



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2009 –

**L'HÔPITAL LOCAL PEUT-IL COORDONNER UNE
OFFRE INTÉGRÉE DE SOINS ADAPTÉE AUX
BESOINS DE PROXIMITÉ?**

– Groupe n°13–

- | | |
|--------------------------------|------------------------------|
| – ANDRÉ Emmanuel | – PRONO Édouard |
| – GARCIA-VIANA Audrey | – SEVERAC Florent |
| – LACROIX Christine | – SEYMOUR Jean-Michel |
| – MOUHOUDHOIR Nafissata | – TRAUTMANN Simone |
| – PLAGES Brigitte | – YEO Sionfon |

Animateurs

– **ALLOMBERT**

Joanny

– **ROUTELOUS**

Christelle

Sommaire

1	Entre positionnement géographique et dynamique des parcours de soins : le rôle de deux hôpitaux locaux en Pays de Fougères	6
1.1	Définir le territoire de proximité pertinent dans lequel s'inscrivent les deux hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint-Brice	6
1.1.1	La difficile structuration d'une offre de soins territoriale cohérente.....	6
1.1.2	Les deux hôpitaux locaux d'Antrain et Saint-Brice au carrefour de multiples territoires	7
1.1.3	Quelques éléments caractéristiques du territoire de santé n°5 et du Pays de Fougères: besoins de santé et offre de soins	8
1.2	Positionnement stratégique des hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint Brice.....	11
1.2.1	Le projet de spécialisation des hôpitaux locaux d'Antrain et Saint Brice.....	11
1.2.2	Positionnement des hôpitaux d'Antrain et Saint-Brice dans l'offre de rééducation et dans la prise en charge des personnes âgées.....	13
2	L'hôpital local, une institution aux multiples facettes : du projet d'Antrain et Saint-Brice à la place de l'hôpital local dans la structuration de l'offre de soins	16
2.1	Les hôpitaux locaux d'Antrain et Saint-Brice, quelle impulsion dans l'offre de soins locale ?	16
2.1.1	Les hôpitaux locaux d'Antrain et Saint-Brice, « pivots » de l'offre locale de santé : au-delà des représentations, une réalité plus complexe	16
2.1.2	Les hôpitaux locaux d'Antrain et Saint-Brice peuvent-ils initier un projet local de santé ?	20
2.2	Quel avenir pour l'hôpital local dans un projet local de santé ?	22
2.2.1	Éléments de comparaison : les expériences de l'hôpital local de La Roche Bernard et de celui de Houdan	22
2.2.2	La plasticité de l'hôpital local, un atout dans la territorialisation des soins ?.....	24
	Conclusion	27
	Bibliographie.....	29

Glossaire	31
Liste des annexes	I
Annexe 1- Liste des entretiens	II
Annexe 2 – Grille d’entretien	III
Annexe 3 – Carte du territoire de santé n°5	IX
Annexe 4 – Réseau Part-âge : résultats	XI
Annexe 5 – Réseau Part-âge : grille d’éligibilité.....	XIII

R e m e r c i e m e n t s

Nous tenons à remercier M. Allombert pour l'aide qu'il nous a apporté dans notre travail ainsi que Mme Routelous pour ses conseils et sa disponibilité.

Nous souhaitons également remercier les personnes qui nous ont accordé des entretiens sur place ou par téléphone pour leur disponibilité et la qualité des échanges. Ce fut une véritable chance de pouvoir rencontrer les acteurs essentiels à notre bonne compréhension du projet, leur enthousiasme à nous répondre étant le reflet de l'engagement et du dévouement de la plupart d'entre eux. Merci !

LISTE DES SIGLES

ADMR :	Aide à Domicile en Milieu Rural
ALD :	Affection de Longue Durée
APA :	Allocation Personnalisée Autonomie
ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CH :	Centre Hospitalier
CHBA :	Centre Hospitalier Bretagne Atlantique
CHT :	Centre Hospitalier Territorial
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CG :	Conseil Général
CISS :	Collectif Inter-associatif sur la Santé
CLIC :	Centre Local d'Information et de Coordination
CMAO :	Commission Médicale d'Accueil et d'Orientation
CME :	Commission Médicale d'Établissement
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DARH :	Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
EHPAD :	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ETP :	Equivalent Temps Plein
GCS :	Groupement de Coordination Sanitaire
GIE :	Groupement d'Intérêts Économiques
GIR :	Groupe Iso Ressource
HAD :	Hospitalisation à domicile
HDJ :	Hôpital De Jour
HL :	Hôpital Local
HPST :	Hôpital Patient Santé Territoire
INSEE :	Institut national de la Statistique et d'Études Économiques
MCO :	Médecine Chirurgie Obstétrique
MPR :	Médecine Physique et de Réadaptation
ORL :	Oto-rhino-laryngologie
ORS :	Observatoire Régional de Santé

ORSB :	Observatoire Régionale de Santé de Bretagne
PDS :	Permanence Des Soins
PLS :	Projet Local de Santé
PMT :	Projet Médical de Territoire
PRSP :	Plan Régional de Santé Publique
SROS:	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD :	Services de Soins Infirmiers à Domicile
SSR :	Soins de Suites et Réadaptation
URCAM :	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
USLD :	Unité de Soins de Longue Durée

Méthodologie

L'organisation interne du groupe

Notre groupe de travail est constitué de dix personnes issues de différentes filières : un médecin inspecteur de santé publique, deux élèves directeurs d'hôpital, trois élèves directeurs d'établissement sanitaire, trois inspectrices de l'action sanitaire, sociale et médico-sociale et une directrice des soins. Cette diversité a été un point fort de notre groupe en ce que le sujet qui nous était proposé sur le rôle et la place des hôpitaux locaux appelait à des approches complémentaires.

D'un commun accord, tous les membres du groupe ont participé à l'ensemble des grandes étapes de notre travail : recherche bibliographique, analyse du sujet, élaboration de la problématique et du plan, construction du guide d'entretien, nombreuses enquêtes sur le terrain, accueil des intervenants extérieurs et entretiens téléphoniques, puis mise en commun, débats, rédaction et relecture. Seuls les entretiens ont fait l'objet d'un travail en binômes, composés chaque fois que cela était possible de membres de filières différentes. L'objectif étant de favoriser la diversité des approches, l'exhaustivité et la mutualisation des expériences.

L'utilisation régulière du serveur RA comme outils de centralisation des données, les échanges d'e-mail nombreux, les appels téléphoniques ont permis de transmettre l'information à tous en temps réel et de maintenir la cohérence du travail au sein du groupe. Nous avons privilégié les réunions plénières afin de favoriser un dialogue, organiser collectivement les tâches de chaque membre, mettre en commun les informations recueillies, coordonner les réflexions. En outre, les questions logistiques ont été réglées de façon efficace par un groupe constitué de référents, se partageant les tâches entre coordination des missions, prise de rendez-vous, suivi des entretiens, centralisation et diffusion des informations. Enfin, un comité de lecture a été chargé de coordonner l'ensemble des écrits afin de donner du sens et de la fluidité au mémoire.

Notre travail est donc le fruit d'une réflexion collective et partagée.

La méthode d'analyse retenue par le groupe.

La première partie du travail a résidé dans l'appropriation individuelle puis collective du sujet qu'il nous était proposé d'étudier. Le choix de la problématique et l'angle d'attaque ont fait l'objet d'une réflexion qui s'est prolongée sur les deux premiers jours de travail.

Elle s'est concrétisée par l'élaboration du plan de notre travail écrit. Ces deux jours nous ont aussi permis de circonscrire le territoire de notre étude, sachant que plusieurs termes étaient employés dans les documents remis : territoires, pays, cantons, secteurs... La seconde partie du travail a résidé dans la collecte et l'analyse des informations et documents bibliographiques. A cet égard, la présence régulière de Monsieur ALLOMBERT et de Madame ROUTELOUS a permis de repositionner chaque fois que nécessaire les avancées de notre travail. Nous avons élaboré ensemble une grille d'entretien semi directif destinée à recueillir les avis des différents partenaires de la prise en charge des patients du territoire de Fougères. Nous l'avons présenté, avec une grille d'analyse, à Madame ROUTELOUS pour régulation et validation.

En ce qui concerne l'enquête de terrain, nous avons identifié, à partir d'une liste de personnes fournie par Monsieur ALLOMBERT, les interlocuteurs qu'il nous paraissait important de rencontrer au regard de notre problématique. Au décours de notre réflexion, nous avons ouvert notre liste à d'autres personnes à interviewer. Deux référents chargés des contacts téléphoniques ont organisé les rendez-vous. Sur une liste de vingt-deux interlocuteurs potentiels nous avons pu organiser quinze entretiens¹ pour lesquels nous avons choisi de nous déplacer en binôme de façon à recueillir le maximum d'informations. L'ensemble des membres du groupe a réalisé ces entretiens sur une semaine.

Les propos des personnes rencontrées ont été retranscrits sur une grille de synthèse², de façon à nous permettre une exploitation la plus fine possible des réponses à nos questions. Nous nous sommes assurés du respect des choix de nos interlocuteurs quant à la retranscription de leurs propos et nous leur avons proposé de leur envoyer la synthèse de notre entretien. Ce qui a été accepté volontiers. Un binôme a été chargé de réaliser la synthèse de ces entretiens et d'en faire l'analyse. Nous en avons alors déduit des pistes de réflexions qui ont nourri notre dernière partie du travail écrit.

Points de réflexion sur la méthodologie employée

La présentation d'un sujet extrêmement large nous a placés dans une situation de liberté quant au choix de notre orientation pour ce travail ; mais elle nous a confrontés à la nécessité de définir une problématique plus précise. Ce travail de définition a été chronophage mais riche en ce qui concerne la dynamique du groupe et sa cohésion dans la

¹ Voir annexe 1

² Voir annexe 2

suite du travail. Définir précisément la problématique nous a aussi permis une mise à distance face à des enjeux forts qui pouvaient se jouer pour les différents acteurs rencontrés lors de notre étude. Nous avons ainsi pu poser un regard plus neutre sur la situation des hôpitaux locaux sur le territoire de Fougères.

Pour ce qui concerne la réalisation des entretiens et de leur exploitation, la contrainte de temps ne nous a pas permis de tester cette grille au préalable. Nous avons, chacun, réalisé un nombre d'entretiens limité et son appropriation ne s'est effectuée que partiellement. La recherche de précisions dans les propos des personnes interviewées nous a certainement manqué. D'autre part, nous regrettons l'absence de contact direct avec les autorités de tutelle, DDASS et ARH, ce qui nous a privés d'un regard régional sur l'organisation de l'offre de soin, la pertinence du maillage territorial et les coopérations à développer. Nous sommes donc conscients de l'aspect partiel de notre analyse.

Par contre, la participation de tout le groupe à la conception de la grille d'entretien a permis d'affiner l'ensemble des questions. Cela a contribué à la qualité du recueil de réponses de nos interlocuteurs. L'organisation en binôme pour les entretiens a enrichi le recueil d'informations. Constituer un seul binôme d'analyse a permis de mieux identifier les redondances et les éléments singuliers des différents propos afin de faire ressortir les points forts des hôpitaux locaux et leurs faiblesses dans la coordination d'une offre de soins de proximité.

Introduction

« Il y a une contradiction dans le SROS : d'un côté, on se félicite de l'excellent maillage du territoire de santé n°5 ; de l'autre, on laisse entendre qu'il y aurait trop d'hôpitaux locaux ». Ce constat, dressé par M. Allombert, directeur des hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint-Brice-en-Coglès, illustre le flou qui règne généralement sur la place des hôpitaux locaux dans l'offre de soins.

D'après la circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital, ce dernier a pour objet de dispenser « avec ou sans hébergement : des soins de courte durée en médecine, des soins de suite ou de réadaptation; des soins de longue durée comportant un hébergement ». Il participe en outre « aux actions de santé publique, aux actions médico-sociales coordonnées de médecine préventive et d'éducation pour la santé, et de maintien à domicile en liaison avec les professionnels de santé locaux. » Ses principales missions sont de proposer une offre de soins complète en première intention pour assurer un premier niveau de prise en charge d'une population vivant à proximité ; favoriser le maintien ou le retour à domicile des patients ; intégrer une filière graduée notamment pour la prise en charge des personnes âgées.

Une des principales caractéristiques de l'hôpital local est sa double vocation sanitaire et médico-sociale. Cependant, les principes de rationalisation et de gradation de l'offre de soins, réaffirmés dans le projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoire », tendent à remettre en cause le rôle sanitaire de l'hôpital local. A ce titre, la présence à l'hôpital local d'Antrain du plus gros service de rééducation du nord du département d'Ille-et-Vilaine dénote. La loi dite « Bachelot » ne semble, toutefois, pas entièrement défavorable à l'hôpital local. En effet, celui-ci pourrait trouver sa place dans la chaîne de l'offre de soins en tant que « plate-forme de proximité ».

Les évolutions législatives, passées comme futures, poussent également les établissements publics de santé, dont les hôpitaux locaux, à « s'ouvrir » sur l'extérieur, c'est à dire à renforcer leurs collaborations entre eux et avec les autres acteurs du système de santé. Au niveau local, cela pourrait prendre la forme d'un « projet local de santé » ayant pour but de renforcer la coordination et la qualité des interventions sanitaires, médico-sociales et sociales de proximité.

C'est dans ce contexte que nous nous interrogerons sur la place et le rôle (réels ou souhaitables) des hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint-Brice dans l'offre locale de santé. Sont-ils capables de coordonner une offre intégrée de santé adaptée aux besoins de proximité ?

Il faut d'emblée préciser à quel niveau du « mille-feuille » territorial l'on se situe lorsqu'on parle d' « offre locale », de « projet local de santé » ou de « besoins de proximité ». En effet, il ne s'agit ni du territoire de santé n°5, ni du Pays de Fougères mais d'un échelon plus petit qui peut, de plus, varier selon les besoins ou les types de prise en charge considérés. Pour simplifier, dans un premier temps, mettons que les mots « local » et « proximité » renvoient à un niveau supra-cantonal mais inférieur au territoire de santé et au Pays.

Le choix est fait de partir du positionnement stratégique des hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint-Brice dans l'offre locale de santé. En effet, la direction commune de ces deux établissements a élaboré en 2008 un projet de restructuration de leurs activités, consistant en une spécialisation des deux hôpitaux (pôle sanitaire sur Antrain, pôle médico-social sur Saint-Brice). Cette stratégie, qui constitue une forte impulsion à la structuration de l'offre de soins au niveau des cantons d'Antrain et de Saint-Brice, pourrait être le prélude à la construction d'une véritable offre intégrée de santé, adaptée aux besoins de proximité. On entend par offre intégrée de santé une offre parfaitement coordonnée entre les différents acteurs autour des différentes thématiques ou filières de prise en charge.

Les hôpitaux locaux peuvent-ils pour autant être les catalyseurs de l'élaboration d'un projet local de santé ?

Après avoir constaté la difficulté de définir un territoire pertinent pour rendre compte de l'activité des deux hôpitaux locaux, nous étudierons leur projet de restructuration. Les implications de ce dernier sur le positionnement stratégique des deux hôpitaux sont particulièrement significatives pour deux filières de prise en charge: la rééducation et la prise en charge des personnes âgées (I).

Notre deuxième partie portera sur la perception qu'ont les autres acteurs de santé du rôle des deux hôpitaux locaux. Doivent-ils jouer un rôle de pivot dans la structuration de l'offre locale de santé ? Peuvent-ils porter un projet local de santé ? Nous réfléchirons ensuite de manière plus prospective, au travers de l'étude d'expérimentations menées par d'autres hôpitaux locaux, sur la place de l'hôpital local dans l'offre de soins (II).

1 Entre positionnement géographique et dynamique des parcours de soins : le rôle de deux hôpitaux locaux en Pays de Fougères

Enserrés au sein d'une organisation territoriale de soins fort complexe et parfois peu cohérente, les deux hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint Brice ont su néanmoins initier une démarche de restructuration de leur offre sanitaire et médico-sociale consistant à se spécialiser l'un et l'autre dans une réelle démarche de complémentarité qu'il s'agira également de présenter.

1.1 Définir le territoire de proximité pertinent dans lequel s'inscrivent les deux hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint-Brice

1.1.1 La difficile structuration d'une offre de soins territoriale cohérente

« Les territoires n'existent pas, ils se construisent. Pour fédérer un territoire cohérent, il faut partir de l'existant, s'appuyer sur les acteurs, ne pas faire table rase du passé.

Le Pays est devenu également un acteur incontournable ».

M. ALLOMBERT, directeur des hôpitaux locaux d'Antrain et Saint Brice

Une organisation territoriale de soins cohérente est une opération des plus complexes en ce qu'elle suppose la prise en compte de multiples perspectives qui peuvent parfois difficilement coexister.

En effet, une première approche dite horizontale organise l'offre de soins par activité. A cet égard, la circulaire du 5 mars 2004 tente d'instaurer un savant dosage entre des territoires qui, selon les activités considérées, « peuvent être différentes », et la volonté d'assurer « la cohérence territoriale de toutes les activités liées aux plateaux techniques ». Or, l'hétérogénéité des diverses organisations sectorielles (permanences des soins, schémas gérontologiques départementaux...) fait de cet exercice un véritable tour de force.

D'autre part, la même circulaire précise que, selon une approche verticale, « sur chaque territoire et pour chaque activité », les régions doivent établir une « gradation des soins » définies de telle sorte à identifier les différents niveaux de prise en charge depuis la proximité jusqu'au niveau interrégional.

Enfin, il s'agit également de penser le territoire comme un lieu de concertation des acteurs (de santé, médico-sociaux, les élus et les usagers) et l'élaboration d'un projet médical de territoire. En tant que projet inter-établissements, ce dernier contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre du SROS et plus spécifiquement à faciliter les coopérations et complémentarités à mettre en œuvre. En Bretagne, « il est apparu judicieux (...) d'associer

les représentants de Pays à l'espace de concertation que constitue la conférence sanitaire renouvelée »³. Le choix a donc été fait de s'appuyer sur ce « territoire de projets »⁴ qu'est le Pays, circonscription administrative censée offrir une meilleure lisibilité du système de soins.

Ainsi, le territoire de santé –nouveau cadre réglementaire de l'organisation des soins- sert un projet ambitieux qui veut revoir la conception de l'espace dans la planification hospitalière. De simple contenant, le territoire de santé devient un élément structurant, envisagé non plus comme un périmètre administratif mais comme une zone d'organisation fonctionnelle de l'offre de soins. Par conséquent, définir un territoire de santé est un exercice délicat qui suppose de prendre en compte à la fois des données géographiques, les comportements de la population face à l'offre de soins ainsi que diverses contraintes administratives et politiques⁵.

A cet égard, la plupart des acteurs rencontrés ont dénoncé le flou de la notion même de territoire de santé. Cela peut parfois être un élément de souplesse dans l'organisation de l'offre de soins et d'ajustement au parcours du patient. On observe d'ailleurs dans le cadre des hôpitaux locaux d'Antrain et Saint Brice des innovations en ce sens (par exemple, le réseau « Part-âge » regroupant des professionnels autour de la prise en charge des personnes âgées). Néanmoins, cette absence de définition claire peut également être préjudiciable à la cohérence de l'offre de soins.

1.1.2 Les deux hôpitaux locaux d'Antrain et Saint-Brice au carrefour de multiples territoires

Les hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint-Brice se situent aux confins de multiples territoires qui peuvent parfois manquer en cohérence pour le parcours du patient. Alors que le découpage sanitaire les situe au nord du territoire de santé n°5, géographiquement très proches du territoire de santé n°6 « Saint-Malo/Dinan », du secteur de Laval dans les Pays de la Loire et du territoire de santé « Sud-Ouest » en Basse Normandie, le découpage

³ SROS Bretagne

⁴ Loi n° 99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire et portant modification de la loi n°95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire

⁵ Lucas, Tonnelier, 1996

administratif en fait deux chefs lieu de cantons pleinement ancrés dans l'arrondissement du Pays de Fougères.

Le Pays de Fougères est inclus dans le territoire de santé n°5 sans pour autant se superposer complètement à lui. Il est un acteur nouveau en matière de santé : prise en compte de l'élaboration d'un projet territorial de santé, conventionnement de l'HAD. Il semblerait en outre qu'aucun de ces deux types d'échelons ne soit adapté à l'organisation de l'offre locale de santé.

Les cantons d'Antrain et Saint-Brice sont des bassins de vie inclus dans le Pays de Fougères, à dominante rurale. Il est difficile de définir les besoins de santé sur un territoire aussi réduit que celui de ces deux cantons.

A l'échelle du pays, l'on observe de grandes disparités entre Fougères et sa périphérie avec des problèmes sociaux, un bassin d'emplois en difficulté. La population rurale est nombreuse, possédant une forte culture liée à cette ruralité (la plupart des PA de 80-90 ans ont un passé d'agriculteurs) avec, de fait, de faibles revenus et un rapport au médecin particulier. Ce dernier est sacralisé. La perte du médecin dans un bourg est un choc pour les habitants et les élus.

Deux problèmes majeurs vont se poser dans le futur : l'offre insuffisante de médecins et l'accompagnement de la personne âgée vieillissante.

La dotation en hébergement complet est le résultat de la politique de la région pratiquée dans le passé, mais cette solution ne correspond plus forcément aux attentes de la population. Avec l'amélioration de l'état de santé et l'allongement de la période de vie sans dépendance, le souhait est plutôt de rester le plus longtemps possible au domicile à condition d'avoir les services le permettant tels que le portage de repas ou des services médicalisés, difficiles à mettre en œuvre en cas de déficit de médecins.

Il devrait y avoir une « période de flottement » pour les 10-12 ans à venir.

M. TARDIF, consultant, ancien chargé de mission auprès de l'ARH Bretagne

1.1.3 Quelques éléments caractéristiques du territoire de santé n°5⁶ et du Pays de Fougères: besoins de santé et offre de soins

A défaut de données démographiques propres aux cantons d'Antrain et Saint Brice, nous nous appuierons sur les données disponibles du Pays de Fougères et du territoire de santé n°5.

Le territoire de santé n°5 s'inscrit dans le SROS 3 (2006-2010) de la région Bretagne. Il comprend la zone géographique qui s'étend autour de Rennes et de son agglomération (Fougères, Vitré, Redon) et couvre ainsi la partie Est de la région. Il se caractérise par la présence du CHU de Rennes, dont l'activité s'étend bien au-delà du territoire n°5. Cela se

⁶ Voir annexe 3

traduit par entre autre, un faible taux de fuite de l'ordre de 7% et un fort taux de recrutement extérieur sur l'activité de court séjour (18%). Mais la présence du CHU est peut-être également à l'origine d'une stratégie de coopération entre établissements.

Par ailleurs, le territoire de santé n°5 regroupe 798 200 habitants⁷ et se situe donc comme le secteur le plus peuplé des 8 territoires de santé qui composent la région Bretagne, avec plus de 27% de la population de la région principalement localisée à Rennes et dans sa proche banlieue. La population est un peu plus âgée que la moyenne régionale⁸. L'espérance de vie à la naissance chez les hommes et chez les femmes est supérieure à la moyenne régionale (respectivement 76,3 ans contre 74,4 ans et 83,7 ans contre 82,9 ans). Les trois quart des demandes d'admission en ALD en 2004 concernaient les tumeurs (27%), les pathologies cardio-vasculaires (29%), les troubles mentaux (12%) et le diabète (9%). Une telle chronicisation des pathologies évolutives qui nécessite d'anticiper des systèmes de prise en charge spécifiques.

Les projections pour 2005-2015 notent une croissance des 60 ans et plus avec particulièrement une augmentation de plus de 31 000 personnes âgées de 60 à 74 ans et de plus de 15 000 pour les plus de 75ans. Cette situation risque de se traduire par une augmentation très importante de la demande de soins, qu'elle soit libérale ou hospitalière.

Les professionnels de santé offrent une densité comparable à l'offre régionale. L'offre de soins sur le territoire n°5 constitue un élément favorable du point de vue de la densité des professionnels et de l'attractivité relative de la région. Des éléments moins favorables apparaissent cependant : le déficit de certains professionnels paramédicaux et une densité d'équipements globalement inférieure à celle de la moyenne régionale.

	Nombre Territoire 5	Ratio pour 100 000 habitants Territoire 5	
		Bretagne	
Généralistes	1260	157	157
Spécialistes	1340	168	152

En matière d'offre de soins libérale, le Pays de Fougères enregistre la densité la plus faible de la région en médecins généralistes et spécialistes libéraux, ce qui constitue un facteur de limitation d'accès aux soins de proximité. En effet, l'offre médicale telle qu'évaluée par

⁷ INSEE 2004

⁸ 25,8% des habitants ont 60 ans et plus contre 23,8% en Bretagne, 9,1% ont 75 ans et plus contre 8,5% en Bretagne (Source : La santé dans le Pays de Fougères, Etude réalisée par l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne (ORS)

l'ORSB en 2003 dénombre sur le territoire la présence de 64 médecins généralistes et 37 spécialistes, ce qui correspond aux taux de couverture les plus faibles de la région, avec une offre de 25% en dessous de la moyenne régionale. La création en 2003 d'une maison médicale de garde à Fougères vise à mieux organiser la permanence des soins en dehors des plages d'ouverture des cabinets médicaux.

Quelques données sont néanmoins disponibles sur Antrain et Saint Brice. Le canton d'Antrain (8 428 habitants en 1999) est pourvu quant à lui de huit médecins dont trois à Antrain, six infirmiers dont trois en cabinet, cinq masseurs-kinésithérapeutes dont deux en cabinet, et trois dentistes. Saint Brice (10 295 habitants en 1999) compte sept médecins dont trois à Saint-Brice, six infirmiers, six masseurs-kinésithérapeutes dont trois en cabinet, et deux dentistes⁹.

Les équipements présentent une densité inférieure à la région dans toutes les disciplines (sauf pour les spécialités d'obstétrique et la psychiatrie infanto-juvénile).

	Territoire 5	Moyenne en Bretagne
Médecine	184 lits – 15 places	196 lits – 13 places
SSR	141 lits – 14 places	159 places – 12 lits
Soins de longue durée	153 lits	193 lits

En outre, le Pays de Fougères dispose de plusieurs établissements qui assurent l'ensemble des activités médicales de médecine, chirurgie, gynécologie, SSR, psychiatrie et USLD : le centre hospitalier de Fougères, les deux hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint-Brice-en-Coglès et un établissement de pédopsychiatrie.

L'offre pour personnes âgées est particulièrement importante, le département d'Ille-et-Vilaine étant le deuxième département français le plus fourni en établissements d'hébergement pour personnes âgées. Le conseil général a divisé son territoire en quinze secteurs gérontologiques. Outre les deux hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint Brice qui se retrouvent dans le secteur des « Marches de Bretagne », quatre établissements d'hébergement pour personnes âgées qui viennent compléter une offre déjà satisfaisante (Bazouges-la-Pérouse 93 places, Louvigné du Désert 149 places, Saint George-de-Reintembault 110 places et Tremblay avec 136 places). On relève par ailleurs une forte présence des services de soins infirmiers à domicile. En effet, quatre SSIAD pour les personnes âgées sont répartis sur le territoire à Fougères, Antrain et Saint-Etienne-en-Coglès, ce qui est largement cohérent avec la proportion importante des personnes âgées

⁹ Source URCAM au 1^{er} janvier 2008

sur le territoire : 153 places, soit 22 places pour 1000 habitants, ce taux est de 18 pour 1000 habitants au niveau régional et de 15 pour 1000 habitants au niveau national.

Par conséquent, le territoire de santé n°5 répond globalement aux besoins des personnes âgées de manière satisfaisante mais a pour particularité la présence du CHU de Rennes qui tend à masquer des disparités.

1.2 Positionnement stratégique des hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint Brice

1.2.1 Le projet de spécialisation des hôpitaux locaux d'Antrain et Saint Brice

Les hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint-Brice ont une direction commune depuis 2004. Ce début de mutualisation "par le haut" de leurs moyens amène une réflexion sur une possible restructuration de leurs activités. Ainsi, dans le cadre de l'élaboration du nouveau projet d'établissement des deux hôpitaux entamée début 2008, un projet de spécialisation de leurs activités voit progressivement le jour. L'idée serait de concentrer l'essentiel de l'offre sanitaire (médecine, soins de suite, rééducation) sur le site d'Antrain et de renforcer parallèlement la dimension médico-sociale de Saint-Brice (hébergement des personnes âgées).

Ce projet de spécialisation naît de plusieurs constats :

- l'hôpital d'Antrain ne remplit pas totalement son EHPAD (résidence de la Loysance), en raison de son tarif élevé (57€) et à une forte concurrence tarifaire des EHPAD de proximité. De plus, une nouvelle maison de retraite va ouvrir à Plaine-Fougères en octobre 2009
- au contraire, Saint-Brice remplit confortablement ses lits d'EHPAD et la concurrence est moindre dans sa zone d'attraction
- l'autorisation d'Antrain pour le long séjour va disparaître
- le centre hospitalier de référence (Fougères) est situé à proximité de Saint-Brice, ce qui rend moins pertinent le maintien d'une activité sanitaire sur ce site
- les locaux abritant les services de médecine et de soins de suite de Saint-Brice sont vétustes
- les services de médecine et de soins de suite des deux hôpitaux locaux sont, en l'état actuel, sous-dimensionnés

Le choix a donc été fait de spécialiser chaque hôpital local sur ses points forts. En outre, Mme Morin, directrice-adjointe, souligne que ce projet correspond à la différence de culture qui existe entre les deux établissements. En effet, l'hôpital d'Antrain se caractérise

par une « culture sanitaire ». La nécessité de coder les actes est bien intégrée et les instances consultatives, tels que le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et le comité de lutte contre la douleur (CLUD), fonctionnent. A l'inverse, la notion de « projet de vie », centrale dans la prise en charge médico-sociale, a du mal à se concrétiser (locaux peu adaptés, formation du personnel).

Saint-Brice se trouve dans la situation inverse : le codage n'est pas optimal, les médecins ne semblent pas véritablement faire la différence entre les activités de médecine et de soins de suite ; au contraire, il y est établi une « culture de la vie apportée aux résidents ».

Plusieurs scénarii ont été imaginés avec l'aide d'un consultant, Laurent Tardif (ADYSTA-Conseil). Il faut auparavant rappeler les capacités d'accueil des deux hôpitaux locaux en l'état actuel :

Hôpital local de Saint-Brice (146 lits)
Médecine 12 / soins de suite 11
Hébergement : 111+12 (hébergement temporaire)
Hôpital local d'Antrain (242 lits)
Médecine 13 / soins de suite 12
Médecine physique et de rééducation (MPR) 48
Long séjour 49 + unité Alzheimer 20
Hébergement 100

Le scénario de restructuration privilégié est le suivant :

- Disparition du sanitaire à Saint-Brice ; cependant, il est envisagé de maintenir 5 lits de médecine ou de soins de suite sur ce site afin d'assurer, si besoin, une prise en charge médicale à proximité de l'EHPAD ; la majorité de ces 5 lits seront en fait consacrés aux soins palliatifs
- Construction des Hameaux du Coglais (sorte de résidence service 150 lits) à Saint-Brice (ce projet sera détaillé par la suite)
- Maintien de la rééducation et des capacités de médecine à Antrain
- Non reconversion des lits d'USLD d'Antrain, d'où diminution de la capacité d'hébergement d'Antrain de 150 à une centaine de lits
- Les personnes âgées les plus dépendantes devraient être prises en charge à Antrain.

Après avoir brièvement présenté ce projet de spécialisation, il convient d'étudier ses implications sur le positionnement stratégique des deux hôpitaux locaux dans deux filières de prise en charge particulièrement significatives : la rééducation (car il s'agit d'une des

spécificités de l'hôpital d'Antrain) et la prise en charge des personnes âgées (« cœur de métier » des hôpitaux locaux).

1.2.2 Positionnement des hôpitaux d'Antrain et Saint-Brice dans l'offre de rééducation et dans la prise en charge des personnes âgées

L'hôpital local d'Antrain est le plus gros offreur public du nord du département en matière de rééducation. Il dispose d'un plateau technique comprenant une installation de balnéothérapie.

Le taux d'occupation de service de MPR avoisine les 100 % et son recrutement est le suivant : le centre hospitalier de Saint-Malo (54%), le centre hospitalier de Fougères (30%) et le centre hospitalier universitaire de Rennes (10%). Cette forte attraction vis-à-vis de Saint-Malo et du bassin rennais résulte de la faiblesse de l'offre en rééducation sur le secteur de Saint-Malo et, dans une moindre mesure, sur celui de Rennes.

Il est à noter que la grande majorité des personnes prises en charge en rééducation à Antrain est domiciliée dans les communes aux alentours d'Antrain. En effet, les médecins généralistes envoient leurs patients se faire opérer dans les centres hospitaliers de référence mais prescrivent la rééducation dans un service à proximité de leur domicile.

Le CPOM 2003-2007 de l'hôpital local d'Antrain mentionnait une refonte du plateau technique de rééducation. Le projet de spécialisation des deux hôpitaux permettrait de construire ce nouveau plateau technique dans une partie des locaux de l'actuel EHPAD d'Antrain (résidence de la Loysance). Dans le cadre de cette modernisation, l'hospitalisation de jour serait développée (identification de 5 places) ; elle est déjà pratiquée mais de manière quasi informelle. Selon les termes du CPOM 2003-2007, il était également prévu d'« optimiser et de renforcer la professionnalisation du MPR dans le cadre d'une fédération avec le centre hospitalier de Saint-Malo et celui de Fougères ». Une convention a effectivement été signée avec le centre hospitalier de Saint-Malo. Elle prévoit l'identification de deux lits au sein du service d'Antrain réservés aux patients en provenance du centre hospitalier. Elle peine cependant à trouver une application concrète. Les critères de recrutement du service de MPR d'Antrain privilégient en effet la domiciliation des patients.

En fait, la coordination entre le service d'Antrain et ceux des centres hospitaliers environnants se fait en grande partie de manière informelle, par le biais des réseaux personnels du médecin-chef de service et de la cadre.

Dans le projet médical en cours d'élaboration les services de MPR et de soins de suite sont regroupés dans le cadre de la réforme de l'activité SSR introduite par les décrets du 17 avril 2008. Dans le cadre de cette réforme, l'hôpital local d'Antrain souhaiterait développer une activité de SSR spécialisé en orthopédie et en neurologie. Ainsi, un groupe de travail, constitué en interne, a décidé de positionner l'établissement sur 20 lits de SSR mention «appareil locomoteur » et 20 lits de SSR mention « affection du système nerveux ». Le reste des lits serait consacré à du SSR polyvalent à orientation gériatrique.

Le principal obstacle à ce projet est l'attractivité de l'hôpital local, situé en milieu rural, vis-à-vis des professionnels nécessaires au développement de ces activités. En effet, l'hôpital local ne dispose que de 0.5 ETP de médecin-rééducateur pour un service de 48 lits ; il faudrait, selon les recommandations officielles (qui pourraient bien devenir des normes impératives) au moins 2 ETP pour faire tourner un service de cette taille. De plus, sur les 4 kinésithérapeutes que comptent le service, un est en absence prolongée et un autre est proche de la retraite. Or, l'hôpital peine à recruter ce type de professionnels (recours à l'intérim).

Quant au SSR mention « affection du système nerveux », la possibilité de le développer suppose la présence à l'hôpital d'Antrain d'un neurologue. Ceci ne semble envisageable que dans le cadre d'un temps médical partagé avec le CHU de Rennes. L'obtention de SSR spécialisés n'est donc possible qu'à condition de construire avec le CHU une véritable filière de rééducation, seule à même de garantir la présence médicale nécessaire. L'autorisation d'un SSR spécialisé en neurologie à Antrain semble, malgré tout, peu probable.

L'hôpital d'Antrain occupait une situation privilégiée concernant l'offre d'hébergement du secteur gériatrique des Marches de Bretagne (référentiel du conseil général) puisque parmi les six établissements du canton, il disposait du plus grand nombre de lits (162 lits). Il a, toutefois, du mal à remplir la résidence de la Loysance, EHPAD récemment construit (2005), en raison du tarif (57€) et de la concurrence des autres EHPAD. Dans le projet de spécialisation, il se chargerait de l'accueil des personnes âgées fortement dépendantes, ce que lui permet son équipement sanitaire (court séjour de médecine, plateau de rééducation).

Tableau de l'offre d'hébergement pour personnes âgées du secteur gériatrique des Marches de Bretagne, extrait du projet d'établissement 2003-2007 d'Antrain :

MARCHES DE BRETAGNE	1					2		3		
	Tot LS	Maison Retr	Cure Médic	Tot MR	Tot EHPAD	Foyer Vie	Tot 1+2	Heb Temp	SSAD	Tot 1+2+3
Villes										
ANTRAIN	67	38	57	95	162		162		27	189
BAZOUGES		51	44	95	95	87	182			182
TREMBLAY		71	65	136	136	74	210			210
ST BRICE EN COGLES		59	52	111	111		111	12		123
LOUVIGNE DU DESERT		116	30	146	146		146			146
ST GEORGES DE REINTEMBAULT		80	30	110	110		110			110
TOTAL SECTEUR	67	415	278	693	760	161	921	12	27	960

L'hôpital local de St Brice-en-Coglès, par le projet des « Hameaux du Coglais », va se positionner sur une offre qualitative, privilégiant le projet de vie des résidents. Il fait le pari de la « résidence-service », avec une animation renforcée, et se place donc résolument sur un créneau différent de celui des autres EHPAD.

Chaque hameau du Coglais comprend 18 ou 19 chambres individuelles de 22m² ouvrant directement sur l'extérieur. La capacité d'accueil est de 111 personnes et l'accueil temporaire peut recevoir 12 personnes. Les "Hameaux" réunis sur une rue intérieure bénéficient d'un jardin intérieur, d'une cuisine, d'une pièce centrale, d'une salle à manger et d'un salon. Espace de mouvement et d'animation, la rue s'articule autour d'une crèche, d'un restaurant, d'une salle de spectacle, d'un marché bio, d'un café piano-bar, d'un salon d'esthétique et des activités d'art-thérapie. Cet espace commercial sera ouvert aux habitants du Hameaux du Coglais autant qu'à ceux de la commune. Ce lieu de vie joue la carte de la familiarité et de la proximité en favorisant le lien inter générationnel. Et surtout ne pas oublier que « Les résidents ne sont pas chez nous, nous sommes chez eux !

Monsieur ALLOMBERT – directeur des Hôpitaux Locaux de St Brice et Antrain

De plus, les deux hôpitaux locaux ont été à l'initiative en 2007 d'un réseau permettant d'identifier et de mieux répondre aux besoins des personnes âgées. « Part-âge »¹⁰ est une association loi 1901 qui couvre aujourd'hui sept cantons : Antrain, Dol-de-Bretagne, Louvigné-du-Désert, Pleine-Fougères, Saint-Aubin-d'Aubigné, Saint-Brice-en-Coglès, Saint-James. Son président actuel est le maire de St-Brice en Coglès, Monsieur DUBREUIL.

Ce réseau de professionnels a été créé à l'origine pour répondre aux dysfonctionnements dans l'orientation des personnes âgées vers les différents types d'hébergements possibles. Puis, son objet a évolué, avec l'ambition de devenir une véritable plate-forme commune. Ainsi, Part-âge repose aujourd'hui sur deux axes : d'une part, l'élaboration d'une procédure d'admission commune aux hôpitaux locaux et aux EHPAD des environs; d'autre

¹⁰ Voir tableau d'activité en annexe 5

part, le positionnement auprès des généralistes comme vecteur d'information et de compétences autour de la gériatrie (évaluation gériatriques standardisées)¹¹. A côté de ce réseau, il existe aussi depuis 2003 un Centre local d'information et de coordination (CLIC) qui travaille en collaboration avec une équipe médico-sociale du conseil général dont le médecin est chargé d'évaluer la dépendance. Une coordination entre le réseau Part-âge et le CLIC a été mise en place dès la création du réseau. Elle reste néanmoins insuffisante, étant donné la potentielle grande complémentarité entre ces deux acteurs.

Leur projet de spécialisation permet donc aux hôpitaux locaux de renforcer leur positionnement stratégique sur le territoire de proximité, particulièrement en matière de rééducation et prise en charge des personnes âgées. Il s'agit à présent de savoir si les hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint-Brice peuvent structurer l'offre locale de santé à un niveau plus global, en impulsant par exemple une démarche de projet local de santé. L'étude d'expériences menées par d'autres hôpitaux locaux en ce domaine permettra une réflexion plus prospective sur la place de l'hôpital local dans l'offre de soins.

2 L'hôpital local, une institution aux multiples facettes : du projet d'Antrain et Saint-Brice à la place de l'hôpital local dans la structuration de l'offre de soins

2.1 Les hôpitaux locaux d'Antrain et Saint-Brice, quelle impulsion dans l'offre de soins locale ?

2.1.1 Les hôpitaux locaux d'Antrain et Saint-Brice, « pivots » de l'offre locale de santé : au-delà des représentations, une réalité plus complexe

La plupart des acteurs interrogés reconnaissent aux hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint-Brice un rôle de « pivot » dans l'organisation de l'offre de soins de proximité. Il semblerait que la place qui leur est conférée soit avant tout affaire de représentation. L'hôpital local reste une institution en milieu rural, un point de repère pour les usagers. Il est le signe le plus tangible de l'existence d'une offre de soins de proximité.

¹¹ Voir annexe 6

Directeur de l'association du Pays de Fougères, M. Delamarche insiste ainsi sur la place des hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint-Brice dans le maillage du territoire. La réflexion sur le maintien d'une offre de soins de proximité ne peut occulter, selon lui, la problématique de l'aménagement du territoire.

L'hôpital local Antrain/Saint-Brice doit être le chef de file de l'organisation des soins au niveau local et permettre d'aller plus loin dans la mise en réseau des acteurs.

Monsieur DELAMARCHE – directeur de l'association Pays de Fougères

Outre un ressenti favorable des acteurs et des usagers vis-à-vis de leur rôle, les hôpitaux locaux de Saint-Brice et d'Antrain peuvent s'appuyer sur des atouts plus concrets.

L'hôpital local est un rocher sur lequel les compétences peuvent s'agglutiner.

Monsieur ALLOMBERT – directeur des Hôpitaux Locaux de St Brice et Antrain

L'hôpital local est un point d'ancrage qui favorise les relations entre médecins généralistes et, donc, le travail en équipe.

Monsieur RICONO – Président de la CME de l'hôpital d'Antrain

L'hôpital local en lui-même est déjà un lieu de coordination puisque son fonctionnement repose en grande partie sur les médecins libéraux.

Monsieur Tardif, ancien chargé de mission de l'ARH de Bretagne, consultant (ADYSTA-Conseil)

Pour illustrer son propos, M. Allombert met en avant, à titre d'exemple, les recrutements récents effectués par les hôpitaux locaux qui permettent d'enrichir l'offre de soins proposée à la population : une psychologue, un nutritionniste, une assistante sociale... Les hôpitaux locaux peuvent donc concentrer des compétences afin d'être une « porte d'entrée » sur un territoire de proximité. On pense également à la possibilité pour les hôpitaux locaux d'organiser, en collaboration avec les centres hospitaliers de référence, des consultations avancées de spécialistes, voire de partager des temps médicaux avec ces établissements. L'hôpital d'Antrain a ainsi envisagé de faire venir un neurologue sur son site dans le cadre d'un temps partagé avec le CHU de Rennes, ce afin de développer une activité de SSR neurologique. Si la réalisation de ce projet est aujourd'hui très incertaine, l'idée n'en illustre pas moins le rôle que peut jouer l'hôpital local en milieu rural dans l'attrait de certains professionnels de santé.

M. Ricono et M. Tardif soulignent ce qui fait finalement la spécificité de l'hôpital local ; il est en effet le lien naturel entre la ville et l'hôpital car ce sont en grande partie les médecins libéraux du canton qui assurent son fonctionnement médical.

Cependant, certains acteurs soulignent également le fait que l'hôpital local ne saurait « tout faire » et n'a pas vocation à être le coordinateur unique de l'offre locale de soins. M. Dubreuil, maire de Saint-Brice, rappelle ainsi l'existence au niveau local d'autres acteurs amenés à jouer un rôle dans la coordination de l'offre de proximité. Certains acteurs verraient même avec méfiance une mainmise des hôpitaux locaux sur la coordination de cette offre.

On ne peut pas tout centraliser à l'hôpital car il faut tenir compte des autres acteurs intervenants dans l'offre de soins. La fonction de coordination me semble plutôt dédiée au CLIC qui, de par ses missions, remplit cette action d'information et de liaison entre les acteurs.

Monsieur Dubreuil – Maire de Saint-Brice et président du conseil d'administration de l'hôpital

La coordination de l'offre de soins locale ne peut être qu'une coordination mixte entre les hôpitaux locaux, les établissements médico-sociaux, les médecins libéraux et les infirmiers libéraux.

M. Robinard, délégué de l'association des infirmiers libéraux du Pays de Fougères

Il semblerait dès lors que, plus qu'un rôle de « chefs de file » ou de « grands organisateurs » de l'offre de proximité, les hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint-Brice aient à jouer, pour reprendre les mots de M. Tardif, une fonction de « facilitateur », de « ressource au service des acteurs locaux de santé ». En outre, le rôle des deux hôpitaux locaux ne saurait être le même quelle que soit la thématique ou la filière de prise en charge considérée. C'est sans nul doute dans la prise en charge institutionnelle des personnes âgées que le rôle de l'hôpital local est le plus décisif.

L'hôpital local est indispensable en ce qu'il permet la prise en charge des patients âgés et isolés dans un milieu protégé.

Docteur Peltriaux – médecin généraliste autorisé sur l'hôpital de Saint-Brice

A ce titre, la création du réseau Part-âge, à l'initiative des hôpitaux locaux, constitue une réelle avancée dans la structuration de ce champ.

En effet, la commission médicale d'admission et d'orientation commune à Antrain et Saint-Brice a été étendue au début du mois de mai 2009, dans le cadre du réseau Part-âge, aux maisons de retraite de Tremblay et Saint-Georges. A terme, cette commission pourrait faire office de guichet unique pour l'entrée en institution des personnes âgées à l'échelle des sept cantons avoisinant les deux hôpitaux locaux.

Cette mise en cohérence de l'offre d'hébergement pour personnes âgées permettra d'orienter ces dernières vers les structures les mieux à même de répondre à leurs besoins. Ainsi, les personnes les plus dépendantes seront prises en charge à Antrain, conformément au projet de spécialisation des deux hôpitaux locaux, qui dispose de lits de médecine et de

soins de suite et réadaptation. Les personnes âgées plus autonomes seront orientées vers les foyers-logements ou les EHPAD partenaires. La montée en charge du réseau Part-âge devrait également faciliter l'insertion dans l'offre locale d'hébergement des futurs Hameaux du Coglais.

Il est évident que cette structuration de l'offre d'hébergement pour personnes âgées, amorcée par les hôpitaux locaux, se traduit par une amélioration du service rendu aux usagers, en l'occurrence les personnes âgées, qui bénéficieront de solutions diversifiées et adaptées à leur degré d'autonomie et leur état de santé.

Le rôle moteur joué par les hôpitaux locaux dans la prise en charge institutionnelle des personnes âgées est permis par les ressources dont ils disposent comparativement à leurs partenaires. En effet, le médecin coordinateur du réseau Part-âge, le docteur Habermusch, est également le médecin gériatre de l'hôpital local d'Antrain. De plus, le service de médecine et de soins de suite et son plateau technique et de rééducation permettent à l'hôpital local d'Antrain de prendre en charge les cas les plus lourds. Enfin, la construction des Hameaux du Coglais à Saint-Brice traduit la volonté de développer une prise en charge innovante et enrichit ainsi l'offre d'hébergement sur le territoire de proximité.

Néanmoins, s'ils font office de coordinateurs pertinents dans la prise en charge institutionnelle des personnes âgées au niveau local, les hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint-Brice doivent également s'insérer, tel que le prévoit leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, dans une filière gériatrique à l'échelle du territoire de santé. Cela suppose de développer des coopérations avec le centre hospitalier de Fougères, voire avec le centre hospitalier universitaire de Rennes.

Sur d'autres thématiques, tels que la politique de maintien à domicile, l'hôpital local semble devoir jouer un rôle moins marqué. Cela peut sembler logique, la vocation de toute structure sanitaire étant précisément d'intervenir lorsque le maintien à domicile n'est pas possible. Il faut cependant rappeler que, par de nombreux aspects, les hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint-Brice sont des acteurs à part entière du maintien à domicile. En effet, les deux hôpitaux disposent d'unités d'accueil temporaires pour les personnes âgées. En rééducation, l'hospitalisation de jour se développe. De plus, l'ergothérapeute du service de MPR peut se rendre au domicile des patients pour y constater d'éventuels aménagements (tels qu'une rampe d'accès) à prévoir dans le but d'un retour à domicile.

D'une manière plus générale, l'une des raisons d'être de l'hôpital local est, si ce n'est le maintien à domicile stricto sensu, de permettre une prise en charge à proximité du lieu de vie des patients. C'est particulièrement vrai pour les services de soins de suite et de MPR

d'Antrain. Leur existence permet en effet aux personnes des cantons avoisinants ayant subi une opération aux centres hospitaliers de Fougères, Saint-Malo ou Rennes de poursuivre leur convalescence ou leur rééducation à Antrain.

Si les hôpitaux locaux ont indéniablement un rôle à jouer dans la politique de maintien à domicile (ou, en tout cas, au plus près du domicile), ils doivent cependant composer avec d'autres acteurs, tels que le CLIC, le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de Saint-Etienne-en-Coglès (géré par une association), l'aide à domicile en milieu rural (ADMR) ou encore l'HAD 35. L'arrivée récente de ce nouvel acteur dans le Pays de Fougères ne s'est pas faite sans mal. Mais si une certaine concurrence peut exister entre l'HAD 35 et les hôpitaux locaux, des complémentarités sont également à envisager. L'HAD n'a en effet pas vocation à prendre en charge des patients polyopathologiques nécessitant une prise en charge longue. Au final, l'arrivée dans le jeu de l'HAD 35 renforce la nécessité de coopération entre les différents acteurs mentionnés. On comprend cependant que le développement de cette coordination ne saurait reposer sur les seuls hôpitaux locaux.

En matière de rééducation, c'est avec des acteurs, non pas locaux mais régionaux que l'hôpital local d'Antrain doit coordonner son intervention (centres hospitaliers de Saint-Malo, de Fougères et le CHU de Rennes). Afin d'offrir aux personnes souhaitant suivre leur rééducation à Antrain un parcours de soins le plus cohérent possible, l'hôpital local devrait passer des conventions avec ces établissements. Une telle convention existe avec le centre hospitalier de Saint-Malo mais il s'agit, aux dires des acteurs interrogés, d'une « coquille vide ». On a déjà eu l'occasion de souligner (partie 1.2) la nécessité pour l'hôpital d'Antrain de développer, notamment avec le CHU de Rennes, une filière autour de la rééducation afin de garantir une présence médicale suffisante à la poursuite, voire au développement, de cette activité.

2.1.2 Les hôpitaux locaux d'Antrain et Saint-Brice peuvent-ils initier un projet local de santé ?

Si l'hôpital local est un acteur essentiel de l'offre de soins de proximité, il semble au final que son rôle dans une éventuelle structuration de cette dernière ne puisse véritablement être celui d'un pivot. La multiplicité des acteurs et les ressources somme toute limitées des hôpitaux locaux (notamment en termes de personnel médical salarié) ne permettent en effet pas à ces derniers de coordonner à eux seuls l'ensemble de l'offre locale de soins.

C'est, dès lors, tout l'enjeu d'une démarche de projet local de santé : organiser de manière cohérente une offre de soins de proximité en s'appuyant sur les ressources propres à chaque acteur et institutionnaliser des coordinations parfois existantes mais informelles.

La direction commune des hôpitaux d'Antrain et de Saint-Brice a affirmé sa volonté de s'impliquer dans un tel projet en passant d'une préoccupation d'établissement à une démarche de santé publique à l'échelle du territoire.

De par leur restructuration interne, les hôpitaux locaux donnent aujourd'hui une forte impulsion à la mise en cohérence de l'offre locale. Ils tentent, de plus, par l'ouverture de groupes de travail à des professionnels ne travaillant pas à l'hôpital, d'associer les autres acteurs locaux à leur démarche.

Le rôle des hôpitaux locaux dans un projet local de santé consisterait avant tout à « créer des connexions » (M. Tardif, ancien chargé de mission à l'ARH de Bretagne) entre les acteurs de santé. A ce titre, un préalable important serait d'institutionnaliser les nombreuses coopérations informelles déjà existantes. Par exemple, le fonctionnement du service de rééducation d'Antrain repose beaucoup sur les réseaux personnels tissés par le médecin-chef de service, le docteur Gicquel, et la cadre de santé, Mme Chalvet. Il paraît essentiel d'apporter une reconnaissance institutionnelle à cette coordination (sous forme de conventions, de procédures) au risque d'être trop « personnes-dépendant ».

De nouvelles coopérations pourraient ensuite être développées dans des champs tels que l'addictologie ou la géronto-psychiatrie. Les hôpitaux locaux peuvent jouer un rôle d'interface en ce domaine en élaborant, par exemple, une convention avec un centre hospitalier spécialisé.

Néanmoins, si les hôpitaux locaux d'Antrain et Saint-Brice peuvent être à l'initiative d'une démarche de projet local de santé, ils ne pourront cependant porter à eux-seuls un tel projet. Ainsi, comme le reconnaît d'ailleurs M. Allombert, le rôle des élus ne doit pas être sous-estimé.

Lors de l'élaboration du projet de spécialisation, rien n'aurait été possible sans le soutien actif des deux maires.

Monsieur ALLOMBERT – directeur des hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint-Brice

Impliqués dans le fonctionnement de plusieurs acteurs essentiels (le maire de Saint-Brice, par exemple, est à la fois président du conseil d'administration de l'hôpital de Saint-Brice, président du CLIC et vice-président du Conseil Général), ils font, en outre, souvent figure

d'interlocuteurs privilégiés des professionnels de santé libéraux. Ce sont donc des relais indispensables à la réussite d'un projet local de santé.

2.2 Quel avenir pour l'hôpital local dans un projet local de santé ?

Le projet local de santé d'Antrain et de Saint Brice, analysé à la lumière d'expériences précédemment engagées par d'autres hôpitaux locaux, prend un aspect singulier. En effet, une telle initiative dépend en grande partie de la volonté de ses acteurs, tant des élus locaux qui ont un rôle d'impulsion majeure à jouer que de son acceptation par les différentes structures de soins impliquées. Dès lors, l'avenir de l'hôpital local dépend probablement moins de son attachement à un projet local de santé que de sa capacité d'adaptation à un environnement qui lui est propre.

2.2.1 Éléments de comparaison : les expériences de l'hôpital local de La Roche Bernard et de celui de Houdan

A) L'hôpital local de La Roche Bernard : la fragilité du partenariat pour un PLS

Un projet local est très perso-dépendant, il nécessite une forte conviction, d'être sûr de partager les mêmes valeurs et d'être d'accord sur ce qu'on veut faire pour le patient. Ce qui est au centre c'est le patient, tout doit être fait dans son intérêt, pour faciliter son parcours. Le passif et le passé très prégnants de l'hôpital local de La Roche Bernard n'ont jamais permis de créer une relation de confiance avec le médecin coordinateur [...] Il est important de disposer d'un bon réseau interprofessionnel notamment avec les élus et la tutelle. L'hôpital local doit être un facilitateur, une ressource et trouver des astuces pour simplifier les parcours. Il est une interface, un filtre pour le CH de référence. »

Mme Goater, directrice de l'HL La Roche Bernard

L'hôpital local Valentin Vignard de La Roche Bernard est situé sur le territoire n°4 tel que défini par le SROS de Bretagne, il a pour hôpital de référence le Centre hospitalier Bretagne-Atlantique (CHBA) de Vannes. Cet établissement est localisé dans un canton rural à l'extrémité Est du département du Morbihan, au carrefour de ceux de l'Ille-et-Vilaine et de la Loire Atlantique, il est donc en lien également avec les centres hospitaliers de Redon et de Saint-Nazaire.

D'une capacité de 132 lits à vocation gériatrique avec services de médecine, de HAD, un SSIAD (pour personnes âgées et personnes handicapées), et des places d'hébergements, l'hôpital ne dispose pas de plateau technique. Il fait actuellement l'objet d'un projet de reconstruction sur une commune limitrophe qui devait s'inscrire dans un projet local de santé porté par l'hôpital, l'association des professionnels de santé libéraux réunissant les

médecins autorisés et la maison médicale d'Ambon, commune distante d'une vingtaine de kilomètres.

Le projet n'existe plus de fait, suite à la démission collective des sept médecins en décembre 2008. Pour autant, une grande partie du projet local de santé se réalisera sur le nouveau site avec une volonté de partenariat formalisé ou non avec des structures tant publiques que privées. La directrice souligne :

Pour un établissement qui n'a pas la taille critique, le seul moyen de perdurer est de s'ouvrir sur les autres établissements, EHPAD, ADMR, foyers logements car à terme un établissement trop petit ne pourra répondre aux exigences de qualité.

Mme Goater, directrice de l'HL de La Roche Bernard

Travailler ensemble est donc indispensable pour l'hôpital local. Cela doit se faire dans une logique de graduation des soins mais sans hiérarchisation afin d'harmoniser les pratiques et ainsi faciliter le parcours du patient. Cependant la multiplication des partenariats présente des limites en ce que chacun ne fait pas l'objet d'évaluation. La fragilité de l'hôpital apparaît ici de par sa dépendance au bon fonctionnement de son réseau de relations et communication, que ce soit avec les professionnels de santé ou avec les élus. Malgré le projet de reconstruction, la fragilité financière de l'établissement ne lui permet pas d'assurer sa pérennité. Cette précarité suscite des stratégies d'anticipation : ainsi la directrice a prévu, pour le nouvel établissement des chambres dont les normes pourraient répondre aux exigences propres à un EHPAD ou une unité d'Alzheimer. Elle se prémunit ainsi d'un risque de fermeture dans le futur.

B) Les hôpitaux de Houdan et Montfort : une fusion stratégique

L'hôpital local de Houdan assure un rôle d'acteur de santé publique sur son territoire dans un principe de subsidiarité .

M. Le Brière, directeur des ressources humaines des hôpitaux de Houdan et Montfort

L'hôpital de Houdan est situé dans le département des Yvelines, à proximité de la région de Haute-Normandie, plus éloigné de son établissement de référence, le CH de Rambouillet que du CH de Dreux, son principal adresseur. Il dispose de 310 lits et a une vocation essentiellement sanitaire, répondant ainsi aux besoins identifiés à la suite d'une démarche diagnostique menée dans le cadre du projet d'établissement déposé en 2006 à l'ARH.

Il a fait le choix de bâtir une filière gériatrique centralisée à l'hôpital (CLIC, pôle de maintien à domicile, SSIAD et un projet de HAD déposé au CROSMS en 2008), limitant

le nombre d'intervenants afin d'harmoniser la prise en charge de la personne âgée de son hospitalisation à son retour à domicile.

Il conduit actuellement un projet de fusion avec l'hôpital local voisin de Montfort à vocation gériatrique. Ces deux établissements sont sous une direction commune depuis 2002, conformément aux souhaits de la DDASS des Yvelines mais ses instances sont toujours différenciées. Cette fusion s'inscrit dans un projet médical de territoire pour les personnes âgées voulu par la DDASS.

Ce projet implique un partenariat imposé, plaqué autour d'une grande structure, le CH de Rambouillet avec une autre culture. Le flux des patients de l'hôpital de Houdan ne va pas là-bas.

M. Le Brière, directeur des ressources humaines des hôpitaux de Houdan et Montfort

Il souligne ainsi l'aspect artificiel et limité d'un tel partenariat mais aussi l'importance de l'histoire locale de chaque hôpital dont il faut tenir compte.

Cependant cette fusion est également un moyen pour les deux hôpitaux d'atteindre une taille critique afin de pouvoir peser au sein d'une future CHT autour du CH de Versailles, répondant ainsi à la nécessité d'être « proactif et volontariste » soulevée par le directeur.

Nous voyons par ces exemples qu'il n'y a pas un seul modèle d'hôpital local mais que cette structure varie en fonction des histoires et de l'environnement de chaque établissement.

2.2.2 La plasticité de l'hôpital local, un atout dans la territorialisation des soins ?

Au cours de nos divers entretiens, l'hôpital local fut successivement qualifié de plateforme de proximité, pivot, interface, facilitateur, animateur, devant répondre à des besoins spécifiques. A n'en pas douter, l'hôpital local reste un repère pour l'utilisateur et, à ce titre, a un rôle à jouer dans la chaîne du soin. Produit d'une histoire locale, souvent premier employeur au sein de petites communes, sa simple évocation auprès des acteurs de santé ne laisse pas indifférent.

L'hôpital local a toute sa place dans l'offre locale de santé (surtout en matière de gériatrie, de court séjour ou SSR) mais il faut pour cela qu'il évolue. Il souffre de plusieurs faiblesses : une direction souvent peu dynamique, des ressources médicales peu adaptées (la prise en charge de la gériatrie n'est pas toujours satisfaisante) et pâtit bien souvent de la vétusté de ses locaux. Néanmoins, au niveau rural, il faut s'appuyer sur les hôpitaux locaux, matériel humain pré-existant, ou en leur absence sur de gros EHPAD.

M. DAEL, président du CCIS Bretagne, représentant des usagers

Le souhait de maintenir une offre de soins de proximité suscite toute une série d'interrogations, tant du point de vue des évolutions à mener par les hôpitaux locaux que

de la délicate question du juste soin. Toute la difficulté est de savoir quelles activités peuvent être maintenues à un échelon de proximité tout en garantissant la qualité et la sécurité de la prise en charge.

Une seule certitude : l'impossibilité de cantonner l'hôpital local à un rôle ou une fonction unique qui pourrait être appliquée uniformément sur tous les territoires. Bien au contraire, tout l'intérêt de l'hôpital local est sa plasticité, la plupart des médecins y exerçant n'étant pas salariés, et de sa capacité à rassembler les compétences existantes (médecins libéraux, associations, réseaux...).

Certes, l'hôpital local peut être un acteur essentiel d'un projet local de santé. Néanmoins, de par sa nature même, un projet local de santé nécessite d'être impulsé par une légitimité politique et être relayé par des leaders libéraux fortement impliqués.

L'hôpital local pourrait être à la croisée de l'horizontalité et de la verticalité de l'offre de soins. En effet, l'organisation territoriale est tiraillée entre une démarche transversale organisant une complémentarité dans l'offre de soins sans hiérarchisation et des filières de soins de plus en plus spécialisées, s'exprimant de manière verticale.

A cet égard, l'hôpital local pourrait constituer une véritable interface entre complémentarité et globalité.

La loi « hôpital, patients, santé, territoires », une opportunité pour l'hôpital local ?

Dans le cadre de la réforme de grande ampleur qui s'annonce, la question se pose de savoir si l'hôpital local a toute sa place dans l'offre de soins locale.

L'enjeu affiché par la loi « hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) est de garantir à tous une juste distance aux soins, c'est-à-dire d'assurer sur le territoire une présence hospitalière nécessaire et suffisante. Or, l'équation qualité/proximité fait débat dans la mesure où la qualité des soins peut s'opposer au recours aux soins. Dans ce cadre, la communauté hospitalière de territoire (CHT) offre l'opportunité d'approfondir la mise en place d'un système de soins gradué, assurant à chacun le juste soin où il le faut et quand il le faut.

La plupart des acteurs rencontrés déplorent l'absence de reconnaissance institutionnelle des diverses coopérations établies entre établissements.

Il faut une reconnaissance institutionnelle des contacts structurés entre les établissements (conventions, procédures, rationalisation des protocoles entre médecins...). Ces relations restent à améliorer, notamment dans les champs de la MPR, de l'addictologie et de la psychiatrie, qui sont actuellement en souffrance de

coordination. Beaucoup de moyens sont mis en place mais l'on observe un immense gaspillage par manque de mise en lien.

M. ALLOMBERT, directeur des hôpitaux locaux d'Antrain et Saint-Brice

Les centres hospitaliers pourraient être contraints à de profondes restructurations car certaines de leurs activités MCO risquent d'être concentrées sur le CHU. Les hôpitaux locaux, au contraire, pourraient voir leur rôle conforté en tant que structure de premier niveau de recours et deviennent ainsi des partenaires privilégiés des coopérations nécessaires au maillage.

Si les hôpitaux d'Antrain et Saint-Brice ont su anticiper d'éventuelles restructurations sur le territoire de santé n°5, la question de l'avenir de l'hôpital local au sein des futures CHT fait l'objet d'interprétations divergentes.

Pour les représentants des usagers, la place de l'hôpital local pourra être remise en cause :

Les hôpitaux locaux seront les grands perdants. L'idée des CHT risque d'accentuer la concurrence entre les établissements publics. A terme, le CHU de Rennes risquerait de désosser les hôpitaux locaux d'Antrain et Saint Brice comme cela s'est produit entre les CHU de Rennes et de Brest (fermeture du service d'hépatopédiatrie à Brest). Le risque de la CHT est la main-mise de l'hôpital pivot sur les autres établissements.

M. DAEL, président du CISS Bretagne, représentant des usagers

D'autres interprétations sont en revanche plus optimistes, parmi lesquelles :

La proximité est gage de qualité de la prise en charge.

La première mission de l'hôpital local est de rendre service. Les gros établissements ont tendance à faire sortir trop vite leurs patients alors que les hôpitaux locaux préparent mieux le retour à domicile, ils y consacrent plus de temps. Les hôpitaux locaux offrent un certain confort dans la prise en charge : les patients restent dans leur cadre, ils peuvent recevoir des visites régulières de leurs proches et leur fonctionnement est moins anonyme que dans les établissements de taille plus importante.

Mme CHALVET, cadre de santé SSR/MPR à Antrain

Cette divergence de points de vue souligne une nouvelle fois la complexité du rôle de l'hôpital local. Dans un contexte de forte restructuration du paysage hospitalier français, l'hôpital local reste un point d'ancrage pour l'utilisateur.

Conclusion

La restructuration de l'offre de soins des deux hôpitaux locaux a pour objet de conserver une taille critique afin de s'inscrire dans une filière de soins graduée.

En outre, la spécificité de ce projet est de développer une offre médico-sociale tout en conservant la dimension sanitaire de l'hôpital local. Ce qui ressort des différents entretiens réalisés est l'implication et le dynamisme des acteurs de la ville, tant les élus locaux que les professionnels de santé, qui vont donner toute sa teinte à l'hôpital local.

L'analyse d'autres projets montre que l'hôpital est le reflet à la fois des stratégies territoriales de santé qui se déclinent localement et des implications dynamiques des acteurs de santé de terrain. Il peut alors donner les moyens à ses acteurs et à ses partenaires de développer des projets répondant aux attentes de la population.

La souplesse de sa structure et l'ensemble des liens qu'il a su tisser avec l'ensemble des partenaires de santé lui permettent de s'adapter au mieux et au plus près des besoins de la population.

Ainsi, son rôle répond au principe de subsidiarité. Cette structure protéiforme qu'est l'hôpital local ne peut donc pas être réduite à une seule fonction transposable uniformément à tous les territoires. Bien au contraire, son avenir dépendra avant tout de la place qu'il aura su se créer au sein d'une offre locale de santé.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Projet de loi portant réforme de l'hôpital, relatif aux patients, à la santé et aux territoires, 2008

Décret n° 2007-1741 du 11 décembre 2007 relatif au fonctionnement des hôpitaux locaux et modifiant le Code de santé publique

Circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination

Circulaire DHOS/O3/DGAS/AVIE n°n2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

Circulaire interministérielle DGS/DHOS/SD1A n° 2006-383 du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en oeuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ateliers santé ville abrogeant la circulaire interministérielle n° DGS/DHOS/SD1A/2006-353 du 2 août 2006

Livres

BLANCHE A., GOTMAN A. *L'entretien*, éditions Armand Colin, Paris, 2005

KAUFMANN Jean-Claude *L'entretien compréhensif*, éditions Nathan, Paris, 1996

Articles

BOLLIET J-M. *L'hôpital local, un rôle déterminant*, Revue hospitalière de France, n° 510, mai-juin 2006, pp. 29-32

LORSON P. *Hôpital local : l'équipement sanitaire des pôles ruraux*, Revue hospitalière de France, n° 513, novembre-décembre 2006, PP 53-54

Documents

Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, DT n°10, Mai 2008

Guide stratégique et pratique, Projet d'Etablissement des hôpitaux de Saint-Brice et d'Antrain 2010-2014

Vieillesse des populations et état de santé dans les régions de France, collection Les études du réseau des ORS

Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006-2010 région Bretagne ; annexe « Territoire de santé n°5, secteur sanitaire Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon », Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bretagne , version finalisée, 2006

"La Bretagne en santé", Programme régional de santé publique 2006/2010

La santé dans les pays de Fougères, étude réalisée par l'Observatoire régional de la santé de Bretagne, février 2005, 20 p.

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2007-2011, Hôpital Victor Roussin de Saint-Brice

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2007-2011, Hôpital René Le Hérisse d'Antrain

TARDIF L. *Projet médical des hôpitaux d'Antrain et de Saint-Brice*, diaporama, 2008

Annuaire des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux consultable sur le site <http://www.politi.fr>

Rapports

Mémoire de Module interprofessionnel de santé publique, *Le rôle des hôpitaux locaux au sein de l'offre de soins : les nouvelles possibilités de la circulaire du 28 mai 2003 correspondent-elles aux besoins ?*, Ecole nationale de santé publique, 2004

Mémoire de Module interprofessionnel de santé publique, *Projet local de santé*, Ecole nationale de santé publique, 2007

Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital local présidée par Gérard LARCHER, 2008

Documents audiovisuels

DVD *Les hameaux du Coglais au service du territoire... 112 logements*, Hôpital Victor Roussin de Saint-Brice-en-Coglès

Glossaire

BASSIN DE VIE

Le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel ses habitants ont accès aux principaux services et à l'emploi. Il présente une cohérence géographique, sociale, culturelle et économique et exprime des besoins homogènes en matière d'activités et de services.

La délimitation d'un bassin de vie correspond à des zones d'activités homogènes reposant sur des besoins locaux et structurés à partir du flux migratoire quotidien de la population et de la capacité d'attraction des équipements et services publics et privés (transport, enseignement, santé, action sociale).

PAYS (21 en Bretagne)

La notion de pays est consacrée juridiquement par la loi du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire et relancée par la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux d'orientation pour l'aménagement du territoire afin de renforcer la cohésion des territoires en s'appuyant sur de fortes solidarités intercommunales et socioprofessionnelles.

Le pays est un territoire qui présente une cohésion géographique, culturelle, économique ou sociale. Ni un nouvel échelon administratif, ni une nouvelle collectivité territoriale, il est un cadre de réflexion et d'animation, destiné à fédérer les élus et les acteurs socio-économiques autour d'un projet de développement. Ils peuvent être contractualisés dans le cadre d'un contrat de plan État-Région.

Le pays concerné par notre étude est le pays de Fougères (58 communes et 5 communautés de communes : Antrain, Coglais, Louvigné, Fougères et Saint-Aubin).

PROJETS LOCAUX OU TERRITORIAUX DE SANTÉ

La circulaire DGS/DHOS/SD1A/2006/383 du 4 septembre 2006 précise que les Projets Locaux de Santé (PLS) sont les instruments appropriés pour répondre aux besoins de santé au plus près des populations en permettant de définir des stratégies d'intervention concertées avec des sources de proximité. Ces projets visent :

- Une connaissance et une identification des besoins de la population locale ;
- La connaissance territoriale de la situation sanitaire et sociale au niveau local, la définition d'objectifs prioritaires et la mise en œuvre des moyens de leur réalisation.

- Une composante « accès au système de soins et de santé » par un maillage plus fin de l'organisation socio-sanitaire (établissements de santé, centre de soins, médecine de ville...).

PROJET MÉDICAL DE TERRITOIRE

Défini par la circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), « *le projet médical de territoire est un document d'orientation évolutif, non opposable juridiquement, élaboré par les conférences sanitaires...* ». Il permet la déclinaison des réponses apportées par les acteurs de santé pour couvrir les besoins de santé de la population sur le territoire déterminé.

QUALITÉ

Introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée et par le décret n° 97-311 du 7 avril 1997, la qualité des soins correspond au niveau par lequel les services de santé, à destination des individus et des populations, accroissent la probabilité d'atteindre des résultats de santé souhaités et conformes aux connaissances professionnelles ¹².

RÉSEAUX DE SANTÉ

Selon la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité de système de santé, « *les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.* »

¹² US Institute of Medicine, *Medicare: a Strategy for Quality Assurance*, Washington: National Academy Press, Lohr KN (ed.). 1990, p. 21

SERVICES DE PROXIMITÉ

Les services de proximité doivent répondre à des critères spécifiques définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)¹³. Ils « *se situent près du domicile, incluent des hôpitaux modernes pour les admissions des cas aigus, et des ressources résidentielles locales de longue durée ; ils sont mobiles, incluant des services fournissant des traitements à domicile là où l'utilisateur des traitements et des services en a besoin ; fournissent des traitements et des services spécifiquement adaptés aux besoins ; reflètent les priorités des usagers eux-mêmes et sont coordonnés entre les différents acteurs sanitaires et sociaux* ».

TERRITOIRE DE SANTÉ

L'article L6121-2 du code de la santé publique apporte la définition de la notion de territoire de santé : « *selon les activités et équipements, les territoires de santé constituent un espace infrarégional, régional, interrégional ou national. Les limites des territoires de santé sont définies par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pour les activités et équipements relevant du schéma régional d'organisation sanitaire et par le ministre chargé de la santé pour ceux qui relèvent d'un schéma interrégional ou national.* »

Les trois niveaux du territoire de santé N°5 tel que défini par le SROS 3 :

- première proximité : pharmacie, médecine générale et prévention(Brocéliande, Vallon de Vilaine)
- moyenne proximité : médecine spécialisée et hôpital (Fougères, Redon, Vitré)
- espace d'organisation : plateau technique spécialisé et régulation.(Rennes)

¹³ *Principes concernant les soins de proximité, OMS, 2003*

Liste des annexes

- Annexe 1 : Liste des entretiens
- Annexe 2 : Grille d'entretiens utilisée
- Annexe 3 : Carte du pays de Fougères
- Annexe 4 : Charte de fonctionnement entre le CHU de Rennes et les hôpitaux locaux du secteur sanitaire n°5 de la région Bretagne
- Annexe 5 : Réseau Part'âge – Tableau comparatif des résultats du réseau
- Annexe 6 : Réseau Part'âge – Grille d'éligibilité pour les personnes âgées

Annexe 1- Liste des entretiens

M. ABLAIN, directeur du centre hospitalier de Fougères
M. ALLOMBERT, directeur des hôpitaux locaux d'Antrain et Saint-Brice
Mme CAMEREL, infirmière libérale
Mme CHALVET, surveillante SSR
Mme CLOSSAIS, maire d'Antrain
M. DAEL, président du CISS Bretagne
M. DELAMARCHE, Mme DENAIN, Association Pays de Fougères en marche
M. DUBREIL, maire de Saint-Brice
Mme GOATER, directrice de l'hôpital local de La Roche Bernard
M. HABERBUSCH, gériatre, médecin coordonnateur du réseau Part-âge
M. HENRY, directeur de l'HAD 35
Mme KARAZSECK, directrice de l'EHPAD de Tremblay, secrétaire du bureau du réseau Part-âge
M. KERSAUDY, vice-président du réseau Part-âge
Mme LE BORGNE, directrice adjointe des hôpitaux locaux d'Antrain et Saint-Brice
M. LEDOYEN, coordinateur général des soins du CHU de Rennes
Mme LEROY, infirmière libérale
Mme MORIN, directrice adjointe des hôpitaux locaux d'Antrain et Saint-Brice
M. PELTRIAUX, médecin généraliste autorisé à l'hôpital de Saint-Brice
Mme PETITPAS, cadre supérieur de santé sur les hôpitaux d'Antrain et Saint-Brice
M. RICONO , médecin généraliste, président de CME de l'hôpital d'Antrain
M. ROBINART, infirmier libéral
M. TARDIF, Adysta-conseils

Annexe 2 – Grille d’entretien

L'hôpital local peut-il coordonner une offre intégrée de soins adaptée aux besoins de proximité?

Thèmes	Questions	NA	Réponses	Mots clefs
Prise de connaissance avec l'interlocuteur	Présentation de l'acteur et de son champ d'action			
	Quels sont les besoins de santé sur le territoire de Fougères?			
	Comment participez vous à la prise en charge de ces besoins ?			
Comment améliorer l'offre intégrée de soins sur le Pays de Fougères ?	Pouvez-vous identifier les dysfonctionnements des structures existantes?			
	Quels sont les besoins non couverts ?			
	Y a-t-il des problèmes de filières ?			
	Avez-vous des propositions pour une éventuelle restructuration ?			
	Quelles initiatives pouvez-vous/avez-vous entreprises ?			
MEDECINE GENERALE P en C au niveau Service	Comment le service de médecine générale est-il organisé ?			
	Comment se fait la prise en charge des patients ? Des PA en particulier ?			
	Comment est coordonnée la prise en charge médicale avec les médecins libéraux ?			
	Qui la coordonne ? Avez-vous poste de médecin coordonnateur ?			
	Avez-vous signé des conventions avec des médecins libéraux ? Combien ?			
	Qui sont vos adresseurs ?			
	Comment est organisée la PDS ? Les médecins libéraux y participent-ils ?			
Médecins libéraux	Faites-vous des consultations à l'HL ?			
	Avez-vous signé une convention avec l'HL ?			
	Participez-vous à la PDS à l'HL ?			
	Qui doit coordonner, selon vous, la prise en charge des patients au niveau local ?			
	Quel est votre point de vue sur le rôle de l'HL en matière de coordination ?			

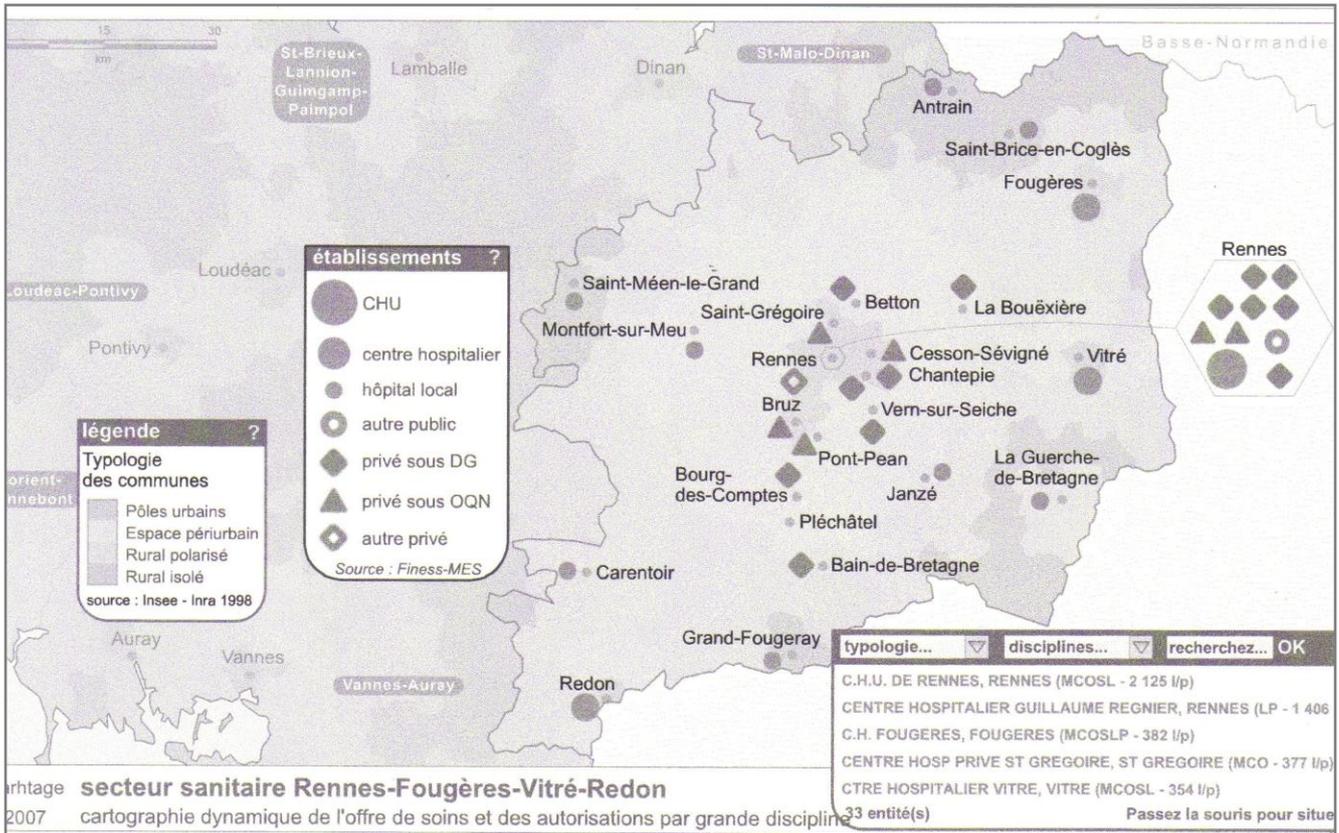
MPR/SSR	Le service de MPR/SSR participe-t-il à la politique de maintien à domicile dans le cadre du réseau ?			
	Pour le MPR, quid de la refonte du plateau technique prévu dans le CPOM ?			
	Où en est-on des renforcements de moyens (humains, techniques, immobiliers, logistiques) ?			
	Quelle réorganisation pour le SSR dans le cadre de la réforme ?			
	Quelle est l'articulation entre le service de SSR et le MPR ? Sont-ils séparés ?			
	Adressage/ Recrutement des services de MPR et SSR ?			
	Comment fonctionnent les coopérations avec les CH environnants (St Malo/ Fougères/ Rennes) ?			
	Notamment quelle est la place du SSR dans les filières gériatriques de St Malo et de Fougères ?			
	Où en est le développement de l'HdJ en MPR ?			
	Y a-t-il un problème de reconnaissance du service de MPR par la tutelle ?			
PREVENTION	Avez-vous connaissance de dispositif de prévention ? De quelle manière y participez-vous ?			
	Pensez-vous que l'HL ait un rôle majeur à jouer en matière de prévention ?			
	Quelles sont les modalités d'inscription dans le dispositif de prévention ?			
	- en matière de dépistage,			
	- en matière de troubles psychiques (repérage et modalités de réponse),			
	dont prévention du risque suicidaire chez les PA			
	- prévention de la maltraitance,			
	- prévention de la dénutrition.			
	Que pensez-vous des dispositifs de prévention ? Quelle est leur utilité ?			
MAINTIEN D UNE OFFRE DE PROXIMITE ? VS CONCENTRATION DES MOYENS ET DEMOGRAPHIE MEDICALE ? PBL COUTS ?	Qu'est-ce que serait pour vous une offre de soins de proximité ?			
	L'HL peut-il/doit-il être une « plate-forme de proximité » ?			
	L'HL peut-il/doit-il agir en matière de prévention ? De quelle façon ?			

	L'HL est-il un acteur structurant dans la chaîne du soin? A-t-il un rôle de coordination ?			
	Comment, selon vous, peut-on restructurer l'offre de soins locale ?			
	Que pensez-vous de certaines mesures annoncées par la loi HPST : simplification des GCS ? les CHT et l'offre graduée de soins ?			
	La délimitation du territoire du Pays de Fougères vous semble-t-elle pertinente ?			
	Comment peut-on l'améliorer ?			
INTERACTIONS AVEC GENERALISTES LOCAUX ET SPECIALISTES	Avez-vous des consultations avancées ? De quelle forme ?			
	Sont-elles suffisamment développées ? Sinon, quels sont les points de blocage ?			
LIENS AVEC HOPITAL DE FOUGERES ? ST JAMES ? COMBOURG ? RENNES ?	Existe-t-il des conventions sur la prise en charge des PA ? Si oui, que couvrent-elles ?			
	Alzheimer ? Court séjour gériatrique?			
	La cancérologie ? Soins palliatifs ?			
	Les cérébro-lésés ? Neurologie?			
	La chirurgie digestive et traumatique ?			
	La cardiologie? Le suivi psychiatrique? L'alcoologie?			
	La Professionnalisation MPR et SSR ?			
	Quels sont les points forts et difficultés rencontrés / adresseurs?			
	Quels sont les points forts et difficultés rencontrés/filières d'aval?			
LES EHPAD	Quel regard portez-vous sur la prise en charge des PA sur le Pays de Fougères ?			
	Combien d'EHPAD existent sur le pays de Fougères ?			
	Quelle place selon vous des EHPAD dans la filière gériatrique ?			
	Y a-t-il des collaborations et des complémentarités entre les EHPAD et les autres acteurs du réseau gérontologique (HL, associations, CH...)?			
	Si oui, quelles sont-elles ?			
	Si non pourquoi?			
	Pensez-vous qu'il y a une bonne coordination ?			

	Avec une surmortalité des PA de plus de 65 ans, que pensez-vous de l'accès aux soins de cette population ?			
	Compte tenu de la part importante des PA dans la population du Pays de Fougères, quelles sont d'après vous les évolutions à prévoir au niveau de la prise en charge du vieillissement de la dépendance ?			
LE DOMICILE / LIENS AVEC LE SSIAD DE L'HOPITAL/ LIENS AVEC LE RESEAU DE L HOPITAL				
	Pensez-vous que le SSIAD favorise le maintien à domicile des patients gériatriques ?			
ASPECT SANITAIRE ASPECT MEDICO-SOCIAL	Quels liens développez-vous avec le SSIAD ?			
	Quelle est l'accessibilité de vos patients au SSIAD ?			
	Quelles sont les limites de la prise en charge par le SSIAD selon vous ?			
	Quelle participation voyez-vous pour le SSIAD dans la prise en charge palliative des patients ?			
	Quelles complémentarités le SSIAD a-t-il/peut-il développer par rapport aux aides à domicile existantes ?			
	Quels liens du SSIAD avec le CLIC ?			
	Quelle participation le SSIAD peut-il développer par rapport à la prévention, éducation à la santé des PA, aide aux aidants des PA ?			
ETAT DES LIEUX (SROS...)	Quelle est la situation sur le territoire en matière de démographie médicale (manque de médecins généralistes ?) ?			
	Avez-vous connaissance de mesures incitatives ? Sont-elles efficaces ?			
	Sont-elles efficaces ?			
PARTENARIATS	Travaillez vous avec Antrain?			
Relations avec ANTRAIN	Que fait Antrain? Quelles sont d'après vous les missions et les activités d'un hôpital local ?			
	Quelle est pour vous la place d'Antrain dans la filière de prise en charge des personnes du canton?			
	Comment cela devrait-il évoluer selon vous ?			
Relations avec St Brice	Travaillez vous avec St Brice ?			
	Que fait St Brice ? Quelles sont d'après vous les missions et les activités d'un hôpital local ?			
	Quelle est pour vous la place de St Brice dans la filière de prise en charge des personnes du canton/pays du Coglès ?			

	Comment cela devrait-il évoluer selon vous ?			
	Avez-vous eu connaissance de la spécialisation avec activité sanitaire sur Antrain et médico-sociale sur St Brice ?			
	Répond-il à vos besoins ?			
	Cela va-t-il avoir des effets sur votre activité ?			
POSITIONNEMENT AU SEIN DE L'OFFRE LOCALE DE SOINS (PLS)	De manière plus générale, quelle est votre opinion sur le maillage du territoire : tracé des frontières, constitution de l'offre de soins sur le Pays de Fougères ?			
	Quels sont vos interlocuteurs privilégiés sur le territoire ?			
	Quels sont vos modes de partenariat ? Sont-ils formels, informels ? Etes-vous partie à des conventions ?			
	Existe-t-il un lieu de rencontre et d'échange prévu à cet effet ? Les partenariats ne dépendent-ils que de la volonté et de l'initiative de leurs acteurs ?			
	L'hôpital local peut-il est une porte d'entrée dans l'organisation et la coordination de ces partenariats ?			
	Connaissez-vous le projet local de santé en voie de réalisation ? ETRE EN CAPACITE DE LE DECRIRE			
	Qu'en pensez-vous ?			
	Que pensez-vous de la réforme annoncée par la loi HPST? ETRE EN CAPACITE DE LE DECRIRE – quoi ?			
FIN	Voulez vous rajouter quelque chose ? A-t-on oublié quelque chose ?			

**Annexe 3 – Carte du territoire de
santé n°5**



Source : site internet Parthage

**Annexe 4 – Réseau Part-âge :
résultats**



Personnes âgées réseau territorial
réseau de soins de proximité
Marches Normandie Bretagne

Docteur HABERBUSCH Marc
Madame Stéphanie PARRAGI
Madame Luce TUAL

02 53 35 7000
02 53 35 7009
l.tual@part-age.fr
www.part-age.fr

Antrain, le 7 mai 2009

TABLEAU COMPARATIF DES RESULTATS DU RESEAU

Indicateurs de suivi	au 30/04/2009	2008	2007
Patients entrés en 2007	11		
Patients entrés en 2008	43		
Patients entrés en 2009	18		
Patients entrés au 30/04/2009	72		
Patients sortis au 30/04/2009	44		
FILE ACTIVE	28		
Evaluations Gériatologiques Standardisées (EGS)	12	26	7
Evaluations orientation institution (EMH)	4	14	4
Evaluations sortie d'hospitalisation (ENL)	4	5	3
Demandes d'évaluation (EVAL)	12	47	12
Demandes d'évaluation via grille d'éligibilité (GRI)	8	22	48
Demandes de réévaluation (REEVAL)	2	1	1
dont émanant des médecins traitants : • 6 MT ont demandé des EGS en 2007 • 12 MT ont demandé des EGS en 2008 • 5 MT ont demandé des EGS en 2009	6	22	21
dont émanant des enfants, entourage, conjoint	1	11	7
dont émanant des structures, autres libéraux	15	16	4
Transmissions de CR à EMS	5	25	2
Transmissions de CR à médecin traitant (MT)	16	38	10
Transmissions de CR à personne examinée (PA)	9	16	2
Transmissions de CR à personne de confiance (Pc)	2	11	5
Chartes signées médecins traitants	10	(9)	
Chartes signées autres libéraux	4		
Ordonnance		1	
Mise à disposition spécialité para-médicale	0	2	
Conseils Avec Dossier (CAD)	2	4	12
Conseils Sans Dossier (CSD)	2	9	21
Rencontre famille avec dossier (RENFAD)	0	2	2
Rappel pour suivi (RAP)	24	5	3
Contact Téléphonique (CT)	3		1
DOP	1	2	
Rencontre de synthèse à 1 ou 2 mois DOP (RENS)	0	1	
Rencontre de coordination 6 mois DOP (RENC)	0	1	
GE reçues Antrain	69	98	
GE reçues St Brice	29		
EGS réalisées suite à réception GE	8		
GE transmises à EMS	5		

Réseau Partage

Siret : 497 770 487 000 13

9 rue de Fougères - 35560 Antrain

ARH/URCAM n° 960530426

Annexe 5 – Réseau Part-âge :
grille d'éligibilité



GRILLE D'ELIGIBILITE POUR LES PERSONNES AGEES

Nom : Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :

Personnes signalant :

Personne âgée elle-même Médecin traitant Nom :
 Famille : Autre médecin Nom :
 Hôpital : Service :
 SSIAD : Nom :
 Autre :

Rempli par : à la date du :

	0	1	
1. La personne vit seule Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Aidant familial ou de voisinage (informel) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Aidant informel ne peut plus continuer son aide		<input type="checkbox"/>	
4. La personne prend des décisions pour les tâches de la vie quotidienne (facultés cognitives) Oui, de façon indépendante <input type="checkbox"/> Non, indépendance relative ou déficience <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
5. Indicateur d'état de santé : Demandez : « En général, comment apprécieriez-vous votre santé ? » Excellente ou bonne <input type="checkbox"/> Passable ou mauvaise <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
6. Dyspnée (essoufflement) : présente lors de l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne ou au repos Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Episode de dépendance maximale durant les 24 dernières heures, si au-delà depuis le</i>			
7. La personne a pris sa douche ou son bain Oui, de manière autonome ou avec une aide à la préparation <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Hygiène personnelle : se coiffer, brosse les dents, raser, maquiller, se laver et sécher le visage et les mains etc. Oui, de manière autonome ou avec une aide à la préparation <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. La personne s'est habillée seule la partie inférieure du corps Oui, de manière autonome ou avec une aide à la préparation <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. La personne a marché seule Oui, de manière autonome ou avec une aide à la préparation <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

