirurgicale et dans un souci de maillage territorial et d'accès aux soins, une activité de consultations avancées de chirurgie digestive devra être réalisée en proximité chaque fois que les effectifs le permettront.

B. Organiser une activité de chirurgie carcinologique en tenant compte de la réforme des autorisations structurantes (seuils d'activité minimale annuelle – arrêté du 26 avril 2022)

➤ Améliorer les parcours en chirurgie carcinologique gynécologique (dont onco-mammaire) pour permettre un accès en proximité à l'offre de soins

1- Chirurgie onco-gynécologique (hors onco-mammaire) :

a. Réfléchir à la prise en charge du cancer de l'ovaire (centre de référence?) :

Pour rappel, les nouveaux seuils d'autorisation pour obtenir l'autorisation de chirurgie de l'ovaire pour un établissement sont de 20. Cela conduit à ne conserver qu'un site public : le CH de Saint-Brieuc.

b. Amélioration du parcours sur le cancer du col:

Il s'agit par exemple de réduire les délais de prise en charge chirurgicale en sortie de RCP lorsqu'une indication de curage pelvien coelioscopique est retenue.

Par ailleurs, une vigilance sur les seuils minimaux d'intervention doit être portée. En fonction des recrutements de praticiens, le CH de Lannion pourrait perdre l'autorisation en chirurgie onco-gynécologique. Un parcours patient devra donc être réfléchi en prenant en compte les réflexions s'agissant du rapprochement avec la polyclinique du Trégor.

2- Chirurgie onco-mammaire :

Comme indiqué précédemment, au regard des seuils prévus par les textes et la démographie médicale pour les années à venir, et dans une idée de maillage du territoire prenant en compte une démarche de rapprochement de la Polyclinique du Trégor et du CH de Lannion, l'hypothèse de 2 sites de chirurgie onco- gynécologique public versus 1 seul a été posée.

B. Organiser une activité de chirurgie carcinologique en tenant compte de la réforme des autorisations structurantes (seuils d'activité minimale annuelle – arrêté du 26 avril 2022)

	Si 2 autorisations publiques	Si 1 autorisation publique
Site(s)	St Briec Guingamp en ambulatoire ? ou Lannion si regroupement avec la PCT ?	Saint-Brieuc
Conditions	Autorisations délivrées par l'ARS par site fonction des seuils / si autorisation d'équipe n'est pas possible, le CHG ne pourra pas conserver son autorisation Plateau technique adapté sur chacun des sites nécessaire	Autorisation déjà détenue par le CHSB Plateau technique adapté
Organisation	Fonctionnement à l'identique de la chirurgie programmée ambulatoire (ou non ambulatoire dans certains cas)	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre aux chirurgiens habilités du GHT d'accéder au plateau technique du CHSB, - Bloc du CHSB déjà saturé → augmentation du nombre de salles
Risques	L'atteinte des seuils risque de ne permettre qu'un seul site	<ul style="list-style-type: none"> - Attractivité des sites ne disposant pas d'activité cancérologie ? - 1 autorisation implique un exercice sur 3 sites pour certains chirurgiens → non viable

Compléter et améliorer les parcours :

Aucun établissement du GHT d'Armor ne dispose d'un parcours complet. Les patientes doivent se rendre sur différents sites dans le cadre de leur prise en charge, y compris pour les patientes de Saint-Brieuc nécessitant de la radiothérapie réalisée à Plérin sur le site du CARIO.

Sur ce constant, il apparaît nécessaire de travailler sur des parcours plus optimisés permettant de limiter les trajets (ex : coordonner sur une journée la prise en charge en médecine nucléaire et la chirurgie pour les patientes résidant sur le bassin de Lannion) et réduire les délais en lien avec les services d'imagerie médicale, de médecine nucléaire, les consultations RAAC....

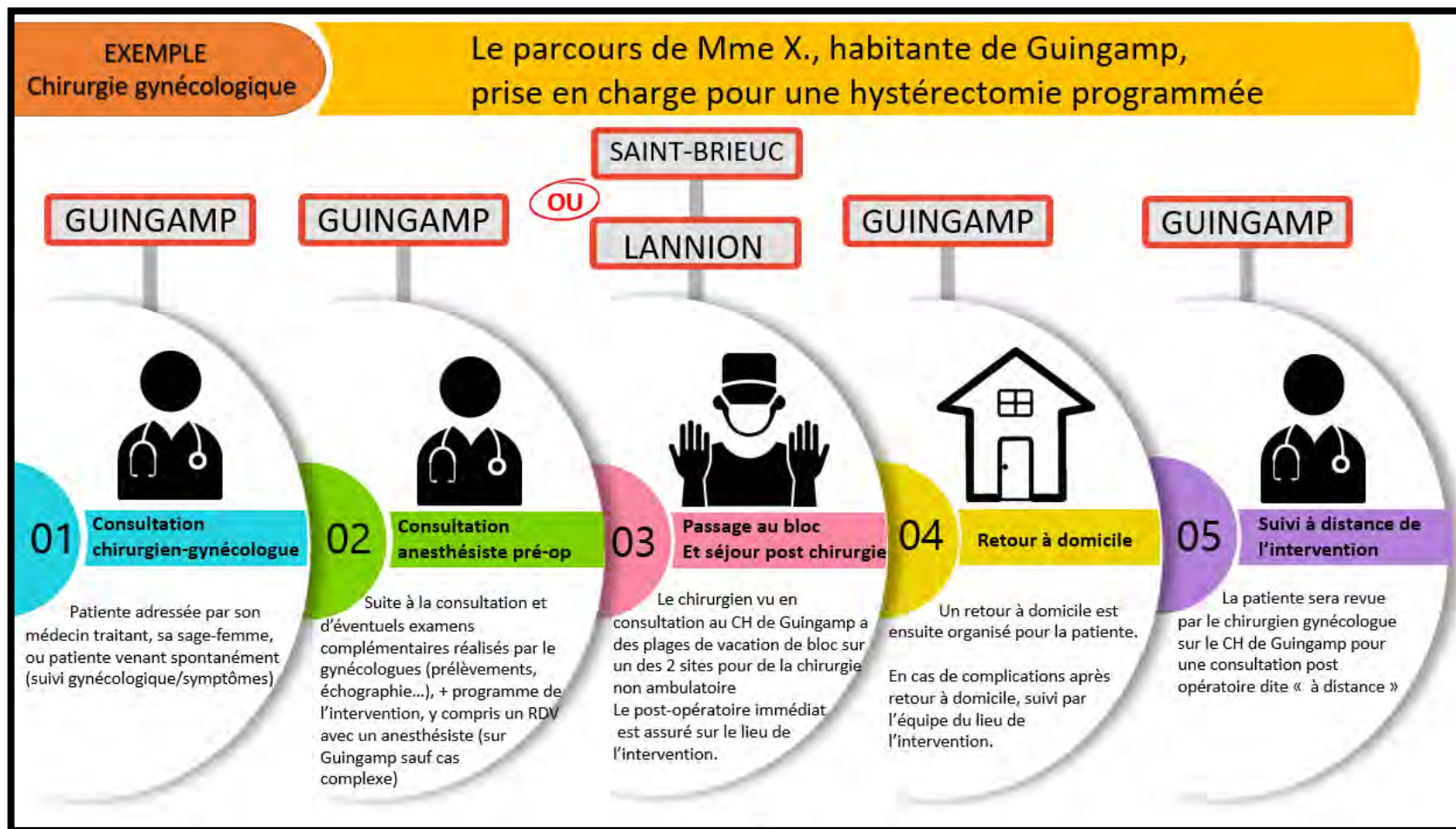
Dans ce même souci de proximité, développer l'oncologie médicale en proximité serait un plus.

En lien avec notre partenaire Armor-pathologie, réduire les délais concernant les résultats d'anatomopathologie

C. Améliorer les parcours et les pratiques en chirurgie dans un souci d'efficience : harmonisation des pratiques, fluidité des parcours, innovations ...

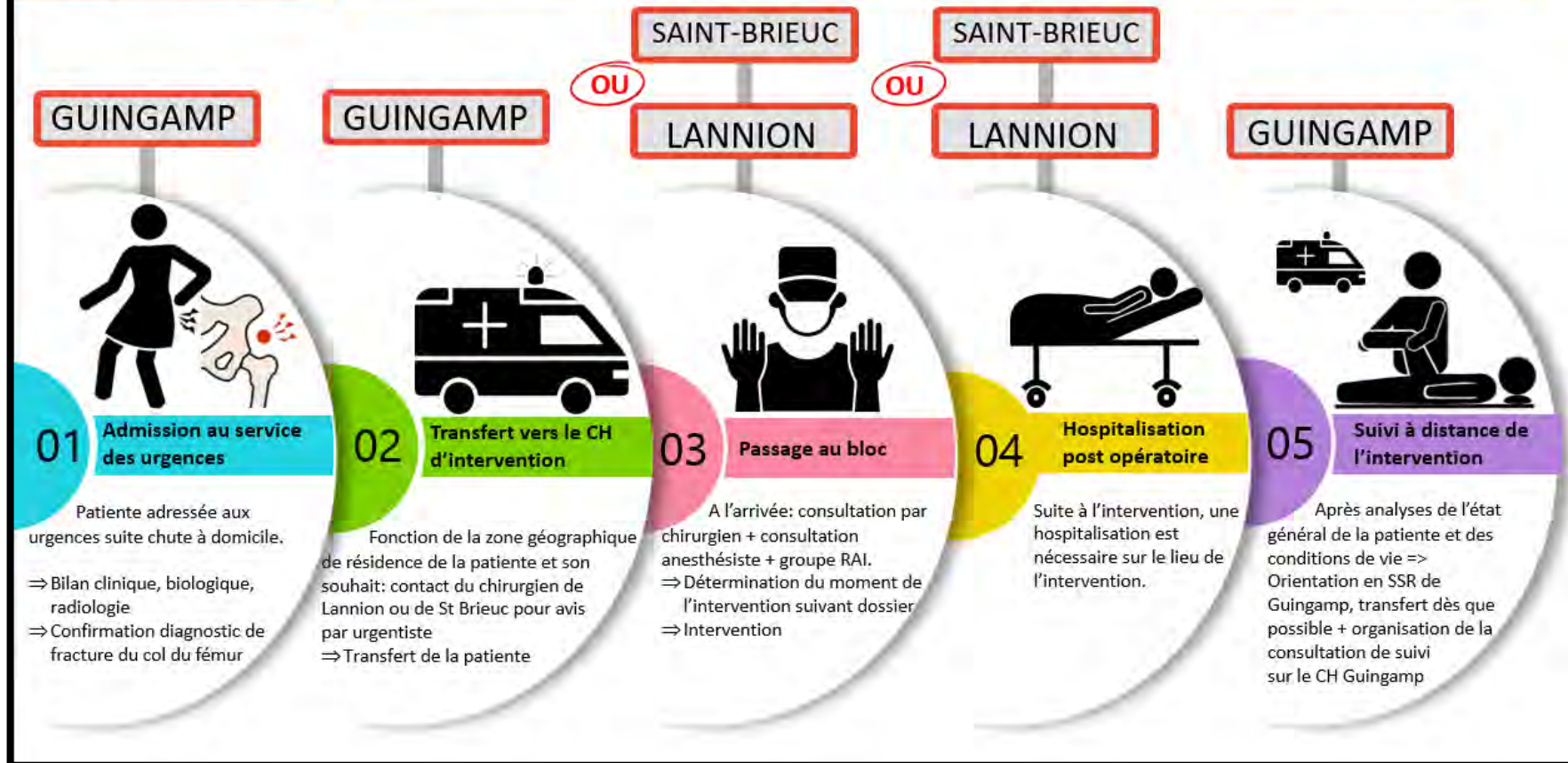
<p>Enjeux :</p> <p>La prise en charge chirurgicale doit pouvoir s'adapter aux évolutions démographiques (vieillesse de la population) et réglementaires, tout en prenant également en compte les contraintes rencontrées sur la démographie médico soignante.</p> <p>Au-delà de la transformation et de la gradation de l'offre de soins, il s'agit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de rendre attractif le métier de chirurgien en conservant une expertise des pratiques chirurgicales à travers la formation, l'harmonisation des pratiques à l'échelle du territoire.... • de travailler le parcours patient en amont et en aval de la prise en charge chirurgicale par une meilleure prise en charge globale du patient : RAAC, prise en charge sociale, travail avec les SMR, la HAD • de renforcer l'innovation dans un contexte de démographie médicale fragile (protocoles de coopération, innovations technologiques – salle hybride...) 	<p>Objectifs, cible :</p> <p>Il s'agit dans un contexte démographique contraint et de réorganisation de l'offre de soins, de rendre attractive la chirurgie publique en poursuivant</p> <ul style="list-style-type: none"> -le travail d'innovation technologique, managériale et organisationnelle ; -d'harmonisation des pratiques et de conservation de l'expertise à l'échelle du GHT
<p>Principales actions à mener :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Poursuivre l'échange sur les pratiques multi-sites 2) Conserver un haut niveau d'expertise en pratique chirurgicale à travers la formation 3) Favoriser l'innovation et l'expérimentation des nouvelles pratiques dans les parcours patients et les organisations 	
<p>Outils/Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ressources médicales et paramédicales suffisantes - Locaux adaptés suffisants (dimensionnement / capacitaire / équipements....) 	<p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'interventions par site et par spécialité - Nombre de recrutements et de départs de chirurgiens et anesthésistes

Exemples de parcours dans l'hypothèse de la création d'un plateau de chirurgie ambulatoire sur le CH de Guingamp :



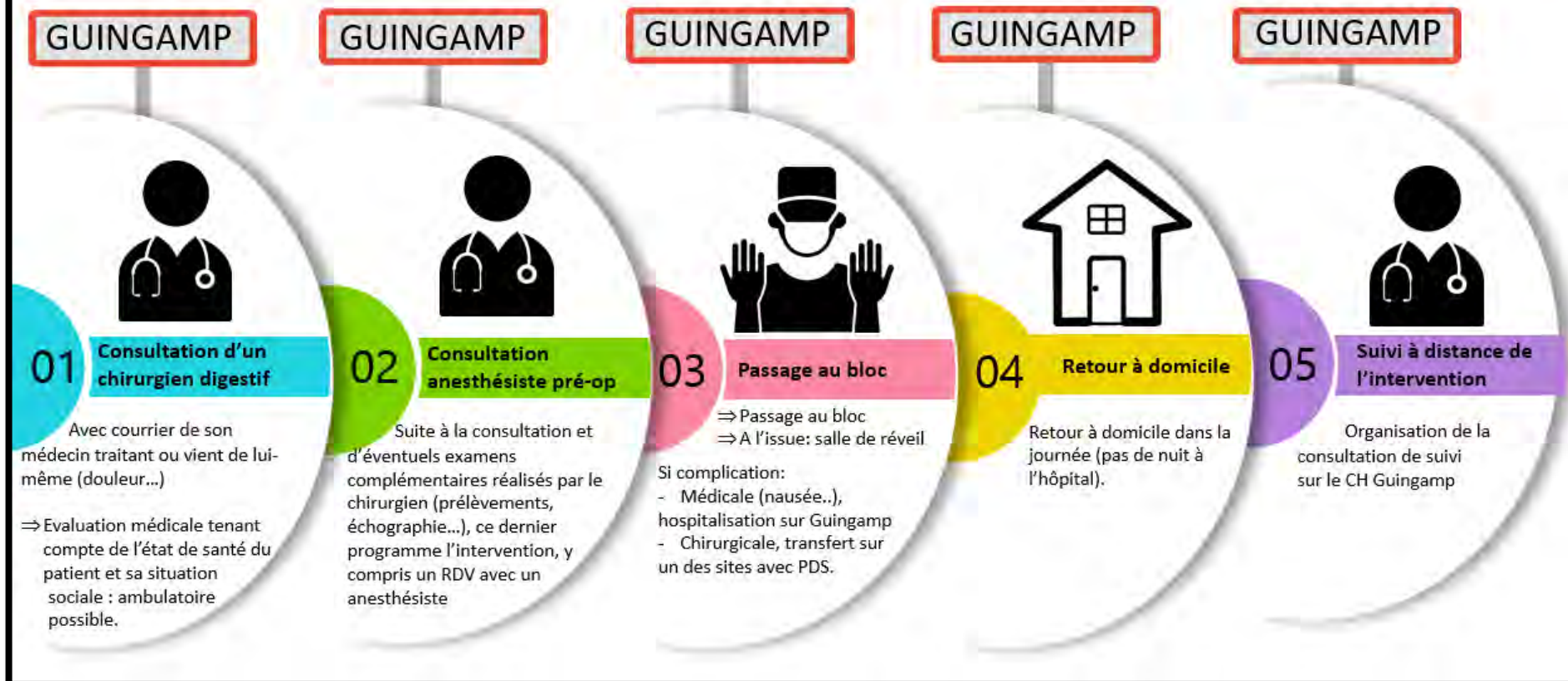
EXEMPLE
Chirurgie
ortho-traumatologique

Le parcours de Mme Y., 83 ans, habitante de Bourbriac,
adressée aux urgences pour suspicion de fracture du col du fémur



EXEMPLE
Chirurgie digestive

Le parcours de M. Z. , 56 ans, habitant de Ploumagoar,
Prise en charge pour une ablation de la vésicule en ambulatoire



ACTIONS REMARQUABLES DES 5 PROCHAINES ANNEES – CHIRURGIE

- **Organiser des équipes multi sites dans la perspective de couvrir les besoins du GHT**
- **Conserver un niveau d'expertise à travers l'innovation et la formation : salle hybride au CH St Brieuc, harmonisations des pratiques à l'échelle du GHT**

Si la cible a bien été définie dans le cadre de ces travaux, ni le calendrier ni les modalités de mise en œuvre n'ont été arrêtées. Ceci nécessite des rencontres complémentaires entre les différentes équipes concernées et parfois un renforcement des équipes.

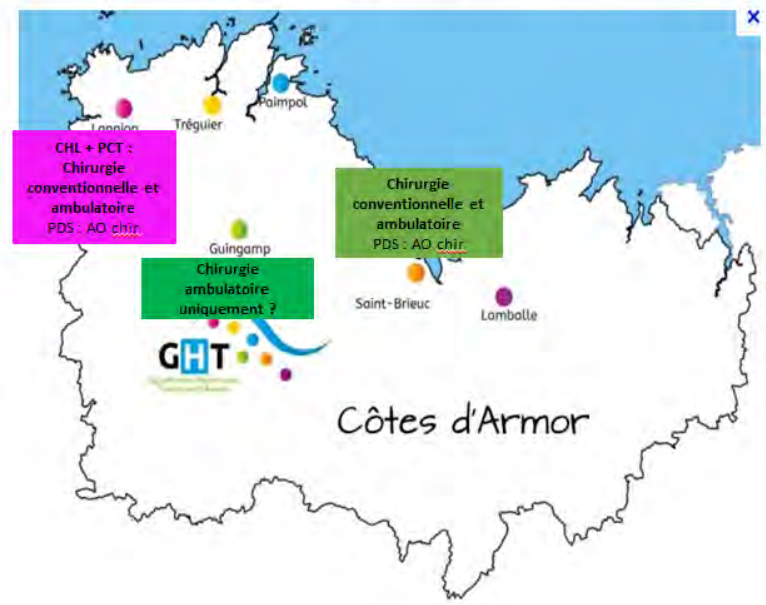
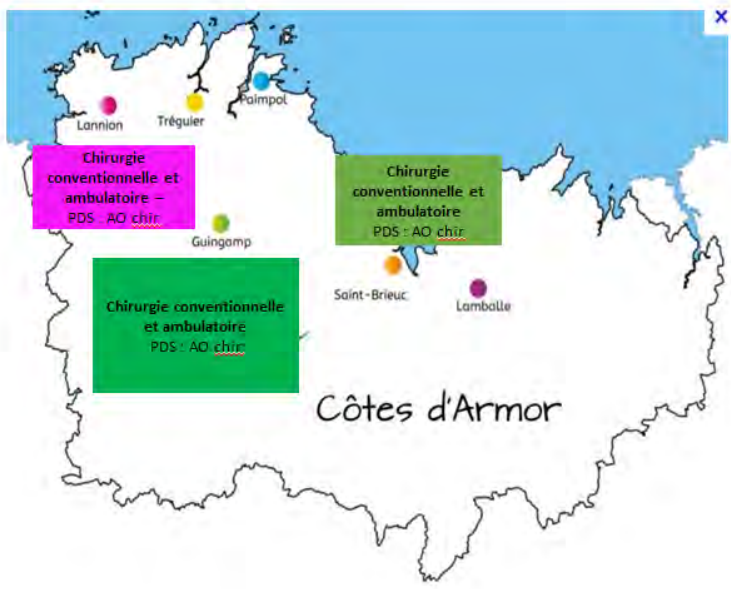
Il conviendra dans ce cadre de réfléchir à l'opportunité d'une organisation intermédiaire avec chirurgie programmée ou semi-urgente (non exclusivement ambulatoire) sur Guingamp associée à la création d'une unité médico-chirurgicale.

En synthèse

Chirurgie

Organisation actuelle

Evolution projetée 2028
selon scénario Rossetti
et à ce jour



2 – La périnatalité

Contexte :

Un état des lieux a permis d'identifier les principaux points forts et points de faiblesse de l'offre périnatale sur le territoire.

Un premier constat porte sur l'interconnaissance des acteurs et la volonté réelle de travailler ensemble. Les acteurs de la filière périnatalité ont cette habitude depuis de nombreuses années notamment à travers le réseau Périnatal (ex ADEPAFIN).

Le partage de pratiques et l'interconnaissance des acteurs sont un gage de qualité malgré un contexte territorial tendu.

- **Pour chacune des maternités, des forces ont été identifiées dans l'organisation actuelle parmi lesquelles :**
 - CH St Brieuc : maternité de niveau 3, labélisation IHAB pour la maternité et la néonatalogie et NIDCAP pour néonatalogie ;
 - CH Guingamp : localisation centrale, offre de consultation, prise en charge physiologique, labélisation IHAB pour la maternité ;
 - CH Lannion-Trestel : stabilisation des équipes ; existence d'un service de pédiatrie ; labélisation « maternys/CNGOF » pour la maternité.

- **Des faiblesses et points de vigilance dans l'organisation actuelle ont été soulevés pour chacune des maternités ainsi qu'à l'échelle du GHT :**
 - Problématique des prises en charge psychosociales, des vulnérabilités (femmes et enfants)
 - Prise en charge orthogénie (point de vigilance pour conserver un accès à toutes les femmes)
 - Absence d'offre de PMA en Côtes d'Armor ; qui sera résolu avec l'ouverture d'un centre à Saint Brieuc début 2024.

Au regard de cet état des lieux et dans une réflexion globale pour passer de 3 à 2 sites de permanence des soins (hypothèse de transformation du site de Guingamp), le groupe de travail a identifié 2 axes majeurs :

A. Transformer la maternité du CH de Guingamp en Centre Périnatal de Proximité

B. Des projets complémentaires pour répondre aux besoins de la population, notamment la plus fragile

A. Transformer la maternité du CH de Guingamp en Centre Périnatal de Proximité

<p>Enjeux :</p> <p>Dans un contexte de démographie médicale et paramédicale contraint, un scénario de réduire le nombre de sites avec permanence des soins en chirurgie de 3 à 2 est étudié. Par voie de conséquence, l'absence de chirurgien viscéral et d'anesthésiste 24h/24 pose la question de convertir une maternité en Centre Périnatal de Proximité (CPP). Si le calendrier n'est pas posé, ce travail permet également de se mettre en ordre de marche en cas d'incapacité à maintenir la maternité ouverte (situation fragile), comme cela a pu être le cas à compter du mois d'avril 2023. A cette période, les acteurs de la filière ont su se mobiliser rapidement pour faire face à cette situation et permettre une prise en charge sécurisée aux parturientes et leurs bébés.</p>	<p>Objectifs, cible :</p> <p>Transformer la maternité du CH de Guingamp en Centre périnatal de proximité en préservant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La qualité et la sécurité des soins ▪ Une offre de proximité la plus large possible : l'offre de consultations/examens diversifiées sur l'ensemble des sites où elles existent voire, en la renforçant sur le CH de Guingamp pour les gynécologues-obstétriciens mais également pour les sages-femmes, les psychologues....
<p>Principales actions à mener :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Anticiper le changement et préparer l'accueil des parturientes du CH de Guingamp sur les maternités de Saint-Brieuc et de Lannion pour une prise en charge adaptée et sécurisée 2) Adapter les ressources et le capacitaire à l'augmentation d'activité des maternités de Lannion et de Saint-Brieuc 3) Organiser et accompagner les équipes médicales et paramédicales 4) Renforcer la qualité de la prise en charge en tout point du territoire 5) Renforcer les liens inter-établissements notamment en termes de transports et transferts sanitaires <p>Détail ci-après.</p>	
<p>Outils/Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ressources médicales et paramédicales suffisantes - Locaux adaptés suffisants (dimensionnement / capacitaire / équipements).... 	<p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'accouchements par maternité - Nombre de praticiens et sages-femmes arrivées/départs - Nombre et typologie des consultations réalisées sur chacun des sites - Nombre d'accouchements inopinés en cas de transformation d'une maternité

A. Transformer la maternité du CH de Guingamp en Centre Périnatal de Proximité

Les actions à mener :

- **Anticiper le changement et préparer l'accueil des parturientes du CH de Guingamp sur les maternités de Saint-Brieuc et de Lannion pour une prise en charge adaptée et sécurisée.**
-

Il s'agit d'éviter le stress pour les parturientes mais également pour les professionnels qui les accueillent. Une mauvaise anticipation serait également un risque de fuite vers la maternité de l'HPCA.

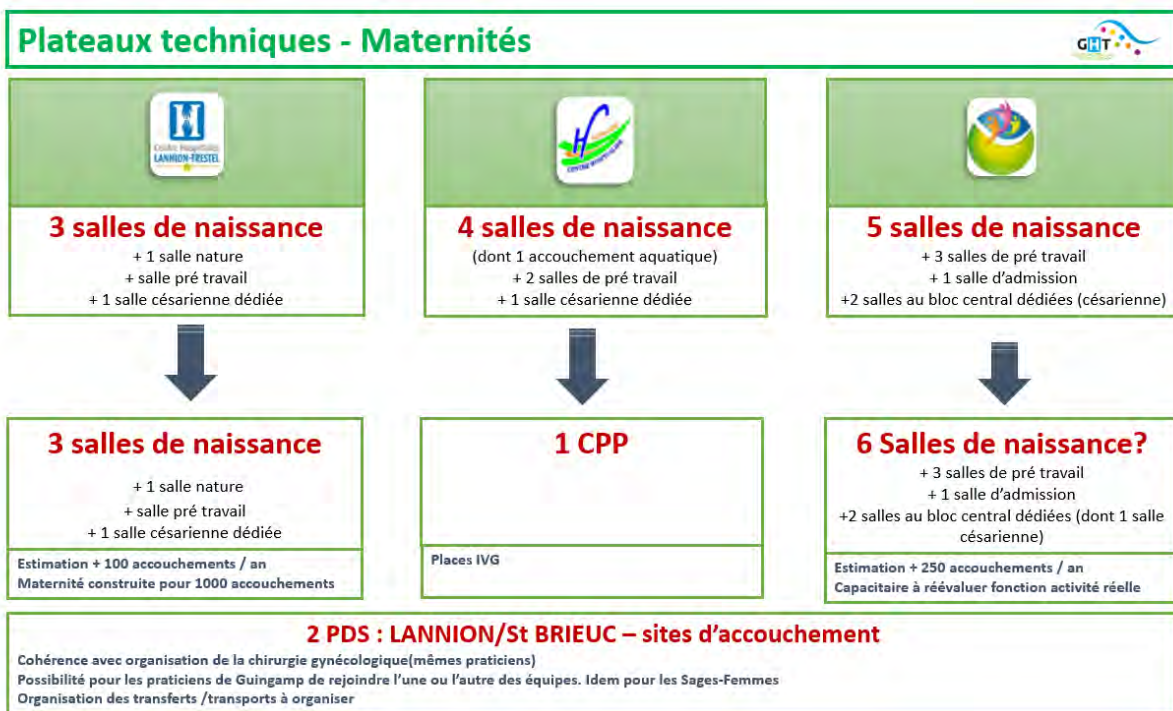
- 1- Anticiper l'information auprès de la population de la transformation de la maternité et de l'organisation sur le territoire.**
- 2- Prévoir la gestion des accouchements inopinés sur Guingamp (surtout au départ) : réactiver la formation de tous les urgentistes et des professionnels sur le site de Guingamp (SF en consultation...).**
- 3- Anticiper l'organisation du SMUR en conséquence**

L'opportunité d'intégrer une sage-femme dans une astreinte de SMUR a été questionnée. Ce fonctionnement existe uniquement dans 1 ou 2 SMUR en France. Le nombre d'accouchements à domicile du territoire justifie difficilement la mise en place d'une astreinte Sage-femme dédiée au SMUR. Par ailleurs, si l'idée peut paraître séduisante en termes de sécurité des soins, les avis sont partagés car les retours d'expérience montrent le « risque » de détournement de l'usage du système par des femmes souhaitant accoucher à domicile. La question de la formation des urgentistes est toutefois essentielle.

A. Transformer la maternité du CH de Guingamp en Centre Périnatal de Proximité

➤ Adapter les ressources et le capacitaire à l'augmentation d'activité des maternités de Lannion et de Saint-Brieuc

1- Adapter les capacités des maternités de Lannion et de Saint-Brieuc



Augmentation à étudier pour la maternité de Saint-Brieuc parfois saturée. La réflexion devra tenir compte des « hébergements » actuels des mamans de bébés hospitalisés en néonatalogie.

L'objectif est de ne pas réduire l'offre existante sur le territoire et permettre aux femmes qui le souhaitent de bénéficier d'un accouchement physiologique en s'appuyant sur l'expérience des professionnels du territoire et sur la possibilité, pour les sages-femmes de Guingamp, de participer à de nouvelles missions. Cette unité devra également permettre un accès aux sages-femmes libérales qui souhaitent suivre leurs patientes tout au long de leur grossesse, y compris l'accouchement. La maternité de Lannion dispose d'une « salle nature » et offre déjà un accès aux sages-femmes libérales.

A. Transformer la maternité du CH de Guingamp en Centre Périnatal de Proximité

2- Adapter les ressources, notamment Sages-Femmes

Il est important de définir le nombre de sages-femmes nécessaires pour assurer les salles de naissance et les suites de couche.

[Décret périnatalité de 1998 : 200 accouchements supplémentaires = 1 sage-femme supplémentaire sur l'effectif global]. Pour la maternité du CH de St Brieuc, en considérant + 250 accouchements : 2 dans la journée / 2 dans la nuit / 1 en journée en complément (renforcer le qualitatif en permettant d'avoir une sage-femme d'accueil en journée à St Brieuc). Pour la maternité de Lannion : l'adaptation sera à prévoir fonction de l'impact réel sur l'activité.

➤ Organiser et accompagner les équipes médicales et paramédicales

Il y a nécessité à accompagner le changement pour préserver l'attractivité du GHT d'Armor et éviter les départs de professionnels dans un contexte déjà tendu.

1- Pour les gynécologies-obstétriciens

Comme pour la chirurgie, il s'agit d'organiser 2 équipes médicales qui feront fonctionner 4 sites (St Brieuc, Lannion, Guingamp et Paimpol) : prévoir formations si nécessaire

Dans cette organisation, il s'agit de veiller à préserver l'attractivité médicale : travail maximum sur 2 sites pour un praticien, possibilité d'accès à un panel de consultations plus large...

Sur la maternité de Lannion, la question de la transformation de l'astreinte en garde est posées (nécessitera 7 praticiens idéalement, 6 au minimum).

2- Pour les sages-femmes

Il s'agira d'accompagner le changement, y compris en termes de formation, et permettre aux professionnels de conserver la polyvalence (consultations, salle de naissance, suivi des femmes...). Permettre, autant que possible, d'adapter l'activité fonction de ses souhaits (conciliation vie professionnelle et vie personnelle) et des besoins (par exemple, arrêt des gardes pour cause médicale, ...).

Prendre en compte l'activité diversifiée réalisée par les sages-femmes, notamment le suivi de grossesse et la possibilité d'une activité multi-sites.

- ➔ Ouvrir une réflexion sur la possibilité de développer le « parcours global », c'est à dire la continuité du suivi au cours de la grossesse par la même sage-femme. C'est un projet complexe à mettre en œuvre au sein de nos institutions mais qui peut être réfléchi. Ce choix de suivi des femmes peut aussi être proposé aux sages-femmes libérales en proposant l'ouverture de nos plateaux techniques.

3- La formation, un levier pour accompagner le changement

Dans une démarche d'accompagnement, il sera nécessaire de prévoir les besoins collectifs et les besoins individuels de formation pour les professionnels de la filière.

A. Transformer la Maternité du CH de Guingamp en Centre Périnatal de Proximité

➤ Renforcer la qualité de la prise en charge en tout point du territoire

Prendre en compte les préconisations du programme des « 1000 premiers jours »

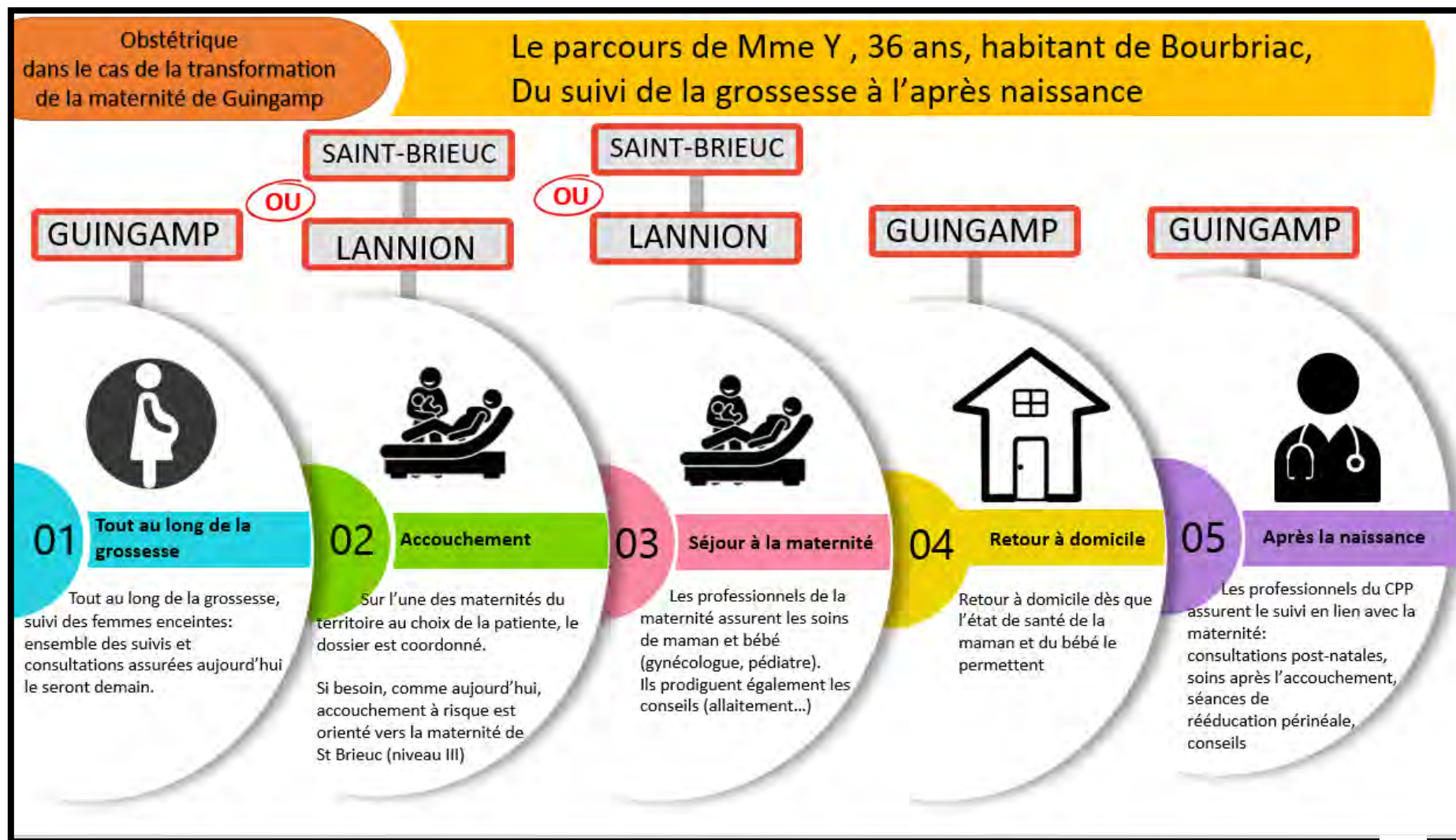
➤ Renforcer les liens inter-établissements notamment en termes de transports et transferts sanitaires

Dans un souci de sécurité pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveaux nés, une vigilance importante doit être portée sur les transports anténataux et postnataux qui posent déjà des difficultés (transporteurs) aujourd'hui.

Prendre en compte l'augmentation du nombre de transferts anténataux lié à la fermeture de la maternité de Guingamp (notamment au début).

Les professionnels de la filière sont favorables à la création d'un service de transports sanitaires interne au GHT qui pourrait répondre aux besoins en sécurité même s'ils comprennent la difficulté de mise en œuvre d'un tel service. Par ailleurs, le réseau périnatal breton est missionné pour mettre en place une cellule de régulation des transferts maternels. Cette cellule coordonnera à la demande des établissements les transferts maternels anténataux de 8H30 à 18H00 du lundi au vendredi.

Exemple de parcours dans l'hypothèse de la transformation du site d'accouchement du CH de Guingamp :



B. Des projets complémentaires pour répondre aux besoins de la population, notamment la plus fragile

<p>Enjeux :</p> <p>La prise en charge des plus vulnérables est une problématique rencontrée dans tous les centres.</p> <p>Les périodes de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum sont des périodes délicates et sources de grandes fragilités. Des vulnérabilités, tant sur le plan social que psychique et somatique peuvent apparaître, voire être exacerbées. Celles-ci peuvent être sources de ruptures dans le parcours périnatal, au détriment de la santé globale de la mère et de de l'enfant à naître (réf : 1000 premiers jours de l'enfant)</p> <p>Par ailleurs, si l'accès à l'IVG est satisfaisant à ce jour sur le territoire, des fragilités ont été identifiées nécessitant une vigilance particulière pour préserver l'accès à l'offre.</p> <p>Enfin, une offre d'AMP doit voir le jour début 2024 sur le territoire dans le cadre d'un partenariat public-privé qui permettra un recours plus aisé (proximité).</p>	<p>Objectifs, cible :</p> <p>Il s'agit d'améliorer les parcours et consolider l'offre existante pour permettre une meilleure réponse aux besoins de santé, notamment pour les plus fragiles.</p>
<p>Principales actions à mener :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Conforter l'accès des femmes à l'orthogénie en tout point du territoire 2) Prendre en charge des vulnérabilités 3) Accompagner la mise en place d'un centre de d'AMP dans le cadre d'un partenariat public-privé 	
<p>Détail ci-après.</p>	
<p>Outils/Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les liens avec les partenaires extérieurs (PMI, CD, établissements de santé mentale, médecine de ville, réseau Périnatalité Bretagne, justice...) - Formations / appel à projets/ innovation.... - Locaux adaptés ... 	<p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'IVG réalisés par des Sages-femmes - Délais de prise en charge IVG - Nombre de personnes ayant bénéficié d'une évaluation psycho-sociale sur chaque maternité - Protocoles d'évaluation psychiatrique et sociale révisés - Création d'une unité mère/couple - enfants - Nombre de femmes accueillies dans le cadre du dispositif ad-hoc

B. Des projets complémentaires pour répondre aux besoins de la population, notamment la plus fragile

Les actions à mener :

1- Accès des femmes à l'orthogénie en tout point du territoire

Un état des lieux des modalités de prise en charge de l'orthogénie sur les 3 établissements a été réalisé et permet de constater que l'accès à l'IVG est satisfaisant aujourd'hui sur le territoire mais la fragilité des ressources médicales, notamment pour St Brieuc, rend la situation précaire.

➤ **Organiser les IVG entre 14 et 16 semaines suite à une modification de la loi**

Etablir des protocoles communs à l'échelle du GHT.

➤ **Ouvrir la possibilité de pratiquer des IVG chirurgicales aux sages-femmes**

Ce projet permettrait la formation de sages-femmes à l'IVG chirurgicale. C'est une opportunité pour la filière ouvrant la possibilité de nouvelles activités aux sages-femmes et apportant une réponse, parmi d'autres, au sous-effectif de gynécologues dans ce domaine.

2- Prise en charge des vulnérabilités (femme et enfant)

Le constat porté est que le nombre de personnes vulnérables accueillies au sein de nos structures ne cesse de croître. Ces personnes sont parfois hospitalisées faute d'un retour au domicile possible sans que la prise en charge soit totalement adaptée.

➤ **Améliorer le recours à l'évaluation psychiatrique et sociale au sein de nos établissements**

- s'appuyer sur les PMI / établissements de santé mentale /staffs médico-psycho-sociaux
- dédier du temps sage-femme et améliorer les liens avec les sages-femmes libérales (mieux dépister, mieux orienter)
- intégrer les interlocuteurs externes: PMI, fondations Bon-Sauveur et St Jean de Dieu, médecine de ville, réseau Périnatalité Bretagne

B. Des projets complémentaires pour répondre aux besoins de la population, notamment la plus fragile

➤ **Créer une unité « Mère/couple – Enfant »**

L'objectif de cette unité serait d'avoir une unité de lieu pour une prise en charge pluri-professionnelle. Aujourd'hui, les hospitalisations en MCO ne correspondent pas aux besoins de ces personnes. Une unité régionale de 5 lits ouvrira prochainement à Rennes (Guillaume Régnier) pour des pathologies « étiquetées ». Cela ne couvrira pas tous les besoins identifiés.

Les avantages de cette unité au sein du GHT seraient : une prise en charge plus adaptée et mieux coordonnée, un lien mère/enfant préservé (absence de séparation), une diminution de la DMS en maternité et en néonatalogie par libération de lits, la vulnérabilité psycho-sociale étant source d'hospitalisations longues en maternité et néonatalogie.

La localisation de cette unité pourrait être envisagée sur le site de Guingamp (central, proche de Bégard).

➤ **Développer un dispositif d'accueil des femmes victimes de violences**

La filière périnatalité s'est déjà engagée dans cette réflexion (réponse à appel à projets...). C'est un objectif de santé publique majeur.

3- Accompagner la mise en place d'un centre d'AMP dans le cadre d'un partenariat public-privé

En 2023, l'ARS a délivré l'autorisation pour la création d'un centre AMP sur St Briec dans le cadre d'un partenariat public-privé. C'était un enjeu fort pour la filière, cette nouvelle offre permettra un accès facilité à la population costarmoricaïne qui doit aujourd'hui se tourner vers les centres de Rennes et Brest. Il s'agit désormais de poursuivre les travaux dans l'objectif de l'ouverture du centre.



ACTIONS REMARQUABLES DES 5 PROCHAINES ANNEES - PERINATALITE

- **Conforter le travail en filière médico-soignante permettant de mieux répondre aux besoins et accompagner les projets territoriaux de la filière**
- **Développer l'IVG chirurgicale pratiquée par des sages-femmes**
- **En lien avec l'ensemble des partenaires, améliorer, à l'échelle du territoire, le recours à l'évaluation psychiatrique et sociale**
- **En lien avec les partenaires, porter la création d'une unité « Mère/couple-enfants » pour répondre aux besoins de la population et fluidifier les parcours**
- **Création d'un centre d'AMP sur St Brieuc dans le cadre d'un partenariat public/privé (CHSB / HPCA / Laboratoire Cerballiance)**

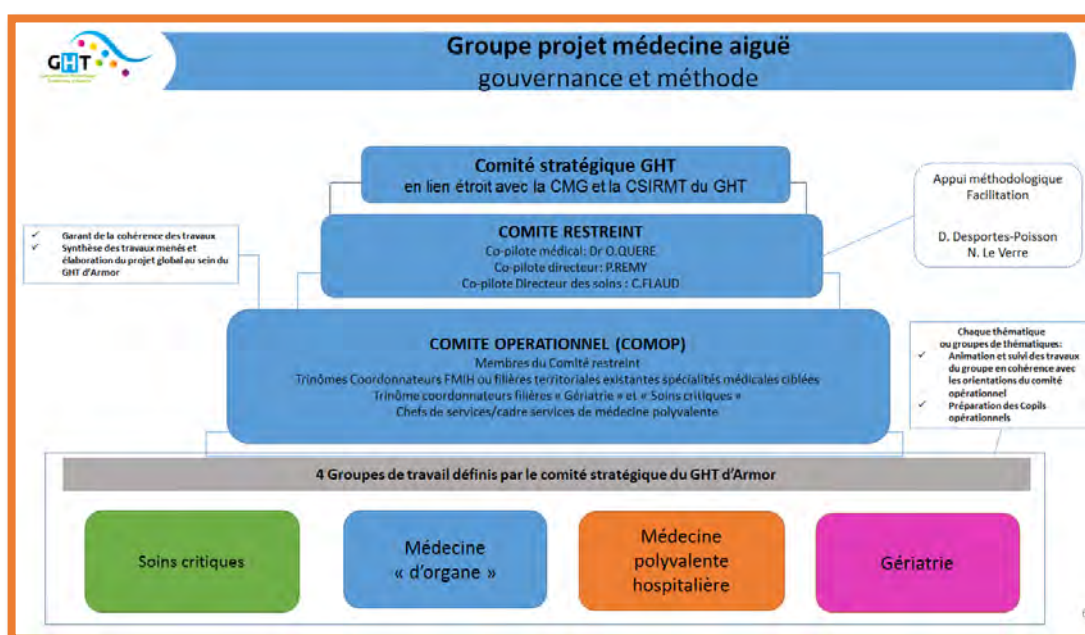
3 – La médecine

Contexte :

L'objectif des travaux a été de créer une dynamique de travail entre les professionnels afin de définir la cible d'organisation à 5 ans.

Il s'agissait de travailler sur la complémentarité entre les sites et entre les professionnels, afin d'apporter une réponse aux besoins des patients en tout point du territoire, en garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge dans un contexte démographique contraint reste la cible.

A l'instar des travaux conduits pour la chirurgie, il s'est agi d'un groupe de travail unique regroupant quatre groupes thématiques. L'objectif de cette méthode était de trouver des grands principes communs aux services de médecine et soins critiques qui auront vocation à se décliner dans les projets de filière.



Soins critiques	Médecine d'organe	Médecine polyvalente hospitalière	Médecine gériatrique
<ul style="list-style-type: none"> - Gradation des soins - Parcours patient inter-établissements 	<ul style="list-style-type: none"> - Gradation des soins - Liens fonctionnels avec les services de médecine polyvalente et de gériatrie - Parcours patient inter-établissements 	<ul style="list-style-type: none"> - Périmètre des prises en charge - Liens fonctionnels avec les spécialités - Capacitaire dans chaque établissement - Parcours patient inter-établissements 	<ul style="list-style-type: none"> - Périmètre des prises en charge - Identification des besoins actuels non couverts notamment sur spécialités - Liens fonctionnels avec les services de médecine polyvalente et médecine d'organe - Capacitaire dans chaque établissement - Parcours patient inter-établissements
<p>COMOP Partage et convergence des réflexions => Principes directeurs et parcours emblématiques de médecine à l'échelle du GHT</p>			

Un état des lieux a permis d'identifier les principaux points forts et de faiblesse de l'offre de médecine sur le territoire.

Chaque groupe thématique a pu réaliser son état des lieux, à la fois quantitatif et qualitatif.

Pour la médecine d'organe (qui a regroupé la représentation de 10 filières de spécialité) :

Forces :

- **Motivation et compétence des équipes** : les équipes médicales et soignantes sont hautement motivées et compétentes
- **Expertise** : l'expertise des professionnels de santé est un atout majeur pour le GHT
- **Échanges inter-spécialités** : les échanges entre les différentes spécialités favorisent une approche multidisciplinaire des soins
- **Plateau technique** : l'existence d'un plateau technique moderne et performant est un atout considérable sur le territoire
- **Spécialités présentes sur l'établissement support** : la présence de toutes les spécialités sur l'établissement support permet une prise en charge complète des patients

Faiblesses :

- **Démographie médicale** : la démographie médicale est un enjeu majeur, avec une fragilité de plusieurs spécialités et par conséquent un maillage territorial insuffisant
- **Effectifs insuffisants / fragilité des équipes** : le manque d'effectifs, notamment d'internes, rend les équipes fragiles, en particulier pour assurer la permanence des soins tout au long de l'année et notamment pendant les congés
- **Effondrement du secteur libéral** : l'effondrement du secteur libéral (médecins généralistes, spécialistes, kinésithérapeutes, infirmiers) est préoccupant et retentit sur le fonctionnement des hôpitaux (pression sur les consultations par exemple)
- **Recours massif et parfois inadapté au système hospitalier** : un recours massif et souvent inadapté au système hospitalier, en particulier via les Services d'Accueil des Urgences (SAU)
- **Manque de lits d'aval** : le manque de lits d'aval est un problème récurrent, aggravé ces derniers mois par des fermetures de lits faute de personnel
- **Locaux parfois inadaptés et recours aux lits supplémentaires** : certains locaux sont inadaptés et il y a un besoin régulièrement de lits supplémentaires

Opportunités :

- **Mise en place d'équipes médicales de territoire** : la mise en place d'équipes médicales de territoire peut aider à pallier la désertification médicale et favoriser l'attractivité
- **Mobilité et activité multi-site** : encourager la mobilité et l'activité multi-site peut optimiser l'utilisation des ressources
- **Recours aux PADHUE** : peut être une solution pour renforcer les équipes
- **Délégation de tâches et protocoles de coopération** : la délégation de tâches et les protocoles de coopération peuvent optimiser l'utilisation des compétences de chacun
- **Nouvelles modalités de prise en charge** : le développement de la téléconsultation, de la téléexpertise et du monitoring à distance peut améliorer l'accès aux soins
- **Mise en place de filières et parcours patients** : la mise en place de filières ou parcours patient formalisés entre les acteurs est nécessaire pour optimiser la prise en charge
- **Prévention et éducation thérapeutique** : renforcer la prévention et l'éducation thérapeutique peut réduire le recours inadapté au système hospitalier

Menaces :

- **Désorganisation** : la désorganisation peut entraîner un retard de prise en charge ou une prise en charge inadaptée
- **Hospitalisations prolongées ou non pertinentes** : les hospitalisations prolongées ou non pertinentes sont coûteuses et peuvent être évitées avec une meilleure organisation
- **Renoncement aux soins** : le renoncement aux soins est un risque majeur pour la santé de la population
- **Découragement** : le découragement et le burn-out des professionnels de santé sont des risques majeurs pour la qualité des soins

Besoin de renforcer :

- **Dialogue Institutionnel** : il est essentiel de renforcer le dialogue institutionnel pour une meilleure coordination des actions
- **Coordination entre différents sites du GHT** : une meilleure coordination entre les différents sites du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) est nécessaire
- **Coordination avec SAU/Médecine Polyvalente/Gériatrie** : une meilleure coordination avec les SAU, la médecine polyvalente et la gériatrie est essentielle
- **Lien Ville/Hôpital** : renforcer le lien entre la ville et l'hôpital est crucial pour une prise en charge optimale des patients

Pour la médecine polyvalente :

Forces :

- Des besoins dans tous les établissements
- La possibilité d'une prise en charge globale des patients
- L'organisation de l'aval des urgences
- La construction de relations avec la médecine de ville

Faiblesses :

- Les effectifs médicaux et soignants
- Des services parfois peu attractifs (charge de travail, reconnaissance)
- Un manque de visibilité
- Une DMS dépendante des interventions du service social
- Un fonctionnement parfois dépendant des avis spécialisés ou des transferts
- Des profils de patient « flous »

Opportunités :

- La création d'une qualification en médecine polyvalente (formation spécialisée transversale)
- La prise de conscience des acteurs

Menaces :

- Le manque de structures et de places d'aval
- Le risque de perte de chance pour les patients si difficulté d'accès aux spécialistes

Vers une Médecine Polyvalente renforcée :

Les défis actuels de la médecine polyvalente exigent une réflexion profonde et une action décisive. Face à des problèmes tels que l'accès inégal aux plateaux techniques et aux avis spécialisés, il est impératif de repenser notre approche et de mettre en œuvre des solutions innovantes dans les différents établissements du territoire.

Stratégies d'amélioration :

- **Harmonisation des dénominations** : il est crucial d'harmoniser les dénominations de la médecine polyvalente pour créer une identité commune.
- **Critères d'éligibilité** : l'éligibilité à l'hospitalisation en médecine polyvalente doit être déterminée par des critères diagnostiques et thérapeutiques clairs, en tenant compte des ressources disponibles sur chaque site.
- **Accès facilité** : il est essentiel de faciliter l'accès à l'hospitalisation de jour, aux consultations spécialisées post-hospitalisation et aux examens, en créant des créneaux de semi-urgence et en développant des partenariats privilégiés avec les Services Médicaux de Réadaptation (SMR) polyvalents.
- **Gestion des cas complexes** : la création de cellules dédiées aux cas complexes dans chaque établissement permettra une prise en charge plus efficace des patients nécessitant une attention particulière pour l'organisation de la sortie.
- **Développement des parcours ambulatoires** : il est nécessaire de développer les parcours ambulatoires et de dissocier l'hospitalisation de jour médicale de l'hospitalisation de jour oncologique. Cela permettra une meilleure organisation et une prise en charge plus efficace des patients.
- **Coordination des transitions** : une attention particulière doit être accordée à la coordination des transitions entre les différents niveaux de soins. Cela comprend l'accès à l'hospitalisation de jour, aux consultations spécialisées post-hospitalisation et la programmation rapide des consultations de spécialistes.
- **Réflexion sur l'offre de soins** : il est nécessaire de poursuivre la réflexion sur l'évolution de l'offre de soins en médecine polyvalente et spécialisée. Cela implique une réflexion sur la standardisation des entrées directes suivant un thésaurus et le développement de consultations "de niche".
- **Mise en place d'avis internes et externes** : les lignes d'avis doivent être accessibles aux médecins traitants, et les médecins hospitaliers doivent pouvoir se constituer en équipe mobile pour être un recours pour les patients des services de spécialité, en particulier de chirurgie.

Le groupe de travail Médecine Polyvalente est déterminé à avancer dans ses réflexions et s'engage à apporter des mises à jour régulières sur l'évolution du projet. L'accent sera mis sur la qualité des soins, le suivi des cas complexes et la coordination des transitions.

Pour la médecine gériatrique :

Au-delà de la nécessité d'une certaine proximité de l'offre au regard des profils patients et d'un besoin de connaître et faire connaître l'offre de soins en médecine gériatrique, les constats suivants apparaissent :

- **Fortes contraintes sur les effectifs médicaux**
 - Effectifs insuffisants : fonctionnement des services en cas de congés médicaux : effectifs cibles à redéfinir.
 - Difficultés de recrutement en raison de la pénurie de médecins et plus particulièrement de gériatres : arrêt des formations dans le cadre de CAPA de Gériatrie, nombre de médecins « DES » insuffisant.
- **Effectifs non médicaux insuffisants** :
 - Augmentation de la charge en soins car les patients accueillis sont de plus en plus fragiles et dépendants

- Allongement des séjours des patients les plus lourds par insuffisance de solutions d’aval (SMR, SSIAD, EHPAD)
- Services peu attractifs pour les soignants en termes de candidature et fuite des soignants déjà en poste.
- **L’augmentation de la pression des hospitalisations non programmées aux urgences** conduit à reporter la pression sur les services de Médecine Gériatrique avec des demandes d’augmentation de capacitaire (exemple Saint-Brieuc)
 - Difficulté de répondre à cette sollicitation : pas assez de gériatres
 - Rend difficile la réalisation des missions autres que l’hospitalisation conventionnelle : EMG, HDJ, consultations, permanence téléphonique (NUAGE), animation filière gériatrique.
 - Pose la question de l’articulation avec l’offre en médecine polyvalente et/ou post-urgences

Propositions priorisées :

Plusieurs axes de travail sont proposés, y compris deux projets principaux : l'harmonisation documentaire et l'amélioration de l'attractivité de la gériatrie pour les soignants. Par ailleurs, trois parcours ont été identifiés comme prioritaires : le parcours territorial de Psychogériatrie, le parcours territorial d'onco-gériatrie et le parcours territorial de prise en charge de l'insuffisance cardiaque de la personne âgée, sans oublier le parcours ortho gériatrie.

Il est envisagé d'harmoniser les pratiques et l'organisation des services et des effectifs. Pour cela, une harmonisation documentaire en lien avec le dossier patient partagé est suggérée, ainsi que l'harmonisation de l'usage du dossier patient versant dossier de soin et la mise en place d'une cartographie fonctionnelle de l'offre.

Pour améliorer l'attractivité de la gériatrie pour les soignants, des plans de formations prédéfinis et diversifiés sont suggérés, ainsi qu'un redimensionnement des effectifs en réponse à l'augmentation de la charge en soins. Une communication auprès des organismes de formation de soignants est également envisagée.

En ce qui concerne la psychogériatrie, l'optimisation des locaux pour sécuriser les soins aux patients avec troubles psycho-comportementaux aigus est proposée, tout comme la création de postes pérennes d'activité occupationnelle au sein des services, et la prévention de ces hospitalisations par le renforcement des rôles des EMG extrahospitalière.

En terme d'onco-gériatrie, il est suggéré de créer une coordination de l'offre onco-gériatrique et de définir les parcours de proximité et le recours en centre expert. Le maintien d'une offre de proximité sur chaque site est également envisagé.

Pour le parcours de l'insuffisance cardiaque, le travail en lien avec la cardiologie hospitalière et libérale pour un parcours de suivi des patients en rupture de suivi cardiologique en raison de difficultés d'accès est proposé, ainsi que l'amélioration du parcours au cours d'hospitalisation en protocolisant le recours au cardiologue.

Pour les soins critiques :

- Le constat d’une région, et notamment le GHT d’Armor, sous dotée en lits de réanimation
- Des évolutions règlementaires en cours ou à venir sur la structuration des soins critiques (réforme des autorisations)
- Au-delà de la réflexion sur l’offre (capacitaire et typologie de prise en charge), nécessité de partager les expertises, d’harmoniser les pratiques et de développer l’interconnaissance au sein du GHT

Les contributeurs ont également identifié un prérequis à tout travail en filière : **améliorer l’attractivité, le recrutement et la fidélisation des professionnels**. Il s’agit d’une thématique importante traitée précédemment dans le PMSP.

Au regard de ces états des lieux et dans une réflexion globale 3 axes majeurs et transversaux ont pu être définis :

- A. Développer et améliorer les liens : ville-hôpital, inter-établissements, inter services....**
- B. Innover, maintenir un haut niveau d'expertise médicale et scientifique, améliorer la pertinence des soins**
- C. Développer la prévention et l'éducation thérapeutique en lien avec les acteurs de ville**

A. Développer et améliorer les liens : ville-hôpital, inter-établissements, inter services....

<p>Enjeux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser les hospitalisations programmées grâce à la formalisation des parcours en lien avec la ville • Pacifier la coexistence des flux d'hospitalisation programmé / non programmé • Donner toute leur place à la médecine polyvalente et aux spécialités médicales • Formaliser des parcours post hospitalisation 	<p>Objectifs, cible :</p> <p>Fluidifier les parcours et conserver de la proximité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer et/ou améliorer les liens inter-établissements pour conserver un maillage territorial - Développer les liens interservices pour fluidifier les prises en charge et les parcours - Développer et/ou améliorer les liens ville-hôpital
<p>Principales actions à mener :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Conserver un maillage territorial et un accès à des soins spécialisés 2) Fluidifier les parcours en développant les liens interservices et inter-établissements 3) Fluidifier les parcours en développant les liens ville-hôpital 4) Améliorer l'aval dans un contexte de saturation des services de médecine <p>Détail ci-après.</p>	
<p>Outils/Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre le développement d'outils communiquant et harmonisés au sein du GHT et avec la ville (numérique) - Poursuivre la convergence des fonctions support du GHT et de l'harmonisation des pratiques (notamment RH) 	<p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de praticiens en exercice multi-sites, - Nombre de FMIH et PIE constitués

A. Développer et améliorer les liens : ville-hôpital, inter-établissements, inter services....

Les actions à mener :

1) **Conserver un maillage territorial et un accès à des soins spécialisés**

Médecine de spécialité :

Au sein du GHT d'Armor, plusieurs spécialités ne sont représentées qu'au sein de l'établissement support. Par ailleurs, l'offre de ville se délite au fil des années ne laissant plus d'autre recours que l'hôpital. Enfin, les ressources médicales ne sont pas toujours suffisantes au sein des services hospitaliers.

Néanmoins, pour répondre aux besoins de la population, il est important de maintenir un accès au spécialiste en proximité chaque fois que possible, a minima sous la forme d'avis, de consultation, d'HDJ.

Il s'agit de travailler au sein des filières notamment pour :

- Créer des équipes médicales de territoire/FMIH
- Développer des activités multi-sites (consultations avancées, actes délocalisés...)
- Développer des projets de filière à l'échelle du GHT avec gradation des soins, optimisation des parcours patient

Médecine gériatrique :

S'agissant de la médecine gériatrique, au regard de notre territoire de santé vieillissant, l'offre de médecine gériatrique a vocation à rester en proximité. La démographie médicale des gériatres invite néanmoins à la vigilance pour les années à venir, d'autant que les patients accueillis sont de plus en plus fragiles et dépendants.

Cette proximité n'exclut néanmoins pas des « spécialisations » selon les sites pour optimiser les ressources avec des professionnels formés (exemple : onco-gériatrie, psycho-gériatrie...).

Médecine polyvalente :

La médecine polyvalente est une spécialité émergente qui doit se structurer et trouver sa place au sein des établissements. L'identification forte à travers une dénomination unique (aujourd'hui plusieurs désignations cohabitent, parfois au sein d'un même établissement) permettra de structurer et rendre lisible l'offre de soins qui se veut de proximité.

Soins critiques :

La réglementation et la normalisation de la spécialité induit une gradation de l'offre. Néanmoins, un maillage territorial est à conserver en lien avec les sites disposant d'un Service d'accueil des urgences.

A. Développer et améliorer les liens : ville-hôpital, inter-établissements, inter services....

2) Fluidifier les parcours en développant les liens interservices et inter-établissements

- Fluidifier les parcours patients avec le SAU, la médecine polyvalente, la médecine gériatrique (exemple : existence d'équipe mobile d'orientation gériatrique), les soins critiques au sein de chaque établissement
- Pour les services ne disposant pas de plateau technique complet et/ou de spécialiste sur place :
 - 1) Faciliter la programmation d'HDJ spécialisé pour le suivi du patient en sortie d'hospitalisation
 - 2) Développer l'accès à des consultations de spécialiste en identifiant des créneaux à programmation rapide
 - 3) Faciliter l'accès au plateau technique (imagerie, actes interventionnels par spécialiste...) par des créneaux dédiés
- Travailler les modalités de recours à l'avis (ou transfert) d'un service de médecine polyvalente vers le service de médecine de spécialité de l'établissement support

3) Fluidifier les parcours en développant les liens ville-hôpital

- Pour les spécialistes, poursuivre le développement d'outils et organiser l'offre d'avis et de télé expertise (téléphone d'avis, télé expertise) à destination des professionnels de ville.
- Pour tous, il s'agit de développer les partenariats et les coordinations avec la ville (hospitalisation à domicile, dispositif d'appui à la coordination, communauté professionnelle territoriale de santé...).

4) Focus sur la fluidification de l'aval dans un contexte de saturation des services de médecine

Dans un contexte de saturation des services d'hospitalisation de médecine et de vieillissement de la population, il s'agit de travailler sur les leviers, en lien avec les partenaires internes ou externes, afin d'améliorer les parcours.

➤ **Pour tous les patients**

- Fluidifier et accélérer les transferts vers les SMR dès que cela est possible
- Améliorer le dialogue entre les services de médecine (ou chirurgie) et les SMR (perfectionner l'outil, revoir les critères d'admission...)

A. Développer et améliorer les liens : ville-hôpital, inter-établissements, inter services....

➤ Pour les personnes vulnérables hospitalisées

- Réajuster si nécessaire le dimensionnement du service social pour mieux répondre au besoin
- S'appuyer sur nos partenaires pour organiser la sortie : DAC, HAD, hébergement temporaire, lien avec médecin coordonnateur EHPAD...
- Créer, pour chaque établissement, une cellule de « cas complexes », permettant de coordonner, dans un cadre pluri-professionnel (médical, social...), les sorties des patients les plus vulnérables.

B. Innover, maintenir un haut niveau d'expertise médicale et scientifique, améliorer la pertinence des soins

<p>Enjeux :</p> <ul style="list-style-type: none">• Maintenir un égal accès aux soins en tout point du territoire malgré la raréfaction des ressources• Promouvoir la politique du bon patient, au bon endroit, pour le temps nécessaire	<p>Objectifs, cible :</p> <ul style="list-style-type: none">- Consolider les équipes médicales- Développer les nouveaux métiers et nouvelles modalités d'exercice- Travailler sur la pertinence- Promouvoir la recherche clinique, médicale et infirmière
<p>Principales actions à mener :</p> <ol style="list-style-type: none">1) Innover2) Maintenir un haut niveau d'expertise médicale et scientifique3) Améliorer la pertinence des soins <p>Détail ci-après.</p>	
<p>Outils / moyens :</p> <ul style="list-style-type: none">- Formation professionnelle- Formation continue- Outils numériques- Adaptation de nos structures aux nouveaux modes de prise en charge <p>=> agilité des organisations</p>	<p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none">- nb de séjours multi RUM, IPDMS- taux de ré hospitalisation- part du programmé- part de l'ambulatoire

B. Innover, maintenir un haut niveau d'expertise médicale et scientifique, améliorer la pertinence des soins

Les actions à mener :

1) **Innover**

➤ **Rester à la pointe des innovations technologiques**

Il s'agit, pour tous, de poursuivre le développement de la télésurveillance, des téléconsultations, ...

Disposer d'outils intuitifs et sécurisés pour faciliter les staffs et discussions d'équipes inter-établissement

➤ **Encourager et soutenir les innovations managériales et organisationnelles**

Encourager et soutenir les expérimentations d'organisation et de management innovantes dans l'objectif : d'améliorer l'accessibilité des services de santé aux usagers ; de fluidifier leur parcours médical et de soin tout en veillant à une meilleure utilisation des ressources (expertise des professionnels) et techniques (dernières innovations techniques de diagnostic et de traitement) ; le tout en assurant un suivi de qualité.

➤ **Former aux nouveaux métiers**

Les différents groupes thématiques ont notamment évoqué le métier d'Infirmier en Pratique Avancée. Il s'agit d'intégrer ces nouveaux métiers comme une opportunité pour améliorer la prise en charge et les parcours patient.

2) **Maintenir un haut niveau d'expertise médicale et scientifique**

- Développer/maintenir les liens avec les CHU
- Promouvoir la formation continue
- Développer la recherche clinique en lien avec le Centre anti cancéreux et les CHU

3) **Améliorer la pertinence des soins**

- Développer des parcours patient pour limiter un recours injustifié aux urgences
- Développer les hospitalisations programmées (HDJ-HDS)
- Développer les soins ambulatoires à chaque fois que possible : HDJ, consultations externes

C. Développer la prévention et l'éducation thérapeutique en lien avec les acteurs de ville

<p>Enjeux :</p> <p>Les professionnels de santé ont un rôle central dans l'effort collectif qui doit conduire au « virage préventif » nécessaire à notre système de santé. Ils contribuent à donner aux patients les moyens d'être acteurs de leur santé, à tout âge. Ils peuvent agir pour aider leurs patients à améliorer leur environnement, leurs habitudes de vie (alimentation, activité physique, consommation d'alcool, tabac...), et adopter des pratiques favorables à leur santé (vaccination, dépistage, ...) selon les recommandations en vigueur. Ils peuvent aussi, via l'éducation thérapeutique du patient (ETP), aider les personnes concernées par une maladie chronique à améliorer leur qualité de vie.</p> <p>Au-delà des actions individuelles, les professionnels de santé peuvent participer à la mise en œuvre d'actions collectives visant à promouvoir les environnements et les comportements favorables à la santé, et prévenir ainsi l'apparition ou l'aggravation de pathologies.</p> <p>Néanmoins, la démographie médicale défavorable ne permet pas toujours aux professionnels de santé de conduire ces actions de prévention autant qu'ils le souhaiteraient.</p> <p>Par ailleurs, les liens avec les autres acteurs de la prévention (CPTS, associations, organismes publics...) ne sont pas toujours connus ou fluides.</p>	<p>Objectifs, cible :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remettre la prévention et l'éducation thérapeutique au cœur des soins - Permettre au patient de devenir acteur de sa santé - Conforter les liens entre tous les acteurs de la prévention
<p>Principales actions à mener :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Accompagner et développer l'éducation thérapeutique au sein des établissements 2) Soutenir les actions de prévention en lien avec les associations, en proximité (journées nationales...) <p style="text-align: center;">⇒ Au-delà du soutien et développement de l'éducation thérapeutique et des actions de préventions ciblées, cet item est à rapprocher de la démarche de la responsabilité populationnelle</p>	
<p>Outils / moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer les actions de prévention en lien avec la ville • Déployer la responsabilité populationnelle 	<p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'action de prévention réalisée par an - Nombre de programme d'éducation thérapeutique

ACTIONS REMARQUABLES DES 5 PROCHAINES ANNEES – Médecine

- **Filière rhumatologie** : proposer une offre graduée de la prise en charge en développant les activités multi site et en structurant des filières de soins (ex : ostéoporose) / développer les protocoles de coopération
- **Filière Médecine gériatrique** : travailler le parcours de l'insuffisance cardiaque du sujet âgé en lien avec la filière de cardiologie / augmenter les lits dédiés aux patients ayant des troubles psycho-comportementaux aigus incompatibles avec l'activité des services
- **Filière Oncologie-hématologie** : poursuivre le développement de la chimiothérapie en proximité
- **Filière Néphrologie-hémodialyse** : poursuivre le partenariat avec l'AUB dans l'objectif d'une gestion partagée de la dialyse en centre, hors centre et à domicile / participation commune à la PDS/ partage des outils informatiques / participation commune aux consultations avancées, aux journées de prévention et de dépistage / mutualisation des locaux....
- **Filière endocrinologie-diabétologie** : maintenir l'égalité des chances dans la prise en charge en formant les partenaires de ville (médecins traitants, infirmiers... aux pathologies endocriniennes et à la diabétologie. En poursuivant le développement l'offre de soins médicale et paramédicale (consultation, HDJ...) sur le territoire à travers une offre graduée. En s'appuyant sur les nouvelles technologies pour la téléexpertise, télésurveillance...
- **Filière cardiologie** : relocaliser les compétences en rythmologie interventionnelle (activité d'ablation complexe) / poursuivre le développement de l'imagerie en coupe (développer les coro-scanner et les IRM => délais longs)
- **Filière pneumologie et onco-thoracique** : améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques (BPCO, ASTHME...) et d'onco-thoracique) en développant les nouvelles modalités telles que la télésurveillance, collaboration IPA et spécialiste...)
- **Filière neurologie** : développer une filière de neuro-gériatrie notamment pour les patients AVC en lien avec les gériatres / création d'un centre de neuroradiologie interventionnelle avec réalisation de thrombectomies (aujourd'hui prises en charge à Rennes ou Brest)
- **Filière Soins critiques** : décliner la réforme des autorisations sur le territoire en proposant une offre graduée et coordonnée
- **Filière Médecine Polyvalente**: structurer la place de la médecine polyvalente dans les établissements

Concernant la médecine d'organe, les projets de 7 filières de spécialité parmi les 10 ayant contribué aux travaux figurent en annexe du présent projet.

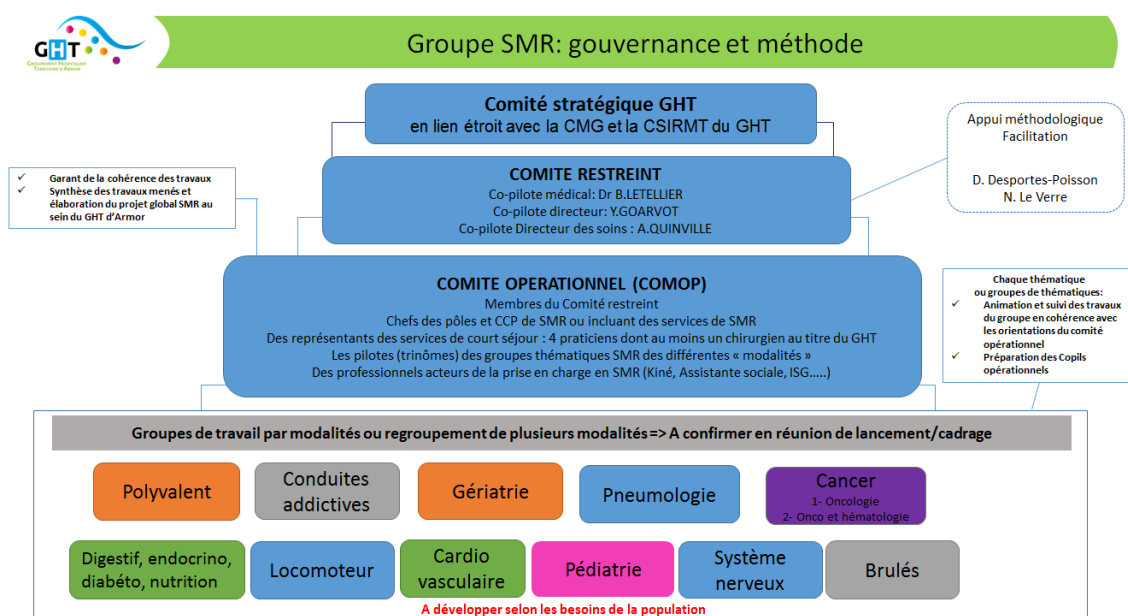
4 – Les Soins médicaux et de réadaptation (SMR)

Contexte :

L'objectif des travaux a été de créer une dynamique de travail entre les professionnels afin de définir la cible d'organisation à 5 ans. Il a également été conduit dans la perspective de la mise en œuvre de la réforme des autorisations.

La complémentarité entre les sites et entre les professionnels, afin d'apporter une réponse aux besoins des patients en tout point du territoire, en garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge dans un contexte démographique contraint reste la cible.

A l'instar des travaux conduits pour la chirurgie ou la médecine, il s'agissait d'un groupe de travail unique regroupant 3 groupes thématiques. L'objectif de cette méthode était de trouver des grands principes communs aux services de SMR qui auront vocation à se décliner dans les projets de filière.



Au cours de la réunion de lancement, le choix a été fait de regrouper plusieurs modalités afin de réaliser un travail commun.

Aussi, les regroupements ont été réalisés comme suit :

Ce qui est retenu au cours de la réunion de lancement
SMR Cardiovasculaire + Digestif, endocrinologie, diabétologie nutrition + Pneumologie Pilotes: Dr BOUILLY-GORY, Dr GRALL, Mme CAPRON
SMR Systèmes nerveux + locomoteur Pilotes: Dr DELARUELLE, M. L'HOSPITALIER, Mme GUILLERM
SMR Polyvalent + Gériatrique Pilotes: Dr LANNOU, Mme HERVE
SMR Conduites addictives: Travaux menés avec partenaires – en lien avec établissements de santé mentale
SMR (jeunes enfants), enfants et adolescents: Poursuite de la réflexion engagée par le CHLT et le CHM dans le calendrier du « groupe SMR GHT ».
1- Modalité SMR hématologie => Exclue 2- Modalité SMR oncologie => Proposer à la filière oncologie-hématologie du GHT d'évaluer les besoins pour le territoire Pas de groupe ad hoc au regard des besoins mais intégration de la réflexion dans le groupe SMR polyvalent et gériatrique notamment
Modalité SMR Brulés => Exclue, offre de recours

Un état des lieux a permis d'identifier les principaux points forts et de faiblesse de l'offre SMR sur le territoire.

Chaque groupe thématique a pu réaliser son état des lieux, à la fois quantitatif et qualitatif.

Par ailleurs, la **réforme de l'activité de SMR issue des décrets du 11 janvier 2022** a modifié le découpage des activités antérieurement connu. Ont été nouvellement identifiées :

- une modalité pédiatrie à part entière comprenant un découpage par tranche d'âge des « 4 ans et + » et un autre des « 0 à 18 ans ».
- une modalité cancer divisée en oncologie et oncologie/hématologie (permettant pour cette dernière la réalisation de chimiothérapies).

Sur cette dernière modalité (cancer), si un besoin a été identifié, la file active a été difficile à évaluer et le manque de professionnels (notamment oncologues) n'a pas permis à ce jour de calibrer précisément l'offre sur cette spécialité.

Le groupe SMR polyvalent et gériatrique a néanmoins évoqué la possibilité de développer une offre en SMR onco-gériatrique pour les patients âgés atteints de cancer éligibles.

D'un point de vu capacitaire, il a été identifié que le **territoire de santé était sous doté**. Pour atteindre le taux d'équipement régional, le territoire de santé doit augmenter son capacitaire de 37 lits et 4 places (estimation faite à partir des données STATISS 2021).

Source: STATISS 2021 édition 2022

Public et privé	Territoire 7	Bretagne	National
Taux d'équipement	1,6	1,7	1,8
Nombre de lits et places T7	664	705 *	747 *
Ecart fonction taux d'équipement	0	+ 41 Soit 37 lits et 4 places	+ 83 Soit 75 lits et 8 places

* Extrapolation du nombre de lits et places avec taux d'équipement régional et national

À l'horizon 2050, la population devrait s'accroître mais à un rythme 2 fois moins soutenu qu'en Bretagne entraînant la poursuite du vieillissement de la population

445 069 habitant.e.s en 2050
Dont 31 % de personnes de 75 ans et plus contre 12 % en 2018

49,2 % en moyenne par an entre 2018 et 2050
508 + 821 hab./an

Par ailleurs, le territoire de santé n°7 est particulièrement vieillissant, conduisant à un recours important avec des prises en charge souvent lourdes.

Au regard de cet état des lieux et dans une réflexion globale 2 axes majeurs ont pu être définis :

- Graduer les prises en charge en distinguant l'offre de recours et de proximité**
- Améliorer les prises en charge à travers des parcours innovants ouverts sur la ville**

A. Graduer les prises en charge en distinguant l'offre de recours et de proximité

<p>Enjeux :</p> <p>Les données de démographie médicale nous invitent à préserver les ressources actuelles et développer l'attractivité pour les professionnels. Pour cela, l'accès aux soins d'expertise doit être coordonné sur les territoires de santé pour optimiser les ressources tout en préservant un accès à la prise en charge des patients. Il s'agit, en tenant compte des ressources médicales contraintes, de combler les manques en termes d'offre de soins en conservant une offre graduée pour préserver les expertises.</p>	<p>Objectifs, cible :</p> <ul style="list-style-type: none">- Graduer l'offre de soins en distinguant ce qui relève du recours et ce qui relève de la proximité- Spécialiser les services pour ce qui relève du recours- Maintenir l'attractivité des plateaux techniques et l'expertise
<p>Principales actions à mener :</p> <ol style="list-style-type: none">1) Organiser les parcours en distinguant ce qui relève de la proximité et ce qui relève du recours2) En conséquence, organiser la spécialisation ou hyperspécialisation des sites et les modalités de prise en charge3) Mesurer les impacts et les besoins sur les plateaux techniques (capacitaire, équipements...)4) Mesurer les impacts et les besoins sur les ressources humaines	
<p>Outils / moyens :</p> <ul style="list-style-type: none">- identifier et faire connaître les expertises des différents services- développer les différentes modalités de prise en charge	<p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none">- formalisation des projets médicaux

A. Graduer les prises en charge en distinguant l'offre de recours et de proximité

Les actions à mener :

1) Organiser les parcours en distinguant ce qui relève de la proximité et ce qui relève du recours

En raison de la pénurie médicale et pour permettre l'expertise de centres de référence au sein du GHT, il s'agit de distinguer ce qui relève du recours extra-GHT (centre de référence régional), intra-GHT (centre de référence GHT) et de ce qui relève de la proximité

2) Mesurer les besoins non couverts ou insuffisamment couverts pour proposer une offre adaptée aux besoins de la population

1. Les besoins non couverts ou insuffisamment couverts

Comme indiqué en préambule, le territoire est sous doté en équipement de SMR. Sur un tel constat, il s'agit de préciser les besoins insuffisamment couverts.

2. Adapter les modalités de prise en charge pour répondre aux besoins de la population

Dans une logique de parcours, le constat porté essentiellement par les adresseurs est l'adhésion du patient à la rééducation. Aussi, les parcours spécialisés, « experts », peuvent et doivent se faire sur un seul centre en hospitalisation complète et/ou de jour.

Sur des parcours plus emblématiques comme la prise en charge post syndrome coronarien aigu, la distance et les modalités du séjour impactent l'adhésion du patient.

- L'hospitalisation complète peut être centralisée sur 1 site
- Pour les Hôpitaux de jour, c'est un moyen de développer de la proximité => d'autres parcours plus innovants comme les équipes mobiles, la télé réadaptation ou des modèles hybrides pourront également répondre à cette difficulté

3) Mesurer les Impacts et les besoins sur les plateaux techniques (capacitaires, équipements...)

Dans une logique de reconfiguration de l'offre, il s'agira de mesurer les impacts sur le capacitaire et les besoins en équipements.

4) Mesurer les Impacts et les besoins sur les ressources humaines

Il s'agira également de mesurer l'impact en termes de ressources humaines pour le fonctionnement et répondant au cahier des charges.

B. Améliorer les prises en charge à travers des parcours innovants ouverts sur la ville

<p>Enjeux :</p> <p>Compte tenu des enjeux populationnels (santé publique, vieillissement de la population, démographie médicale...), de nouveaux modes de prise en charge doivent émerger pour offrir une équité dans la prise en charge pour des soins de proximité. Il s'agit donc d'innover pour permettre au plus grand nombre l'accès aux soins.</p> <p>Si les soins médicaux et de réadaptation contribuent à fluidifier l'aval du MCO, ils contribuent également à éviter les aggravations de l'état de santé des patients et ainsi un risque de nouvelle hospitalisation.</p> <p>Les constats relayés par les adresseurs ont souvent portés sur le manque de lisibilité des modalités d'admission, un manque de visibilité sur les délais de prise en charge et une certaine rigidité des prises en charge de SMR.</p>	<p>Objectifs, cible :</p> <ul style="list-style-type: none">- Améliorer l'accès aux soins médicaux et de réadaptation pour la population- Proposer des parcours lisibles et innovants en lien avec les partenaires de ville et les associations dans un objectif de proximité (parcours hybride, télésanté...).- Permettre au patient de devenir acteur de sa santé
<p>Principales actions à mener :</p> <ol style="list-style-type: none">1) Optimiser et rendre lisible les modalités d'admission en SMR (adressage, ORIS, consultations de préadmission, critères d'admission...)2) Pour chaque modalité, décrire et communiquer sur les parcours emblématiques en lien avec les adresseurs (ex : AVC)3) Développer, chaque fois que possible des parcours hybrides, avec des prises en charge multimodales (HC/ HDJ/télémédecine...) et éventuellement multi-sites avec une complémentarité entre les sites.	
<p>Outils/Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none">- définir des parcours formalisés avec les adresseurs de court séjour- organiser des rencontres régulières entre partenaires du court séjour et du SMR- organiser des rencontres régulières entre acteurs du SMR (vers une FMIH ?)	<p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none">- Nb de parcours formalisés- IPDMS des services adresseurs

B. Améliorer les prises en charge à travers des parcours innovants ouverts sur la ville

Les actions à mener :

1) Optimiser et rendre lisible les modalités d'admission en SMR (adressage, ORIS, consultations de préadmission, critères d'admission...)

Constat : des modalités d'admission différentes selon les sites, des critères peu connus des adresseurs, des parcours « rigides » parfois peu adapté au profil du patient...

2) Pour chaque modalité, décrire et communiquer sur les parcours emblématiques en lien avec les adresseurs (ex : AVC)

Il s'agit, pour les parcours les plus emblématiques, de décrire les modalités d'adressage en SMR fonction de l'état de santé du patient, ses besoins et l'offre proposée.

3) Chaque fois que possible, développer des parcours « hybrides », avec des prises en charge multimodales et éventuellement multi-sites, voire à domicile, en complémentarité avec les acteurs de ville et du domicile

Face au constat du recours insuffisants aux SMR, notamment spécialisés et au renoncement important du patient face à des problématiques pratiques telles que la distance du centre, l'incompatibilité avec le mode de vie (reprise du travail, traitements lourds rendant les horaires proposés incompatibles)...il s'agit d'innover et de proposer des alternatives nouvelles et complémentaires.

ACTIONS REMARQUABLES DES 5 PROCHAINES ANNEES – SMR

- **SMR Cardiovasculaire => création d'un parcours hybride hospitalisation complète / télé réadaptation à domicile**
- **SMR Respiratoire => création d'une équipe mobile de réadaptation à terme et en relais avec les acteurs de ville (Maisons sport santé par exemple)**
- **SMR Nutrition / diabétologie => prise en charge des patients obèses : projets de parcours en lien avec les CPTS et les Maisons sport santé et création d'une équipe mobile à terme**
- **SMR Enfants-adolescents => partenariat public/privé, projet d'organisation des SMR enfants-adolescents en Fédération à l'échelle du département (accompagnement ARS)**
- **SMR Gériatrique : polarisation Est/Ouest : création d'un HDJ d'onco-gériatrique (besoin non couvert aujourd'hui)**
- **SMR Neurologique : création d'une activité de réadaptation PREcoce Post-Aiguë Neurologique (PREPAN) à Lannion (vocation territoriale) et couvrir l'est du territoire**

Les travaux des différents groupes de travail figurent en annexe du présent projet.

PARTIE 4 - Inscrire le GHT dans une démarche de responsabilité populationnelle

1. Renforcer les liens avec nos partenaires

L'ensemble des travaux menés dans le cadre de la préparation de ce PMSP ont montré une volonté de renforcer les liens avec les partenaires et ainsi, prendre en charge le patient dans sa globalité.

Ces réflexions poussent à l'innovation, à la créativité, pour permettre des ponts et une fluidité des prises en charge. Il s'agit également d'éviter les ruptures de soins, notamment pour des pathologies chroniques ou longues nécessitant des prises en charge complexes et pluri-professionnelles.

Ainsi, le groupe de travail SMR a innové à travers des réunions permettant un contact simple mais riche entre les différents acteurs. Cela a considérablement nourri les réflexions et permis de se projeter dans des parcours innovants. Cela a pris la forme des « Jeudis du SMR » qui ont ponctué les travaux du groupe.



Il s'agit sans doute d'un format à reconduire pour d'autres projets.

C'est un premier pas vers des échanges plus longs et riches pour des projets communs.

Rencontres « FLASH » entre les pilotes des groupes de travail et les partenaires du territoire sur des complémentarités de prise en charge (format visio 45 mn max, 12h00-12h45) :

Programme:

- Jeudi 30 mars : rencontre CPTS du Trégor et du Penthièvre
- Jeudi 6 avril : rencontre Maison sport Santé de Guingamp + représentant APA (nouveau métier)
- Jeudi 13 avril : rencontre HAD du Trégor + HAD de Guingamp
- Jeudi 4 mai : rencontre des DAC

2. L'addictologie : une filière de soins pluri-partenariale

Les acteurs du champ sanitaire et de la psychiatrie des Côtes d'Armor ont souhaiter échanger sur les besoins insuffisamment couverts sur l'est du territoire de santé n° 7.

D'un point de vue épidémiologique, le besoin du département est documenté :

- Forte mortalité prématurée en lien avec les conduites addictives (supérieure à la moyenne régionale)
- Prévalence élevée des troubles liés à son usage (supérieure à la moyenne régionale)

Par ailleurs, au sein du département, des besoins spécifiques existent sur la **partie briochine élargie (Saint-Brieuc Armor Agglomération et Lamballe Terre et Mer)** :

- Une aire urbaine regroupant près d'un 1/3 des habitants du département
- Confrontée à une carence d'offre de soins localisée

Sur le reste du département, une offre graduée qui souffre néanmoins de carences :

Partie Ouest du département :

- Une offre de sevrage globalement adaptée mais centralisée (Fondation Bon Sauveur de Bégard)
- Des besoins correctement couverts sur le reste de la filière

Partie Est du département :

- Une filière addictologie structurée mais qui présente des carences en termes de sevrage et post-sevrage

Partie Sud du département :

- Une offre de soins complète mais pas entièrement satisfaisante en termes de sevrage (fermeture de l'unité du CH du Centre Bretagne)

- Une offre de sevrage globalement adaptée qui doit être maintenue
- Une offre ambulatoire qui nécessite d'être harmonisée sur le sud du territoire (évolution des CMP)

Sur le bassin briochin, des carences majeures de l'offre de soins :

- Fort déficit d'offre de sevrage tant pour les prises en charge à valence somatique que psychiatrique
- Insuffisance de l'offre de post-sevrage :
 - Absence d'offre de post-sevrage immédiat, tant sur les valences somatiques que psychiatrique (avant l'intégration d'un SSR A)
- Saturation des consultations et délai d'attente conséquents sur l'offre ambulatoire

⇒ Dans le cadre du PR3 et du PMSP, une réflexion commune menée avec les partenaires du CAC pour identifier un projet partagé à même de résoudre cette situation identifiée de longue date

Le projet d'une organisation globale dans une logique de parcours :

- **L'identification de 4 niveaux** : ambulatoire (consultations et HDJ), sevrage, post-sevrage (ex cure), soins de suite (post-cure)
- **Une extension de l'offre capacitaire du CH de St Brieuc de 6 à 12 lits** (dont 6 de post-sevrage correspondant aux « sevrages complexes »)
- **La création d'une offre de 6 lits de sevrage à St Jean de Dieu** pour des patients sans risque de décompensation somatique et présentant un risque de pathologie psychiatrique ou ayant une pathologie duelle avérée
- **La création de 14 lits de post-sevrage assortie d'une prise en charge psychothérapeutique à St Jean de Dieu**

⇒ Une proposition qui permet de rééquilibrer la répartition géographique des lits en fonction de la population

3. La responsabilité populationnelle, une expérimentation à conduire

Le GHT d'Armor a souhaité porter une démarche de responsabilité populationnelle en suivant la méthodologie proposée par la FHF et expérimentée par différents établissements de santé en France.

Par ailleurs, le GHT d'Armor souhaite développer la responsabilité populationnelle sur le territoire du GHT d'Armor en s'adossant sur les quatre hôpitaux de proximité labellisés sur GHT d'Armor. Cette mission est effectivement celle des hôpitaux de proximité labellisés. La présence au sein du GHT de 4 sites permet de déployer cette politique de prévention en lien avec les partenaires de ville, tout en assurant un réel maillage du territoire.

L'article 20 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé dispose que « l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire. »

LE CHOIX DE LA THEMATIQUE : LE DIABETE TYPE II

Après étude des enjeux de santé publique, de la capacité des territoires autour des hôpitaux de proximité à relever le défi (acteurs déjà présents, partenaires identifiés...) mais également au regard des ressources intra-GHT identifiées, le **diabète type II** apparait comme la pathologie présentant un facteur de réussite important.



1. Acteurs identifiés sur le territoire du GHT d'Armor :

Au sein du GHT d'Armor :

- Implication des médecins endocrinologues hospitaliers (le pilote du groupe de travail est un endocrinologue responsable du service plaies et cicatrisation de Paimpol et le chef de service d'endocrinologie a participé aux travaux),
- Des représentants des usagers sensibilisés, membres du comité de pilotage

Au sein de la ville :

- Une démarche initiée sur le territoire de Quintin sous l'impulsion de médecins généralistes.
- Des associations de patients actives et partenaires des hôpitaux du territoire

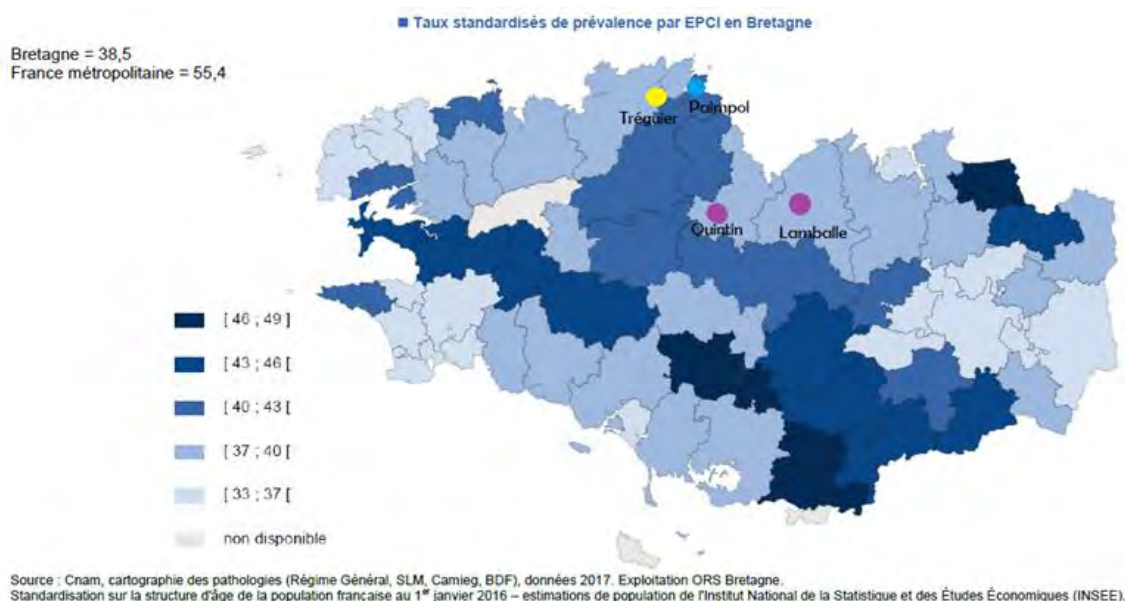
2. Le choix d'une thématique à développer sur les 4 hôpitaux de proximité labellisés

Dans le cadre d'une expérimentation de la méthode, le choix du groupe de travail a été de retenir une seule pathologie permettant de favoriser les échanges sur la démarche entre les 4 territoires des hôpitaux de proximité. Cela permettra de l'échange et du partage entre les différents territoires.

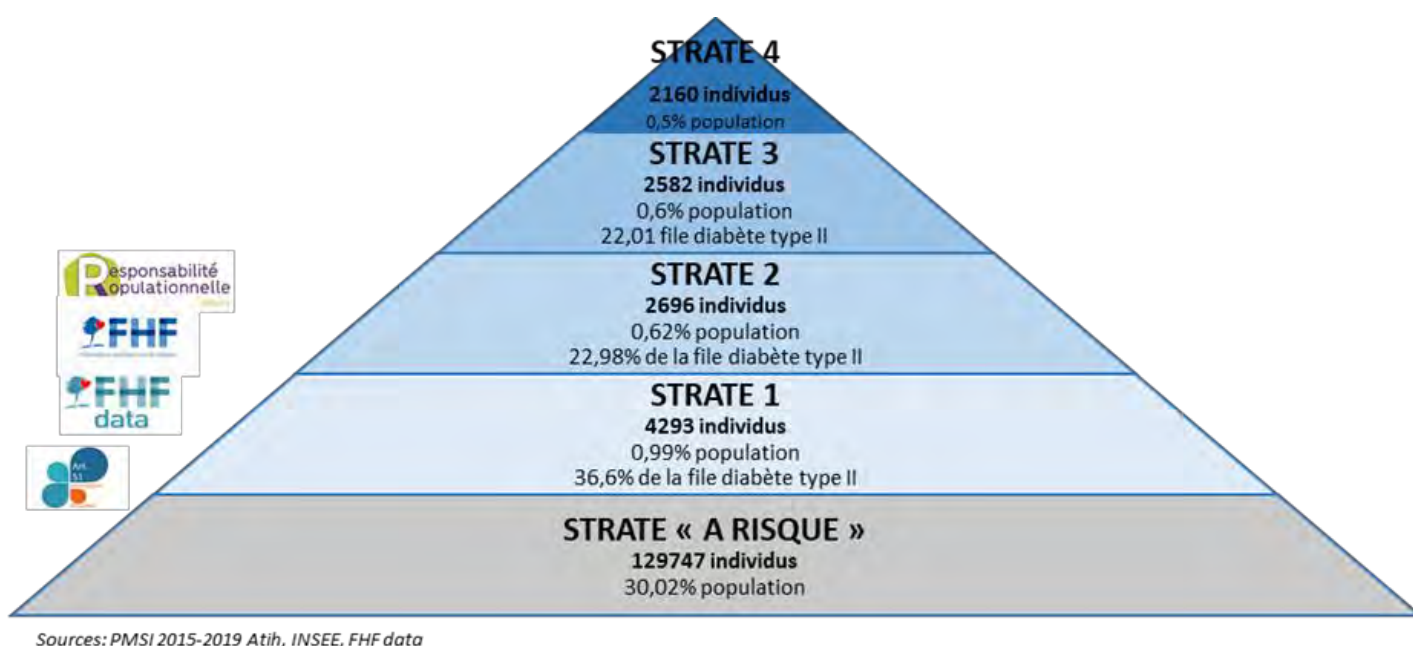
3. Au regard des enjeux de santé publique :

D'un point de vue épidémiologique, la Bretagne a un niveau de prévalence plus faible que la moyenne nationale (taux standardisé de 41,26 % contre 60,28% au niveau national). Néanmoins, en Côtes d'Armor, des disparités existent en fonction des EPCI.

Ci-dessous, la carte de prévalence par EPCI en Bretagne avec identification des 4 hôpitaux de proximité :



Par ailleurs, au regard de la stratification à l'échelle du GHT réalisée par la FHF, on constate que plus de 30% de la population du GHT d'Armor est identifiée comme à risque de développer un diabète de type II.



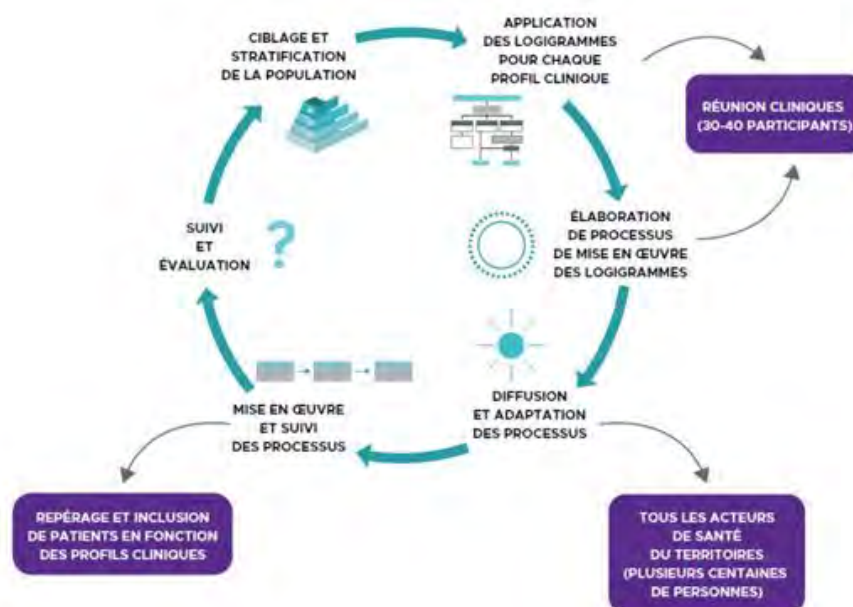
METHODE DE TRAVAIL RETENUE:

L'approche retenue par la FHF réside dans **l'élaboration, puis la mise en œuvre, de programmes d'action, par l'ensemble des acteurs de santé du territoire** (en fait tous ceux qui touchent à la population cible), de la prévention jusqu'aux traitements complexes. Pour élaborer ces programmes, des groupes de travail dénommés « réunions cliniques » sont constitués pour parvenir à un triple consensus :

- Sur la situation de la population du territoire ;
- Sur les meilleures pratiques à mettre en œuvre quant au maintien en santé de cette population ;
- Sur les actions à mettre en œuvre et la façon de s'organiser pour exécuter ces pratiques.

Chaque établissement de proximité devra définir la strate populationnelle intégrant son périmètre de travail et identifier les acteurs et les leviers au sein de son territoire.

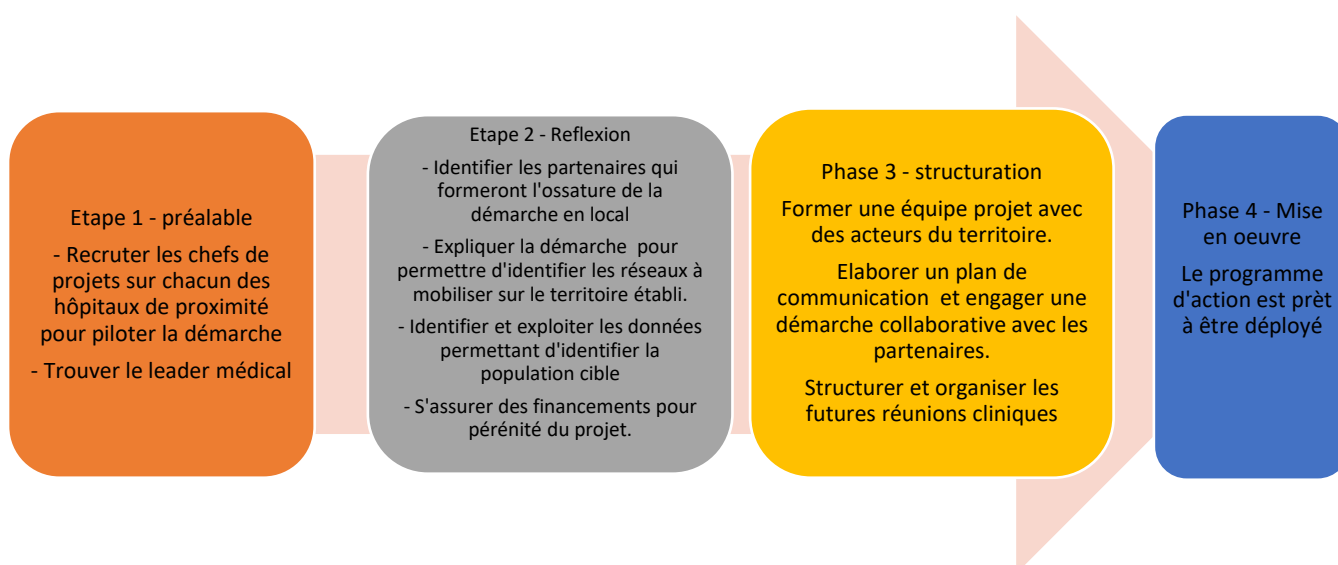
CONCEVOIR ET DÉPLOYER UNE APPROCHE POPULATIONNELLE



Il s'agira, pour les pilotes au sein du territoire, de s'appuyer sur une organisation territoriale. Chaque territoire de proximité devra mettre en œuvre le programme d'action qu'il aura défini.

Chacun pourra s'appuyer sur le guide de démarrage FHF [Guide de démarrage de la Responsabilité populationnelle \(calameo.com\)](http://calameo.com).

Par ailleurs, dans un objectif de partage et d'accompagnement, le GHT prévoit la création d'une gouvernance territoriale permettant d'accompagner la démarche conduite par les hôpitaux de proximité :



La suite

Il nous appartient désormais de décliner ce projet en programme d'action, en lien avec les filières « porteuses » du projet.

La structuration des groupes de travail nous invite également à réviser l'organisation des filières, afin notamment de faciliter la mise en œuvre et le suivi du projet.

Parallèlement, après sa validation par l'ARS, le projet fera l'objet d'un travail complémentaire avec l'Agence Régionale de Santé afin de définir une feuille de route du GHT, elle-même appuyée par les conclusions d'un contrat hospitalier de territoire.

ANNEXES

Annexe 1 - GROUPE CHIRURGIE

+ groupes de travail chirurgie digestive, chirurgie ortho-traumatologie, chirurgie gynécologique

CHIRURGIE ARMOR « ROSSETTI »
Eléments de synthèse, travaux des filières
COSTRA 13 juin 2022



Document de travail

Etude de la perspective d'une activité exclusivement ambulatoire au CH de Guingamp

	Chirurgie digestive	Chirurgie gynécologique (en cours de validation)	Chirurgie Ortho-traumatologie (à consolider)	Anesthésie
Quoi?	<ul style="list-style-type: none"> Hernie, vésicule, biopsie, proctologie, biopsie (protocole lymphome), CIP, VAC, Fistules, hémorroïdes, abcès, éverturations « simples », Endoscopies digestives, dont celles réalisées au CH Paimpol ? 	<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie onco-mammaire éligible à l'ambulatoire => Prérequis: seuil d'autorisation / Faisabilité autorisation d'équipe territoriale ? Autres actes (Endoscopies; conisations,...) IVG chirurgicales (filière périnatalité) Développer l'ambulatoire (sur les 3 sites) pour des prise en charge aujourd'hui réalisées en conventionnel (ex: hystérectomies selon indications) => Développer les parcours RAAC, adapter les techniques opératoires... 	<ul style="list-style-type: none"> Projet assistance urgences mains avec HPCA canal carpien, hallux valgus 	Voir actes autres filières + ORL, OPH
Où	<ul style="list-style-type: none"> Consultations externes sur CHG à organiser. Capacitaire ambulatoire à définir Bloc : 1 salle de chirurgie viscérale dédiée. / 1 salle dédiée pour l'endoscopie digestive 	<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie gynécologique: Maintien des consultations existantes Capacitaire ambulatoire à définir Bloc : 1 salle de chirurgie gynéco dédiée (notamment si activité onco-mammaire) Filière Périnatalité: Préservation des Consultations existantes, comme pour les autres sites et maintien voire renforcement de l'offre de consultations diversifiées existantes (pour gynécologues, SF, puer.), création du CPP. 	<ul style="list-style-type: none"> Consultations externes au CHG à organiser Capacitaire ambulatoire à définir Bloc : - 1 salle de chirurgie ortho dédiée. 	<ul style="list-style-type: none"> Consultations sur le site CHG : 1 anesthésiste chaque jour ouvré bloc : 4 salles
Qui?	<ul style="list-style-type: none"> Principe : ouvert à tous les chirurgiens digestifs du GHT 	<ul style="list-style-type: none"> Les chirurgiens guingampais et les chirurgiens briochins sur la base du volontariat Filière périnatalité: Sages femmes pour les IVG chirurgicales (projet sur les 3 sites) 	<ul style="list-style-type: none"> Principe : Chirurgie main: ouvert aux chirurgiens HPCA Consultations: avancées programmées et post-urgences: 4 demi-journées l'après-midi pour équipe Lannion/Guingamp + 1 demi-journée pour équipe Saint-Brieuc) 	<ul style="list-style-type: none"> Principe de volontariat structuré et contractualisé Anesthésistes : Equipe du CHG + sur la base du volontariat des autres CH IADE : proposition pour une activité exclusive au CHG, hors PDS et possibilité pour les IADE du CHG d'accéder à la PDS du CHSB + CHL, ouverture des 2 sites de PDS à l'ensemble des IADE
Quand?	<ul style="list-style-type: none"> Du lundi au vendredi Si ambulatoire ferme à 21h, possibilité d'opérer jusqu'à 16h. Si l'ambulatoire ferme plus tôt, Bloc le matin et CS l'après-midi 	<ul style="list-style-type: none"> Du lundi au vendredi Si ambulatoire « strict », définir les horaires pour anticiper la sortie le soir. 	<ul style="list-style-type: none"> 5 demi-journées l'après-midi chir d'urgence de la main par libéraux 5 demi-journées le matin de chir programmée + d'urgences (4 pour équipe Lannion/Guingamp + 1 pour équipe Saint-Brieuc) 	<ul style="list-style-type: none"> Du lundi au vendredi Horaires du bloc: 8h/17h, fermeture UCA à 20h
Comment	<ul style="list-style-type: none"> Actes sous AG fait en début de matinée Actes sous AL fait l'AM Principe : remplir les plages avec le programmé Pour le non programmé des urgences avec possibilité d'être transformé en ambulatoire : se ferait en fonction des places éventuellement disponibles, sinon transfert vers CHL OU CHSB en fonction du lieu d'habitation (CH d'orientation à déterminer et à partager pour clarifier les parcours patients) Organiser les replis d'ambu et transports sanitaires inter-établissements 	<ul style="list-style-type: none"> Remplir les plages avec le programmé => Donner la possibilité de proposer aux patientes de St Brieuc et de Lannion une prise en charge chirurgicale sur Guingamp (notamment enjeux de délais...) Vigilances : Bien définir les actes et profils des patientes éligibles à l'ambulatoire sur le CH de Guingamp organiser les replis d'ambulatoire les transports sanitaires inter-établissement (équipe dédiée interne?), faisabilité d'une autorisation d'équipe (sites CHSB/CHG) pour la chirurgie onco-mammaire 	<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie main: non programmé (semi-urgence) transformé en programmé Bien définir les actes et profils des patientes éligibles à l'ambulatoire sur le CH de Guingamp Quid des Patients nécessitant une hospitalisation de 24h à 48h différent d'un repli (= patient sous antibio IV pour main)? 	<ul style="list-style-type: none"> Si 4 salles + CS : 3 anesthésistes par jour Pour PEC Chir main : prévoir des créneaux en fin de cs le matin Prime territoriale pour PNM ?

Document de travail

Etude de la perspective de la chirurgie programmée – hors ambulatoire

	Chirurgie digestive	Chirurgie gynécologique (en cours de validation)	Chirurgie Ortho-traumatologie (à consolider)	Anesthésie
<i>Quoi?</i>	<ul style="list-style-type: none"> Hors cancéro: éventration, colectomie non carcinologique, chir bariatrique, patients non éligibles à l'ambulatoire 	<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie gynéco pelvienne et mammaire hors ambulatoire 	<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie hors ambulatoire 	<ul style="list-style-type: none"> Parcours du patient du bassin de vie du CHG
<i>Où</i>	<ul style="list-style-type: none"> CH St Brieuc et CH Lannion Capacitaire: Envisageable si le capacitaire (lits/bloc) du CHSB et du CHL est augmenté, pour absorber la chirurgie programmée Lannion: Possibilité d'armer une salle Saint-Brieuc: Extension bloc prévue Matériel et RH en conséquences 	<ul style="list-style-type: none"> CH St Brieuc et CH Lannion Capacitaire: Envisageable si le capacitaire (lits/bloc) du CHSB et du CHL est augmenté pour absorber la chirurgie programmée du CHG (CHL: Possibilité d'armer une salle / CHSB: Extension bloc prévue). Matériel et RH en conséquences 	<ul style="list-style-type: none"> CH St Brieuc et CH Lannion 	<ul style="list-style-type: none"> Consultations: majoritairement sur CHL et CHSB Possibilité de réaliser des CS avancées au CHG ? Bloc: CHL + CHSB
<i>Qui?</i>	<ul style="list-style-type: none"> Principe: ouvert à tous les chirurgiens digestifs du GHT 	<ul style="list-style-type: none"> Principe: ouvert à tous les chirurgiens gynéco du GHT 		<ul style="list-style-type: none"> anesthésistes CHSB, CHL, CHG
<i>Quand?</i>	<ul style="list-style-type: none"> Du lundi au vendredi 			
<i>Comment</i>	<ul style="list-style-type: none"> Principe: 2 sites maximum par praticien dont le CHG, le 2ème site est celui où se fait la PDS 	<ul style="list-style-type: none"> Principe: activité sur 2 sites par praticien dont le CHG (2ème site est celui de la PDS). Mais possibilité ouverte, sur le volontariat, de travailler sur 3 sites dont 1 site uniquement pour consultations (ex: Paimpol) => CPP Paimpol à ne pas oublier (filiale périnatalité) + CS avancées onco mammaire existent à Paimpol aujourd'hui. 	<ul style="list-style-type: none"> Principe: 2 sites maximum par praticien dont le CHG, le 2ème site est celui où se fait la PDS 	<ul style="list-style-type: none"> CHSB → CHSB, CHL → CHL et pour CHG: avoir la possibilité de choisir un site de valence programmée
<i>Pourquoi?</i>	<p>Le CHG deviendrait exclusivement un site de chirurgie ambulatoire, impliquant un déport d'activité sur le CHSB et CHLT en hospitalisation complète. Le capacitaire serait donc à réévaluer à partir des taux d'occupation (actuels et cibles), de l'IPDMS et de l'étude de la pertinence des hospitalisations. Le capacitaire des lits d'aval est également à revoir</p>			
<i>spécificité</i>	<p>PEC carcinologique:</p> <p>Si 1 autorisation: CHSB → implique un exercice sur 3 sites pour les chirurgiens lannionais et guingampais</p> <p>Si 2 autorisations: CHSB + CHLT → Vigilance seuils d'autorisation et de l'harmonisation des pratiques (coelio)</p>	<p>PEC carcinologique:</p> <p>Onco-mammaire hors ambulatoire → 1 site, CHSB (Si autorisation d'équipe, que pour ambu à Ggp)</p> <p>Onco pelvienne → conserver 2 autorisations, CHSB+CHLT</p> <p>Vigilance sur les seuils d'autorisation sur CHLT</p>	<p>??</p>	<p>Enjeu de lissage de l'activité, Enjeu sur le capacitaire</p>

Document de

Etude de la perspective de la prise en charge avec 2 PDS au lieu de 3

travail	Chirurgie digestive	Chirurgie gynécologique (en cours de validation)	Chirurgie Ortho-traumatologie (à consolider)	Anesthésie
<i>Quoi?</i>	Organisation médicale de la PDS	<ul style="list-style-type: none"> Organisation médicale de la PDS Conséquence: fermeture du site d'accouchement du CH Guingamp (filière périnatalité) 	<ul style="list-style-type: none"> Organisation médicale de la PDS 	<ul style="list-style-type: none"> Organisation de la PDS
<i>Où</i>	<ul style="list-style-type: none"> PDS sur CH St Brieuc et CH Lannion 	<ul style="list-style-type: none"> PDS sur CH Saint-Brieuc et Lannion <p>Conséquences: Filière périnatalité: 2 sites d'accouchements publics sur Lannion et Saint-Brieuc Filière chirurgie gynécologique: 2 sites de prise en charge des urgences chirurgicales (CHSB et CHL)</p>	<ul style="list-style-type: none"> PDS sur CH St Brieuc et CH Lannion 	<ul style="list-style-type: none"> PDS sur CH Saint-Brieuc et Lannion
<i>Qui?</i>	<ul style="list-style-type: none"> Chirurgiens CH Guingamp : PDS CHLT Chirurgiens CH St Brieuc : PDS CHSB Chirurgiens CHLT : PDS CHLT 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les chirurgiens gynécologues-obstétriciens du GHT avec choix pour les praticiens du CH de Guingamp de rejoindre l'une ou l'autre des équipes pour la participation à la PDS (Filières chirurgie gynécologique et périnatalité) 	<ul style="list-style-type: none"> 2 équipes médicales : une CHSB et un CHLT (praticiens Guingamp rejoignent équipe CHLT) 	<p>Anesthésistes :</p> <p>CHSB → CHSB, CHG → CHSB ou CHL, CHL → CHL (identique pour IADE)</p>
<i>Quand?</i>	<ul style="list-style-type: none"> 24/24 et 7j/7 	<ul style="list-style-type: none"> 24/24 et 7j/7 	<ul style="list-style-type: none"> 24/24 et 7j/7 	<ul style="list-style-type: none"> 24/24 et 7j/7 18h30-8h30
<i>Comment</i>	<p>Cette perspective est envisageable si le capacitaire (lits/ salles de bloc) du CHSB et CHL est augmenté pour absorber l'activité</p> <p>Suppose une organisation des transports sanitaires à l'échelle du GHT</p> <p>Principe : 2 sites maximum par praticien dont le CHG, le 2ème site est celui où se fait la PDS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Principe : activité sur 2 sites par praticien dont le CHG (2ème site est celui de la PDS) mais possibilité ouverte, sur le volontariat, de travailler sur 3 sites dont 1 site uniquement pour consultations (ex: Paimpol) => CPP Paimpol à ne pas oublier (filière périnatalité) + CS avancées onco mammaire existent à Paimpol aujourd'hui. 	<p>A préciser?</p>	<p>Laisser la possibilité aux équipes anesthésistes et IADE de participer à la PDS sur la base du volontariat et avec choix du site</p> <p>1 ligne de garde anesthésiste sur CHL, + 1 salle dédiée aux urgences au CHL</p> <p>2 lignes de garde au CHSB, projet d'avoir 1 ligne complète d'interne</p>
<i>Pourquoi?</i>	<p>Passage de 3 à 2 sites de PDS => Conséquences sur les prises en charge sur le temps de la PDS et la maternité du CH de Guingamp => Anesthésie: Implique une organisation différente de la gestion des sorties SMUR sur le CHG, la nuit et le jour</p>			



Etude de la perspective de l'activité de chirurgie oncologique digestive

	Si 2 autorisations publiques	Si 1 autorisation publique
Site(s)	CHSB CHLT	CHSB
Conditions	<p>Autorisations délivrées par l'ARS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transfert de l'autorisation de la PCT vers CHLT (privé vers public) - Transfert de l'autorisation du CHG vers CHLT (public vers public) <p>Plateau technique : endoscopies interventionnelles (CHLT + CHSB), unités de soins continus (CHLT + CHSB), Réa (CHSB)</p>	<p>Autorisation déjà détenue par le CHSB</p> <p>Plateau technique adapté : endoscopie interventionnelle, réa et USC</p>
Organisation	<p>Fonctionnement à l'identique de la chirurgie programmée non ambulatoire</p> <p>Organisation selon une gradation à 2 niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CHSB : niveau A1 et B1 - CHLT : niveau A1 	<p>Permettre aux chirurgiens habilités du GHT d'accéder au plateau technique du CHSB, Mais :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour certains chirurgiens, organisation complexe : activité sur 3 sites (PDS sur CHLT, Ambu : CHG, Cancéro CHSB) - Bloc du CHSB déjà saturé → augmentation du nombre de salles
Risques	<p>L'atteinte des seuils au CHLT est conditionnée par les effectifs de gastro-entérologues « adresseurs »</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Départ de praticiens du CHG si pas d'autorisation de cancérologie au CHLT, ou pas de possibilité de travailler sur CHSB - Manque d'attractivité médicale du site CHLT - 1 autorisation implique un exercice sur 3 sites pour certains chir → non viable pour les sites de Guingamp et Lannion

Synthèse projections capacitaires – équipes-parcours



PLATEAUX DE CHIRURGIE





5 SALLES
(dont 1 endoscopie
1 césarienne, NB: +1 non armée)



6 SALLES
(dont 1 endoscopie
1 césarienne)



14 SALLES
(dont 3 endoscopie
NB: bloc obstétrique séparé)



1 SALLE
REARMEE

Clivage salle prog/non prog
Absorption prog/non prog GP (1/3)
Incertitude fusion PCT



4 SALLES
PLATEAU AMBULATOIRE

1 salle partagée ortho/traumato main
1 salle digestif
2 salles pour gyneco/endoscopie/ophtalmo
(Enjeux démographie méd / attractivité / autorisation sein)
Discuter salle petite chirurgie sous AL



2/3 SALLES
(Salle hybride incluse)

Passage à 3 salles non prog en semaine
Absorption prog non prog GP (2/3)
Absorption démographique (+13% / 2030)

UNITES D'HOSPITALISATION CHIR



A CAPACITAIRE CONSTANT



Absorption CONV GP 1/3 (7 lits)
Besoins en lits estimés (2019): 24 lits
Evolutions DMS Virage ambu/parcours RAAC
Incertitude fusion PCT



Enjeux réponse au besoin populationnel

- Chirurgie de proximité
- Endoscopie digestive
- Ophtalmo
- Repli d'ambu UMPA à prévoir



A CAPACITAIRE CONSTANT



Absorption CONV GP 2/3 (13 lits)
Besoins en lits estimés (2019): 97 lits
Evolutions DMS Virage ambu/parcours RAAC
Réorganisation prog/non prog à travailler

PARCOURS DE PDS / EQUIPES



Rapprochement Equipes traumato et digestif
CHL/CHG
1 salle d'urgence dédiée

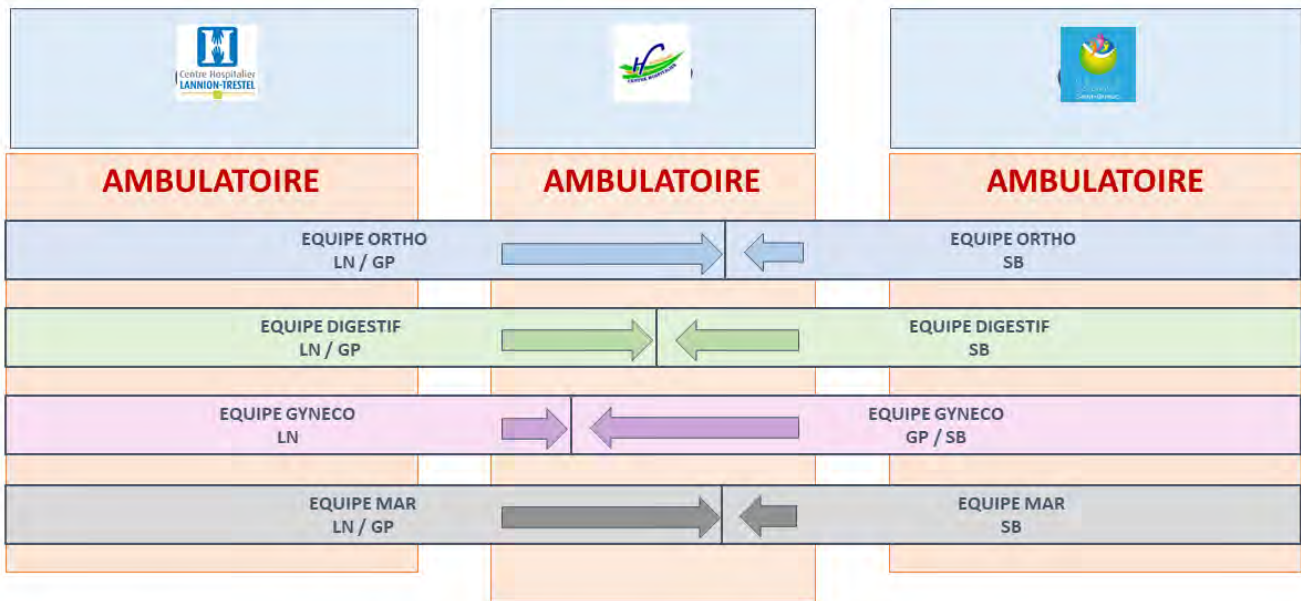


1 salle 5j/7 vacance d'après-midi
CS le matin



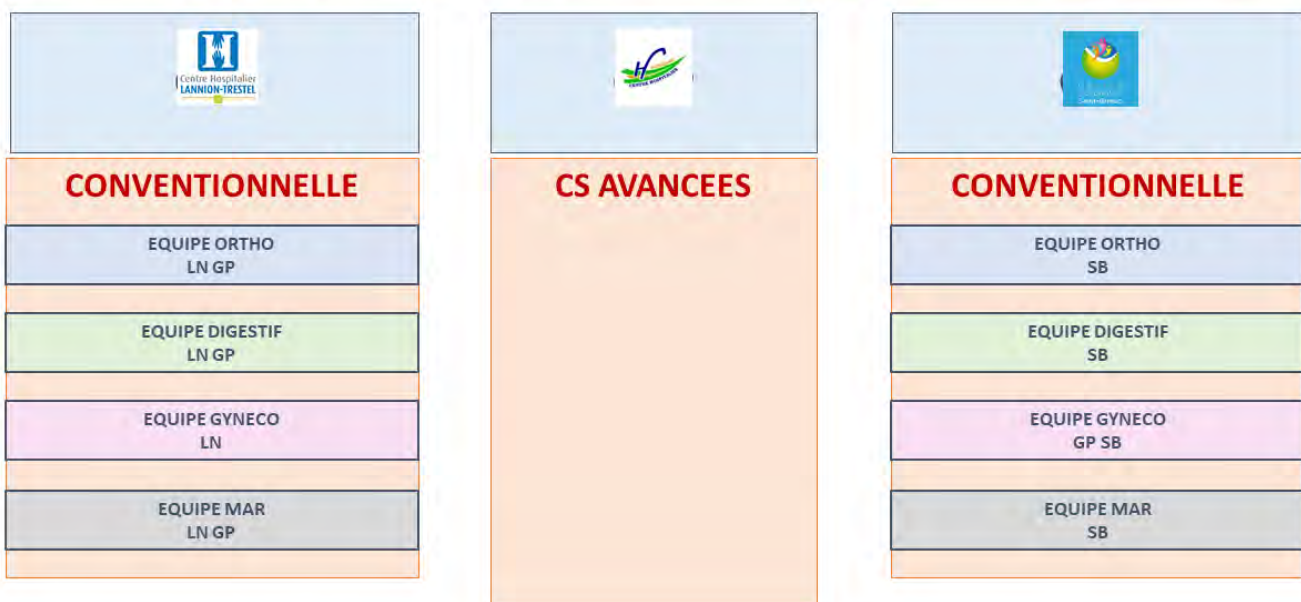
Renforcement Equipes traumato et digestif CHSB
Passage à 3 salles d'urgence en semaine
2 salles le WE en journée (avec équipe
paramédicale obstétricale autonome)

PARCOURS CHIR AMBU / EQUIPES



EN TRANSITION: tropisme préférentiel des chirurgiens et MAR guingampais actuels pour le plateau ambulatoire de GP
Plateau ambulatoire GP accessible aux praticiens LN et SB / base volontariat

PARCOURS CHIR CONVENTIONNELLE



ENJEU DES AUTORISATIONS EN CARCINOLOGIE COLORECTALE
ORGANISATION RAAC SUR LE TERRITOIRE

PARCOURS CONSULTATIONS



GROUPEMENT HOSPITALIER TERRITOIRE D'ARMOR



CONSULTATION

CS PETITE TRAUMATO

CS CHIR AMBU
TOUTES SPECIALITES

CS CHIR CONV
TOUTES SPECIALITES

CS MAR AMBU

CS MAR CONV



CONSULTATION

CS TRAUMA MAIN

CS PETITE TRAUMATO

CS CHIR AMBU
TOUTES SPECIALITES

CS CHIR AVANCEE CONV
TOUTES SPECIALITES

CS MAR AMBU



CONSULTATION

CS PETITE TRAUMATO

CS CHIR AMBU
TOUTES SPECIALITES

CS CHIR CONV
TOUTES SPECIALITES

CS MAR AMBU

CS MAR CONV

CS sur Guingamp: tropisme chirurgiens guingampais avec ouverture aux chirurgiens LN/SB

CS MAR CONV des patients guingampais souhaitées sur LN / SB

CS HDJ RAAC / MAR multidisciplinaires à construire sur LN/SB (existe pour thoracique)

Articulation CS/BLOC GP à construire (préférence pour demi-journées complémentaires par praticien versus journées complètes)

Annexe 2 - GROUPE PERINATALITE

Groupe de travail « périnatalité » - Conclusions

Avril 2022

I- Contexte et cadrage de la mission :

A- Contexte des travaux du groupe :

L'ARS a confié une mission sur l'offre de soins du Trégor et du territoire d'Armor à M. ROSSETTI (lancement de la mission en juin 2021 avec l'audition des gouvernances des CH de Lannion, Guingamp et Saint-Brieuc). Par ailleurs, une actualisation du projet médico-soignant du GHT est à réaliser en 2022.

Dans ce contexte riche, le comité stratégique du GHT d'Armor a décidé de regrouper les différentes filières de chirurgie (chirurgie digestive, chirurgie ortho-traumatologie, chirurgie gynécologique) et anesthésie autour d'un groupe projet unique. Il a par ailleurs décidé de constituer un groupe projet autour de la périnatalité.

Les 2 groupes (Chirurgie et Périnatalité) travailleront en tenant compte des points d'accord des gouvernances des trois établissements concernés, à savoir :

- Le maintien d'une offre de soins incluant a minima pour Guingamp et Lannion :
 - un service d'urgence (accueil et SMUR) fonctionnant 24 heures sur 24,
 - des consultations et explorations en nombre (spécialités médicales et chirurgicales, imagerie, laboratoire...),
 - des services d'hospitalisation de court et moyen séjour,
 - des services d'hospitalisation de jour (chimiothérapie par exemple),
 - un plateau technique chirurgical,
 - des lits d'hébergement médico-social (EHPAD).
- La démographie médicale et soignante actuelle et prévisionnelle rend impossible le maintien d'une activité 24h/24 de l'ensemble des plateaux techniques du territoire.
- Le maintien 24h/24h de la totalité des activités sur deux sites publics au lieu de trois actuellement nécessite la collaboration de l'ensemble des acteurs.
- Cette construction suppose l'implication forte des équipes du CH de St Brieuc afin de faire vivre les projets de territoire répondant aux besoins de la population. Les liens avec les médecins de villes et les autres professionnels de santé seront également renforcés.
- Dans le cadre de la reconstruction du CH de Guingamp, l'un des scénarios débattus consiste en la restriction de l'amplitude horaire de son plateau technique. Ce scénario suppose en parallèle, en raison de son éloignement de l'établissement de référence, la consolidation du plateau technique de Lannion actuellement très fragile. La collaboration effective avec la Polyclinique du Trégor est à cet égard indispensable.

⇒ **Des travaux complémentaires doivent être poursuivis afin de s'assurer de la viabilité de ce scénario et de sa possible évolution dans le temps ; à défaut, d'autres scénarios seront étudiés.**

B- Les objectifs de la lettre de mission :

Dans le contexte exposé précédemment, il s'agit de créer une dynamique de travail entre les professionnels sur l'organisation de l'obstétrique sur le territoire à 5 ans, la complémentarité entre les sites et entre les professionnels afin d'apporter une réponse aux besoins des patientes en tout point du territoire, en garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge dans un contexte démographique contraint.

La filière s'attachera à définir les points suivants :

- **La faisabilité et conséquences sur les différents sites** de la transformation de la maternité du Centre Hospitalier de Guingamp en Centre périnatal de proximité ;
- **La mise en œuvre effective de la gradation des soins** entre les établissements de Saint Briec, Lannion et Guingamp ;
- **L'organisation et fonctionnement des blocs** opératoires et obstétricaux sur chacun des établissements ;
- **L'organisation des services d'hospitalisation** (maternité, néonatalogie) **et de consultation** (Centre périnatal de proximité, consultations avancées, préparation à la naissance...) ;
- **Les projections capacitaires** sur les différents établissements ;
- **L'organisation et fonctionnement des équipes médicales et non médicales.**

C- Cadrage de la mission :

Les présidents du COSTRA et de la Commission médicale du GHT d'Armor ont missionné les pilotes.

Le comité de pilotage (comité restreint) s'est réuni 2 fois :

- Le 27 janvier 2022 : Cadrage du projet et constitution du groupe de travail plénier
- Le 25 Avril 2022 : Compilation des travaux avant restitution au Comité stratégique du GHT d'Armor

Par ailleurs, le groupe de travail plénier s'est réuni 3 fois :

- Le 22 février 2022 : Etat des lieux et identifications des premières pistes de travail
- Le 21 mars 2022 : Travail sur les impacts de la suppression de la PDS sur le CH de Guingamp (impacts positifs et négatifs)
- Le 5 avril 2022 : Poursuite des travaux de la séance du 21 mars et développement des opportunités pour le territoire.

L'animation a été assurée par les pilotes, assistés par N. Le Verre. A chaque réunion, chacune des trois maternités a été représentée.

Conformément à la lettre de mission, les travaux du groupe sont réalisés dans un délai contraint (échéance mai 2022).

II- Un état des lieux partagé :

Le groupe a structuré sa réflexion autour des points forts et des points de faiblesse de l'offre périnatale sur le territoire, identifiés lors de la première réunion à travers un état des lieux « quantitatif » (capacitaire, activité, ressources humaines, ...) et « qualitatif » à partir d'un SWOT identifiant les points faibles et points forts de chaque maternité.

Les membres du groupe ont fait le constat d'une réelle opportunité de travailler à l'échelle du GHT. Les acteurs ayant déjà une habitude de travailler ensemble depuis de nombreuses années notamment via le réseau Périnatal (ex ADEPAFIN). Le partage de pratiques et l'interconnaissance des acteurs sont gage de qualité malgré un contexte territorial tendu.

- ⇒ **Pour chacune des maternités, des forces ont été identifiées dans l'organisation actuelle parmi lesquelles :**
- CH St Brieuc: Maternité de niveau 3, labélisation IHAB pour la maternité et la néonatalogie et NIDCAP pour néonatalogie ;
 - CH Guingamp: Localisation centrale, offre de consultations, prise en charge physiologique, labélisation IHAB pour la maternité ;
 - CH Lannion-Trestel: Stabilisation des équipes; existence d'un service de pédiatrie ; labélisation « maternys/CNGOF » pour la maternité.
- ⇒ **Des faiblesses et points de vigilances dans l'organisation actuelle ont été soulevés pour chacune des maternités ainsi qu'à l'échelle du GHT :**
- Problématique des prises en charge psychosociales, des vulnérabilités (femmes et enfants)
 - Prise en charge orthogénie (point de vigilance pour conserver un accès à toutes les femmes)
 - Absence d'offre de PMA en Côtes d'Armor

III- Travailler les scénarios d'organisation possibles de la périnatalité au sein du GHT dans la perspective du passage de 3 à 2 PDS sur le GHT

PRE-REQUIS :

- 1- L'hypothèse de travail, conformément à la lettre de mission, de supprimer une PDS sur le territoire et de transformer la maternité du CH de Guingamp en Centre périnatal de proximité entraîne la nécessité d'étudier l'impact sur l'ensemble de la filière de périnatalité.
- 2- L'état des lieux a mis en lumière un panel de consultations riche et diversifié sur les 3 sites disposant d'une maternité. Par ailleurs, une offre de consultation existe sur l'hôpital de Paimpol (consultations avancées).
⇒ Sur ce point, le groupe de travail considère que l'ensemble de l'offre de consultations du GHT doit être préservé sur l'ensemble des sites. Il s'agit d'un service de proximité à conserver. L'organisation doit permettre de maintenir, voire de renforcer, l'offre de consultations sur l'ensemble des sites pour les gynécologues-obstétriciens mais également pour les sages-femmes, les psychologues...

La transformation de la maternité de Guingamp en CPP renforce cette nécessité de préserver une offre de consultations et d'exams sur le site de Guingamp.

A- Evaluation de l'impact de la suppression d'une PDS sur les différentes structures du GHT

a) Transformation de la maternité du CH de Guingamp en centre périnatal de proximité (CPP)

La lettre de mission prévoit de travailler sur le scénario réduisant le nombre de PDS sur le territoire de 3 à 2. Elle prévoit également par conséquent de travailler sur la conversion de la maternité du CH de Guingamp en centre périnatal de proximité (CPP).

Le groupe intègre donc ce postulat dans sa réflexion en évaluant les différents impacts de cette transformation.

Au regard d'expériences sur d'autres CPP et les durées moyennes de séjours en maternité de plus en plus courtes (y compris les retours à domicile précoces en lien avec les sages-femmes libérales), l'ensemble du groupe a jugé qu'il n'était pas nécessaire de travailler sur l'hypothèse d'une hospitalisation post-natale sur le site de Guingamp.

b) L'impact sur l'activité (offre de soins) et le capacitaire des maternités du GHT

La transformation de la maternité du CH de Guingamp en CPP entraîne un « report » des accouchements vers les autres maternités du territoire. La position centrale de Guingamp devrait entraîner peu de fuites hors du territoire de santé.

Au regard de l'origine des patientes aujourd'hui pour les maternités de Guingamp, de Lannion et de Saint-Brieuc, le report des 500 accouchements par an réalisés par la maternité de Guingamp se répartiront majoritairement sur les maternités de Lannion (+ 100 par an environ), Saint-Brieuc (+250 par an environ), le solde (150 environ) se répartira entre HPCA et, plus à la marge, d'autres maternités telles que Carhaix.

Néanmoins, le groupe souligne la difficulté à évaluer le comportement de la population.

L'importance du report vers HPCA dépendra :

- De la capacité des acteurs du GHT à travailler pour une filière publique structurée et répondant aux besoins de la population du territoire.
- Des coûts liés aux dépassements d'honoraires et de frais hôteliers qui conduiront certaines femmes qui auraient choisi d'accoucher à Guingamp de s'orienter vers une maternité publique.
- De la capacité de l'HPCA à jouer son rôle de niveau II en néonatalogie.

En conclusion, la transformation de la maternité de Guingamp en CPP induit :

- Une information de la population de l'offre proposée par le GHT en termes de consultations, de suivis et de sites d'accouchements ;
- Un suivi des patientes organisé par les équipes du GHT, y compris sur Guingamp et Paimpol, par des praticiens et Sages-femmes appartenant à une filière publique.

• L'impact sur le capacitaire des maternités de Lannion et de Saint-Brieuc :

Pour rappel, la maternité du CH de Guingamp dispose actuellement de :

- 10 lits +1 HC en gynécologie-obstétrique
- 4 salles de naissance dont une salle d'accouchement aquatique+1 salle réa nouveau-né
- 2 salles de pré-travail
- 1 salle d'urgence
- 1 salle de césarienne au bloc central dédiée avec réa nouveau-né

- Maternité de Lannion :

En termes de locaux, la maternité est initialement dimensionnée pour 1000 accouchements par an. Il n'y a donc pas d'augmentation capacitaire à prévoir en termes de lits et de salles de naissance (à noter que le groupe chirurgie travaille également sur les besoins en termes de blocs opératoires).

- Maternité de Saint-Brieuc :

Actuellement, il existe déjà une saturation régulière des capacités d'hospitalisation de la maternité de Saint-Brieuc. Par ailleurs, la projection du besoin capacitaire devra prendre en compte l'hébergement (actuel) en maternité des mamans de bébés hospitalisés en service de néonatalogie. Par ailleurs, en termes d'activité, la fermeture de la maternité de Dinan a eu un impact sur la maternité de St Brieuc en 2021, il sera important voir si cela perdure et de le prendre en compte.

Avec une estimation de 2300 accouchements par an, une évaluation de la capacité des salles de naissance reste à prévoir.

- **L'impact en termes d'offre de soins et d'activité pour les 3 sites :**

Dans l'hypothèse de la transformation de la maternité du CH de Guingamp en CPP, il est fondamental d'anticiper le changement et de préparer l'accueil des parturientes du CH de Guingamp sur les maternités de Saint-Brieuc et de Lannion pour une prise en charge adaptée et sécurisée.

Il s'agit d'éviter le stress pour les parturientes mais également pour les professionnels qui les accueillent. Une mauvaise anticipation serait également un risque de fuite vers la maternité de l'HPCA.

- Anticiper la transformation de la maternité de Guingamp pour l'ouverture d'un CPP :

Il s'agit notamment de :

- Anticiper l'information auprès de la population de la fermeture de la maternité et de l'organisation sur le territoire.
- Prévoir la gestion des accouchements inopinés sur Guingamp (surtout au départ) : réactiver la formation de tous les urgentistes et des professionnels sur le site de Guingamp (SF en consultations...).
- Anticiper l'organisation du SMUR en conséquence: le groupe s'est questionné sur l'opportunité d'intégrer une sage-femme dans une astreinte de SMUR. Ce fonctionnement existe uniquement dans 1 ou 2 SMUR en France. Le nombre d'accouchements à domicile du territoire justifie difficilement la mise en place d'une astreinte Sage-femme dédiée au SMUR. Par ailleurs, si l'idée peut apparaître séduisante en termes de sécurité des soins, les avis sont partagés car les retours d'expérience montrent le « risque » de détournement de l'usage du système par des femmes souhaitant accoucher à domicile. La question de la formation des urgentistes est toutefois essentielle.

- Développer une unité physiologique à la maternité de Saint-Brieuc

Dans un objectif de ne pas réduire l'offre existante sur le territoire et permettre aux femmes qui le souhaitent de bénéficier d'un accouchement physiologique, il apparaît opportun de développer cette offre sur la maternité de St Brieuc en s'appuyant sur l'expérience des professionnels du territoire et sur la possibilité, pour les sages-femmes de Guingamp, de participer à de nouvelles missions. Cette unité devra également permettre un accès aux sages-femmes libérales qui souhaitent suivre leurs patientes tout au long de leur grossesse, y compris l'accouchement.

La maternité de Lannion disposant d'une « salle nature » offre déjà un accès aux sages-femmes libérales.

- Adapter les ressources à l'augmentation d'activité des maternités,

Il est important de définir le nombre de sages-femmes nécessaires pour assurer les salles de naissance et les suites de couche soit,

Pour la maternité du CH de St Brieuc, en considérant + 250 accouchements :

- 2 dans la journée
- 2 dans la nuit
- 1 en journée en complément (renforcer le qualitatif en permettant d'avoir une sage-femme d'accueil en journée à St Brieuc)

[Décret périnatalité de 1998 : 200 accouchements supplémentaires = 1 sage-femme supplémentaire sur l'effectif global]

Pour la maternité de Lannion : l'adaptation sera à prévoir fonction de l'impact réel sur l'activité.

- Renforcer la qualité de la prise en charge en tout point du territoire

Prendre en compte les préconisations du programme des « 1000 premiers jours » dans une démarche de qualité et de sécurité des soins à l'échelle du GHT.

c) Impacts sur les parcours patients, liens inter-établissement, transports sanitaires

Le groupe souligne l'importance de la régulation et de prendre en compte l'augmentation du nombre de transferts anténataux lié à la fermeture de la maternité de Guingamp (notamment au début).

Dans un souci de sécurité pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveaux nés, une vigilance importante doit être portée sur les transports anténataux et postnataux qui posent déjà des difficultés (transporteurs) aujourd'hui.

Le groupe a connaissance d'un travail mené à l'échelle du GHT sur la question des transports et transferts sanitaires. Dans ce contexte, la création d'un service de transports sanitaires interne au GHT pourrait répondre aux besoins en sécurité. Si cette solution semble complexe à mettre en œuvre, elle apparaît pour le groupe comme une solution adaptée au regard des difficultés rencontrées aujourd'hui.

Par ailleurs, le groupe indique que le réseau périnatal breton est missionné pour mettre en place une cellule de régulation des transferts maternels. Cette cellule coordonnera à la demande des établissements les transferts maternels anténataux de 8H 30 à 18 H du lundi au vendredi. Les interventions de la cellule se feront pour une phase expérimentale d'une année pour la régulation des transferts maternels sur la région Bretagne. Suite à cette phase expérimentale et de l'évaluation des activités, la cellule englobera les transferts néonataux afin d'améliorer la sécurité des prises en charge de femmes enceintes et des enfants.

Toutefois, cette cellule ne couvrira pas tous les besoins du territoire (horaires, disponibilité...) et le dispositif, non encore en fonctionnement, nécessitera d'être évalué.

d) Impacts sur les Ressources humaines et les besoins en formation

• Organisation des Equipes médicales, sages-femmes, paramédicaux :

Il y a nécessité à accompagner le changement pour préserver l'attractivité du GHT d'Armor et éviter les départs de professionnels.

Pour les gynécologies-obstétriciens :

- Organiser l'activité pour favoriser la continuité du suivi des patients ;

- Organiser les équipes médicales de gynécologie-obstétriques :

Sur ce point, les échanges au sein du groupe ont été riches posant la question, dans une organisation autour de 2 PDS, du choix de conserver 3 équipes ou de passer à 2 voire 1 équipe de territoire.

Si la question reste à approfondir, le choix s'oriente, à ce stade, à un fonctionnement autour de 2 équipes (car 2 PDS à organiser) permettant le fonctionnement des 3 sites. Les praticiens s'organisent pour permettre le fonctionnement de la PDS (de Lannion et de St Brieuc) et de l'ensemble des activités y compris des consultations sur Guingamp et Paimpol.

Dans cette organisation nouvelle, il s'agit d'ouvrir la possibilité aux gynécologues-obstétriciens de Guingamp d'intégrer l'une ou l'autre des équipes, avec possibilité de mise à niveau si nécessaire, en veillant au bon fonctionnement des 2 PDS.

- Préserver l'attractivité médicale :

La possibilité d'accès à un panel d'activité plus large en fonction des souhaits des praticiens est un point positif.

Chaque praticien doit avoir le choix de travailler sur 2 sites (ex : Lannion/Guingamp ou St Brieuc/ Guingamp sans oublier les consultations de Paimpol).

Pour la maternité de Lannion, dans l'objectif de maintenir l'attractivité des postes dans un contexte d'augmentation de l'activité et d'activité multi-sites, le groupe propose la transformation de l'astreinte en garde sur place pour les gynécologue-obstétriciens. Dans le cas de la mise en œuvre d'une garde sur place, l'équipe devra être constituée de 7 praticiens idéalement (6 au minimum) permettant d'intégrer les repos post-garde et l'augmentation de l'activité.

Pour les sages-femmes :

-Accompagner le changement, y compris en termes de formations, et permettre aux professionnels de conserver la polyvalence (consultations, salle de naissance, suivi des femmes...). En cas de fermeture de la maternité de Guingamp, le risque de fuite vers le libéral existe sans qu'il puisse être évalué.

-Permettre la possibilité d'adapter l'activité fonction de ses souhaits (conciliation vie professionnelle et vie personnelle) et des besoins (par exemple, arrêt des gardes pour cause médicale, ...).

-Prendre en compte l'activité diversifiée réalisée par les sages-femmes, notamment le suivi de grossesse et la possibilité d'une activité multi-sites.

-Ouvrir une réflexion sur la possibilité de développer le « parcours global », c'est à dire la continuité du suivi au cours de la grossesse par la même sage-femme. C'est un projet complexe à mettre en œuvre au sein de nos institutions mais qui peut être réfléchi. Ce choix de suivi des femmes peut aussi être proposé aux sages-femmes libérales en proposant l'ouverture de nos plateaux techniques.

- **Besoins en formation :**

Les besoins en formation n'ont pas été, à ce stade, étudiés. Néanmoins, dans une démarche d'accompagnement, il sera nécessaire de prévoir les besoins collectifs et les besoins individuels de formation pour les professionnels de la filière.

B- Des projets complémentaires identifiés par la filière périnatalité répondant aux besoins de la population du GHT d'Armor

a) Accès des femmes à l'orthogénie en tout point du territoire

Un état des lieux des modalités de prise en charge de l'orthogénie sur les 3 établissements a été réalisé et permet de constater que l'accès à l'IVG est satisfaisant aujourd'hui sur le territoire mais la fragilité des ressources médicales, notamment pour St Brieuc, rend la situation précaire.

Il s'agit de travailler sur les différents leviers qui pourraient, à l'échelle du territoire, maintenir, voire améliorer l'accès à l'IVG pour toutes les femmes.

Le groupe propose un travail en filière pour organiser les IVG entre 14 et 16 semaines suite à une modification récente de la loi (pas de protocoles mis à disposition à ce jour).

Par ailleurs, la filière a déposé une candidature répondant à l'appel à projets concernant les IVG chirurgicales pratiqués par des sages-femmes. Le CH de Guingamp porte le projet pour l'ensemble de la filière. Ce projet permettrait la formation de sages-femmes à l'IVG chirurgicale. C'est une opportunité pour la filière ouvrant la possibilité de nouvelles activités aux sages-femmes et apportant une réponse, parmi d'autres, aux sous effectifs de gynécologues dans ce domaine.

b) Prise en charge des vulnérabilités (femme et enfant)

Le constat porté est que le nombre de personnes vulnérables accueillies au sein de nos structures ne cesse de croître. Ces personnes sont parfois hospitalisées faute d'un retour au domicile possible sans que la prise en charge soit totalement adaptée.

Le groupe propose un travail au sein de la filière pour :

- **Améliorer le recours à l'évaluation psychiatrique et sociale au sein de nos établissements:**
 - s'appuyer sur les PMI / CH de St Jean de Dieu et Bon Sauveur /staffs médico-psycho-sociaux
 - réaliser un focus sur l'organisation des staffs médico-psycho-sociaux
 - dédier du temps sage-femme à la réalisation de l'EPP et améliorer les liens avec les sages-femmes libérales (mieux dépister, mieux orienter)
 - intégrer les interlocuteurs externes: PMI, conseil départemental, CH St Jean de Dieu et CH Bon Sauveur, médecine de ville, réseau Périnatalité Bretagne

Une fois ce travail préalable sur l'évaluation réalisé, il s'agira de mieux prendre en charge ces personnes vulnérables par :

- **La création d'une unité « mère/couple-enfant » :**

L'objectif de cette unité serait d'avoir une unité de lieu pour une prise en charge pluri-professionnelle (la forme HDJ, HC, autre). Aujourd'hui, les hospitalisations en MCO ne correspondent pas aux besoins de ces personnes.

Une unité régionale de 5 lits ouvrira prochainement à Rennes (Guillaume Régner) pour des pathologies « étiquetées ». Cela ne couvrira pas tous les besoins identifiés.

Les avantages de cette unité au sein du GHT seraient :

- Une prise en charge plus adaptée et mieux coordonnées,
- Un lien mère/enfant préservé (absence de séparation),
- Une diminution de la DMS en maternité et en néonatalogie par libération de lits, la vulnérabilité psychosociale étant source d'hospitalisations longues en maternité et néonatalogie.

La localisation de cette unité pourrait être envisagée sur le site de Guingamp (central, proche du CHS de Bégard).

- **Dispositif d'accueil des femmes victimes de violence**

La filière périnatalité du GHT a répondu à un appel à projet de l'ARS sur cette question. Le Centre hospitalier de Saint-Brieuc est porteur au nom de l'ensemble des établissements du GHT.

Cela démontre l'engagement déjà fort de la filière périnatalité sur ces questions de prise en charge des personnes vulnérables, usagers de nos centres hospitaliers.

Les choix de l'ARS nécessiteront une reprise de ces travaux pour mise en œuvre du scénario retenu.

	GROUPE DE TRAVAIL - FILIERE PERINATALITE Composition	Date d'application : 06/01/2022 Version n°1
---	---	---

Mise à jour le 20/01/2022

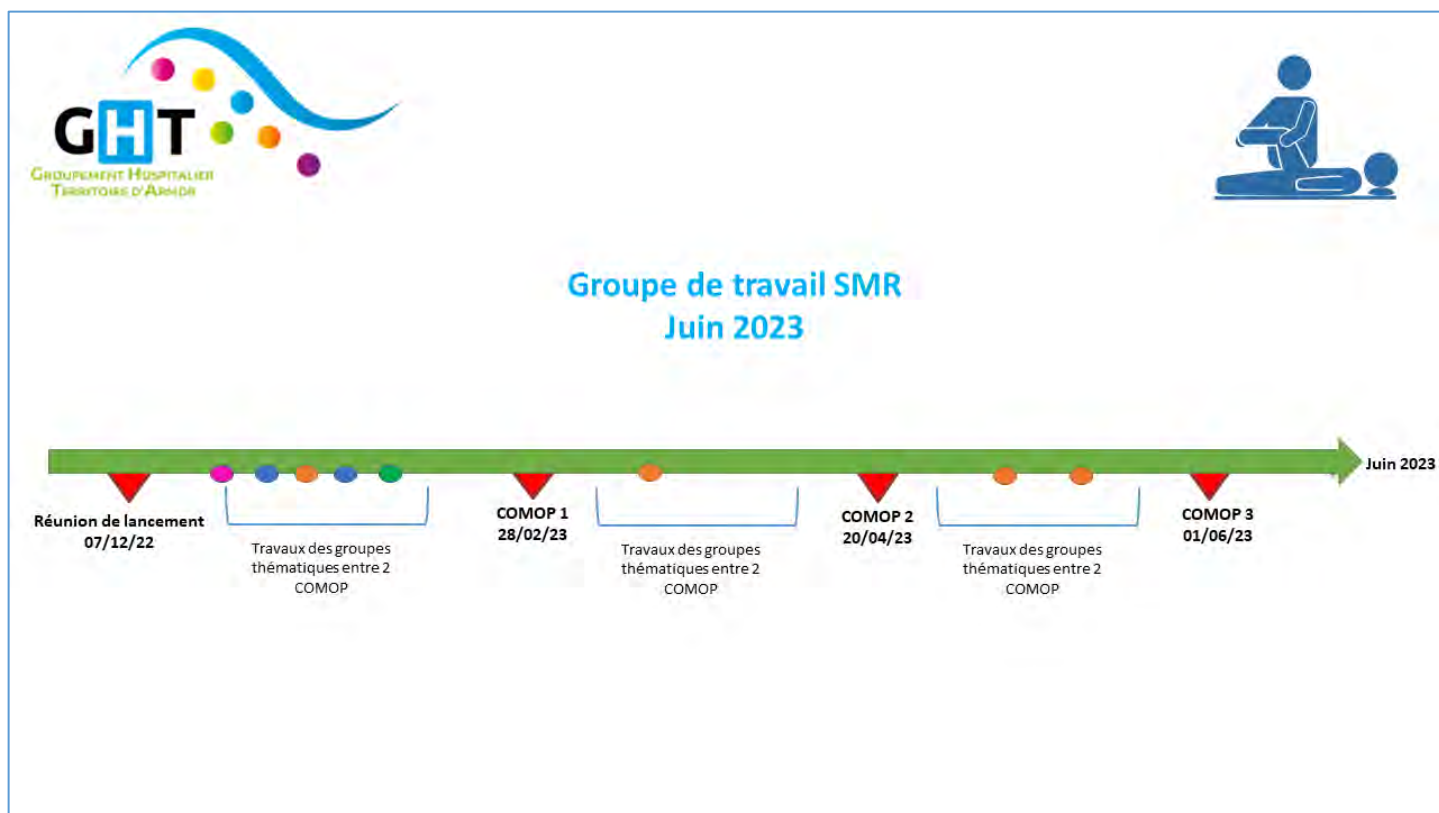
PILOTAGE

Nom / Prénom	Fonction	Site
Dr CHAUVEL Jennifer	Coordonnateur médical de la filière périnatalité Chef de service de Néonatalogie et réanimation néonatale	CH Saint Brieuc
Dr CORDESSE Alain	Chef de service gynécologie obstétrique Chef de Pôle Chirurgie-Femmes-Enfants	CH Lannion
Odile DUMAND	Directeur coordonnateur de la filière périnatalité Directrice Qualité, gestion des risques et relations usagers	CH Guingamp
Marie DABOUI (départ du GHT en fev 22)	Sage-Femme coordinatrice	CH Guingamp

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL RESTREINT

Nom / Prénom	Fonction	Site
Dr Héléne GUICHAOUA	Chef de service maternité	CH Guingamp
Marie BERTIN	Sage-femme coordinatrice FF	CH Guingamp
Dr Louise ALEXANDRE Dr Claire COMBESCURE (suppléant)	Gynécologue Obstétricien Chef de service Gynécologie-obstétrique	CH Saint Brieuc
Anne KERGUELEN	Sage-Femme coordinatrice en maieutique – filière femme	CH Saint Brieuc
Anne LOUISON Katell LE BRETON-MOINARD (suppléant)	Sage-Femme coordinatrice en maieutique Sage-Femme	CH Lannion

Annexe 3 - GROUPE SMR



Les travaux menés – objectifs

➤ **Eléments de réflexions menés par les groupes:**

- ⇒ **Parcours patients innovants:**
 - **Modalités d'admission** (adressage, consultations de préadmission, critères d'admission...)
 - **Parcours emblématiques**
 - **Multi-modalités de prise en charge** (hospitalisation complète, hospitalisation de jour, télémedecine, coordination avec prise en charge en ville...)
 - **Eventuellement multi-sites, complémentarité entre les sites**
- ⇒ **Gradation des prises en charge :**
 - **Ce qui relève de la proximité ou du recours**
 - **Spécialisation ou hyperspécialisation des sites?**
 - **Impacts sur les plateaux techniques (équipements...)**
 - **Impacts sur les ressources humaines**

Zoom sur... « LES JEUDIS SMR »

Rencontres « FLASH » entre les pilotes des groupes de travail et les partenaires du territoire sur des complémentarités de prise en charge (format visio 45 mn max, 12h00-12h45) :

Programme:

- Jeudi 30 mars : rencontre **CPTS** du Trégor et du Penthièvre
- Jeudi 6 avril : rencontre **Maison sport Santé** de Guingamp + représentant **APA** (nouveau métier)
- Jeudi 13 avril : rencontre **HAD** du Trégor + **HAD** de Guingamp
- Jeudi 4 mai : rencontre des **DAC**



A partir des travaux menés sur les parcours,

⇒ **Les besoins sont-ils couverts? Oui/non**

- **Quoi ? Quelles spécialités ?**
- **Où ?**
- **Selon quelles modalités? (HC, HDJ, Autre...)**
- **Combien (macro)**
- **Quels prérequis ? Avec quels moyens ?**
- **Quelle complémentarité entre les sites ?**



Les données chiffrées du territoire, les sources :

- **Portrait du territoire de démocratie en santé « Armor » 2022**
- **STATISS 2021 – Edition 2022**

Projection capacitaire théorique



5. Offre et recours aux soins : Hospitaliers

VUE D'ENSEMBLE SUR L'OFFRE HOSPITALIÈRE

Nombre de lits et places* installés en médecine, chirurgie, soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie pour 100 000 habitants en 2020

- Un territoire **mieux doté en soins hospitaliers** avec des **capacités de lits et/ou places installés supérieures à celles observées au niveau régional pour l'hospitalisation complète en médecine et pour l'hospitalisation partielle en chirurgie et en SSR spécialisés ou polyvalents**
- Mais, des taux d'équipement inférieurs pour la **psychiatrie** particulièrement **sous-dotée** par rapport à la région

	Armor	Bretagne
Médecine		
Hospitalisation complète	216,0	197,9
Hospitalisation partielle ⁽¹⁾	18,6	24,2
Chirurgie		
Hospitalisation complète	74,8	82,1
Hospitalisation partielle	31,5	27,9
SSR Spécialisés		
Hospitalisation complète	79,1	89,6
Hospitalisation partielle	31,3	24,5
SSR Polyvalents		
Hospitalisation complète	43,5	52,9
Hospitalisation partielle	4,8	1,4
Psychiatrie ⁽²⁾		
Hospitalisation complète	72,6	100,4
Hospitalisation partielle	34,6	66,6

Sources : ARS Bretagne, SAE 2020, Insee - Recensement de la population 2018.8 ¹Hors postes de dialyse et de chimiothérapie, ²Psychiatrie générale et infanto-juvénile
*Hospitalisation complète : Nombre de lits pour 100 000 habitants Hospitalisation partielle : Nombre de places pour 100 000 habitants

33



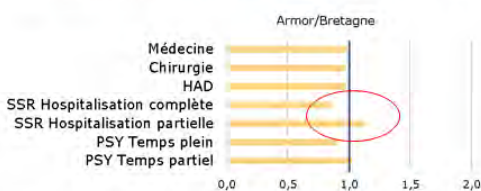
5. Offre et recours aux soins : Hospitaliers

VUE D'ENSEMBLE SUR LES RECOURS HOSPITALIERS

Nombre de séjours* /journées** et taux de recours standardisés en médecine, chirurgie, hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie en 2020

- En 2020, des taux de **recours peu différents** des taux régionaux pour la médecine, la chirurgie, l'HAD et l'hospitalisation partielle en psychiatrie
- moindres pour le SSR et la psychiatrie en hospitalisation complète**
- à l'inverse, **supérieurs en hospitalisation partielle pour le SSR**

Ratio taux de recours standardisés par type de prise en charge en 2020



	Armor		Bretagne
	Nombre de séjours / journées	Taux standardisés p. 1 000	Taux standardisés p. 1 000
Médecine ⁽¹⁾	63 044	134,7	137,1
Chirurgie	38 683	82,9	84,6
HAD	46 138	90,1	92,4
SSR			
Hospitalisation complète	170 657	331,7	388,8
Hospitalisation partielle	27 194	63,7	56,3
Psychiatrie ⁽²⁾			
Hospitalisation complète	119 539	283,3	311,1
Hospitalisation partielle	25 541	63,7	61,9

Source : Scansanté, PMSI 2020, Insee.
Médecine, chirurgie : nombre de séjours pour 1 000 habitants
HAD, SSR, PSY : nombre de journées pour 1 000 habitants.
Lecture : un ratio > 1 indique un taux de recours plus élevé que la moyenne régionale.
Un ratio < 1 indique un taux de recours plus faible que la moyenne régionale

Source : Scansanté, PMSI 2020, Insee.
¹Médecine, chirurgie : nombre de séjours pour 1 000 habitants
²HAD, SSR, PSY : nombre de journées pour 1 000 habitants.
1. Hors séances
2. Psychiatrie générale et infanto-juvénile.

101



Source: STATISS 2021 édition 2022

Soins de suite et de réadaptation (moyen séjour)

→ Lits et places publics et privés installés au 01.01.2021
Nombre et taux d'équipement

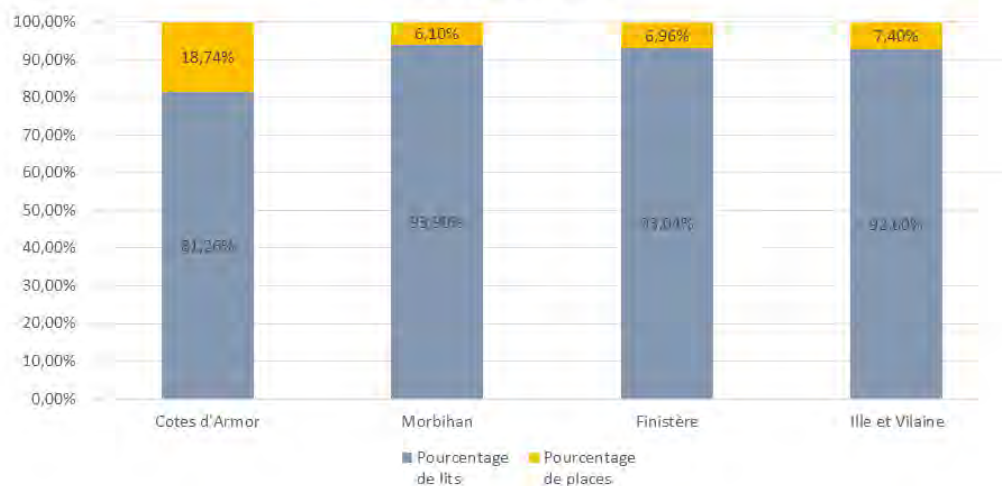
DISCIPLINES	BRETAGNE	CÔTES D'ARMOR	FINISTÈRE	ILLE-ET-VILAINE	MORBIHAN	FRANCE MÉTROPOLITAINE
Hospitalisation complète (lits)						
Secteur public	2 117	529	521	513	554	39 412
Secteur privé	2 637	272	1 112	725	528	62 146
Hospitalisation partielle (places)						
Secteur public	238	122	39	41	36	3 652
Secteur privé	627	50	246	215	116	11 407
Ensemble hospitalisation (lits et nombre de personnes pouvant être prises en charge simultanément)						
	5 619	973	1 918	1 494	1 234	116 617
Taux d'équipement global en lits et places pour 1 000 habitants						
	1,7	1,6	2,1	1,4	1,6	1,8

=> Un taux d'équipement de SSR en Cotes d'Armor inférieur à la moyenne nationale



Source: STATISS 2021 édition 2022

Taux de répartition entre lits et places publics de SSR par département au 1er janvier 2021





Source: STATISS 2021 édition 2022

Public et privé	Territoire 7	Bretagne	National
Taux d'équipement	1,6	1,7	1,8
Nombre de lits et places T7	664	705 *	747 *
Ecart fonction taux d'équipement	0	+ 41 Soit 37 lits et 4 places	+ 83 Soit 75 lits et 8 places

* Extrapolation du nombre de lits et places avec taux d'équipement régional et national

■ À l'horizon 2050, la population devrait s'accroître mais à un rythme 2 fois moins soutenu qu'en Bretagne entraînant la poursuite du vieillissement de la population

445 069
habitant.e.s
en 2050
Dont 21 % de personnes
de 75 ans et plus
contre 12 % en 2018

+0,2 % en
moyenne par an
entre 2018 et 2050
Soit +831 hab./an



Constitution des groupes de travail SMR - PMSP

Ce qui est retenu au cours de la réunion de lancement
<p>SMR Cardiovasculaire + Digestif, endocrinologie, diabétologie nutrition + Pneumologie Pilotes: Dr BOUILLY-GORY, Dr GRALL, Mme CAPRON</p>
<p>SMR Systèmes nerveux + locomoteur Pilotes: Dr DELARUELLE, M. L'HOSPITALIER, Mme GUILLERM</p>
<p>SMR Polyvalent + Gériatrique Pilotes: Dr LANNOU, Mme HERVE</p>
<p>SMR Conduites addictives: Travaux menés avec partenaires – en lien avec établissements de santé mentale</p>
<p>SMR (jeunes enfants), enfants et adolescents: Poursuite de la réflexion engagée par le CHLT et le CHM dans le calendrier du « groupe SMR GHT ».</p>
<p>1- Modalité SMR hématologie => Exclue 2- Modalité SMR oncologie => Proposer à la filière oncologie-hématologie du GHT d'évaluer les besoins pour le territoire Pas de groupe ad hoc au regard des besoins mais intégration de la réflexion dans le groupe SMR polyvalent et gériatrique notamment</p>
<p>Modalité SMR Brulés => Exclue, offre de recours</p>



SMR cardio-nutrition, endocrino-pneumo : perspectives

Constats communs:

- Réponse au besoin insuffisante => délais d'attente longs....
- Des parcours rigides aussi facteurs de renoncement (distance du site pour une prise en charge en ambulatoire, contraintes de temps notamment pour patients avec une activité professionnelle....)

Pré requis aux projets d'évolution:

- Adaptation des ressources médicales et paramédicales
- Besoin d'équipements supplémentaires/ adaptation des locaux
- Une montée en charge progressive des projets fonction des possibilités et opportunités

MODELES D'ORGANISATION - SMR NUTRITION-OBESITE-ENDOCRINO

Organisation actuelle



MODELES D'ORGANISATION ET CALENDRIER SMR NUTRITION – OBESITE - ENDOCRINO

Profil patient : 100% adulte IMC > 30

=> Intérêt à développer une offre en ETP diabétologie qui pourrait être mutualisée avec la cardio (nombre de patients SSR cardio ont un diabète) – à travailler avec la filière endocrino GHT

Aujourd'hui

CH Paimpol :
Autorisation : 16 places
2 groupes
Modalité: HDJ

Équipements:
Ergomètre partagé SSR cardio
Cuisine pédagogique externalisée (lycée)

Locaux :
Pas de cuisine sur site
Salles de gym + ergo trop petites
Manque de bureaux de consultations et d'une salle de repos pour les patients,
Espace d'accueil inadéquat pour respecter la confidentialité

Compétences :
Temps partagés SSR nutrition/SSR cardio => Rigidité des programmes + temps paraméd insuffisant

2024

2025

2026

2027

2028

CH PAIMPOL:

Permettre de l'Hébergement en hôtel hospitalier : 2 places
Développer la prise en charge individuelle personnalisée
Développer les partenariats avec les professionnels de ville
et formaliser le programme d'ETP

Augmentation :

- du capacitaire en HDJ Paimpol :
+ 2 à 4 places (3 groupes de 6 patients)
Et des possibilités d'accueil en hôtel hospitalier : 4 places

Création d'une cuisine thérapeutique mutualisée avec le SMR cardio

Pré-requis locaux :

Vigilance sur le dimensionnement des locaux
Cuisine thérapeutique

Pré-requis compétences :

Corréler le dimensionnement de l'équipe avec les activités proposées
Proposer une offre de socio esthétique, de psychomotricienne

Adaptation de la surface des locaux au développement capacitaire

Création d'une équipe mobile de domicile
+ Discussion autour d'interventions dans les autres CH

Création d'une balnéothérapie mutualisée avec le SMR cardio ?

MODELES D'ORGANISATION - SMR NUTRITION-OBESITE-ENDOCRINO

Organisation actuelle



Evolution projetée



MODELES D'ORGANISATION - SMR CARDIOLOGIE

Organisation actuelle



MODELES D'ORGANISATION ET CALENDRIER SMR CARDIOLOGIE

Profil patient : 60% Post SCA + 20% IC + 20% Post chir

En 2020 : seulement 30 % des patients post SCA et 20% des IC éligibles bénéficient d'une réadaptation

¼ patients actuellement PEC pourraient basculer sur formule hybride (**1 semaine HC puis réhabilitation à domicile avec télémédecine**)

Aujourd'hui

CH Paimpol
17 lits HC
18 places HDJ

Equipements:

Ergomètres partagés (parc à renouveler)
Pas de cuisine thérapeutique sur place

Locaux :

Manque salle ETP, Salle gym trop petite
Eclairage des locaux, Manque un bureau CS
Manque salle de repos pour les patients

Manque temps tabaco

Manque temps dédié à la surveillance IC
Postes partagés avec d'autres services -> Rigidité des
plannings avec difficulté à les faire évoluer
Manque de temps médical

2024

Parcours mixte HC, puis réhabilitation à domicile
pour les patients éligibles (5 à 8 places) –
conformément nouvelles recommandations

Pièce dédiée à la
télémédecine

Pré-requis compétences :
Temps médical et paramédical
dédié

2025

Création d'une cuisine thérapeutique mutualisée
avec le SMR nutrition

2026

Augmentation capacitaire HC et HDJ : 50 lits et places au total,
dont réhabilitation à domicile
voir pour une délocalisation de certaines places d'HDJ
+ discussion autour du projet de mutualisation cardio-pneumo =>
Mutualisation des plateaux techniques et professionnels paramédicaux St
Brieuc, Guingamp, Lannion

CHP : regroupement des locaux et adaptation
des surfaces en lien avec le capacitaire et les
modalités de PEC

2027

Création d'une balnéothérapie
mutualisée avec SMR nutrition ?

2028

MODELES D'ORGANISATION - SMR CARDIOLOGIE

Organisation actuelle



Evolution projetée



Projet à discuter : SMR cardio ou cardio-pneumo en HJ

MODELES D'ORGANISATION - SMR PNEUMOLOGIE

Organisation actuelle



MODELES D'ORGANISATION ET CALENDRIER SMR RESPIRATOIRE

Profil patient : 80% de BPCO,
Asthme/pré et post chir / fibroses /patients onco sous surveillance
10 à 16 % des patients éligibles ont accès à la réadaptation

Aujourd'hui

CHSB : 7 places
CHL : ETP BPCO à Lannion
(15 patients/an)

Équipements :
Plateau technique complet mutualisé neuro loco

Locaux :

Compétences :

2024

2025

2026

2027

2028

S1 2024 : HDJ Guingamp ; S2 2024 : HDJ Lannion-Trestel
=> **Montée en charge jusqu'en 2026** : par site : démarrage 3 puis 6 patients
Harmoniser les protocoles de PEC sur le territoire
+ développement des partenariats libéraux : kinés, maison sport santé ...

Pré-requis équipement: Acquisition ergomètres et autres matériels

Pré-requis locaux :
Adapter les locaux à l'activité sur chaque site (voir QQOCCP) en mutualisant les services MPR existants

Corréler les effectifs médicaux et paramédicaux pour chaque activité

Poursuite de la montée en charge de l'HDJ avec une cible 2028 : 9 à 10 patients / site
+ discussion autour du projet de mutualisation cardio-pneumo

Mutualisation des plateaux techniques et professionnels paramédicaux St Brieuc, Guingamp, Lannion

+ **Création d'une équipe mobile de réadaptation** pour développement de la réadaptation à domicile (3 à 5 patients ?)

MODELES D'ORGANISATION - SMR PNEUMOLOGIE

Organisation actuelle



Evolution projetée



+ réadaptation à domicile

● Projet à discuter : SMR pneumo ou cardio-pneumo en HJ



SMR Polyvalent et gériatrique – Perspectives

Principes retenus:

- Logique de proximité: maillage territorial à conserver
- En terme de capacitaire et d'offre, raisonnement selon sectorisation des DAC (EST/OUEST)
- Mieux répondre à des besoins spécifiques qui augmentent : **Onco-gériatrie / Ortho-gériatrie / troubles du comportement UCC...** (parcours à construire)
 - ⇒ **Réunir les conditions pour garantir l'ouverture permanente des lits autorisés** (problématiques RH), voire augmenter les capacités pour répondre aux besoins croissants si conditions réunies
 - ⇒ **Troubles du comportement** : prise en compte des patients avec troubles du comportement hors UCC (adaptation des locaux, formation des professionnels...) + besoin insuffisamment couvert en UCC notamment sur l'est du territoire
 - ⇒ **Onco-gériatrie: Parcours à définir en lien avec la médecine gériatrique, les oncologues, les soins palliatifs, l'HAD, UCOG....**
 - Pour les SMR gériatriques/polyvalents :
 - étudier la possibilité de « dédier » des lits avec une prise en compte des moyens dédiés à cette activité (coordination, temps psycho...) pour les patients oncologiques sur au moins 2 SMR (Est/ouest) dont le nombre reste à définir : 3 à 5 lits
 - Créer, dans le cadre d'un parcours coordonné, des places d'HDJ de SMR onco-gériatrique (au moins 2 HDJ de 2 à 4 places sur le territoire avec une répartition Est/ouest) afin de proposer une offre de suivi et de soutien aux patients oncologiques.
 - ⇒ **Ortho-gériatrie** : Parcours coordonné pour la prise en charge des « sans appui » à construire

Capacitaire Ouest:
A date: 167 lits et 10 places
Polyvalent : 67 lits
Gériatrique : 110 lits / 10 places
(dont 10 UCC)
Projection à horizon 2028:
+ 2 à 4 places HDJ SMR onco-gériatrie



Capacitaire EST :
A date: 170 lits et 10 places
Polyvalent : 110 lits / 5 places
(dont 70 lits/5 places privé)
Gériatrique : 60 lits / 5 places
(dont 30 lits/5 places privé)
Projection à horizon 2028:
+ 10 lits UCC
+ 2 à 4 places HDJ SMR onco-gériatrie



SMR locomoteur + Neurologie

Organisation actuelle de la filière HC

- Hospitalisation complète sur Trestel et Guingamp.
- Hospitalisation de jour sur les 3 sites.
- Adresseurs principaux sur l'hospitalisation complète:
 - St Brieuc, Lannion, Polyclinique du Trégor, hôpital privé des côtes d'armor pour Trestel
 - St Brieuc, Hôpital privé des côtes d'armor, polyclinique du trégor pour Guingamp
 - Pour les deux sites également adresseurs hors département (CHU, Pôle Saint Hélier, CRRF Kerpape, cliniques...)



Organisation actuelle de la filière HC

- Parcours patients :
 - Guingamp: demande ORIS, commission d'admission le lundi 14h30-15h. Admission en fonction des sorties décidées lors du staff 13h30-14h30, réparties sur la semaine.
 - Trestel: commission d'admission pour le SMR loco le Mercredi à 14h ; SMR neuro le jeudi à 12 H sur demande Oris ; + admissions urgentes hors commission
- Parcours-types de **patients orthopédiques**:
 - Polytraumatismes lourds avec +/- TC: Trestel.
 - Chirurgie ostéosarcomes: Trestel.
 - Orthopédie « froide » : sur indication chirurgicale Guingamp ou Trestel.
 - Orthopédie complexe: Guingamp ou Trestel
 - Rhumatologie complexe Guingamp ou Trestel
 - Amputés: Guingamp ou Trestel (activité expertise à Trestel)
- Parcours patients **neurologiques**:
 - Pour patients venant de St Briec avis MPR systématiques, rédacteurs de la demande ORIS.
 - Pour patients venant de Guingamp: sur demande des services adresseurs, discussion directe en amont si nécessaire.
 - Pour patients venant de Lannion: demande ORIS + déplacements sur site.



Organisation actuelle de la filière HC

- Parcours patients **neurologiques**: AVC, principes d'orientation
 - Prise en compte de la demande du patient (proximité, orientation, famille...)
 - Patient nécessitant une prise en charge neuropsychologique intensive, orthophonique intensive ou une prise en charge professionnelle précoce: Trestel
 - AVC < 65 ans quelle que soit la sévérité: Guingamp ou Trestel en SSR spécialisé (1^{er} demande du patient, proximité du centre pour interventions a domicile...)
 - AVC >65 ans et projet de RAD, sur AVC « modéré »: SSR spécialisés privilégiés.
 - AVC du sujet âgé et/ou trop sévère, poly-pathologies associées: SSR non spécialisé (polyvalent ou gériatrique), HAD rééducation.
 - En fonction (refus du patient, fatigabilité, pas d'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire...): Proposition SSR polyvalent type Châtelets.
 - Possibilité secondaire, en fonction de l'évolution, de ré-orientation SSR non spécialisé vers SSR spécialisé.



Organisation actuelle de la filière HC

- Parcours patients **neurologiques**:
 - Traumatismes crânio-cérébraux, troubles cognitivo-comportementaux des cérébrolésés: Trestel ou, si prise en charge HDJ possible, St Brieuc.
 - Myopathies, spina bifida: suivi de proximité mais filières de prise en charge spécifiques en CMD (Rennes, Fondation Ildys-Roscoff)
 - Neurologie inflammatoire (centrale et périphérique): idem AVC pour orientation Trestel, sinon Guingamp/Trestel.
 - Médullaire sauf tétraplégie traumatique: à discuter au cas par cas (âge, type de pathologie), plutôt Trestel initialement.
 - Spasticité:
 - Toxines botuliques: pas d'HC pour toxines seules mais réalisables dans le service. HDJ sur les 3 sites, pas de possibilité de sectoriser du fait du nombre de patients.
 - Pompes intrathécale: filière Guingamp (tests)-St Brieuc (pose)
 - Paralyse cérébrale: Prise en charge si nécessaire sur Guingamp ou Trestel. Suivi sur les 3 sites. Organisation sur Trestel sous forme « consultation grand handicap » mais pas de filière coordinatrice déterminée.



Propositions du groupe de travail

- **St Brieuc**: Augmentation du nombre de places d'HDJ soit + 5 places neurologie et +7 places orthopédie. Problèmes du capacitaire.
- **Lannion-Trestel**: création de lits PREPAN 8 lits, potentiellement basés sur Lannion (proximité du réanimateur et des MCO) à intégrer dans le projet architectural du futur rapprochement clinique hôpital. Maintien de l'existant en terme d'HC et HDJ.
- **Guingamp**: Création de 5 places d'HDJ et 5 lits d'HC. Discussion sur création de 5 lits d'HC supplémentaires. Orientation des lits et places à déterminer en accord avec les référents de MCO orthopédie et neurologie en fonction des besoins. Problème du capacitaire.



SMR NEUROLOGIE : perspectives

Constat: déséquilibre Est/Ouest pour la PEC SMR neurologie

Organisation actuelle



Capacité 2023 :

- CH Guingamp : 15 lits et 5 places
- CH Lannion-Trestel : 35 lits et 4 places
- CH Saint-Brieuc : 10 places

Evolution projetée à ce jour



Evolution capacitaire projetée à 2028 :

- CH Guingamp : + 5 lits et + 5 places (en plus du loco?)
- CH St Brieuc : + 5 places
- CH Lannion-Trestel : Création de 8 lits PREPAN sur site de Lannion (proximité soins critiques et plateau technique)



SMR locomoteur : perspectives

Peu d'évolution capacitaire

Travail mené sur les spécificités de chaque site (Trestel / Guingamp / St Brieuc) => Gradation de l'offre pour ces prises en charge spécifiques

Organisation actuelle



Capacité 2023 :

- CH Guingamp : 15 lits et 5 places
- CH Lannion-Trestel : 46 lits et 18 places
- CH Saint-Brieuc : 10 places

Evolution projetée



Evolution capacitaire projetée à 2028 :

- CH St Brieuc : + 2 places
- CH Guingamp : + 5 lits et 5 places ? (en plus du neuro?)



Proposition du groupe de travail

- Réactivation du projet de **fédération inter hospitalière de SMR neuro-locomoteur**. Dernière réunion de l'ancienne fédération remontant à >10 ans.
- Réflexion commune sur la **fluidification des parcours**.
- Organisation de **formations communes et de stages par comparaison**.
- Travail sur la mise en place de la **télé-réadaptation** sur le territoire.
- **Développement des liens** avec les filières déjà présentes sur le territoire ou en cours de création (HAD, CPTS, maison sport-santé...)



Discussion en COMOP

- Création de lits supplémentaires sur le territoire?
 - **St Brieuc**: impossible.
 - **Lannion-Trestel**: création des places de PREPAN sur Lannion également pour ne pas diminuer le nombre total de lits d'HC. Pas d'augmentation envisageable.
 - **Guingamp**: actuellement projet sur 5 à 10 lits supplémentaire déjà ambitieux ++ au regard de la démographie médicale. Augmentation de lits supplémentaires (20 lits évoqués) à inclure dans un projet global. Impossible à envisager sans inclure une réflexion territoriale globale.

Le groupe de travail a recommandé une augmentation du nombre de places d'HDJ au regard du territoire et des besoins actuels. Inquiétude ++ du groupe sur la démographie médicale actuelle et future.



SMR enfant-adolescent



Groupe de travail entre les acteurs du territoire public/privé (centre hélio-marin - Altygo)
Projet médical commun entre les 2 structures

Organisation actuelle



Capacité 2023 :

- CH Lannion -Trestel :6 lits loco / 1 lit et 15 places neuro
- Centre hélio-marin ALTYGO : 15 places

Evolution projetée à ce jour



Evolution capacité projetée à 2028 :

- CH Lannion -Trestel : + 5 places prise en charge obésité

**Sur le reste du département, une offre graduée
qui souffre néanmoins de carences**

- Partie Ouest du département :
 - Une offre de sevrage globalement adaptée mais centralisée (Fondation Bon Sauveur de Bégard)
 - Des besoins correctement couverts sur le reste de la filière
- Partie Est du département :
 - Une filière addictologique structurée mais qui présente des carences en termes de sevrage et post-sevrage
- Partie Sud du département :
 - Une offre de soins complète mais pas entièrement satisfaisante en termes de sevrage (fermeture unité du CHCB)



- Une offre de sevrage globalement adaptée qui doit être maintenue
- Une offre ambulatoire qui nécessite d'être harmonisée sur le sud du territoire (évolution des CMP)

Sur le bassin de Saint-Brieuc, des carences majeures dans l'offre de soins

- Fort déficit d'offre de sevrage tant pour les prises en charge à valence somatique que psychiatrique
- Insuffisance de l'offre de post-sevrage :
 - Absence d'offre de post-sevrage immédiat, tant sur les valences somatique que psychiatrique (avant l'intégration d'un SSR A)
- Saturation des consultations et délai d'attente conséquents sur l'offre ambulatoire



Dans le cadre du PR3, une réflexion commune menée avec les partenaires du CAC pour identifier un projet partagé à même de résoudre cette situation identifiée de longue date

Le projet d'une organisation globale, dans une logique de parcours

- L'identification de 4 niveaux : ambulatoire (consultations et HdJ), sevrage, post-sevrage (ex cure), soins de suite (post-cure)
- Une extension de l'offre capacitaire du CHSB de 6 à 12 lits (dont 6 de post-sevrage correspondant aux « sevrages complexes»)
- La création d'une offre de 6 lits de sevrage à St Jean de Dieu pour des patients sans risque de décompensation organique et présentant un risque de pathologie psychiatrique ou ayant une pathologie duelle avérée
- La création de 14 lits de post-sevrage assortie d'une prise en charge psychothérapeutique à St Jean de Dieu



Une proposition qui permet de rééquilibrer la répartition géographique des lits en fonction de la population



Projet médico-soignant 2023-2028 COMOP 3 groupe médecine

22/06/2023
12h-14h
Salle du conseil – CHSB



Synthèse des réflexions conduites par le groupe MEDECINE POLYVALENTE

Pilotes: Dr Z BEN NECIB/ L CADIOU/ A GASPAILLARD



1 - Les grands principes retenus par le groupe de travail médecine polyvalente



Des consensus

La place de la médecine polyvalente dans nos établissements :

- Des dénominations aujourd'hui multiples (Médecine polyvalente, médecine interne et polyvalente, UMPA, UHNP...)
 - ⇒ Aller vers une harmonisation des dénominations pour une identité commune
 - ⇒ Identifier la médecine polyvalente pour permettre de recentrer le spécialiste sur sa spécialité

Des critères d' exclusion d'hospitalisation en médecine polyvalente (critères diagnostiques et thérapeutiques)

- Des critères dépendants des plateaux techniques existants sur les sites
- Nécessité de recherche diagnostique au delà des premières explorations (spécialisation)
- Nécessité d'une adaptation de la thérapeutique (par le spécialiste)
- Nécessité d'une PEC spécifique (recours)
- Nécessité de surveillances, exploration, actes techniques spécifiques et rapprochés (VNI, monitoring...)
- Patient instable, grave ou patient chirurgical

Problèmes rencontrés par les services de médecine polyvalente

- Accès aux plateaux techniques, accès aux avis (différents selon les CH)
- L'aval: recours très faible aux SMR polyvalents ou gériatriques, besoin assistante sociale, transports sanitaires, accès aux consultations....



Des leviers

Accès à l'HDJ et aux consultations spécialisées post hospitalisation en médecine polyvalente:

- Faciliter la programmation d'HDJ pour suivi du patient en sortie d'hospitalisation / Coordination des HDJ, médecine coordonnateur
- Création de créneaux de consultations de spécialistes à programmation rapide

Aval et cas complexes:

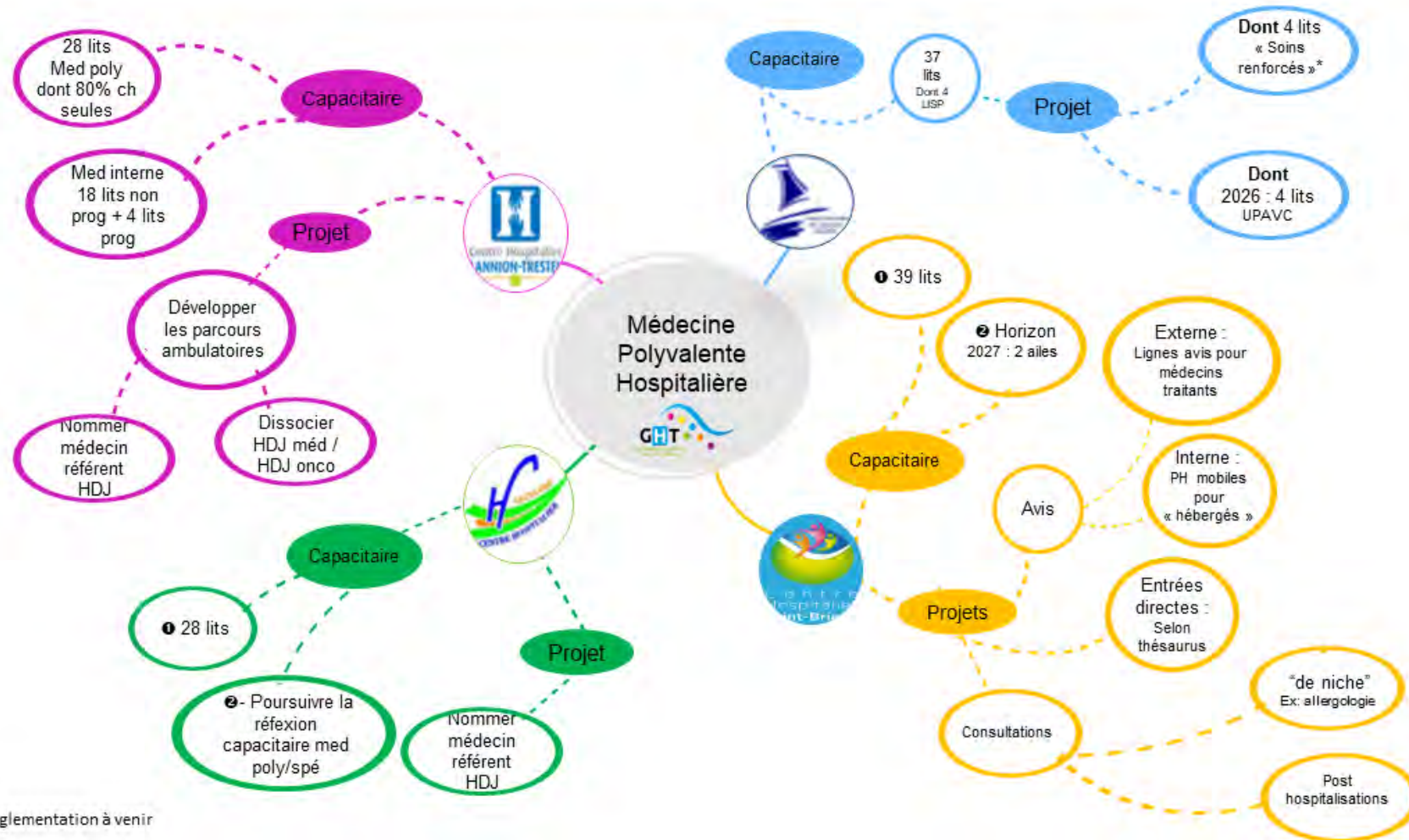
- Créer une cellule de cas complexes sur chaque établissement
- Créer un partenariat privilégié avec les SMR polyvalents (même pôle?) / Développer les SMR « rapide » ?
- Créer un créneau hebdomadaire d'exams pour les établissements du GHT- exemples : CPRE, fibro-bronchique, FOGD, colo (en cas d'absence d'endoscopiste), IRM, pose de midline.



2 – Projections d'organisation et capacitaire



Projection d'organisation territoriale en médecine polyvalente – horizon 2028



* Selon réglementation à venir



Projet médico-soignant partagé 2023-2028

Synthèse des réflexions conduites par le groupe de travail médecine d'organe

Pilotes : Dr X GUENNOC/ B COJEAN

2



Le groupe de travail médecine d'organe

Filière RHUMATOLOGIE

FMIH HEMATO-ONCO

Filière MEDECINE INTERNE

Filière CARDIOLOGIE

Filière NEUROLOGIE

Filière MALADIES
INFECTIEUSES

Filière NÉPHROLOGIE

Filière PNEUMOLOGIE

Filière HEPATO-GASTRO

Filière ENDOCRINOLOGIE

**Des professionnels des CH de Saint-Brieuc, Guingamp, Lannion, Paimpol :
médecins, cadres, IPA**



①

Les grands principes retenus par le groupe médecine d'organe

FORCES

- ❖ Motivation/compétence des équipes
- ❖ EXPERTISE
- ❖ Echanges inter-spécialités
- ❖ Plateau technique
- ❖ Toutes les spés présentes sur 1 site CHSB

- ❖ Mise en place d'équipe de territoires
- ❖ Activités multi site
- ❖ Assistants partagés
- ❖ PADHUE
- ❖ Protocole de coopération, IPA
- ❖ Nouvelles modalités de prise en charge : téléconsultation, téléexpertise, monitoring à distance...
- ❖ Mise en place de « filières/parcours patients »
- ❖ prévention

OPPORTUNITES

Dialogue institutionnel
Coordination entre différents sites GHT
Coordination avec SAU/med po/gériatrie
Lien ville/hôpital



FAIBLESSES

- ❖ DEMOGRAPHIE MEDICALE
- ❖ Désertification médicale et maillage territorial insuffisant
- ❖ Effectifs insuffisants/fragilité des équipes ; manque d'internes
- ❖ Effondrement du secteur libéral: MG, spécialistes, kinés, IDE...

- ❖ Recours massif/inadapté au syst hospitalier (et en particulier via SAU)
- ❖ Manque de lits d'aval
- ❖ Locaux parfois inadaptés et lits supplémentaires

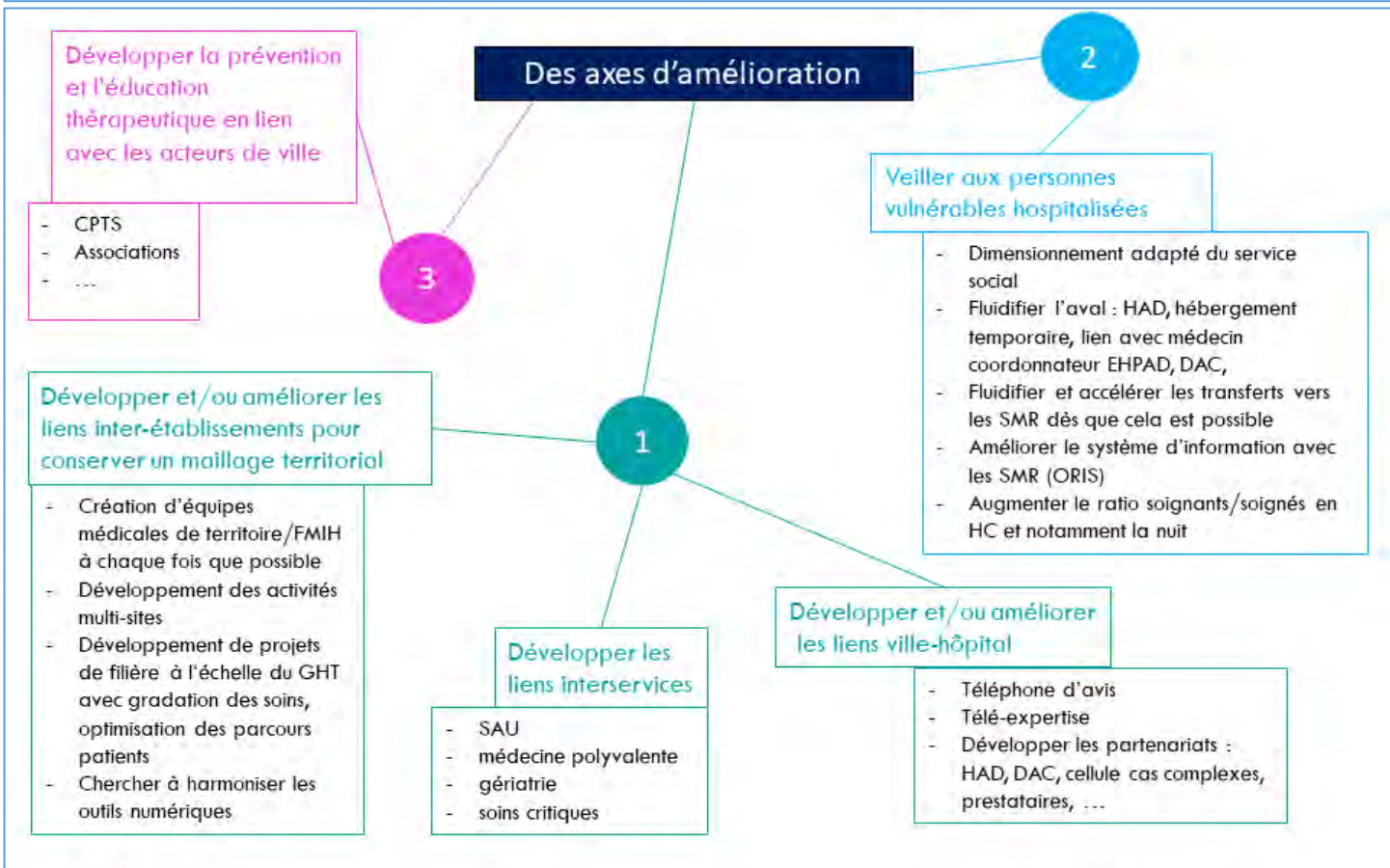


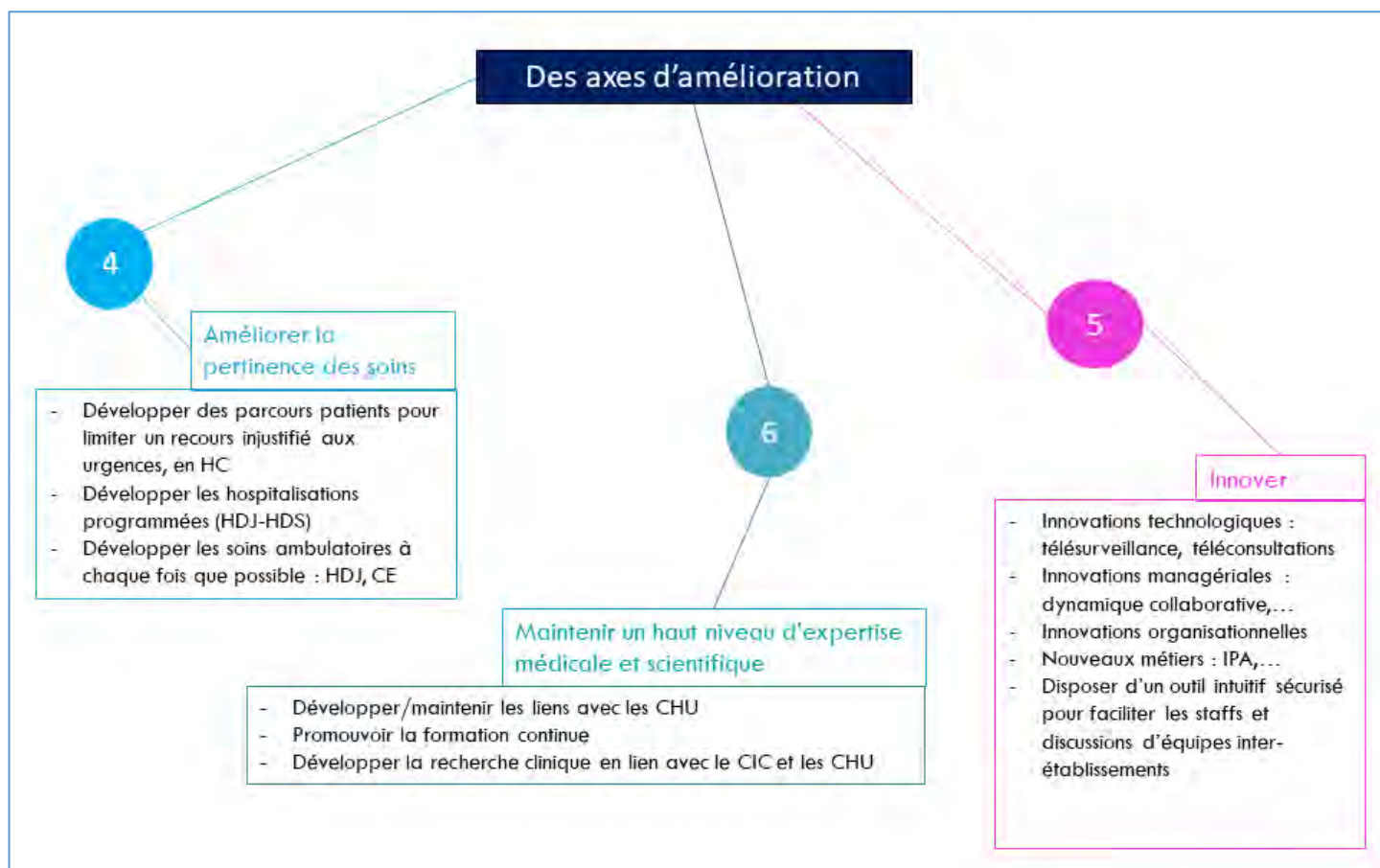
- ❖ Désorganisation
- ❖ Retard de prise en charge
- ❖ Prise en charge inadaptée
- ❖ Hospitalisations prolongées/non pertinentes
- ❖ Renoncement aux soins
- ❖ découragement/ burn-out

MENACES



Un préalable indispensable : améliorer l'attractivité, le recrutement et la fidélisation des professionnels





③

PMSP 2023-2028

Projets chaque spécialité médicale



Projets de filières et nouvelles activités soumises à conditions

Projets finalisés

FMIH HEMATO-ONCO

Filière NEUROLOGIE → Télé thrombolyse au CH Paimpol

Filière PNEUMOLOGIE

Filière RHUMATOLOGIE

Filière CARDIOLOGIE → Ablation de fibrillation atriale (mention C) au CH Saint-Brieuc

Filière NÉPHROLOGIE

Filière ENDOCRINOLOGIE

Projets en cours d'élaboration

Filière MEDECINE INTERNE

Filière MALADIES INFECTIEUSES

Filière HEPATO-GASTRO

FMIH Onco-Hématologie

FMIH Onco-Hématologie GHT – ORGANISATION

Equipes médicales en Hématologie & Oncologie 2023

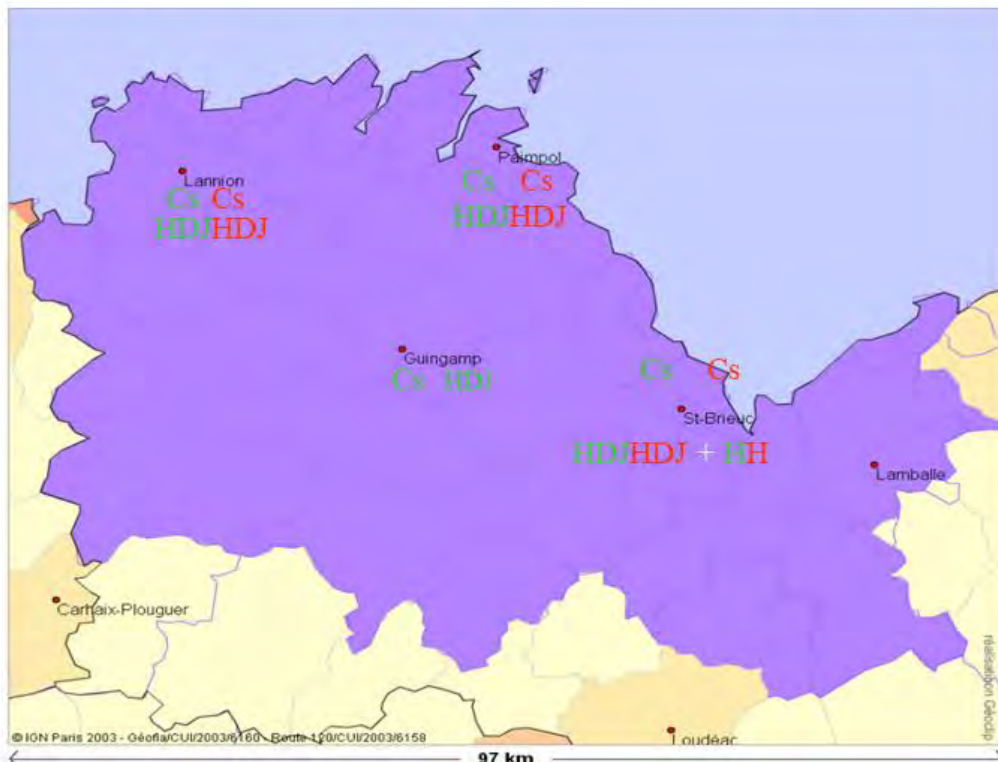


Equipe médicale en Hématologie Clinique = 6.4 ETP sur 4 hôpitaux
St-Brieuc: 5,4 ETP Lannion: 0,4 ETP Guingamp; 0,4 ETP Paimpol: 0,2 ETP

Equipe médicale en Oncologie Médicale = 2.9 ETP sur 3 hôpitaux
St-Brieuc: 2.1 ETP Lannion: 0,4 ETP Paimpol: 0,2 ETP

ORGANISATION PAR SITE

Équipe médicale publique commune en Hématologie & Oncologie pour l'ensemble du GHT



GRADATION DES SOINS

Hématologie Clinique

Gradation de l'offre de soins :

Niveau	Etablissement	Activités concernées
Niveau 1b	CH Paimpol	CS avancées d'hématologie HDJ (transfusions, ferinject, immunoglobulines) Explorations à visée diagnostique (myélogrammes, ...) Chimiothérapies orales+ Chimiothérapies injectables (12/11/2020) Prise en charge palliative
Niveau 1b	CH Guingamp	HDJ/CS avancées d'hématologie Explorations à visée diagnostique (myélogrammes, ...) Chimiothérapies orales/perfusions Prise en charge palliative
Niveau 1b	CH Lannion	HDJ/CS avancées d'hématologie Explorations à visée diagnostique (myélogrammes, ...) Chimiothérapies orales/perfusions Prise en charge palliative Participation aux RCP du réseau régional d'hématologie (BREHAT) réalisée par visioconférence
Niveau 2	CH Saint-Brieuc	H/HDJ/CS avancées d'hématologie Explorations à visée diagnostique (myélogrammes, ...) Chimiothérapies orales/perfusions Prise en charge palliative Recherche clinique RCP d'hématologie du territoire n°7 Participation aux RCP du réseau régional d'hématologie (BREHAT) réalisée par visioconférence
Niveau 3	CHU Rennes/Brest	Intensification, auto et allogreffes

GRADATION DES SOINS

Oncologie Médicale

Gradation de l'offre de soins :

Niveau	Etablissement	Activités concernées
Niveau 1a	CH Guingamp	Prise en charge palliative
Niveau 1b	CH Paimpol	CS avancées d'oncologie Chimiothérapies orales+ chimiothérapies injectables (18/11/2020) Prise en charge palliative
Niveau 2a	CH Lannion	HDJ/CS avancées d'oncologie médicale Chimiothérapies orales/perfusions Prise en charge palliative CS avancées en chirurgie mammaire cancérologique par deux gynécologues du CH de Saint-Brieuc Participation aux RCP d'oncologie du territoire n°7 (ONCARMOR)
Niveau 2b	CH Saint-Brieuc	H/HDJ/CS d'oncologie médicale Chimiothérapies orales/perfusions Prise en charge palliative Chirurgie cancérologique Recherche Clinique (URC) Participation aux RCP d'oncologie du territoire n°7 (ONCARMOR) Participation aux RCP du réseau régional de cancérologie (GROUM, Sarcomes, ...) Convention avec le CHU de Rennes en pédiatrie
Niveau 3	CRLCC Rennes	Pathologies rares/recours, essais thérapeutiques/précoces

EFFECTIF MEDICAL CIBLE = TOM

2023 TOM/effectif médical actuel

- Hématologie: 6.4 ETP (dont 1 ETP > 60 ans)
- Oncologie: 2.9 ETP (dont 1 ETP > 60 ans)
dont 0.2 ETP dédié à la fonction de CdP

2028 TOM/effectif médical cible

- Hématologie: 8.5 ETP
- Oncologie: 6 ETP (si chimio à Guingamp)
5.5 ETP sinon

Filière NEUROLOGIE

Neurologie : effectif médical

- 2023
 - Effectif théorique pour St Brieu/Lannion (estimé avec la DAM):
 - 14 PH temps pleins
 - Effectif réel:
 - 5.9 PH
 - 0.4 assistante partagée
 - 1 PH associé
 - 1 intérimaire (Lannion)
- 2028
 - St Brieu/Lannion:
 - 14 PH temps plein
 - + 2 PH si passage en garde

Axes d'amélioration

- Délais de PEC et pertinence des soins
 - Développer l'hospitalisation programmée en HDS pour les bilans diagnostiques (démence; épilepsie; pathologies complexes...); les patients parkinsoniens (suivi et traitement); le traitement des maladies auto immunes (pathologie du SNP)...
 - Transfert de l'HDS de neuro (10 lits) au sein de l'HDS commun du pole de cardiovasculaire et métabolisme et augmentation du nombre de lits (13) en avril 2024

Axes d'amélioration

- Délais de PEC et pertinence des soins
 - Améliorer la PEC des AVC en tendant vers 100% des AVC pris en charge en USINV en phase aiguë
 - Passage de 6 à 8 lits d'USINV en avril 2024
 - Développement d'une filière de neuro gériatrie notamment pour les patients AVC au décours du passage en USINV
 - Discussion en cours avec les gériatres
 - Transformation de l'astreinte opérationnelle en garde sur place
 - à discuter lorsque l'effectif médical le permettra
 - Création d'un centre de neuroradiologie interventionnelle avec réalisation de thrombectomies

Axes d'amélioration

- Délais de PEC et pertinence des soins
 - Améliorer le suivi des patients neuro et les délais en augmentant les plages de consultations des médecins et de l'IPA
 - arrivée d'un second IPA en 2026

Filière PNEUMOLOGIE

Perspectives pour l'offre de soins en Pneumologie en 2028 ...

Un constat : une offre de soins pneumologique qui s'effondre sur le territoire 7 :

- 50% de l'effectif de pneumologues (hospitaliers et libéraux) en 10 ans
- . 2023 : 12.8 ETP de pneumo (6.4 public, 6.4 privé), 2028 sans recrutement 9.1 ETP (4.6 public 4.5 privé)
- . Population vieillissante et pathologies respiratoires dont l'incidence augmente +++ (cancers, BPCO et asthme)

Maintien de l'offre de soins pneumologiques en 2028 : Un pré-requis : remettre à niveau les équipes médicales :

- . CHSB : 07/2023 2.8 ETP, cible 2028 8 ETP = recrutement 6 ETP (dont 3 onco-thoraciques cf infra)
- . CH Lannion : à compléter 07/2023 cible 2028 à compléter
- . CH Guigamp : 2 ETP cible 2 ETP (1 départ en retraite prévu dans les 2 ans)
recrutement à prévoir : 1ETP immédiatement, + 1ETP à l'horizon début 2025

Perspectives pour l'offre de soins en Pneumologie en 2028 ...

Maintien de l'offre de prise en charge en oncologie thoracique

- . Remise à niveau des équipes d'oncologues thoraciques
- . CH St Briec : 07/2023 2.8 ETP, cible 2028 6 ETP (recrutement de 3 ETP)
- . CH Lannion : 07/2023 1 ETP, cible 2028 2 ETP (recrutement de 1 ETP) : à confirmer avec eux

Permettre une égalité des prises en charge en Pneumologie sur le territoire 7

- . Accès aux avis pneumologiques sur tous les sites (ressources locales pour St Briec, Lannion et Guingamp, pour Paimpol mise en place d'une consultation avancée ou téléconsultation 0.2/ 0.4 ETP)
- . Développer une activité d'oncologie thoracique sur les CH de Guingamp et Paimpol : cs avancée 1x/ semaine sur les 2 sites (0.2 ETP) et réalisation de chimiothérapie en HDJ 1x/s sur les 2 sites (0.2 ETP)
- . Faciliter l'accès à un avis spécialisé rapide sur St Briec : créneaux de cs dédié, numéro d'appel unique pour avis, plateforme Omnidoc ou équivalent (1ETP)
- . Faciliter l'accès à un avis spécialisé rapide sur Lannion (à compléter) et Guingamp en recrutant un 2^{ème} pneumologue

Perspectives pour l'offre de soins en Pneumologie en 2028 ...

Plateau technique

- . **Lannion et Guingamp** : maintien d'un plateau technique conventionnel avec accès EFR, Endoscopie et gestes pleuraux
- . **Saint Briec** : idem + plateau technique de recours (endoscopie interventionnelle, écho-endoscopie, minisondes)

Prévention : structurer une filière de dépistage du cancer du poumon

- . CH St Briec : créneaux de cs dédiés 2/s (0.2 ETP) + créneaux d'imagerie réservés (TEP sca, Scanner et IRM)
- . CH Lannion : à compléter

Perspectives pour l'offre de soins en Pneumologie en 2028 ...

Optimiser la prise en charge des patients :

Mettre en place 1 dispositif de diagnostic rapide du cancer bronchique

- . CH St Brieuc : créneaux de cs dédiés 2/s (0.2 ETP) + créneaux d'imagerie réservés (TEP scan, Scanner et IRM)
- . CH Lannion : à compléter

Améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies respiratoires chroniques

Filière BPCO et Asthme : collaboration IPA et spécialistes, nouveaux outils de télésurveillance : cible IPA St Brieuc 2, Lannion 0,5 (ou 1 mutualisable) à confirmer avec eux , Guingamp 1 ETP (éventuellement mutualisable avec 1 autre site) et Paimpol 0.5 ?

Filière Oncologie thoracique : collaboration IPA et spécialistes, nouveaux outils de télésurveillance : cible IPA St Brieuc 2 (dont 1 mutualisée héмато-onco-pneumo), Lannion 0.5 (ou 1 mutualisable) à confirmer avec eux ,

Perspectives pour l'offre de soins en Pneumologie en 2028 ...

Recrutements supplémentaires à prévoir pour la mise en place de toutes ces actions d'amélioration

CH St Brieuc : 1.6 ETP de pneumologue soit (total mini 7 ETP avec la remise à niveau de l'équipe actuelle) + 2 IPA (dont 1 mutualisée hémato-onco-pneumo)

CH Guingamp : 2 ETP de pneumo (remplacement départ en retraite), IPA ?

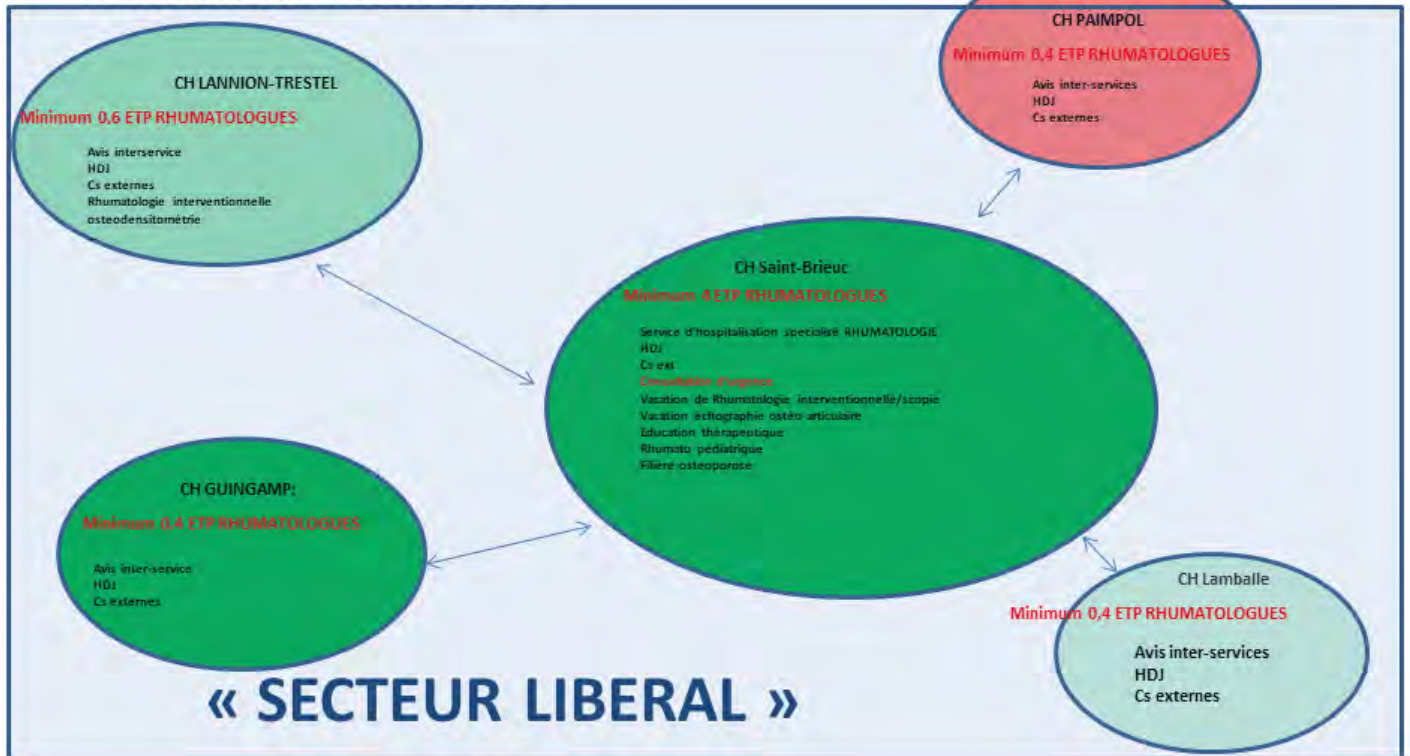
CH Lannion : Pneumo ? IPA ?

Filière RHUMATOLOGIE

Quels axes d'amélioration de notre organisation?

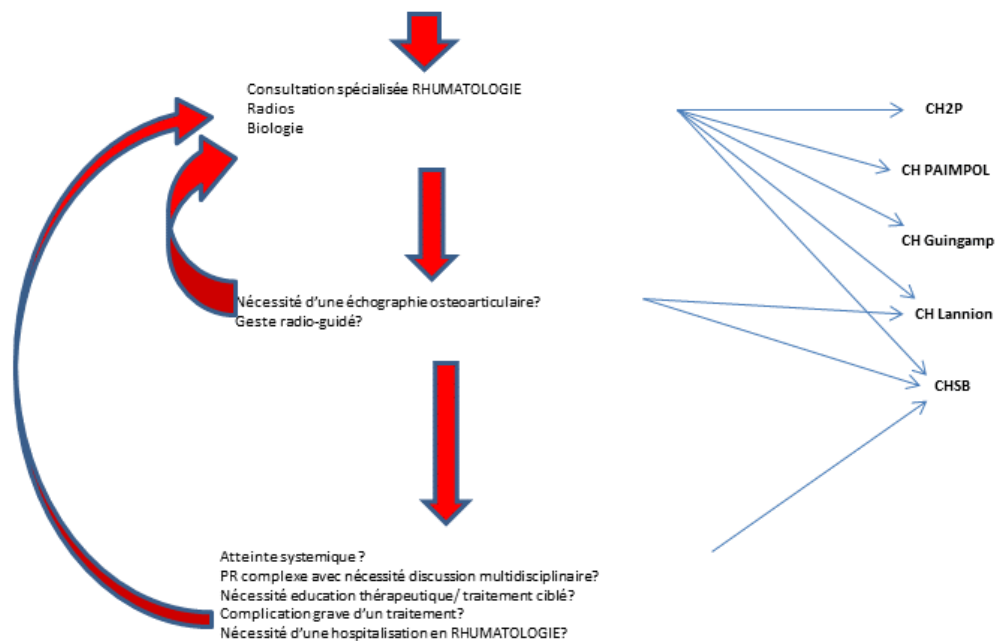
- **délais de consultations et pertinence des soins**
 - Améliorer le réseau ville/hopital pour prioriser les patients + urgents; éviter le passage au SAU; hospitaliser uniquement les patients qui en ont vraiment besoin
 - Téléphone d'avis
 - Télé-expertise
 - Créneaux d'urgence/circuit court
 - Développer des « filières patients »???
- **Patients éloignés du système de santé/non pris en charge**
 - Développer les activités multi-sites
 - Filière ostéoporose
- **Protocole de coopération**
 - IPA en Rhumatologie??? Semble adapté à la prise en charge de l'ostéoporose. Peut être RIC?
- **Maximiser le temps médical « au lit du patient » et en consultation externe(!)**
 - Limiter les réunions au strict nécessaire (?)
- **Prevention**
 - Formation/sensibilisation des MG à l'ostéoporose
 - Promotion de l'activité sportive/lombalgie chronique (conférence grand public...)
 - Développement prise en charge globales des patients RIC= vaccination, risque CV, ostéoporose...

GHT D'ARMOR/ RHUMATOLOGIE 2028?



exemple de parcours patient= Polyarthrite RHUMATOIDE

Patient adressé par son medecin traitant pour bilan/suivi d'une PR



Filière CARDIOLOGIE

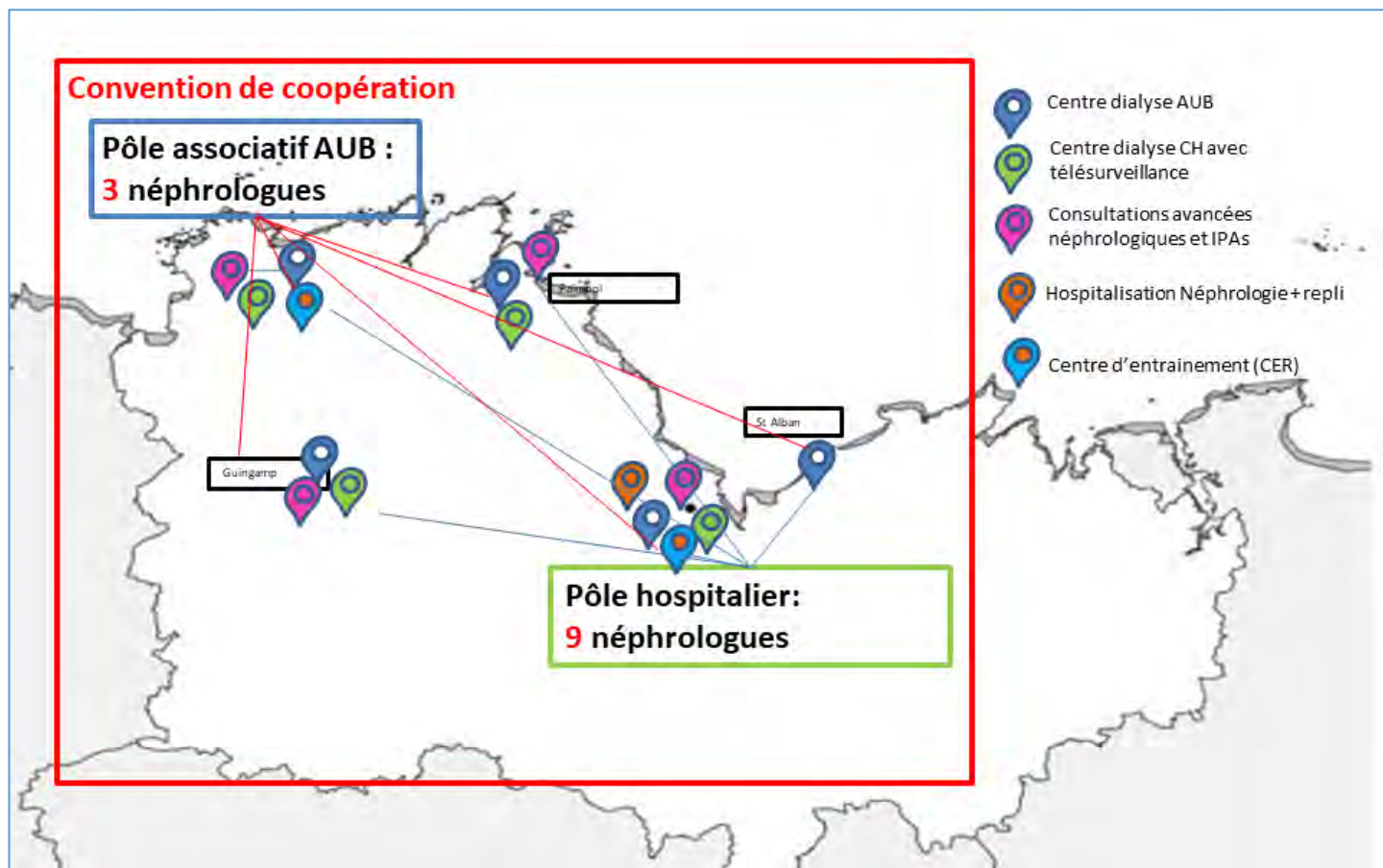
Axes d'amélioration filière cardio - 1/2

- **Maintenir l'accès aux soins cardiologiques malgré la pénurie médicale – améliorer les parcours patient**
 - Maintenir (si possible) une offre de soins cardiologique hospitalière graduée sur les sites actuels pour éviter l'adressage non filtré de patients cardiologiques vers le CHSB via les SAU du territoire et maintenir localement une PEC spécialisée. Importance de la QVT pour maintenir les équipes, progressivement dégradée du fait de la pression hospitalière. Importance cruciale du passage systématique d'internes de spé/Dr Ju, futurs PH potentiels.
 - Faciliter l'accès à une PEC cardio des patients « tièdes » (hors urgence/hospi non programmée) pour éviter le passage au SAU de patients symptomatiques mais relevant d'une CS rapide:
 - Média de demande et temps dédié à la Cs « semi-urgente »/temps dédié
 - Montée en charge /diffusion de la télésurveillance IC ⇔ Protocoles de coopération
 - Parer à l'effondrement annoncé de l'offre de Cs cardio en ville : à l'hôpital : développement des protocoles de coopération, IC, maladie coronaire stable...). En ville, comment?
- **Améliorer la PEC de l'épidémie d'IC avec l'aide de ressources non médicales**
 - Développer localement des cellules de coordination de PEC de l'IC, articulées avec la médecine de ville, appuyées sur des ISPIC/IPA locales utilisant la télésurveillance dans le cadre d'un protocole de coopération.

Axes d'amélioration filière cardio - 2/2

- **Relocaliser les compétences en rythme interventionnelle**
 - Créer une activité d'ablation complexe (niveau C, FA/TJ/TV) à St Brieuc (qui satisfait aux pré-requis) et éviter la fuite de cette activité vers Rennes ou Brest
- **Poursuivre le développement de l'imagerie cardiaque en coupe**
 - Développer le coroscanner (Lannion/St Brieuc) et l'IRM (Lannion/St Brieuc). Augmentation des indications et du volume des demandes, délais+++.
- **Prevention/Réadaptation**
 - SSR cardio : Raccourcir/clarifier les délais de PEC, améliorer l'accessibilité pour tous les patients du territoire, augmenter l'offre pour accès à un plus grand nombre de patients (téléadaptation?...)
 - Améliorer les liens avec les clubs cœur et santé
 - Développer l'offre de cardio du sport axée sur les patients les plus à risque (cyclotouristes...)

Filière NÉPHROLOGIE



Deux pôles pour l'offre de soins coordonnés du T7

- **Organisations:**
 - Pôle Associatif : 3 néphrologues, statut AUB
 - Pôle Hospitalier : 9 néphrologues, statut Hospitalier
 - Convention de coopération entre les 2 établissements avec MADD des praticiens hospitaliers vers l'associatif
 - Communication facilitée par 2 coordonnateurs infirmiers: 1 du CH et 1 de l'AUB pour la coordination des patients incidents et prévalents dialysés
 - Déploiement de 2 IPAs sur le GHT avec création de Plan Parcours de Soins GHT qui contribueront à la coordination du parcours patient MRC
 - 2 centres d'entraînement à la dialyse dans chaque pôle avec projet d'échanges entre les équipes associatives et hospitalières
- **Objectifs:**
 - Gestion partagée de la dialyse centre, hors centre, dialyse à domicile, parcours patient MRC, participation commune à la permanence de soins, outils partagés des logiciels métiers, l'accès au DMP via les logiciels métiers de dialyse
 - Participation commune aux consultations avancées
 - Participation partagée aux journées de dépistage primaire et secondaire de la MRC
 - Repli en Hospitalisation sur St Brieuc des patients néphrologiques pour recours au plateau technique et à la permanence néphrologique médicale
 - Mutualisation des locaux (hébergement de la dialyse hospitalière dans les locaux AUB sur Lannion, c'est l'inverse sur Paimpol, matériels partagés...)
- **Craintes et risques:**
 - Equilibre de l'intérêt financier et préservation de l'activité de chaque structure sans concurrence déloyale
 - Équilibre des compétences des équipes paramédicales de dialyse entre les deux structures: pas de phagocytose d'expertise
 - Risques limités par les règles définies par le SROS Bretagne qui aura à nouveau lieu pour les centres de dialyse en 2023-2024

Filière ENDOCRINOLOGIE

Axes d'amélioration

- **Délais de PEC et pertinence des soins**
 - Hospitalisation directe: lits réservés en HDS pour les déséquilibres de diabète (HbA1c=8-10 %), délais <1 mois. Hospitalisation en HC si HbA1c >10%, critères de gravité etc, délais <1 semaine.
 - Consultation: augmenter le nombre des plages par praticien, bureaux dédiés.
 - Téléexpertise Omnidoc, téléphone d'avis pour les urgences.
- **Egalité des chances dans la PEC**
 - Activité endocrino-diabéto-nutrition CH Guingamp, Paimpol, Lannion: Consultation, EMOD, HDJ
 - PH en place à Guingamp, Paimpol, perspective de recrutement Lannion
 - Difficultés: compétence IDE, disponibilité diététicienne, APA, ophtalmo
- **Nouveaux acteurs**
 - IPA septembre 2023: obésité, diabète
 - IPA 2026: transition pédiatrie-endocrino
- **Prévention**
 - Formation médecins généralistes: thyroïde, diabète, obésité
 - Formation IDE libérales: diabète
 - Interventions grand public

PEC patient diabétique

2023

- Adressé par le médecin généraliste via courrier, fax, mail, télé expertise, téléphone d'avis: St Brieuc, Guingamp.
- Consultation EMOD/hospitalisation en HC, HDS, ambulatoire: St Brieuc.
- Suivi en consultation médecin: Guingamp, St Brieuc
- Suivi EMOD: St Brieuc

2028

- Adressé par le médecin généraliste via télé expertise, téléphone d'avis: tous les sites
- Consultation médicale/EMOD: tous les sites
- Hospitalisation en HC/HDS si situation aigue: St Brieuc
- Bilan annuel en ambulatoire: tous les sites.
- Sessions ETP HDS/ambulatoire: St Brieuc.
- Nouvelles technologies: initiation St Brieuc, suivi tous les sites
- Reprise suivi local

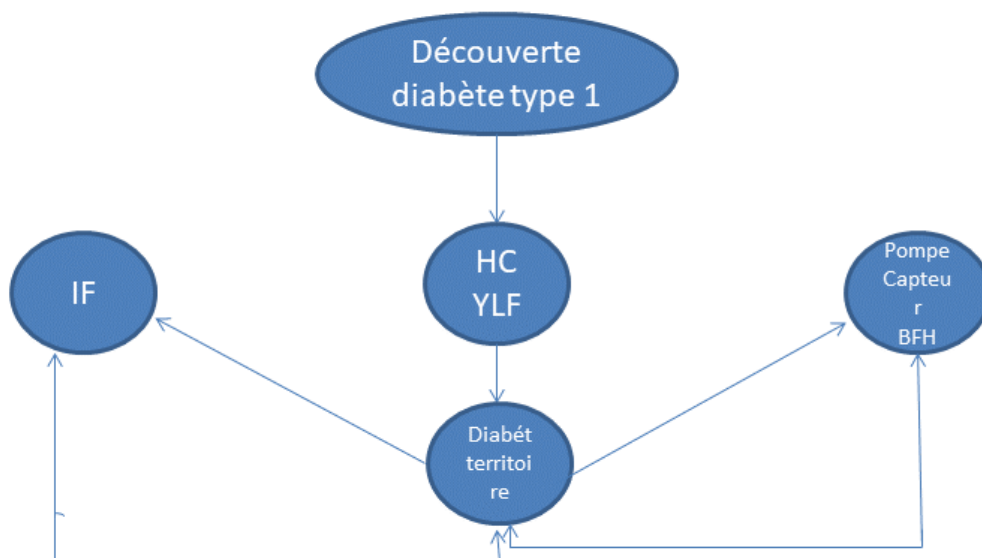
Organisation filière dans le territoire en 2028

- CH Saint Brieuc
 - Hospitalisation: 11 lits d'HC, 6 lits d'HDS, 8 places ambulatoires 5 jours/7
 - Consultation
 - Equipe mobile, télé médecine
- CH Guingamp
 - Hospitalisation: 4 places ambulatoires 2 jours/7
 - Consultation
 - Equipe mobile, télé médecine
- CH Paimpol
 - Hospitalisation: 4 places ambulatoires 2 jours/7
 - Consultation
 - Equipe mobile, télé médecine
- CH Lannion
 - Hospitalisation: 4 places ambulatoires 2 jours/7
 - Consultation
 - Equipe mobile, télé médecine
- Ville
 - 0 praticien libéral en 2023, pas de perspective de recrutement

Effectifs cible en 2028

- CH Saint Briec
 - 8,4 ETP médecin
 - 8 ETP IDE, 7 ETP AS:
 - 4 ETP IDE en HC+4ETP AS
 - 2 ETP IDE ambu+1ETP AS
 - 2 ETP IDE HDS+ 1 ETP AS
 - 3 ETP diet, :
 - 1 ETP diet HC,
 - 1,5 ETP diet ambu,
 - 0,5 ETP diet HDS
 - 1 ETP psychologue
 - 0,5 ETP APA
 - 4 ETP AMA
- CH Guingamp
 - 1 ETP médecin
 - 2 ETP IDE
 - 0,5 ETP diet
- CH Paimpol
 - 1 ETP médecin
 - 2 ETP IDE
 - 0,5 ETP diet
- CH Lannion
 - 1 ETP médecin
 - 2 ETP IDE
 - 0,5 ETP diet

Gradation des soins: parcours du patient diabétique





Synthèse des réflexions du groupe Médecine Gériatrique

Pilotes : Dr K GHRIBI / V LE GOFF



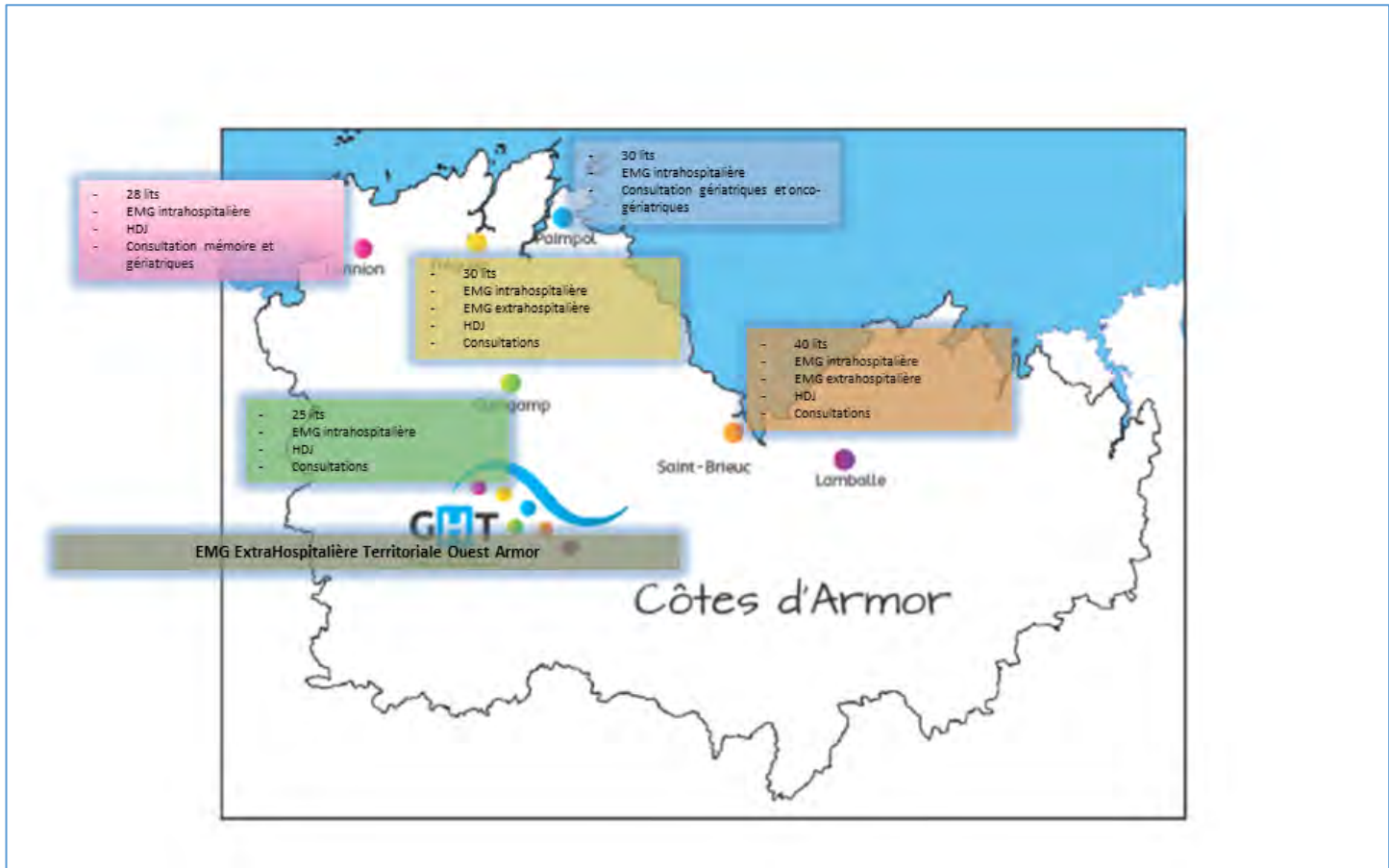
GRUPEMENT HOSPITALIER TERRITOIRE D'ARMOR

Projet Médico-Soignant partagé Médecine Gériatrique

COMPOP 22 juin 2023

Groupe et Méthode de travail

- 31 Janvier 2023: Lancement du projet
- Composition du groupe de travail: 13 membres
 - Les 5 chefs des services
 - Les 5 cadres,
 - 3 IPA (EMG intra, extra, consultations)
 - 3 EMG intrahospitalières, 3 EMG extrahospitalière (dont EMGT Fil'Age portée par les 4 CH à l'ouest du territoire)
- 5 Réunions de Travail
- Méthodes utilisée:
 - Cartographie de l'activité: Offre de soins et activités
 - Partage des constats
 - Identification consensuelle de parcours proposés
 - Ateliers SWOT sur les parcours et propositions d'organisation cible



Les constats Partagés

- Fortes contraintes sur les effectifs médicaux
 - Effectif cible insuffisant, à redéfinir: Fonctionnement des services en cas de congés médicaux: TOM à redéfinir.
 - Difficultés au recrutement en raison de la pénurie de médecins et plus particulièrement de gériatres: Arrêt des formations dans le cadre de CAPA de Gériatrie, nombre de médecins DES insuffisant
- Effectifs non médicaux insuffisants et en difficultés
 - Augmentation de la charge en soins car patients accueillis de plus en plus fragiles et dépendants
 - Allongement des séjours des patients les plus lourds par insuffisance des solutions d'aval (SMR, SSIAD, EHPAD)
 - Services peu attractifs pour les soignants en candidature et fuite des soignants déjà en poste.
- L'augmentation de la pression des hospitalisations non programmées aux urgences → Pression reportée sur les services de Médecine Gériatriques avec augmentation de la capacité (exemple Saint-Brieuc)
 - Difficulté de répondre à cette sollicitation: pas assez de gériatres
 - Rend difficile la réalisation des missions autres que HC: EMG, HDJ, consultations, Permanence téléphonique (NUAGE), animation filière gériatrique..
 - Pose la question de l'articulation avec l'offre en médecine polyvalente et/ou post-urgences

Nos propositions priorisées

- Deux Projets
 - Harmonisation documentaire
 - Attractivité de la gériatrie pour les soignants
- Trois Parcours
 - Parcours territorial de Psychogériatrie
 - Parcours territorial d'onco-gériatrie
 - Parcours territorial de prise en charge de l'insuffisance cardiaque de la personne âgée
 - Parcours orthogériatrie

53

Nos propositions priorisées: Harmonisation des pratiques

- Harmonisation documentaire en lien avec DPI ([Equipe Eroz](#)) et [Services Qualités](#)
 - Observations médicales
 - Formulaires de compte-rendu: Documents EMG extrahospitalière
 - Harmoniser l'usage du DPI versant dossier de soin: Gains en performance (Equipe Eroz, référents logiciels mériér)
- Harmonisation de l'organisation des services et des effectifs RH
- Cartographie fonctionnelles de l'offre: lien avec [Service Communication](#) pour le nouveau site internet.

54

Nos propositions priorisées: Attractivité de la gériatrie pour les soignants

- Plans de **formations prédéfinis et diversifiés** proposés aux soignants (nouveaux arrivants, et soignant en poste)
- Redimensionnement des **effectifs** au vu de l'augmentation de la charge en soins
- Communication auprès des organismes de formation de soignants: Manifestations diverses, capsules vidéo → service communication, Directions des soins.

55

Nos propositions priorisées: Psychogériatrie

- Besoin d'**optimiser les locaux** pour sécuriser les soins aux patients avec troubles psychocomportementaux aigus: Sécuriser les accès, espaces de déambulation.
- Créer des **postes pérennes d'activité occupationnelle** au sein des services pour limiter le recours aux psychotropes (Fiche de poste, Formation)
- Projet: 2 sites pour recevoir des **lits dédiés** aux patients ayant des troubles psychocomportementaux aigus incompatibles avec l'activité des services
 - **Saint Briec: 5 lits destinés au territoire Est**
 - **Tréguier: 5 lits destinés à tout le territoire Ouest**
- Manque de lits **UCC** à l'est du territoire: Besoin de **création unité UCC 10 lits** sur Saint Briec
- Plan de **formation** pour les soignants (UCC Tréguier passe à 10 lits)
- Prévenir ces hospitalisation: Redéfinir les liens avec la psychiatrie → Renforcer les rôles des EMG extrahospitalière.

56

Nos propositions priorisées: Oncogériatrie

- Créer une **coordination de l'offre oncogériatrique**: lien avec UCOG, Spécialités, Hôpital Privé:
 - Définir le besoin en temps Oncogéiatre, IPA
 - Définir les parcours de proximité et le recours en centre expert.
 - Maintenir une offre de proximité sur chaque site
 - Offre en HDJ sur au moins sur deux sites:
 - Saint Briec
 - Lannion
 - Guingamp, Paimpol, Tréguier?
 - Protocoliser le parcours suite à découverte de cancer chez une personne âgée fragile
 - Avec oncologue
 - SMR
 - Soins de support
 - Soins palliatifs
- > Améliorer l'offre de suivi onco-gériatrique: aujourd'hui insuffisante

57

Nos propositions priorisées: Insuffisance cardiaque

- Deux objectifs:
 - Travailler en lien avec la cardiologie hospitalière et libérale à un parcours de suivi pour les patients en rupture de suivi cardiologique en raison de difficultés d'accès → réduire le risque de décompensation:
 - EMG extrahospitalière
 - Télé-surveillance
 - Améliorer le parcours au cours d'hospitalisation: protocoliser le recours au cardiologue
 - SMR

Nos propositions priorisées: Gouvernance

- Création d'une FMIH de gériatrie → Préalable à la réalisation de ces projets



Synthèse des réflexions du groupe Soins critiques

Pilotes : Dr A MARI / C AURIOL



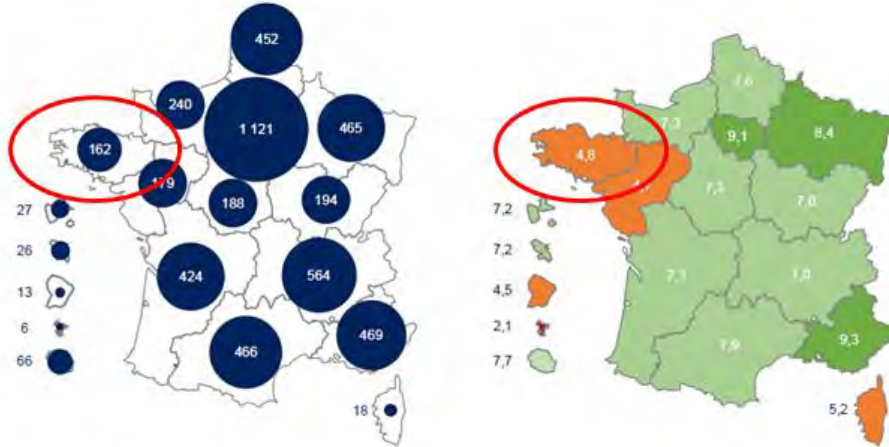
GRUPEMENT HOSPITALIER TERRITOIRE D'ARMOR

Contexte

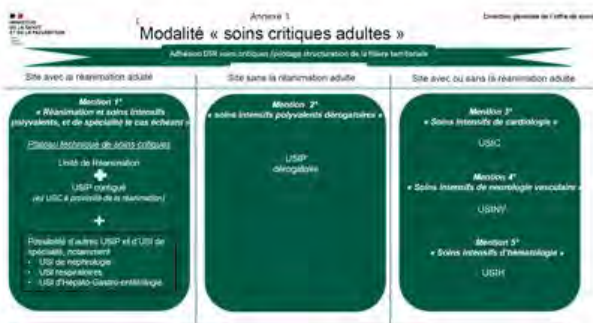
- Capacitaire & réforme des autorisations SC 2023
- « Filière de SC »
- Situation T7

Perspectives

Objectif FHF190-200 lits Réa en besoins courants + « éphémère »(SEE) (PRS3)



Capacités de réanimation adulte et densité de lits de réanimation adulte pour 100 000 habitants par région en 2019 (sources : SAE et INSEE 2019)

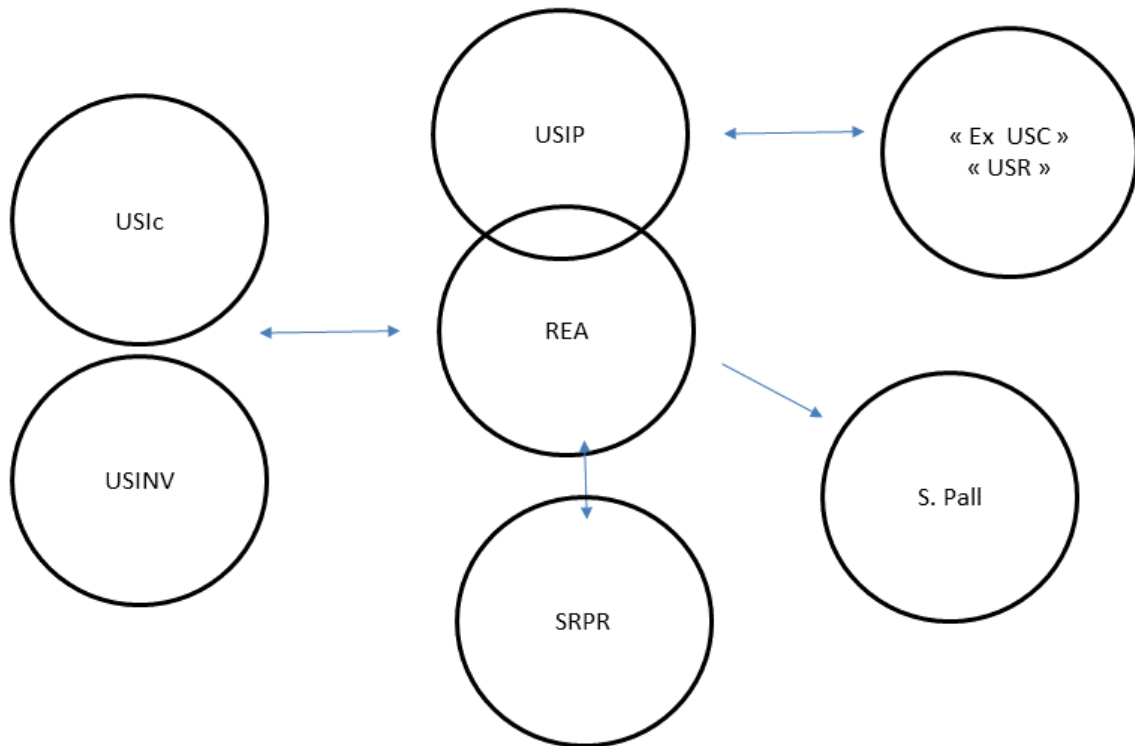


Annexe 2
Ratios PNM – modalité « soins critiques adultes »
Direction générale de l'offre de soins

Dénominateurs actuels	Ratio PNM actuel	Dénominateurs futurs	Ratio PNM proposé (passage à la norme de 2 lit ouvert + 1 AS / 4 lits ouverts)
Réanimation adulte (autorisation)	2 IDE / 3 patients 1 AS / 4 patients	Autorisations, Mention 1 « Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant »	2 IDE / 3 lits ouverts* 1 AS / 4 lits ouverts * Évaluation sur la charge en soins IDE pour 10 2023 - remise accord au PNM → trajectoire inscrite à 2 IDE pour 4 lits ouverts
Surveillance continue (reconnaissance contractuelle)	Pas de ratio PNM	Autorisations, Mention 1 « Réanimation et soins intensifs polyvalents et de spécialité le cas échéant » Autorisations, Mention 2 « Soins intensifs polyvalents dérogatoires »	REPRISE RATIO USC CREATION POUR TOUTES LES AUTRES USI
Soins intensifs (reconnaissance contractuelle)	USIC Jour = 1 IDE et AS/4 patients Nuit = 1 IDE et AS/2 patients	Autorisations, Mention 3 « Soins intensifs de cardiologie » Autorisations, Mention 4 « Soins intensifs de neurologie vasculaire » Autorisations, Mention 5 « Soins intensifs d'hématologie »	JOUR 1 IDE pour 4 lits ouverts 1 AS / 4 lits ouverts NUIT 1 IDE pour 4 lits ouverts AS / 8 lits ouverts

Projet de réforme des « USC » traditionnelles :
évoluerait vers des « USC hors champs des soins critiques »
= pas de défaillance d'organe (typologie « USR » décrite dans rapport IGASS)

USI



« Filière » de SC

- Organisation par site: USC(USB) / USIP / REA
- Régulation Réa
& corollaires: « éthique » / « soins lourds » (dérives)
- Parcours:
*ex: Urgences->Réa d'emblée
ou Urg ou Médecine/Chirurgie (aggravation IH) puis USC ou USIP+/-REA*
- Transport/transfert (limites SMUR)

Inventaire T7

Points d'étape

- Rencontre des acteurs SC du territoire (29/03/23 CHGGP)
Dr MEROUR, Dr SAKER, Dr BOUSSEMART, Me AURIOL, Me DESPORTES-
POISSON, Dr MARI
- Temps cadres & PNM: formation (représentants) (16/06/23)
Me AURIOL, Me BOURGES, Me CADIC,
 - >Inventaire de l'existant
 - >Hypothèse & perspectives
 - >pour maintien et développement d'une filière rationnelle (dans le souci du service rendu patient)



PMSP 2023-2028
GROUPE « Médecine » DU GHT D'ARMOR
Groupe de travail Soins critiques

1 ère rencontre médicale : 29/03/2023
1^{ère} rencontre paramédicale : 16/06/2023

Objectifs :

- Faire connaissance
- Partager le contexte
- 1er constat - état des lieux



Envisageons la suite

Fréquence des rencontres :

- Semestriel pour l'encadrement PNM
- Annuel PM+ encadrement PNM

Objectifs :

- Finaliser l'état des lieux
- Partage d'expériences sur les différentes organisations

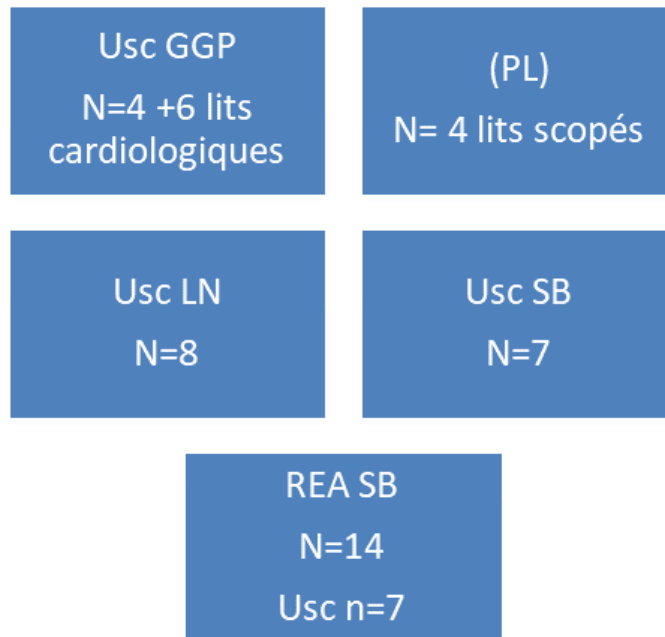
Formalisation d'un parcours de professionnalisation en fonction des compétences requises par site, y compris en terme de formation et stages par comparaison



État des lieux

Etablissement	Nombre et typologie de lits (réanimation / soins intensifs polyvalents/ soins intensifs spécialisés: cardio, neuro...)	Objectifs - Missions du service - spécificités	Activité par typologie de lits (Données 2022)	Profil des patients par typologie de lits	Mode d'entrée : D'où viennent les patients ? Qui sont les adresseurs ?
CH Saint-Brieuc			Nombre d'entrées totales: Taux d'occupation : DMS : IPDMS : niveaux de sévérité des séjours : Nombre de RUM :	moyenne d'âge : Principaux diagnostics : Pathologies :	
CH Guingamp			Nombre d'entrées totales: Taux d'occupation : DMS : IPDMS : niveaux de sévérité des séjours : Nombre de RUM :	moyenne d'âge : Principaux diagnostics : Pathologies :	
CH Lannion			Nombre d'entrées totales: Taux d'occupation : DMS : IPDMS : niveaux de sévérité des séjours : Nombre de RUM :	moyenne d'âge : Principaux diagnostics : Pathologies :	
CH Paimpol			Nombre d'entrées totales: Taux d'occupation : DMS : IPDMS : niveaux de sévérité des séjours : Nombre de RUM :	moyenne d'âge : Principaux diagnostics : Pathologies :	

Etablissement	Coopérations/partenariats/ Organisation des soins critiques sur le territoire (gradation des soins) : recours / proximité	Mode de sortie : Sorties mutations % Sorties définitives % Décès %	Projets en cours / Commentaires	Composition de l'équipe médicale (ETP)	Composition de l'équipe paramédicale (ETP)
CH Saint-Brieuc					
CH Guingamp					
CH Lannion					
CH Paimpol					



REA + USC SB

- Extension capacitaire REA T7: SB: +2 lits Réa en besoins courants (4 SEE)
>Enjeux de préserver les structures périphériques + compétences en cas de SEE (déport de gestion patients typologie « USC » voire Réa éphémères)
- 7 lits Usc > Usip adossée (upgradable)
- Enquête interne au CHSB sur les besoins recours à Usc (en cours)

USC autonomes T7

- LN
8 lits mixtes + RH PM dédié
1 garde H24
- PL
Fermeture Usc
Transfert vers Usc ...ou patients stabilisés et gardés en secteur Urgences
- GGP
4 lit Usc (post-op + post-urg) + 6 lits « USCcardio » (2 sites)
Astreinte double (AR+cardiologue)

PROJETS T7

Interface des SC

- Rencontres bi-annuelle: filière SoCriT7
- Visio pour discussion de dossiers (partage médical)
- ROR amélioré: tableau de bord du capacitaire on-line, actualisé

Définir le projet par site (enjeux spécifiques)

- Guingamp
- Paimpol
- Lannion

>travail en cours

Projet « médico-soignant partagé »

- Partage médical

>interface++

>pas de possibilité d'activité partagée en l'état des effectifs et des missions spécifiques (mais pistes: assistant partagé SB-LN?)

- Partage PNM

>enjeux RH +++

>formation initiale et continue++

- Formaliser les nouvelles « USC » de territoire:

>travail avec filières médicales & chirurgicales



Offre en soins critiques

Organisation actuelle



Evolution projetée 2028 à ce jour

