



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2020 - 2021**

Date du Jury : **Octobre 2021**

**Réinventer l'offre hospitalière dans un
bassin rural : doit-on poser l'hypothèse
d'un « hôpital de proximité » ou aller
vers un centre hospitalier sobre et
innovant ?
L'exemple du territoire de Dinan**

Armelle GERMAIN

Remerciements

Je tiens avant tout à remercier M. François Cuesta, directeur général du groupement hospitalier Rance-Emeraude pour sa confiance accordée au cours des deux années de formation durant mes périodes de stage et de volontariat au sein des établissements du GHRE. Je remercie également Claude-Anne Doussot-Laynaud, maître de stage et directrice des finances sur le GHRE qui a pris le temps de m'expliquer les rouages du pilotage financier et du métier de directeur.

Pour leur accompagnement durant ce travail de mémoire, je tiens à remercier ici François-Xavier Schweyer et François Langevin qui m'ont aidé dans la réalisation de ce travail et guidé dans la réflexion afin de rendre ce mémoire aussi lisible et intéressant que possible.

Pour les échanges nourris et nombreux, je tiens à remercier enfin le Dr Trévisan et tous les professionnels du territoire de santé et plus particulièrement du centre hospitalier René Pléven qui se sont prêtés au jeu des interviews et ont nourri la réflexion sur cette réorganisation de l'offre hospitalière.

Enfin merci à Hélène et son béret, sans qui le tirage au sort ne m'aurait pas permis de découvrir ce lieu et toutes les personnes rencontrées et d'aboutir à cette perspective professionnelle future.

« Il n'y a rien de plus difficile, de plus incertain, de plus périlleux à diriger que d'initier un nouvel ordre de choses. Pour celui qui initie, c'est avoir contre lui l'ensemble des personnes qui veulent continuer à bénéficier de l'ancien système, et ne pas avoir encore le soutien de ceux qui veulent gagner quelque chose. »

Machiavel

Sommaire

Introduction	1
1 La reconfiguration de l'offre hospitalière sur le bassin de Dinan, une nécessité au vu de l'évolution démographique des professionnels de santé et de la population	3
1.1 Évolution des besoins de santé de la population	3
1.1.1 Définition d'un territoire pertinent au regard des enjeux de santé	3
1.1.2 Déclinaison à l'échelle du territoire dinannais	5
1.1.3 Constats sur l'état de santé de la population dans le territoire	8
1.2 Évolution de l'offre de santé et du recours aux soins sur le territoire	11
1.2.1 Offre de soins libérale, de premier recours	11
1.2.2 Offre de santé hospitalière	14
1.2.3 Le recours aux soins sur le territoire	15
2 L'hypothèse du label d'hôpital de proximité vu sous l'angle financier	21
2.1 Les éléments constituant le modèle financier des hôpitaux de proximité	21
2.1.1 Historique sur la mise en place des hôpitaux de proximité	21
2.1.2 Les évolutions apportées dans la nouvelle loi de 2019 et ses textes d'application	22
2.1.3 La pertinence du nouveau modèle proposé au regard des évolutions des modes de financement	24
2.2 L'analyse de la situation financière et budgétaire du centre hospitalier René Pléven	25
2.2.1 Analyse de la situation financière 2016-2020	26
2.2.2 Analyse du cycle d'exploitation 2016-2020	27
2.2.3 Analyse de l'évolution de l'activité MCO 2016-2020	31
2.3 La réalisation d'un PGFP selon l'hypothèse d'un financement en « hôpital de proximité »	34
2.3.1 Principe de réalisation du PGFP	34
2.3.2 PGFP selon l'hypothèse d'un « hôpital de proximité »	35
2.3.3 Principe de réalisation du PGFP en maintenant une part de T2A	37
3 Transformer l'offre hospitalière sur un territoire vieillissant mais innovant	39
3.1 Les coopérations externes et la télémédecine avec les structures d'aval	39
3.1.1 Coopérations avec les structures externes	39
3.1.2 Coopérations avec la médecine de ville	40
3.1.3 Développement des outils d'E-santé	41

3.2	L'exemple du projet « Mesure 5 du pacte de refondation des urgences » porté par le Pôle Gériatrie du CH de Dinan	43
3.2.1	Contexte du projet	43
3.2.2	Lettre d'engagement des acteurs pour le projet « Mesure 5 » sur les deux établissements porteurs de filière gériatrique	43
3.2.3	Mise en place d'un contrat de projet.....	44
3.2.4	Montage du projet avec une équipe dédiée	44
3.2.5	Retombées attendues du projet	45
3.3	Réflexion autour de structures « SMART » permettant de mailler le territoire pour répondre aux besoins de façon pertinente en améliorant l'accès aux soins et en préservant l'attractivité du centre hospitalier	46
3.3.1	Des exemples étrangers modélisant pour définir une offre hospitalière et de proximité	47
3.3.2	Le développement d'une offre hospitalière favorisant le lien avec les structures de soins primaires	48
	Conclusion	51
	Bibliographie	53
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

APL : Accessibilité Potentielle Localisée
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
BFR : Besoin en Fonds de roulement
CAP : Centro di Atención Primaria
CUAP : Centro di Urgencia et di Atención Primaria
CH : Centre hospitalier (CHD : Centre hospitalier de Dinan / CHSM : Centre hospitalier de Saint-Malo)
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CHU : Centre hospitalier Universitaire
CLCC : Centre de lutte contre le Cancer
CSP : Code de la Santé Publique
DAFFAG : Direction des Affaires Financières, de la Facturation et de l'Analyse de Gestion
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EFE : Excédent de Financement d'Exploitation
EPCI : Établissement Public de Coopération Intercommunal
FHF : Fédération Hospitalière de France
FRE : Fonds de Roulement d'exploitation
FRI : Fonds de Roulement d'investissement
FRNG : Fonds de roulement net Global
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GHRE : Groupement Hospitalier Rance-Émeraude, GHT constitué des centres hospitaliers de Saint-Malo / Dinan et Cancale
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
HPST : Hôpital Patients Santé Territoire
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IPEP : Incitation à la Prise en charge Partagée
IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
MCO : Médecine – Chirurgie – Obstétrique
ORS : Observatoire Régional de Santé
PGFP : Plan Global Pluriannuel de Financement
PMSI : Programme de médicalisation des Systèmes d'information

POP : Plateforme Opérationnelle de Parcours

SAS : Service d'Accès aux Soins

SNDS : Système National des Données de Santé

SNIIRAM : Système national d'informations inter-régimes de l'Assurance Maladie

T2A : Tarification à l'Activité

Introduction

Dans le plan « Ma Santé 2022 » annoncé par le président de la République en septembre 2018, les ambitions d'articulation entre les soins hospitaliers et les acteurs de santé de premier recours étaient fortes. Parmi celles-ci, l'annonce de la naissance de 500 à 600 hôpitaux dits « de proximité » à l'horizon 2022 mais cette naissance est une transformation d'établissements de différente nature qui a vocation à répondre à la nécessaire mutation de l'offre hospitalière dans les territoires en vue de graduer l'offre de santé entre le 1^{er} recours exercé principalement par le secteur libéral, le 2nd recours exercé par les hôpitaux et les spécialistes libéraux et enfin le 3^{ème} recours nécessitant des technologies de pointe et présentes sur quelques établissements hospitaliers de taille suffisante pour investir dans les équipes et le matériel qui le nécessitent. Dans ce travail, nous étudions la mise en pratique de cette transformation sur le territoire de Dinan, ville bretonne de près de 15 000 habitants qui se situe au carrefour de plusieurs axes de déplacement est-ouest et nord-sud, à proximité de la capitale régionale qui exerce une attraction mais permet également des échanges vers le territoire de Dinan (partenariats universitaires, conventions avec le CHU ou encore le CLCC présent sur cette métropole).

Dans quelle mesure la transformation de l'offre hospitalière à Dinan doit-elle se faire en prenant l'hypothèse d'un hôpital dit « de proximité », notamment sous son angle financier ou doit-on envisager un centre hospitalier financé selon un modèle mixte, misant sur la sobriété et l'innovation ?

En premier lieu, un diagnostic détaillé est établi en prenant soin de bien définir le territoire d'études, afin de bien connaître les éléments nécessaires à la réflexion sur une réorganisation de l'offre hospitalière et la pertinence de sa transformation. Dans un second temps, un focus sur les éléments financiers apportés par la réforme des hôpitaux dits « de proximité » permet d'éclairer les solutions qui peuvent être apportées à la situation dégradée des finances de cet établissement. Enfin, la dernière partie explore les possibilités de transformation au regard d'expériences extérieures et en prenant en compte la dynamique locale, déjà très marquée, de collaboration avec les acteurs des soins primaires. Des interviews ont été menées auprès de médecins principalement, en vue d'échanger sur les perspectives de transformation envisagées, tant auprès d'acteurs de soins primaires que de médecins hospitaliers ou encore d'un médecin exerçant dans une structure de coordination mais également à l'hôpital.

1 La reconfiguration de l'offre hospitalière sur le bassin de Dinan, une nécessité au vu de l'évolution démographique des professionnels de santé et de la population

Dans cette première partie, trois éléments sont analysés afin d'établir le bien-fondé d'une hypothèse d'hôpital dit « de proximité » sur le bassin de population de Dinan. Dans un premier temps, il s'agit de cerner l'évolution des besoins de santé de la population au travers d'une analyse démographique et épidémiologique sur un territoire pré-défini. Dans un second temps, il est intéressant d'analyser les actions déjà enclenchées sur le territoire pour répondre à cette évolution des besoins de santé. Enfin un focus sur le centre hospitalier de Dinan permet d'établir la nécessité de reconfigurer l'offre hospitalière sur le bassin de population étudié.

1.1 Évolution des besoins de santé de la population

Afin de réaliser un diagnostic pertinent de la situation concernant la démographie et l'état de santé de la population, il est nécessaire de définir le territoire que l'on étudie. Ensuite sur ce territoire, on peut regarder les indicateurs les plus pertinents concernant la population visée. Enfin, le recours aux soins et l'offre hospitalière peuvent être analysés en ciblant sur la zone concernée.

1.1.1 Définition d'un territoire pertinent au regard des enjeux de santé

Lorsqu'on s'intéresse à une population donnée, celle-ci s'inscrit dans un territoire d'étude. Les enjeux de réponse aux besoins de santé de la population sont de plus en plus tournés vers une réponse sur un territoire modulé. L'histoire de la territorialisation de la santé est ancienne et a toujours eu vocation à trouver le maillage adapté et complet sur le territoire pour proposer une offre de soins ajustée (Codelfy & Lucas-Gabrielli, 2012). Si la loi de modernisation de notre système de santé a permis de donner aux Agences régionales de santé la prérogative de définir les territoires de démocratie sanitaire, ceux-ci sont assez hétérogènes et varient d'une région à l'autre. Pour la Bretagne, le choix a été fait de conserver les 8 secteurs sanitaires préexistants avec la mise en place des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) de 3ème génération.

Depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003, c'est le territoire de santé qui devient l'échelon pertinent pour organiser l'offre, en régulant notamment les autorisations d'activité dans un territoire donné. La gradation des soins dans le territoire de santé fait débat car on ne définit

pas toujours précisément le territoire concerné. L'offre de soins de premier recours s'articule autour du médecin généraliste, de l'infirmier et du pharmacien, il correspond à un territoire dit « de proximité » (Amat-Roze, 2011), l'accessibilité aux structures de soins sur un tel territoire est un enjeu fort de l'égalité d'accès aux soins. La Direction de la Recherche des Etudes des Evaluations et de la Statistique (DREES) a établi un indicateur pertinent pour mesurer cette accessibilité aux soins de 1er recours : il s'agit de l'APL (Accessibilité Potentielle Localisée), ce point sera développé dans un second temps.

Comme précisé par Jeanne-Marie Amat-Roze, vu l'importance donnée au maillage de premier recours, il y a « nécessité de réaliser des analyses à l'échelle locale, le bassin de vie, le canton et/ou le bassin de services intermédiaires en milieu rural » (Amat-Roze, 2011).

La loi précise dans l'article L1434-10 du Code de la Santé Publique : « L'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire. »

La loi exige la mise en place de projets territoriaux de santé mais laisse la liberté de définir le territoire pertinent pour cette déclinaison. De plus, les conférences territoriales de santé missionnées pour élaborer et évaluer ces projets territoriaux de santé s'appuient sur le travail réalisé par les différents échelons : « Le projet territorial de santé tient compte des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12, du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire prévu à l'article L. 6132-1, du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2, des projets médicaux des établissements de santé privés, des projets des établissements et services médico-sociaux et des contrats locaux de santé. » (Code de la Santé Publique, 2021)

Les contrats locaux de santé ont été initiés par la loi dite « HPST » (Hôpital – Patients – Santé – Territoire) du 21 juillet 2009 et portent une vocation de santé publique forte. Dans l'article L1434-17 aujourd'hui abrogé, il était mentionné « La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. ». Leur mise en œuvre se poursuit cependant dans une logique de prévention et promotion de la santé permettant aux acteurs non offreurs de soins de participer à une politique de santé à l'échelon local.

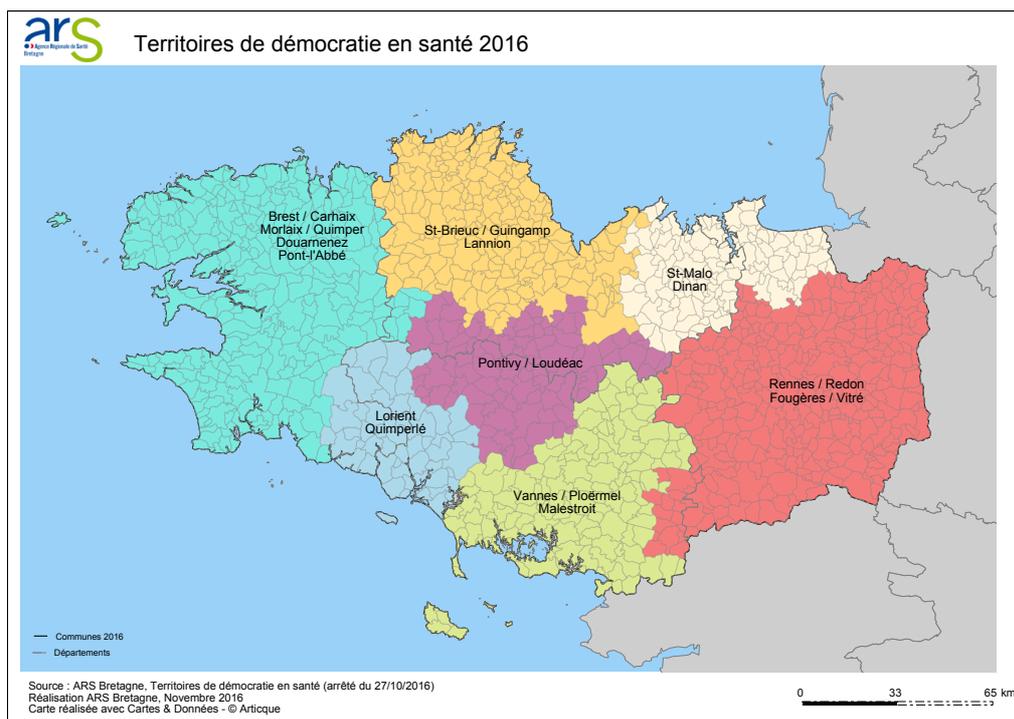
Les contrats locaux de santé, lorsqu'ils sont réalisés, sont définis à l'échelle de bassins de vie telle que les communautés de commune en milieu rural isolé ou encore les quartiers prioritaires de la ville en milieu urbain. Le projet de loi 4D adopté en 1^{ère} lecture au Sénat le 21 juillet dernier donne d'ailleurs une part de responsabilités aux élus locaux sur la prise en mains de la santé des citoyens, permettant ainsi des financements nouveaux.

Par ailleurs, il est nécessaire d'évoquer également le territoire de vie-santé (TVS). Ce territoire a été défini en 2017 en vue de prévenir la « désertification médicale » comme l'indique le site du ministère des Solidarités et de la santé (Ministère des Solidarité et de la Santé, 2018). Il permet de définir les zones dans lesquelles les médecins qui s'installent peuvent bénéficier d'appui à l'installation. Les Agences Régionales de Santé (ARS) disposent d'une marge de manœuvre dans la définition des aides en fonction des zones, nous l'évoquerons dans la seconde partie concernant l'offre de santé libérale. En 2019, 2848 territoires de vie-santé maillaient le territoire national.

1.1.2 Déclinaison à l'échelle du territoire dinannais

La ville de Dinan se trouve à l'est du département des côtes d'Armor, à 52 km de Rennes, en limite géographique du département bordé par la frontière naturelle que constitue la Rance avant d'atteindre le département d'Ille et Vilaine où se situe la ville de Saint-Malo. Ville côtière, Saint-Malo se situe en limite nord du département à 70 km de Rennes. Le territoire de santé breton n°6 regroupe les villes de Dinan et Saint-Malo dans une logique de flux sur le territoire ; les deux villes se situent à 32km l'une de l'autre et la distance se parcourt en voiture, en 30 min sauf difficulté de circulation liée à la traversée de la Rance en période d'affluence touristique notamment.

La carte des territoires de démocratie en santé mise à disposition sur le site de l'ARS Bretagne est la suivante (Agence Régionale de Santé Bretagne, 2016) :



Le territoire de santé n°6 breton est situé sur deux départements, il couvre 133 communes, 5 établissements publics de coopérations intercommunales (EPCI) pour une superficie de 2227 km². Il regroupait en 2016 une population de 265 599 habitants, soit 8% de la population bretonne avec une densité hétérogène sur le territoire, avec une moyenne à 119,3 hab/km². La densité régionale se situe à 122 hab/km² alors que le minimum est observé dans les Côtes d'Armor avec une densité à 87,2 hab / km².

Pour le diagnostic territorial réalisé ici, on s'appuie sur la zone d'emploi définie par l'INSEE et sur la délimitation en EPCI de Dinan Agglomération.

Selon l'INSEE, une zone d'emploi est un espace géographique à l'intérieur duquel la plupart des actifs résident et travaillent, et dans lequel les établissements peuvent trouver l'essentiel de la main d'œuvre nécessaire pour occuper les emplois offerts.

Selon l'INSEE encore, les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) sont des regroupements de communes ayant pour objet l'élaboration de « projets communs de développement au sein de périmètres de solidarité ». Ils sont soumis à des règles communes, homogènes et comparables à celles de collectivités locales. Les communautés urbaines, communautés d'agglomération, communautés de communes, syndicats d'agglomération nouvelle, syndicats de communes et les syndicats mixtes sont des EPCI (INSEE, 2016). Il existe 1250 EPCI sur le territoire français pour environ 36 000 communes.

Zoom sur la zone d'emploi de Dinan :

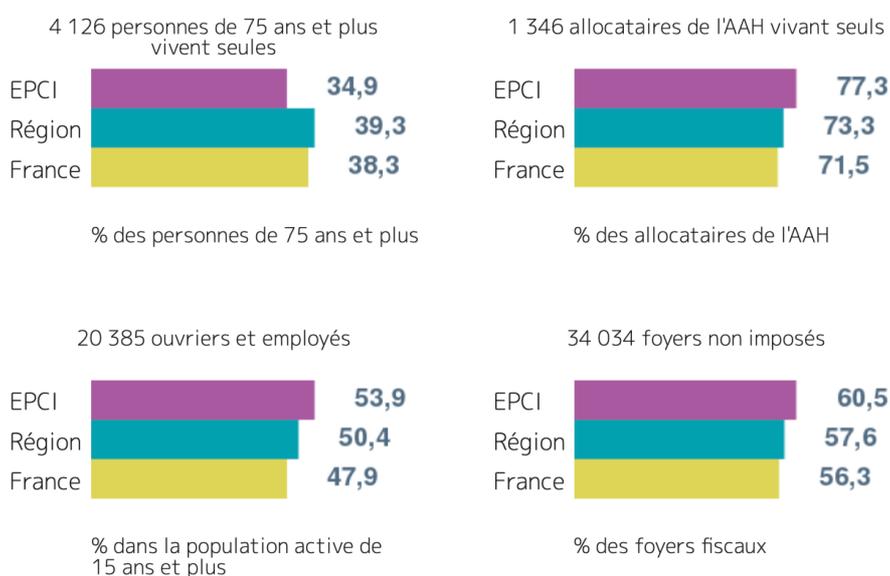
La population sur la zone d'emploi de Dinan représente 99256 habitants en 2018 (INSEE). La population a augmenté sur les 5 dernières années (2013-2018). Cela est majoritairement dû au solde entrées-sorties (+0,8%) diminué partiellement par le solde naturel négatif (-0,2%). Le nombre de naissances domiciliées s'élève à 903 (stable) en 2019, le nombre de décès s'élève à 1279 en hausse par rapport aux années précédentes. En 2018, la part des plus de 75 ans représente 12% de la population, un chiffre stable par rapport à 2013 avec une augmentation en valeur absolue de 325 personnes. La part des 60-74 ans est en hausse notable passant de 18,3% en 2013 à 20,7% de la population en 2018 or cette tranche d'âge présente également des fragilités en termes de santé.

La part des cadres et professions intellectuelles supérieures est stable à 5% contre 7,4% en Bretagne. 36,1% de la population est retraitée sur la zone d'emploi de Dinan. Avec 35,8 cadres pour 100 ouvriers, le territoire est plutôt caractérisé par des catégories socio-professionnelles à plus faible revenu. A titre de comparaison, Saint-Malo se situe à 52,4 cadres pour 100 ouvriers et Rennes à 110,4 cadres pour 100 ouvriers.

Zoom sur l'EPCI Dinan Agglomération :

L'EPCI de Dinan Agglomération a été utilisé comme territoire pertinent pour établir plusieurs diagnostics de santé de la population. Il a servi d'espace de réflexion pour la réalisation du contrat local de santé, signé le 14 janvier 2020 (Communauté Dinan agglomération, 2020). En effet, la zone d'emploi est un peu plus large dans son champ de couverture et englobe des communes telles Le Beaussais sur Mer qui dépendent de la communauté de communes Côte d'Emeraude, ou encore Eréac qui appartient à la communauté d'agglomération de Lamballe Terre et Mer. Il est donc pertinent de focaliser l'analyse sur le territoire de l'EPCI de Dinan. De plus, c'est à l'échelle des EPCI, qu'ont été effectués les diagnostics réalisés par l'Observatoire Régional de Santé, venant en appui aux collectivités locales lors du déconfinement de mai 2020 (cf. Annexe 1).

Caractéristiques sociodémographiques et économiques



Source : Profil de territoire, appui au déconfinement, FNORS, ORS Bretagne, 2020.

https://www.scoresante.org/profils_territoires.html

D'autre part dans un bilan « Focus Santé sur l'EPCI de Dinan », étude réalisée à la demande de la Fédération Hospitalière de France (FHF) en Avril 2020 dans le cadre des travaux sur la labellisation des hôpitaux de proximité (JAN, PENNOGNON, & TRON, 2020), une projection de la situation démographique à l'horizon 2040 selon le scénario dit « central » a été réalisée :

- +12 317 personnes par rapport à 2018 (+0,54% en croissance annuelle, équivalente à la moyenne régionale)
- +3 717 habitants de plus de 85 ans (+2,97% , augmentation un peu plus marquée que le reste de la région)

Le territoire de Dinan Agglomération est vieillissant comme l'ensemble du territoire 6 mais en augmentation démographique. Plus proche de Rennes que ne l'est la ville de Saint-Malo, il bénéficie aussi d'une attractivité géographique liée à la métropole régionale.

Le territoire de vie-santé de Dinan, quant à lui, regroupe 24 communes mais n'inclut pas les territoires de vie-santé de Plancoët ou Matignon qui se définissent en propre (cf annexe 2), il est donc approchant mais différent du territoire défini par l'EPCI.

1.1.3 Constats sur l'état de santé de la population dans le territoire

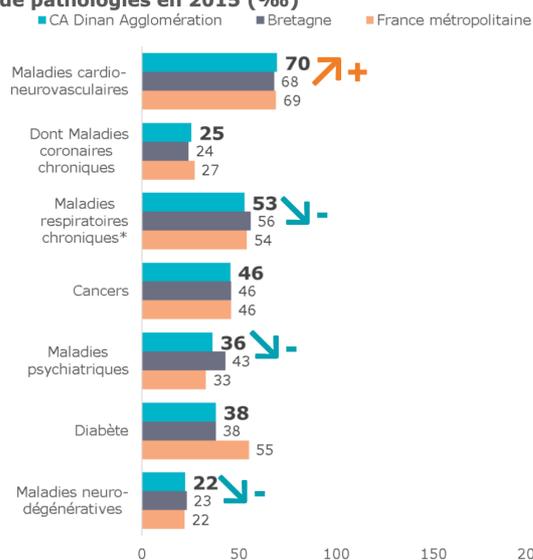
A) Pathologies et traitements médicamenteux

L'ensemble des diagnostics réalisés récemment convergent pour mettre en évidence des éléments-clé concernant les besoins de la population en termes d'offres de soins.

Les éléments de diagnostic sont également disponibles sous la forme d'un atlas de la cartographie des pathologies établi par l'Observatoire Régional de Santé (ORS) Bretagne à la demande de l'ARS afin de permettre aux acteurs de santé dans les territoires d'identifier les priorités en termes de besoin de la population (ORS Bretagne, 2019).

Dans cet atlas, on retrouve 6 groupes de pathologie et 4 types de traitement médicamenteux permettant de comparer les EPCI entre eux et à l'échelon régional ou national. D'après le focus réalisé par la FHF Bretagne en 2020 (JAN, PENNOGNON, & TRON, 2020) pour l'EPCI de Dinan, on observe que la population de Dinan Agglomération est moins concernée par les maladies respiratoires chroniques, les maladies psychiatriques et les maladies neuro-dégénératives que le reste de la région. A l'inverse, les maladies neuro-cardiovasculaires y sont plus fréquentes. Pour les autres maladies chroniques, la situation est comparable entre l'EPCI et la région :

Taux standardisés de prévalence pour les six groupes de pathologies en 2015 (‰)



Source : Cnam, cartographie des pathologies (Régime Général, SLM, Camieg, BDF), données 2015. Exploitation ORS Bretagne.
Population de référence : population française au 1er janvier 2016.
Les taux standardisés sont triés par ordre décroissant des valeurs régionales.

Ce constat est à moduler par le taux standardisé de prise en charge pour maladies respiratoires chroniques qui est, quant à lui plus fort sur l'EPCI de Dinan que sur la région.

Nombre et % de patients pris en charge pour les six groupes de pathologie en 2015

Maladies chroniques	CA Dinan Agglomération		Bretagne %	France %
	Nombre de patients pris en charge	% parmi les bénéficiaires		
Maladies neuro-cardiovasculaires	5 799	7,5 %	6,7 %	6,7 %
Dont maladies coronaires chroniques	2 079	2,9 %	2,4 %	2,6 %
Cancers	3 784	4,9 %	5,6 %	5,4 %
Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	4 219	5,5 %	4,6 %	4,5 %
Maladies psychiatriques	2 829	3,7 %	4,2 %	3,3 %
Diabète	3 188	4,1 %	3,8 %	5,4 %
Maladies neurodégénératives	1 770	2,3 %	2,3 %	2,2 %

Source : Cnam, cartographie des pathologies (Régime Général, SLM, Camieg, BDF), données 2015. Exploitation ORS Bretagne. Le tableau est trié par ordre décroissant des pourcentages de la région.

Les principaux motifs de prise en charge sont liés à des pathologies chroniques : maladies coronaires chroniques, maladies respiratoires chroniques et diabète. Ce constat est de nature à encourager la mise en place d'actions en lien avec ce type de pathologies (éducation thérapeutique patient, prévention santé, promotion de la santé en lien avec les autres acteurs

du territoire, etc...). L'hôpital a un rôle particulier à jouer dans ce type de prise en charge avec la possibilité d'hospitalisation des patients lors d'épisodes aigus liés à ce type de pathologies. On retrouve ces constats dans la fiche « Profil de territoire » réalisée à la même période pour l'appui au déconfinement rapporté en annexe 1.

Quant aux traitements médicamenteux repris dans l'atlas de la cartographie des pathologies (JAN, PENNOGNON, & TRON, 2020), les constats suivants sont à noter :

- Le recours aux anti-hypertenseurs et anxiolytiques y est plus fréquent que dans le reste de la région, avec respectivement 14 787 et 7048 patients traités en 2015.
- Le recours aux antidépresseurs et hypnotiques est comparable au reste de la région.

B) Mortalité générale et prématurée, principales causes de décès

L'ARS Bretagne a mis à disposition des territoires un atlas de la mortalité par EPCI pour permettre, là encore de réaliser un diagnostic fin des causes de décès dans chaque territoire (ORS Bretagne, 2020). Dans le focus réalisé à la demande de la FHF Bretagne, des éléments apparaissent déjà sur les causes de décès et les chiffres de mortalité évitable.

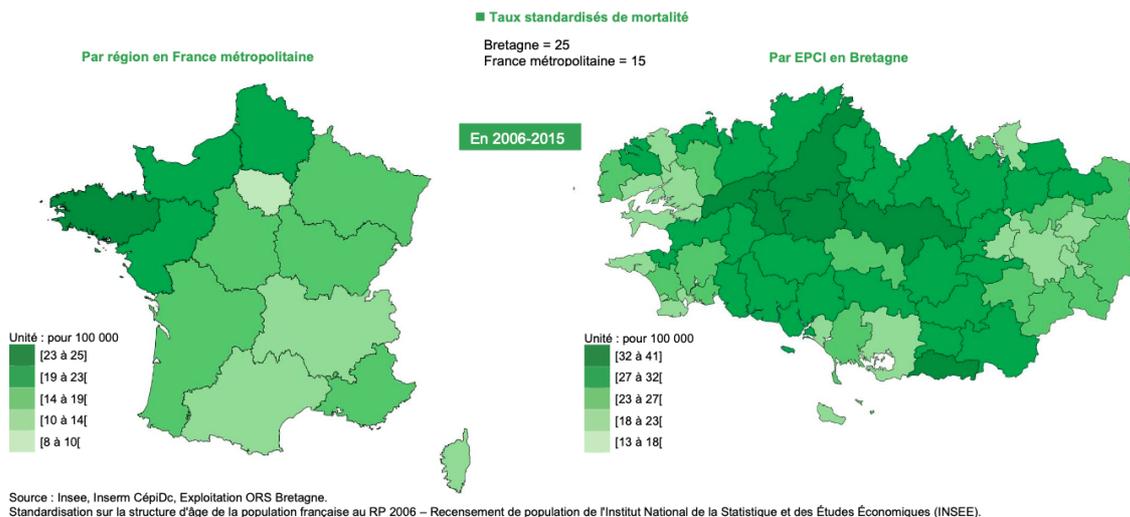
Sur la période étudiée (2011-2015), près de 1100 décès ont eu lieu en moyenne chaque année dans l'EPCI de Dinan Agglomération, cela représente 36% des décès sur le territoire de santé n°6 et 3% de la mortalité régionale. Les cancers et les maladies de l'appareil respiratoire sont les principales causes de décès, ils représentent 54% des décès sur Dinan Agglomération, à un niveau comparable au reste du territoire de santé.

Pour ce qui est de la mortalité prématurée, c'est-à-dire l'ensemble des décès avant 65 ans, elle a représenté en moyenne 180 décès chaque année dont le tiers (63 décès) aurait pu être évité, sur Dinan Agglomération. Cette mortalité prématurée se situe à un niveau comparable à celui du territoire de santé, elle est supérieure au niveau régional et national.

Au vu des causes de mortalité prématurée, la prévention sur les conduites à risque, telles que la consommation de tabac et d'alcool sont des éléments clé pour améliorer cet indicateur.

Comme dans le reste de la région, les conduites suicidaires sont un problème de santé publique majeur. La Bretagne est la première région en termes de mortalité par suicide et les départements des Côtes d'Armor et du Morbihan sont les plus touchés (cf. carte ci-dessous). Ces décès liés aux conduites suicidaires touchent d'avantage les hommes.

Sur le territoire de Dinan Agglomération, la sectorisation psychiatrique départementale induit un schéma d'offre de soins pris en charge par l'établissement de santé privé d'intérêt collectif « Fondation Saint Jean de Dieu », situé à Léhon en proximité immédiate du centre hospitalier René Pléven.



Taux standardisé de mortalité par suicide

La prise en compte de la santé mentale et son lien notamment avec la médecine est un point clé dans l'organisation de l'offre y compris hospitalière.

Comme le préconise le rapport annuel de l'assurance-maladie pour améliorer la qualité des soins en 2022, il existe un réel enjeu de prévention sur les maladies cardio-neuro-vasculaires (CNV), cause importante de décès et d'années de vie perdus, « les maladies CNV sont des maladies accessibles à la prévention et partagent un certain nombre de facteurs de risque communs, comme la consommation de tabac, le déficit d'activité physique et le régime alimentaire. La plupart de ces facteurs sont comportementaux et donc modifiables. Plusieurs de ces facteurs sont partagés avec d'autres maladies, en particulier certains cancers, renforçant la place de la prévention comme enjeu prioritaire des actions de santé publique en la matière. » (Assurance Maladie, Juillet 2021).

1.2 Évolution de l'offre de santé et du recours aux soins sur le territoire

1.2.1 Offre de soins libérale, de premier recours

L'accès aux professionnels de santé de 1^{er} recours se mesure au moyen d'un indicateur élaboré par la DREES : l'APL ou Accessibilité Potentielle Localisée.

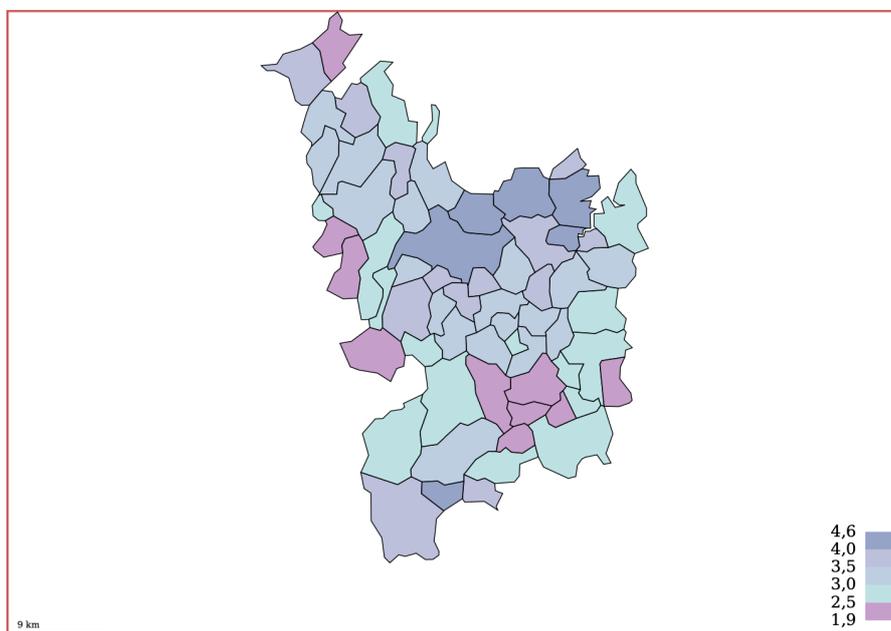
Cet indicateur a été développé par l'IRDES et la DREES et permet de mesurer l'adéquation entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin. Il est disponible à l'échelle de chaque commune et tient compte de l'offre dans les communes environnantes (DREES, 2021). Il permet de mesurer à la fois la densité et la proximité, il est donc plus pertinent que la seule mesure de la densité en professionnels de santé. Il prend également en compte le niveau d'activité des professionnels en exercice.

Au moyen de cet indicateur, on peut définir des zones « sous-denses » en termes de professionnels de santé de 1^{er} recours. Cet indicateur est calculé pour les médecins généralistes, mais également pour d'autres professionnels de santé de 1^{er} recours (pharmaciens, infirmiers, masseur-kinésithérapeute, etc...)

Pour les médecins généralistes, l'APL sur l'EPCI de Dinan se situe à 3,4 consultations par an et par habitant en 2018. Elle s'est dégradée entre 2015 et 2018 car le bilan effectué par l'ORS Bretagne pour l'EPCI de Dinan ((JAN, PENNOGNON, & TRON, 2020) indiquait une APL à 3,7 consultations par an et par habitant, à partir des données de 2015. Cette valeur est plus faible que le niveau national (3,97 en France en 2018).

Accès aux soins et services

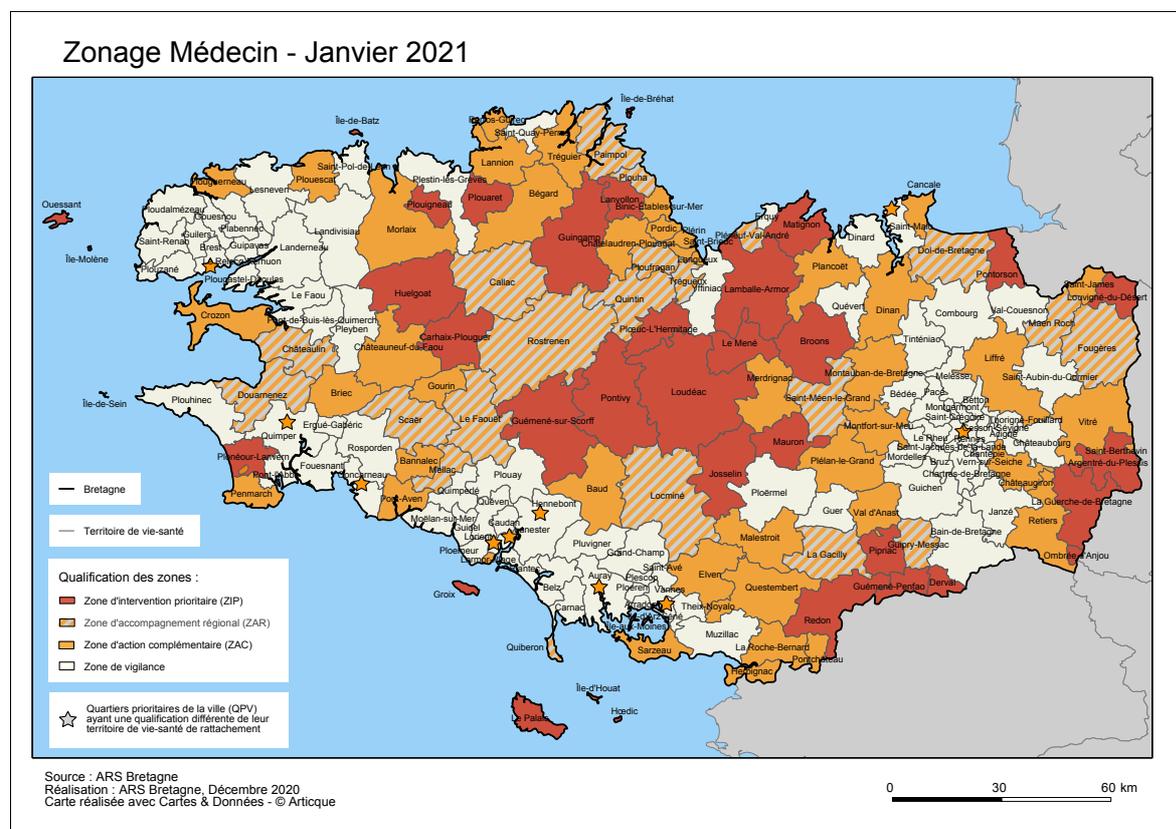
Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes :
3,4 consultations accessibles par an et par habitant



Source : 2018, Sniir-AM, EGB, Cnam, Insee distancier Metric, Drees - Exploitation Fnors

En 2018, 10 communes de l'EPCI de Dinan Agglomération apparaissent sous-dotées en médecins généralistes au sens de l'indicateur APL de la DREES. Cependant, cet indicateur est intéressant à observer à l'échelle des territoires « santé-vie », en effet comme précisé dans l'arrêté du 15 novembre 2017 ((Journal officiel, 2017) cet indicateur permet de déterminer des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins pour la profession de médecin. Selon ce texte, les zones dans lesquelles l'APL est inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant constituent des zones d'intervention prioritaire pour l'aide à l'installation des médecins. En conséquence, le zonage médecins a été remis à la concertation par l'ARS Bretagne en vue de redéfinir ces zones à la fin de l'année 2020. Ce zonage et la définition de ces zones permettent à l'ARS de répartir au mieux les aides à l'installation permettant d'inciter les professionnels à venir travailler en zones sous-denses. Cela reste incitatif et malgré cela les communes sous-denses lors du recensement de 2015 le

sont toujours en 2018, de plus l'APL s'est également dégradée dans les communes avoisinantes.



Sur cette carte proposée par l'ARS Bretagne en décembre 2020 (cf. annexe 2), les territoires Vie-Santé de Matignon et Broons constituent des zones d'intervention prioritaire pour l'installation de nouveaux médecins (ainsi que Pontorson en limite Est du territoire de santé n°6). Ces zones à l'ouest, sont en partie dans l'EPCI de Dinan et en limite occidentale du territoire de santé breton n°6 sur lequel le GHT Rance Emeraude constitue l'offre hospitalière publique.

Bien que la Bretagne ne puisse pas être considérée comme un territoire sous-dense de façon générale, on note que le territoire de santé breton n°6 Saint-Malo/Dinan/Cancale présente des zones sous-denses en limites est et ouest / sud-ouest du territoire, la partie sous-dense est plus importante dans la partie 22 du territoire. Le site de cartographie de la DREES permet ainsi de réaliser un diagnostic local fin. (Direction de la Recherche, 2021)

De façon globale, comme indiqué dans le focus réalisé par la FHF Bretagne (JAN, PENNOGNON, & TRON, 2020), dans l'EPCI de Dinan l'offre de soins de 1^{er} recours est plus faible qu'au niveau régional pour les médecins généralistes libéraux, les infirmiers libéraux et les masseurs-kinésithérapeutes. Parmi les médecins généralistes libéraux, la part des praticiens de plus de 60 ans est de 32,5%, ce qui est plus fort que la moyenne régionale (23,1%) ou nationale (31,4%). Cette situation pourrait accentuer encore la fragilité du territoire

dans certains zones avec le départ en retraite de ces médecins. De plus, au regard du nombre de contrats d'engagement de service public décroissant sur la région (0 en 2018 et 0 en 2019), cette incitation ne semble pas permettre de renverser la tendance.

1.2.2 Offre de santé hospitalière

Les établissements sanitaires sur l'EPCI de Dinan se répartissent en 3 catégories : un établissement public de santé (Centre hospitalier René Pléven), deux établissements privés à but lucratif (Polyclinique des Pays de Rance, La Maison de Velleda spécialisé en soins de suite et réadaptation) et un établissement privé à but non lucratif (Centre hospitalier Saint Jean de Dieu, autorisé en psychiatrie et santé mentale). On se doit de mentionner également, la structure d'alternative à la dialyse en centre de l'AUB Santé, permettant le suivi de patients dialysés au domicile.

Depuis le 3 septembre 2009, la polyclinique de la Rance et le centre hospitalier René Pléven ont constitué un Groupement de Coopération Sanitaire « Pôle de santé du Pays de Dinan », démontrant la volonté de proposer une offre médico-chirurgicale répartie entre le secteur public et privé sur le bassin de Dinan. Ce GCS de moyens, n'a pas été constitué en établissement de santé et ne dispose donc pas des autorisations que chaque établissement conserve en propre. Comme indiqué dans son règlement intérieur (RI) mis à jour lors de son assemblée générale du 8 septembre 2020 : « le groupement n'est pas un établissement de santé, il n'assume directement aucune des missions confiées par la loi aux établissements de santé. Le groupement ne poursuit aucun but lucratif ». Le centre hospitalier René Pléven de Dinan a conservé une autorisation de chirurgie, notamment dans le cadre de la réalisation de l'activité de gynécologie-obstétrique qui est resté dans le champ de l'activité hospitalière publique. Avec la fermeture de la « maternité accouchante » en novembre 2020, cette offre de soins chirurgicaux est en cours de reconfiguration.

Ce projet novateur lors de sa mise en place se trouve aujourd'hui questionné. Des évolutions importantes ont eu lieu depuis lors. La polyclinique des Pays de Rance a été rachetée par le groupe Vivalto¹ qui possède également la Clinique de la Côte d'Émeraude et le centre

¹ Créé en 2009, le groupe Vivalto Santé est d'origine bretonne et s'est constitué autour du rapprochement du CHP Saint-Grégoire (Rennes), de la Clinique de la Côte d'Émeraude (Saint-Malo), de la Clinique Pasteur-Lanroze à Brest. Aujourd'hui, 3^{ème} opérateur national de l'hospitalisation privée, il est animé d'une dynamique d'expansion constante et constitué aujourd'hui d'un réseau de 41 établissements privés sur différentes régions du territoire national (Bretagne, Normandie, Pays de la Loire, Ile de France, Auvergne-Rhône Alpes).

hospitalier Privé Saint-Grégoire, établissements de soins privés à but lucratif dans le territoire de santé ou dans le territoire de santé voisin (bassin de Rennes).

Concomitamment à la naissance de ce GCS « Pôle de Santé du Pays de Dinan » sur Dinan, le centre hospitalier René Pléven a intégré la Communauté Hospitalière de Territoire, préfiguratrice du futur groupement hospitalier de territoire, rendu obligatoire par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. La communauté Hospitalière de Territoire regroupait, tout comme le GHT, les établissements publics de santé de Saint-Malo, Dinan et Cancale. Ces deux logiques de coopération forte selon deux axes différents, pour un même établissement, ont certainement induit des logiques de concurrence sur certains champs d'activité alors que l'objet même du GCS était de créer une véritable synergie sur le territoire de Dinan pour maintenir une offre de proximité la plus pertinente possible pour répondre aux besoins de santé de la population. Selon les termes du règlement intérieur du GCS, il s'agit de « faciliter la réalisation de l'activité de chacun de ses membres par la mise en commun de compétences et de moyens ».

1.2.3 Le recours aux soins sur le territoire

Afin de répondre au mieux aux besoins des patients, il est nécessaire d'observer les flux de patients sur le territoire, on peut approcher cette donnée au moyen de quelques indicateurs mis à disposition sur le site Cartosanté. Cependant, un projet actuellement en cours sur le GHT Rance Emeraude permettra d'aller bien au-delà de cette photographie. Il s'agit de cartographier les flux de patients sur le territoire, en prenant en compte l'intégralité de leur parcours, tant « en ville » qu'à l'hôpital. Ce projet est réalisé en collaboration avec la Fondation Recherche & Innovation de la FHF et demande de pouvoir croiser les bases de données issues de l'assurance Maladie (SNIIRAM) et celles issues des établissements de santé (PMSI). La naissance du Health Data Hub par la loi du 24 juillet 2019, créant le Système National des Données de Santé qui regroupe les différentes sources de données de santé disponible, est de nature à faciliter la réalisation de tels travaux mais ils ne sont pas encore aboutis à ce jour. Cette vision en parcours par une exploitation des « big data » en santé, doit permettre d'améliorer la prévention des complications en repérant dans le parcours du patient des éléments permettant d'intervenir avant que l'état de santé ne se dégrade. Une première étude réalisée dans le cadre de ces recherches a permis de définir des groupes de population, en lien avec les GHT, pour lesquels les établissements de santé auraient une mission d'offre de soins à remplir ; dans l'esprit des « Accountable Care Organizations » (ACO) aux Etats-Unis qui permettent à un groupe d'assurés de bénéficier d'un panel de soins adapté pour une prise en charge pertinente de cette population (Malone, et al., 2021).

En attendant, une première approche du recours aux soins peut être établie pour l'EPCI de Dinan, d'une part via les soins dits « de ville », d'autre part via les séjours hospitaliers.

A) Recours aux soins dits « de ville »

Le recours aux soins de ville peut se mesurer à partir des données du SNDS (Système nationale de données de santé), il est mis à disposition sur le site de Cartosanté. Les dernières données disponibles correspondent à l'année 2019. Pour les médecins généralistes, on mesure la part des bénéficiaires de soins généralistes dans la population générale. On constate qu'elle a augmenté entre 2018 et 2019, en lien probablement avec le vieillissement de la population sur ce territoire.

Tableau 1 : Part des bénéficiaires de soins généralistes dans la population :

Territoire	2018	2019
Dinan Agglomération	89,1%	90,6%
Valeur EPCI min	73,5%	60,3%
Valeur EPCI max	94,5%	100%
France	82,1%	84,9%

Source : SNDS, obtenu à partir de <https://cartosante.atlasante.fr>

De la même façon, la part de bénéficiaires d'actes de spécialistes, d'infirmiers, de masseurs-kinésithérapeutes, de chirurgiens-dentistes ou encore de sages-femmes par rapport au nombre d'habitants est plus importante sur l'EPCI de Dinan qu'au niveau régional ou national. Il est donc légitime de s'interroger sur les flux de patients dans le territoire afin de déterminer où se font les recours aux soins. Cette information n'est pas disponible pour l'accès aux soins libéraux mais peut être estimée pour l'accès aux soins en établissement de santé.

B) Recours aux hospitalisations

Le site Scansante mis à disposition par l'ATIH (Agence Technique de l'Information Hospitalière) permet de réaliser des diagnostics sur le recours aux soins dans les établissements de santé par origine des patients. Deux éléments distincts sont disponibles sur ce site, d'une part la consommation de soins en établissements, en établissant notamment le nombre de séjours consommés sur une période donnée par les habitants d'un territoire, d'autre part la production de soins en établissements, en analysant les séjours réalisés par les établissements que l'on peut rapprocher de l'origine géographique des patients.

Focus sur la consommation de soins :

Le taux de recours MCO en séjours pour 1000 habitants permet de mesurer la consommation de soins sur le territoire de santé breton n°6, un taux standardisé est proposé afin de corriger les effets de structure de population (âge et sexe).

En 2019, on observe les taux suivants :

Territoire	Nb de séjours	Taux de recours standardisé	Indice national (taux de recours territoire/ taux de recours national)
Région	889 690	260,58	0,93
TS 6 Saint-Malo/Dinan	81 678	276,86	0,98

Tableau 3 : Taux de recours MCO (hors séances) toutes activités confondues

Sur le territoire de santé n°6 breton, le taux de recours aux soins hospitaliers est plus fort que sur le reste de la région mais reste inférieur au taux observé au niveau national.

Focus sur la production de soins :

La production de soins peut s'analyser avec plusieurs indicateurs, l'ATIH met à disposition les chiffres d'activité de l'année en cours, ce qui permet d'avoir un tendancier de pilotage en temps réel. L'évolution d'activité sur le CH de Dinan est la suivante :

ANNEE	2016	2017	2018	2019
<i>Nb de séjours</i>	12 205	12 963	13 946	14659

Si on considère les parts de marché sur le territoire de santé n°6 breton, toutes activités confondues, on observe les taux suivants sur les 15 premiers établissements :

			Séjours des habitants de la zone		Part de marché	
	Finess PMSI	Raison sociale	2020	2021	2020	2021
1	350000022	CH ST MALO	26 719	9 971	34,6 %	34,8 %
2	350000196	CLINIQUE DE LA COTE D'EMERAUDE	9 817	4 130	12,7 %	14,4 %
3	220000046	CH RENÉ PLÉVEN DINAN	11 620	3 837	15,1 %	13,4 %
4	220005599	POLYCLINIQUE DU PAYS DE RANCE	8 104	3 221	10,5 %	11,2 %
5	350005179	CHRU DE RENNES	6 222	2 138	8,1 %	7,5 %
6	350000121	CH PRIVÉ ST-GREGOIRE	4 034	1 562	5,2 %	5,4 %
7	220000020	CH ST BRIEUC	2 953	1 013	3,8 %	3,5 %
8	220022800	HÔPITAL PRIVÉ DES COTES D'ARMOR	1 294	475	1,7 %	1,7 %
9	350054680	POLYCLINIQUE SAINT LAURENT	0	443	0,0 %	1,5 %
10	350000139	CLINIQUE MUTUALISTE LA SAGESSE RENNES	814	341	1,1 %	1,2 %
11	350005146	HÔPITAL PRIVÉ SEVIGNE	604	257	0,8 %	0,9 %
12	350000071	HÔPITAL LA PROVIDENCE GARDINER DINARD	654	242	0,8 %	0,8 %
13	350002812	CRLCC E. MARQUIS	437	166	0,6 %	0,6 %
14	350000204	CLINIQUE ST JOSEPH COMBOURG	361	94	0,5 %	0,3 %
15	500000054	CH AVRANCHES GRANVILLE	218	70	0,3 %	0,2 %

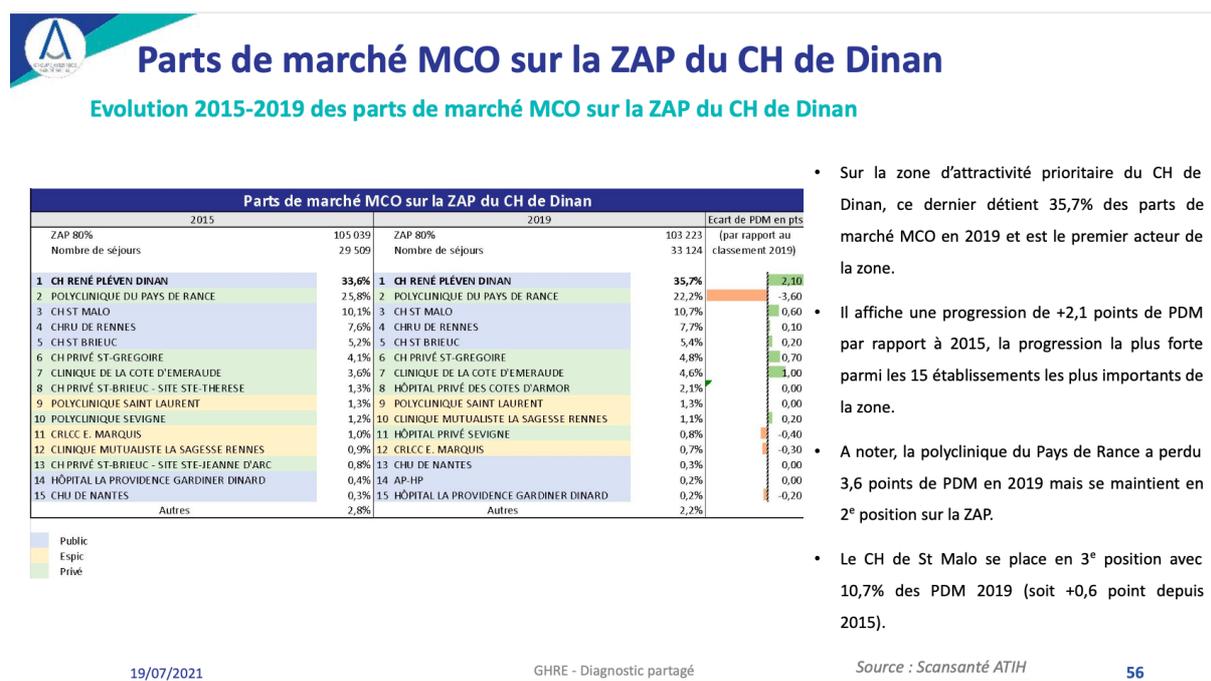
Ces 15 établissements réalisent plus de 95% des séjours consommés par les habitants de la zone. Les quatre premiers établissements correspondent aux établissements MCO du territoire de santé, ils réalisent près de 80% des séjours des habitants de la zone.

Le CH de Dinan dispose d'un bassin de recrutement assez limité géographiquement, on peut s'en approcher en analysant les codes postaux du lieu de résidence des patients hospitalisés

les 10 premières communes de résidence 2019

Territoires	Nb de séjours
22380 - SAINT-CAST-LE-GUILDON	332
22550 - MATIGNON	387
22201 - SAINT-JACUT-DE-LA-MER/BEAUSSAIS SUR MER	416
22630 - ÉVRAN	535
22490 - PLESLIN-TRIGAVOU	627
22350 - CAULNES	658
22980 - PLÉLAN-LE-PETIT	703
22250 - BROONS	913
22130 - PLANCOËT	1457
22100 - DINAN	5469
TOTAL	11497
<i>Part de séjours au lieu de résidence</i>	78%

Dans son diagnostic territorial effectué en juillet 2021 dans le cadre de la mission d'assistance à la maîtrise d'ouvrage, la société Averroes a analysé l'évolution des parts de marché du centre hospitalier de Dinan entre 2015 et 2019, sur sa zone d'attractivité prioritaire.



Sur sa zone d'attractivité prioritaire, à savoir les communes où résident les patients qui constituent son bassin de recrutement, le CH de Dinan affiche une progression de sa part de marché. Cette évolution est à interpréter avec prudence au vu de l'évolution du nombre de séjours, qui a lui aussi progressé mais un changement opéré dans la cotation des prises en charge au SAU a induit une forte augmentation du nombre de séjours dans ce secteur d'activités.

Le CH de Dinan réalise une activité d'hospitalisation pour des habitants résidant en proximité, sur des secteurs d'activité de médecine principalement mais les évolutions en cours concernant les équipes en place et les activités nouvelles ne permettent pas de projeter un tendancier en analysant l'historique. Les activités de rhumatologie et d'addictologie se développent en réponse aux besoins de santé, l'éducation thérapeutique patient également ; ces champs d'intervention sont à renforcer dans les mois qui viennent, en lien avec les professionnels de santé du 1^{er} recours. L'influence sur les séjours hospitaliers n'est pas disponible dans les statistiques à ce jour.

2 L'hypothèse du label d'hôpital de proximité vu sous l'angle financier

La réorganisation de l'offre hospitalière sur le territoire de Dinan se redéfinit, autour notamment du futur Projet médical et soignant partagé. Elle répond aux objectifs de santé du Projet Régional de Santé, elle vise à mieux répondre aux besoins de la population dans un territoire en évolution et elle doit permettre de retrouver un équilibre financier en vue de la fusion des établissements à l'horizon de deux ou trois ans. La réorganisation de l'offre dessinera le futur projet du GHT Rance-Émeraude de rénovation hospitalière complète, sur le territoire de santé breton n°6.

La transformation de l'offre hospitalière annoncée dans le plan « Ma Santé 2022 » visait à labelliser 500 à 600 hôpitaux de proximité sur le territoire. En 2016, 241 établissements de santé sont identifiés sur la liste des hôpitaux de proximité « 1^{ère} génération » mais les ordonnances concernant la mise en œuvre effective de ce label à une plus large échelle viennent de paraître.

Dans un premier temps, une analyse du modèle financier de 1^{ère} génération puis des évolutions apportées par les nouveaux textes permet de montrer l'intérêt et les limites du modèle. Dans une seconde partie, il est nécessaire d'établir un bilan succinct de la situation financière du centre hospitalier de Dinan sur les 4 à 5 dernières années afin de pouvoir projeter dans une troisième partie l'hypothèse d'un modèle financier en « hôpital de proximité » comparé au maintien dans un modèle tarifé principalement à l'activité.

2.1 Les éléments constituant le modèle financier des hôpitaux de proximité

Mis en place à l'aune de la loi HPST, le modèle dérogatoire de l'hôpital de proximité, devait limiter les effets de l'introduction du 100% de tarification à l'activité dans les hôpitaux exerçant la médecine pour maintenir une part forfaitaire garantie, tout en introduisant une valorisation à l'activité. Les dernières ordonnances parues limitent le modèle à un financement en dotation complète et occultent l'intérêt de maintenir une part de rémunération à l'activité.

2.1.1 Historique sur la mise en place des hôpitaux de proximité

La loi « HPST » du 21 juillet 2009 fait disparaître la notion « d'hôpital local » du Code de la Santé Publique (CSP). Cependant une dérogation au modèle de financement T2A se met tout

de suite en place pour ces centres hospitaliers « ex-hôpital local », avec une dotation annuelle de financement, couplée avec des mécanismes de financement mixtes.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, du 22 décembre 2014 définit les critères auxquels les établissements doivent répondre pour être inscrits sur cette liste des hôpitaux de proximité et pouvoir ainsi bénéficier d'un modèle de financement dérogatoire. Les critères retenus pour bénéficier de ce modèle sont liés à l'activité (Médecine uniquement) et aux caractéristiques socio-démographiques du territoire, avec un critère sur la sous-densité médicale dans une zone définie par un temps d'accès maximum de 20-25 min à l'établissement.

Le décret n°2016-658 du 20 mai 2016 définit clairement leur mode de financement au moyen d'une dotation annuelle (DFG : dotation forfaitaire garantie) et une dotation sur la base de critères populationnels (DOP : dotation organisationnelle et populationnelle). De plus, un complément tarifaire est mis en place pour valoriser les établissements pour lesquels la tarification à l'activité aurait permis de dégager un financement supplémentaire.

La terminologie « hôpital de proximité » reste peu usitée et de nombreux acteurs parlent encore aujourd'hui des « ex-hôpitaux locaux », la transformation vers un nouveau modèle de proximité n'est pas encore adopté dans le langage des décideurs.

2.1.2 Les évolutions apportées dans la nouvelle loi de 2019 et ses textes d'application

L'article 35 de la loi du 24 juillet 2019 sur l'organisation et la transformation du système de santé a pour objectif dans son second titre de « créer un collectif de soins autour du patient et de mieux structurer l'offre de soins dans les territoires ». A cette fin, l'article 35 avait offert au gouvernement, la possibilité de légiférer par ordonnance pour « développer une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le médico-social et renforcer la gradation des soins ».

La modification de l'article L6111-3-1 du Code de la Santé Publique indique ainsi que les missions des hôpitaux de proximité sont exercées avec la participation conjointe des structures et des professionnels de la médecine ambulatoire avec lesquels ils partagent une **responsabilité territoriale**. Ce terme a été préféré au terme de responsabilité populationnelle qui englobe une vision de la santé partagée avec le patient.

L'ordonnance et un premier décret sur le label « hôpital de proximité » viennent de paraître (ordonnance n°2021-582 du 12 mai 2021 et décret 2021-586 du 12 mai 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité), leur publication avait été ajournée par la crise Covid en 2020. Ils démontrent la volonté des pouvoirs publics d'offrir de la souplesse dans les modèles de gouvernance retenus.

La labellisation doit se faire sur la base de **réalisation de missions**. Dans sa construction, le texte souhaite permettre une adaptation selon le territoire. Ce label est à l'initiative des établissements et prononcé par le DG ARS, il peut être attribué à un site dans le cadre d'un hôpital fusionné. Les ARS ont vocation à s'emparer de la souplesse offerte pour adapter la conduite de la labellisation en fonction du contexte local.

Les textes sont cependant éclairants sur les critères à remplir pour ouvrir un dossier de labellisation. Ces critères sont de 2 natures :

Des critères socle posés au niveau national :

- Établissement autorisé en Médecine et pas en Chirurgie (sauf dérogation sur certains actes de chirurgie programmée) ni Obstétrique
- Activités obligatoires : consultations de spécialités en complémentarité avec l'offre libérale existante et accès au plateau médico-technique (biologie, imagerie et équipements de télésanté)
- Activités optionnelles : médecine d'urgence, centres périnataux de proximité, soins palliatifs notamment
- Exigences de **conventions de partenariat avec les autres acteurs du territoire** (CPTS si elles existent, autres établissements, tout autre acteur de santé).

De plus, une appréciation de critères au niveau régional sur la base du dossier de labellisation :

- Le caractère complémentaire et articulé avec l'offre « de ville », sans aspect concurrentiel,
- La réalisation des missions telles que mentionnées aux I, II et III de l'article L-6111-3-1 du code de la santé publique (cf. Annexe 4) : appui au premier recours, prise en charge des personnes vulnérables en proximité, prévention, permanence et continuité des soins
- La dimension prospective : analyse de l'état des lieux et des projets à venir.

Le financement se fait sur une nouvelle base par rapport aux éléments du décret de 2016. Il s'agit dorénavant d'un financement en deux parties :

- Garantie de financement des recettes des activités de médecine qui ne prend en compte que les évolutions positives sur un cycle pluriannuel (3 ans a priori)
- Dotation de responsabilité territoriale afin de proposer des services de proximité permettant de faciliter l'accès aux soins et de limiter le recours à l'hospitalisation.

Selon la DGOS, le cœur de la réforme est le renforcement de l'offre de proximité pertinente et le modèle de financement doit constituer un **levier de décroisement des pratiques**.

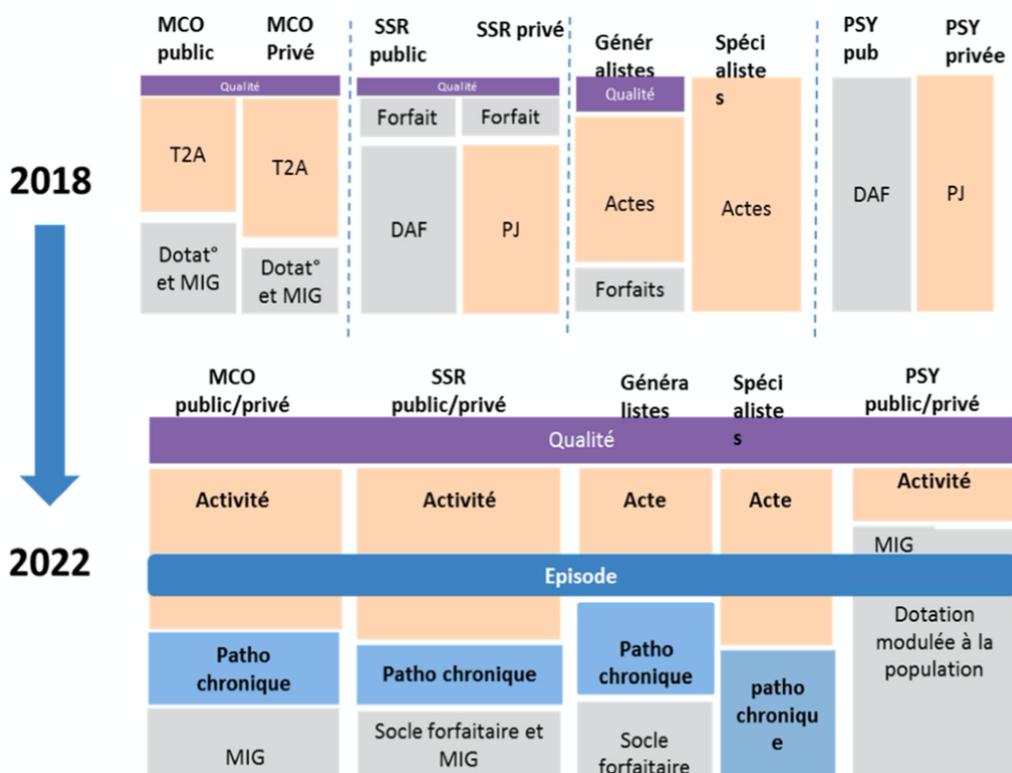
La garantie de financement est obtenue sur 3 ans, avec des cycles de révision du montant en fonction de l'évolution des recettes de médecine. Les hôpitaux déjà labellisés se voient garantir 100% de leurs recettes T2A pour 2018 et 2019.

Les modalités de financement intégreront la qualité du service rendu à la population, des critères autour de la qualité du partage d'information et de la satisfaction des patients seront élaborés. Ces indicateurs viendront moduler la garantie et la dotation au moment de leur révision.

2.1.3 La pertinence du nouveau modèle proposé au regard des évolutions des modes de financement

Le rapport final sur les modes de financement et de régulation réalisé en 2019 par Jean-Marc AUBERT, directeur de la DREES indique que « le financement est un des leviers essentiels de la transformation de l'offre de santé. Il permet d'inciter les professionnels à changer leurs comportements, par exemple pour développer la prévention, prendre le temps de la coordination, ou mieux s'assurer de l'application de standards élevés de qualité et de pertinence » (AUBERT, 2019). Il vient compléter les éléments de réforme déjà engagés par l'annonce du plan « Ma Santé 2022 » porté par le président de la République en septembre 2018. Après plus de 18 mois de crise Covid, ce rapport n'a pas encore été suivi sur tous les axes de transformation envisagés. Une réelle volonté de combiner les modes de financement, autour notamment de l'épisode de soins, ou encore de forfaits de prise en charge des maladies chroniques afin de ne pas réduire le financement à une multiplication du nombre d'actes par un tarif était présentée dans le rapport.

Le nouveau schéma envisagé se présente comme suit :



Ces nouveaux modes de financement, ont vocation à décloisonner les prises en charge entre la ville et l'hôpital. Ce système serait de nature à éviter l'effet de silos observés aujourd'hui comme le note B. Dormont dans l'entretien qu'elle a accordé à Sandra Moatti pour Alternatives économiques (Dormont & Moatti, 2018/4 n°80), « Les parcours relient les différents acteurs du soin, ici la maison de retraite, les soins de ville et l'hôpital. Dans une organisation en silos, sans communication entre les tuyaux de financement, il est très difficile de changer les choses. » Cependant, pour éviter cet effet « silos », une mise en commun des financements Assurance Maladie et Ministère de la Santé (via les ARS) est nécessaire ; or on l'a vu avec le déploiement des centres de vaccination Covid, ces deux entités ont des circuits de financement propres qui restent encore étanches aujourd'hui.

Le nouveau modèle proposé pour l'hôpital de proximité ne reprend pas cette idée d'une modulation de la part « à l'activité » comme c'était le cas dans l'hôpital de proximité de 1^{ère} génération. Dans l'ordonnance du 12 mai 2021, on ne parle plus que de dotations et de garanties de financement. Certes la pluriannualité de la garantie de financement est un enjeu qui était soulevé depuis longtemps dans les réformes envisagées, il permet de réaliser des plans globaux de financement pluri-annuel sur des hypothèses plus stables que celles projetées actuellement à partir de l'évolution des tarifs envisagée « à l'aveugle ».

Toutefois, le pôle Finances de la FHF dans sa contribution au sein de la Commission Performance, Financement, Investissement, retenait comme proposition de faire évoluer le modèle de financement à l'activité mais précisait que « tout retour en arrière vers un système de financement fondé sur des ressources indépendantes de la nature et du volume des activités réalisées est dangereux ». De plus, il est nécessaire selon ce même rapport d'introduire un principe de fongibilité entre les enveloppes de ville et hospitalières afin de permettre le financement à l'épisode de soins, en prenant en compte la responsabilité populationnelle (FHF, Pôle Finances, 2018).

2.2 L'analyse de la situation financière et budgétaire du centre hospitalier René Pléven

Comme précisé dans le rapport financier du centre hospitalier René Pléven, la situation financière de l'établissement est extrêmement dégradée.

Afin de réaliser une analyse financière succincte de l'établissement, on s'appuie dans un premier temps sur les rapports financiers 2019 et 2020 qui reprennent le suivi sur les 5 dernières années. Dans un second temps, l'analyse pluriannuelle du cycle d'exploitation permet de dégager les indicateurs principaux et de visualiser leur dégradation tout en précisant succinctement l'évolution des charges et des produits sur ces cinq années. Enfin une analyse

de l'activité réalisée permet de voir les évolutions en cours pour rénover l'offre en s'adaptant aux évolutions importantes des équipes médicales.

Comme rappelé dans le guide ANAP sur la prospective financière des établissements de santé (Agence Nationale d'Appui à la Performance, 2021), pour construire une trajectoire financière future, il est nécessaire de se pencher en premier lieu sur les éléments de diagnostic, puis d'envisager les changements de conjoncture et de structure afin de se fixer des objectifs à court, moyen et long terme et d'établir ainsi une structure financière cible.

2.2.1 Analyse de la situation financière 2016-2020

Les grands agrégats du bilan financier sont le fonds de roulement, le besoin en fonds de roulement et la trésorerie structure. Ces agrégats proviennent d'un retraitement des bilans comptables de l'établissement, issus du compte financier dans le logiciel HELIOS.

Il s'agit de retraiter les éléments de bilan comptable classique (Actif et Passif) pour faire apparaître d'une part les emplois et d'autre part les ressources. En principe, cela permet ensuite d'identifier les disponibilités de l'établissement pour réaliser des investissements.

Année	2016	2017	2018	2019	2020
FRNG*	9 318 574	2 115 497	-1 874 717	-5 339 989	-6 782 737
BFR / EFE *	6 386 626	-133 497	-4 060 490	-7 610 303	-12 854 300
Trésorerie Nette	2 931 948	2 248 994	2 185 773	2 270 314	6 071 564

Tableau 2 : Évolution de la structure financière du CH de Dinan 2016-2020 (en €)

- FRNG : Fonds de Roulement Net Global
- BFR : Besoin en Fonds de Roulement
- EFE : Excédent de Financement d'Exploitation

Comme précisé dans le rapport financier 2020 réalisé par la Direction des Affaires Financières, de la Facturation et de l'Analyse de Gestion (DAFFAG), c'est la troisième année consécutive que le fonds de roulement est négatif et la quatrième année que les retards de paiement (bascule en EFE) compensent cet état.

Dans les établissements de santé, on distingue deux éléments du fonds de roulement, le fonds de roulement d'investissement (FRI) dont l'objet premier est de financer le patrimoine immobilisé et le fonds de roulement d'exploitation (FRE), second type de ressources stables issu des résultats que l'établissement a dégagé sur son activité et des réserves et provisions qu'il a pu constituer au fil des ans. Le FRE a vocation à couvrir le Besoin en Fond de

Roulement, autrement dit permettre la constitution de la trésorerie nécessaire à la prise en compte des délais d'encaissement et de décaissement des opérations courantes.

Au 31 décembre 2020, le fonds de roulement d'exploitation continue de se dégrader pour cause de résultat à nouveau négatif, passant de -7,9 M€ fin 2019 à -10,9 M€ en 2020.

Comme précisé dans le rapport financier de 2020, l'établissement ne dispose plus d'une base de trésorerie lui permettant d'assurer ses paiements. Il se trouve contraint à différer le paiement de certaines charges, en particulier les charges fiscales. La dette fiscale s'élève à 21,6M€ en 2020.

D'autres indicateurs ou ratios sont mobilisés pour suivre le bilan financier des établissements publics de santé, ils sont mentionnés dans le décret du 14 décembre 2011 (Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2011) :

- La part de l'emprunt avec le taux d'indépendance financière
- La capacité à se désendetter avec la durée apparente de la dette
- Le niveau d'emprunt rapporté aux produits d'exploitation avec le poids de la dette

La Cour des comptes a réalisé un rapport (Chambre régionale des comptes, 2019) et rendu son avis le 8 janvier 2019, suite à une saisine par l'ARS en octobre 2018 afin de formuler un avis sur la situation financière de l'établissement. Dans cet avis, la cour :

- « Constate que la situation financière de l'établissement est critique ne lui permettant pas de payer ses dettes exigibles avec ses actifs disponibles ce qui constitue une situation de cessation de paiement ;
- Recommande un certain nombre de mesures telles que développées dans le rapport »

La Cour précise que l'activité repose essentiellement sur la médecine avec un recours plus important qu'ailleurs de la population locale aux soins, du fait notamment des évolutions démographiques. Elle préconise la fermeture du service de Gynécologie-obstétrique et une réflexion sur l'activité du bloc chirurgical et de l'unité de soins continus. Ces éléments ont été entendus et la transformation de l'offre de soins sur l'établissement a pris acte de ces recommandations, tout en poursuivant la réflexion sur l'offre chirurgicale ambulatoire.

Les impacts sur la situation financière ne pourront pas être mesurés avant 2022, date à laquelle la gestion de l'épidémie Covid devrait être entrée en phase latente. Pendant cette période transitoire, des aides conséquentes sont venues soutenir l'activité, en particulier dans le cadre de la crise Covid.

2.2.2 Analyse du cycle d'exploitation 2016-2020

L'analyse du cycle d'exploitation se fait en premier lieu sur une lecture, non pas comptable mais financière des produits et des charges comptabilisés sur l'ensemble des activités de l'établissement (cf. Rapport financier – Exercice 2020). Le centre hospitalier de Dinan dispose d'activités très variées et d'une filière gériatrique complète dont il est l'établissement support

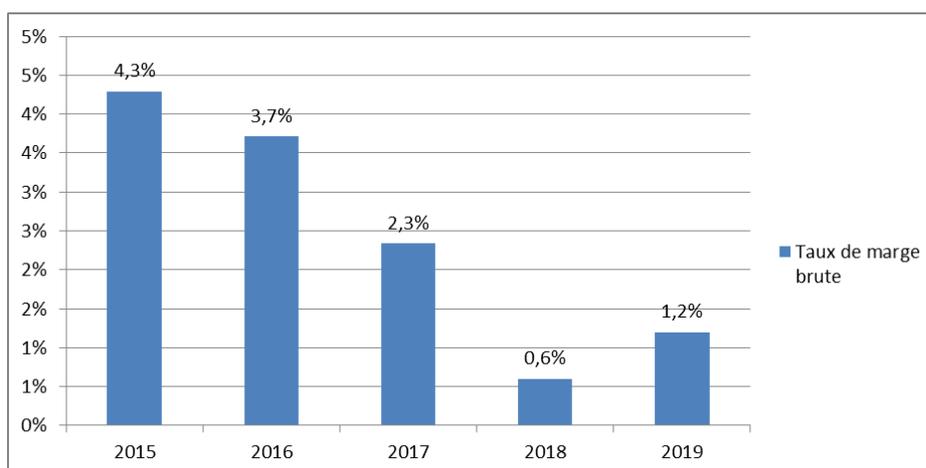
au sens de la circulaire de 2007 relative à la filière de soins gériatriques (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2007). Par ailleurs, un institut de formation en soins infirmiers et d'aide-soignants est également géré par l'hôpital.

Son compte de résultat est donc constitué de :

- Un compte de résultat principal pour l'activité MCO / SSR
- Un compte de résultat pour l'USLD
- Un compte de résultat pour les EHPAD
- Un compte de résultat pour les écoles IFSI/IFAS

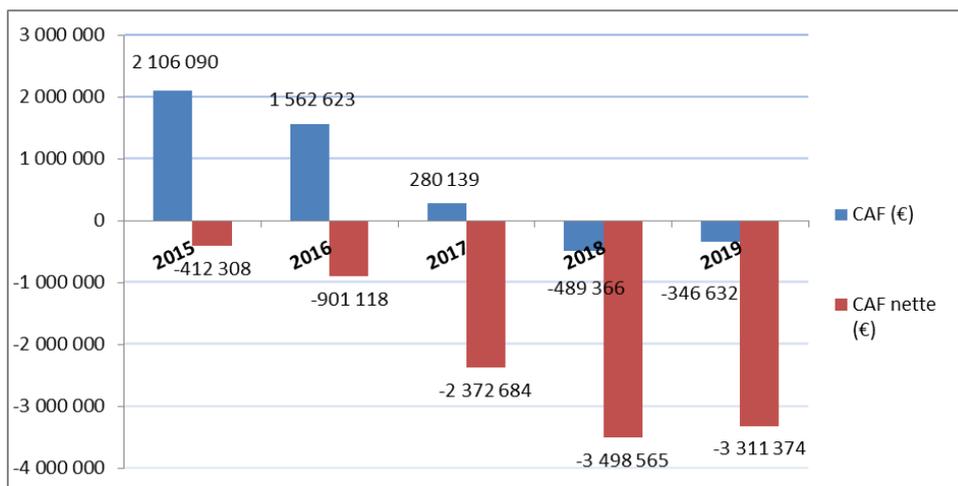
L'ensemble des produits et des charges de ces différents comptes est utilisé pour calculer les deux indicateurs principaux de pilotage du cycle d'exploitation.

1. La marge brute en principe, traduit l'efficacité de la gestion de l'exploitation courante, il faut toutefois distinguer la marge brute aidée et non aidée pour bien identifier si la structure de l'activité courante permet d'absorber les conséquences de la politique d'investissement (la marge brute non aidée doit au moins couvrir les frais financiers et les dotations aux amortissements). On utilise souvent le taux de marge brute qui correspond à la marge brute rapportée aux produits d'exploitation.



Pour 2020, le taux de marge brute est remonté à 2,84%

2. La capacité d'autofinancement qui permet d'aller au-delà de la vision comptable et budgétaire issu du résultat de l'exercice. Elle donne en effet un visuel sur la trésorerie que dégagerait le cycle d'exploitation si les délais d'encaissement et de décaissement restaient stables. Elle a vocation à assurer le remboursement de la dette puis les investissements (CAF nette).



Graphique : Capacité d'autofinancement brute et nette 2015-2019

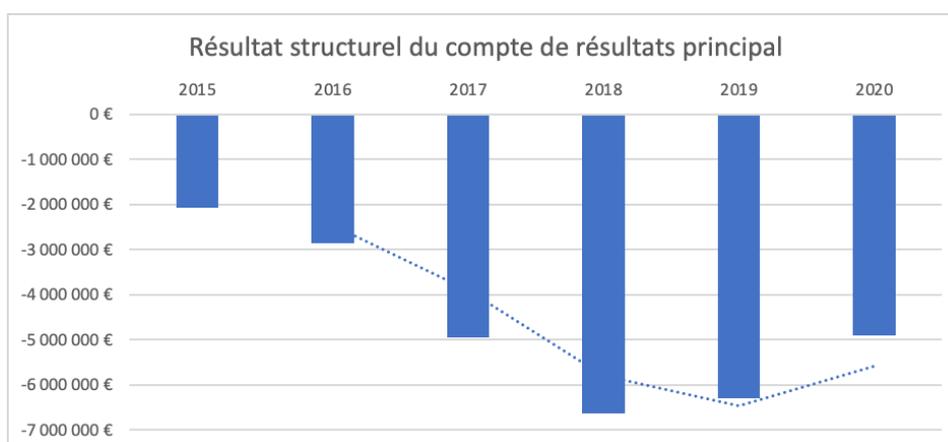
Pour 2020, la CAF est repassée en positif avec 1,52M€.

Pour le centre hospitalier de Dinan, ces deux indicateurs sont extrêmement dégradés depuis 2017 avec un taux de marge brute non aidée et un taux de CAF hors aides négatifs.

Or la CAF nette se doit d'être toujours positive selon les principes de soutenabilité dans le temps. Bien que la tendance soit à l'amélioration, l'analyse fine de la constitution du résultat comptable est nécessaire pour établir une trajectoire financière à venir.

En premier lieu, on peut analyser les éléments constitutifs du résultat global en différenciant les éléments issus du compte de résultat principal (activité sanitaire MCO et SSR) des autres activités.

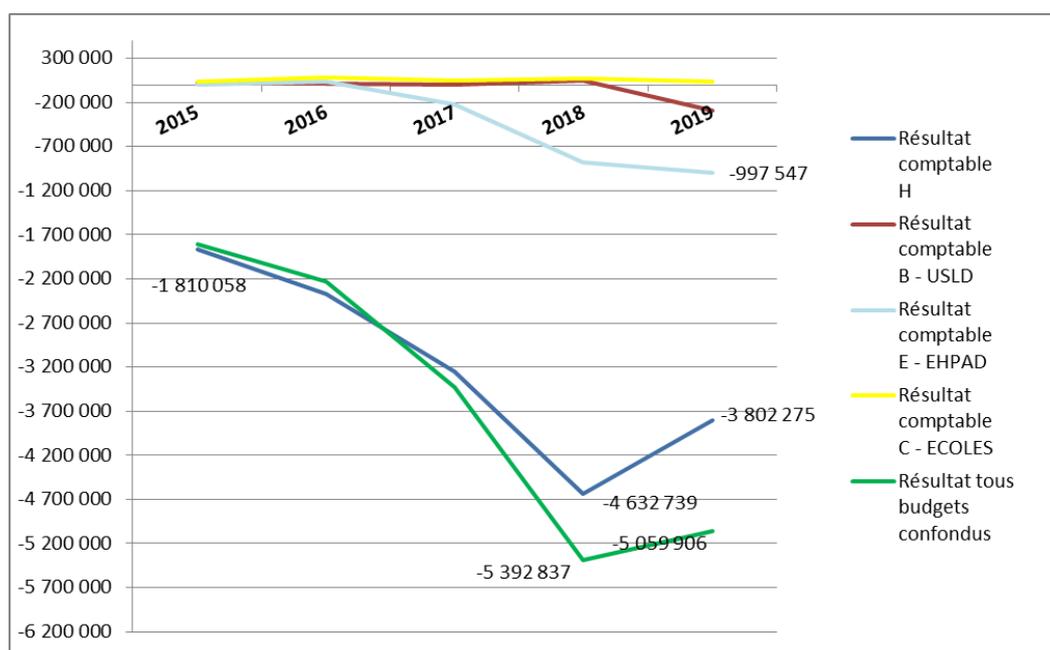
Afin d'analyser la structure du résultat, il est intéressant d'établir une évolution pluri-annuelle du résultat du compte principal, retraité hors aides ARS, cessions et reprises provisions sans objet dit « résultat structurel ».



On constate une forte dégradation du résultat structurel principal entre 2015 et 2018 puis une tendance au redressement en 2019 et 2020. L'année 2020 doit être analysée avec une grande prudence car les recettes valorisées à hauteur de l'activité auraient été bien inférieures aux

recettes reçues par le biais de la garantie de financement. L'année 2021 sera également à analyser avec prudence en termes de recettes puisque la garantie de financement va se maintenir sur un niveau d'activités correspondant à l'année 2019. L'atterrissage budgétaire est à préparer pour 2022 afin d'anticiper au mieux les recettes réelles d'activité envisageables lorsqu'on va reprendre une tarification à l'activité en médecine et chirurgie. La transformation de l'offre actuellement en cours est de nature à faire évoluer les recettes.

De façon plus générale, l'analyse du résultat global démontre une tendance haussière entre 2018 et 2019 qui s'est confirmée entre 2019 et 2020 avec un résultat comptable tous budgets à - 2 149 835€ au 31/12/2020.



Graphique : Évolution des comptes de résultats du centre hospitalier de Dinan 2015-2019

Cependant, les comptes de résultat USLD et EHPAD se sont dégradés ces deux dernières années ce qui n'a pas aidé au redressement de la situation globale malgré la tendance haussière du compte de résultat principal.

En 2020, le compte de résultat EHPAD est resté stable à -992 988€, en sous exécution par rapport au prévisionnel (-800k€), ce résultat représente 6,5% des produits, participant pour près d'1M€ au déficit structurel de l'établissement. Concernant le compte USLD, le résultat 2020 est de nouveau négatif mais en redressement à -215 503€, soit 6% des produits.

Ces activités font l'objet d'une tarification spécifique et doivent être analysées dans le cadre de la filière gériatrie pour trouver les leviers d'amélioration des recettes et de diminution des charges éventuellement.

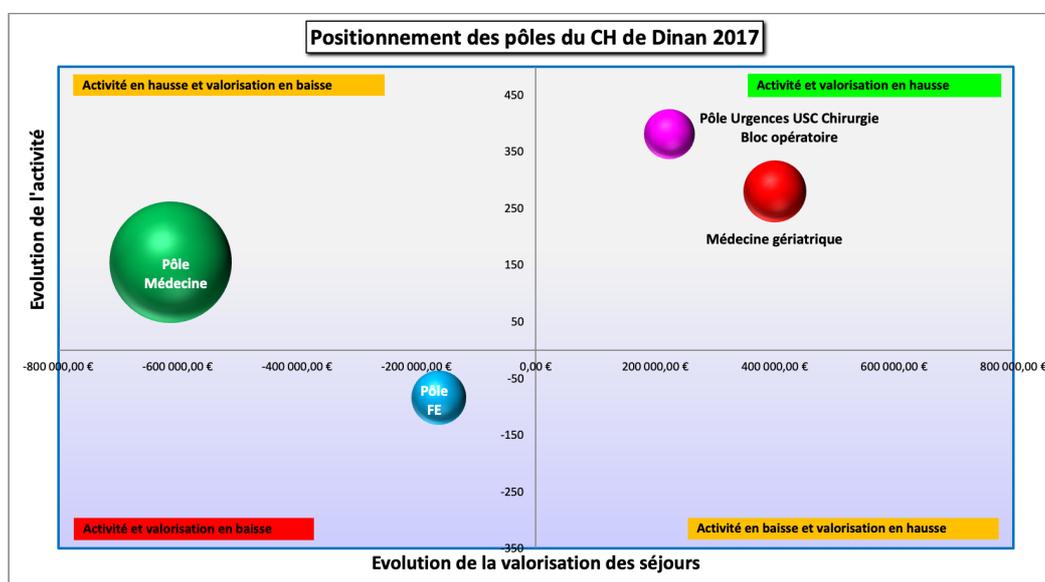
2.2.3 Analyse de l'évolution de l'activité MCO 2016-2020

La DAFFAG réalise chaque année un rapport d'activité reprenant des éléments graphiques qui permettent de visualiser l'évolution de l'activité d'une année sur l'autre. Il est intéressant de reprendre ces éléments graphiques pour analyser les évolutions pluriannuelles et identifier les leviers possibles pour transformer l'activité tout en restant sur une tendance haussière.

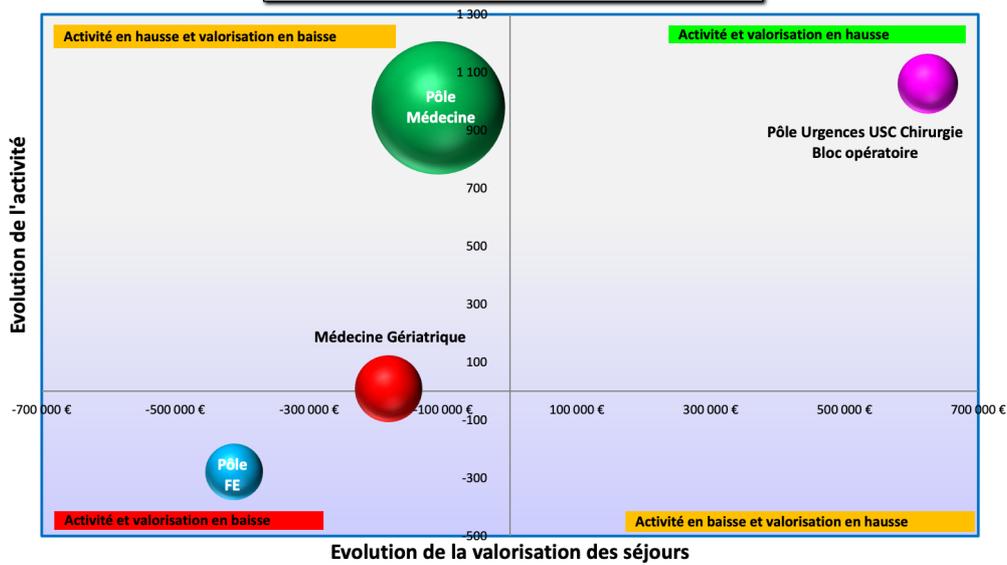
Ces graphiques se lisent aisément car ils sont divisés en 4 zones ou « quartiers » qui permettent de distinguer différents types d'évolutions :

1. En haut à droite, zone verte « Activité et valorisation en hausse »
2. En haut à gauche, zone orange « Activité en hausse et valorisation en baisse »
3. En bas à droite, zone orange « Activité en baisse et valorisation en hausse »
4. En bas à gauche, zone rouge « Activité et valorisation en baisse »

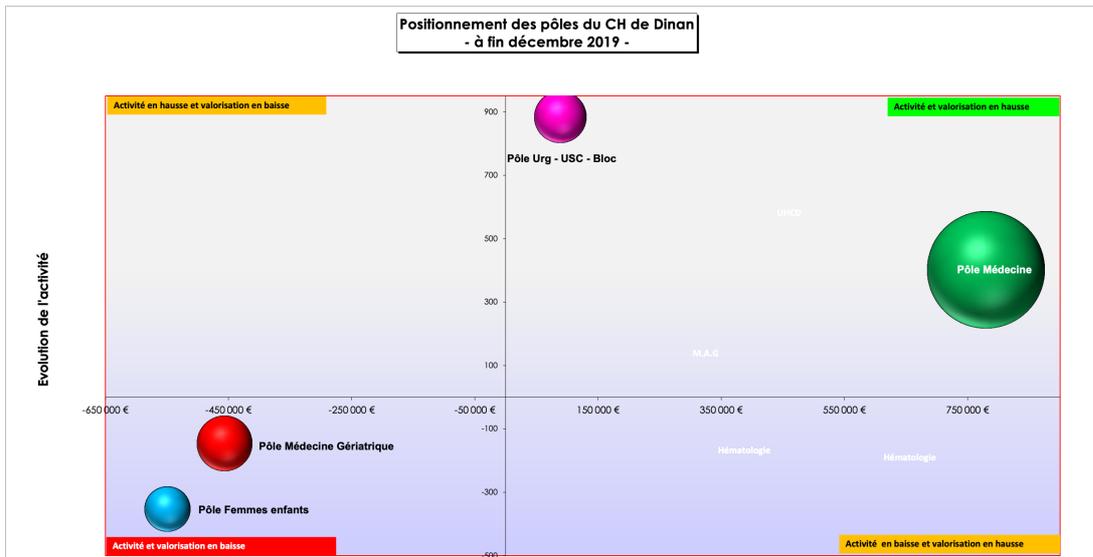
Il s'agit d'une lecture de la valorisation « T2A complète » qui ne correspond pas aux recettes réellement perçues mais qui permet d'analyser les éléments autour notamment du nombre de séjours réalisés et du case-mix traité. Une analyse fine doit cependant être menée pour identifier l'origine des évolutions d'une année sur l'autre. Les éléments saillants sont identifiés dans les rapports d'activité mais les pôles disposent d'une lecture plus approfondie possible s'ils le souhaitent.



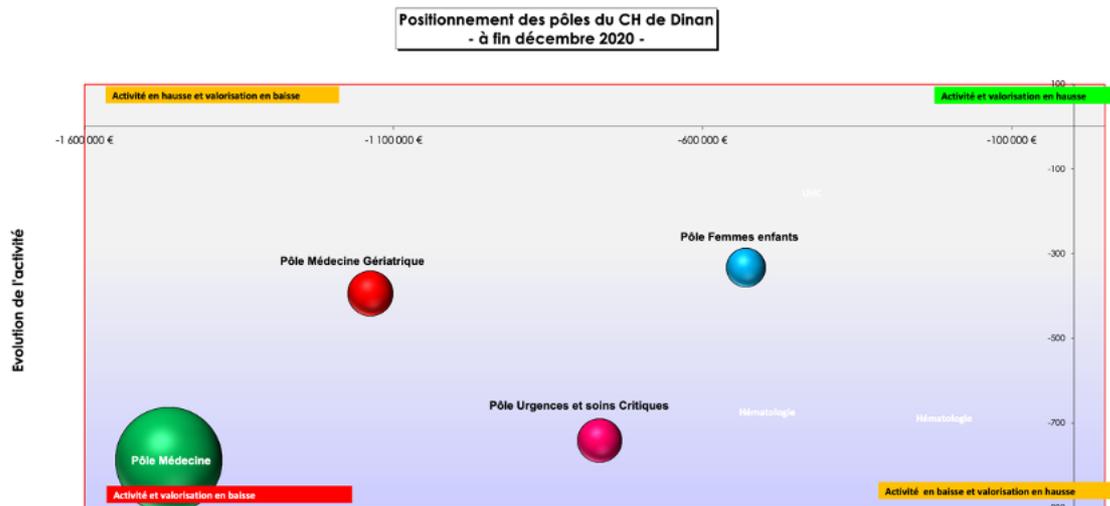
Positionnement des pôles du CH de Dinan 2018



Positionnement des pôles du CH de Dinan - à fin décembre 2019 -



L'année 2020 apparaît comme une année particulière ; le contexte de crise sanitaire a mis à mal une transformation de fond en cours. Les activités ambulatoires ont continué à se développer pour proposer une offre de consultations et d'hôpital de jour mais les difficultés de capacité d'hospitalisation, notamment à cause de la mise en place de lits « dédiés » au Covid n'ont pas permis de maintenir une tendance haussière sur la médecine. L'année 2021 apparaît comme une année charnière pour un possible rebond, autour d'activités à fort potentiel comme l'addictologie ou la rhumatologie.



Globalement sur les quatre dernières années, on observe une diminution progressive de l'activité sur le pôle Femme-Mère-Enfant, cette tendance est liée notamment à une baisse progressive de l'activité d'accouchements, qui a abouti fin 2020 à la fermeture de la maternité « accouchante ». La dynamique à créer sur ce pôle concerne aujourd'hui l'activité du Centre de Périnatalité de Proximité (CPP) qui répond à un besoin de la population, notamment en termes de suivi de grossesse, mais aussi d'activités pédiatriques. L'offre libérale en pédiatrie est très limitée sur le territoire de l'EPCI de Dinan. De plus le pôle Femme-Mère-Enfant est devenu un pôle inter-établissement depuis peu et cela permet de créer une dynamique multi-sites avec une équipe médicale renouvelée et l'arrivée de 3 jeunes médecins exerçant sur les deux sites.

L'activité de médecine gériatrique a fortement baissé en 2020, avec une dégradation depuis 2017 cependant. Cette réduction du nombre de séjours est due, en 1^{er} lieu, à la fermeture de lits de court séjour gériatrique faute de pouvoir assurer l'encadrement médical adapté. Comme le précise la présidente de la Commission Médicale d'Établissement du CH de Dinan, « l'hôpital a évolué depuis un ou deux ans, en raison notamment de grandes difficultés aux Urgences, la sollicitation des médecins spécialistes et gériatres pour participer à la permanence des soins a démobilisé une partie des équipes médicales ». Un nombre important de médecins a quitté l'établissement, notamment en gériatrie. Cette difficulté est prégnante et le chef de pôle de Gériatrie précise que le recrutement de médecins dépend beaucoup de l'organisation de la permanence des soins. Il indique notamment que cela « ne doit pas reposer uniquement sur les praticiens hospitaliers ». Il a engagé une action forte vers les médecins généralistes de ville et les maisons de santé pluriprofessionnelles notamment, en vue de rendre plus lisible l'offre hospitalière et de créer des liens permettant de renforcer la coordination entre la ville et l'hôpital au bénéfice du patient. Ce travail est mené dans le cadre du projet répondant à la mesure 5 du Pacte de Refondation des urgences (cf. partie 3), visant à limiter le passage des personnes âgées dans les services d'accueil d'urgence. Il indique

cependant que les lits d'hospitalisation en proximité, accessibles en entrée directe, sont essentiels, et le plateau médico-technique qui les accompagne doit être dimensionné pour répondre aux besoins des patients gériatriques non réanimatoires.

2.3 La réalisation d'un PGFP selon l'hypothèse d'un financement en « hôpital de proximité »

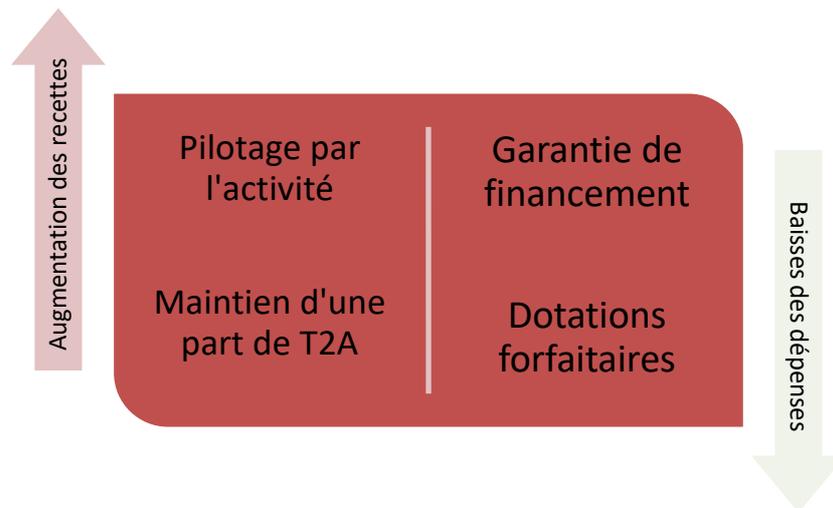
2.3.1 Principe de réalisation du PGFP

En principe le plan global de financement pluriannuel (PGFP) est fixé pour 5 ans et peut être projeté sur une durée plus longue en cas d'investissement majeur. Le PGFP est soumis à validation par l'ARS et le dialogue de gestion préalable permet de se mettre d'accord sur les investissements envisagés. Ensuite, l'établissement va établir un processus itératif lui permettant, avec les outils de simulation du PGFP, de définir ses objectifs et sa trajectoire financière pluri-annuelle. Un objectif de trésorerie est en principe fixé et doit couvrir 3 à 4 semaines de dépenses d'exploitation. Des niveaux de résultats et de CAF sont attendus conformément aux éléments réglementaires fixés dans l'article D6143-39 du code de la santé publique, si on ne les respecte pas le directeur de l'ARS se doit de demander au directeur de l'établissement un plan de redressement.

Depuis plusieurs années, le centre hospitalier de Dinan se trouve dans une situation où ses ratios financiers exigent un redressement de la situation. L'ARS en lien avec la direction générale du GHT suit de près l'évolution de la situation. De nombreuses actions ont été menées par l'établissement pour tenter de rétablir l'équilibre ; un changement organisationnel profond est en cours. La crise Covid a accentué certaines difficultés tout en favorisant des coopérations et collaborations dans le territoire, tout à fait inédites. Elle a surtout empêché de stabiliser une trajectoire et mis à mal toutes les projections réalisées avant la crise.

Le schéma de trajectoire à dessiner aujourd'hui doit tenir compte d'une fusion prochaine des établissements Saint-Malo et Dinan, cependant comme préconisé par la cour des comptes en 2019 (Chambre régionale des comptes, 2019), celle-ci ne doit pas s'opérer tant que la situation financière de l'établissement de Dinan n'est pas éclaircie. Une trajectoire financière sur 2 ou 3 ans semble donc plus adaptée qu'une longue trajectoire sur 10 ans. Elle doit s'appuyer sur des projets médico-soignants portés par les équipes en place (Pôle Médecine ; Pôle Gériatrie) et soutenus par les équipes inter-établissements (pôle Urgences & soins critiques, Pôle Femme-Mère-Enfant).

L'objectif qui peut être poursuivi aujourd'hui pour la trajectoire financière est d'aller vers une **CAF nette positive**. En 2020, bien que sur une trajectoire haussière le taux de CAF retraité des aides, restait négatif à -1,5% constituant encore une incapacité d'autofinancement.



Principes de financement selon le modèle retenus / Leviers d'actions

Les leviers possibles pour redresser la situation sont de 2 natures, une augmentation des recettes en misant sur la croissance de certaines activités ou une diminution des charges en réduisant les coûts.

2.3.2 PGFP selon l'hypothèse d'un « hôpital de proximité »

A) La garantie de financement pluriannuelle, le retour d'un système ancien mais rénové

Le schéma de financement des hôpitaux de proximité maintiendrait une hypothèse de financement similaire à celle qui a été observé sur 2020 et 2021 à savoir une « garantie de financement », calculée non pas sur les recettes globales mais uniquement sur les activités de médecine de l'établissement. Ce schéma a le mérite de stabiliser des recettes connues pour 3 ans, il induit une logique d'adaptation des charges en regard des recettes prévues. Cependant, ces recettes ne concernent que l'activité sanitaire or le compte de résultat du centre hospitalier de Dinan est aussi constitué d'un compte de résultats annexe concernant les 2 EHPAD gérés par le centre hospitalier. En 2020, le compte de résultat EHPAD participe pour près d'un million d'euros au déficit de l'établissement. Dans le schéma de financement des hôpitaux dits « de proximité », les EHPAD ne sont pas mentionnés, ils sont financés de façon annexe et selon une autre logique, issu de la co-gestion ARS/Département. Cependant, les établissements « de proximité » sont fréquemment associés ou englobent dans leurs activités, une activité d'EHPAD.

Sur le centre hospitalier de Dinan, le pôle Gériatrie pilote les 2 EHPAD, tout comme l'activité d'USLD qui dispose elle aussi d'un compte de résultat annexe. Cette gestion budgétaire distincte ne rentre pas dans la logique de gestion de pôle, en particulier lorsque ce pôle répond à des modes de financement différents. Or les dépenses de personnel en particulier sont gérées à l'échelle des pôles, des transferts s'opèrent régulièrement entre le secteur Médecine et le secteur médico-social ce qui ne facilite pas le suivi d'indicateurs pertinents. Comme le

précise Robert Holcman (Holcman, 2016/4 n°60), la reddition des comptes des établissements de santé est complexe car les interlocuteurs sont multiples et avec des exigences différentes voire des conflits d'objectifs.

Ce mode de financement dit « du budget global » conduit à un maintien des recettes, cela nécessite donc une réduction des dépenses pour retrouver un équilibre budgétaire. Les évolutions de charges doivent prendre en compte tous les types de charge et traiter de façon distincte les activités qui sont budgétairement séparées.

Selon le chef de pôle de Gériatrie interrogé dans le cadre de ce travail, « je trouve que la dotation globale, elle nous bloque sur notre développement », il est nécessaire selon lui de créer un système d'intéressement, de reconnaître le travail fait autour de l'amélioration de la prise en charge. Il précise « je suis contre la T2A à 100% car on ne se pose plus la question, on réalise les examens sans aller vers les autres médecins ayant participé à la prise en charge ». Cependant, il estime qu'une part de revenus liés à la qualité de la prise en charge doit être possible. « On souhaite développer l'hospitalisation de jour en SSR pour le bien-être des patients pris en charge mais on nous a dit, c'est en dotation globale cela ne changera rien, ce n'est pas hyper motivant ! ».

B) La mise en place d'une dotation de responsabilité territoriale : une enveloppe indéterminée et des critères encore en construction

L'élément clé sur le nouveau mode de financement de l'hôpital de proximité repose dans la mise en place d'une « dotation de responsabilité territoriale ». Cette dotation a vocation à financer le maintien d'une activité hospitalière de proximité répondant aux besoins de la population. Elle repose sur des exigences de coopération avec la médecine de ville, en vue d'offrir la « juste réponse » hospitalière sur le territoire de vie-santé. Elle n'est pas chiffrée aujourd'hui et de nombreux acteurs craignent de voir cette enveloppe trop réduite pour répondre à sa vocation. On peut prendre en exemple l'enveloppe IFAQ (Incitation Financière à l'Amélioration de la qualité), généralisée à tous les établissements de santé depuis le décret n°2015-1866 du 30 décembre 2015 relatif au financement de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Selon une étude du réseau CCEQA (Le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Nouvelle-Aquitaine) réalisée en 2020, cette enveloppe est aujourd'hui limitée et a représenté en moyenne 0,34% des recettes des établissements. A cette hauteur, cela ne permet pas de réel effet de levier. Comme le mentionne la FHF dans ces travaux, il est à craindre que l'enveloppe dédiée à cette « dotation de responsabilité territoriale » ne permette pas de couvrir les travaux engagés pour aller vers une co-construction avec les professionnels de santé de 1^{er} recours ou encore les établissements d'aval.

2.3.3 Principe de réalisation du PGFP en maintenant une part de T2A

Le maintien d'une part de recettes liées à l'activité semble un point clé pour pouvoir réaliser un pilotage médico-économique avec les pôles concernés, en particulier les deux pôles de Gériatrie et de Médecine propres à l'hôpital de Dinan.

Par ailleurs, le CH de Dinan va bénéficier d'aides dans le cadre du Ségur, liées à la restauration des capacités de financement. Cela va permettre de faire évoluer les ratios d'endettement et d'améliorer le taux d'indépendance financière mais ces aides n'ont pas un effet direct sur la CAF. Comme précisé dans le bulletin Santé – Protection sociale – Solidarités du 16 août 2021 (Ministère des solidarités et de la santé, 2021), la trajectoire financière doit être assainie et doit veiller à la maîtrise de l'endettement et à l'amélioration financière globale. La définition du niveau d'aides octroyées pour 2022 est un point clé du redressement financier.

3 Transformer l'offre hospitalière sur un territoire vieillissant mais innovant

La transformation de l'offre hospitalière sur le bassin de Dinan doit passer par un rapprochement avec les acteurs de soins primaires et les structures externes. Au travers d'un projet en cours de montage, nous pouvons voir que la coopération et les outils numériques doivent permettre d'envisager une offre hospitalière renouvelée selon des schémas novateurs et décloisonnés.

3.1 Les coopérations externes et la télémédecine avec les structures d'aval

Le renouvellement des activités de soins sur le centre hospitalier doit s'appuyer notamment sur le développement de coopérations avec des structures externes sur le territoire du TS6-22 et sur l'accroissement de l'offre d'E-santé.

3.1.1 Coopérations avec les structures externes

Le groupement hospitalier Rance-Émeraude s'est lancé dans une politique de rénovation de ses accords de coopération en 2019 puis 2020. En effet, suite à la signature de la convention constitutive du GHT Rance-Émeraude et dans la logique de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire, des structures hors GHT se voient doter d'un statut particulier grâce à ces coopérations renouvelées. Dans le document de la DGOS « 12 points clés sur les partenariats avec les établissements privés » (Direction Générale de l'Offre de soins, 2017), on retrouve cette synthèse :

	PARTIE	ASSOCIÉ	PARTENAIRE
Établissements publics de santé dont CHU dont CH autorisés en psychiatrie	Obligatoire	Obligatoire Facultatif	
Établissements publics médico-sociaux	Facultatif		
Hôpitaux des armées		Facultatif	
Établissements exerçant une activité d'hospitalisation à domicile (HAD)	Obligatoire si HAD publique	Obligatoire	
Établissements de santé privés			Facultatif

 PROJET MÉDICAL PARTAGÉ + MUTUALISATIONS	 PARTICIPATION À L'ÉLABORATION DU PROJET MÉDICAL PARTAGÉ (tout ou partie)	 ARTICULATION DU PROJET MÉDICAL DE L'ÉTABLISSEMENT PRIVÉ AVEC LE PMP POSSIBILITÉ D'ENVISAGER UNE PARTICIPATION AU PMP
--	---	--

Pour le GHT Rance-Emeraude, un certain nombre de structures privées du territoire ont été identifiées comme **partenaires** possibles lors de la mise en place du 1^{er} projet médico-soignant partagé. Les partenariats étaient existants mais demandaient à être renforcés afin de mettre en place une co-construction des futurs projets médicaux et soignants des établissements du GHT et des structures externes.

Afin de formaliser ces partenariats, des conventions-cadre ont été rédigées et permettent de décliner des fiches thématiques ayant vocation à participer du projet médico-soignant partagé des différents établissements. En décembre 2020, un accord-cadre a été signé entre le CH de Dinan et la Fondation Saint Jean de Dieu, établissement psychiatrique de secteur pour le TS6-22. Cet accord et les fiches thématiques qui y sont associés ont vocation à être revus annuellement pour s'assurer de sa mise en place opérationnelle dans la prise en charge. Pour 2022, un travail avec le centre hospitalier de Saint-Malo sera à mener, en vue de d'articuler les prises en charge psychiatriques entre secteurs différents, sur le territoire de santé breton n°6, en particulier pour la population infanto-juvénile.

En 2021, deux autres établissements ont été sollicités pour la rédaction de convention-cadre permettant de formaliser leur statut de partenaire au GHT : l'hôpital et la résidence Arthur Gardiner de la Fondation Partage et Vie sur Dinard et l'établissement HSTV (Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve) de Baguer-Morvan. Ces partenariats forts sont de nature à permettre de mieux articuler les projets médico-soignants, en particulier pour fluidifier les parcours entre l'hôpital et les structures d'aval (SSR, EHPAD). Ce sont surtout les fiches thématiques par filière de prise en charge qui traduisent la coopération médico-soignante de façon opérationnelle. Ainsi des fiches thématiques sur la psychiatrie du sujet âgé ont été rédigées et vont être signées entre les acteurs du pôle Psychiatrie de l'hôpital de Saint-Malo et des établissements de Dinard et de Baguer-Morvan. D'autres fiches thématiques vont voir le jour au fil des liens qui se tissent entre les structures. Comme évoqué par Mintzberg (Glouberman & Mintzberg, 2001), il s'agit de traverser le rideau « de la prise en charge aigüe » et de faire dialoguer l'hôpital avec les structures d'aval mais également avec les soins de ville.

3.1.2 Coopérations avec la médecine de ville

Dans le cadre du lancement de la réflexion sur le futur projet de reconstruction du groupement hospitalier Rance-Emeraude, le directeur général a initié des rencontres multiples avec les élus locaux, avec les représentants de patients, une recherche a été lancée avec le soutien de l'EHESP pour définir un projet de santé public de territoire. Ce travail a déjà permis de réunir les représentants des soins de 1^{ère} ligne, en invitant les représentants des CPTS en place, mais également des médecins de ville du secteur de Dinan dont l'un est universitaire et représentant de la maison de santé pluriprofessionnelle de Quévert Cette instance « Ville-

hôpital » s'est réunie 4 fois entre mars et juin 2021 et va poursuivre ses travaux à la rentrée 2021 en vue de définir des axes de coopération permettant de construire ce projet médico-soignant de territoire. Le premier travail portait sur la définition des besoins des professionnels de santé et il a permis d'établir un questionnaire pour les acteurs de santé de 1^{er} recours, de plus une démarche d'interviews auprès des médecins, soignants et professionnels des soins primaires a été engagée et un questionnaire destiné à la population générale a été élaboré.

Dans le cadre de mon travail, je suis allée interviewer ce médecin porteur de projets collaboratifs sur le secteur de Dinan, avec le médecin du GHT en charge du parcours « ville-hôpital ». Le point clé qui ressort de cet échange est de « se connaître », pour co-construire entre les professionnels de 1^{ère} ligne, et l'hôpital, il est nécessaire « de se faire confiance et de se parler de vive voix ». Pour cela, la connaissance des champs d'actions et des compétences de tous les acteurs est un pré-requis, il est intéressant d'identifier précisément ce que propose l'hôpital en termes d'offres de soins, les médecins changent et se renouvellent à l'hôpital. De nouvelles compétences peuvent se présenter et doivent être connus des professionnels de santé de 1^{ère} ligne afin d'assurer un adressage pertinent.

Comme précisé dans le manifeste pour un système de santé organisé publié par le collège de médecine générale en 2019 (Collège de médecine Générale, 2019), « la collaboration entre la ville et hôpital ne peut s'exercer pour le plus grand bénéfice du patient que si les missions des différents secteurs sont complémentaires, sans se superposer ni se concurrencer ».

Pour aller vers un adressage plus pertinent des patients à l'hôpital et limiter les hospitalisations depuis le service d'accueil d'urgences, il est important de créer des liens avec les acteurs des soins primaires. Le médecin généraliste interviewé dans la MSP de Quévert précise que le filtre qui s'opère par le biais des secrétariats médicaux des spécialistes hospitaliers en justifiant les demandes par écrit est chronophage et délétère. « La saturation des activités de consultation hospitalière, aboutit à : on ne fait plus confiance aux motifs d'adressage du médecin généraliste ». Il insiste sur la nécessité de trouver des espaces d'échanges pour se parler.

3.1.3 Développement des outils d'E-santé

La crise Covid a révélé tout l'intérêt des outils de télémédecine pour réussir à maintenir une offre de consultations à distance et a encouragé les médecins et les professionnels de santé à s'initier à ces nouvelles techniques. Cette offre hospitalière « à distance » représente un intérêt pour certains patients ou encore certaines spécialités.

Dans le cas des résidents d'EHPAD, ou des personnes en situation de handicap, la proposition de téléconsultations est un atout pour surmonter la limitation de l'accès aux soins liée aux difficultés de déplacement. Un médecin-gériatre du CH de Dinan, spécialisée sur les plaies et

cicatrisation a développé cette offre durant le premier confinement. Cela a permis à des résidents de bénéficier d'avis d'experts et aux professionnels de santé qui les accompagnent de mieux les prendre en charge. Cependant, les outils utilisés pour ces téléconsultations sont déterminants pour la qualité de l'offre de soins. Elle précise que la « qualité de l'image » est un élément-clé pour assurer une consultation pertinente. Cet élément est à prendre en compte dans le déploiement de l'offre et les investissements qui seront faits, notamment dans les établissements sociaux et médico-sociaux doivent être pertinents au regard des exigences techniques de ces pratiques. Sans un accompagnement soignant de qualité et bien formé, cette offre de télé-consultations risque de ne pas remplir son objectif. Cela va de pair avec le renforcement des équipes mobiles hospitalières qui peuvent se rendre dans les structures pour former les professionnels de santé sur place à l'usage. De plus, il est important que cette offre de télésanté se développe dans un cadre complémentaire à l'offre physique. Comme l'indique le médecin généraliste en MSP, on est d'autant plus enclins à solliciter une téléexpertise que l'on connaît le médecin spécialiste sollicité et que l'on a également un accès direct téléphonique quand cela est nécessaire.

Par ailleurs, il est important de mentionner les outils de partage d'informations médicales qui remplissent aussi un grand rôle pour assurer une meilleure coordination entre les acteurs des soins primaires et les professionnels hospitaliers. A la faveur de la crise Covid, le territoire de santé n°6 a développé son usage de l'outil « Globules », porté en Bretagne par le GCS E-santé Bretagne sous l'appellation Mobil'e TY. Cette application a été adoptée par les professionnels de soins primaires car elle permet de partager aisément des informations sur un patient et est très largement mobile car utilisable sur un téléphone portable. Elle est utilisée par les acteurs du domicile notamment pour assurer un lien rapide et souple avec les médecins généralistes. Dans le cadre du développement d'une cellule de coordination des retours à domicile (voir § 3.2.5), l'IDE en charge de cette cellule qui travaille en intra-hospitalier dispose, elle aussi, de cet outil pour faciliter le dialogue avec les acteurs de la prise en charge au domicile.

La transformation de l'offre est en cours mais le développement des usages se fera sous réserve d'un accompagnement fort des professionnels. Comme pour les partenariats, ce sont les professionnels de santé qui sont garants de la prise en main de ces nouveaux outils. La direction se doit d'être facilitateur en promouvant les projets de développement des outils et en apportant le soutien financier et stratégique nécessaire. Ce mode de pilotage par projet, est une voie de développement d'un suivi médico-économique plus rapproché auquel j'ai pu participer via le projet « Mesure 5 » sur le centre hospitalier de Dinan.

3.2 L'exemple du projet « Mesure 5 du pacte de refondation des urgences » porté par le Pôle Gériatrie du CH de Dinan

3.2.1 Contexte du projet

Le projet dit « Mesure 5 » a été initié suite à un appel à projets lancé par l'ARS Bretagne dans le cadre du déploiement des financements liés au Pacte de refondation des urgences, présenté par la ministre des solidarités et de la santé le 9 septembre 2019. Ce pacte est né suite à la mission menée par le député Thomas Mesnier et le professeur Pierre Carli en vue de proposer des solutions pour sortir de la crise profonde que connaissent les services d'accueil d'urgence et répondre aux revendications du collectif inter-urgences qui demande des moyens pour y faire face. Douze mesures sont annoncées et des moyens à hauteur de 754 millions d'euros sont prévus dans ce pacte. La mesure 5 est intitulée : « Généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences ».

Suite à la parution de ce pacte (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019), les ARS ont lancé en 2020 des appels à projets pour permettre la mise en place de solutions adaptées en territoire. L'ARS Bretagne a lancé cet appel à projets à l'été 2020, après la première phase de la crise Covid. L'axe retenu pour la mise en place de ce projet était d'impliquer de nombreux acteurs du territoire autour des hôpitaux support de filière gériatrique. En effet la mesure se décline selon deux axes, réduire au maximum l'entrée en hospitalisation des personnes âgées par le service d'accueil des urgences et renforcer la prise en charge médicale et soignante dans les EHPAD, en impliquant notamment des infirmières à compétences élargies. La mesure 5 est une mesure importante car elle est accompagnée à hauteur de 175 millions d'euros soit plus de 20% de l'enveloppe annoncée. Elle fait partie d'un corpus de mesures reprises dans le pacte de refondation des urgences, dont la mesure 7 qui annonce la réforme du régime des autorisation de médecine d'urgence pour transformer l'offre pré-hospitalière mise en place dans les SAMU et les SMUR afin de mieux utiliser les compétences rares en graduant les services d'urgence.

3.2.2 Lettre d'engagement des acteurs pour le projet « Mesure 5 » sur les deux établissements porteurs de filière gériatrique

Les deux centres hospitaliers de Dinan et Saint-Malo sont porteurs d'une filière gériatrique ; les deux établissements ont donc répondu à l'appel à projets en présentant une lettre d'engagement co-signée des acteurs du territoire.

Le centre hospitalier de Dinan s'est engagé avec des acteurs du territoire de l'EPCI de Dinan, correspondant notamment aux établissements sociaux et médico-sociaux du réseau RAMSES.

La crise Covid a été l'occasion de nouer des liens forts sur le territoire, tant sur la partie dite TS6-22 que sur la partie TS6-35 et ces liens se sont traduits, au travers du projet « Mesure 5 » par la signature d'une lettre d'engagement co-signée des différents acteurs pour chaque sous-territoire.

3.2.3 Mise en place d'un contrat de projet

Pour l'établissement de Dinan, la DAFFAG a souhaité initier la signature d'un « contrat de projets », j'ai participé à la réalisation et à la signature de ce contrat dans le cadre de mon stage sur le GHRE. Ce contrat de projets est mis en place et fait partie du déploiement d'une politique de pilotage médico-économique renouvelée. Il s'agit avant tout de permettre aux équipes de suivre avec des indicateurs d'activité, le retour sur investissement des moyens qui sont alloués au projet. Pour le projet « Mesure 5 », ce contrat a permis de définir les moyens humains qui vont pouvoir travailler sur le montage concret du projet. En effet, l'appel à projets se déroule en 2 temps et les premiers crédits alloués sont non reconductibles, la seconde phase permettra d'obtenir des crédits pérennes pour maintenir une organisation qui réduise le nombre de passages aux urgences des personnes de plus de 75 ans.

Le contrat de projet est rapporté en annexe 5.

3.2.4 Montage du projet avec une équipe dédiée

Le montage du projet a nécessité la recherche d'une personne ressource missionnée comme « chef de projet ». En effet, le chef de pôle entouré d'un cadre coordonnateur et d'une assistante de filière ne souhaitait pas prendre ce rôle de coordination afin de ne pas réduire son temps médical de gériatre sur le pôle. La première étape de ce projet a consisté à faire un état des lieux avec les structures du territoire. Des rendez-vous ont été pris avec les maisons de santé et les structures de soins primaires (SPASAD notamment). Interrogé sur les leviers pour construire un lien fort avec la médecine de 1^{er} recours, le chef de pôle de gériatrie précise qu'il est nécessaire « de mettre l'hôpital à disposition de la ville ». Il indique que le diagnostic établi démontre des besoins clairement identifiés tant par les médecins que par les soignants qui travaillent en proximité des patients. Les constats sont les suivants :

- Nécessité d'un hôpital « plus réactif », le développement d'équipes mobiles extra-hospitalières serait un plus, et les entrées directes en hospitalisation sont un élément-

clé de la réponse hospitalière. En court séjour gériatrique, aujourd'hui 40% des entrées se font en « entrée directe ». Cela signifie que la majorité des hospitalisations gériatriques passent aujourd'hui par les urgences.

- « Besoin de contacts humains, de communication directe ». Tous les professionnels rencontrés ont souligné la nécessité de se connaître. Les mails sont impersonnels et les échanges téléphoniques directs sont privilégiés mais des rencontres doivent aussi avoir lieu, dans le cadre de formations par exemple ou de temps d'échanges thématiques.
- Pour la télémédecine, les retours suite à ce premier diagnostic sont mitigés. Certains sont tout à fait partants pour inclure cette modalité dans leurs pratiques, d'autres professionnels ont plus de mal à l'entendre. Le même constat est réalisé en intra-hospitalier dans le cadre de la démarche de déploiement du projet de télémédecine.

3.2.5 Retombées attendues du projet

Pour le centre hospitalier de Dinan, ce projet se structure en premier lieu sur la mise en place d'une plateforme de réception des appels, qui permettra de répondre à toutes les demandes de façon pertinente et coordonnée.

Actuellement, le numéro d'appel mis à disposition des professionnels de santé de ville et des structures externes de type « EHPAD » sollicite « en direct » le gériatre en charge. Il s'interrompt pour répondre et il n'est pas toujours la personne la plus à même de répondre à la demande. La mise en place d'une plateforme de réponses aux appels, gérée par des professionnels de santé connaissant bien la filière gériatrique va permettre de mieux orienter les demandes. Les gériatres ne seront sollicités que lorsque cela semble pertinent, les professionnels de santé répondant en 1^{er} lieu, ayant déjà fait un filtre sur les demandes. A l'instar des services d'urgence où le premier filtre est réalisé par un soignant. Des infirmiers de pratique avancée pourraient aussi être positionnés dans ce type de structure pour dialoguer aisément avec les médecins généralistes. Cette plateforme regroupera plusieurs répondants, et pourra opérer sur une plage horaire élargi par rapport aux demandes des médecins de ville notamment.

Il est essentiel cependant de prendre le temps d'une rencontre avec les professionnels externes à l'hôpital pour présenter le dispositif et les personnes en charge. On peut citer en exemple « la POP » sur le centre hospitalier de Saint-Malo. La POP ou plateforme opérationnelle de parcours a été mis en place en 2020, elle a pour objectif de faciliter les retours à domicile pour des patients complexes. Cette structure est portée par une coordination d'acteurs multiples, la CPTS Côte d'Émeraude, l'HAD du Pays de Saint-Malo, le DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination) Appui Santé Rance-Emeraude. Cela témoigne de la forte

volonté de coopérer avec les structures externes et ambulatoires. Concrètement, la POP a débuté par le recrutement d'une infirmière qui connaissait bien le secteur libéral et avait travaillé avec les acteurs de l'HAD sur le territoire. L'infirmière en charge de la POP, a rapidement démontré des qualités relationnelles permettant de la repérer comme un acteur aidant à la sortie des patients vers leur domicile dans les situations complexes. Outre son travail intra-hospitalier avec les différents services du CHSM, son identification par les acteurs de ville est devenu un point-clé pour faciliter le dialogue « à travers le rideau » (Glouberman & Mintzberg, 2001) entre l'hôpital et la ville. La POP a vocation à être « clônée » sur le centre hospitalier de Dinan et permettre ainsi de créer du lien avec les acteurs de ville tout comme la plateforme d'appels pour les patients de la filière gériatrique. A terme, les personnes travaillant à renforcer ce lien ont vocation à se rapprocher pour être identifiés comme des acteurs « passerelle » facilitant le dialogue avec tous les professionnels de santé à l'extérieur de l'hôpital.

Comme précisé par le chef de pôle Gériatrie, les acteurs ont besoin de se connaître et toutes les initiatives qui permettent de créer du lien entre les différents secteurs de prise en charge sont bénéfiques pour le patient.

3.3 Réflexion autour de structures « SMART » permettant de mailler le territoire pour répondre aux besoins de façon pertinente en améliorant l'accès aux soins et en préservant l'attractivité du centre hospitalier

Le développement d'un lien fort entre le centre hospitalier et les professionnels de santé et du soin à l'extérieur de l'hôpital est un élément-clé pour établir une offre hospitalière de proximité pertinente et renouvelée. Des exemples étrangers de structures ayant développé ces liens permettent de comprendre l'évolution que l'on peut envisager pour les années à venir.

L'organisation de notre système de santé s'appuie en effet sur un système mixte libéral et public dont il faut tenir compte en fonction du territoire dans lequel on travaille. Les structures « SMART » pourraient permettre d'offrir cette souplesse intégrative entre les deux systèmes. Tout développement d'une nouvelle offre passe nécessairement par le redressement de la situation financière de l'établissement et doit être envisagé dans un angle de financement novateur de type mixte entre la part à l'activité et la part forfaitaire partagé avec les acteurs de soins primaires.

3.3.1 Des exemples étrangers modélisant pour définir une offre hospitalière et de proximité

- A) L'exemple des CAP (Centros de Atención Primaria), des centres de santé accrédités pour pouvoir fonctionner, un maillage fixé par le régulateur

En Catalogne, la planification est basée sur un maillage imposé par le régulateur, à l'instar de nos CMP de psychiatrie sectorisée notamment en prenant en compte le bassin de population. Les CAP couvrent un bassin de population de 25 000 habitants environ, cela peut être plus restreint en milieu rural ou au contraire, un peu plus élevé en milieu urbain.

Les fournisseurs d'offres de santé en CAP sont de diverses natures juridiques mais ils n'ont qu'un seul bailleur de fonds qui est le Service Catalan de Santé (Mayolas & Fernandez, 2020). Les CAP ont développé un DMP, dossier médical partagé sous l'égide du planificateur et cela permet d'avoir un système d'informations remontant les données de santé de la population pris en charge par le système public de santé. Tous les centres du réseau ont accès aux informations collectées dans le DMP ce qui facilite la coordination entre les professionnels et permet le développement de filières de prise en charge partageant les informations médicales et soignantes sur le patient.

De plus, ces structures sont habilitées par l'autorité de régulation ou « Réseau d'utilisation publique ». En outre, elles peuvent solliciter un agrément pour être centre de formation ou accueillir des spécialistes en formation à l'instar de ce qui est mis en place pour la formation médicale en France.

L'emplacement de ces CAP a été défini dans le cadre du meilleur « point d'accès » de l'Aire Basique de Santé (ABS) ; là encore le planificateur intervient pour définir les lieux les plus appropriés et le territoire d'intervention pour réaliser un maillage couvrant toute la population. Suivant l'éloignement du centre hospitalier, les CAP peuvent proposer des services d'accueil d'urgence H24 et devenir des CUAP (centros de urgencias de atención primaria). Dans l'esprit de ce qui se met en place avec l'expérimentation SAS (Service d'Accès aux Soins), ce sont alors des structures de proximité en auto-gestion qui assurent une permanence de soins de proximité sans nécessairement ouvrir en « nuit profonde ».

Certes, la structuration très forte par l'autorité de régulation de ces centres ne serait pas reproductible telle qu'elle en France mais leur organisation autonome selon un modèle défini peut servir d'exemple pour la mise en place de structures offrant un soin de proximité porté par le centre hospitalier du territoire dans lesquelles elles se mettent en place.

- B) Les MVZ allemands, des établissements de proximité dans un modèle proche du système français

Comme indiqué dans l'ouvrage Architecture et Ingénierie hospitalière (Imbaud & Langevin, 2018), un MVZ est un centre de soins ambulatoire pluridisciplinaire soumis à l'autorisation de l'Union des médecins conventionnés. Issus des structures en place dans l'ancienne Allemagne de l'Est, ils ont été en déclin jusqu'à la réforme Schröder de 2003 qui a permis de les renouveler dans un modèle pérenne et efficace qui est en croissance régulière depuis lors. Elles ne sont pas issues d'un système centralisé comme les CAP catalans et peuvent avoir des organisations et des tailles variées, à l'instar des maisons de santé pluriprofessionnelles françaises. L'intérêt des MVZ repose dans la possibilité pour les hôpitaux d'offrir des soins de spécialité en proximité, comme des consultations de spécialistes « avancées ». Par ailleurs, ces structures sont centrées sur les besoins du patient en offrant la possibilité d'une coordination forte entre les différents acteurs intervenants au sein de la MVZ mais également dans les structures qui y sont associés.

Ce type de structure est attractif pour un certain nombre de jeunes médecins que la pratique isolée en milieu rural n'attire plus. Le salariat est possible également dans les MVZ et se rapproche dans ce cas de ce qui se met en place dans les centres de santé en France.

3.3.2 Le développement d'une offre hospitalière favorisant le lien avec les structures de soins primaires

Le maintien d'une offre hospitalière de proximité sur le bassin de Dinan paraît justifiée, il reste à dimensionner cette offre pour qu'elle soit pertinente et efficace. Les travaux en cours dans le cadre du rapprochement avec les acteurs de l'offre de soins primaires vont permettre de faire émerger, en concertation avec les élus et les citoyens un projet de santé public de territoire qui se déclinera sur le bassin dinannais et s'articulera avec les projets médico-soignants partagés du GHRE et des structures d'aval partenaires. Pour que ce projet prenne corps, il est nécessaire que l'hôpital retrouve une certaine marge de manœuvre financière et se lance dans une politique d'innovation tout en sobriété pour trouver la juste réponse aux besoins des patients.

- A) Assainir la situation financière en structurant le niveau d'aides en vue de la fusion

Au vu de l'instruction DGOS/PF1/DSS/1A/2021/165 du 21 juillet 2021 relative aux crédits dédiés au soutien à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier, un des deux objectifs de ces aides est d'assurer le soutien à la restauration des marges d'autofinancement permettant d'assurer la continuité, la sécurité et la qualité du service public hospitalier. Ce volet répond donc au besoin du centre hospitalier de Dinan qui doit redresser

sa situation bilancielle en vue d'une fusion prochaine des établissements, tout en maintenant une activité hospitalière de proximité pertinente et sécurisée. Au niveau national, cette enveloppe se monte à 6,5 Mds€ et sa gestion est déconcentrée en ARS. Les crédits sont délégués en principe sur 10 ans. Les premières tranches de 2/10^{èmes} ont été notifiées aux établissements. Dans ce cadre, selon l'instruction, « chaque euro alloué devra correspondre à une dépense effectivement prévue dans la trajectoire financière pluriannuelle de l'établissement ». Les trajectoires de chaque établissement, répondant aux critères pour bénéficier de ce soutien, doivent permettre « de répondre à l'objectif de maîtrise de l'endettement et d'amélioration financière globale ». Aujourd'hui, en vue de la fusion des établissements de Dinan et Saint-Malo à l'horizon 2023-2024, cette enveloppe est demandée sur 2 ans à titre dérogatoire afin de ramener la dette fiscale à un niveau acceptable. Le bilan pourra alors revenir à une situation « normale » avec un besoin en fonds de roulement positif et non un excédent de financement d'exploitation issu d'impayés auprès de l'Etat.

Une fois la situation financière redressée, il s'agira ensuite de retrouver une capacité d'autofinancement en trouvant les nouveaux leviers pour développer l'activité en lien avec les acteurs de soins primaires, les hospitalisations en médecine et en court séjour gériatrique doivent être maintenus voire développés pour répondre aux besoins de la population et assurer une réponse au service d'accueil d'urgences qui continue à vivre des périodes de grande tension, en particulier en période estivale et touristique.

- B) Développer de nouveaux types de financement en proposant des projets innovants de type « SMART »

Les SMART sont définis comme des « services médicaux à rayonnement territorial » selon l'ouvrage Architecture et Ingénierie à l'hôpital, le défi de l'avenir (Langevin, 2018). A la croisée entre l'hôpital et les acteurs du soin primaire, ils se rapprochent des maisons de santé pluriprofessionnelles ou des centres de santé mais doivent innover dans leur conception en rapprochant les deux mondes hospitalier et libéral. « Se connaître et se reconnaître » comme le précise le médecin coordonnateur d'une MSP sur Quévert est un enjeu essentiel pour mieux collaborer. Les lieux sont à créer ou recréer en fonction de la géographie du territoire, en proposant ce type de structure mixte dans les zones sous-denses en professionnels de santé libéraux, éloignés de l'hôpital. Ce type de structures serait de nature à améliorer le parcours du patient dans le système de soins et à permettre des entrées en hospitalisation plus pertinentes sans passer nécessairement par le Service d'Accueil d'Urgences.

Une première étape est d'apprendre à travailler ensemble en utilisant les leviers de financement novateurs disponibles. Les expérimentations de type « article 51 » en sont le modèle. Les premiers enseignements de ce type d'expérimentation permettent d'envisager de

monter des projets dans ce cadre, sous réserve d'obtenir le soutien de la tutelle sur une potentielle troisième vague de projets « article 51 ». L'ANAP vient de publier son 1^{er} bilan (ANAP, Novembre 2020) de ces expérimentations et la typologie des IPEP (Incitation à la Prise en charge Partagée) est de nature à permettre de financer certains projets portés par le GHRE, tant sur Saint-Malo que sur Dinan. En effet, cette « Incitation à la Prise en charge Partagée » a permis de faire émerger un certain nombre de projets finançant conjointement des acteurs libéraux et hospitaliers. Il s'agit de réaliser un décloisonnement et sortir de l'hospitalo-centrisme, tout en trouvant des leviers de financement qui sortent des silos en place entre versant hospitalier et versant libéral. Tant avec le projet « Mesure 5 » sur Dinan qu'avec la mise en place de la « POP » sur Saint-Malo, l'obtention d'un financement incitatif à la prise en charge partagée, formalisée par un portage du projet multi-structures est de nature à faire émerger une nouvelle façon de fonctionner entre les acteurs hospitaliers et les acteurs du soin primaire.

A partir de ces expériences de gouvernance partagée, un réseau d'acteurs collaborant ensemble peut être à l'initiative de nouveaux projets répondant à un souhait général d'améliorer la prise en charge et de diminuer les risques ou « pertes de chance » pour les patients. Comme l'indique Mintzberg et Glouberman (Glouberman & Mintzberg, 2001), la gériatrie semble être un modèle de ce fonctionnement en réseau. Dans cette spécialité, la coordination entre les acteurs est un élément essentiel pour améliorer la prise en charge tant en phase aiguë que dans la prise en charge chronique des pathologies qui s'accroissent avec l'âge. Les projets en cours de développement sont axés sur cette population âgée qui va continuer à croître dans les années à venir.

Le centre hospitalier de Dinan est particulièrement bien placé pour développer une politique en lien avec les acteurs de soins primaires, le territoire présente des fragilités en termes d'offres de soins qui pourront être surmontées en collaborant de façon forte.

Les axes concernant la prévention et l'éducation thérapeutique des patients sont particulièrement fédérateurs, ils sont ressortis dans les 1^{er} diagnostics réalisés pour la construction du futur projet médico-soignant partagé. Les acteurs impliqués dans le COPIL Ville-hôpital sont intéressés par ces collaborations à venir, il reste maintenant à initier les groupes de travail mixtes permettant à chacun de mettre en pratique ces collaborations au bénéfice des patients.

Conclusion

Réussir à transformer l'offre hospitalière sur Dinan est un enjeu majeur pour la santé publique sur le territoire de santé et le futur projet médico-soignant partagé du GHT Rance-Emeraude. Doté d'atouts non négligeables par sa reconnaissance sur le territoire, ses professionnels de santé engagés, le centre hospitalier a entamé une mue avec le soutien de la tutelle qui devrait permettre de retrouver une assise financière et de répondre de façon plus pertinente aux besoins de la population pour l'hospitalisation de proximité.

Depuis 10 ans, un partenariat avec la clinique chirurgicale privée permet d'offrir à la population locale les gestes de chirurgie pertinents et sécurisés, il est nécessaire de revoir l'offre sur le centre hospitalier en prenant la mesure de ce partenariat, en lien notamment avec le groupe privé qui la pilote afin d'éviter les logiques de concurrence sur le bassin de population de Dinan. De longue date, un partenariat avec l'établissement psychiatrique de secteur est en place pour répondre aux besoins de santé mentale de la population du secteur, celui-ci devra être renforcé en trouvant les leviers de financement permettant de bien répondre aux besoins. L'axe essentiel du renouvellement de l'offre hospitalière passe par le décroisement avec les acteurs de soins primaires afin de développer de réels parcours de prise en charge, depuis le domicile jusqu'à l'hôpital et les structures d'aval. Les projets en cours démontrent une volonté des acteurs de se faire confiance et d'aller vers cette fluidification. Les financements novateurs seront à trouver pour démontrer la viabilité de tels projets, en effet le passage dans un système de « garantie de financement » centrée sur l'hôpital ne permettra pas d'impliquer les autres acteurs quand bien même une gouvernance partagée se met en place. Le label d'hôpital de proximité tel qu'envisagé dans les derniers textes n'est pas de nature à permettre d'utiliser ces nouveaux leviers.

Cette transformation sur le bassin de Dinan doit s'intégrer dans le futur projet de territoire et profiter de la mise en place de pôles inter-établissements pour que l'établissement support du GHT devienne un véritable partenaire, en vue d'une fusion prochaine et de la naissance d'un groupe hospitalier multi-sites avec une offre de proximité et de recours.

Comme évoqué par Mintzberg dans son article, « Managing the care of Health and the Cure of Disease », des mondes différents sont à prendre en compte tant dans leur mode d'organisation que dans leur état d'esprit lorsqu'on veut rapprocher la prise en charge globale de la santé et la réalisation des activités médicales de pointe, il s'agit d'une nécessité pour aller vers une meilleure prise en charge plus sobre dans sa consommation de ressources mais misant sur l'innovation pour s'améliorer.

Bibliographie

Rapports administratifs ou de recherche :

Agence Nationale d'Appui à la Performance. (2021). *Prospective financière des établissements de santé : construire son plan global de financement pluriannuel*. Paris: ANAP.

ANAP. (Novembre 2020). *Article 51 : EDS, IPEP et PEPS, premiers mois de mise en oeuvre des expérimentations*. Paris: Agence Nationale d'Appui à la Performance.

Agence Régionale de Santé Bretagne. (2016). *Les territoires de démocratie en santé en Bretagne*. Récupéré sur ARS Bretagne:
<https://www.bretagne.ars.sante.fr/media/254/download>

Assurance Maladie. (Juillet 2021). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses de santé - Propositions de l'assurance maladie pour 2022*. Paris.

AUBERT, J.-M. (2019). *Modes de financement et de régulation - Rapport final*.

Chambre régionale des comptes. (2019). *Avis n°2019-0001 Centre hospitalier de Dinan*. Rennes: Chambre régionale des comptes Bretagne.

Direction de la Recherche, d. é. (2021). *Accessibilité Potentielle Localisée*. Récupéré sur Dataviz.DREES: <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>

Direction Générale de l'Offre de soins. (2017). *12 questions et points clé sur GHT et Associations et partenariat avec le privé*. Ministère des solidarités et de la santé.

DREES. (2021, 02 04). *L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)*. Récupéré sur Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques:
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/lindicateur-daccessibilite-potentielle-localisee-apl>

FHF, Pôle Finances. (2018). *Commission Performance, Financement et Investissement - 1ères propositions*. (pp. 4, 17). Paris: Fédération Hospitalière de France.

INSEE. (2016, 10 13). *Etablissement public de coopération intercommunale / EPCI*. Récupéré sur Institut National de la statistique et des études économiques:
<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1160>

JAN, S., PENNOGNON, L., & TRON, I. (2020). *Focus Santé sur l'EPCI de Dinan Agglomération pour le CH René Pléven de Dinan*. ORS Bretagne.

Ministère des Solidarité et de la Santé. (2018, 01 04). *Territoire de vie santé - Zonage médecins*. Récupéré sur Ministère des solidarités et de la santé: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/zonage-medecin#>

Ministère des solidarités et de la santé. (2021, Aout 16). Bulletin officiel Santé - Protection Sociale - Solidarités n° 14.

ORS Bretagne. (2020, Juillet 8). *Atlas des mortalités à l'échelle des EPCI*. Récupéré sur ARS Bretagne: <https://www.bretagne.ars.sante.fr/atlas-des-mortalites-lechelle-des-epci-edition-2020>

ORS Bretagne. (2019, Juin 25). *Atlas des pathologies à l'échelle des EPCI*. Récupéré sur ARS Bretagne: <https://www.bretagne.ars.sante.fr/atlas-des-pathologies-lechelle-des-epci>

Pribile, P., & Nabet, N. (2018). Stratégie de transformation du système de santé - *Rapport final : Repenser l'organisation territoriale des soins*. Ministère des solidarités et de la santé (Paris).

Articles scientifiques :

Amat-Roze, J.-M. (2011, 2011/4 n°143). La territorialisation de la santé en débat. *La découverte / Hérodote*, pp. 13-32.

Codelfy, M., & Lucas-Gabrielli, V. (2012). *Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé*. <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes175.pdf>: IRDES, Questions d'économie de santé n°175 - avril 2012.

Dormont, B., & Moatti, S. (2018/4 n°80). "Le plan santé évite les sujets qui fâchent". *L'économie politique*, pp. 8-16.

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease - Part II : Integration. *Health Care Management Review*, 72-86.

Holcman, R. (2016/4 n°60). Hôpital public et reddition des comptes. *Revue Française d'Administration Publique*, 1109-1122.

Malone, A., Gomez, S., Finkel, S., Chourchoulis, D., Morcos, E., Loko, M., . . . Sanchez, S. (2021). Population health management in France : specifying population groups through the DRG system. *BMC Health Services Research*, 21:733.

Textes réglementaires ou législatifs :

Code de la Santé Publique. (2021, 08 01). *Articles L1434-9 à L1434-11*. Récupéré sur Légifrance:

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000020891657/#LEGISCTA000020897708

Communauté Dinan agglomération. (2020, Janvier 14). *Dinan Agglomération*. Récupéré sur www.dinan-agglomeration.fr: <http://www.dinan-agglomeration.fr/Petite-enfance-jeunesse-personnes-agees-sante/Sante/Le-Contrat-Local-de-Sante>

Journal officiel. (2017, Novembre 15). *Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique*. Récupéré sur Légifrance:

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000036021089/>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2007, 03 28). *Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques*. Récupéré sur solidarites-sante.gouv.fr: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. (2011, Décembre 14). Décret n°2011-1872 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt pour les établissements publics de santé. *Journal Officiel NOR ETSH1130115D*.

Articles de presse / Communiqués de presse :

Collège de médecine Générale. (2019). *Le CMG - Manifeste pour un système de santé organisé*. Récupéré sur lecmg.fr : <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/07/Manifeste-pour-un-système-de-sante-organise-2019.pdf>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019, Septembre 9). *Solidarites-sante.gouv.fr*. Récupéré sur Ministère des solidarités et de la santé: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf

Chapitres d'ouvrage :

Imbaud, C., & Langevin, F. (2018). L'organisation des Medizinische Versorgungszentren (MVZ) allemands. Dans F. Langevin, *Architecture et Ingénierie hospitalière* (pp. 241-250). Rennes: Presses de l'EHESP.

Mayolas, E., & Fernandez, J. L. (2020). Soins de santé primaire dans les Centros de atención primaria en Catalogne. Dans F. Langevin, *Architecture et Ingénierie à l'hôpital* (pp. 235-239). Rennes: Presses de l'EHESP.

Ouvrages :

Langevin, F. (2018). *Architecture et Ingénierie à l'hôpital, le défi de l'avenir*. Rennes: Presses de l'EHESP.

Liste des annexes

Annexe 1 : Appui au déconfinement – profil des territoires – EPCI Dinan

Annexe 2 : liste des communes du territoire santé-vie de Dinan

Annexe 3 : carte de zonage médecins – Janvier 2021 – ARS Bretagne

Annexe 4 : articles L6111-3-1 à 4 du code de la santé publique, modifié ou créé par l'ordonnance n°2021-581 du 12 mai 2021 relative à la labellisation, à la gouvernance et au financement des hôpitaux de proximité

Annexe 5 : contrat de projet DAFFAG – Pôle Gériatrie CHD : « Projet Mesure 5 »

Annexe 6 : Liste des fonctions des personnes interviewées

Appui au déconfinement : Profil de territoire

Dinan Agglomération

Bretagne

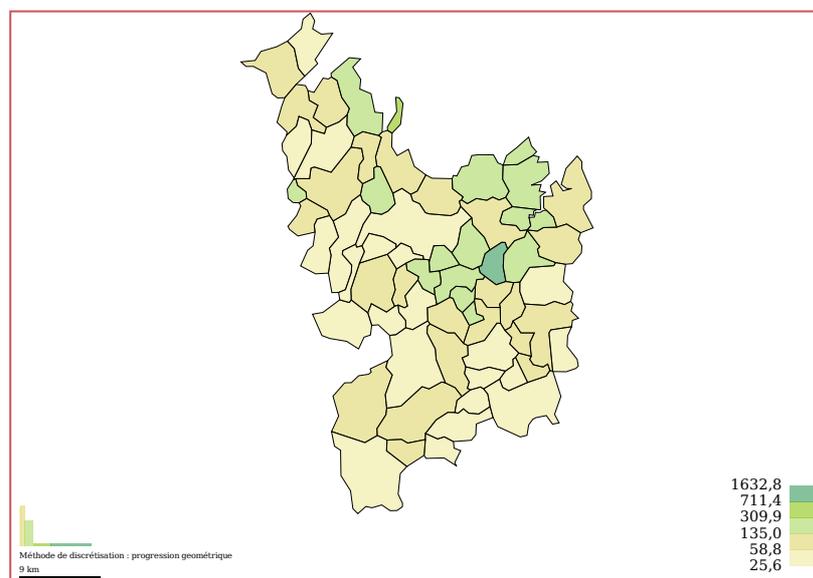
Ces profils de territoire ont vocation à aider les décideurs et les acteurs dans le cadre de l'épidémie de Covid-19.

La Fnors et les ORS mettent à disposition des profils de territoires au niveau de chaque établissement public de coopération intercommunale (métropoles, communautés d'agglomération, communautés urbaines ou communautés de communes) de France.

Ils permettent de caractériser chaque territoire à partir d'une sélection d'indicateurs en lien avec les facteurs de risque de gravité de la Covid-19 ou en lien avec les situations pouvant favoriser la circulation du virus.

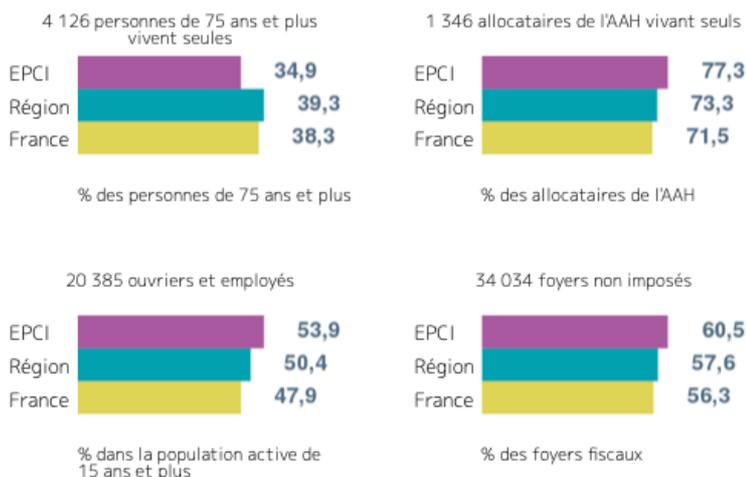
Démographie : Densité (habitants au km²)

Le territoire de Dinan Agglomération rassemble 96 891 habitants.
Il est classé comme espace peu dense selon l'Insee.

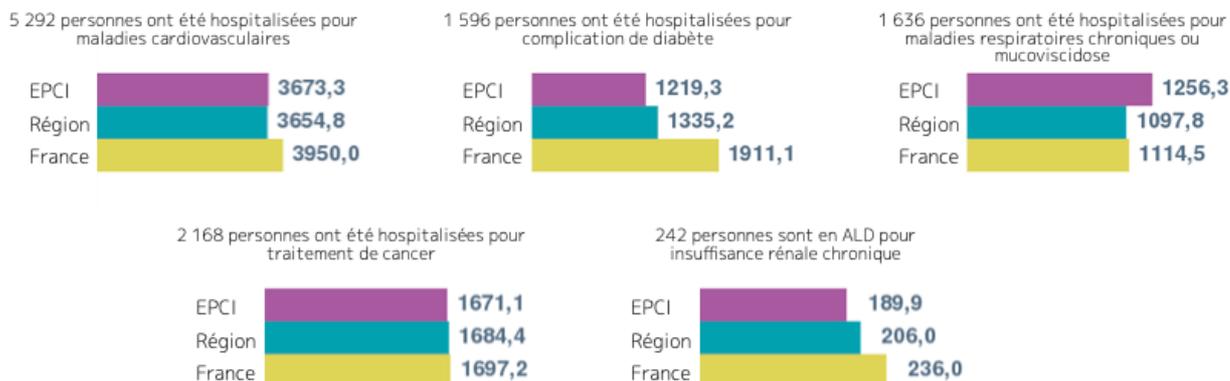


Source : 2016, DGFIP - Service du cadastre, Insee-RP - Exploitation Fnors

Caractéristiques sociodémographiques et économiques



Pathologies à risque de formes graves de Covid-19



Taux standardisé pour 100 000 habitants

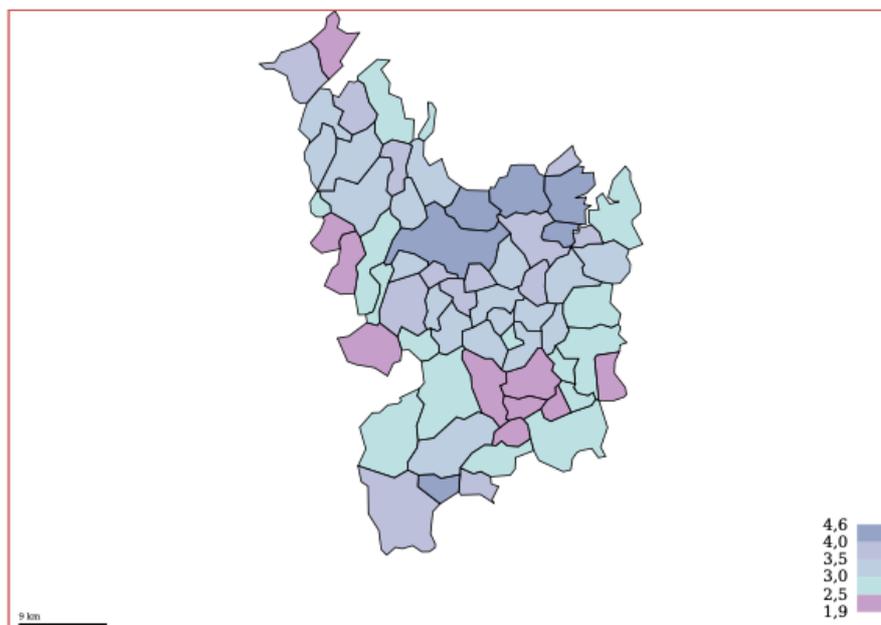
Mobilités





Accès aux soins et services

Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes :
3,4 consultations accessibles par an et par habitant



Source : 2018, Sniir-AM, EGB, Cnam, Insee distancier Metric, Drees - Exploitation Fnors

Cette sélection d'indicateurs en lien avec les facteurs de risque de gravité de la Covid-19 ou avec les situations pouvant favoriser la circulation du virus est basée sur une revue de la littérature et sur les dernières études scientifiques publiées sur le sujet.

Les sources de données ont été choisies afin de couvrir l'ensemble du territoire national à l'échelle des EPCI. Néanmoins, compte-tenu d'un nombre trop important d'indicateurs indisponibles, aucun profil territorial n'a pu être produit pour les EPCI de Mayotte.

Les indicateurs sont présentés pour les dernières années disponibles au moment de la réalisation des profils. Pour plus de robustesse, le calcul de certains indicateurs a été réalisé en cumulant les données sur plusieurs années.

Indicateurs : unité, période, sources

1 - Habitants/km², 2016, DGFIP - Service du cadastre, Insee-RP | **2 à 7, 9, 10, 12, 26, 27, 28, 29** - Pour 100, 2016, Insee-RP | **8, 13, 15** - Pour 100, 2018, Cnaf, CCMSA | **11** - Pour 100, 2013, Insee-RP | **14** - Pour 100, 2017, Ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFIP | **16, 18, 20, 22, 23** - Pour 100 000 habitants, 2016, Cnam, CCMSA, CNRSI, Insee-RP | **17, 21** - Pour 100 000 habitants, 2015-2019, PMSI-Atih, Insee-RP | **19** - Pour 100 000 habitants, 2018-2019, PMSI-Atih, Insee-RP | **24** - Pour 100 000 habitants, 2018, PMSI-Atih, Insee-RP | **25** - Insee-État civil, 2018 | **30, 34** - Pour 10 000 habitants, 2018, Insee-BPE et RP | **31** - Pour 100, 2018, Insee- BPE et RP | **32** - Consultations par an et habitant, 2018, Sniir-AM, EGB, Cnam, Insee distancier Metric, Drees | **33** - Minutes, 2019, SAE - Insee distancier Metric.

Pour en savoir plus sur la méthodologie, une note détaillée est consultable à l'adresse suivante : www.scoresante.org/profils_territoires.html

Dinan Agglomération

Nom de l'indicateur	Effectif	Valeur pour l'EPCI	Valeur pour la région	Minimum dans la région	Graphique synthétique	Maximum dans la région
Démographie						
1 - Effectif et densité de population	96 891	103,9	121,5	19,9		956,8
2 - Part des 65 ans et plus	23 835	24,6	21,1	12,5		35,3
3 - Part des 85 ans et plus	4 057	4,2	3,5	1,6		6,3
4 - Part des 50-64 ans	19 798	20,4	19,8	16,3		24,6
Conditions de vie						
5 - Part des personnes de 15 ans et plus vivant seules	14 697	18,4	20,8	12,1		27,5
6 - Part des personnes de 75 ans et plus vivant seules	4 126	34,9	39,3	25,2		47,0
7 - Part de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans	2 615	20,5	21,1	11,9		28,8
8 - Part des allocataires de l'AAH vivant seuls	1 346	77,3	73,3	60,5		90,7
9 - Part des résidences principales sur-occupées	-	2,8	4,8	1,2		11,5
10 - Part de la population vivant en communauté (ESMS, casernes...)	2 367	2,4	2,6	0,5		6,1
11 - Part de la population vivant en quartier prioritaire de la ville (QPV)	1 208	1,3	2,7	0,0		8,5
Caractéristiques socio-économiques						
12 - Part des ouvriers et employés dans la population active de 15 ans et plus	20 385	53,9	50,4	39,5		61,4
13 - Part des familles monoparentales parmi les allocataires à bas revenus	1 274	25,6	25,4	17,2		33,1
14 - Part des foyers fiscaux non imposés	34 034	60,5	57,6	46,1		70,2
15 - Part des allocataires dépendant à 100% des prestations	1 571	10,3	12,1	3,9		18,8
Pathologies et états de santé à risque de formes graves de Covid-19						
16 - Taux standardisé de personnes en ALD pour maladies cardiovasculaires	7 632	5 659,7	5 485,3	4 272,7		7 319,8
17 - Taux standardisé de personnes hospitalisées pour pathologie cardiovasculaire à risque	5 292	3 673,3	3 654,8	3 116,0		4 535,1
18 - Taux standardisé de personnes en ALD pour diabète	3 443	2 754,1	2 750,9	2 087,6		3 811,9
19 - Taux standardisé de personnes hospitalisées pour complication de diabète	1 596	1 219,3	1 335,2	953,5		1 890,7
20 - Taux standardisé de personnes en ALD pour maladies respiratoires chroniques ou mucoviscidose	790	626,9	644,1	383,6		961,3
21 - Taux standardisé de personnes hospitalisées pour maladies respiratoires chroniques ou mucoviscidose	1 636	1 256,3	1 097,8	677,0		1 602,9
22 - Taux standardisé de personnes en ALD pour insuffisance rénale chronique	242	189,9	206,0	160,0		299,0
23 - Taux standardisé de personnes en ALD pour cancer	3 984	3 193,0	3 370,3	2 817,9		4 186,2
24 - Taux standardisé de personnes hospitalisées pour traitement de cancer	2 168	1 671,1	1 684,4	1 330,5		2 115,5
25 - Nombre estimé de femmes enceintes au 3 ^e trimestre de grossesse	204	-	-	-		-
Mobilités						
Accès aux services et aux soins						
26 - Part de ménages dont la personne de référence est active et ne dispose pas de voiture	1 079	4,2	6,8	1,3		14,0
27 - Part des déplacements domicile-travail en transports en commun	793	2,1	5,7	0,6		17,8
28 - Part des actifs occupés de 15 ans et plus travaillant dans une autre commune que leur commune de résidence	27 498	73,3	65,6	40,7		83,2
29 - Part des actifs occupés résidant à 30 minutes ou moins de leur lieu de travail	-	81,8	82,2	56,3		95,2
30 - Taux de commerces alimentaires	61	6,3	5,6	2,7		16,7
31 - Part de la population dépourvue de commerces alimentaires dans sa commune	-	27,7	14,3	0,0		49,2
32 - Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	-	3,4	4,0	2,0		6,5
33 - Temps moyen d'accès aux services d'urgence	-	16,1	15,4	2,5		110,3
34 - Taux de pharmacies	35	3,6	3,5	2,2		5,6

L'ensemble des 1 250 profils de territoires ainsi qu'une synthèse nationale sont accessibles à l'adresse suivante : www.scoresante.org/profils_territoires.html



Annexe 2 : Liste des communes du territoire vie-santé de Dinan (2018)

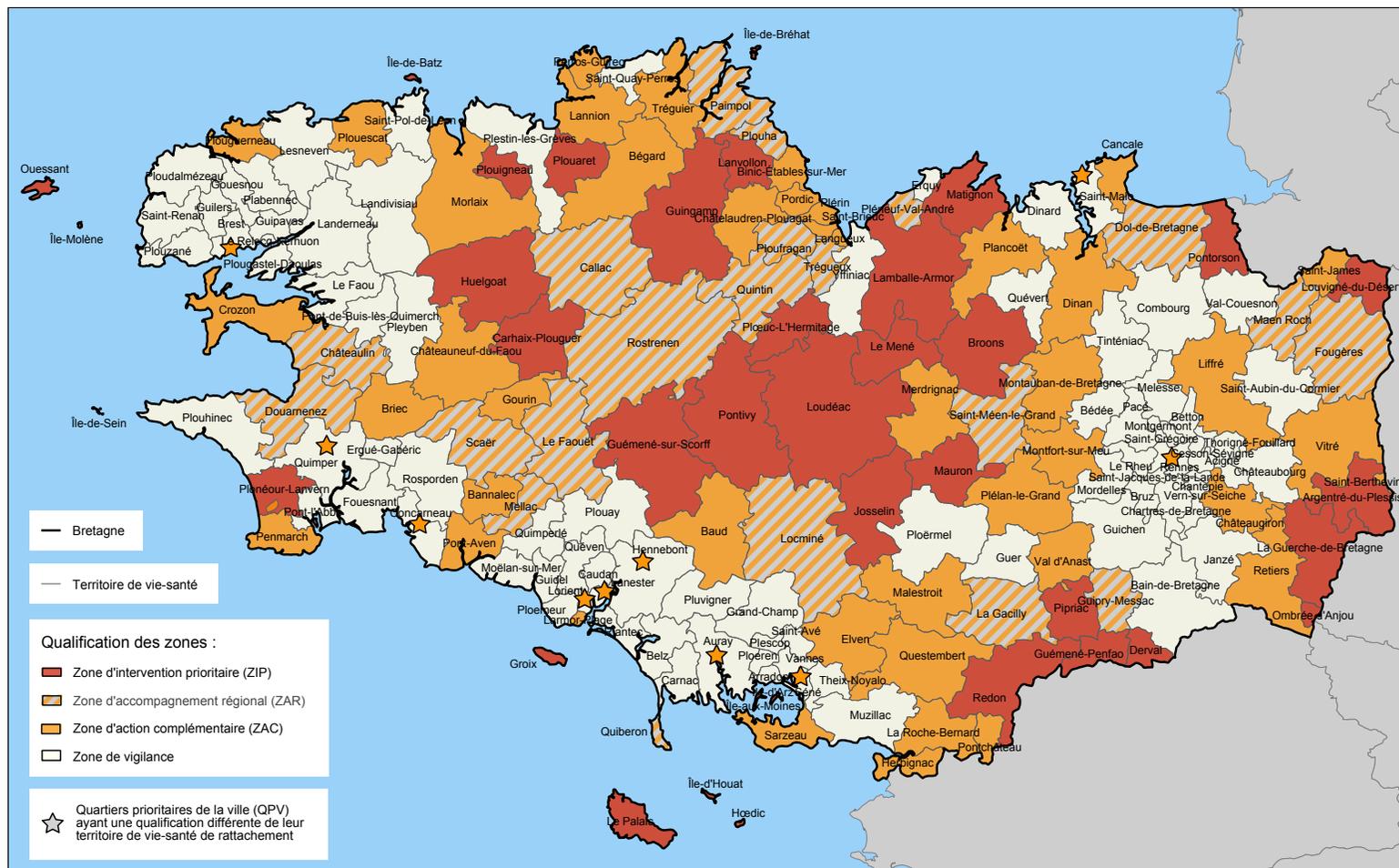
COM_CODE	COM_LIB	DPT18_CODE	DPT18_LIB	CV18_CODE	CV18_LIB	BV12_CODE	BV12_LIB	EPC18_CODE	EPC18_LIB
22026	Calorguen	22	Côtes-d'Armor	2208	Lanvalley	22050	Dinan	200068989	CA Dinan Agglomération
22035	Champs-Géraux	22	Côtes-d'Armor	2208	Lanvalley	22050	Dinan	200068989	CA Dinan Agglomération
22050	Dinan	22	Côtes-d'Armor	2204	Dinan	22050	Dinan	200068989	CA Dinan Agglomération
22056	Évran	22	Côtes-d'Armor	2208	Lanvalley	22050	Dinan	200068989	CA Dinan Agglomération
22069	Guenroc	22	Côtes-d'Armor	2202	Broons	22050	Dinan	200068989	CA Dinan Agglomération
22118	Lanvalley	22	Côtes-d'Armor	2208	Lanvalley	22050	Dinan	200068989	CA Dinan Agglomération
22123	Léhon (obsolète depuis 2018)	22	Côtes-d'Armor	2204	Dinan	22050	Dinan	200068989	CA Dinan Agglomération
22197	Pleudihen-sur-Rance	22	Côtes-d'Armor	2208	Lanvalley	22050	Dinan	200068989	CA Dinan Agglomération
22213	Plouër-sur-Rance	22	Côtes-d'Armor	2219	Pleslin-Trigavou	22050	Dinan	200068989	CA Dinan Agglomération
22263	Le Quiou	22	Côtes-d'Armor	2208	Lanvalley	22050	Dinan	200068989	CA Dinan Agglomération
22274	Saint-André-des-Eaux	22	Côtes-d'Armor	2208	Lanvalley	22050	Dinan	200068989	CA Dinan Agglomération
22280	Saint-Camé	22	Côtes-d'Armor	2208	Lanvalley	22050	Dinan	200068989	CA Dinan Agglomération
22299	Saint-Hélen	22	Côtes-d'Armor	2208	Lanvalley	22050	Dinan	200068989	CA Dinan Agglomération
22306	Saint-Judoce	22	Côtes-d'Armor	2208	Lanvalley	22050	Dinan	200068989	CA Dinan Agglomération
22308	Saint-Juvat	22	Côtes-d'Armor	2208	Lanvalley	22050	Dinan	200068989	CA Dinan Agglomération
22312	Saint-Maden	22	Côtes-d'Armor	2202	Broons	22050	Dinan	200068989	CA Dinan Agglomération
22327	Saint-Samson-sur-Rance	22	Côtes-d'Armor	2219	Pleslin-Trigavou	22050	Dinan	200068989	CA Dinan Agglomération
22339	Taden	22	Côtes-d'Armor	2219	Pleslin-Trigavou	22050	Dinan	200068989	CA Dinan Agglomération
22352	Tréfumel	22	Côtes-d'Armor	2208	Lanvalley	22050	Dinan	200068989	CA Dinan Agglomération
22380	Trévron	22	Côtes-d'Armor	2208	Lanvalley	22050	Dinan	200068989	CA Dinan Agglomération
22385	La Vicomté-sur-Rance	22	Côtes-d'Armor	2219	Pleslin-Trigavou	22050	Dinan	200068989	CA Dinan Agglomération
35225	Plesder	35	Ille-et-Vilaine	3506	Combourg	22050	Dinan	243500733	CC Bretagne Romantique
35308	Saint-Pierre-de-Plesquen	35	Ille-et-Vilaine	3506	Combourg	22050	Dinan	243500733	CC Bretagne Romantique
35344	Tressé	35	Ille-et-Vilaine	3506	Combourg	22050	Dinan	243500733	CC Bretagne Romantique

Téléchargeable sur le site de l'ARS Bretagne à l'adresse :

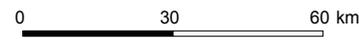
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwifq7PTsMTyAhUw4YUKHR92CD8QFnoECAQQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.bretagne.ars.sante.fr%2Fsystem%2Ffiles%2F2018-11%2FARS%2520Bretagne%2520-%2520Fichier%2520zonages%2520par%2520commune%2520%2528V2018-11-05%2529_0.xls&usq=AOvVaw1pyu68KVZ6D3SAn97Rdlrx

Annexe 3 : Carte de zonage médecins proposé par l'ARS Bretagne en Janvier 2021

Zonage Médecin - Janvier 2021



Source : ARS Bretagne
 Réalisation : ARS Bretagne, Décembre 2020
 Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque



Annexe 4 : Textes de lois sur le label « hôpital de proximité »

Code de la santé publique : Article L6111-3-1

Modifié par Ordonnance n°2021-582 du 12 mai 2021 - art. 1

I.-Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés, ou des sites identifiés de ces établissements. Ils assurent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers et orientent les patients qui le nécessitent, conformément au principe de pertinence des soins, vers les établissements de santé de recours et de référence ou vers les autres structures adaptées à leurs besoins. Les missions des hôpitaux de proximité sont exercées avec la participation conjointe des structures et des professionnels de la médecine ambulatoire avec lesquels ils partagent une responsabilité territoriale.

II.-En prenant en compte les projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé et en coopération avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire, les établissements et les services médico-sociaux et d'autres établissements et acteurs de santé, dont les établissements d'hospitalisation à domicile, les hôpitaux de proximité :

1° Apportent un appui aux professionnels de santé de ville et aux autres acteurs de l'offre de soins pour répondre aux besoins de la population, notamment le cadre hospitalier nécessaire à ces acteurs pour y poursuivre la prise en charge de leurs patients lorsque l'état de ces derniers le nécessite ;

2° Favorisent la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie, en liaison avec le médecin traitant ;

3° Participent à la prévention et à la mise en place d'actions de promotion de la santé sur le territoire ;

4° Contribuent, en fonction de l'offre présente sur le territoire, à la permanence des soins et à la continuité des prises en charge en complémentarité avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire.

III.-Pour la réalisation, dans des conditions garantissant la qualité et la sécurité des soins, des missions définies aux I et II, de façon obligatoire, les hôpitaux de proximité exercent une activité de médecine, qui comprend, le cas échéant, des actes techniques, proposent, en complémentarité avec l'offre libérale disponible au niveau du territoire, des consultations de

plusieurs spécialités, disposent ou donnent accès à des plateaux techniques d'imagerie, de biologie médicale et à des équipements de télésanté, et n'exercent pas d'activité de chirurgie ni d'obstétrique.

A titre dérogatoire et dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, pour favoriser l'accès aux soins et au regard des besoins de la population et de l'offre présente sur le territoire concerné, un hôpital de proximité peut, sur décision du directeur général de l'agence régionale de santé, pratiquer certains actes chirurgicaux programmés. Le ministre chargé de la santé fixe par arrêté la liste limitative des actes pouvant intégrer ces dérogations, après avis conforme de la Haute Autorité de santé.

En fonction des besoins de la population et de l'offre de soins présente sur les territoires sur lesquels ils sont implantés, les hôpitaux de proximité exercent d'autres activités, notamment la médecine d'urgence, les activités prénatales et postnatales, les soins de suite et de réadaptation ainsi que les activités de soins palliatifs, et peuvent apporter leur expertise aux autres acteurs par le biais d'équipes mobiles.

IV.-La liste des hôpitaux de proximité est arrêtée, pour chaque région, par le directeur général de l'agence régionale de santé, en tenant compte de l'activité de l'établissement ou du site mentionnés au I et de sa capacité à réaliser les missions énoncées aux I, II et III.

L'inscription sur la liste des hôpitaux de proximité fait l'objet d'une demande préalable de l'établissement candidat ou de l'établissement de santé dont relève le site candidat. La décision du directeur général de l'agence régionale de santé est notifiée au demandeur dans un délai maximum de six mois suivant la réception de la demande. L'absence de notification d'une réponse dans ce délai vaut rejet de la demande d'autorisation. Dans cette hypothèse, et si le demandeur le sollicite dans un délai de deux mois, les motifs justifiant ce rejet sont notifiés dans le délai d'un mois. Le délai du recours contentieux contre la décision de rejet court à compter de la date de cette notification.

V.-Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions d'application du présent article. Il détermine notamment les conditions dans lesquelles les établissements de santé et les sites de tels établissements, dépourvus de la personnalité morale, peuvent être inscrits sur la liste des hôpitaux de proximité et les modalités de présentation et d'examen des demandes d'inscription ainsi que de radiation de la liste.

Code de la santé publique : Article L6111-3-2

Création Ordonnance n°2021-582 du 12 mai 2021 - art. 2

I.-Les hôpitaux de proximité, ou l'établissement de santé dont ils relèvent lorsqu'ils sont dépourvus de la personnalité morale, organisent des coopérations avec les acteurs de soins du premier recours des territoires qu'ils desservent et concluent à ces fins, dans un délai d'un an à compter de leur inscription sur la liste régionale mentionnée à l'article L. 6111-3-1, une convention avec leurs partenaires.

Les parties à cette convention peuvent être en fonction de l'offre de soins et des besoins de santé des territoires desservis, des établissements, une ou plusieurs communautés professionnelles territoriales de santé ou d'autres acteurs de santé relevant du présent code ou des collectivités territoriales.

II.-Cette convention détermine le champ des coopérations, notamment en matière d'accès aux soins, de permanence des soins et d'organisation des parcours de santé, ainsi que les modalités de partage de l'information entre les parties et d'organisation de ces coopérations. Elle précise les coopérations établies entre les parties ainsi que celles qu'elles s'engagent à conclure afin d'exercer les missions prévues à l'article L. 6111-3-1.

La convention prévoit les modalités de suivi et d'évaluation des engagements et des projets des partenaires. A cette fin, elle définit l'instance chargée de suivre et d'évaluer la mise en œuvre des coopérations, qui peut être l'une des instances suivantes :

1° La commission médicale d'établissement de l'hôpital de proximité mentionnée aux articles L. 6144-1 et L. 6161-2-1 ou la conférence médicale de l'hôpital de proximité mentionnée à l'article L. 6161-2. La composition de cette instance peut être adaptée, le cas échéant, en application de l'article L. 6111-3-4 ;

2° L'instance de gouvernance d'une des communautés professionnelles territoriales de santé partie à la convention ;

3° Une instance de gouvernance d'un contrat local de santé du territoire ;

4° Une instance de gouvernance spécifique créée par la convention.

III.-La convention est transmise à l'agence régionale de santé compétente par l'hôpital de proximité ou l'établissement de santé du groupement dont ils relèvent lorsqu'ils sont dépourvus de la personnalité morale. Elle est accompagnée d'un document précisant les modifications

requis par les coopérations envisagées sur l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital de proximité.

L'agence régionale de santé s'assure de la mise en œuvre effective des engagements de la convention en cohérence avec les projets territoriaux de santé et, le cas échéant, avec les projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé et les contrats locaux de santé.

Code de la santé publique : Article L6111-3-3

Création Ordonnance n°2021-582 du 12 mai 2021 - art. 2

Les hôpitaux de proximité de statut public, ou l'établissement de santé du groupement dont ils relèvent lorsqu'ils sont dépourvus de la personnalité morale et que l'établissement dont ils constituent un site n'est pas l'établissement support du groupement hospitalier de territoire, concluent avec l'établissement support du groupement hospitalier de territoire auquel il sont parties, dans un délai d'un an à compter de leur inscription sur la liste régionale mentionnée à l'article L. 6111-3-1, une convention organisant les relations entre le groupement et l'hôpital de proximité dans l'exercice de ses missions de proximité.

La convention décrit, au regard de la convention mentionnée à l'article L. 6111-3-2 et du projet médical partagé du groupement, les obligations réciproques des parties et notamment l'appui de l'établissement support et des autres établissements du groupement aux missions de l'hôpital de proximité définies à l'article L. 6111-3-1 et les modalités de participation de l'hôpital de proximité à la déclinaison du projet médical partagé du groupement.

Cette convention est transmise à l'agence régionale de santé compétente.

Lorsque l'hôpital de proximité relève d'un établissement support d'un groupement hospitalier de territoire, cet établissement informe l'agence régionale de santé compétente des obligations réciproques des parties mentionnées à l'article L. 6111-3-2 ainsi que des modalités de participation de l'hôpital de proximité à la déclinaison du projet médical partagé du groupement.

Code de la santé publique : Article L6111-3-4

Création Ordonnance n°2021-582 du 12 mai 2021 - art. 2

I.-Afin de faciliter les coopérations qu'ils organisent dans le cadre de la convention mentionnée à l'article L. 6111-3-2 avec les acteurs de soins du premier recours des territoires qu'ils desservent, les hôpitaux de proximité peuvent adapter leurs conditions de fonctionnement et de gouvernance selon les modalités prévues aux II et III.

II.-Un hôpital de proximité de statut public inscrit sur la liste régionale mentionnée au IV de l'article L. 6111-3-1 peut être autorisé par le directeur général de l'agence régionale de santé à adapter ses modalités de gouvernance en prévoyant que, par dérogation aux articles L. 6144-2 et L. 6143-7-5, participent, en tant que membres avec voix délibérative, aux séances de la commission médicale d'établissement et du directoire de l'hôpital de proximité ou de l'établissement public dont il relève, s'il est dépourvu de la personnalité morale, des personnes extérieures ou des professionnels de santé, notamment des représentants des communautés professionnelles territoriales de santé.

Le nombre des membres ayant voix délibérative au sein de la commission médicale d'établissement résultant de l'alinéa précédent ne peut excéder une proportion du nombre total de ses membres fixée par décret en Conseil d'Etat.

Les adaptations mentionnées au présent II font l'objet d'une demande auprès de l'agence régionale de santé, formulée par le directeur de l'hôpital de proximité ou de l'établissement public dont il relève, après avis favorable des instances concernées, et, en outre, lorsque l'adaptation concerne le directoire, après avis du conseil de surveillance de l'établissement. Il peut y être mis fin après avis des instances concernées en cas de difficultés dans leur mise en œuvre.

Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent II. Ce décret précise notamment la procédure par laquelle le directeur général de l'agence régionale de santé autorise ces adaptations, la qualité et le nombre de personnes extérieures ou de professionnels de santé compétents autorisés à intégrer les instances concernées de l'hôpital de proximité, leurs modalités de désignation et, le cas échéant, la durée de leur mandat, les modalités de suivi et d'évaluation de ces adaptations, et les conditions dans lesquelles elles peuvent prendre fin.

III.-Lorsque l'hôpital de proximité est dépourvu de la personnalité morale ou qu'il partage une direction commune avec un autre établissement, l'établissement dont il relève garantit que l'hôpital de proximité a mis en œuvre des modalités de fonctionnement et d'organisation du site lui permettant de remplir ses missions de proximité mentionnées à l'article L. 6111-3-1 et adaptées aux coopérations avec ses partenaires établies en application de l'article L. 6111-3-2.

Il peut, à cette fin, être instituée une sous-commission de la commission médicale d'établissement ou une commission médico-soignante, composée de personnels médicaux et non médicaux, dédiée à l'exercice de ses missions de proximité.

Les modalités d'organisation ainsi mises en œuvre font l'objet d'une information de l'agence régionale de santé compétente dans un délai d'un an à compter de l'inscription de l'hôpital de proximité sur la liste régionale mentionnée à l'article L. 6111-3-1.

CONTRAT DE PROJET :
CH Dinan - Montage projet Mesure 5 - plateforme d'appels

Préambule :

Dans le cadre du pilotage vers un nouvel hôpital territorial, le GH Rance Emeraude relance les contrats internes destinés à suivre les objectifs et les moyens alloués sur les projets médico-soignants des différents établissements.

Ces projets médico-soignants peuvent être limités au périmètre d'un centre hospitalier, étendus à un ou plusieurs établissements du groupement hospitalier de territoire ; ils peuvent également avoir une vocation territoriale et associer des partenaires extérieurs.

Le contrat permet de définir le cadre et la nature des projets et l'engagement des parties ; il est signé par le(s) chef(s) de pôle, le directeur général et par les présidents de CME du ou des établissements concernés. Il est visé par le(s) responsable(s) de structure interne, porteur(s) du projet.

1. Objet :

Le contrat de projet a pour objet de définir les engagements des différentes parties prenantes tant internes qu'externes, le cas échéant.

Il comporte nécessairement les éléments de cadrage budgétaire, et est administré par la DAFFAG.

Il permet à chacun d'identifier les porteurs du projet, le calendrier de déploiement et les principales évolutions en termes de prise en charge comme de gestion. Il définit les résultats attendus sur ces différentes composantes et les indicateurs d'évaluation qui s'y attachent.

Le contrat n'a pas vocation à remplacer la fiche projet permettant un pilotage opérationnel du projet.

2. Type de projet :

- Développement d'activités sur ressources propres
- Mise en place d'un projet sur financement spécifique (Appels à projets par exemple)

3. Contexte :

Dans le cadre de la réponse à l'appel à projets ARS « Mesure 5 : Pacte de refondation des urgences - Lignes directrices pour le développement des admissions directes au travers d'une organisation territoriale intégrée », une lettre d'engagement a été déposée pour les établissements de Saint-Malo et de Dinan et portée par les filières gériatriques de chaque établissement. La construction d'un projet territorial avec des partenaires extérieurs est également prévue dans la démarche.

Ce contrat est établi entre la direction du GH Rance Emeraude et le pôle Gériatrie du centre hospitalier de Dinan en vue d'employer les fonds déjà octroyés par l'ARS suite au dépôt de la lettre d'engagement. Il est préfigurateur d'un contrat plus large incluant l'ensemble des acteurs du territoire.

4. Définition des parties :

- La direction des centres hospitaliers de Dinan, Saint-Malo et Cancale, ci-dessous dénommée la direction, représentée par le directeur général;
- Le pôle Gériatrie du centre hospitalier de Dinan, représenté par son chef de pôle.

Vu la lettre d'engagement signée le 10 septembre 2020 par le directeur du Centre hospitalier de Dinan, il est convenu ce qui suit :

5. Engagements des parties :

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

Article 1 : Engagements de la direction

- Mise à disposition des crédits octroyés au montage du projet
- Suivi budgétaire de l'engagement des dépenses, notamment en ressources humaines
- Assistance administrative, notamment pour le recrutement de personnel
- Relation avec le financeur

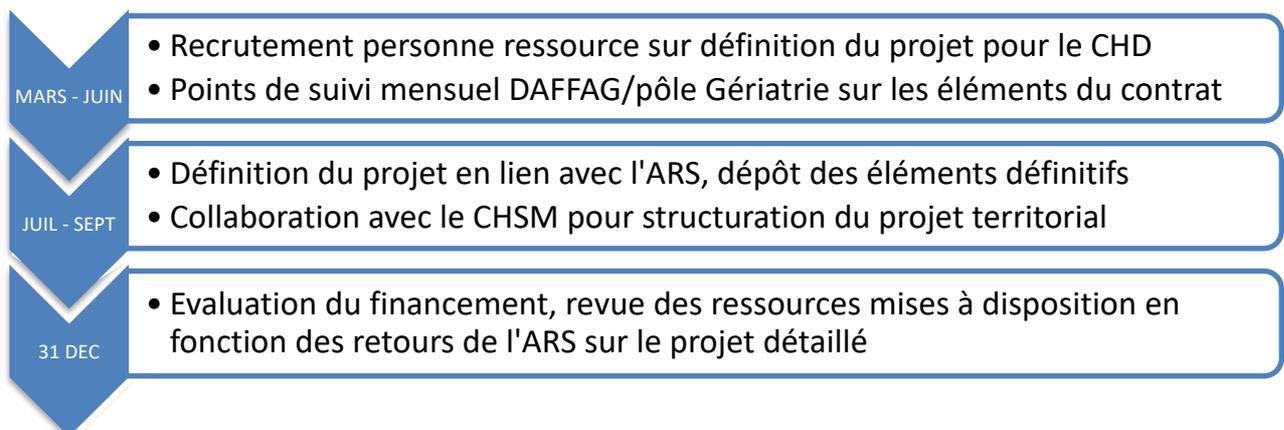
La direction s'engage à établir un nouveau contrat dès lors que l'avancement du projet rendra celui-ci caduc.

Article 2 : Engagements du pôle Gériatrie du CHD

- Coordonner la mise en place du projet à l'échelle du CHD, en lien avec les partenaires externes signataires
- Etablir une fiche projet pour définir le contenu détaillé du projet, en lien avec l'ensemble des acteurs ayant signé la lettre d'engagement
- Participer à la réflexion pour déposer un projet répondant à l'ambition territoriale, en lien avec le projet porté par le centre hospitalier de Saint-Malo concernant le TS6-35,
 - Se rapprocher de la filière gériatrique du territoire TS6-35
 - Participer à la réflexion sur l'offre de santé territoriale en gériatrie en vue du projet du futur hôpital territorial
- Ne pas engager de recrutement à long terme sur ce 1^{er} contrat.

Article 3 : Calendrier de mise en œuvre sur l'année 2021

Selon le mail d'actualisation reçu en février 2021, le dépôt du projet territorial devra se faire



pour le 1^{er} septembre 2021 (et non pas le 1^{er} juillet 2021 comme indiqué initialement).

Article 4 : Utilisation des financements octroyés

Par décision de l'ARS en date du 26 novembre 2020, un premier financement de 129 333 € a été octroyé pour le projet porté par le centre hospitalier de Dinan, en tant qu'établissement support de la filière gériatrique. Selon les termes de la lettre, « ce financement constitue une avance permettant de procéder aux recrutements et à l'acquisition de ressources nécessaires à l'élaboration du projet ».

Un point d'étape avec l'ARS était planifié dès janvier 2021 mais il a dû être reporté au vu du contexte de la crise sanitaire.

Une partie du financement doit être réservée pour la partie administrative de la gestion du projet. Une annexe financière détaille la répartition de l'utilisation de cette première enveloppe entre les différents acteurs.

Fait à Dinan, le

Pour la direction des centres hospitaliers de Cancale, Dinan et Saint-Malo : Le Directeur	Pour le pôle de Gériatrie du Centre hospitalier de Dinan : Le Chef de pôle
Pour la Commission médicale du Centre Hospitalier de Dinan : Le président de CME	

ANNEXE FINANCIERE

Utilisation des montants alloués par l'ARS suite au courrier de l'ARS du 26 novembre 2020 dans le cadre de la Mesure 5 du pacte de refondation des urgences.

Le budget alloué s'élève à 129 333 € et constitue une avance. Elle sera attribuée lors de 2 phases :

La première phase concerne le recrutement d'un poste de type chargé de mission pour une durée d'une année non reconductible :

Objectif	Dépenses	Reste sur l'enveloppe
Recrutement cadre	77 322 €	52 011 €
Frais de structure	12 933 €	39 078 €

La prise de poste s'accompagne de la mise à disposition des moyens informatiques et logistiques nécessaires à sa fonction (bureau, téléphone, PC, etc...).

La seconde phase s'amorcera une fois déposé le projet complet avec l'ensemble des acteurs du territoire à compter du 1^{er} septembre 2021 et fera l'objet d'un avenant au terme de la première phase.

ANNEXE PROJET

Eléments de cadrage du projet

Un comité stratégique a été identifié dans la lettre d'engagement, il est constitué :

- du Directeur délégué en charge de la filière Gériatrie du Groupement Hospitalier,
- du Directeur délégué du site du CH de Dinan
- du Chef de pôle de gériatrie du CH de Dinan ou son suppléant,
- du cadre coordonnateur de gériatrie du CH de Dinan ou son suppléant,
- du responsable DAC antenne de Dinan ou son suppléant,
- du chargé de mission, chef de projet.

Ce comité est amené à évoluer avec l'élaboration du projet.

Le directeur délégué en charge de la filière Gériatrie du Groupement Hospitalier, le directeur délégué du site du CH de Dinan, le Chef de pôle de gériatrie du CH de Dinan, le cadre coordonnateur de gériatrie du CH de Dinan vont se réunir préalablement au recrutement du chargé de mission en vue de mettre en place les premiers éléments de gouvernance. Ils auront à examiner les modalités de recrutement du chef de projet (cf. fiche de poste 'chargé de mission' ci-jointe).

Annexe 6 : Liste des fonctions des personnes interviewées

- Présidente de Commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Dinan
- Directeur délégué du site de Dinan
- Chef de pôle Gériatrie, centre hospitalier de Dinan
- Médecin, chef de projet parcours patient et coopération avec l'offre de soins primaires
- Médecin généraliste, coordinateur de la maison de santé pluriprofessionnelle de Quévert
- Médecin, coordinateur de la CPTS constitué sur le territoire de la Côte d'Emeraude

GERMAIN	Armelle	Octobre 2021
Directeur d'hôpital Promotion 2021		
Réinventer l'offre hospitalière dans un bassin rural : doit-on poser l'hypothèse d'un « hôpital de proximité » ou aller vers un centre hospitalier sobre et innovant ? L'exemple du territoire de Dinan.		
<p>Résumé :</p> <p>L'offre hospitalière sur le bassin de Dinan est en pleine transformation. La situation économique et financière du centre hospitalier est périlleuse depuis plusieurs années, mais les besoins de santé sur un territoire vieillissant en croissance démographique sont nombreux. Doit-aller vers un modèle d'hôpital de proximité selon les nouveaux textes qui viennent de paraître ou proposer plutôt une offre rénovée plus sobre mais continuant à bénéficier en partie d'une tarification à l'activité et d'une partie en dotation de responsabilité territoriale à la hauteur du projet de santé public envisagé pour le territoire ? Dans un premier temps, un diagnostic territorial permet de dessiner les besoins de santé et les évolutions de l'offre tant sur le plan hospitalier que sur l'offre de premier recours ou l'offre chirurgicale privée. Dans un second temps, une analyse succincte de la situation financière établit la nécessité de transformer l'offre du centre hospitalier tant dans la structure de ses recettes que de ses dépenses. Enfin, la troisième partie élabore des hypothèses de transformation possibles, au regard des projets déjà engagés et en lien avec la nouvelle offre hospitalière qui se crée pour le territoire de santé breton n°6. Le décloisonnement entre « la ville » et l'hôpital par le biais de projets communs et de financements novateurs pourrait permettre de maintenir une offre hospitalière publique pertinente et efficiente sur le bassin de Dinan.</p>		
<p>Mots clés : Territoire, financement hospitalier, lien ville-hôpital, hôpital de proximité, innovation organisationnelle</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs</i></p>		