

Hôpitaux



St Brice en Cogles
Antrain

Projet d'établissement des hôpitaux d'Antrain et de Saint Brice-en-Coglès 2010 - 2014

« Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas. C'est parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles. »

Sénèque

Juin 2010

Avec ce document prend forme une phase d'étude et d'élaboration d'un projet conçu pour mieux répondre aux besoins de la population dans un environnement institutionnel en réforme : création des ARS, réforme des collectivités territoriales et dans un contexte général de rationalisation des dépenses publiques.

S'il faut bien une date de clôture pour la production d'un document, ce projet ne représente pas la fin d'une réflexion mais il s'inscrit dans la dynamique des efforts entrepris depuis plusieurs décennies et dont les réalisations les plus récentes sont la construction de deux équipements de grandes valeurs et complémentaires : le bâtiment de la Loysance à Antrain fini en 2005 et Les hameaux du Coglais à Saint-Brice dont la construction se terminera en 2012.

Les 2 établissements, par la complémentarité de leur offre permettent donc que, sur l'ensemble de nos deux territoires réunis Antrain et Saint-Brice, existent des réponses de qualité aux attentes légitimes de la population à ce niveau territorial et dans le cadre de la filière hospitalière les unissant aux établissements de Fougères et de Rennes.

L'organisation du projet d'établissement a eu dès le début le souci de la démocratie, en nous associant avec d'autres élus pour représenter les attentes de la population, rôle dont nous avons accepté la responsabilité et en associant le personnel et les médecins dans les phases de débat, de construction et à l'élaboration du document final.

Conserver nos 2 établissements est une chance pour l'économie de nos territoires dont ils contribuent au développement par l'investissement, la création d'emploi en complément de ceux de la filière agroalimentaire. Leur pérennité dépendra de la qualité des services offerts, c'est le sens du travail accompli.

Par ailleurs, dans un contexte difficile sous l'angle de la démographie médicale mais aussi dans un contexte économique produisant de l'exclusion, il faut considérer que le projet de nos deux établissements participe pour sa part à la mise en réflexion d'un projet de santé local qui devra associer encore plus fortement l'ensemble des acteurs : sanitaires, mais aussi médicaux sociaux et sociaux, en particulier pour faciliter l'accès aux services de santé au sens large pour les personnes en situation de fragilité et de précarité.

Demain, il faudra sans doute décroisonner encore plus et intégrer les 3 établissements à la vie collective de nos communautés en en faisant des lieux de vie pour les résidents par la localisation de services pouvant être utilisés par d'autres populations : atelier d'arts plastiques, atelier musique, crèche pour le personnel ouverte aux autres entreprises...

Déjà, il est prévu que des services à la personne intègrent des bâtiments disponibles des établissements.

Avant la mise en place de la nouvelle gouvernance structurée par un directoire et un conseil de surveillance, nous terminons nos mandats de présidents des conseils d'administration, par la validation du Projet d'établissement par les 2 conseils d'administration réunis.

Nous continuerons de siéger aux conseils de surveillance, ce qui nous permettra de participer au suivi de la mise en œuvre du projet dans nos établissements.

C'est maintenant que le projet commence à vivre, il devra s'adapter aux vents nouveaux mais le cap a été donné.

Louis Dubreil

Claudine Clossais

Maire de Saint Brice-en-Coglès

Maire d'Antrain

S'adapter aux changements

Dans le contexte de réformes et d'optimisation des ressources (Loi HPST, T2A), les deux hôpitaux d'Antrain et St-Brice sont trop proches et trop semblables dans leur offre. Chacun d'entre eux pris isolément (Saint Brice, trop près de Fougères pour son activité sanitaire, Antrain, inséré dans un canton surdoté en lits d'hébergement) courent le risque réel de dépérir lentement faute de pouvoir se positionner de manière attractive pour les usagers (inadaptation de moyens limités, concurrence proche...). Ce constat initial défavorable devient un atout quand la complémentarité, la spécialisation et la mutualisation se substituent à l'isolement. Le projet d'établissement 2010-2014 est fondé sur ce principe de mutualisation dans le respect de l'identité propre de chaque hôpital et de chaque territoire. Dans le cadre de la direction commune depuis 2003, tous les efforts de réorganisation commune rendent aujourd'hui possible un positionnement sanitaire et médico-social d'avenir.

Par la loi, le statut hôpital local disparaît (loi HPST). Cependant, l'organisation médicale fondée sur la médecine libérale demeure un atout et une force de nos établissements. Ils évoluent en proposant aux médecins généralistes l'appui de médecins salariés. Cette organisation renforce la place de la médecine libérale malgré un contexte de démographie médicale défavorable et permet de répondre aux exigences de l'exercice hospitalier.

Les exigences sur la qualité et le volume de nos activités nécessitent d'atteindre une taille critique qui n'est possible que par le rassemblement des forces. La localisation de la rééducation à Antrain et la construction des Hameaux du Coglais à St Brice ont incité logiquement à concentrer les **activités sanitaires à Antrain** et développer les **capacités d'hébergement des personnes âgées sur St Brice**, en y maintenant une unité de 10 lits de médecine. Ces lits de médecine pourront être utilisés soit pour les patients adressés par les médecins généralistes de St Brice, soit pour les résidents des Hameaux du Coglais afin d'éviter des hospitalisations dans un autre établissement.



Des pôles de compétences sanitaires

Ces restructurations facilitent la mise en place de pôles de compétences :

- pôle sanitaire gérontologique à Antrain (médecine et soins de suite non spécialisés),
 - pôle rééducation-réadaptation,
 - pôle hébergement et maintien à domicile,
 - pôle prévention et réseaux
-
- Le service de **médecine** sera composé de **25 lits** (dont 10 lits à St Brice) et sera coordonné par un généraliste salarié. Les 2 unités seront organisées comme un seul service, et pourront mobiliser les mêmes compétences internes en gériatrie, en rééducation, et soins palliatifs.
 - Le service de **SSR polyvalent de 32 lits** sera dirigé par un gériatre praticien contractuel en association avec les médecins généralistes. Il accueillera en aval des centres hospitaliers ou à la suite de la médecine. Ces lits intègrent **3 lits** utilisés pour des **soins palliatifs**. Certains lits seront destinés à des patients nécessitant une compétence gériatrique spécifique.
 - Le service de **SSR locomoteur de 35 lits et 5 places** sera piloté par les praticiens hospitaliers diplômés en médecine physique et rhumatologie. **10 lits de SSR polyvalent à orientation neurologique** complètent ce dispositif. Il sera localisé après travaux dans le bâtiment de La Loysance.

Les patients de médecine de St Brice pourront occuper les lits de soins de suite 5 d'Antrain tout en étant suivis par leur médecin traitant habituel autorisé à l'hôpital d'Antrain.

Le pôle sanitaire gériatrique sera complété par **2 places d'accueil de nuit** et le **SSIAD** qui passera de 27 places à **35 places**.



Qualité de vie et autonomie pour les personnes âgées

Notre projet de vie du Village de la Loysance et des Hameaux du Coglais repose tout entier sur le principe de qualité de vie et d'autonomie pour leurs habitants. C'est le sens de notre engagement dans la méthode de bientraitance « Humanitude ».

Le pôle hébergement offrira une complémentarité entre le Village de la Loysance à Antrain et les Hameaux du Coglais à St Brice tous deux organisés sur le principe d'une orientation précise à l'admission et de la limitation des mutations internes au sein de l'établissement. Ces principes sont posés pour permettre d'allier l'indispensable spécialisation des prises en soins (confort de vie des résidents) et le besoin de proximité (liens familiaux et sociaux).

Spécialisation

Le personnel **d'Antrain** a acquis des compétences spécifiques au sein du long séjour, lui permettant de répondre aux besoins des **personnes âgées très dépendantes et nécessitant plus de soins techniques. 25 chambres** leur seront réservées.

Pour l'hébergement spécialisé pour les **pathologies Alzheimer**, un service de **19 lits** succédera à l'Ancre au sein des Hameaux du Coglais, sur un canton qui ne propose pas cette offre actuellement. L'organisation médicale demeurera, avec les personnels soignants volontaires pour intégrer la nouvelle unité de St Brice.

Proximité

Un étage de **75 lits** destinés à des **personnes moyennement dépendantes** dans le bâtiment de La Loysance sera géré par les médecins généralistes.

St Brice offre un hébergement de proximité avec **93 lits d'hébergement** réparti en 5 lieux de vie.

Domicile

Un quatrième principe fort guide le projet personnes âgées. L'ouverture au domicile pour y favoriser la qualité de vie et éviter les ruptures douloureuses en cas d'admission en établissement. Cette orientation se traduira à St Brice par le renforcement du service **d'hébergement temporaire (20 à 25 chambres au lieu de 12 actuellement), 8 places d'accueil de jour** pour les personnes à domicile, un accueil de jour interne pour les résidents (**PASA** : pôle d'activités et de soins adaptés) ainsi que **2 à 4 places d'accueil de nuit**.



Prévention et réseaux

Le **pôle prévention et réseaux** intégrera différentes activités.

L'établissement d'Antrain se positionne comme un relais de **prévention primaire**. Il promeut et organise une politique **d'éducation thérapeutique et de prévention secondaire**, ainsi que des actions de **prévention tertiaire** (réadaptation et préparation du retour au domicile). Une infirmière de prévention est mobilisée pour la mise en œuvre de ce projet.

Des locaux rénovés dans l'actuel service de médecine seront destinés à **l'accueil de libéraux** et à la réalisation de **consultations avancées**, dans le but de renforcer la coopération ville/hôpital.

Un bâtiment de St Brice sera utilisé pour abriter dans une **Maison des réseaux et de la coordination** les acteurs réseau du sanitaire, les acteurs coordination du médico-social, les services sanitaires et médico-sociaux du domicile (tels que l'ADMR). 6



Evolution des capacités	2009			2012			Variation		
	A	SB	TOT	A	SB	TOT	A	SB	TOT
Nb lits sanitaires	73	21	94	92	10	102	19	- 11	8
Nb lits médico-sociaux	168	111	279	112	112	224	- 56	1	- 55
s/t lits	241	132	373	204	122	326	- 37	- 10	- 47
Nb places sanitaires	27		27	40		40	13	0	13
Nb places médico-sociales		12	12	2	36	38	2	24	26
s/t places	27	12	39	42	36	78	15	24	39
TOTAL	268	144	412	246	158	404	- 22	14	- 8



Construire cet avenir ne peut se faire sans un projet social ou ressources humaines tout aussi fort et respectueux des hommes. Se connaître, anticiper, écouter, concerter, expliquer, évaluer sont les attitudes et les actions indispensables pour ce qu'il est convenu d'appeler les **conditions de travail**, tant pour le personnel médical que le personnel soignant et de soutien.

Le projet dans ses objectifs et dans son phasage évite les réductions ou déplacements massifs de personnel. Pour cela, il faut anticiper, avec une **approche à la fois qualitative et quantitative**. Les outils sont simples et transparents : prévoir le nombre de personnel pouvant quitter l'établissement (retraite...) et ceux pouvant l'intégrer ou réintégrer (retour de formation...). D'autre part, la diminution des lits en médico-social pourra être en partie absorbée par l'augmentation des ratios de personnel en SSR prévue dans le dossier de demande d'autorisation à l'ARS. Ces transformations s'accompagneront de la prise en compte des souhaits d'évolutions individuels. En outre, la problématique des remplacements d'urgence ou plus long pourra en partie être résolue, grâce à la mise en place d'un pool, constitué majoritairement de personnels déjà présents. Ainsi, l'impact de la diminution de capacité des lits d'EHPAD sur les emplois permanents serait quasiment annulé.

La **qualité de vie au travail** pourra être exprimée grâce à la mise en place **d'enquête de satisfaction** et de **groupes de parole**.

Enfin la **formation** devient un **outil d'évolution personnelle et de management** en étant coordonnée aux projets institutionnels, tels que Humanitude, les méthodes et démarches qualité, la prévention et l'éducation thérapeutique et le travail en filière et réseau



2010 :

- Phase 2 des Hameaux du Coglais

2011 :

- Construction du plateau technique et transfert du SSR sur La Loysance
- Entrée dans la deuxième partie des Hameaux du Coglais et transfert de l'Ancre
- Rénovation du bâtiment de rééducation et construction d'une annexe

2012 :

- Phase 3 des Hameaux du Coglais
- Aménagement du pôle prévention

Le projet d'établissement 2010 2014 des hôpitaux d'Antrain et Saint Brice est l'aboutissement d'un long processus de concertation et d'élaboration.

L'information régulière des autorités

Les questions auxquelles notre projet essaie de répondre ont commencé à être formalisées en avril 2008. Le 10 juin, le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) a été saisi lors de sa visite à Antrain et St-Brice. Dès 2008 également, Monsieur Jacky LE MENN chargé des solidarités au Conseil général était également alerté.

L'engagement des élus de la population locale

En septembre, une rencontre avec les élus a symbolisé le lancement officiel de la réflexion dès lors accompagnée par Laurent TARDIF de la société Adysta. Etaient présents, les maires d'Antrain et Saint Brice, les conseillers généraux, les présidents de communautés de communes et les médecins présidents de CME des hôpitaux. Etaient ainsi symboliquement posé la responsabilité et l'engagement des élus de la population locale dans l'avenir des hôpitaux, de leur santé.

Un comité stratégique composé de médecins, d'élus et de la direction a été constitué et en février 2009, 3 scénarios d'avenir ont été soumis aux instances. L'un d'entre eux a été retenu.

L'engagement du personnel

Une large information a été réalisée (n°1 du Journal Libre Tribune diffusé à 300 exemplaires).

A ce moment, 5 groupes de travail ont été constitués auxquels plus de 80 personnes ont participé (ils sont nommés à la suite). En novembre 2009, une première rédaction a donné lieu à une information détaillée aux instances (Un second numéro de Libre Tribune a été diffusé à 400 exemplaires).

- **Projet médical** en deux sous groupes,
 - o **médecine** piloté par le Dr RICONO et
 - o **Projet local de santé**, piloté par le Dr MORILLON, activement aidé par Pierre BERTHE, directeur d'EHPAD
- **Etablissements et filière gériatrique**, organisations médicales en gériatrie piloté par le Dr HABERBUSCH et Mlle MORIN
- **Soins de suite et réadaptation**, piloté par le Dr GICQUEL
- **Projets de vie, projets de soins** en deux sous groupes, piloté par Mme PETITPAS
 - o **la vie des résidents** et
 - o **l'organisation des soins**
- **Projet social**, gouvernance, gestion des ressources et qualité piloté par M. ALLOMBERT et Mme LE BORGNE

Les 10 juillet 2009 et 8 février 2010 notamment, les autorités ont été tenues également informées, en particulier Mme Anne-Françoise DOLAIS Attachée et Madame Michèle DOLOU, Inspecteur qui avait pu d'ailleurs participer au Conseil d'administration commun de février 2009.

Une dernière rencontre du comité stratégique le 8 avril 2010 a arrêté la rédaction soumise aux instances les 26, 27 et 29 avril lors de réunions communes aux deux établissements.

Une volonté d'ouverture affichée et très active

Durant toute la période des entretiens et contacts exploratoires ont eu lieu avec nos interlocuteurs d'établissements, associations ou institutions partenaires, qu'ils participent aux ateliers projet ou pas comme par exemple avec le Collectif Inter associatif sur la Santé (CISS, Monsieur Thierry DAËL), l'Association France Alzheimer en Pays de St Malo (Monsieur André BELABRE), avec l'Hospitalisation à domicile (HAD35, le Directeur, Monsieur Xavier HENRY), l'Aide à domicile en Milieu rural (ADMR, le Directeur du Pays, M. Frédéric BOUFFORT ou la directeur de l'ADMR de St Brice, Monsieur Claude HAMARD), le réseau Diabète 35 (sa coordonnatrice, Madame Françoise ANNEZO)...

Durant toute cette période, le journal interne de nos établissements, Liaison hospitalière, la presse (Ouest-France, La Chronique Républicaine, BleuArmorique) ont témoigné de nos travaux. 4 réunions d'information au personnel ont eu lieu (en février et en novembre 2009). Une information publique est programmée pour intervenir avant l'été 2010.

Les Communautés hospitalières d'Antrain et Saint Brice sont très reconnaissantes à tous de leur investissement dans la construction de notre projet d'avenir.

Remerciements aux participants à ces travaux

C. CLOSSAIS	Maire d'Antrain
L. DUBREIL	Maire, Conseiller général canton de St Brice
C. GUERIN	Président d'Antrain communauté
J. MALAPERT	Président de Coglais communauté
H. RAULT	Conseiller général canton Antrain
B. SERRAND	1 ^{er} adjoint St Brice

Personnel des établissements

S. ALLAIN	Adjoint des Cadres finances
A. ALLOMBERT	Référente Hameaux du Coglais et relation clientèle
J. ALLOMBERT	Directeur
K. BACCOUCHE	Diététicien
K. BERTEL	Cadre de santé médecine MPR
M. BLIER	Aide Soignante
C. BODIER	Ergothérapeute
M. BODIN	Aide Soignante
C. BOUFFART	Aide Soignante

C. BREGAINT	Aide Médico Psychologique
JP BRIZARD	Médecins généraliste Montours
D. CAZIN	Cadre de santé Long séjour EHPAD
L. CHALVET	Cadre de santé MPR médecine
P. CHARTRON	Aide Soignante
MC COLLIN	Secrétaire médicale
P. COMMUNAL	Aide Soignante
G. DELAHAYE	Assistante sociale
N. DELEURME	Cadre de santé médecine Accueil Temporaire
AL DEMURGER	Psychologue
J. DESTHOMAS	Animatrice
C. DUBOIS	Cadre de santé EHPAD
G. DUDOIT	Psychologue
J. DUROSSET	Attachée finances
S. FAUVEL	Secrétaire médicale
N. FRESLON	Aide Soignante
S. GAUDIN	Aide Soignante
D. GAUTIER	Infirmière
A. GAZENGEL	Infirmière
Dr Y. GICQUEL	Praticien hospitalier rééducateur
J. GOULOIS	Technicienne informatique
Dr M. HABERBUSCH	Médecin gériatre
I. HENRI	Infirmière
S. HENRI	Ouvrier professionnel
M. HUBERT	Cadre de santé et référente Humanitude
Y. KERSAUDY	Médecin généraliste Secrétaire gén. Conseil de l'Ordre
C. LEBARBIER	Adjoint des Cadres Ressources Humaines
G. LE BORGNE	Directrice adjointe
H. LEGOUT	Aide Soignante
MN LEFEUVRE	Gérante de tutelles EGTICE (équipe de gérance de tutelle inter établissements)
R. LODE	Aide Soignante
C. LORIN	Ouvrier professionnel
F. MACE	Aide Soignante
Dr D. MAUGIN	Praticien hospitalier pharmacien
F. MENAGER	Aide Soignant
F. MICHEL	Infirmière
T. MONTEBAULT	Aide Soignante
J. MOREL	Animateur
L. MOREL	Infirmière
Dr A. MORILLON	Médecin généraliste Présidente de CME
A. MORIN	Directrice adjointe
MC NOUGOUNA	Aide Soignante
G. PERHIRIN	Ergothérapeute
C. PETIT	Infirmière
J. PETITPAS	Cadre supérieur de santé
S. PIGEON	Aide Soignante
C. POMMEREUL	Infirmière Qualité
L. PRUDOR	Agent de service hospitalier
L. RENARD	Secrétaire de direction
Dr JF RICONO	Médecin généraliste Président de CME
P. ROSZCZYPALA	Aumônerie

S. ROUANET	Infirmière	11
Dr C. ROUSSEAU	Médecin généraliste	
N. SENECHAL	Aide Soignante	
N. TALVA	Infirmière (Diplôme Universitaire soins palliatifs)	
E. THOUVENIN	Kinésithérapeute	
M. TOUCHAIS	Infirmière	
Dr G. VILLOIN	Médecin généraliste	

Partenaires

P. ABLAIN	Directeur CH Fougères
Dr AQUIZERATE	Médecin CH Guillaume Régnier
P. BERTHE	Directeur EHPAD Manche
B. DELAMARCHE	Directeur Pays de Fougères
A. GALLET	Directrice adjointe CHU rennes
A. GUIVARCH	Directrice adjointe CH Guillaume Régnier
C. KARASZEK	Directrice EHPAD Tremblay
L. LALY	Cadre supérieur de santé CH Guillaume Régnier
Dr F. LAVALOU	Médecin Equipe Médico-sociale (Conseil Général, Centre départemental d'action sociale)
Th. LEBRUN	Coordonnatrice CLIC en Marches
Mme LECOINTRE	Famille usager
A. LECOQ	Assistante sociale du Conseil général d'Ille-et-Vilaine
M. LEGRIL	Bénévole EHPAD
S. PARRAGI	Infirmière réseau gérontologique Partâge
C. TAZARTES	Infirmière SSIAD du Coglais
F. TIREL	Infirmier libéral

Réunion des instances sur le projet d'établissement

Le texte qui suit a fait l'objet de 2 présentations au vote des instances en février 2009 pour les axes stratégiques et en avril 2010 pour le texte définitif après les travaux élargis.

Les résultats de ces débats et de ces votes sont les suivants :

Instances de février 2009 : Axes stratégiques	CTE du février 2009	CME du février 2009	CA du février 2009
Antrain	10 abstentions Justifiée par une peur de l'inconnue. Mais la conscience de la nécessité de «bouger» explique le nombre important de volontaires groupes de travail et l'investissement constaté.	<i>Les CME d'Antrain et St Brice ne s'étaient pas prononcées sur le PE au mois de février, juste une réunion d'information, pas de vote.</i>	2 abstentions 9 pour
St-Brice	9 pour 1 abstention		11 pour

Instances d'avril 2010 : Projet complet	CTE du 26 avril 2010	CME du 28 avril 2010	CA du 29 avril 2010
Antrain	6 pour 4 abstentions Pour exprimer la vigilance du personnel sur les effectifs et les conditions de travail compte tenu de la réduction de lits prévues à Antrain	5 pour 1 abstention Pour soutenir la demande de conservation du sanitaire à Saint Brice	9 Pour
St-Brice	7 pour	4 contre Pour exprimer le refus de l'évolution globale de l'administration de la santé et le refus de la fermeture du service de SSR 3 pour 1 abstention	7 Pour

La mise en œuvre et le suivi du projet

La formalisation de fiches action permet une distribution des rôles aux acteurs et instances. Les actions prioritaires font l'objet d'une animation mensuelle assurée par la direction.

Ces actions opérationnelles sont suivies et évaluées par un groupe de suivi composé de la direction, de la cellule qualité et des représentants du personnel. Ce groupe prépare l'information des directoires et des Conseil de surveillance. L'engagement de la direction et de la cellule qualité justifient d'ambitionner pour le projet d'établissement un pilotage par la qualité.

Le processus continu d'information interne et externe est structuré. Il est à part entière un outil de réalisation du projet. Notamment, l'information de la population fait l'objet d'une attention particulière.

SOMMAIRE

13

Introduction	7
PARTIE A : L'ENVIRONNEMENT	8
1 - La situation géographique et socio-démographique	8
1.1 La situation géographique	8
1.2 La population et son évolution	19
1.2.1 Impact de la démographie sur l'évolution des pathologies Alzheimer	23
1.3 Les caractéristiques sociales de la population	24
2 - La démographie médicale	26
3 - L'offre hospitalière et la situation des hôpitaux ASB dans le territoire de santé	20
3.1 La situation géographique	20
4 - Une forte densité d'établissements pour personnes âgées	29
5 - L'environnement institutionnel	32
5.1 La Loi HPST	32
5.1.1 Mettre en place les principes de la gouvernance hospitalière	32
5.1.2 Approfondir la démocratie sanitaire à l'hôpital	33
5.1.3 S'inscrire dans une communauté hospitalière de territoire	33
5.1.4 Définir sa place dans le parcours de soins coordonné du patient ..	33
5.1.5 Les hôpitaux d'Antrain et de Saint Brice et la Loi HPST :	34
5.2 Les principes d'organisation de la filière gériatrique en Bretagne	36
5.2.1 L'évaluation gériatrique précoce	36
5.2.2 Les prises en charge ambulatoires	37
5.2.3 Assurer l'accès à une hospitalisation adaptée	37
5.3 Le schéma gérontologique départemental	38
5.3.1 Les perspectives démographiques	38
5.3.2 L'offre d'Hébergement	38
5.3.3 Les Proposition du schéma départemental.	30
PARTIE B : ZOOM SUR L'ACTIVITE DES ETABLISSEMENTS	41
1 - L'offre d'hébergement pour personnes âgées	41
1.1 Recrutement des résidents	42
2 - Zoom sur l'activité de médecine	44
2.1 La place de la médecine dans la filière de soins	46
2.2 La durée moyenne de séjour	47
2.3 Le case-mix des établissements	50

	14
2.4 L'attractivité et le recrutement des établissements	40
3 - Zoom sur l'activité de soins de suite.....	54
3.1 Les capacités	54
3.2 La durée des séjours.....	54
3.3 L'âge des patients	55
3.4 Le case-mix des établissements	56
4 - Zoom sur l'activité du service de rééducation :	57
4.1 Capacités	57
4.2 Recrutement de l'activité par âge et catégories	58
4.3 Recrutement géographique.....	60
4.4 Les ressources médicales	61
PARTIE C : LE PROJET STRATEGIQUE DES ETABLISSEMENTS.....	63
1 - Le diagnostic stratégique	63
1.1 Le choix stratégique de la complémentarité	64
2 - Le projet stratégique des hôpitaux d'Antrain et Saint Brice-en-Coglès ...	65
2.1 L'approche par disciplines.....	66
2.1.1 L'organisation des soins en médecine et soins de suite.....	66
2.1.2 Les soins de suite	69
2.1.3 La médecine	69
2.2 La recomposition de l'offre et la création des pôles	73
2.2.1 Le pôle sanitaire gériatrique	73
2.2.2 Le pôle hébergement et maintien à domicile	75
2.2.3 Le pôle prévention et réseau.....	77
2.2.4 Le pôle rééducation	78
2.2.5 Les perspectives et enjeux du pôle rééducation	70
ANNEXES.....	83
Annexe 1 : Synoptique des complémentarités Antrain/St-Brice.....	83
Annexe 2 : Evolution 2009/2012 des lits et places sanitaires et médico- sociaux d'Antrain et St-Brice.....	83
Annexe 3 : Répartition des activités d'Antrain et St-Brice entre les différents locaux disponibles ou à construire	84
Annexe 4 : Estimation des besoins de financement pour la mise en œuvre du projet d'établissement.....	85

Introduction

Le projet d'établissement est un document fondateur qui fera référence dans les deux établissements pour toutes les parties en présence : direction, médecins, personnels non-médicaux, autorités. Il permet aux établissements de définir, à partir des données et des valeurs présentées dans le document, leur stratégie pour les années à venir au travers des objectifs fixés, en précisant les actions et les moyens à mettre en œuvre pour accomplir leurs missions.

Le financement à l'activité, les évolutions du cadre de l'organisation des soins (Loi HPST), les évolutions des besoins et attentes de la population conduisent les établissements à une démarche proactive sur les trois axes suivants :

- **une réflexion stratégique sur leur positionnement**
 - S'intégrer dans les filières de soin du territoire de santé, se positionner par rapport aux autres établissements, aux réseaux.
 - Produire des services de santé et d'hébergement pour répondre qualitativement et quantitativement aux attentes de la population du proche environnement.
 - Organiser avec les acteurs du secteur santé-social locaux le *continuum* de prise en charge de la personne âgée.
 - Développer les échanges avec les politiques locaux autour des attentes de santé et d'hébergement et du choix des réponses à y apporter.

- **Une optimisation dans l'allocation des moyens permettant de réaliser des économies et de diminuer les coûts**
 - Organiser à l'intérieur de chaque établissement et entre les deux établissements une répartition des activités permettant d'atteindre des seuils critiques pour développer la qualité et préserver les équilibres financiers dans le cadre de la future tarification à l'activité.

- **Une augmentation de l'usage par la population des services offerts**
 - Etre attractif sur les populations
 - Renforcer l'adressage des médecins généralistes

PARTIE A : L'ENVIRONNEMENT

1 - La situation géographique et socio-démographique

1.1 - La situation géographique

Les 2 établissements sont situés au nord de l'Ille et Vilaine à proximité du département de la Manche.

Ils sont situés dans le territoire de santé n° 5 : Rennes, Fougères, Vitré, Redon et plus précisément dans le territoire de proximité de Fougères.

Ce territoire de proximité correspond à la zone d'emploi de Fougères et au « Pays de Fougères ». Cet espace est bien adapté à l'hôpital général de Fougères.

L'échelle territoriale de l'influence des hôpitaux d'Antrain et Saint Brice est plus restreinte et correspond plutôt à la dimension de leurs bassins de vie et/ou à celle de leurs communautés de communes.

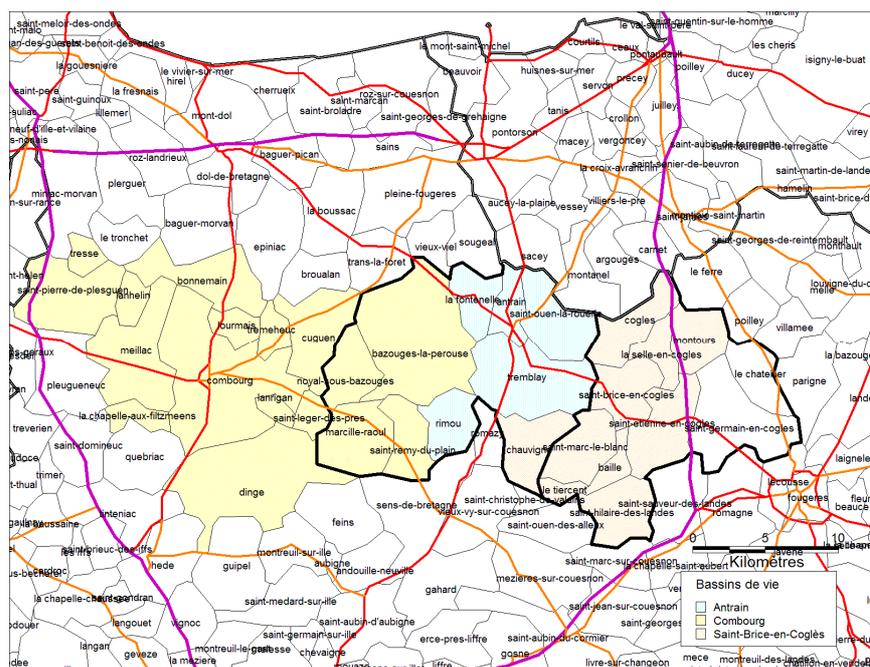
Le bassin de vie constitue le plus petit territoire sur lequel s'organise la vie quotidienne des habitants. C'est dans chacun de ces bassins à l'autonomie plus ou moins marquée que les habitants accèdent à l'essentiel des services, que les actifs ont leurs emplois et que les élèves choisissent leur établissement scolaire.

Au total, en France métropolitaine, ce sont 1 916 bassins de vie constituant une partition du territoire français qui sont délimités. Parmi eux, 1 745 bassins de vie s'appuient sur un bourg ou une petite ville (commune ou unité urbaine de moins de 30 000 habitants).

Les bassins de vie représentent le plus souvent pour les hôpitaux locaux une bonne délimitation de leur territoire d'action.

Un sixième des bassins de vie comprend un hôpital local. Près des trois quarts des hôpitaux locaux sont localisés dans des bassins de vie classés comme ruraux.

Les deux établissements sont situés sur les deux bassins de vie auxquels correspondent de façon imparfaite deux communautés de communes.



Les deux communautés de communes sont entourées d'un trait épais noir sur la carte précédente, les bassins de vie sont représentés par un à plat de couleur.

La communauté de communes d'Antrain regroupe 10 communes qui se répartissent dans 3 bassins de vie :

- les communes d'Antrain, La Fontenelle, Rimou, Saint Ouen-la-Rouërie, Tremblay forment le bassin de vie d'Antrain pour une population de 4 557 habitants au recensement 2006.
- Les communes de Bazouges la Pérouse, Marcillé Raoul, Noyal-sous-Bazouges et Saint Rémy-du-Plain qui regroupent 3 695 habitants en 2006 sont situées dans le bassin de vie de Combourg qui compte en tout 18 960 habitants.
- La commune de Chauvigné (710 habitants) attirée par le bassin de vie de Saint Brice-en-Coglès.

Tableau 1 : Délais en minutes entre les communes du canton d'Antrain et entre les communes du canton d'Antrain et de Combourg

Bassins de vie	Communes	Antrain	Combourg
Antrain	Antrain		27
Antrain	Tremblay	6	24
Antrain	La Fontenelle	4	24
Antrain	Saint-Ouen-la-Rouërie	4	31
Antrain	Rimou	11	22
Combourg	Bazouges-la-Pérouse	11	15
Combourg	Marcillé-Raoul	17	12
Combourg	Noyal-sous-Bazouges	16	13
Combourg	Saint-Rémy-du-Plain	17	15
St Brice	Chauvigné	12	30

Parmi les communes du canton d'Antrain situées dans le bassin de vie de Combours, la commune de Bazouges la Pérouse est sensiblement plus proche de la commune d'Antrain que de celle de Combours.

La communauté de communes de Saint Brice-en-Coglès regroupe 11 communes :

- Le Châtelier et Saint Germain-en-Coglès (2 346 habitants) plutôt attirées par le bassin de vie de Fougères.
- Baillé, Coglès, Montours, Saint Brice-en-Coglès, Saint Etienne-en-Coglès, Saint Hilaire-des-Landes, Saint Marc-le-Blanc, La Selle-en-Coglès et Le Tiercent qui regroupent 9 000 habitants en 2006 et qui forment avec Chauvigné le bassin de vie de Saint Brice-en-Coglès.

La distance entre Saint Brice et Antrain (12 km et 12 mn) est faible.

L'hôpital d'Antrain est relativement éloigné d'un Centre hospitalier de proximité, puisqu'il se situe à 29 km et 28 mn du CH de Fougères.

L'hôpital de Saint Brice est plus proche de Fougères (18 km et 19 mn).

Pour les deux bassins, les délais de route vers Rennes ont diminué depuis la mise en 4 voies de l'axe Rennes-Caen. Saint-Brice se situe maintenant à 42 mn de Rennes et Antrain à 51 mn.

Tableau 2 : Lieux de travail des résidents des bassins de vie d'Antrain, Saint Brice et Combours (INSEE RP 2006)

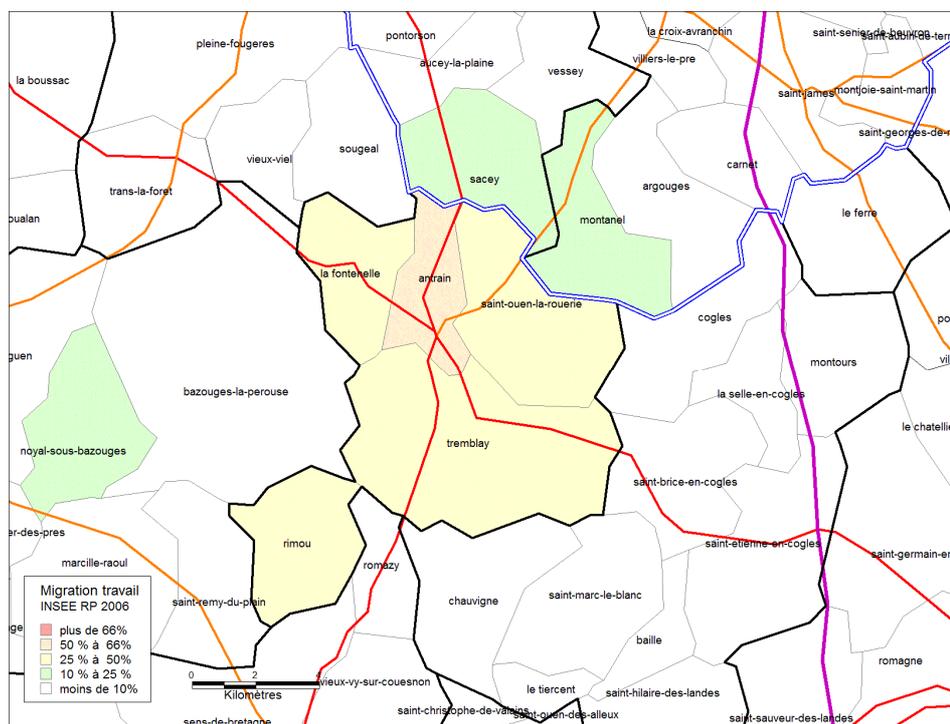
Bassin de vie lieu de travail	Antrain	St Brice	Combours
Antrain	48 %	5 %	2 %
Saint Brice-en-Coglès	12 %	50 %	1 %
Rennes	11 %	7 %	16 %
Fougères	9 %	23 %	1 %
Combours	3 %	1 %	47 %
Tinténiac	1 %	0 %	8 %
Saint-Malo	0 %	0 %	8 %

48 % des actifs qui résident dans le bassin de vie d'Antrain y travaillent. Les 3 autres destinations principales sont Saint Brice-en-Coglès (12 %), Rennes (11 %) et Fougères (9 %). Toutes les autres destinations sont choisies par moins de 5 % de la population.

Le bassin de vie de Saint Brice-en-Coglès garde 50 % de ses actifs, 23 % trouvent un travail sur le bassin de vie de Fougères, 7 % à Rennes et 5 % à Antrain.

Il y a peu de navettes domicile-travail entre ces deux bassins de vie et celui de Combours.

Carte 2 : Proportion d'actifs travaillant dans le bassin de vie d'Antrain (RP 2006)



Seule la commune d'Antrain est intégrée à plus de 50% dans son bassin de vie. Les autres communes du bassin de vie y envoient entre 25 et 50% de leurs actifs.

Antrain attire entre 10 et 25 % des actifs des communes de Montanel et de Sacey situées dans le département de la Manche.

Parmi les communes de la communauté de communes d'Antrain, situées à l'extérieur de son bassin de vie, seule la commune de Noyal-sous-Bazouges est significativement attirée par Antrain.

1.2 - La population et son évolution

L'évolution démographique est caractérisée par le vieillissement de la population, avec une part de plus en plus importante de personnes très âgées qui conditionnent pour les prochaines années une demande accrue de prises en charge pluridisciplinaires sanitaires, médico-psycho-sociales, et impose une organisation du système de santé anticipant l'avenir, reposant sur l'évaluation des besoins réels de cette population fragilisée.

Tableau 3 : Evolution de la population (INSEE 2006)

COMMUNE	Pop 2006	Pop 1999	Pop 1982	Tx acc 99-06	Tx acc 82-99
Bassin de vie Antrain	4 557	4385	4890	0.6	-0.6
Canton Antrain	8 962	8437	9208	0.9	-0.5
Bassin de vie Saint-Brice	9 744	8719	8840	1.6	-0.1
Canton Saint-Brice	11 380	10313	10411	1.4	-0.1
Fougères (5340)	69 664	67136	70017	0.5	-0.2
Département 35	945 851	867818	749764	1.2	0.9

Tableau 4 : Dynamisme démographique (INSEE 2006)

COMMUNE	Pop 2006	tx Solde nat. 99-06	tx Solde mig. 99-06	tx Solde nat. 82-99	tx Solde mig. 82-99
Bassin de vie Antrain	4 557	-0.7	1.2	-0.6	0.0
Canton Antrain	8 962	-0.3	1.1	-0.4	-0.2
Bassin de vie St-Brice	9 744	0.3	1.3	0.1	-0.1
Canton St-Brice	11 380	0.4	1.1	0.1	-0.2
Fougères (5340)	69 664	0.1	0.4	0.1	-0.4
Département 35	945 851	0.6	0.7	0.5	0.4

La population du canton d'Antrain est de 8 962 habitants en 2006 (INSEE). Elle est environ le double de celle du bassin de vie éponyme. Il y a donc un enjeu important à choisir entre ces deux dimensions, celle qui correspond le mieux à l'aire d'influence actuelle et souhaitée de l'établissement d'Antrain.

Le bassin de vie d'Antrain a une population trop faible pour les capacités de l'hôpital. Celui-ci doit avoir l'ambition d'être au moins l'équipement du canton dans sa totalité. La commune de Bazouges la Pérouse, la plus peuplée de la partie du canton hors bassin d'Antrain est d'ailleurs plus proche d'Antrain que de Combourg qui abrite un hôpital dont l'offre est comparable à celui d'Antrain.

La population du bassin de vie d'Antrain augmente d'environ 170 habitants entre 1999 et 2006, soit un rythme de + 0,6% l'an.

La population du canton augmente de 500 habitants entre 1999 et 2006, le taux de croissance du canton est de 0,9% l'an.

Ces taux de croissance sont supérieurs à celui de la zone d'emploi de Fougères (+0,5%) mais sensiblement inférieurs à celui du département de l'Ille et Vilaine dans sa totalité (+1,2%).

Ils traduisent un retournement par rapport à la période intercensitaire précédente durant laquelle ces territoires perdaient de la population.

Cette évolution est due à un solde migratoire positif important (taux de +1,2% l'an) qui compense la diminution de la population due à un solde naturel négatif (excédent des décès sur les naissances).

Les deux territoires, et en particulier celui d'Antrain, présentent une structure démographique nettement plus âgée que celle du département.

Pour Antrain, la part des plus de 75 ans est de 12,2% contre 10,8% pour Saint-Brice et 7,6% seulement pour l'Ille et Vilaine.

Pour mesurer les besoins des prochaines années, il est nécessaire de projeter la population recensée en 2006.

Les résultats ci-dessous utilisent la méthode et des données du modèle Omphale de l'INSEE réalisé en 2002 à partir des résultats des recensements 1982-1990 et 1999.

Le mécanisme de la projection est relativement simple : entre deux années, la population d'un âge donné (75 ans par exemple) évolue sous l'effet des décès survenus durant l'année et du solde des arrivées et des départs. Ce mécanisme est appliqué à chaque âge de la pyramide pour chaque année entre 2006 et l'année de la projection.

Si le calcul est simple, il nécessite la connaissance des coefficients de mortalité par âge et par sexe et des coefficients migratoires :

- Les coefficients de mortalité sont calculés à partir de l'état civil et projetés sous l'hypothèse d'une évolution tendancielle (gain d'espérance de vie d'un trimestre par an).
- Pour les coefficients migratoires l'hypothèse est celle d'une conservation de ceux observés sur les périodes intercensitaires précédentes.

L'INSEE ne réalisant pas de projection pour les territoires peu peuplés (moins de 50 000 habitants), pour projeter la population du canton, les coefficients de mortalité et les coefficients migratoires de la zone d'emploi de Fougères ont été utilisés. Les coefficients de mortalité sont vraisemblablement proches, mais il reste une incertitude sur les profils migratoires même aux âges les plus avancés. Les calculs réalisés ci-dessous expriment donc une tendance sous l'hypothèse d'un comportement migratoire des plus de 60 ans comparable sur les bassins de vie de Saint-Brice et Antrain entre 1999 et 2006 à celui de la zone d'emploi de Fougères entre 1982 et 1999. Notons que les projections sont réalisées pour les plus de 60 ans, âges où les coefficients migratoires traduisent des comportements par rapport au choix d'un lieu de retraite et sont moins sensibles à l'évolution économique des territoires.

Tableau 6 : Projection de la population (INSEE 2006)

Tranche d'âge	Canton d'ANTRAIN			Bassin de vie de Saint-Brice		
	Pop. 2010	Pop. 2015	Pop. 2020	Pop. 2010	Pop. 2015	Pop. 2020
de 60 à 74 ans	1 409	1 482	1 601	1 442	1 548	1 706
de 75 à 84	876	805	684	808	729	690
85 ans et plus	331	399	462	321	394	419
Ensemble	2 617	2 685	2 749	2 571	2 670	2 817

Dans les 10 prochaines années, la population des plus de 60 ans augmenterait d'environ 5% pour le canton d'Antrain et de 9% environ pour le bassin de vie de Saint-Brice.

Ces évolutions relativement faibles sont dues à la diminution de la population des 75-84 ans. La classe creuse 1939-1945 se situe entre les âges de 75 et 81 ans en 2020.

La population des 75-84 ans devrait diminuer d'environ 20% à Antrain et de 15% à Saint Brice.

Durant la même période, la population des plus de 85 ans devrait augmenter de 40% à Antrain et de 30% à Saint-Brice.

Sur les 2 territoires réunis, leur nombre devrait passer de 652 à 881 compensant ainsi la diminution de la classe d'âge des 75-84 ans.

Pour les établissements d'Antrain et de Saint-Brice, le vieillissement de la population devrait donc se traduire par une demande supplémentaire de la population du quatrième âge, les plus de 85 ans.

1.2.1 - Impact de la démographie sur l'évolution des pathologies Alzheimer

Une caractéristique de santé de la population âgée est l'association de pathologies multiples, chroniques et invalidantes, contribuant à la fragilité de la personne âgée.

Parmi ces pathologies, les démences (maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés) posent un problème majeur de santé publique.

Causes principales de perte d'autonomie et d'entrée en institution, elles sont aussi une cause majeure de décès et probablement la principale cause de mortalité directe ou indirecte après 80 ans. La maladie a des répercussions importantes sur l'entourage au niveau physique, psychologique et financier.

Selon l'analyse du panel PAQUID, la prévalence de la maladie d'Alzheimer représente 17,8% des plus de 75 ans.

Les personnes démentes sont en majorité des femmes (pour 72%), particulièrement dans les stades les plus avancés de la maladie. Tous stades de sévérité confondus, environ 60% de ces personnes démentes vivent à domicile ; cette proportion de sujets encore à domicile chute à 33% pour les personnes à un stade sévère de la démence.

Les répercussions de la démence au niveau de l'hébergement sont importantes puisqu'au niveau national on estime que **plus des deux tiers des résidents** d'institution présentent une démence.

En appliquant les taux de prévalence des démences de la cohorte PAQUID à la population par sexe et âge des cantons, il y aurait en **2010, environ 450 personnes atteintes de démences**, ce chiffre augmentera d'environ 20% pour atteindre 550 **en 2020**.

Il faut noter, à dire d'expert, qu'il existe pour cette population spécifique, un fort déficit de diagnostic.

En absence de données fiables, les taux de l'enquête PAQUID n'ont pas été corrigés d'une évolution de la prévalence comme il est fait pour l'estimation de la population en dépendance.

Cette évolution pourrait être soit une diminution dans l'hypothèse où la pathologie d'Alzheimer se rapproche dans sa causalité des autres symptômes de dépendance soit une augmentation.

Il n'est pas non plus improbable que de nouveaux traitements ralentissent plus ou moins fortement l'arrivée ou la progression de la pathologie.

Tableau 7 : Estimation population atteinte de démences en 2010 et 2020 dans les cantons d'Antrain et de Saint-Brice

Ensemble	Canton Antrain		Canton St-Brice	
	2010	2020	2010	2020
	215	255	239	294
Hommes	61	64	72	81
Femmes	154	192	168	213
Moins de 80 ans	49	42	49	51
80 ans et plus	166	213	190	242

Source : Rapport assemblée nationale, Paquid

Parmi cette population, les déments dits "déambulants ou perturbateurs" imposent une prise en charge spécifique et une surveillance rapprochée, qui "use" leur entourage et pour qui l'accueil temporaire, l'accueil de jour en structure peut être une solution et l'accueil définitif souvent une nécessité. C'est parmi eux également que se trouve la "clientèle" potentielle des unités dites "Alzheimer" ou « Unité d'Hébergement Renforcé », structures ayant des contraintes spécifiques d'architecture et de compétences. Les déments dits "déambulants ou perturbateurs" représentent environ 40% des démences diagnostiquées dont près de la moitié à domicile.

A terme, la population désorientée sera donc prédominante sinon exclusive dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Le recrutement des maisons de retraite s'est en effet grandement modifié depuis quelques années, la grande majorité des admissions étant désormais liées à la désorientation chez des personnes très âgées (souvent non anticipée quand l'entourage ne peut plus assumer et que le maintien à domicile a atteint ses limites).

1.3 - Les caractéristiques sociales de la population

Les profils par catégories professionnelles des populations d'Antrain et de Saint-Brice présentent des caractéristiques qui les différencient du département d'Ille et Vilaine.

- Un pourcentage d'agriculteurs plus important, moins de cadres et de professions intermédiaires et plus de retraités pour Antrain.

- Pour Saint-Brice, une population avec plus d'agriculteurs (mais moins qu'à Antrain), moins de cadres mais plus d'ouvriers et plus de retraités.

Tableau 8 : Les catégories socioprofessionnelles en 2006 (INSEE 2006)

Geo	Canton Antrain	Bassin de vie St Brice	Zone Emploi De Fougères	Dept 35
Agriculteurs	6%	5%	4%	2%
Art-Com-Chef entr	3%	3%	3%	3%
Cadres	2%	3%	4%	8%
Prof int	6%	9%	10%	14%
Employés	13%	14%	14%	16%
Ouvriers	20%	23%	21%	15%
Retraités	36%	32%	32%	24%
Autres inactifs	14%	10%	13%	17%
POP Plus de 15 ans	7 377	7 877	56 970	764 649

Les caractéristiques rurales des deux territoires se retrouvent plus fortement dans la répartition des retraités selon leur ancienne profession.

Ainsi la part des anciens agriculteurs parmi les retraités est de 34,5% à Antrain, un peu supérieure à la part calculée pour Saint Brice (31,8%), mais surtout deux fois supérieure à celle du département d'Ille et vilaine (17%).

Corrélativement la part des retraités cadres, professions intermédiaires, employés et ouvriers y est moins importante que dans le département.

Tableau 9 : Répartition des retraités selon l'ancienne profession exercée (INSEE-2006)

Ancienne profession	Canton Antrain		Bassin de vie Saint-Brice		Dept 35
	Effectif	% ret commun e	Effectif	% ret commune	% ret
1-Agriculteurs	935	35,4	811	31,8	17
2-artisan, commerçants, Chef entreprise	224	8,5	307	12	9,2
3-Cadres et prof intermédiaires	293	11,1	194	7,6	20,3
3-Employés, ouvriers	1186	45	1239	48,6	53,4
	2 638	100	2 551	100	100

Tableau 10 : Impôts sur le revenu des foyers fiscaux (Source : Insee-DGI 2007)

Revenus fiscaux	Antrain	St-Brice	Ille et Vilaine
Revenu net imposable moyen	16 271	18 822	22 580
Proportion de foyers fiscaux imposés	41,20%	49,80%	56,60%
Revenu net imposable moyen des non imposés	9 140	10 222	9 683

Revenu net imposable moyen des imposés	26 448	27 485	32 487
--	--------	--------	--------

Les caractéristiques sociales : moins de cadres et de professions intermédiaires et beaucoup plus de retraités agricoles expliquent que le niveau de ressources y soit plus faible que dans le département surtout pour le canton d'Antrain.

La proportion des foyers fiscaux imposés y est de 41% contre 57% au niveau départemental et le revenu net imposable des imposés y est de 20% inférieur.

Ces éléments à la fois socioculturels et financiers ont évidemment un impact sur la demande d'hébergement pour personnes âgées.

2 - La démographie médicale

Les ressources médicales des établissements d'Antrain et Saint-Brice sont constituées des médecins généralistes qui sont installés aux alentours et de 2 médecins salariés. 18 médecins généralistes (7 femmes dont un médecin associé et 11 hommes) des deux cantons sont autorisés dans les deux établissements et assurent la permanence des soins dans les établissements. D'autres médecins généralistes, hors canton Antrain/St Brice, interviennent également dans les établissements et sont autorisés.

Les médecins libéraux adressent et suivent les patients, ils sont donc indispensables au bon fonctionnement des établissements.

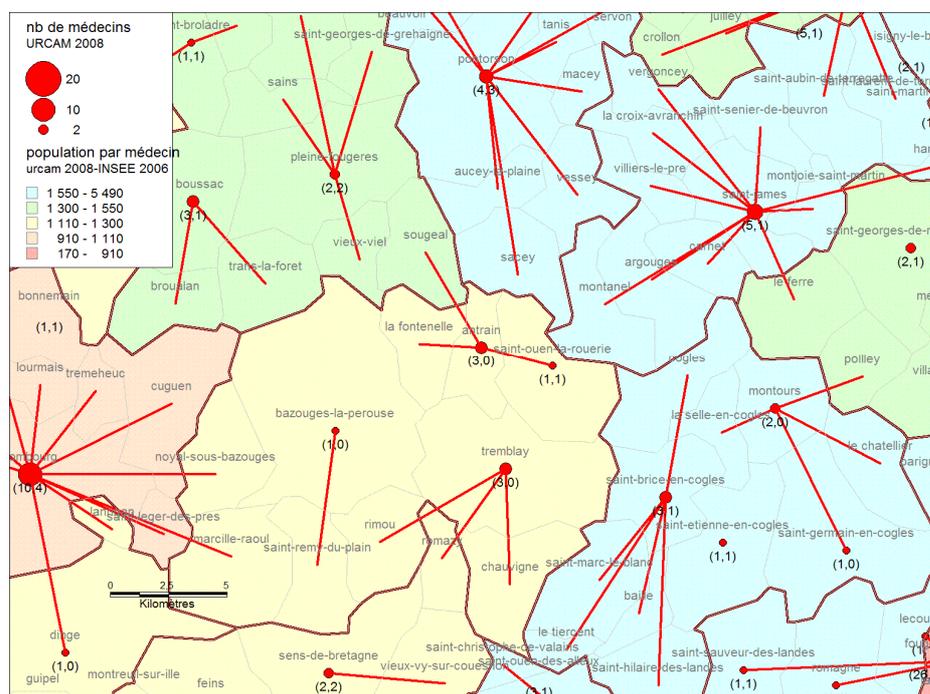
En 2009, 2 701 consultations ont été réalisées à Antrain, et 1 135 à Saint-Brice (année creuse due la fermeture des lits sanitaires en raison des travaux).

Le lien entre hôpital local et médecine libérale est un enjeu fort pour les prochaines années.

L'activité croissante des médecins libéraux due à un effet ciseau de leur diminution prévue (- 25% dans les zones rurales en 2025 selon la DREES) et au vieillissement de la population induisant mécaniquement une demande de soins accrue peut nuire à leur investissement dans l'hôpital local.

Le mode de rémunération à l'acte avec prélèvement d'une redevance de 10% de la consultation n'est pas motivant pour les médecins. D'autres modes de rémunérations sont sans doute à envisager qui incluraient des tâches non rémunérées à l'acte (autour de la qualité, des relations avec les autres établissements dans le cadre des filières et de la CHT).

Carte 4: localisation et densités des médecins généralistes en 2008



La densité moyenne de médecins généralistes en Ille et Vilaine est d'environ un pour 1 000 habitants.

La densité pour le canton d'Antrain est d'un médecin pour 1 120 habitants, ce qui situe ce canton en position relativement favorable au regard de sa population et de son emplacement géographique soit en 15^{ème} position parmi les 48 cantons de l'Ille et Vilaine.

Avec un médecin pour 1 625 habitants, le canton de Saint Brice-en-Coglès est quant à lui classé en 36^{ème} position.

Pour le calcul de la densité, le territoire de référence a bien sûr une grande importance, si l'on restreint le territoire au bassin de vie, la position de Saint Brice ne change pas. Par contre Antrain se situe alors comme le bassin de vie présentant la démographie de médecins généralistes la plus favorable d'Ille et Vilaine. Cela montre que pour l'étude des équipements médicaux, la bonne dimension pour Antrain est plutôt son canton et non son bassin de vie.

Les prévisions de la DREES indiquent qu'en milieu rural le nombre de médecins généralistes devrait baisser d'environ 25 % à l'horizon 2025 : un médecin sur 4 ne sera pas remplacé.

L'offre d'Antrain présente des éléments plutôt favorables : une densité correcte et une démographie plutôt favorable, un nouveau médecin s'est installé, sur les 9 médecins du canton un seul a plus de 55 ans. Trois médecins travaillent en groupe à Tremblay et 3 à Antrain (depuis 2009).

La position de Saint Brice est moins favorable : le nombre d'habitants par médecin y est plus élevé et 2 médecins ont plus de 55 ans.

Les 3 médecins de Saint-Brice travaillent dans le même cabinet, ce qui est plutôt attractif envers les jeunes médecins.

Au nord des 2 cantons, se situent des zones où la fragilité est beaucoup plus importante : des faibles densités de médecins comme à Saint-James et associées à des médecins plus âgés à Pleine Fougères et Pontorson.

3 - L'offre hospitalière et la situation des hôpitaux ASB dans le territoire de santé

3.1 - La situation géographique

Les deux établissements d'Antrain et de Saint Brice sont géographiquement proches (12 km et 12 mn) et sous direction commune.

Pour un médecin généraliste, l'aller retour pour une visite d'un patient est donc environ de 25 mn. La proximité perçue par les intervenants n'est pas acquise et conditionne leur disponibilité pour intervenir à l'hôpital car l'accès au patient et l'intervention auprès de lui nécessite un temps complémentaire important (transport, stationnement, accès à l'information, retranscription de la formation...).

Distances entre éts de santé en minutes	Antrain	Saint Brice	Saint James	Combourg	Fougères	Avranches	Rennes	Saint Malo
Antrain		12	15	25	27	27	47	56
St Brice	12		14	31	18	22	41	64

L'Hôpital local de Saint James situé dans la Manche est à 16 mn de Saint Brice et 18 mn d'Antrain.

Le centre local hospitalier de Combourg, dont l'offre est celle d'un hôpital local, est à 27 mn d'Antrain.

Carte 5 : Localisation des établissements de santé

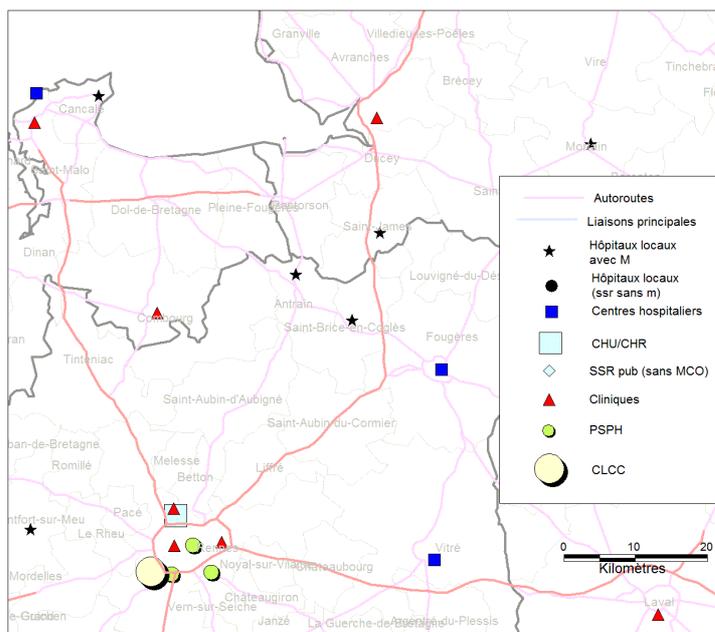


Tableau 11 : Capacités en lits des établissements (source SAE 2008)

Raison sociale	Med	Chir	Obs	Soins de suite	SLD	Hebergé
C.H. FOUGERES	119	67	24	25	90	118
HOPITAL LOCAL ST BRICE-EN-COGLES	12	.	.	11	.	123
HOPITAL LOCAL RENE LE HERISSE ANTRAIN	13	.	.	67		100
CLINIQUE ST JOSEPH COMBOURG	10	.	.	20	.	.
HOPITAL LOCAL DE SAINT-JAMES	15			15		

4 - Une forte densité d'établissements pour personnes âgées

Dans un rayon de 15 kms à vol d'oiseau on recense 15 établissements pour personnes âgées qui en tout offrent une capacité de 1 500 lits.

La densité moyenne bretonne de lits d'hébergement est d'environ 25 lits pour 100 habitants de plus de 80 ans, la densité de l'Ille et Vilaine est légèrement supérieure à un niveau de 27 lits pour 100 habitants de plus de 80 ans.

Le calcul de densité fait apparaître le bassin de vie d'Antrain en tête des bassins de vie bretons avec une offre de 58 lits et places pour 100 habitants de plus de 80 ans. Le bassin de vie de Saint Brice se situe dans la moyenne avec 20 places pour 100 habitants de plus de 80 ans.

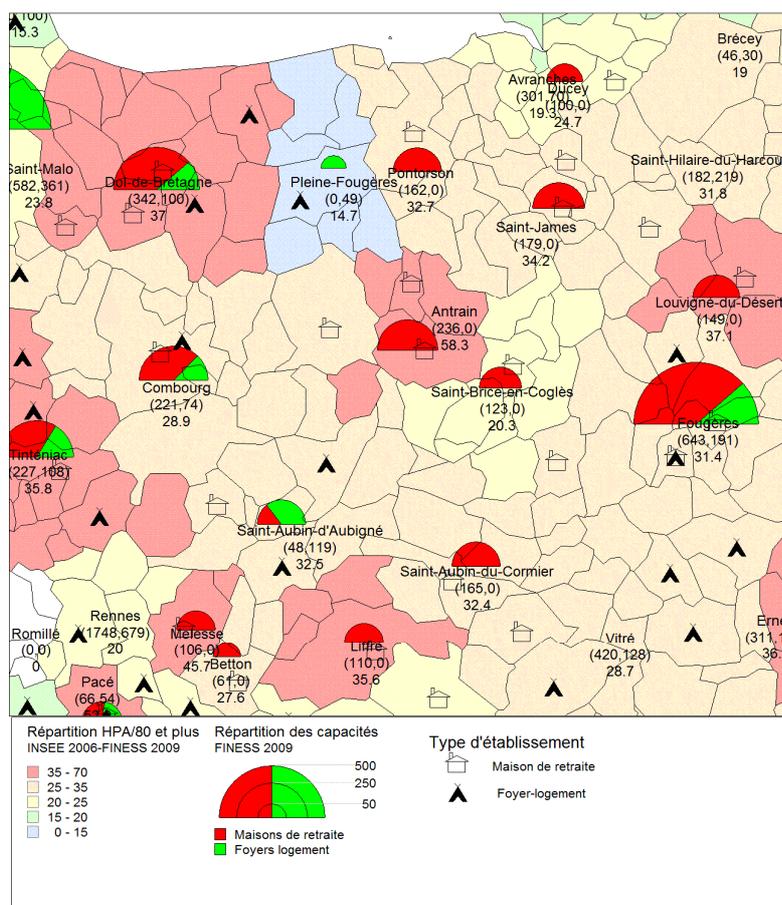
Dans leur environnement immédiat, les bassins de vie d'Antrain et de Saint Brice sont entourés de bassins de vie où la densité de l'offre d'hébergement est relativement élevée.

Tableau 12 : Liste des établissements à moins de 15 kms

30

Etablissement le plus proche	Raison sociale	categ	tot	alz	tmp	jour	Bassins de vie	dist1
Saint Brice	MAISON DE RETRAITE - ANTRAIN	MR	150	18	0	0	Antrain	
Antrain	MAISON DE RETRAITE - SAINT-BRICE	MR	123	0	10	0	Saint-Brice	
Antrain	MAISON DE RETRAITE TREMBLAY	MR	136	11	3	3	Antrain	4
Antrain	M. DE RETRAITE BAZOUGES LA PEROUSE	MR	96	15	3	3	Combours	6
Saint Brice	M. RETRAITE ST-SAUVEUR-LANDES	MR	102	0	0	0	Fougères	8
Antrain	RESIDENCE DES CEDRES PLEINE-FOUGERES	FL	49	6	6	2	Pleine-Fougères	10
Saint Brice	EHPAD 'LES PEUPLIERS' - HL ST JAMES	MR	65	0	1	0	Saint-James	13
Saint Brice	EHPAD 'LES TILLEULS' - HL ST-JAMES	MR	78	0	0	0	Saint-James	13
Antrain	EHPAD - CHS PONTORSON	MR	162	0	3	0	Pontorson	13
Saint Brice	F.L. LES TILLEULS PARIGNE	FL	21	0	0	0	Fougères	13
Saint Brice	FOYER LOGEMENT LES COTTERETS FOUGERES	FL	54	0	2	0	Fougères	15
Saint Brice	M. RETRAITE LA CHESNARDIERE FOUGERES	MR	97	0	0	0	Fougères	15
Saint Brice	MAISON DE RETRAITE- CH FOUGERES	MR	236	0	0	0	Fougères	15
Saint Brice	RESIDENCE H. REBUFFE FOUGERES	FL	67	0	0	0	Fougères	15
Saint Brice	RESIDENCE LES ACACIAS	MR	110	0	0	0	Fougères	15

Carte 6 : Densités de places MR et/ou FL



Le calcul de densité est réalisé en rapportant le nombre de places des établissements pour personnes âgées classés dans les catégories 'maison de retraite' ou 'foyer logement' du répertoire FINISS 2009 à la population âgée de plus de 80 ans au recensement INSEE de 2006.

Si l'on restreint le calcul de densité aux établissements **classés en Maison de retraite** dans le répertoire FINISS, la densité moyenne bretonne toujours par rapport aux plus de 80 ans est de 17, celle de l'Ille et Vilaine est de 20, soit une densité déjà de plus de 17% supérieure à la moyenne bretonne.

Les établissements des deux bassins de vie sont classés en Maison de retraite. Les bassins de vie sont donc dans une position où l'offre est abondante, voire très abondante pour Antrain.

5 - L'environnement Institutionnel

5.1 - La Loi HPST

La loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires poursuit l'objectif d'établir une « offre de soins gradués de qualité, accessibles à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé ».

Ce projet de loi s'inscrit dans la continuité des différentes réformes en cours ou à venir : La nouvelle gouvernance, L'organisation territoriale de la santé, la certification et les évaluations des pratiques professionnelles (EPP), la tarification à l'activité (T2A).

La loi HPST propose, en quatre grands chapitres, une réorganisation globale du système de santé en traitant les questions de la lutte contre les « déserts médicaux », le décloisonnement entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le secteur médico-social, la santé des jeunes et d'une manière générale, la coordination du système de santé.

Les 2 établissements de part leur situation géographique, leur fonctionnement et leur offre de service de santé sont au cœur des deux premières problématiques : la lutte contre les déserts médicaux et le décloisonnement entre soins ambulatoires, soins hospitaliers et secteur médico-social.

Le premier titre de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), intitulé « Modernisation des établissements de santé », est consacré à la réforme de l'hôpital et vise à améliorer le fonctionnement des établissements de santé notamment au moyen d'une refonte de la gouvernance hospitalière et d'un approfondissement de la démocratie sanitaire. Il redéfinit les missions de service public de l'hôpital et introduit la possibilité de déléguer des missions de service public aux cliniques privées. La loi a aussi pour objet de renforcer la coordination des soins entre l'hôpital et la médecine de ville, et de favoriser les actions de coopération des hôpitaux à l'échelle des territoires grâce à la mise en place de nouveaux outils de coopération (CHT).

Cette loi fait disparaître le statut spécifique de l'hôpital local. Les hôpitaux locaux sont donc soumis aux mêmes prérogatives et obligations que les hôpitaux généraux. Il s'en suit évidemment la possibilité pour les hôpitaux locaux de recruter des médecins salariés pour leur unité de médecine.

5.1.1 - Mettre en place les principes de la gouvernance hospitalière

Les hôpitaux devront donc à court terme adopter les principes de la gouvernance hospitalière :

- le directeur d'établissement, responsable de la politique générale de l'établissement, préside un Directoire, instance de pilotage stratégique, de discussion et de décision.
- La Commission Médicale d'Etablissement (CME) est composée de médecins et chefs de pôle. L'hôpital devra donc se structurer en pôles (il est possible qu'il n'y ait qu'un pôle dans l'établissement).

- Le contrôle de la gestion de l'établissement est assuré par un nouvel organe, le Conseil de surveillance, où siègent des représentants des collectivités territoriales, des représentants du personnel médical et non-médical, des personnalités qualifiées parmi lesquelles pas moins de cinq représentants des usagers.

5.1.2 - Approfondir la démocratie sanitaire à l'hôpital

- Représentativité accrue des usagers au conseil de surveillance de l'établissement ;
 - la publication des indicateurs de qualité ;
 - le rôle renforcé des commissions de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

5.1.3 - S'inscrire dans une communauté hospitalière de territoire

Un des objectifs essentiels de la loi HPST est de « *mieux adapter l'offre de soins aux nouveaux besoins de la population, aux évolutions techniques et aux attentes des professionnels de santé* ».

La loi ouvre ainsi la possibilité aux hôpitaux de se regrouper en Communautés Hospitalières de Territoires (CHT) pour s'unir dans un projet médical commun, sur la base du volontariat.

Ces collaborations doivent ainsi permettre aux établissements la mise en commun des ressources matérielles ou des compétences de médecins, de soignants, ou de gestion, ainsi que la répartition d'un certain nombre de missions.

5.1.4 - Définir sa place dans le parcours de soins coordonné du patient

Si le fonctionnement de l'hôpital est rénové, l'articulation entre l'hôpital, la médecine de ville et le secteur médico-social est clarifiée dans le but de fluidifier le parcours de soins et notamment désengorger les services d'urgences.

Le titre II de la loi HPST (Amélioration de l'accès aux soins de qualité) réorganise le système de soins en mettant en place un parcours de soins coordonné qui se décline en trois niveaux de recours. Les soins de premier recours se recentrent autour du médecin généraliste, qui assure l'orientation du patient dans le système de soins. Les soins de second recours sont dispensés par les médecins spécialistes et les hôpitaux tandis que les soins de troisième recours, hyperspécialisés, concernent les CHU.

Afin d'éviter le recours systématique aux urgences, la loi prévoit l'organisation d'une permanence des soins de ville assurée par les médecins généralistes en concertation avec les établissements de santé, ainsi que la mise en place de maisons médicales pluridisciplinaires.

La loi prévoit également de renforcer la communication entre la médecine de ville et l'hôpital afin de faciliter les sorties d'hospitalisation et la coordination de la prise en charge, notamment au travers de la télémédecine. Celle-ci est définie par la loi comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* » qui permet « *d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients* ».

5.1.5 - Les hôpitaux d'Antrain et de Saint Brice et la Loi HPST :

Les hôpitaux d'Antrain et Saint Brice se sont préparés à ce qui était annoncé et s'est traduit par la loi du 21 juillet 2009. La direction et les élus, travaillant ensemble, ont composé l'avenir commun de ces deux établissements en rationalisant leur action et en renforçant leur intégration dans la filière hospitalière.

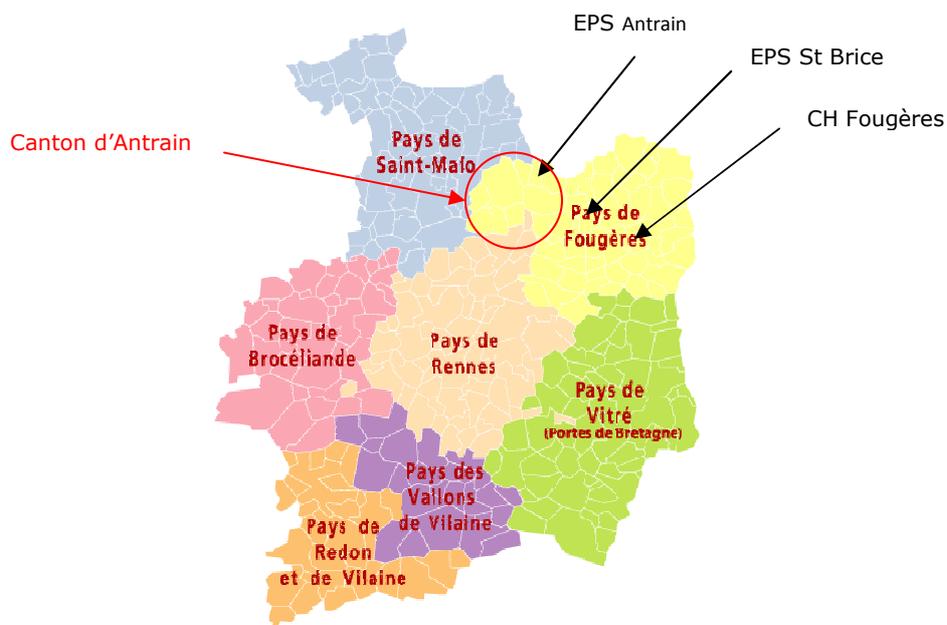
5.1.5.1 - L'intégration locale

Depuis 7 ans, les établissements ont mené les actions suivantes :

- Pilotage unique (direction commune, direction des soins unique, système d'information harmonisé)
- Compétences partagées (gériatre, pharmacien, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, assistante sociale, diététicien, psychologue, secrétariat médical, techniciens informatiques, techniciens finances, marchés, qualitatif, Technicienne d'information médicale...)
- Administration rassemblée pour une gestion plus rationnelle
- Logistique unifiée (services techniques communs, magasin unique) et marchés groupés (en sus du groupement de commande départemental)
- Démarche qualité commune (V1 et V2)
- Pharmacie commune
- Instances opérationnelles unifiées (comité hygiène, sécurité et conditions de travail (CHSCT), Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN), comité de lutte contre la douleur (CLUD))
- Passerelles d'activités (transfert d'unité d'EHPAD de Saint Brice à Antrain de février 2008 à mars 2010), transfert de patientèle médecine/SSR durant l'été 2009 et 2010 (interruption estivale du service de Saint Brice)
- Projet d'établissement 2010-2014 commun

5.1.5.2 - L'intégration dans le Pays

Le canton d'Antrain est excentré au sein du Pays de Fougères, mais l'ancrage des établissements et les liens fonctionnels sont quotidiens avec le centre hospitalier de Fougères et les acteurs du Pays. Le projet d'établissement 2010-2014 renforce ce lien. Antrain se positionnant en aval du centre hospitalier, notamment pour ce qui est des soins de suite.



5.1.5.3 - Intégration filières hospitalières

Outre les liens avec le centre hospitalier de Fougères (CH), la filière gériatrique étant unique sur le territoire, Antrain joue son rôle de première proximité pour éviter des passages inadéquats aux urgences de Fougères (ou de Rennes) et favoriser les sorties des urgences et des établissements hospitaliers disposant d'une activité de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). Reconnu dans le schéma régional d'organisation sanitaire de 3ème génération révisé (SROS 3 révisé), les soins de suite et de réadaptation spécialisé (SSR spécialisé) ne demeurera pas isolé et se rapproche déjà de l'offre publique (CHU Rennes, CH Redon) et participe activement aux travaux du Projet Médical de territoire (PMT).

5.1.5.4 - Gouvernance et pilotage

Croisant depuis de nombreuses années l'action des médecins généralistes et des praticiens publics, un nécessaire rééquilibrage a eu lieu ces dernières années dès 2002. A côté de l'intervention à l'acte des généralistes (Médecine, Soins de Suite), le temps médical salarié est passé de 0,5 équivalent temps plein (ETP) à 3,25 ETP (4 praticiens). Parallèlement, l'engagement des généralistes s'est renforcé avec l'action effective du CLUD, du CLAN, la démarche de projet d'établissement (amorcée depuis mai 2008) et même les contacts avec les autorités de régulation (revue de contrat pluriannuel d'objectif et de moyens 2009 et 2010 - CPOM). Cet engagement préfigurait la mise en place des Directoires.

Entre généralistes investis et praticiens salariés plus nombreux, avec des équipes de gestion rassemblées (une attachée et un adjoint des cadres composent la cellule de gestion), la mise en place des pôles et des délégations de gestion sera recherchée dès 2011.

Sur ce point aussi, le basculement dans le droit commun de l'organisation hospitalière publique ne sera pas freiné.

La communauté médicale libérale a trouvé un point d'ancrage fort dans les établissements, notamment à Antrain où un corps médical encore jeune (âge

moyen de 50 ans sans départ en retraite avant 2015), sait déjà préparer l'avenir (un nouveau et jeune médecin partageant son activité entre un cabinet médical et les urgences de CH de Fougères) pour garantir une présence médicale en ville et assurer la permanence des soins de ville (la permanence des soins (PDS) est assurée 24h sur 24). 36

Fort d'un temps médical salarié renforcé, d'une présence généraliste bien organisée et des liens renforcés avec le centre hospitalier, la question de la permanence des soins pourra être mieux repensée (elle est actuellement assurée par la garde cantonale libérale).

5.2 - Les Principes d'organisation de la filière gériatrique en Bretagne (SROS III)

L'établissement de référence sur le territoire d'Antrain / St Brice, dans le cadre d'une organisation en filière, est l'établissement de santé de Fougères. Ses services sont :

- consultation mémoire,
- équipe mobile de gériatrie,
- court séjour gériatrique,
- soins de suite et réadaptation à orientation personnes âgées
- les services spécialisés périphérique du CHGR (Les Marronniers)

L'établissement d'Antrain/St Brice doit se positionner en tant que partenaire actif de ces éléments de filière, en les complétant et en tant que « offreur » de service d'aval.

D'une manière générale, la filière de soins gériatrique organisée au niveau du territoire de santé numéro 5 doit remplir, au long du parcours des patients âgés et en fonction de l'évolution de leurs besoins, trois grandes fonctions :

5.2.1 - L'évaluation gériatrique précoce

A l'initiative du médecin traitant, il s'agit de permettre le recours, à une expertise gériatrique par accès direct au pôle ambulatoire, s'appuyant sur une unité ou un service de médecine gériatrique aiguë et déclinant de façon graduée ses interventions.

5.2.1.1 - Les consultations gériatriques et les consultations mémoire

- Les consultations gériatriques : Réseau Part-Âge Antrain et Géront'Emeraude, St Malo
- Les consultations « mémoire » : Hôpital de Fougères et Combours (en devenir)

5.2.1.2 - L'accueil pour évaluation en hôpital de jour et l'intervention de l'équipe mobile de gériatrie

Situé à l'interface de l'hôpital et de la médecine de ville, l'hôpital de jour constitue un maillon indispensable de la filière gériatrique.

5.2.1.3 - Le recours au centre mémoire de ressources et de recherche

Les ressources mobilisées et le niveau d'expertise conduisent à privilégier une implantation sur les 2 sites hospitalo-universitaires.

Le développement de l'ambulatoire et la diversification des activités et structures alternatives à l'hospitalisation permettent de privilégier une réelle prise en charge de proximité et de favoriser le maintien dans le milieu de vie habituel.

Les réseaux sanitaires gérontologiques, Partâge et Géront'Emeraude ont été financés pour être le lien entre les différents acteurs, ville et institutions sur le territoire.

5.2.1.1 - L'hôpital de jour gériatrique

Dans le cadre du maintien à domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ses missions sont plus particulièrement :

- l'aide à la rééducation-réadaptation, réorientation ou réinsertion à domicile ;
- le suivi des patients à risques médicaux, psychologiques, sociaux ;
- le traitement en période de crise du maintien à domicile et, par suite, l'accompagnement du patient et de son entourage.

L'hôpital de jour reste cependant une structure de soins à différencier de l'accueil de jour à caractère social ou médico-social en EHPAD, qui constitue au premier chef un soutien pour les aidants familiaux.

5.2.2.2 - Les structures de prise en charge ambulatoire en géronto-psychiatrie

La géronto-psychiatrie concerne la prise en charge des troubles psychiatriques des sujets âgés, qu'il s'agisse de patients « connus de la psychiatrie » vieillissants ou de patients chez lesquels survient une pathologie de type psychiatrique après 65 ans.

- **Le Centre Médico-Psychologique (CMP)**, premier niveau de prise en charge et pivot du dispositif de secteur.

- **Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) et hôpitaux de jour** : les structures alternatives à l'hospitalisation complète

5.2.3 - Assurer l'accès à une hospitalisation adaptée

Assurer l'accès à une hospitalisation adaptée pour les personnes âgées suppose, au sein du dispositif hospitalier, de redéfinir et d'articuler les différents types de soins :

- entre les structures des urgences et les services de médecine, de chirurgie et de soins de suite,
- entre les services dits de médecine d'organes et la gériatrie aiguë, *via* les équipes mobiles,
- entre le court séjour (notamment gériatrique) et les soins de suite et de réadaptation,
- entre les soins somatiques et le dispositif de géronto-psychiatrie.

5.2.3.1 - Organiser l'accès à une hospitalisation en géro-psycho-geriatrie 38

- Promouvoir une collaboration étroite entre la psychiatrie et la gériatrie.
- Mettre en place des unités d'hospitalisation complète dans le cadre d'un dispositif de géro-psycho-geriatrie.
- S'ajoutent à ces structures de type psychiatrique les unités prévues par le « plan Alzheimer » dans les EHPA, les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (**PASA**) et Unités d'Hébergement Renforcé (**UHR**).

5.3 - Le schéma gérontologique départemental

Les 2 établissements présentent de fortes capacités d'hébergement, le schéma gérontologique départemental constitue donc un cadre important pour leur évolution.

Dès l'introduction de la quatrième actualisation de son schéma gérontologique, le Conseil Général d'Ille et Vilaine fixe deux axes :

- Favoriser le maintien à domicile, par un soutien accru aux services d'aide à domicile, le développement d'actions de prévention, etc ...
- Développer un hébergement de proximité et de qualité adapté aux différentes situations.

Un état des lieux, avec l'implication de tous les partenaires de terrain, en particulier les CODEM (Comité d'Observation de la Dépendance Et de la Médiation) a été réalisé sur chacun des quinze secteurs gérontologiques du département.

5.3.1 - Les perspectives démographiques

Le vieillissement s'illustre de façon très hétérogène entre les différents espaces départementaux.

La ville de Rennes concentre à elle seule 20% de la population âgée.

Pour autant, à l'échelle cantonale, le vieillissement global de la population reste plus fort dans les cantons les plus éloignés de la ville de Rennes.

Les projections démographiques, jusqu'en 2020, montrent une forte augmentation des personnes âgées de plus de 80 ans et plus.

- Situation en 2010 : + 53.91%
- Situation en 2015 : + 23.83%
- Situation en 2020 : + 14.32%

L'ensemble des secteurs gérontologiques est concerné.

5.3.2 - L'offre d'Hébergement

- Le département compte (avril 2006) 11 804 places d'hébergement pour personnes âgées (11 622 places hébergement permanent et 182 places hébergement temporaire).

Les lits d'hébergement considérés comme médicalisés sont répartis comme suit :

- 1 543 lits soins de longue durée
- 742 lits de cure médicale installés
- 6 445 places d'EHPAD

39

Soit 8 730 places médicalisées (74% de l'offre).

496 lits d'accueil pour personnes âgées désorientées existent dans le département.

Le ratio d'équipement pour personnes âgées de plus de 80 ans est de 37,8 places pour 100 (2001). Entre 2001 et 2005, 310 places ont été mises en service, le ratio a baissé pour passer à 30,4. Sans création de nouvelles places le ratio continuerait à chuter, pour atteindre 20,1 en 2020.

Au vu de ces chiffres il faudrait créer 6 000 places d'hébergement.

Ce chiffre est à moduler, du fait :

- de l'entrée plus tardive en institution (84 ans)
- d'une meilleure couverture des services à domicile
- de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui améliore la solvabilité des personnes à domicile
- de la durée moyenne de séjour qui diminue (entrée plus tardive)
- de la médicalisation des établissements existants

- L'analyse des demandes d'institutionnalisation

Un outil, « GAELIC 35 »¹, de suivi des listes d'attente et admission a été mis en place en 1997, a permis d'affiner la connaissance des disponibilités de place, de leur adéquation avec les demandes, la répartition géographique des disponibilités et le taux de rotation dans les différents établissements .

- Il en résulte que :
 - o Environ 220 inscriptions sont faites par mois
 - o 216 admissions ont lieu par mois
 - o Les GIR² 1 à 4 représentent 56% des personnes inscrites et 65% des personnes admises
 - o 37% des personnes inscrites et 46% des personnes admises ont une dépendance psychique
 - o 82,2 ans est l'âge moyen des personnes inscrites
 - o 83,9 ans est l'âge moyen des personnes admises
 - o Les motifs d'admission les plus fréquents sont :
 - Aggravation de l'état de dépendance
 - Impossibilité de retour à domicile post hospitalisation
 - Rapprochement familial (motif marginal à 4,6%)

5.3.3 - Les Propositions du schéma départemental

¹ Site Internet pour la gestion des admissions et des listes d'inscription gérontologiques (Conseil général)

² GIR : grille iso ressource (grille de dépendance utilisée pour le calcul de l'APA)

5.3.3.1 - Adaptation de l'offre d'hébergement

Du fait de l'évolution de la typologie des personnes âgées accueillies, de la modification des normes, de la nécessaire adaptation des structures, une aide à l'investissement dans les établissements existants est nécessaire.

5.3.3.2 - Programmation complémentaire de 800 places d'accueil

Avec critères de priorisation, par exemple :

- Evolution démographique
- Avis positif du CODEM
- Consolidation de structures existantes
- Taille minimale préconisée au niveau national
- Equilibre territorial de l'offre
- Accessibilité sociale large, etc...

Au final, on aboutit, sur la durée du schéma, à une programmation de **2 175 places complémentaires**.

PARTIE B : ZOOM SUR L'ACTIVITE DES ETABLISSEMENTS

1 - L'offre d'hébergement pour personnes âgées

L'offre d'hébergement d'Antrain a notablement évolué depuis 2004.

Les 67 lits de long séjour occupaient alors 4 unités d'un bâtiment de 1911. Une centaine de lits de maison de retraite et section de cure occupaient 3 bâtiments (2 « provisoires » de 1969 et 1970, 1 de 1980).

En 2004 et 2005, l'hébergement a été transféré dans une construction neuve de 150 chambres très confortables et médicalisées, dénommée « Village de la Loysance ». Une unité Alzheimer est demeurée dans la construction de 1911 (18 places).

A Saint Brice, la mutation est en cours. Jusqu'en 2008, année du démarrage du chantier des Hameaux du Coglais, l'hébergement occupait un bâtiment de 1973 (la maison de retraite), un bâtiment de 1983 (la section de cure, à l'opposé géographique), une construction isolée plus ancienne (« le pavillon nord ») de qualité particulièrement inadaptée et un service d'accueil temporaire très bien installé dans des locaux de 1993.

Le chantier des Hameaux du Coglais reconstruit 112 chambres selon un concept de lieu de vie particulièrement poussé. Restera la « maison de retraite » à réhabiliter.

Les deux établissements présentent de fortes capacités d'hébergement. L'établissement de Saint Brice offre 12 lits d'hébergement temporaire et 111 lits d'hébergement permanent.

L'établissement d'Antrain offre une capacité de 169 lits :

- 145 lits d'hébergement permanent ;
- une unité de 18 lits spécialisée pour la pathologie Alzheimer répartis en 14 lits permanents, 2 places d'accueil temporaire et 2 places de nuit ;
- 5 places d'accueil temporaire.

Tableau 13 : répartitions de la capacité des EHPAD

ANTRAIN		2009	2010
USLD	USLD	51	
	Alz.	18	
EHPAD	Maison de retraite	100	145
	Ac. Temp		5
	Ac Temp Alz		2
	Unité Alz		14
	Ac. Nuit Alz		2
TOTAL		169	169

St BRICE		2010
EHPAD	Maison de retraite	111
	Ac. Temp	12
TOTAL		123

1.1 - Recrutement des résidents

Sous les effets du vieillissement de la population, de la politique de maintien à domicile d'une part, et d'autre part de l'amélioration de la santé des plus âgés, l'âge moyen d'entrée dans les établissements évolue de 78 ans en 2004 à 84 ans en 2008. Cet âge moyen est très proche des autres établissements de la région.

Un tiers des résidents d'Antrain provient du canton d'Antrain, un autre tiers des cantons contigus les plus proches, un tiers provient d'autres cantons.

Tableau 14 : EHPAD d'Antrain, Origine géographique hébergement permanent (présents au 1er janvier + nouvelles admissions)

	2004	2005	2006	2007	2008
Canton d'Antrain	51	63	60	52	62
Canton de Pleine-Fougères	22	21	22	24	25
Canton de St Brice-en-Cogles	9	9	9	9	10
Canton de St Aubin d'Aubigné	12	13	12	7	11
Canton de Pontorson/St James	5	5	9	12	13
Autres	55	53	48	43	60
TOTAL	154	164	160	147	181

Depuis quelques années, il semble que les listes d'attentes « réelles » (patients qui seraient prêts à occuper une place immédiatement) soient beaucoup moins importantes.

Il n'est pas avéré que la durée de séjour se réduise et le nombre d'entrées annuelles augmente, pourtant le nombre de lits inoccupés augmente lui significativement à Antrain et le nombre de demandes suivies d'une admission se réduit.

Tableau 16 : Antrain, évolution du nombre de lits d'hébergement occupés

exercice	total lits hébergement	total lits hébergement occupés	unité Alzheimer lits occupés	USLD USLD lits occupés	Autres capacités lits occupés
2006	169	165	16,4	67,6	81
2007	169	161,8	14,2	62	85,6
2008	169	163,3	16,5	54	92,8
2009	169	156,8	14,1	49,1	93,6

De 2006 à 2009, malgré le glissement opéré du long séjour vers l'EHPAD, **43** avant même la transformation officielle des lits de long séjour, le nombre de lits occupés a diminué de plus de 8 lits.

L'effort d'orientation réalisé depuis 2006 et le respect de la nouvelle définition de la prise en charge USLD (Soins médico-techniques intensifs) explique le glissement des accueils du long séjour vers l'EHPAD.

Dans un contexte d'offre surabondante, les tarifs d'Antrain ne permettent pas un positionnement favorable dans le flux des demandes. La disparition de la spécificité de cette offre (le long séjour) va dégrader encore ce positionnement.

Sur la base des tarifs des maisons de retraite en chambre simple, les deux établissements sont les plus chers de leur environnement. Les écarts vont de 3,5 euros à 12 euros la journée soit entre 100 euros et 360 euros par mois.

Tableau 17 : Tarifs de quelques établissements alentours :

Reste à charge 2010	Antrain	St Brice	Tremblay	Bazouges la P.	St Georges de R.	Louvigné du D.	Dol de Bgne
Maison de retraite (ch. simple)		55,07					
Maison de retraite (ch. simple)	57,65	58,01	45,27	49,23	54,87	50,41	54,7
Maison de retraite (ch. double)		53,53				47,23	
Accueil Temporaire	60,44	59,09					
Unité Alzheimer	60,64		57,22	57,48			
Ac. Temp. Alz.	61,24						
Ac. Jour Alz.			13,9	13,9			
Ac. de nuit Alz	33,19						
MR spécialisée			59,42	76,98			

Depuis 2006, une commission pluridisciplinaire émet systématiquement un avis sur toutes les demandes d'entrée en institution. Cette commission qui rassemble médecin coordonnateurs, généralistes, cadres de santé, psychologue, représentant de la direction fonctionne de manière univoque pour Antrain et St Brice.

Des démarches sont en cours pour l'extension du dispositif aux établissements de Tremblay et St Georges de Reintembault.

2 - Zoom sur l'activité de médecine

Les deux établissements présentent des capacités relativement faibles.

On compte en 2008, 254 hôpitaux locaux avec des lits de médecine, la taille moyenne est de 14 lits, la médiane à 11 lits. 105 établissements ont une capacité supérieure à 15 lits et 30 seulement à 25 lits.

Avec 12 lits chacun, les hôpitaux d'Antrain et de Saint-Brice se situent en 115^{ème} position nationale.

En Bretagne, 7 établissements dépassent 18 lits de médecine autorisés (les plus importants : St Renan, La Guerche, Janzé). Les deux établissements à Antrain et Saint Brice sont en 13^{ème} place sur 20.

En 2008, au niveau national, le taux d'occupation des lits de médecine des hôpitaux locaux est de 77 % en moyenne (médiane 78 %).

Saint Brice se situe en dessous de la moyenne (71 %), ce qui le situe à la 13^{ème} place des hôpitaux locaux bretons. Antrain avec 73 % est à un niveau moyen, 12^{ème} place des hôpitaux locaux bretons.

Les 2 établissements auraient donc des marges de progression de leur activité, ce qui pose donc en retour la question de la demande ou de l'attractivité des établissements.

Les classements des taux d'occupation sont faussés par la durée de séjour, en effet plus celle-ci est élevée et meilleurs sont les taux d'occupation.

Figure 1 : L'évolution du nombre de séjours

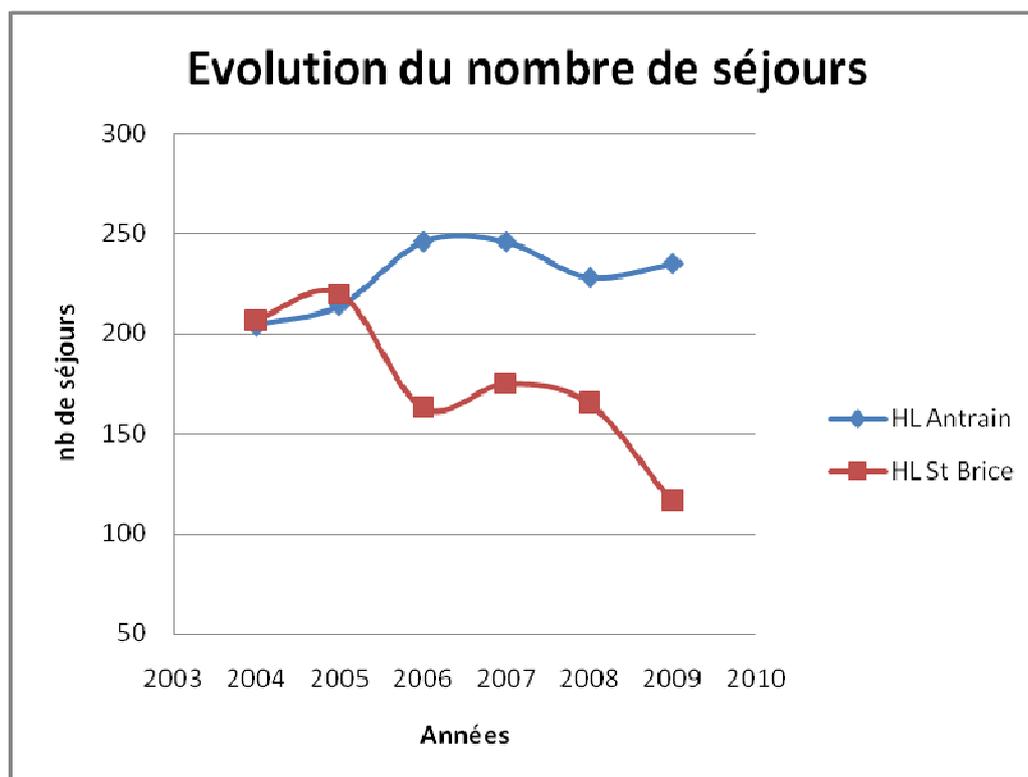


Tableau 18 : Activité de médecine Hôpital d'Antrain (source Parhtage)

Année	Nb séjours	DMS	Age Moy	% de DC
Total 2009	235	12,6	77,7	11 ,1 %
Total 2008	228	15,7	77,2	12,3 %
Total 2007	246	12,3	77,3	8,5 %
Total 2006	246	10,9	76,1	8,5 %
Total 2005	214	11,7	74,2	9,3 %
Total 2004	204	12,2	75,8	7,8 %

Après une augmentation régulière en 2004, 2005 et 2006 l'activité se stabilise en 2007 puis diminue légèrement en 2008.

Parmi les séjours de 2007, on compte 24 séjours en ambulatoire d'évacuation d'ascite, ce qui peut expliquer le nombre de séjours plus important cette année.

L'activité de soins palliatifs apparaît significativement dans le *casemix*³ d'Antrain.

Tableau 19 : Activité de soins palliatifs à Antrain (source Parhtage)

Année	Nb séjours	DMS	Age Moy	% de DC
2009	15	9,5	75,2	80,0 %
2008	22	17,3	77,9	90,9 %
2007	14	11,0	74,7	92,9 %
2006	6	21,5	78,0	50,0 %
2005	4	11,2	86,0	75,0 %

Tableau 20: Activité de médecine Hôpital de Saint-Brice (source Parhtage)

Année	Nb séjours	DMS	Age Moy	% de DC
2009	116	9,6	74,1	3,4 %
2008	165	18,3	76,8	6,7 %
2007	175	18,5	78,0	5,1 %
2006	163	21,2	75,7	6,8 %
2005	220	19,8	76,7	4,6 %
2004	207	19,3	73,5	2,4 %

L'activité de l'établissement de Saint Brice présente une baisse tendancielle, accélérée en 2009. Mais pour cette dernière année, les données sont biaisées par la fermeture durant 2 mois du service en raison des travaux réalisés dans l'établissement.

³ Dans le PMSI, la répartition de l'ensemble des RSS entre les GHM définit l'éventail des cas ou *casemix*.

En 2006, 2007 et 2008, on recense un nombre important de séjours (plus du quart) classés dans des codes indifférenciés ne caractérisant pas un besoin médical précis. 46

Tableau 21 : Activité en codes « Fourre tout » ou CM24 à Saint Brice (source Parhtage)

Année	GHM	LibGHM	Nb séjours	DMS	Age Moy	% de DC
2008	23M03V	Signes et symptômes sans CMA	23	17,4	81,43	8,7 %
2008	24M19Z	Affections de la CMD 10 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 10	22	0,82	57,64	0 %
2007	23M03V	Signes et symptômes sans CMA	27	20,00	84,33	7,41 %
2007	24M19Z	Affections de la CMD 10 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 10	17	0,65	55,65	0,00 %
2006	23M03V	Signes et symptômes sans CMA	28	27,07	82,61	3,57 %
2006	24M19Z	Affections de la CMD 10 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 10	22	1,00	53,64	0,00 %

(CMD10 : catégorie majeure de diagnostic : Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles)

2.1 - La place de la médecine dans la filière de soins

La répartition des séjours selon le mode d'entrée et de sortie renseigne sur la place de l'établissement dans la filière de soins.

L'hôpital d'Antrain, se distingue surtout par le très faible pourcentage d'entrées en aval d'une hospitalisation de court séjour. Avec 2,6 % des entrées, il se situe même en dernière place des HL bretons, la moyenne pour cet indicateur étant de 26,5 % des entrées.

Le pourcentage de séjours entrées domicile - sorties domicile est supérieur à la moyenne (7^{ème} rang) mais l'établissement se distingue surtout par le pourcentage important de mutations vers son propre service SSR en sortie de son court séjour (21 % contre 11 %, cinquième rang régional) et par le pourcentage important de patients transférés en court séjour.

L'établissement d'Antrain se situe donc plutôt en tête de filière avec orientation le cas échéant vers les soins de suite ou transfert dans un hôpital général.

L'établissement de Saint Brice présente un profil opposé : une part importante des séjours (42,5 %) est en provenance d'autres établissements court séjour (5^{ème} rang), il présente un pourcentage moyen de séjours domicile-domicile, un

faible pourcentage des autres types de séjours : mutation ou transfert court séjour. 47

Tableau 22 : Répartition des séjours des hôpitaux locaux par type (Source : PMSI 2008)

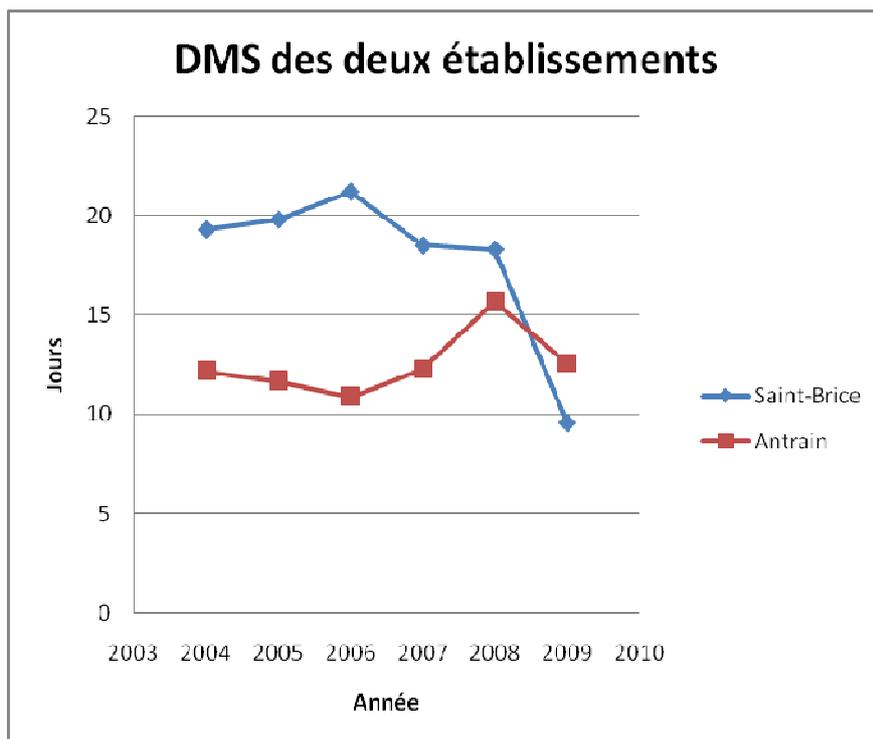
<i>Raison sociale</i>	Nb séj	Aval mco	Dom-Dom	Dom-Mutssr	Dom-Trans-MCO	Dom-Décès
HL bretons	5 323	26,5	42,9	10,9	6,8	5,1
HL Saint Brice	165	42,4	44,2	2,4	4,2	1,8
HL Saint Brice - rang	165	5	9	17	13	19
HL Antrain	228	2,6	46,5	21,1	10,5	7,5
HL Antrain- rang	228	20	7	5	2	4

2.2 - La durée moyenne de séjour

Dans le cadre de la tarification à l'activité, les tarifs des séjours constituent les recettes et les séjours, sont rémunérés aux mêmes tarifs quelle que soit leur durée. Par contre, les coûts des séjours sont proportionnels à leur durée. Ainsi l'écart ou le rapport de la durée moyenne de séjour (DMS) d'un établissement à la DMS moyenne observée sur les établissements comparables est un indicateur de l'efficacité relative de l'établissement.

La DMS est donc un indicateur qui va devenir de plus en plus important pour les hôpitaux locaux.

Figure 2 : Les durées moyennes de séjours



La DMS de l'hôpital d'Antrain est sauf pour l'année 2008 plutôt basse, la position de 2009 est plus conforme à la série 2004-2007.

La DMS de Saint Brice est très élevée de 2004 à 2006, elle diminue d'un palier en 2007 et 2008 et atteint un niveau particulièrement bas en 2009.

Pour les établissements présentant un petit nombre de séjours, la durée moyenne des séjours est un indicateur sensible aux valeurs extrêmes : les séjours de 0 ou 1 jour et les séjours très longs.

Ainsi en 2008, à Antrain, on enregistre un séjour de 113 jours, un séjour de 54 jours et 5 % des séjours durent plus de 35 jours.

En 2009, la position favorable de la DMS de Saint Brice est due en partie au poids plus important des séjours de 0 ou 1 jour dans un volume d'activité qui a fortement chuté en raison de la fermeture de lits durant les travaux : 4 séjours sont classés dans des séjours de courte ou de très courte durée et 23 en « Autres maladies métaboliques congénitales » avec une durée de 0 jour. Soit 27 séjours sur un total de 116. La durée moyenne des séjours en dehors de ces séjours est de 12,5 jours.

La base régionale 2008 permet de comparer les 2 établissements aux autres établissements bretons selon les indicateurs de durée des séjours.

L'établissement d'Antrain est proche du profil moyen : la DMS d'Antrain de 15,5 jours situe l'établissement dans la moyenne (11^{ème} rang), la part des séjours de 0 ou 1 jour est un peu plus faible qu'en moyenne, la part des séjours supérieurs à 20 jours est un peu plus importante, la part des plus de 75 ans est très légèrement inférieure.

L'établissement de Saint Brice présente une DMS un peu supérieure à la moyenne qui situe l'établissement au 16^{ème} rang des Hôpitaux locaux. Le

pourcentage de séjours de 0 ou 1 jour un peu supérieur à la moyenne ne 49
suffit pas à baisser la DMS, la part des séjours de plus de 20 jours est de 34
% contre 28 % en moyenne et la part des plus de 85 ans est aussi sensiblement
plus élevée (36 % contre 29 % au niveau régional).

Tableau 23 : Durée des séjours des hôpitaux locaux (DMS -PMSI 2008)

Raison sociale	DMS	Part séj. <=1j	DMS séj. >=2j	% séj >20j	% âge>=85 ans
HL bretons	15,5	11,0	17,3	28	28,8
HLSaint-Brice	18,3	14,5	21,3	34	36,4
HLSaint-Brice -rang	16	4	3	6	6
HL Antrain	15,7	8,3	17,1	30	27,6
HL Antrain- rang	11	7	12	9	15

2.3 - Le casemix des établissements

Le tableau présente la répartition des séjours dans la nomenclature OAP (Outil d'Analyse du PMSI) pour les deux établissements et pour l'ensemble des hôpitaux locaux bretons.

La répartition des séjours de l'hôpital d'Antrain est proche de celle des autres hôpitaux locaux. Antrain se distingue par une part plus importante de séjours classés en pneumologie et moins de séjours classés dans l'activité « Système nerveux ».

Saint Brice se distingue en 2008 par une part plus importante de séjours classés en rhumatologie, cardiologie, endocrinologie, autres prises en charge (hors soins palliatifs) et une part moins importante des séjours des activités liées au système nerveux (troubles mentaux d'origine organique, maladies dégénératives du cerveau) à la psychiatrie-toxicologie-alcoolisme et aux soins palliatifs.

Tableau 24 : Casemix des établissements (Source PMSI 2008)

PA	HL Bretons	HL Antrain	HL St Brice
AA - Digestif	9 %	6 %	10 %
AB - Rhumatologie	10 %	9 %	13 %
AC - Uro-néphrologie	3 %	2 %	6 %
AD - Système nerveux	14 %	8 %	8 %
AE - Cardiologie	8 %	9 %	13 %
AG - Pneumologie	11 %	23 %	8 %
AM - Hématologie	6 %	3 %	2 %
AO - Endocrinologie	7 %	8 %	16 %
AP - Tissu cutané et tissus sous cutanés	3 %	4 %	1 %
AV - Psychiatrie- Toxicologie-alcool	8 %	7 %	1 %
AX - Autres prises en charges	8 %	10 %	17 %
Soins palliatifs	10 %	10 %	0 %
	96 %	98 %	93 %

2.4 - L'attractivité et le recrutement des établissements

Dans la base PMSI, la plus petite unité géographique connue est le code postal. Le code postal d'Antrain, comprend les communes d'Antrain, Bazouges la Pérouse, La Fontenelle, Marcillé Raoul, Noyal sous Bazouges, Rimou et Saint Rémy du Plain.

Les communes de Saint Ouen la Rouërie et de Tremblay, qui font partie du canton d'Antrain et donc de la communauté de communes, sont situées dans le code postal de Saint Brice-en-Coglès.

Outre ces 2 communes, le code postal de Saint Brice-en-Coglès comprend les communes de Saint Brice-en-Coglès, Baillé, Coglès, Montours, Saint Etienne-en-Coglès, Saint Marc le Blanc, La Selle en Coglès, Le Tiercent.

Tableau 25: Le recrutement des établissements (PMSI 2008)

Code postal	Antrain		St Brice	
	nb séj.	%	nb séj.	%
LECOUSSE	0	0 %	25	15 %
ST AUBIN DU CORMIER	2	1 %	17	10 %
FOUGERES	0	0 %	8	5 %
LOUVIGNE DU DESERT	2	1 %	10	6 %
ST BRICE EN COGLES	55	24 %	93	56 %
SENS DE BRETAGNE	10	4 %	6	4 %
ANTRAIN	117	51 %	0	0 %
PLEINE FOUGERES	12	5 %	0	0 %
PONTORSON	15	7 %	0	0 %
ST JAMES	5	2 %	0	0 %
Total	218	96 %	159	96 %
NB séj. hôpitaux	228	100 %	165	100 %

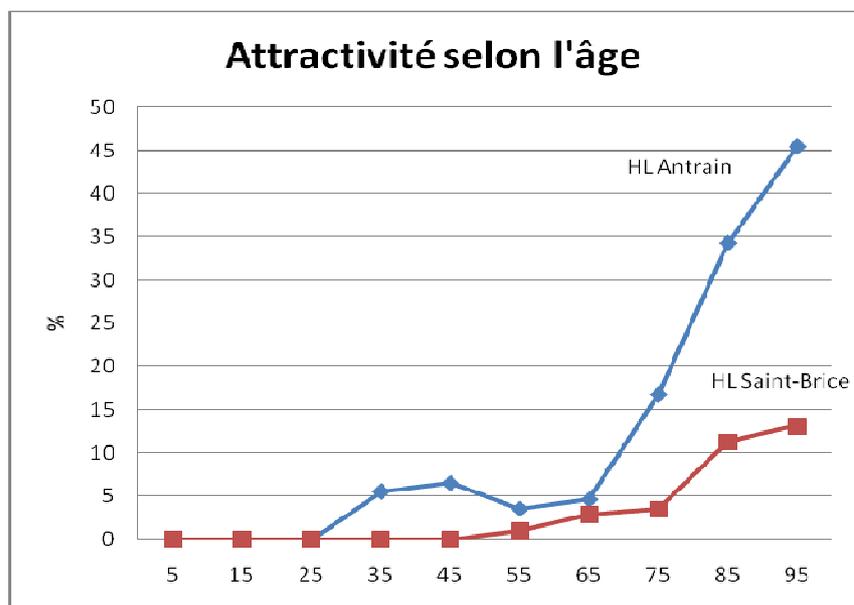
L'établissement d'Antrain a enregistré 228 séjours en 2008 dont 117 (51%) proviennent du seul code postal d'Antrain. 24% des patients proviennent de Saint Brice qui est le deuxième code postal de recrutement.

L'établissement d'Antrain réalise donc 75% de son activité sur les codes postaux d'Antrain et de Saint Brice (la commune de Tremblay est comptée dans le code postal de Saint Brice).

Les autres provenances significatives sont Sens de Bretagne, Pleine Fougères et Pontorson avec respectivement 10, 12 et 15 séjours.

L'activité de Saint Brice est générée par des patients résidant à Saint Brice (93 séjours, 56 % de l'activité), Lécousse (25 séjours 15 % de l'activité) et Saint Aubin du Cormier (17 séjours et 10 % de l'activité).

A part le code postal de Saint Brice, les 2 établissements ont donc des zones de recrutement disjointes.

Figure 3 : Attractivité selon l'âge

L'attractivité des deux établissements est calculée pour l'activité de médecine hors CM24 (séjours de 0 et 1 jour) sur leurs codes postaux respectifs, ce qui représente environ 50 % de leur activité.

Pour l'établissement d'Antrain, on remarque la forte croissance de l'attractivité après 70 ans : 17 % entre 70 et 79 ans, puis 34 % entre 80 et 89 ans et 45 % après 90 ans.

Pour l'établissement de Saint Brice, bien que croissante avec l'âge, l'attractivité reste à des niveaux plus faibles, elle atteint son maximum de 14 % environ pour les plus de 90 ans. Il faut y voir un effet de la proximité de l'hôpital de Fougères, du découpage des codes postaux et du rapport entre les capacités des établissements et le nombre de séjours potentiel des zones respectives de recrutement.

En effet 584 séjours sont domiciliés en tout sur le code postal de Saint Brice contre 245 sur celui d'Antrain.

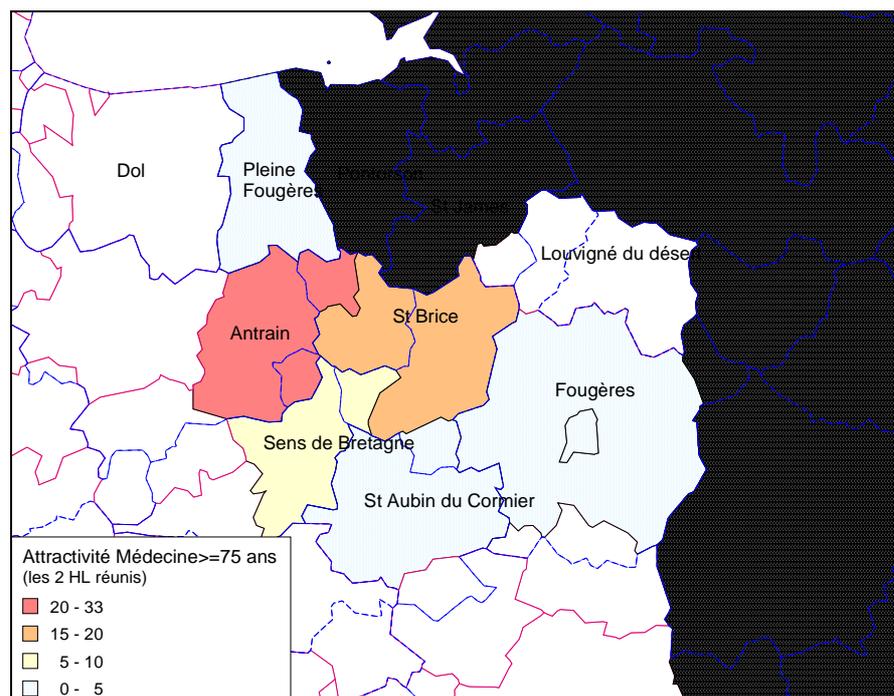
Tableau 26 : Médecine HC, attractivité sur les plus de 75 ans (Source : PMSI 2008)

Codes postaux	Nb séjours du Code Postal	HL Antrain	Attractivité HL Antrain	HL St Brice	Attractivité HL St Brice
LECOUSSE	612	0	0,0	15	2,5
ST AUBIN DU CORMIER	346	2	0,6	13	3,8
ST BRICE EN COGLES	584	39	6,7	50	8,6
SENS DE BRETAGNE	161	8	5,0	5	3,1
ANTRAIN	245	78	31,8	0	0,0
PLEINE FOUGERES	290	6	2,0	0	0,0

Tous âges confondus, l'attractivité de l'hôpital d'Antrain pour l'activité de médecine est de 32 % chez les plus de 75 ans résidant à Antrain, d'environ 7 % sur Saint Brice, 5 % sur Sens de Bretagne.

L'attractivité de Saint Brice en médecine chez les patients de plus de 75 ans est de 9 % sur le code de Saint Brice, 4 % sur le code postal de St Aubin du Cormier.

Carte 7 : Attractivité des 2 hôpitaux réunis sur les patients de 75 ans et plus classés en médecine HC



Les principales destinations des résidents âgés de Saint Brice sont le CH de Fougères (42 % HC et 55 % CM24), le CRLCC Eugène Marquis (13 % HC), le CHP Saint-Grégoire (10 %), le CHU (9 % HC mais 24 % CM24), puis les Hôpitaux locaux de Saint Brice et d'Antrain avec respectivement (9 % et 7 %).

Il faut se rappeler qu'environ la moitié des séjours de l'hôpital de Saint Brice sont de l'aval des MCO et donc proviennent des établissements précédemment cités.

Les destinations des résidents d'Antrain présentent un tout autre profil : l'établissement principal est l'hôpital d'Antrain (32 %), l'hôpital de Fougères est le deuxième opérateur avec 24 % devant le CHU (16 %).

La part un peu forte du CHU s'explique par une proximité géographique qui est relativement peu différente entre Fougères et Rennes et une proximité « organisationnelle » qui pourrait être développée dans le territoire de proximité de Fougères.

Tableau 27 : Destinations des résidents des codes postaux d'Antrain et de Saint Brice (médecine plus de 75 ans).

Etablissements	Antrain (HC)	St Brice (HC)	Antrain (CM24)	St Brice (CM24)
Ensemble des séjours des résidents	245	584	65	119
CENTRE HOSPITALIER FOUGERES	24 %	42 %	32 %	55 %
CHP ST-GREGOIRE	2 %	10 %	9 %	3 %
CHRU DE RENNES	16 %	9 %	40 %	24 %
CRLCC E, MARQUIS	7 %	13 %	6 %	0 %
HÔPITAL LOCAL ANTRAIN	32 %	7 %	3 %	3 %
HÔPITAL LOCAL ST BRICE EN COGLES	0 %	9 %	0 %	2 %
POLYCLINIQUE SAINT LAURENT	9 %	4 %	6 %	0 %
POLYCLINIQUE SEVIGNE	2 %	2 %	3 %	12 %

Champ : PMSI 2008

3 - Zoom sur l'activité de soins de suite

3.1 - Les capacités

280 hôpitaux locaux déclarent des capacités de soins de suite (SAE 2008), la moyenne des capacités est de 22 lits.

Un quart des établissements ont une capacité inférieure à 10 lits. Avec respectivement 12 et 11 lits, les deux établissements d'Antrain et de Saint Brice se situent plutôt parmi les établissements dont les capacités sont les plus faibles : 195^{ème} et 200^{ème} rang national, en 10^{ème} et 12^{ème} position au niveau régional.

6 établissements bretons dépassent 25 lits en 2008 : Saint Meen-Le-Grand, Lesneven, Saint Ronan, Guémené sur Scorff, Montfort-sur-Meu, Le Faouet.

Les taux d'occupation des deux établissements : 93 % pour Saint Brice et de 91 % pour Antrain sont élevés mais dans la moyenne des autres services de soins de suite.

3.2 - La durée des séjours

Les durées moyennes de séjours sur les séjours commencés et finis durant l'année 2008, sont de 25,7 jours pour Saint Brice et 21,7 jours pour Antrain contre 25,3 jours pour la moyenne des hôpitaux locaux, la moyenne des durées de séjours pour les soins de suite des centres hospitaliers bretons est de 29,1 jours plus élevée donc que celle des hôpitaux locaux.

La plus faible durée des séjours d'Antrain est liée à un pourcentage important de séjours dont les durées sont inférieures à 10 jours.

Tableau 28 : durée des séjours Activité de soins de suite (PMSI 2008)

Etablissements	Moy.	séjours <10 jours	Séjours ≥30 jours
Hôpitaux locaux	25,3	15,6	28,0
Centre hospitaliers	29,1	14,2	36,3
Hôpital Local St Brice	25,7	14,1	31,3
Hôpital Local Antrain	21,6	29,5	24,6

L'établissement d'Antrain présente de loin le pourcentage de transfert le plus important des hôpitaux locaux bretons.

36 % des séjours de l'hôpital d'Antrain ont pour mode de sortie un service de court séjour : 24 % par transfert et 12 % par mutation dans des services de l'hôpital d'Antrain, le pourcentage global de sorties vers le court séjour n'est que de 18 % pour l'ensemble des hôpitaux locaux.

Cette caractéristique explique en partie l'importance à Antrain des séjours de moins de 10 jours, les séjours dont le mode de sortie est le « court séjour » y représentent en effet 59 % des séjours de moins de 10 jours.

3.3 - L'âge des patients

Tableau 29 : Répartition des journées de soins de suite selon l'âge (PMSI 2008)

Age	Antrain	St Brice	HL	CH
NB jours	4 334	3 815	118 077	398 249
moins de 40 ans	0 %	0 %	1 %	1 %
entre 40 et 49 ans	7 %	2 %	2 %	2 %
entre 50 et 59 ans	2 %	4 %	5 %	6 %
entre 60 et 69 ans	9 %	8 %	8 %	8 %
entre 70 et 79 ans	29 %	28 %	27 %	26 %
entre 80 et 89 ans	45 %	49 %	49 %	48 %
plus de 90 ans	9 %	10 %	9 %	10 %

Respectivement 83 % et 87 % des journées des établissements d'Antrain et de Saint Brice sont produites pour des patients de plus de 70 ans. La part des journées pour des personnes âgées de plus de 90 ans est d'environ 10 %.

La répartition des séjours selon l'âge ne fait pas apparaître de différence entre les établissements ni avec l'ensemble des hôpitaux locaux ou les Centres hospitaliers.

3.4 - Le case-mix des établissements

Tableau 29 : répartition des journées d'activité selon la catégorie majeure de classification

Catégorie majeure de classification	Antrain	St Brice	HL	CH
NB de séjours	4 334	3 815	118 077	398 249
CMC Cardio-vasculaire et Respiratoire	19 %	14 %	15 %	13 %
CMC Neuro-musculaire	13 %	5 %	15 %	19 %
CMC Santé mentale	5 %	1 %	5 %	7 %
CMC Sensoriel et Cutané	9 %	1 %	8 %	3 %
CMC Viscéral	17 %	6 %	12 %	8 %
CMC Rhumato-orthopédique	7 %	11 %	10 %	7 %
CMC Post-traumatique	12 %	45 %	22 %	19 %
CMC Amputations	1 %		1 %	1 %
CMC Soins palliatifs	3 %		2 %	5 %
CMC Attente de placement	0 %		1 %	2 %
CMC Réadaptation/Réinsertion		0 %	1 %	7 %
CMC Soins nutritionnels	6 %	1 %	1 %	1 %
CMC Autres situations	7 %	15 %	7 %	6 %
CMC Gériatrie aiguë	1 %		0 %	2 %
Erreurs bloquant le groupage				2 %

La répartition de l'activité d'Antrain est assez proche de celle des autres hôpitaux locaux.

Elle s'en distingue de quelques points avec un peu plus d'activité des catégories majeures cliniques (CMC) viscérale, cardio vasculaire et respiratoire et un peu moins pour la CMC post traumatique.

La structure d'activité de l'hôpital de Saint Brice est très particulière avec une très forte surreprésentation de la CMC post traumatique.

Tableau 30 : recrutement de soins de suite des établissements d'Antrain et de Saint-Brice

Codes Postaux	A / St B	St Brice	Antrain
St BRICE EN COGLES	34,5	38,7	30,8
ANTRAIN	22,7	0,0	42,7
LECOUSSE	7,7	16,4	0,0
St AUBIN DU CORMIER	6,9	12,9	1,5
FOUGERES	6,4	12,0	1,5
SENS DE BRETAGNE	5,0	4,0	5,8
LOUVIGNE DU DESERT	4,2	8,7	0,1
PONTORSON	3,0	0,0	5,7
PLEINE FOUGERES	2,7	0,0	5,0
Nb de séjours	8149	3815	4334

L'établissement de Saint Brice recrute 39 % de son activité sur son code postal et près de 50 % sur les codes postaux de Lécousse (16 %), Saint Aubin-du-Cormier (13 %), Fougères (12 %) et Louvigné-du-Désert (9 %).

Le recrutement d'Antrain est plus concentré sur les deux codes postaux d'Antrain (43 %) et Saint Brice (31 %).

Tableau 31 : Attractivité des établissements par code postal

Codes postaux	Nb de jours				Part de marché		
	Code postal	Antrain	St Brice	A/St B	Antrain	St Brice	A/St B
ST BRICE EN COGLES	3 175	1 334	1 478	2 812	42,02	46,55	88,57
ANTRAIN	2 695	1 849	0	1 849	68,61	0	68,61
SENS DE BRETAGNE	775	252	152	404	32,52	19,61	52,13
LOUVIGNE DU DESERT	1 107	6	333	339	0,54	30,08	30,62
ST AUBIN DU CORMIER	1 953	67	493	560	3,43	25,24	28,67
PLEINE FOUGERES	937	216	0	216	23,05	0	23,05
LECOUSSE	3 230	0	626	626	0	19,38	19,38
DOL DE BRETAGNE	329	0	39	39	0	11,85	11,85
FOUGERES	5 916	66	459	525	1,12	7,76	8,87
PONTORSON*	2 581	247	0	247	9,6	0	9,57
MONTREUIL SUR ILLE	1 846	49	62	111	2,65	3,36	6,01
LIVRE SUR CHANGEON	1 952	0	89	89	0	4,56	4,56
		4 334	3 815	8 149			

L'attractivité des 2 établissements réunis est forte sur leur territoire de proximité.

Elle dépasse 50 % pour 3 codes postaux : les codes postaux de Saint Brice (89 %), d'Antrain (68 %), et Sens de Bretagne (52 %). Elle se situe à des niveaux importants de 20 % environ à 30 % sur les codes postaux de Louvigné-du-Désert, de Saint Aubin-du-Cormier, de Pleine Fougères et de Lécousse.

4 - Zoom sur l'activité du service de rééducation

4.1 - Capacités

Sur l'ensemble des hôpitaux locaux du pays, 14 seulement déclarent des capacités de rééducation (SSR spécialisé ex médecine physique et de réadaptation - MPR), leur capacité moyenne est de 42 lits. Avec 48 lits l'hôpital d'Antrain se situe au 5^{ème} rang national. Il n'y a pas d'autres hôpitaux locaux avec rééducation en Bretagne.

4.2 - Recrutement de l'activité par âge et catégories

Tableau 32 : Répartition de l'activité en jours selon l'âge

AGE	Antrain	CH bretons
Nombre journées	15 559	133 834
moins de 40 ans	2 %	17 %
entre 40 et 49 ans	5 %	11 %
entre 50 et 59 ans	7 %	17 %
entre 60 et 69 ans	13 %	16 %
entre 70 et 79 ans	36 %	25 %
entre 80 et 89 ans	33 %	14 %
plus de 90 ans	3 %	1 %

La répartition de l'activité selon l'âge montre que la rééducation d'Antrain accueille en proportion beaucoup plus de personnes âgées que les services de rééducation des Centres hospitaliers de la région.

La part de l'activité en journées réalisées pour des moins de 70 ans est de 17 % dans l'établissement contre 60 % pour les autres centres hospitaliers bretons. En particulier, les plus de 80 ans concentrent 36 % de l'activité contre 15 % pour les autres centres hospitaliers.

L'âge moyen des journées-patients y est de 71,8 ans presque 20 ans de plus que dans les CH.

Le *casemix* de la rééducation d'Antrain se caractérise par relativement moins d'activité dans la CMC Neuromusculaire (23 % contre 34 %) et plus dans la CMC Post-traumatique (35 % contre 14 %).

Tableau 33 : répartition des journées d'activité selon la catégorie majeure de classification

59

Catégorie majeure de classification	Antrain		CH bretons	
	% act.	Age moyen	% act.	Age moyen
	15 559	71,8	133 834	52,5
CMC Cardio-vasculaire et Respiratoire	1 %	75,5	1 %	51,0
CMC Neuro-musculaire	23 %	65,9	34 %	49,1
CMC Santé mentale	0 %		3 %	13,1
CMC Sensoriel et Cutané	0 %		1 %	58,0
CMC Viscéral	0 %		0%	50,3
CMC Rhumato-orthopédique	38 %	72,0	39 %	60,4
CMC Post-traumatique	35 %	75,1	14 %	57,2
CMC Amputations	3 %	78,2	5 %	65,9
CMC Soins palliatifs	0 %		0 %	63,6
CMC Attente de placement	0 %		0 %	69,8
CMC Réadaptation/Réinsertion	0 %		1 %	47,5
CMC Soins nutritionnels	0 %		0%	64,7
CMC Autres situations	1 %	84,2	2%	51,4
CMC Gériatrie aiguë	0 %	85,8	0%	85,8
Erreurs bloquant le groupage	0 %	0,0	0%	29,2

Tableau 34 : durée des séjours dans les catégories avec plus de 10 séjours commencés et finis dans l'année (PMSI 2008)

Catégories majeures de classification	Rééducation Antrain					Rééducation CH				
	nb séj	DMS	% séj 1 jour	% séj de 1 à 9 jours	% séj plus de 30 j	nb séj	DMS	% séj 1 jour	% séj de 1 à 9 jours	% séj plus de 30 j
Ensemble	274	43,1	2,6	8,4	63,1	4758	19,1	14,8	19,1	17,8
CMC Neuro-musculaire	56	38,4	1,8	25,0	53,6	1172	21,8	15,8	19,9	23,0
CMC Rhumato-orthopédique	125	37,5	0,8	3,2	59,2	2124	19,2	3,9	16,1	14,8
CMC Post-traumatique	73	58,5	0,0	4,1	80,8	474	28,3	1,9	18,4	36,1

La durée moyenne des séjours en rééducation est de 43 jours contre 19 pour les CH bretons, cette forte différence est due à la part moins importante des séjours de 1 jour (2,6 % contre 19,1 %) mais surtout à la plus grande proportion des séjours de plus de 30 jours (63,1 % contre 17,8 %).

Tableau 35 : Recrutement et attractivité du service de rééducation d'Antrain (PMSI 2008)

Codes Postaux	Année 2008				Année 2007		
	Total jours	Antrain	% recrutement	% PDM	Total jours	Antrain	% PDM
ANTRAIN	2 613	2 083	13,4	79,7	2 323	1861	80,1
St BRICE EN COGLES	2 241	1 741	11,2	77,7	2 068	1486	71,9
LECOUSSE	3 122	1 185	7,6	38,0	2 254	606	26,9
FOUGERES	2 635	1 169	7,5	44,4	2 568	1020	39,7
PLEINE FOUGERES	1 488	1 012	6,5	68,0	2 407	1281	53,2
St AUBIN DU CORMIER	2 152	944	6,1	43,9	2 654	1037	39,1
LOUVIGNE DU DESERT	1 255	837	5,4	66,7	1 764	582	33,0
RENNES	34 723	804	5,2	2,3	34 851	1046	3,0
SENS DE BRETAGNE	1 892	749	4,8	39,6	1 729	906	52,4
St MALO	5 097	713	4,6	14,0	6 231	934	15,0
St JAMES	nd	624	4,0	nd	965	482	50,0
PONTORSON	nd	557	3,6	nd	3 900	391	10,0
DOL DE BRETAGNE	1 753	460	3,0	26,2	1 411	484	34,3
St AUBIN D AUBIGNE	1 825	391	2,5	21,4	1 967	200	10,2
COMBOURG	1 512	345	2,2	22,8	1 331	338	25,4
St PIERRE DE PLESQUEN	906	232	1,5	25,6	655	142	21,7
LA FRESNAIS	490	230	1,5	46,9	321	18	5,6
			90,6%				

La zone d'attractivité du service de rééducation est étendue puisque plus d'une dizaine de codes postaux, sont attirés à plus de 20% toutes CMC confondues. Les parts de marché sont très fortes de 75 à 80 % sur l'immédiate proximité à Antrain et Saint-Brice, elles restent importantes en moyenne proximité à Fougères (44 %) à Sens de Bretagne (39,6 %), Dol de Bretagne, à Saint Aubin du Cormier (43 %).

L'établissement réalise 91 % de son activité sur les 17 codes postaux du tableau. Il recrutait en 2008 5,2 % de ses journées sur Rennes et 4 % sur Saint Malo.

Tableau 36 : Recrutement et répartition selon la catégorie majeure de classification

Codes Postaux	Nb jours	% recrutement	% CMC12 neuro	% CMC 16 ortho	%CMC 17 Post-trauma
ENSEMBLE	15 559	100,0	22,9	38,0	35,3
ANTRAIN	2 083	13,4	32,1	39,7	27,6
ST BRICE EN COGLES	1 741	11,2	11,4	46,8	36,0
LECOUSSE	1 185	7,6	41,4	44,6	13,6
FOUGERES	1 169	7,5	7,3	54,5	37,9
PLEINE FOUGERES	1 012	6,5	13,0	45,9	33,5
ST AUBIN DU CORMIER	944	6,1	12,8	55,0	24,6
LOUVIGNE DU DESERT	837	5,4	36,4	36,0	26,2
RENNES	804	5,2	38,2	8,3	52,6
SENS DE BRETAGNE	749	4,8	0,0	25,6	74,0
ST MALO	713	4,6	12,5	31,7	47,6
ST JAMES	624	4,0	28,4	44,7	25,6
PONTORSON	557	3,6	19,0	50,8	30,2
DOL DE BRETAGNE	460	3,0	8,7	54,8	33,9
ST AUBIN D AUBIGNE	391	2,5	0,0	29,4	39,6
COMBOURG	345	2,2	38,3	25,2	36,5
ST PIERRE DE PLESGUEN	232	1,5	0,0	0,0	100,0
LA FRESNAIS	230	1,5	54,4	10,0	35,7

4.4 - Les ressources médicales

Tableau 37 : Temps moyen par jour et par catégorie pour les principales CMC d'Antrain

Catégorie majeure de classification	Nb jant	Antrain	CH	Ens étab Bretons
	15 559	37,3	52,2	55,3
CMC Neuro-musculaire	3 568	47,3	71,7	79,1
CMC Rhumato-orthopédique	5 904	35,6	39,5	41,1
CMC Post-traumatique	5 492	33,1	39,5	43,3
CMC Amputations	388	38,8	40,2	50,0

Le temps moyen d'intervenants par jour calculé à partir des informations de la base PMSI 2008 fait apparaître pour le service de rééducation d'Antrain un déficit assez important puisqu'il est de 37 mn dans l'établissement contre 52 mn pour la moyenne des CH et 55 mn pour l'ensemble des établissements de rééducation en Bretagne.

Cet écart est surtout imputable à la CMC neuromusculaire (47mn contre 72 pour les CH bretons), pour les autres catégories l'écart varie entre 2 et 6 mn par jour, ce qui est relativement faible.

Tableau 38 : Ratio : temps médecin rapporté au nombre de lits

Etablissement	Nombre	per10	quart1	moy	quart3	per90
Ensemble	129	7,7	11,2	23,8	30	50
Hôpitaux locaux	12	19,7	24	37,9	52,5	62
Centres hospitaliers	117	7,4	10,4	22,3	26,5	40

Avec 1,5 ETP pour 48 lits, l'établissement a un ratio de 32 lits par ETP médecin, ce qui le situe dans le quart des établissements CH et HL nationaux ou le temps médecin par lit est le plus faible.

Si on le compare uniquement aux autres hôpitaux locaux, il se situe alors dans l'intervalle médian.

Avec 2,86 ETP kinés, soit 21 lits par ETP, l'établissement d'Antrain (activité de soins de suite et rééducation) se situe dans l'intervalle médian qui varie de 14 à 40 lits par ETP kiné.

Pour les résidents d'Antrain de plus de 75 ans le rapport journées de rééducation sur l'ensemble des journées soins de suite est d'environ 48 % contre en moyenne 14 % pour l'ensemble de la région.

Indépendamment des biais liés au remplissage du PMSI, en particulier la variable « type de soins » qui permet de différencier les soins de suite de la réadaptation, l'écart est trop important pour ne pas être attribuable en partie à un effet « offre » locale.

PARTIE C : LE PROJET STRATEGIQUE DES ETABLISSEMENTS

1 - Le diagnostic stratégique

Les 2 établissements présentent tous deux une offre similaire articulée autour de la réponse aux besoins des personnes âgées. Ils offrent une dizaine de lits de médecine et une dizaine de lits de Soins de suite, de fortes capacités d'hébergement associées à un prix de journée assez élevé dans un territoire plutôt bien doté en places d'hébergement.

Les deux établissements peuvent être considérés comme offrant des capacités sanitaires moyennes à faibles relativement à l'ensemble des hôpitaux locaux nationaux.

Ils se situent sur des bassins de vie assez peu peuplés en particulier celui d'Antrain qui compte moins de 5 000 habitants. Ces deux bassins de vie sont proches l'un de l'autre et pourraient ne former qu'une seule communauté de communes dans le nouveau découpage du territoire national en communautés de communes.

Les deux établissements sont sous direction commune depuis 7 ans.

Le territoire autour des établissements se caractérise par une forte densité d'hôpitaux : Combourg, Antrain, Saint Brice, Fougères, Saint James. Ce maillage assez dense limite en particulier le rayonnement de l'établissement d'Antrain.

L'hôpital d'Antrain est éloigné d'un hôpital général, il accueille des patients en première intention.

A l'opposé, la proximité entre l'établissement de Saint Brice et l'hôpital général de Fougères oriente les adressages de médecine du bassin de vie de Saint Brice vers l'hôpital général de Fougères et induit une utilisation des capacités de médecine de Saint Brice plutôt comme aval des séjours du centre hospitalier de Fougères et le positionne donc pour ces séjours plutôt comme une unité de soins de suite que de médecine.

Des choix très structurants ont été réalisés dans un passé plus ou moins récent :

- La réalisation à Saint Brice des hameaux du Coglais, un nouvel EHPAD présentant une offre de grande qualité architecturale mais dont les capacités prévues induisent un prix de journée trop élevé sur ce territoire à forte concurrence.
- Le maintien d'un service de rééducation à Antrain, équipement très peu fréquent dans les hôpitaux locaux, éloigné des plateaux techniques et hébergé dans des locaux qui ne sont plus adaptés aux exigences de qualité aussi bien pour les patients que pour les professionnels.

Par ailleurs ce projet d'établissement intervient dans un contexte institutionnel dont les évolutions récentes vont impacter le fonctionnement des hôpitaux locaux :

- le passage dès janvier 2011 d'un financement à la dotation globale en médecine vers un financement à l'activité,
- les demandes d'autorisation en soins de suites redéfinies par le décret de 2007 sur les soins de suite,
- la promulgation de la loi HPST qui abolit le statut d'hôpital local et définit les missions et la gouvernance qui s'appliquent dorénavant à l'ensemble des établissements de santé.

Toutes ces évolutions interviennent dans un contexte de vieillissement de la population et donc une augmentation quantitative des besoins, d'une démographie de la médecine générale inquiétante et donc d'une raréfaction de la ressource médicale alors que les garanties et les contrôles sur la qualité des soins produits seront croissants et exigés par les différentes parties prenantes population, médecins adresseurs et autorités.

1.1 - Le choix stratégique de la complémentarité

Chacun des établissements est trop petit et se situe dans un bassin trop peu peuplé pour pouvoir développer une indispensable politique de qualité sur l'ensemble de leurs actuelles activités.

La proximité géographique et politique des territoires, la proximité organisationnelle des établissements leur permet de se spécialiser, de se différencier dans la complémentarité et d'atteindre ainsi des seuils critiques pour la mise en place d'organisations qui garantiront l'accès aux ressources et la mise en place de procédures de qualité.

La localisation de la rééducation sur Antrain et la construction des Hameaux du Coglais à Saint Brice ne laisse d'autres choix que de concentrer les activités sanitaires Médecine et Soins de Suite sur Antrain et de développer les capacités d'hébergement des personnes âgées sur Saint Brice.

Dans ce scénario, il a été décidé de ne requalifier en EHPAD aucun des lits d'USLD d'Antrain, ce qui conduit à diminuer la réponse au besoin d'hébergement puisque la coupe PATHOS⁴ dans ces lits avait montré une forte proportion de patients relevant d'un EHPAD.

Dans un premier temps, il avait donc été prévu aussi un transfert des 23 lits sanitaires de Saint Brice (12 lits Médecine et 11 soins de suite) sur le site d'Antrain.

Cette solution permet d'envisager des réponses positives aux enjeux d'organisation des services et de l'accès aux ressources médicales et paramédicales.

Par contre, trop brutale, elle comporte le risque de se couper de la communauté médicale de Saint Brice et fragilise les recrutements de patients sur ce territoire et donc l'augmentation de la zone de patientèle de l'établissement d'Antrain nécessaire pour justifier d'une capacité accrue de lits de médecine dans une logique T2A.

⁴ Évaluation de la charge en soins.

Le choix de l'abandon de l'activité sanitaire à Saint Brice a donc été tempéré. Il a été prévu pour les prochaines années, et de façon provisoire, le maintien d'une capacité significative, adaptée quantitativement aux besoins et permettant de développer les synergies avec les médecins de Saint Brice.

Il restait à choisir si les lits restants à Saint Brice seraient des lits de médecine ou de soins de suite. Il a été décidé de maintenir de la médecine dans une unité de 5 à 7 chambres permettant d'accueillir 10 patients soit très proche de la capacité actuelle de 11 lits.

Les séjours de médecine nécessitent une densité de l'accompagnement médical des médecins (nombre de visites durant le séjour) supérieure au suivi en soins de suite, il était donc plus difficile de faire déplacer les médecins de Saint Brice vers Antrain pour la médecine que pour les soins de suite.

Il a aussi été considéré que la présence de lits de médecine et la présence médicale qu'elle induisait représentait un service pour les résidents des Hameaux du Coglais en évitant pour certaines indications un transfert des résidents de l'EHPAD nécessitant une hospitalisation.

Par ailleurs, le recrutement du service de soins de suite de Saint Brice est principalement de l'aval d'hospitalisation bien que les recrutements directs à partir du domicile soient maintenant autorisés dans le cadre du nouveau décret. La localisation des soins de suite à Antrain ne devrait donc pas se traduire par une diminution des adressages de l'hôpital de Fougères mais plutôt par une consolidation de ceux-ci par l'offre d'un service bénéficiant de la proximité et de la réputation de la rééducation d'Antrain.

Dans ce scénario, il restera à définir, avec les équipes médicales, le fonctionnement du site de Saint Brice en particulier la continuité des soins, les indications d'entrée, les protocoles de prise en soins, de sorties.

2 - Le projet stratégique des hôpitaux d'Antrain et de Saint Brice-en-Coglès

Le projet d'établissement des établissements d'Antrain et de Saint Brice est un projet de santé inscrit dans la réponse aux besoins de santé de la population des bassins de vie d'Antrain et de Saint Brice principalement, et de manière renforcée, sur les bassins de vie proches.

Il dépasse les clivages habituels (Médecine, Soins de Suite, EHPAD, hébergement permanent ou temporaire...) pour les restructurer par pôle et améliorer la réponse globale aux besoins de la population et aux contraintes des professionnels.

A ce titre, il recouvre et allie ce qui est d'ordinaire présenté d'une manière séparée : projet médical, projet de vie, projet de soins. Il intègre ce qui est trop souvent absent : projet de prévention, projet d'action coordonnée des acteurs locaux.

D'une manière générale, le projet repose sur quelques principes fondamentaux :

- **La spécification⁵** des missions et la **professionnalisation**
 - o Décrire, protocoliser et promouvoir des missions identifiées
 - o Disposer des compétences spécialisées variées nécessaires
- **Complémentarité** et **filière**
 - o Complémentarité Antrain/Saint Brice
 - o Filières et réseaux. Mise en filière structurelle (conventions, procédures, rencontres...) avec les partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux pour les missions que nous poursuivons.
- **Adaptation** aux besoins
 - o Dans la définition des missions et des services
 - o Dans l'orientation des demandes
 - o Dans la forme des services
 - o Dans l'affectation des ressources

Outre l'identification de locaux dédiés, les compétences qu'ils abritent peuvent se mobiliser autour de **3 équipes ressources mobilisables** en gériatrie, pour les soins palliatifs et en rééducation.

La question de l'orientation est fondamentale dans ce dispositif : modalités de décision d'adressage, procédure d'adressage, échange d'information.

L'activité sanitaire et médico-sociale des hôpitaux d'Antrain et de Saint Brice est recomposée dans des **pôles de compétences** identifiés :

- pôle rééducation-réadaptation
- pôle sanitaire gériatrique (PSG) qui rassemble médecine et soins de suite non spécialisés
- pôle hébergement et domicile
- pôle prévention et réseaux

2.1 - L'approche par disciplines

2.1.1 – Renforcer l'organisation des soins en médecine et soins de suite

Connaître les compétences médicales disponibles et établir celles qui sont nécessaires pour les acquérir

Deux médecins généralistes disposant du DU d'oxylogie et de la capacité de médecine d'urgence.

Un généraliste disposant du diplôme universitaire (DU) de psychiatrie du médecin généraliste, un autre du diplôme interuniversitaire (DIU) de médecine légale et RJDC (Réparation Juridique du Dommage Corporel), deux diplômes reconnus pour l'expertise psychiatrique. Un praticien contractuel également diplômé en médecine légale.

Un généraliste en cours du DU soins palliatifs.

⁵ Cette précision dans les missions et les objectifs est d'autant plus nécessaire que le fonctionnement par pôle relie et articule les missions et les acteurs.

Un praticien contractuel DU et capacité de gériatrie, DU gérontopsychiatrie 67
un autre en cours de formation. Un généraliste capacitaire de gérontologie,
disposant en outre du DU Alzheimer, et en cours DU douleur.

Un praticien hospitalier rééducateur (PH), diplômé en médecine du sport (un
généraliste également, certificat d'études spécialisées - CES). Un praticien
contractuel diplômé en rhumatologie. Deux généralistes disposant de CES
médecine du sport et du DU de pathologie traumatique appliquée au sport.

Egalement, de manière plus anecdotique, un généraliste disposant d'un DU de
médecine tropicale, un autre du DU gynéco-obstétrique du médecin généraliste.

Quatre médecins ECA (enseignant clinicien ambulatoire - maître de stage) dont un
chargé d'enseignement au département de médecine générale de la fac.

Un pharmacien à temps plein.

Le Directoire sera le lieu privilégié d'analyse des besoins au regard des axes du
projet d'établissements par la formation et les recrutements.

Connaître les compétences paramédicales disponibles et établir celles qui sont nécessaires pour les acquérir

Kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, diététiciens (DU d'alcoologie),
assistante sociale, secrétaires médicales TIM (technicienne d'information
médicale), préparatrices en pharmacie. Orthophonistes libérales intervenantes.
De même que pédicure podologue.

La liste des compétences paramédicales nouvelles (formation ou recrutements)
sera établie dans le cadre de la préparation du CPOM.

L'organisation des compétences disponibles et revue comme suit

Le service de médecine de 25 lits (dont 10 à St Brice) est coordonné par un
généraliste salarié en qualité d'attaché, associant les généralistes des deux
cantons assistés d'un praticien contractuel.

Le service de SSR polyvalent de 30 lits dirigé par un gériatre praticien
contractuel et associant les généralistes.

Le service de SSR spécialisé piloté par les praticiens hospitaliers.

Trois équipes mobiles internes : rééducation, gériatrie, soins palliatifs.

Renforcer les liens avec les institutions du territoire

Par convention, plusieurs axes sont d'ores et déjà envisagés, notamment avec le
CH de Fougères :

- organisation de l'accès aux moyens examens ;
- temps partagé au sein du court séjour gériatrique ;
- organisation de l'accès à la consultation mémoire ;
- consultations avancées chirurgie orthopédique et viscérale ;
- ancrage à l'équipe interne d'Antrain à l'équipe mobile de soins palliatifs du
CH
- Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)
- Alcoologie

2.1.2 - Les soins de suite

Les autorisations soins de suite pour les deux établissements renouvelées par
l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) suite au décret sur les soins de suite
sont de 35 lits de soins de suite spécialisés en locomoteur et de 45 lits de soins
de suite polyvalents.

La répartition des capacités et l'organisation du champ 'Soins de suite' est réalisée en tenant compte des attentes des **3 piliers stratégiques** de l'établissement soit : **la rééducation-réadaptation, la médecine de proximité, la filière gérontologique et gériatrique** et des considérations de gestion des ressources humaines, des contraintes architecturales et financières. 68

- 50 lits de soins de suite : 40 spécialisés locomoteur et 10 polyvalents sont placés sous la chefferie du Docteur Gicquel et seront localisés après travaux dans le bâtiment de la Loysance.

Une extension pour le plateau technique y sera réalisée. Le Docteur Nassirou, complète l'effectif médical. Une réflexion est conduite actuellement avec le CHU et la rééducation de l'hôpital de Redon pour inscrire ce service dans une organisation élargie permettant l'accès pérenne à des ressources médicales partagées.

La réforme du SSR, les travaux consécutifs de la Conférence de territoire 5 et du Projet médical de Territoire poursuivant un objectif de qualité renforcée, visent à spécialiser les prises en charge et en conséquence, à fluidifier les filières et favoriser les passerelles au sein même du SSR. L'inscription du service SSR spécialisé et du SSR polyvalent dans un ensemble public fédéré (Antrain/Rennes/Redon) favorisera un positionnement territorial adapté à la taille et la densité du secteur 5. Cette mise en cohérence publique est également favorable à une bonne articulation avec les établissements privés non lucratifs eux-mêmes rassemblés.

32 lits de soins de suites polyvalents sous la chefferie du Dr Haberbusch, gériatre, assisté du Dr Villoin et du Dr Cornu :

- 17 lits sont dédiés aux médecins généralistes autorisés des deux établissements

- 15 lits sont dédiés aux patients hors secteur ou à orientation gériatrique spécifique. Des conventions seront recherchées avec les établissements adresseurs, principalement le CHU, le CH Fougères et le CHP St Grégoire, mais aussi le CH St Malo et le CH Avranches. Un texte a déjà d'ailleurs été rédigé avec le médecin chef de service des urgences du CH Fougères ou les liens sont renforcés par des rencontres régulières dans le cadre de l'urgence et par la présence du Dr Cornu qui exerce à temps partiel dans ce service.

Il est prévu dans ce service le développement d'une activité de soins palliatifs qui pourrait occuper environ trois lits et qui pourrait à terme déboucher sur une demande de lits identifiés. L'équipe composée du Dr Villoin et d'une IDE et d'une psychologue termine actuellement le D.U. mettra ses compétences au service de ces patients, mais aussi de l'ensemble de l'établissement dans le développement d'une "culture" et dans le soutien de l'accompagnement de fin de vie qui est déjà une réalité dans les services sanitaires, l'hébergement et le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Pour répondre au mieux aux besoins des patients, l'orientation sera organisée **entre les deux services soins de suite** spécialisés ou polyvalent. La plupart des cas sera sans doute évidents, néanmoins, il peut être tout à fait utile de discuter sous la forme d'un **staff** les cas pour lesquels il pourrait y avoir une hésitation. La création **d'équipes ressources** de rééducation ou de gériatres

pourrait faciliter l'organisation de cette orientation en permettant l'accès à ces ressources spécialisées dans les 2 unités soins de suite de l'établissement. 69

Une telle organisation s'inscrit pleinement dans les débats du PMT⁶ SSR préconisant de disposer d'un avis rééducateur pour toute orientation SSR.

Les hôpitaux d'Antrain et St Brice ont maintenant l'expérience des staffs d'orientation depuis la mise en place d'une Commission Médicale d'Accueil et d'Orientation (2006) pour les admissions en USLD/EHPAD. Les médecins salariés et généralistes participent à cette mécanique bien rôdée. Cette dynamique sera utile à un dispositif spécifique, forcément différent. Quoi qu'il en soit, le partage d'avis médicaux et paramédicaux, croisés avec les disponibilités réelles de l'offre locale, permettent de dégager le plus souvent la solution d'orientation la plus adaptée.

Les **alternatives à l'hospitalisation** complète seront renforcées : reconnaissance tarifaire, organisation adaptées tant pour les phases diagnostiques que pour les actions de soins strictes.

Enfin, logiquement avec le point précédent, l'offre SSR de l'hôpital d'Antrain doit renforcer son ouverture aux services et structures qui fonctionnent au **domicile** ou qui pourraient le faire (centre local d'information et de coordination (CLIC), mais également, réseaux spécialisés qui souhaitent se déployer au-delà de la région rennaise, HAD dont l'intérêt pour la réadaptation va croissant, Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS) ...)

2.1.3 - La médecine

2.1.3.1 - La médecine dans les hôpitaux locaux

Le SROS 2006-2010 indique dans un paragraphe consacré aux hôpitaux locaux (§ 311) (rappel des termes de la circulaire du 28 mai 2003 sur l'hôpital local en note⁷):

⁶ Projet Médical de Territoire (Depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003, les secteurs sanitaires ont été supprimés et des territoires de santé, véritables territoires de projet, ont été instaurés. Ne se limitant pas à la seule déclinaison du schéma régional d'organisation sanitaire (Sros), le projet médical de territoire (PMT) doit être l'instrument des projets et de l'initiative locale favorisant les coopérations et la satisfaction des besoins de santé de la population.)

⁷ Reconnaître et promouvoir le court séjour de médecine

L'existence d'un service de médecine de proximité à l'hôpital local favorise le maintien et le retour à domicile de la population d'un bassin de vie. Le médecin généraliste, notamment, recourt à ce service lorsque l'état du patient requiert des soins primaires relevant d'une prise en charge hospitalière. .../... A l'hôpital local s'exerce une médecine polyvalente, d'orientation, de premier recours, qui permet notamment :

- d'assurer la surveillance et la mise en route de traitements ;
- de prendre en charge des épisodes aigus de pathologies chroniques ;
- d'assurer des prises en charge spécifiques dans le cadre de participation à des réseaux de santé ;
- de dispenser des soins de proximité aux personnes âgées ;
- de réaliser des bilans, notamment gériatriques, et des diagnostics ;
- de dispenser des soins palliatifs et de fin de vie ;
- de prendre en charge la douleur.

Le service de court séjour de médecine peut accueillir à la fois, lorsque leur état le nécessite, les personnes vivant à domicile et les personnes admises en hébergement, notamment à l'hôpital local. Ces derniers cas devraient être moins fréquents, dans la mesure où le passage de convention tripartite doit permettre de prévenir et limiter les réhospitalisations des patients accueillis en hébergement.

Par hôpital local, un seuil d'activité minimal de 250 séjours annuels pour un Service de Médecine est recommandé (avec une DMS de 12 jours et des durées plus longues pour les Soins Palliatifs).

... Un bureau de consultation médicale est nécessaire dans le Service Médecine, tout nouvel entrant est examiné dans les 24 heures par un médecin. Le respect des textes réglementaires relatifs au dossier médical sera recherché par la mise en place dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'un volet qualité du dossier médical. Des protocoles de prise en charge de la douleur, des soins palliatifs et de fin de vie seront mis en place et régulièrement évalués.

Si l'hôpital local garantit une bonne articulation Ville/Hôpital, la qualité et la sécurité des soins imposent une permanence et une coordination médicales. Les missions sont sous la responsabilité des médecins traitants qui participent au fonctionnement de l'hôpital local.

En cas de difficultés dans cette mise en place, le recrutement de médecins salariés de l'établissement sera envisagé. Ces derniers ne doivent pas se substituer aux médecins traitants, mais apporter un soutien à leur action et à la restructuration des prises en charge (protocoles divers d'évaluations pluridisciplinaires, traçabilité, gestion des relations avec les autres établissements). Ce praticien pourra assurer aussi une mission de coordination auprès des autres unités de l'hôpital local, y compris l'E.H.P.A.D... »

Les services de médecine des hôpitaux d'Antrain et de Saint Brice ont vocation à accueillir des patients plutôt âgés poly-pathologiques à haut risque de dépendance physique, psychique ou sociale présentant :

- Une symptomatologie aiguë ne nécessitant pas un recours immédiat à une spécialité d'organe et ou à un plateau technique.
- Un problème médical nécessitant une prise en charge spécifiquement gériatrique : une altération de l'état général, une chute, une perte d'autonomie récente, un trouble du comportement.
- Une pathologie chronique et/ou pathologie intercurrente mettant en péril le maintien à domicile voire une situation de crise en EHPAD.
- Un problème médico-social qui n'a pu être évalué à domicile, avec haut risque de dépendance physique ou psychique lorsque les considérations médicales écartent la possibilité de recourir à de l'hébergement temporaire.

Une objectivation de l'utilisation des lits de médecine dans les deux établissements montre pour l'année 2007 que la médecine de Saint Brice avec 173 séjours est assez nettement en deçà des 250 séjours. La durée moyenne de ces séjours est de 18,5 jours ce qui place l'établissement en position défavorable par rapport à la T2A.

59 % des séjours sont de l'aval d'établissement court séjour et 40 % des séjours sont en provenance du domicile, 19 % des séjours proviennent du domicile avec sortie domicile et ont une durée inférieure à 15 jours.

L'établissement d'Antrain avec 246 séjours atteint le seuil du SROS, la DMS de 12,3 jours est plutôt bonne relativement aux autres hôpitaux locaux.

L'établissement d'Antrain recrute 79 % des séjours au domicile et au total un tiers des séjours présente un mode d'entrée et de sortie domicile allié à une durée de moins de 15 jours. Ces caractéristiques traduisent bien la réalité d'une activité de médecine.

Le taux d'occupation d'Antrain est par contre faible (67 % chiffre 2007). Sous réserve d'une analyse plus poussée, cette situation peut-être liée à l'insuffisance de lits de SSR (qui « débordent » sur les lits de médecine). Il est également probable qu'une partie des résidents d'EHPAD qui devraient être hospitalisés en médecine demeurent à l'EHPAD⁸. Mais la raison principale est que l'attractivité est directement liée aux médecins traitants eux-mêmes essentiellement centrés sur la population du canton d'Antrain. Si l'hôpital d'Antrain veut conserver sa vocation sanitaire de proximité, faute de pouvoir espérer une forte augmentation de la population du canton, il est indispensable que le recrutement s'élargisse à d'autres cantons. Cela n'est probablement possible que si les relations entre généralistes s'intensifient en inter-canton (mais ces relations existent déjà) et que les généralistes autorisés acceptent ces prises en charge (temps ou organisation spécifique). La présence de médecins salariés peut favoriser ces organisations.

Quoi qu'il en soit, l'existence d'un service réduit à quelques lits de médecine (moins de 10 lits justifiés pour 250 entrées à 12 jours) n'offre pas de perspectives longues à l'exercice de la médecine hospitalière à Antrain malgré le besoin potentiel et la qualité réelle de cette activité.

Ce constat d'une certaine fragilité pour Saint Brice et d'un recrutement limité pour Antrain conduit à la recomposition et au redimensionnement de l'offre des deux établissements.

Dans le scénario **du maintien provisoire** d'une capacité sanitaire à Saint Brice, le service de médecine de Saint Brice doit évoluer pour répondre aux enjeux qualitatifs d'un service de médecine dans un environnement contraint par la T2A.

La capacité du service de médecine de Saint Brice diminuera légèrement de 11 lits installés à 10 lits situés dans cinq à sept chambres (dont plusieurs doubles). Ce service bénéficiera également de la présence du médecin coordonateur de l'EHPAD (le Docteur Mordellet depuis 2010) qui pourra être mobilisé par les médecins généralistes pour réévaluer les traitements, mener des investigations complémentaires en particulier dans le domaine gériatrique.

Cette nouvelle organisation devrait permettre comme on l'a observé à Antrain d'accueillir des patients qui ont besoin d'une hospitalisation en médecine et qui trouveront dans l'établissement les services nécessaires à leur bonne prise en soins et la continuité du service médical qui facilitera l'exercice des généralistes.

2.1.3.2 - Les missions du service de médecine :

Les deux unités de médecine seront organisées comme deux unités d'un même service de médecine, elles pourront mobiliser les mêmes compétences internes

⁸ Cette situation est préjudiciable à l'organisation des soins à l'EHPAD et surtout, les résidents ne peuvent recevoir à l'EHPAD les mêmes soins qu'en médecine.

en gériatrie, rééducation, soins palliatifs en particulier des compétences propres à susciter des adressages des médecins généralistes des alentours (dans l'hypothèse du maintien de capacité à Saint Brice) **72**

Les missions du service de médecine sont de :

- Développer l'offre des soins gériatriques de proximité en assurant la prise en charge des patients gériatriques en admission directe programmée.
- Procéder à une évaluation globale et individualisée du patient gériatrique, à la fois médicale, psychologique et sociale.
- Etablir les diagnostics et pratiquer les soins, non réalisables en ambulatoire.
- Traiter les pathologies dominantes et les pathologies associées déséquilibrées.
- Envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieures et contribuer à leur organisation avec l'appui si nécessaire du réseau ville-hôpital.
- Participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques.
- Participer avec le domicile et les réseaux spécialisés à des prises en charge spécifiques à certaines pathologies chroniques (ces prises en charge seront plus fréquentes en SSR).

2.1.3.3 - Hôpital local et la permanence

Pour l'instant la permanence sur le territoire est organisée mais totalement dépendante de l'organisation libérale qui assure donc la permanence à l'hôpital sur toute la durée de la nuit ainsi que durant la journée.

Il faut remarquer que cette situation devient de plus en plus rare.

Il est difficile de prévoir les évolutions réglementaires à venir mais il serait cohérent avec les axes du projet que les médecins salariés de l'hôpital puissent participer aussi à cette permanence en assurant la permanence de jour.

2.2 - La Recomposition de l'offre et la création des pôles

2.2.1 - Le pôle sanitaire gériatrique

Le renforcement de l'attractivité de l'établissement sur le canton et en périphérie du canton d'Antrain pour élargir la zone de recrutement passe par :

- La modification de comportement d'adressage des médecins libéraux de cette zone.
- La capacité de répondre (en nombre de lits et en offre de soins).
- Une réflexion sur des publics-cibles. Par exemple réfléchir plus spécifiquement sur la clientèle des maisons de retraite alentour (quels besoins pour leurs résidents ? Quels avantages pourraient-elles trouver à une réponse sanitaire de proximité ?). Cette réflexion pourrait être un axe de travail pour le réseau Partâge pour la prochaine année (2010).

Au service des personnes âgées, une prise en charge sanitaire s'ouvre jusqu'au médico-social pour une offre et des forces cohérentes

La création d'un **pôle sanitaire gériatrique** permet par synergie de ses composantes, la création d'une nouvelle offre et ouvre la possibilité de développer des services concourant à la qualité des soins. Il comprend dans un même bâtiment des lits du secteur sanitaire et des lits du secteur médico-social. Il sera construit par réhabilitation du bâtiment de rééducation et par la construction de quelques locaux complémentaires accolés à l'ancien.

2.2.1.1 - Un recours adapté, concret et immédiat pour la médecine rurale

Fonctionnant avec le soutien du réseau Partâge (réseau gériatrique des cantons d'Antrain de Saint Brice et de Louvigné du Désert) et ouvert sur la filière gériatrique du territoire 5, le PSG est la réponse concrète, opérationnelle et immédiate aux nombreuses difficultés et incertitudes auxquels se trouvent confrontés les généralistes dans leur exercice au domicile. Le recours à une hospitalisation « simple » n'est pas toujours adapté (séjours non pertinents) et ne résout pas toujours le problème (ré-hospitalisation). Le PSG enrichit notablement la réponse par la variété des compétences et des modes de prise en charge (diagnostic/curatif/préventif, sanitaire/médico-social et ville/hôpital) et son orientation affirmée (mais non exclusive) vers les démences.

Ce pôle est constitué de services placés sous la responsabilité de médecins libéraux ou de médecins salariés de l'établissement et du SSIAD.

2.2.1.1 - Les services sous la responsabilité des médecins généralistes

- un service de médecine : 10 chambres dont 5 pouvant accueillir 2 lits (réhabilitation)
- un service de suite de soins : 10 chambres dont 5 pouvant accueillir 2 lits (réhabilitation)

La prise en charge des fins de vie peut compter sur l'équipe interne, elle-même reliée par convention à l'équipe mobile du CH de Fougères.

2.2.1.3 - Les services sous la responsabilité des médecins gériatres salariés

- Le service de soins de suite polyvalent à orientation gériatrique (10 chambres dont 5 pouvant accueillir 2 lits, réhabilitation de l'actuel service de rééducation).
- L'Ancre (hébergement spécialisé pour les pathologies Alzheimer) est maintenant directement « concurrencée » par 2 unités créées après elle à Tremblay et Bazouges. Il est probablement pertinent de positionner une offre plus complexe à mettre en œuvre qui pourra s'appuyer sur les compétences et les organisations rassemblées dans le Pôle Sanitaire Gérontologique (une unité d'hébergement pour des patients souffrant de démences moyennes pourra trouver sa place au sein des Hameaux du Coglais à St Brice, canton dans lequel n'existe aucune offre spécialisée). Une possibilité intéressante du plan Alzheimer est donc faire évoluer l'offre actuelle de l'Ancre pour être labelliser UHR (Unité d'hébergement temporaire) pour une capacité de 12 lits. Il semble indispensable que l'organisation médicale actuelle de l'Ancre demeure. Le gériatre conserverait les soins et la responsabilité de l'UHR. L'accord des généralistes est requis.
- 2 places d'accueil de nuit (médico-social). Cet accueil de nuit orienté lui aussi en direction notamment des personnes atteintes de démences, complètera très utilement le répertoire des services du PSG.

La responsabilité globale du pôle sanitaire gérontologique devra logiquement être confiée au **Dr Marc Haberbusch**, gériatre.

2.2.1.4 - Le SSIAD

Le Pôle sanitaire gérontologique abritera les bureaux du SSIAD. Le SSIAD est piloté par l'hôpital en coordination fonctionnelle avec les médecins généralistes et les infirmiers libéraux :

En place depuis 1983, il s'inscrit très logiquement dans ce nouvel espace/conception de l'action publique/privée en milieu rural.

Le SSIAD ne dispose que de 27 places. 8 places supplémentaires seront sollicitées dès 2010 pour répondre à l'accroissement du nombre de demandes, à l'accroissement de la lourdeur des cas individuels et pour répondre aux demandes dans le champ du handicap.

La présence des équipes sur le canton d'Antrain n'empêche pas les échanges avec le SSIAD du Coglais (St Etienne) par la rencontre des coordonnatrices à Saint Brice.

Le pôle sanitaire gérontologique devra fonctionner (conventionnement) avec l'offre gériatrique du territoire 5, et notamment avec le CH de Fougères, le CHU de Rennes d'une part, le CH G. Régnier et le centre régional de gériatrie d'autre part.

Le Pôle Sanitaire Gérontologique offrira le service d'une infirmière de nuit en permanence, d'une présence médicale assurée par les salariés et par les médecins libéraux.

Il pourra ainsi être un lieu de stage attractif pour les internes (en particulier dans le cadre du semestre ambulatoire pour ceux qui se destinent à la gériatrie) ce qui densifiera son offre médicale et renforcera de fait son attractivité sur le territoire.

2.2.2 - Le Pôle Hébergement et maintien à domicile

Outre la césure largement artificielle entre le sanitaire et le médico-social, l'offre d'hébergement est elle-même confrontée à une **contradiction** forte. Pour dépasser l'accueil uniforme de résidents autonomes ou quasi autonomes « mélangés » avec des patients très dépendants physiques ou psychiques à divers degrés, la nécessaire **spécialisation** de l'offre répond à des critères médico-psychiques qui se heurtent à l'attachement au territoire, au canton, voire à la commune (et en ville, sans doute au quartier) qui lui nécessite un accueil de **proximité** (critère sociogéographique). On peut difficilement nier l'un et l'autre ou l'un pour l'autre.

Pour répondre à ce dilemme, une complémentarité de proximité se met en place entre Antrain et St Brice.

2.2.2.1 - Sur son territoire, Antrain offre un hébergement de proximité et une offre plus spécialisée complémentaire de St-Brice

A Antrain un redimensionnement des capacités avec la fermeture des lits d'USLD non requalifiés en EHPAD est opéré à terme.

Cependant, une offre spécialisée (tirant profit des compétences développées au sein du long séjour depuis des décennies) répond aux besoins spécifiques des personnes très dépendantes (GIR1) dans 25 chambres. Ils sont suivis par l'équipe de gériatres pour limiter la charge des médecins généralistes tout en conservant l'expérience et les organisations acquises en long séjour. L'accord des médecins généralistes est requis ainsi que l'acceptation du résident

Une PASA (unité d'accueil des personnes résidant à la Loysance atteinte de la maladie d'Alzheimer) est mise en place pour 8 places.

Dans le bâtiment de la Loysance, un étage de 75 lits suivis par les médecins généralistes. Cette offre répond plus strictement à une logique socio-géographique et accueille des personnes autonomes ou moyennement dépendantes (GIR 5 à 2). Le **principe de non déplacement des résidents** garantit qu'une personne entrée autonome en EHPAD ne sera pas déplacée en cas d'aggravation de sa dépendance. Ce principe aura pour conséquence que

l'EHPAD hébergera également des personnes en GIR1. Cependant, elles 76 seront moins nombreuses que dans l'unité spécialisée. L'objectif central du maintien de l'autonomie et le développement du projet de vie concourra à limiter l'accroissement du GIR moyen pondéré (GMP). La prise en charge en sera facilitée pour les généralistes qui de surcroît interviendront sur un seul étage n'ayant plus à se déplacer d'un niveau à l'autre.

2.2.2.2 - Un pôle d'hébergement et de maintien à domicile à Saint Brice

Sur son territoire, Saint Brice offre un hébergement de proximité et une offre plus spécialisée complémentaire d'Antrain.

93 lits d'hébergement de proximité (GIR 5 à 2) en 5 lieux de vie très structurés pour favoriser l'autonomie et l'instinct de vie (Voir le projet des Hameaux du Coglais par ailleurs).

19 lits d'hébergement spécialisé dans la maladie d'Alzheimer (ou apparenté) pour une population modérément atteinte, successeur de l'Ancre sur un canton vierge d'offre en la matière (hameau Marigny).

2.2.2.3 - Une offre ouverte sur les services permettant le maintien à domicile

Une offre spécialisée pour le maintien à domicile complémentaire des Hameaux du Coglais et de l'offre d'Antrain favorisera un rester au domicile de qualité : aller retour service/domicile et alternatives souples à l'institution avec accueil temporaire, accueil de jour, accueil de nuit, accueil animation, baluchonnage...

Cette offre comprend un important service d'hébergement temporaire et le développement de services tournés vers le domicile.

Un service de **20 à 25 chambres d'hébergement temporaire**, permettant une forte identification dans l'environnement. Ce service répondra aussi bien au besoin de répit des aidants sur des périodes courtes à moyennes, aux besoins d'attentes d'une place dans les Hameaux (choix de son hameaux de vie) ou d'attente dans un autre établissement (orientation géré par la commission médicale d'accueil et d'orientation - CMAO), à des besoins d'aval des établissements de santé qui ne relèvent pas du sanitaire (ni médecine ni soins de suite).

- **8 places** d'accueil de jour pour les personnes résidant à leur domicile.
- Un accueil de jour interne qui pourrait être labellisé en **PASA** (plan Alzheimer) fonctionne en synergie avec l'accueil de personnes au domicile et la PASA d'Antrain.
- **2 à 4 places d'accueil de nuit.**

Du développement de services tournés vers le domicile :

- Offre de participation à des ateliers dans l'établissement (« **recréalogie** »).
- Animation à domicile.

- Baluchonnage ou garde itinérante par formation de personnel volontaire des 2 établissements. 77
- Accueil familial.
- Autres formes innovantes ou expérimentales.

2.2.3 - Le Pôle Prévention et Réseau

2.2.3.1 - Une action structurée est développée en matière de prévention

L'établissement d'Antrain se positionne objectivement comme un **relais permanent de prévention primaire** pour la population générale et relaye par des actions pérennes et continues les messages des organismes spécialisés. Il peut favoriser la **cohérence locale d'actions d'initiatives diverses**.

Il promeut et organise une politique d'**éducation thérapeutique et de prévention secondaire** reposant sur des méthodes et des moyens identifiés uniformément employés dans l'établissement.

Les actions de **prévention tertiaire** relèvent pour leur part des actions de réadaptation et de préparation au retour au domicile.

Ces 3 niveaux de prévention font l'objet d'**évaluation dans le cadre de la politique qualité**.

Une infirmière de prévention est la ressource minimum qui doit être consacrée à la prévention. Elle est en relation avec les réseaux et les services internes.

L'identification et la reconnaissance de ces actions sont appuyées par l'installation dans des locaux spécifiques à la fois anciens et fonctionnels : l'actuel service de médecine (le bâtiment des œuvres sociales de 1936 rénové dans les années 1990).

2.2.3.2 - Un projet mutuel pour libéraux a Antrain

Ces mêmes locaux (vastes) peuvent accueillir des libéraux qui plus que des locaux adaptés de plain-pied et des opportunités de mutualisation, y voient le moyen d'un projet commun et d'une meilleure identification par la population locale.

La coopération ville/hôpital (déjà dans le SSIAD depuis 1983) n'en sera que renforcée ainsi que l'implication de la ville dans la Prévention.

Toujours au service de la ville, cet espace pourrait également être mis à disposition d'action/structure comme celle de la FMC (Formation Médicale Continue) de Dol pour des actions relais.

Un travail collaboratif plus dense peut naître de ce rapprochement par l'alliance avec des moyens hospitaliers, en l'occurrence l'infirmière de prévention.

Un espace diagnostic pour des consultations avancées.

Dans ces locaux, des consultations avancées viendront compléter cette organisation sans la dénaturer (faciliter les diagnostics spécialisés participe à la prévention secondaire). Une organisation est mise en place pour offrir les

meilleures conditions d'accueil des bénéficiaires et des spécialistes qui acceptent d'intervenir (libéraux ou par convention avec les centres hospitaliers). 78

2.2.3.3 - Le pôle réseau à Saint Brice

Un bâtiment de Saint Brice (des locaux historiques de 1907) sera utilisé pour abriter dans une Maison des réseaux et de la coordination, les acteurs réseau du sanitaire, les acteurs coordination du médico-social, les services sanitaires et médico-sociaux du domicile.

Cette entité peut prendre une simple forme conventionnelle et des modèles existent déjà.

Les intérêts sont multiples :

- mutualisation des moyens et des compétences ;
- nouveau territoire d'action (pour les réseaux rennais par exemple) ;
- amélioration de la connaissance des populations, des besoins et des processus ;
- partage de programmes et d'objectifs ;
- amélioration de la perception et de la compréhension par les acteurs eux-mêmes et par le public des différentes missions poursuivies ;
- coordination sur les cas individuels et parcours de soins et de vie.

2.2.4 - Le Pôle Rééducation

L'hôpital local d'Antrain est un hôpital de première proximité pour qui l'organisation des soins par ses médecins libéraux en Médecine/Soins de Suite et Hébergement correspond à une adaptation au territoire local, et qui comprend historiquement un service hospitalier de Médecine Physique et Réadaptation, avec une activité et un recrutement spécialisé dans ce domaine, répondant à la demande d'un territoire élargi au centre d'une zone géographique qui comprend Fougères, Avranches (sud manche), Saint-Malo, Rennes.

Les établissements adresseurs relèvent aussi bien de l'hospitalisation publique que privée.

L'évolution au cours des années se caractérise par un renforcement des équipes soignantes et rééducatives, et par le développement de l'activité avec les appareilleurs, la réponse à la demande de consultations spécialisées sur le secteur en Médecine Physique et Réadaptation.

Centré initialement sur le Service de Médecine Physique et Réadaptation, l'activité de rééducation a été confortée dans ce service autour d'une équipe de kinésithérapeutes, mais qui s'est progressivement élargie avec le concours des orthophonistes libéraux, et par le recrutement d'une ergothérapeute, d'une psychologue, d'une assistante sociale, d'un diététicien et de deux secrétaires médicales.

L'activité entièrement dédiée à la reprise d'autonomie et à la restitution des capacités fonctionnelles, est une culture d'équipe transmise au fil des années par tous les personnels, agents hospitaliers, aides-soignants, aides-kinésithérapeutes, infirmières et cadres de santé, avec même une prestation spécifique pour le personnel chargé du ménage, du fait de l'utilisation du plateau technique par de nombreux patients.

Pour mémoire, le service est actuellement dans le Territoire 5, le plus gros service en nombre de lits hospitaliers publics. Cette activité en lits a été renforcée par une prise en charge en soins externes et hôpital de jour.

2.2.4.1 - Bilan de l'existant

Le recrutement

L'attractivité a toujours été la base du recrutement du service qui est à distance des différents secteurs d'hospitalisation de court séjour et chirurgicaux.

Les adresseurs initiaux qui étaient le CH de Saint Malo, le CHR de Rennes, et le CH de Fougères, ainsi que les Cliniques locales du Sud Manche et de Fougères, se sont enrichis au fil du temps par un renforcement des liens avec le CHR, notamment au travers de consultations orientées, mais aussi par un adressage régulier, ainsi qu'à Saint Malo et Fougères où en plus de la rééducation après chirurgie orthopédique ou traumatologique, l'activité de neurologie est une part importante, que ce soit à Fougères dans le cadre du réseau AVC (accidents vasculaires cérébraux) selon un protocole établi avec le médecin responsable et une demande de participation à des réunions dans le réseau France AVC, ou à Saint Malo dans le cadre de prises en charges de patients atteints de sclérose en plaques.

Les difficultés temporaires en chirurgie orthopédique de Fougères ne changent pas les relations avec ce service qui est en cours de restructuration.

Par ailleurs, l'adressage à partir des cliniques privées de Rennes (CHP St Grégoire, et Polyclinique Sévigné) est régulier et important, de même, plus récemment de la part de la clinique de la Côte d'Emeraude de Saint Malo.

Il persiste une activité à partir de l'hôpital d'Avranches-Granville et de la polyclinique de la Baie, que ce soit en orthopédie/traumatologie, ou en neurologie.

L'évolution

Un nombre important de demandes de consultations et d'avis sur la prise en charge en rééducation de la part des différents correspondants s'inscrivent dans une logique de référence de territoire et contribuent pour une part conséquente au renouvellement du recrutement des patients.

L'appareillage se développe, que ce soit pour les traumatismes du rachis ou les amputés, avec une activité d'appareillage hebdomadaire qui a bénéficié depuis l'année 2009 du concours d'un nouvel appareilleur performant et innovant

permettant de faire bénéficier des progrès et des nouvelles technologies 80 pour les patients pris en charge dans le service.

Là encore, l'activité et la consultation d'appareillage répondent à une logique de territoire et s'inscrivent tout à fait dans le projet hospitalier actuel.

Par ailleurs, les différentes demandes en interne de collaboration, avis pour la rééducation et appareillage, entraînent une activité régulière avec les différents secteurs et services de l'hôpital, que ce soit du secteur hébergement où une certaine partie des patients a été transférée depuis le service de rééducation, ou d'autres patients du service de médecine/SSR.

Des prestations sont également demandées par l'hôpital de Saint Brice par le biais des paramédicaux, kinésithérapeute et ergothérapeute.

Au total, on retrouve une activité soutenue avec un remplissage régulier au-dessus de 90 % pour une DMS sensiblement stable malgré la lourdeur croissante des patients adressés.

Le développement des consultations et des soins, et hospitalisations de jours, ont permis de diversifier le recrutement des patients et de satisfaire une demande qui correspond à une logique de territoire.

L'augmentation du nombre des adresseurs et leurs demandes régulières répondent à cette logique de territoire très élargie pour des prestations qui ne sont quelquefois pas possibles dans les territoires d'origine, pour des raisons de possibilités d'accueil en nombre de lits.

La stabilité de l'équipe médicale avec les deux praticiens permet de conforter cette activité malgré la complexité de l'évolution de la gestion des patients, notamment pour ce qui est du recueil d'activité et du PMSI.

Cette activité et ce recueil sont structurés pour les différents corps de métiers, notamment les intervenants extérieurs : appareilleurs et orthoprothésistes pour

les problèmes de chaussage complexes, qui devraient à terme malgré les projets plusieurs fois différés, pouvoir être une source de financement au regard de l'activité.

Conclusion du bilan

La participation active au projet médical de territoire lors des différentes instances et réunions permet de positionner le service et les activités dans le schéma d'organisation.

Les relations étroites entre les trois services hospitaliers du Territoire 5 (CHR Rennes, Redon et Antrain) s'inscrivent dans une logique de projet général, avec les spécificités de chacun sur son territoire d'exercice.

Le résultat : Depuis deux ans, le service de Médecine Physique et Réadaptation, notamment depuis le concours donné au service du CHU de Rennes, n'est plus isolé dans un contexte local, mais se trouve intégré dans la réflexion générale de l'offre de soins sur le Territoire 5, et soutenu par les autres acteurs, qu'ils soient médecins ou administratifs, dans son activité et son développement.

2.2.5.1 - Développer le travail en filière et la coopération

Le service est aujourd'hui bien implanté en aval des services de court séjour de Rennes (CHP, CHU...), Fougères et St Malo.

Si des contacts existent (voir plus haut), aucun lien formel et fonctionnel ne lie ce service aux autres services de SSR spécialisés ou polyvalents. Or, la réforme du SSR, les travaux consécutifs de la Conférence du territoire n° 5 et du Projet médical de Territoire (PMT) poursuivant un objectif de qualité, visent à spécialiser les prises en charge et en conséquence, à **fluidifier les filières** et favoriser les passerelles au sein même du SSR.

L'intégration dans une offre publique de médecine physique de territoire mutualisant certains moyens, concertant leur réflexion, stratégie et démarches est inéluctable et une condition de pérennité de cette activité. L'inscription du service SSR spécialisé et du SSR polyvalent dans un ensemble public fédéré (Antrain/Rennes/Redon) favorisera un positionnement territorial adapté à la taille et la densité du Territoire 5. Cette mise en cohérence publique est également favorable à une bonne articulation avec les établissements privés non lucratifs eux-mêmes rassemblés.

2.2.5.2 - Une ouverture vers le domicile

Les liens avec le domicile sont limités. Des professionnels de l'interne se rendent parfois au domicile pour des conseils d'adaptation, mais il n'existe pas de relation organisée et suivie avec des réseaux et services spécialisés au domicile, qu'il s'agisse du handicap, des addictions ou de la précarité, autant de thèmes importants pour la rééducation/réadaptation.

2.2.5.3 - L'accès aux ressources médicales et paramédicales

Les ressources humaines ont été notablement enrichies en qualité et en quantité depuis quelques années (voir plus haut).

Mais deux métiers demeurent fragiles : les médecins et les kinésithérapeutes.

Le Docteur Gicquel, rééducateur et le Docteur Nassirou, généraliste, constituent l'effectif médical. Le temps médical apparaît faible rapporté aux capacités de l'établissement et son organisation actuelle pose la question de la **continuité des soins** qui n'est pas pleinement satisfaisante pour un exercice hospitalier.

Un tableau de service reflétant réellement l'activité médicale a permis d'objectiver la situation et sera la base de la recherche d'une organisation satisfaisante.

Une réflexion est conduite actuellement avec le CHU et la rééducation de l'hôpital de Redon pour inscrire notre service dans une organisation élargie permettant l'insertion adéquate dans la **filière SSR publique** et l'accès pérenne à des ressources médicales partagées.

L'amélioration du confort d'exercice, la reconnaissance du service et la qualité des projets doivent renforcer l'attractivité du service et permettre de nouveaux

recrutements de kinésithérapeutes. Une stratégie publique concertée et la collaboration avec l'école de kinésithérapeutes (accueil de stagiaires kinés) sont des clefs de cette attractivité. 82

Par ailleurs, l'organisation des soins, prise dans la **globalité du soin** (rééducation, douleur, réadaptation sociale...), doit se construire avec un **dossier de soins** qui est le reflet réel de cette prise en charge globale et répond aux canons de la **qualité** (exhaustivité des informations de soins, délais d'expédition de courriers de sortie...). Des efforts ont été obtenus grâce au dossier informatisé, mais il reste encore à faire.

Ces deux axes de développement :

- amélioration du fonctionnement médical,
- ouverture sur la filière SSR,

sont indispensables avant que ne puisse être menées les rénovations matérielles qui ne feraient que révéler nos failles si elles n'étaient précédées des réorganisations précitées.

2.2.5.4 - Des locaux de qualité

Les organisations matérielles doivent évoluer notamment selon deux axes :

- des conditions d'exercice restaurées avec un **plateau technique** reconstruit par extension des locaux actuels comme élément de sécurité, d'efficacité, de qualité et d'attractivité pour les professionnels et la patientèle.

- des **conditions d'hébergement** améliorées qui, même si l'hospitalisation de jour doit s'intensifier par sa reconnaissance officielle, sont également indispensables à une offre de qualité. Ce sont les locaux de la Loysance, mieux adaptés à une prise en charge sanitaire qu'à l'accueil des personnes âgées en EHPAD, qui accueilleront ce service. La disparition des 50 lits d'USLD laisse « naturellement » la place à 50 lits de MPR.

Au total, le pôle rééducation sera fondé dans cet ordre sur :

- une organisation médicale continue (tableau de service) ;
 - une activité tracée (dossier de soins, PMSI/T2A) ;
 - l'ouverture comme système :
 - o services adresseurs (conventions à signer et faire vivre par des échanges réels)
 - o autres services SSR spécialisés complémentaires où trouver une place spécialisée
 - o autres services SSR polyvalents (à commencer par ceux d'Antrain)
 - le développement reconnu d'une activité de jour, ouverte sur le domicile et les services de « ville » ;
 - des équipes paramédicales suffisantes en nombre et en qualité ;
 - un plateau technique opérationnel ;
 - des conditions d'hébergement conformes aux attentes des patients/clients et des besoins en soins globaux.
-

ANNEXES

Annexe 1 : Synoptique des complémentarités Antrain/St-Brice

	SANITAIRE		MEDICO-SOCIAL	
	ETABLISSEMENT	VILLE	ETABLISSEMENT	VILLE
ANTRAIN	Pôle sanitaire gériatrique (dont projet post Ancre3, Acc nuit)	Pôle prévention	EHPAD GIR 1	
	Pôle SSR		EHPAD accueil proximité	
St BRICE			EHPAD accueil proximité	Pôle réseaux
			EHPAD Alzheimer	Pôle domicile (dont 10 médecine)

Annexe 2 : Evolution 2009/2012 des lits et places sanitaires et médico-sociaux d'Antrain et St-Brice

Evolution des capacités	2009			2012			Variation		
	A	ST	TOT	A	ST	TOT	A	ST	TOT
Nb lits sanitaires	73	21	94	92	10	102	19	- 11	8
Nb lits médico-sociaux	168	111	279	112	112	224	- 56	1	- 55
s/t lits	241	132	373	204	122	326	- 37	- 10	- 47
Nb places sanitaires	27		27	40		40	13	0	13
Nb places médico-sociales		12	12	2	36	38	2	24	26
s/t places	27	12	39	42	36	78	15	24	39
TOTAL	268	144	412	246	158	404	- 22	14	- 8

Annexe 3 : Répartition des activités d'Antrain et St-Brice entre les différents locaux disponibles ou à construire

Bâtiment	activités 2012	capacités	SSR	médecine	EHPAD	soutien à domicile
Loysance	EHPAD proximité généralistes	75			75	
	SSR spécialisé locomoteur	40	35			5
	SSR polyvalent	10	10			
	EHPAD GIR 1 gériatres	25			25	
	PASA (accueil interne) ⁹	8			8	
Construction	EHPAD aval gérontopsychiatrie	12			12	
	EHPAD Acc Nuit	2				2
rénovation ex rééducation	SSR polyvalent	32	32			
	médecine	15		15		
	SSIAD	35				35
TOTAL ANTRAIN		246	77	15	112	42

rénovation ex "maison de retraite"	médecine	10		10		
	EHPAD AT	24				24
	EHPAD Accueil Nuit	4				4
	EHPAD Acc. jour externe	8				8
	PASA (Acc. jour interne)	8			8	
Hameaux du Cogais	EHPAD proximité généralistes	93			93	
	EHPAD unité Alzheimer (gériatre)	19			19	
TOTAL ST-BRICE		158	0	10	112	36

total 2 établissements	404	77	25	224	78
rappel données 2009	412	73	21	279	39
variation	-8	4	4	-55	39

⁹ Ces 8 places ne sont pas comptabilisées dans les totaux pour ne pas faire doublon et puisqu'il s'agit de l'accueil de résidents des Hameaux du Coglais et du village de la Loysance.

Annexe 4 : Estimations des besoins de financement pour la mise en œuvre du projet d'établissement

Ets	Budget	Opération	Nb lits concernés	Montant	Observations
Antrain	H	reprise subvention Loysance	50	1 250 000	50 lits sur les 150 de la Loysance. Les frais de fonctionnement (et amort) cuisine sont payés par reversement au budget H
Antrain	H	Réhabilitation légère bât "MPR"	50	200 000	
Antrain	H	Reconstruction plateau technique		2 000 000	
St Brice	H	réhabilitation lits médecine	10	500 000	
Sous-total sanitaire				3 950 000	
Antrain	E	Travaux post Ancre de niveau 3	12	1 000 000	
St Brice	E	réhabilitation bâtiment MR	30	1 500 000	
Sous-total médico-social				2 500 000	
Charge réelle "Conseil général"				1 250 000	
Total				5 200 000	