

**Schéma Directeur d'Investissement
Territoire Trégor - Armor**

**Agence Régionale de Santé Bretagne
Centres Hospitaliers de Lannion – Guingamp – Saint Briec
GHT Armor**



**Rapport de Mission
Mission menée entre mai 2021 et juillet 2022**

Je remercie l'ensemble des personnels soignants, médicaux et administratifs des hôpitaux de Lannion, Guingamp et Saint-Brieuc pour l'accueil qui m'a été réservé tout au long de la mission, pour leur disponibilité et leur professionnalisme.

Préambule

Le présent rapport décrit, en réponse aux questionnements actuels, partagés dans le Projet Régional de Santé 2018-2022 porté par l'Agence Régionale de Santé de Bretagne et lors du « Ségur » de la Santé, les grandes options du schéma directeur d'investissement du territoire en réponse à l'organisation cible du système de santé et de l'offre de soins et de la modernisation et de l'humanisation des structures hospitalières et médico-sociales de Lannion Guingamp Saint Brieuc.

Il fait suite à la mission engagée par l'ARS en mai 2021 visant à proposer une évolution du projet médico-soignant partagé du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Armor et de ses projets immobiliers, en concertation avec la communauté hospitalière dans son ensemble, les Présidents des Conseils de surveillance, et les autres acteurs de santé du territoire et élus.

Proximité et Territoire, Hôpital et Parcours de Soins, Soins Spécialisés et Soins de Recours, Service Public et Coopérations avec les structures associatives, libérales et privées, Reconstruction ou Réhabilitation, Développement durable, Système d'information sont autant de dimensions, autant de lectures différentes qui concourent à l'équilibre voulu pour ce projet de territoire.

Le projet de santé du territoire doit être garant de la qualité : soins et qualité de vie au travail, de la sécurité des soins et de l'attractivité tant pour les patients que pour les personnels médicaux et non médicaux.

La conduite de la mission a notamment permis la rencontre des acteurs de santé du territoire, leur écoute et le recueil de leur engagement pour une mise en œuvre optimale et coordonnée au service du territoire :

- Le comité stratégique du GHT
- Les Présidents des Communautés médicales d'établissement (CME) de Lannion, Guingamp et Saint-Brieuc
- Les Directeurs de soins Lannion Guingamp Saint Brieuc
- Les Chefs de Pôles et Cadre Coordinateurs de Lannion Guingamp Saint Brieuc
- Les élus de Lannion, Guingamp et Saint-Brieuc, les Députés de Lannion et Guingamp, la Sénatrice de Guingamp
- Les cliniques Lannion et Plérin (Hospi Grand Ouest)
- Les représentants des usagers
- Les organisations syndicales des établissements

Le travail à mener sur le territoire impose d'appliquer les mêmes raisonnements de proximité, de gradation des soins, de technicité sur l'ensemble du système de santé existant (Lannion, Guingamp, Paimpol et Saint-Brieuc).

Le projet de territoire doit offrir les conditions de la meilleure intégration des projets existants des établissements dans une vision globale territoriale en tenant compte des organisations libérales et privées selon :

- Les meilleures pratiques médicales et soignantes dans une logique générale de subsidiarité des parcours de soins
- Une vision médico-économique de l'aménagement du territoire (éviter les hôpitaux miroirs ...)
- La démographie médicale et l'attractivité médicale et soignante

Cette analyse globale conduit à concilier deux mouvements :

- La proximité organisée : des activités historiquement concentrées peuvent avoir vocation à être délocalisées pour des raisons de prise en charge de proximité
- La gradation des soins : des activités historiquement organisées en proximité peuvent avoir vocation à être concentrées.

L'objectif est de proposer en tout point du territoire une offre de soins globale et coordonnée accessible à tous économiquement et physiquement.

Pour ce faire, il devra être proposé sur la base des grands principes de la future organisation territoriale, la cartographie de l'offre de soins ou l'organisation territoriale des disciplines par et avec intégration de leurs projets médicaux spécifiques et leurs objectifs en termes de parcours de soins ainsi que le dimensionnement de l'offre de soins :

- Organisation et gradation des structures de soins du territoire
- Le juste dimensionnement de l'offre de soins de chaque structure au regard de la meilleure prise en charge et du bon usage des capacités
- La capacité des établissements à réinterroger le dimensionnement et l'organisation de toutes les structures existantes MCO et médico-Sociales

Le travail de cartographie exhaustive sera mené dans un second temps par les trois établissements ; il devra être approuvé par l'ensemble des instances de chacun des trois établissements Lannion, Guingamp et Saint-Brieuc. L'offre de soins de Paimpol reste inchangée.

Sommaire

Introduction		p. 7
1	Les besoins de santé de la population et l'offre de soins du territoire	p. 9
1.1	Une croissance démographique inférieure à la moyenne observée en région	p. 9
1.2	L'offre de soins hospitaliers et le recours aux soins dans le territoire de santé Armor	p. 11
2	La question de la démographie médicale	p. 15
2.1	La projection à 5 ans : situation générale des effectifs médicaux pour l'ensemble des établissements MCO du GHT	p. 15
2.2	Les conséquences en matière d'organisation des plateaux techniques et d'attractivité médicale et soignante	p. 18
3	Les potentiels et les limites du patrimoine existant sur les différents sites	p. 19
3.1	Le patrimoine : état des lieux	p. 19
3.2	Le foncier : état des lieux	p. 24
3.3	Les limites organisationnelles et fonctionnelles des sites	p. 26
3.4	Contraintes techniques et réglementaires	p. 31
4	Les schémas possibles d'organisation territoriale pour l'offre de soins et les conséquences en matière d'organisations des compétences et des ressources médicales et soignantes	p. 41
4.1	Le maintien de l'existant avec trois hôpitaux de plein exercice à Lannion, Guingamp, Saint-Brieuc et Paimpol (hôpital de proximité)	p. 41
4.2	L'organisation bi-site : à Bégard et à Saint-Brieuc / Paimpol (hôpital de proximité)	p. 42

	4.3	Le maintien de l'existant avec spécialisation des 3 sites et Paimpol hôpital de proximité	p. 48
5	Les schémas directeurs immobiliers, les évaluations financières		p. 50
	5.1	Scénario 1 : le maintien de l'existant : les investissements de maintien en fonctionnement et d'amélioration de la fonctionnalité	p. 50
	5.2	Scénario 2 : l'organisation bi-site Bégard – Saint Briec et Paimpol hôpital de proximité	p. 66
	5.3	5.3 - Scénario 3 - le maintien de l'existant avec spécialisation des 3 sites et Paimpol hôpital de proximité	p. 67
6	Conclusion		p. 69
	Annexes Annexe 1 : Lettre de mission Annexe 2 : Démographie médicale au CH de Guingamp Annexe 3 : Démographie médicale au CH de Saint-Briec Annexe 4 : Démographie médicale au CH de Lannion Annexe 5 : ARS Comité territorial des élus du mars 22 Annexe 6 : COSTRA GHT, Travaux des équipes soignantes CHIR et Périnatal Janvier à Juin 22 Annexe 7 : Avis du COSTRA GHT 13 juin 2022		p. 75 à 96

Introduction

Suite à la demande du Conseil de surveillance de Guingamp d'étudier l'hypothèse d'une reconstruction de l'hôpital, l'ARS a répondu favorablement quant au principe d'engager une réflexion dans un cadre toutefois plus large, à même d'appréhender l'organisation territoriale des soins en pleine cohérence avec la lettre et l'esprit de la circulaire du 10 mars 2021 qui invite les ARS à revisiter l'aménagement du territoire en santé. De même, il s'est agi de conduire cette réflexion en associant tous les acteurs de santé du territoire, en premier lieu les élus. Cette mission a ainsi été confiée par l'ARS à Monsieur Bruno Rossetti, vice-président du Conseil scientifique auprès du Comité national des investissements en santé (CNIS). Selon les termes de la lettre de mission (annexe 1), celle-ci vise à :

- Une analyse de l'offre de soins MCO actuelle et du positionnement des plateaux techniques existants, à la lumière des niveaux de recours de la population et des tensions actuelles ou à venir sur les ressources médico-soignantes. Les projections d'organisations médicales, dans les scénarii étudiés, devant tenir compte des contraintes en matière de démographie médicale,
- Une analyse patrimoniale des différents sites hospitaliers,
- Une analyse globale du projet médico-soignant partagé au regard des besoins de santé, avec le fort enjeu de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge.

Cette mission, bien que s'inscrivant dans un moment différent : celui du « Ségur » de la santé, a fait écho, tout au long des travaux, des rencontres et des entretiens avec les acteurs du territoire, aux réflexions et aux projets menés il y a 5 ans sur le territoire de santé Armor. Il est important d'en rappeler, brièvement et en introduction, les principaux éléments.

Confronté depuis plusieurs années à des difficultés pour maintenir ses activités soumises à permanence des soins, la fermeture de la maternité avait été envisagée dès 2018, dans un contexte de décroissance et de vieillissement démographique du territoire. Depuis 2013, une diminution continue du nombre d'accouchements était constatée.

Si l'on note un volume d'accouchements plus élevé en 2021 (502), la tendance sur longue période (2013-2021) reste une diminution (de 630 accouchements 2015 contre 437 accouchements en 2020).

Le projet conduit en 2018, avec le soutien de la communauté médicale de Guingamp et du Saint-Brieuc, et fort d'un avis favorable de la Commission spécialisée de l'offre de soins, n'a finalement pas été mené à son terme. Suite aux mobilisations, le Directeur général de l'ARS avait reconduit, le 8 janvier 2019, l'autorisation de l'activité du service de gynécologie jusqu'au 31 juillet 2020. Cette autorisation a depuis été renouvelée le 17 juin 2020, dans l'attente de la réforme des autorisations de périnatalité.

Cette mission, et le rapport qui en découle, s'inscrit dans un moment différent et inédit par plusieurs aspects :

- Le « Ségur » de la santé, avec un plan de relance inédit pour soutenir les projets d'investissements hospitalier. Il se traduit, en Bretagne, pour une enveloppe d'aide à l'investissement de 451M€.
- L'offre de soins du territoire, qui a peu évolué depuis 2018 mais qui s'inscrit dans un schéma territorial conforté, avec le GHT Armor, constitué en 2016, qui a vu une territorialisation de l'organisation de l'offre de santé que la crise sanitaire a contribué à accélérer.
- Les acteurs du Trégor, CH de Lannion et la Polyclinique du Trégor (groupe HGO), qui partagent la nécessité d'un renforcement des coopérations et d'une mutualisation de ressources rares sur certaines activités (notamment sur les activités chirurgicales de cancérologie, analysées dans la perspective de la mise en œuvre annoncée du futur régime des autorisations).

Outre le territoire de Guingamp, c'est ainsi également l'offre de soins du Trégor qui a été expertisée dans le cadre de ce rapport. Dans un contexte de fragilité de la démographie médicale, l'enjeu est de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge des patients de la partie ouest du territoire de santé. Le projet d'un GCS qui pourrait être titulaire d'autorisations est ainsi étudié de façon privilégiée.

- Le moment se caractérise enfin et surtout par une très forte tension en matière de démographie médicale, avec une difficulté de plus en plus grande à maintenir les lignes de permanence de soins dans certaines spécialités, conduisant de plus en plus les établissements à faire appel à l'intérim.

En synthèse, la mission s'inscrit ainsi dans un contexte nouveau, avec des opportunités historiques mais avec des contraintes et des fragilités que le rapport va s'attacher à démontrer.

Les établissements ne peuvent plus faire face seuls, sans s'inscrire dans une offre de soins territorialisée. C'est le sens des orientations du « Ségur » de la santé et le cadre dans lequel l'ARS a souhaité que ces travaux soient conduits.

A l'image de la manière selon laquelle les travaux ont été conduits, le rapport est construit de la façon suivante :

Tout d'abord, il présente un état des lieux en matière de besoins de santé de la population (les principaux indicateurs de l'état de santé des habitants du territoire de santé Armor) et en matière d'offre de soins.

Il détaille ensuite la situation en matière de démographie des professionnels de santé, avec un état des lieux de la démographie médicale et des fragilités constatées sur chacun des trois sites hospitaliers : Lannion, Guingamp et Saint-Brieuc. Le rapport présente par ailleurs les différents schémas possibles de l'organisation de l'offre de soins au regard de l'existant, permettant de projeter des investissements soutenables et durables.

Il décrit enfin la situation patrimoniale des différents sites, présentant les contraintes tant sur le volet sanitaire que sur le volet médico-social.

Les 3 scénarii expertisés sont les suivants :

- Le maintien de trois sites de plein exercice (avec Paimpol hôpital de proximité)
- Le regroupement des sites de Guingamp et Lannion avec la reconstruction d'un site unique, situé dans la commune de Bégard
- La spécialisation des sites :
 - A Saint-Brieuc, un hôpital de recours conforté dans ses activités
 - A Guingamp, la reconstruction d'un hôpital neuf avec une offre qui s'appuie sur le développement d'une activité chirurgicale 100% ambulatoire, l'ouverture d'un CPP et l'arrêt des accouchements et le renforcement de l'offre de soins sur les besoins prioritaires du territoire (gériatrie, santé mentale, prévention, addictologie).
 - A Lannion, une offre de soin confortée dans le cadre d'un projet de rapprochement de l'hôpital et de la Polyclinique du Trégor

1- Les besoins de santé de la population et l'offre de soins du territoire

1.1 - Une croissance démographique inférieure à la moyenne observée en région

Le territoire compte près de 420 000 habitants (données 2018) et représente 12,8 % de la population bretonne. Il se structure autour de trois grandes aires urbaines (Saint-Brieuc – Guingamp - Lannion) qui regroupent près des trois quarts de sa population. Les communes les plus peuplées et les plus denses se situent sur le littoral, tandis que celles localisées au sud de Guingamp présentent les densités les plus faibles.

La croissance démographique du territoire sur la période 2008-2013 est positive, mais moindre qu'au niveau régional. Elle est stimulée par un apport migratoire, le solde naturel étant négatif. Le territoire bénéficie toutefois d'un indice conjoncturel de fécondité légèrement supérieur à celui de la Bretagne.

Pour autant, on observe, sur longue période, une diminution progressive du taux de natalité sur le territoire.

	1968 à 1975	1975 à 1982	1982 à 1990	1990 à 1999	1999 à 2008	2008 à 2013	2013 à 2019
Taux de natalité (‰)	15,9	13,2	12	10,5	11,4	10,9	9,3

Sources : Insee, RP1968 à 1999 dénombremments, RP2008 au RP2019 exploitations principales - État civil.

Projections démographiques : un vieillissement qui perdure en 2040

La population du territoire est plus âgée comparativement aux niveaux régional et national. En effet, la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus y est supérieure et le vieillissement de la population plus marqué qu'en moyenne régionale, particulièrement sur le littoral et au sud du territoire.

Selon les projections démographiques de l'Insee, le territoire devrait enregistrer une augmentation de sa population de près de 55 000 habitants d'ici 2040. Ce dynamisme démographique (+0,5 % en moyenne annuelle) se rapprocherait de celui attendu en Bretagne (+0,6 %).

Le gain s'opérerait principalement aux âges plus élevés. Le nombre de personnes de 60 ans et plus augmenterait rapidement avec plus de 50 000 individus supplémentaires. La part des 75 ans et plus progresserait, quant à elle, au même rythme qu'au niveau régional.

Une mortalité légèrement au-dessus de la moyenne bretonne chez les hommes...

Sur la période 2011-2013, les maladies de l'appareil circulatoire représentaient 28 % des décès, suivies des cancers (27 %). Dans le territoire, la surmortalité masculine est de 5 % par rapport au taux régional et de 13 % par rapport au niveau national.

La mortalité féminine est proche du niveau moyen régional, mais supérieure de 5 % à la moyenne nationale.

... et très supérieure au niveau national pour les cancers chez les hommes, ainsi que pour les maladies de l'appareil circulatoire et les causes externes pour les deux sexes

Le territoire affiche une surmortalité masculine de 10 % pour les cancers, ainsi qu'une mortalité par maladies de l'appareil circulatoire supérieure de 23 % chez les hommes et de 18 % chez les femmes.

Enfin, la surmortalité par causes externes est supérieure de 46 % chez les hommes et 29 % chez les femmes.

Une surmortalité par suicide et accident de la vie courante par rapport au niveau national

Par rapport au niveau national, la mortalité par suicide est proche du niveau régional, mais plus élevée qu'en moyenne nationale tant chez les hommes que chez les femmes. Le territoire enregistre également une surmortalité masculine pour les accidents de la vie courante vis-à-vis du niveau national.

Chez les hommes, un décès sur sept prématuré et évitable

Dans le territoire, les pathologies liées à la consommation de tabac apparaissent comme les causes de mortalité prématurée évitable les plus fréquentes (33 %), suivies par celles liées à l'alcool (28 %). Comme en Bretagne, près de huit décès sur dix concernent des hommes et ont lieu entre 45 et 64 ans. Chez les hommes, un décès sur sept survient avant 65 ans et est considéré comme évitable.

Une surmortalité prématurée évitable élevée, au premier rang régional chez les femmes et au second chez les hommes...

Globalement, sur la période 2008-2013, le territoire présente une mortalité prématurée évitable, liée aux comportements à risque, supérieure de 16 % au niveau régional chez les femmes et de 13 % chez les hommes.

... en lien avec une forte mortalité due à la consommation d'alcool tant chez les hommes que chez les femmes, ainsi qu'au tabac et au suicide chez les hommes

Le territoire se distingue de la moyenne régionale par une surmortalité de 15 % plus élevée chez les hommes et 26 % chez les femmes pour les pathologies liées à la consommation d'alcool. De plus, la mortalité masculine est plus élevée de 9 % pour les pathologies liées à la consommation de tabac et de 15 % pour le suicide.

Prévention : des taux de participation aux dépistages organisés des cancers plus faibles

Le taux de participation des femmes au dépistage organisé du cancer du sein est le plus faible de la région et nettement inférieur au taux régional, de près de cinq points.

Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du côlon-rectum est nettement inférieur au taux régional de dix points. Le territoire se situe ainsi au deuxième rang des taux de participation les plus faibles

1.2 - L'offre de soins hospitaliers et le recours aux soins dans le territoire de santé Armor

Un taux d'équipement en plateaux de chirurgie et d'obstétrique supérieur à la moyenne constatée dans les autres territoires et en région

En matière d'offre hospitalière, le territoire dispose d'un GHT (Armor) composé des centres hospitaliers (CH) de Guingamp, de Lannion-Trestel, de Paimpol, du Penthièvre et du Poudouvre, de Saint-Brieuc et de Tréguier. Le territoire compte également une forte implantation des établissements privés, leaders sur les activités de chirurgie.

En obstétrique, le territoire dispose de deux maternités de niveau 1 à Guingamp et Lannion, d'une maternité de niveau 2A (services de néonatalogie sans soins intensifs) à Plérin et d'une maternité de niveau 3 (réanimation néonatale) à Saint-Brieuc.

Au total, le niveau d'équipement, au regard du nombre de plateaux techniques MCO, apparaît supérieur à la moyenne régionale si on le rapporte au nombre d'habitants.

	TS1 et TS2	TS3	TS4	TS5	TS6	TS7	TS8	Bretagne
Population 2018	858 490	298 645	402 593	947 922	268 563	418 483	140 718	3 335 414
Nombre de plateaux techniques chirurgicaux	13	3	3	10	3	5	1	38
Ratio pour 100 000 habitants	1,51	1,00	0,75	1,05	1,12	1,19	0,71	1,14
Nombre de plateaux techniques d'obstétrique	6	1	3	6	1	4	1	22
Ratio pour 100 000 habitants	0,70	0,33	0,75	0,63	0,37	0,96	0,71	0,66

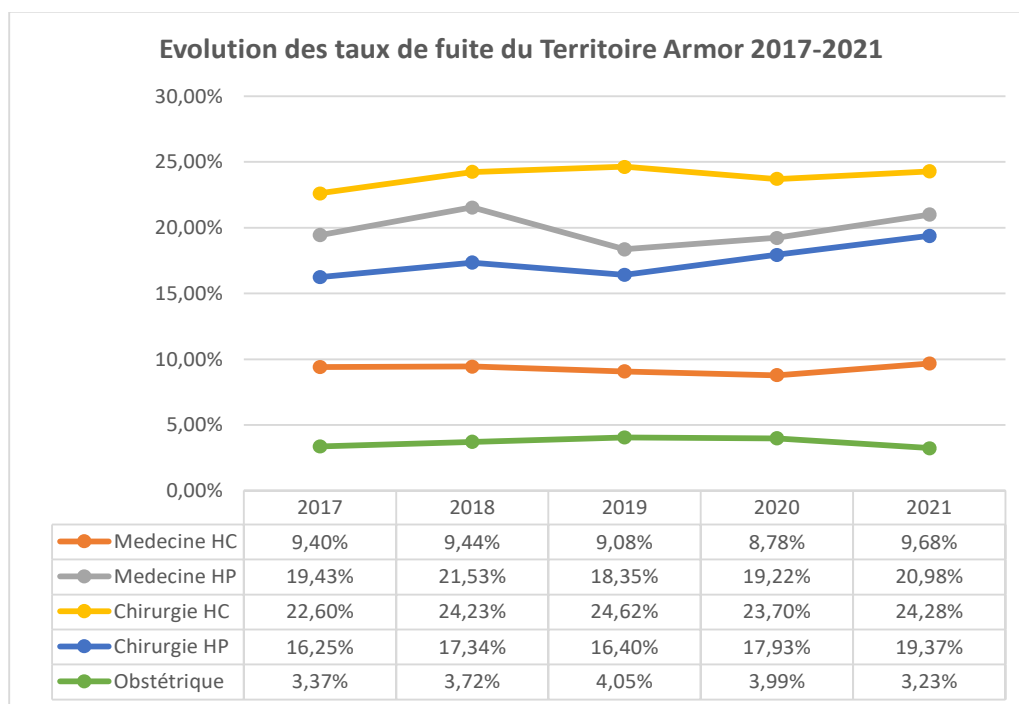
A l'échelle du territoire de santé Armor, on constate des taux de fuites en médecine, chirurgie qui augmentent sensiblement

La zone d'attractivité de l'ensemble des établissements de santé du territoire couvre le centre et le nord-ouest du département des côtes d'Armor. La population habitant à l'est et dans la frange sud du département sont, de façon majoritaire, pris en charge dans des établissements de santé en dehors des Côtes d'Armor.



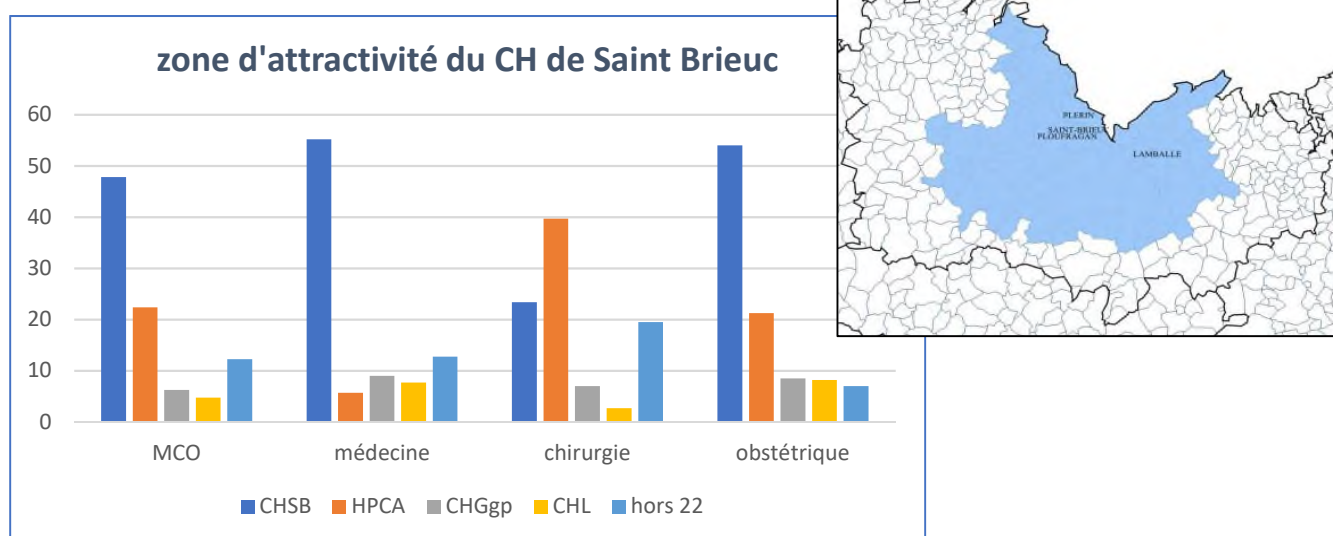
Le CH de Saint-Brieuc (42% en MCO, dont 49% en obstétrique et 45% en médecine) et HPCA (19,8% en MCO, dont 34% en chirurgie) sont les deux établissements les plus attractifs de la zone d'attractivité, suivi des CH de Lannion (8,8%) puis de Guingamp (8,6%).

A l'échelle du territoire de santé, on observe des taux de fuite qui augmentent pour les activités ambulatoires en médecine (+1,5 points en 4 ans) et en chirurgie (+3 points en 4 ans), dans une moindre mesure en chirurgie conventionnelle (+1,6 points). Seules les activités d'obstétrique voient leur taux de fuite rester stable, voire diminuer entre 2019 et 2021.



Les constats en matière d'attractivité/fuites des trois sites hospitaliers MCO

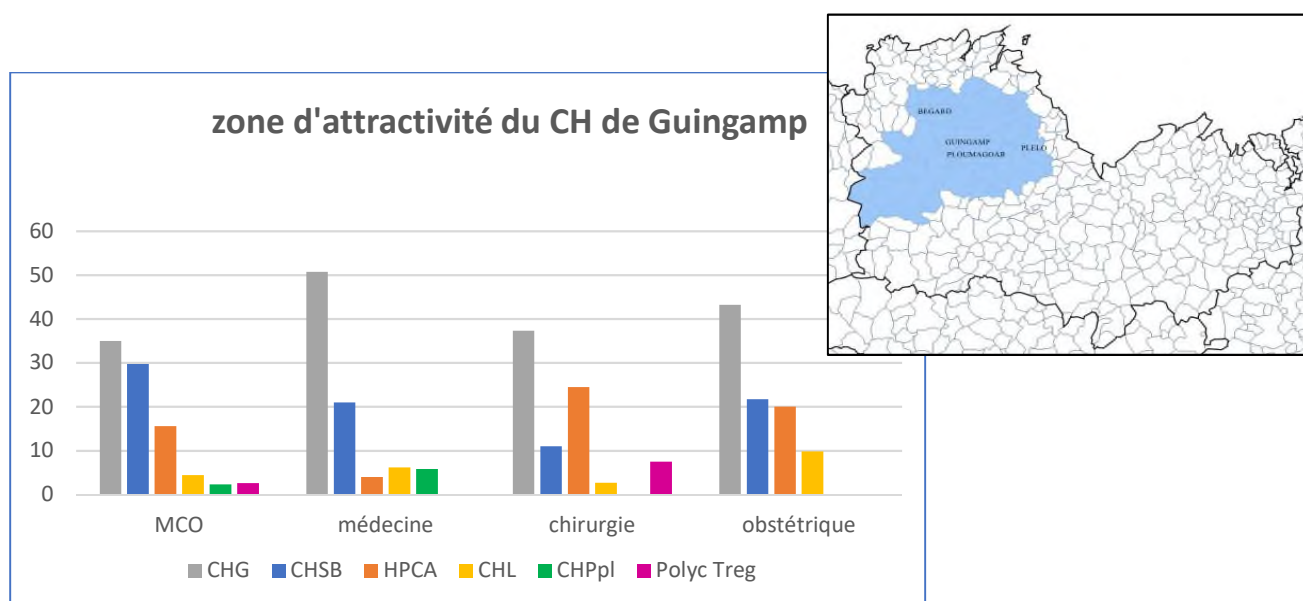
Le CH de Saint-Brieuc



Le CH de Saint-Brieuc présente la zone d'attractivité la plus étendue des établissements du territoire de santé. Près d'un patient sur deux de la zone d'attractivité est hospitalisé au CH de Saint- Brieuc. Il est l'établissement le plus attractif en médecine (55%) et en obstétrique (54%), devant HPCA. En revanche, HPCA est leader sur la chirurgie (39%).

Entre 2018 et 2022, l'attractivité du CH de Saint-Brieuc est restée globalement stable (source Hospidiag), en progression toutefois de 2 points en chirurgie conventionnelle.

Le CH de Guingamp



Sur sa zone d'attractivité, un patient sur deux nécessitant une hospitalisation en médecine est pris en charge au CH de CH de Guingamp. Le CH de Saint-Brieuc prend en charge un patient sur cinq.

En obstétrique, 43% des patientes sont hospitalisées à Guingamp. Elles sont quasiment autant à se rendre à Saint-Brieuc, pour être hospitalisées soit au CH (21,7%), soit à HPCA (20%). Près de 10% des patientes de la zone d'attractivité du CH de Guingamp sont prises en charge à Lannion.

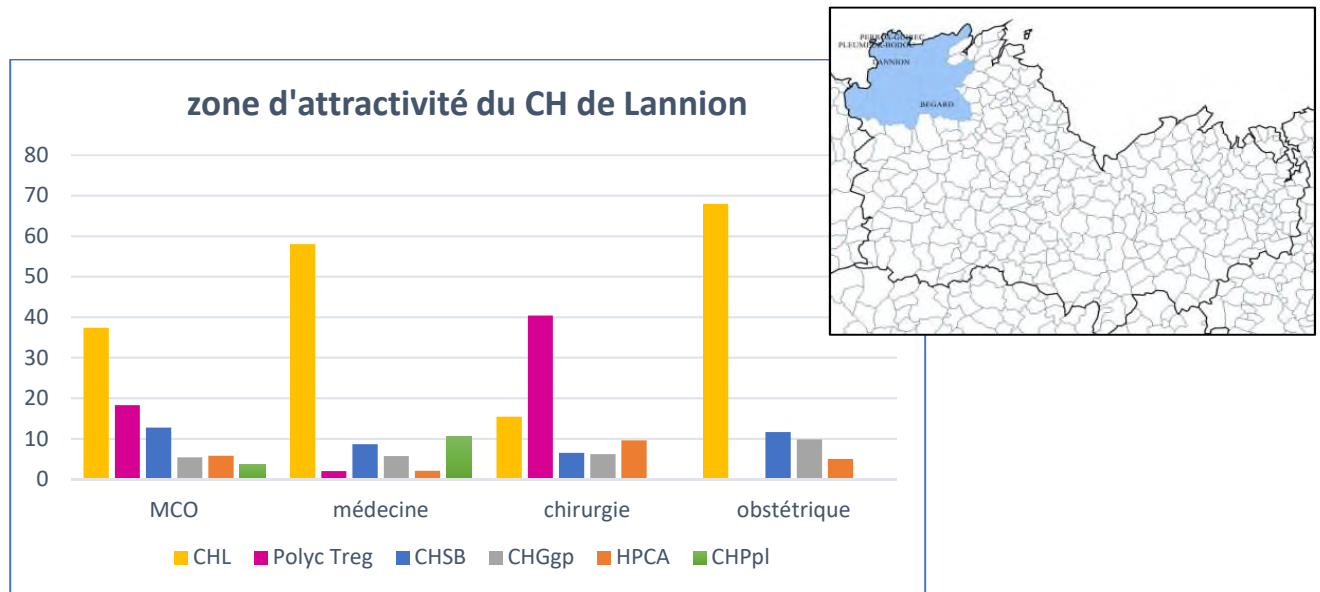
En chirurgie, si le CH de Guingamp est le plus attractif sur sa zone (37,3%), un patient sur quatre est toutefois pris en charge à HPCA.

Entre 2018 et 2020, l'attractivité du CH de Guingamp est restée globalement stable (source Hospidiag), avec toutefois une progression de 2 points en chirurgie conventionnelle entre 2019 et 2020. En obstétrique, on constate une diminution de l'attractivité (de plus d'un point) du CH de Guingamp entre 2019 et 2020 au profit du CH de Saint-Brieuc (qui passe de 25,2% à 29,3%).

Le nombre d'accouchements au CH de Guingamp a diminué entre 2013 et 2021, avec toutefois une légère reprise de l'activité en 2021.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	évolution2013/2021	évol moy annuelle 2013/2021
Nombre d'accouchements	633	512	495	512	495	488	491	417	505	-20,2%	-2,8%

Le CH de Lannion



Sur sa zone d'attractivité, près de trois patients sur cinq nécessitant une hospitalisation en médecine sont pris en charge au CH de Lannion (58%). Il est de loin le leader sur son territoire, le CH de Paimpol et de Saint-Brieuc prenant en charge chacun environ 10% des patients de ce territoire.

Toutefois, l'attractivité du CH de Lannion a diminué entre 2018 et 2020 (source Hospidiag), passant de 52,9% à 50,1%, au profit du CH de Saint-Brieuc (passant de 7,9% à 9,7%).

En obstétrique, le niveau d'attractivité est plus important : un peu plus des deux tiers des patientes résidant dans la zone d'attractivité sont pris en charge au CH de Lannion.

Enfin, en chirurgie, c'est la Polyclinique du Trégor qui est leader sur la zone d'attractivité (40%), le CH n'accueillant que 15% des patients hospitalisés pour un séjour chirurgical.

On constate ainsi que les patients de la zone d'attractivité sont très majoritairement pris en charge sur leur territoire : au CH pour les activités de médecine et d'obstétrique, à la PCT pour la chirurgie. Les fuites, contrairement aux autres secteurs du territoire de santé Armor, sont plus faibles au sein de ce territoire, moins concurrentiel.

2 - La question de la démographie médicale

Les questions posées par la démographie médicale, et désormais non-médicale, poussent probablement à étudier une spécialisation des sites tout en respectant le principe de proximité prôné par le « Ségur » de la santé. Le maillage actuel du territoire devant très probablement être conservé, la spécialisation des sites permettrait la constitution d'équipes médicales et médico-soignantes dont la taille assurerait leur pérennité.

Compte tenu de ce contexte démographique, toutes les opérations d'investissement qui pourront être envisagées devront offrir des « degrés de liberté » au plan fonctionnel permettant des évolutions architecturales simples. La notion de proximité couvre à la fois les soins non programmés, y compris les urgences (notion de temps d'accès maximum de 30 minutes), les soins programmés (consultations et explorations spécialisées), les activités d'hôpitaux de jour et d'ambulatoire. Cette notion couvre également les « séjours longs » notamment médico-sociaux.

Enfin, les Soins Médicaux et de Réadaptation (ex SSR) spécialisés doivent, selon le Décret n° 2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation, notamment au travers leur plateau technique, proposer une offre de proximité. En effet, dans ce nouvel environnement réglementaire, les établissements sont incités à développer des modes de prise en charge plus en phase avec les attentes actuelles des patients et de leurs familles. Cela se traduira concrètement par le développement des hospitalisations de jour, d'équipes mobiles permettant la réadaptation « hors les murs » ou encore le recours à la télésanté ou « e-HDJ » (hospitalisation de jour à distance et digitalisée) largement pratiquée durant la crise sanitaire.

La question du regroupement et de la localisation des plateaux techniques de SMR est également posée ainsi que celui des équipes mobiles.

2.1 - La projection à 5 ans : situation générale des effectifs médicaux pour l'ensemble des établissements MCO du GHT

De nombreux postes médicaux sont vacants :

- CH Saint-Brieuc : 30 postes vacants sur un effectif théorique de 262 titulaires (11 %)
- CH de Lannion : 20 postes vacants sur un effectif théorique de 103 titulaires (20 %) et 17,50 départs en retraite entre 2022 et 2026.
- CH de Guingamp : 10 postes vacants sur un effectif théorique de 67 titulaires (14 %)
- CH de Paimpol : 4 postes vacants sur un effectif théorique de 47 (8%)

Les établissements ont nécessairement recours à l'intérim médical (chiffres 2021)

- CH Saint-Brieuc : 2,633 millions
- CH de Lannion : 5,137 millions
- CH de Guingamp : 3,4 millions
- CH de Paimpol : 740 000 €

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

- CH de Lannion : 4 ETP partagés avec le CH de Saint-Brieuc en 2020 sur 15 spécialités (26 praticiens) et 1,4 ETP partagés avec le CH Morlaix sur 5 spécialités (9 praticiens)

- CH de Guingamp : 2,6 ETP partagés avec le CH de Saint-Brieuc en 2020 sur 7 praticiens et 4 spécialités
- CH Paimpol : 4,15 ETP partagés avec le CH de Saint-Brieuc en 2020 sur 11 praticiens sur 6 spécialités

Sur l'ensemble des établissements du GHT d'Armor, une cinquantaine de départs en retraite sont attendus dans les prochaines années (2021-2025) : 31 à Saint-Brieuc, 9 à Guingamp, 13 à Lannion et 7 à Paimpol.

Focus sur la médecine de ville :
un contexte démographique défavorable en médecine générale pour les Côtes d'Armor

L'ensemble du département souffre d'une démographie médicale tendue comparativement aux trois autres départements bretons, avec une densité médicale faible.

Le Conseil départemental de l'Ordre des médecins recense au total 461 médecins généralistes libéraux actifs (chiffres au 15 novembre 2021). Parmi eux, 47 sont âgés de plus de 65 ans. Il faut y ajouter 27 médecins retraités, mais toujours actifs. Avec 82 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants dans le département, la densité médicale est plus faible qu'au niveau national, où elle est de 91 pour 100 000 habitants.

Le constat est le même si l'on comptabilise tous les médecins généralistes (libéraux et salariés d'un centre ou d'un établissement de santé) : on en dénombre 139 pour 100 000 habitants en Côtes-d'Armor (situation au 1er janvier 2019), alors que la moyenne est de 158 à l'échelle régionale et de 153 à l'échelle nationale.

Le département perd des médecins

Cette situation se dégrade depuis plusieurs années. Entre 2010 et 2021, le nombre de médecins généralistes en activité régulière a chuté de 12,8 % en Côtes-d'Armor, alors qu'elle a augmenté dans les autres départements bretons.

En novembre 2020, à l'occasion d'un point sur la démographie médicale, les services du Département indiquaient que sur une période de cinq ans, si on relève sur la Bretagne une hausse de 183 médecins généralistes, les Côtes-d'Armor sont le seul département où leur effectif est en baisse (45 médecins généralistes en moins).

Des disparités selon les territoires au sein même du département

Tous les secteurs des Côtes-d'Armor ne sont pas impactés au même degré. À quelques exceptions près, le nord du département (secteur littoral) et l'est (proximité de Rennes) sont ainsi les mieux lotis. La situation est plus tendue à l'intérieur des terres.

Pour autant, même dans les territoires où la densité médicale reste aujourd'hui correcte, la vigilance est de mise pour les années à venir, en raison du vieillissement des médecins en activité.

En janvier 2021, l'Agence régionale de santé identifiait neuf zones d'intervention prioritaire (où le manque de médecins est très prononcé) en Côtes-d'Armor : les territoires de Loudéac, Plœuc-L'Hermitage, Le Mené, Broons, Lamballe-Armor, Matignon, Lanvollon, Guingamp et Plouaret.

Situation des effectifs médicaux par filière pour l'ensemble des établissements MCO du GHT

La situation est variable en fonction de la spécialité médicale concernée. Elle est d'autant plus fragile pour les spécialités assurant de la permanence des soins (PDS).

Les spécialités les plus en difficulté :

Anesthésie :

- CH Saint-Brieuc : 6 postes vacants sur un effectif théorique de 21 et des départs à venir (27 %)
- CH de Lannion : 3,5 postes vacants sur un effectif théorique de 7 (50 %), 2 praticiens ont plus de 65 ans
- CH de Guingamp : 2 postes vacants sur un effectif théorique de 5 (40 %)

Urgences :

- CH Saint-Brieuc : 5 postes vacants sur un effectif théorique de 30 (16 %)
- CH de Lannion : 3,5 postes vacants sur un effectif théorique de 12 (30 %)
- CH de Guingamp : 5 postes vacants sur un effectif théorique de 9 (55 %)

Les spécialités chirurgicales présentent peu de vacance de poste mais les équipes hospitalières reposent sur de petits effectifs (3 praticiens en moyenne), ce qui les rend fragiles et peu attractives quand on y ajoute la contrainte d'une PDS d'établissement.

On constate que leur activité repose essentiellement sur de l'urgence ou de la semi-urgence de patients consultants dans les SAU. La faiblesse de l'activité programmée a des causes pluri-factorielles mais elle est probablement liée à la taille des équipes, la trop grande polyvalence et l'accès à l'innovation.

La chirurgie digestive : 2 départs à venir

- CH Saint-Brieuc : 0 poste vacant sur un effectif théorique de 6 - pas de départ à venir
- CH de Lannion : 0 poste vacant sur un effectif théorique de 3 (mais 1 praticien en congé longue maladie => 2 présents) et 2 départs à venir
- CH de Guingamp : 0 poste vacant sur un effectif théorique de 3 (1 en statut PAA), aucun départ à venir

La chirurgie ortho-traumatologie : pas de départ prévu

- CH Saint-Brieuc : 0 poste vacant sur un effectif théorique de 7 (note: 6 opérateurs sur 9 praticiens en réel)
- CH de Lannion : 0 poste vacant sur un effectif théorique de 3 (2 en statut PAA)
- CH de Guingamp : 0,5 poste vacant sur un effectif théorique de 3 (10 %) (1 en statut PAA)

La chirurgie gynécologique et gynécologie obstétrique: 3 départs à venir

- CH Saint-Brieuc : 2,2 postes vacants sur un effectif théorique de 12 (18 %), 1 départ à venir
- CH de Lannion : 0,6 poste vacant sur un effectif théorique de 6,2 (10 %), 1 départ à venir
- CH de Guingamp : 0 poste vacant sur un effectif théorique de 5 (0 %), 1 départ à venir

2.2 - Les conséquences en matière d'organisation des plateaux techniques et d'attractivité médicale et soignante

La pédiatrie est en difficulté depuis de nombreuses années avec une offre de soins qui se concentre presque exclusivement sur le CH de Saint-Brieuc, établissement support. Le service de Lannion repose sur de l'intérim médical.

La filière d'imagerie est en extrême difficulté avec le recours à la télé-imagerie en PDS pour tous les sites et en journée pour Saint-Brieuc, confiée à des prestataires privés.

De nombreuses autres spécialités médicales sont en tension démographique : neurologie, pneumologie, oncologie, gastro-entérologie, gériatrie.

Un recrutement conséquent des professionnels sur le GHT et la constitution d'équipes médicales de territoire permettront de couvrir le besoin en consultations et explorations programmées en proximité. Pour ce qui est du recours en urgence, seule la voie de la territorialisation de la permanence des soins facilitée par le numérique semble pragmatique.

La situation démographique actuelle impose un grand choc d'attractivité, ceci passant par le regroupement des forces en présence sur deux sites quand le besoin de la population le permet.

La communauté médicale du GHT partage l'importance de maintenir une offre de soins de proximité sur Guingamp. En revanche, le maintien d'une PDS pour des spécialités chirurgicales, anesthésiologiques, pédiatriques et obstétricales sur 3 sites n'est pas viable dans le temps. Elle continue de fragiliser des équipes déjà trop habituées au recours à l'intérim, ce qui ne permet qu'un fonctionnement dégradé.

Une PDS territoriale pour l'ensemble des spécialités sur l'établissement support n'est ni souhaitable, du fait des contraintes géographiques du territoire, ni envisageable du fait de l'incapacité pour l'établissement support d'absorber l'ensemble des besoins.

La vision à 5 ans est bien celle d'un GHT avec un établissement support et deux établissements « d'intérêt territorial » à Lannion et à Guingamp, les trois établissements travaillant de concert. Ce schéma permettrait d'offrir à l'ensemble de la population du territoire une offre de soins de qualité, adaptée pour chaque établissement à la spécificité de son territoire. Cette gradation préserverait un accès aux soins sur l'ensemble du territoire en maintenant sur les établissements de Paimpol, Guingamp, Lannion et Saint-Brieuc, un Service d'Accès aux Urgences et un plateau de consultations/explorations/imagerie ainsi que de l'hospitalisation de premier recours.

Un nouveau schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins devra être élaboré, coordonné au niveau du GHT dans le cadre du nouveau projet médical partagé.

3 - Les potentiels et les limites du patrimoine existant sur les différents sites

3.1 - Le patrimoine : état des lieux

3.1.a - CH de Lannion

Situé dans le Territoire d'Armor (Côtes d'Armor), avec pour établissement support de GHT le Centre Hospitalier de Saint-Brieuc, l'activité du CH de Lannion-Trestel se répartit entre les sites de Lannion et de Trestel, situé sur la commune de Trévou-Tréguignec. L'établissement dispose d'une capacité globale de 711 lits et places, de consultations spécialisées diversifiées, de services d'explorations fonctionnelle et d'un plateau technique comprenant un bloc opératoire de 6 salles (dont une désarmée), un service d'imagerie (IRM, scanner, échographie, radiologie conventionnelle), un laboratoire d'analyses biologie médicale et une PUI.

Site de Lannion

Le site de Lannion regroupe les activités MCO, SSR PAPD et P, EHPAD, USLD, CAMSP et HAD.

Bâtiment bloc hôpital

Ce bâtiment d'une superficie de 31.235 m² sur 9 niveaux accueille les services MCO (158 lits et 46 places), les consultations externes, les explorations fonctionnelles et le plateau technique. En outre, Y sont installés des services tertiaires : administration, DIM, archives... Le bâtiment date de 1976. En 1998, une extension a été réalisée pour l'aménagement d'une nouvelle cuisine au sous-sol, la stérilisation centrale au RDC inférieur, la création d'un nouveau plateau urgences et un agrandissement de l'imagerie médicale au RDC supérieur, un bloc opératoire au 1^{er} étage et le réaménagement du bloc obstétrical attenant et d'une unité d'accueil de soins de chirurgie orthopédique au 2^{ème} étage.

Bâtiment Lefebvre

Datant de 1979, ce bâtiment d'une superficie de 5325 m² sur 5 niveaux abrite le SSR PAPD et P (37 lits) ainsi que des services administratifs (direction des ressources humaines et directions des soins), l'HAD et l'espace mortuaire pour tout le site de Lannion.

Le site de Lannion accueille par ailleurs :

- Le bâtiment Min Ran (60 lits d'EHPAD et 30 lits d'USLD), mis en service en 2014, d'une superficie de 5.660 m²
- Le bâtiment Kergomar (135 lits d'EHPAD), datant de 1992, d'une superficie de 7.332 m²
- Le bâtiment du CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce), structure ancienne, d'une superficie de 1.296 m²
- L'Institut de Formation des Professionnels de Santé, service de santé au travail, des internats
- Des locaux techniques (services techniques, local groupe électrogène, chaufferie bois...).

Site de Trestel

Anciennement centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles en milieu marin, ce site accueille les activités de soins de suite et de réadaptation neurologiques et de l'appareil locomoteur (en hospitalisation complète pour adulte et en hospitalisation de jour pour adulte et enfant). Il dispose d'un plateau technique de rééducation, une balnéothérapie et un gymnase.

La maison de l'Estran, établissement pour enfants polyhandicapés (30 places), et le SESSAD (Service d'éducation spéciale et de soins à domicile) sont également installés à Trestel.

Bâtiment « adultes »

D'une superficie de 8.165 m², ce bâtiment a été ouvert en 1995. Il comprend deux étages d'hospitalisation pour adultes, SSR neurologique et locomoteur, pour une capacité d'hospitalisation complète de 88 lits. Les locaux de la balnéothérapie et du gymnase sont installés dans ce bâtiment.

Bâtiment « enfants »

D'une superficie de 4.842 m², ce bâtiment « enfants » date de 1927. Il héberge les activités de consultations externes, d'hôpitaux de jour enfants et adultes, le SESSAD et une unité d'enseignement (classe ULIS- Ecole). Des travaux de rénovation de la façade ont été réalisés dans les années 1980.

3.1.b - CH de Guingamp

Situé dans le Territoire d'Armor (Côtes d'Armor), l'activité du CH de Guingamp se répartit entre le site dit « principal » et le site de la Petite Montagne accueillant une des trois résidences d'EHPAD. Les 2 sites se situent sur la commune de Pabu. L'établissement dispose d'une capacité globale de 578 lits et places, d'un service d'accueil des urgences, de consultations spécialisées diversifiées, de services d'explorations fonctionnelles et d'un plateau technique comprenant un bloc opératoire de 6 salles, un service d'imagerie (IRM mobile présent, scanner, échographie, radiologie conventionnelle), un laboratoire d'analyses de biologie médicale, une PUI.

A noter la présence d'un CAMPS, d'un CMP et d'un CATTP relevant du CHS de la Fondation Bon Sauveur sur l'emprise du site principal (terrains achetés par le CHS Bon Sauveur).

Site principal

Le site principal regroupe les activités MCO, SSR, EHPAD, USLD.

Bâtiment principal

Ce bâtiment d'une superficie de 22.692 m² SHON accueille sur 3 niveaux les services de médecine (4 unités : 28 lits médecine interne, 20 lits de pneumologie, 25 lits de médecine gériatrique, 23 lits de cardiologie dont 6 lits de soins continus et 1 hôpital de jour de 8 places), l'unité de soins palliatifs (10 lits), les unités de SSR (Polyvalent (20 lits), Gériatrique (30 lits) et Neuro Locomoteur (30 lits dont 3 lits EVC), 1 plateau de rééducation fonctionnelle intégrant 1 bassin de balnéothérapie, 2 hôpitaux de jour (10 et 5 places), le Service d'Accueil des Urgences et l'UHCD (6 lits), le plateau technique (Imagerie, Laboratoire, PUI – Stérilisation), le service de Maternité (10 lits) et le bloc obstétrical, plusieurs zones de consultations externes, le bureau des admissions et une partie des services logistiques (Unité Centrale de Production de la restauration, les services techniques et logistiques en partie, une zone d'archives et des locaux techniques).

Des locaux de ce bâtiment sont mis à disposition de structures externes : une ELSA auprès du CHS Bon Sauveur, une unité de dialyse médicalisée auprès du CH Saint-Brieuc et une blanchisserie auprès du GIP Trégor Goëlo.

Construit à l'origine courant des années 1960, ce bâtiment a fait l'objet de nombreuses extensions et réhabilitations entre les années 1986 et 2007.

Bâtiment Chirurgie

Ce bâtiment, relié par une passerelle au bâtiment principal sur 1 niveau, a une superficie de 7.240 m² SHON et a été construit en 2001 pour le compte de la Clinique de L'Armor et l'Argoat intégrée au Centre Hospitalier en 2009.

Ce bâtiment de 4 niveaux accueille les unités de chirurgie (hospitalisation complète : 19 lits, hospitalisation de semaine : 18 lits, ambulatoire : 20 places, surveillance continue : 4 lits), le bloc opératoire de 6 salles, un service de soins externes de chirurgie, les consultations de chirurgie et le centre de santé.

Des locaux de consultations de ce bâtiment sont mis à disposition auprès de praticiens exerçant une activité libérale (ophtalmologie, gastro-entérologie, gynécologie, ORL).

La résidence Ti Nevez

Cette résidence, construite en 2002 accueille 4 unités d'EHPAD pour un total de 108 lits dont 2 unités Alzheimer (16 lits chacune) et une unité de long séjour de 30 lits sur 7.455 m² SHON répartis sur 3 niveaux. Une partie des archives médicales du Centre Hospitalier est également située dans ce bâtiment de même que la cellule territoriale d'identitovigilance.

Cette résidence est située dans le périmètre des monuments classés et de ce fait soumise à l'approbation de l'ABF pour tout projet faisant l'objet d'un permis de construire.

La résidence des Hortensias

Cette résidence, construite en 2 phases et achevée en 1989 accueille 2 unités de 40 lits d'EHPAD et un accueil de jour de 10 places sur 4.166 m² SHON répartis en 3 niveaux. Cette résidence ne répondant plus aux standards hôteliers et aux normes d'accessibilité a fait l'objet d'une étude de faisabilité réalisée en 2017, suivie d'études de maîtrise d'œuvre pour une extension réhabilitation stoppées à l'issue de la phase APS livrée en 2019.

De même que la résidence Ti Nevez, la résidence des Hortensias est située dans le périmètre des monuments classés.

Le bâtiment administratif

Construit en 1911 et d'une surface de 2.387 m² SHON, ce bâtiment abrite les services administratifs.

Une chapelle construite en 1926 juxtapose le bâtiment administratif.

Le bâtiment 14

Construit en 1909 et d'une surface de 2.470 m² SHON, ce bâtiment accueille des hébergements d'urgence en cas de déclenchement du plan grand froid et les locaux des organisations syndicales.

Des locaux sont loués par le Centre Hospitalier à AUB Santé pour l'activité de l'HAD du pays de Guingamp.

Compte tenu de l'état très vétuste de certains locaux, une partie est désaffectée. Ce bâtiment est également situé dans le périmètre des bâtiments classés.

Le bâtiment 13

Bâtiment emblématique du site, dit « au clocher », il a abrité plusieurs services de l'hôpital (administration, radiologie, bloc opératoire, maternité, pharmacie et stérilisation) depuis sa mise en service en 1909 jusqu'au début des années 1990, ceci sur 1.557 m² SHOB répartis sur 3 niveaux. Il est aujourd'hui désaffecté et très délabré.

Les autres bâtiments

Un local technique abritant des installations électriques, un ancien bâtiment accueillant des ateliers, des garages, plusieurs logements permettant de loger les internes ainsi que des personnels de l'établissement et des bâtiments désaffectés dont l'accès est interdit pour des raisons de sécurité, complètent le patrimoine bâtis sur le site principal de l'établissement.

Evolution des constructions et réhabilitation au fil des années sur le site principal :



Site de la Petite Montagne

Résidence de la Petite Montagne

Ce bâtiment d'une surface de 5.526 m² SHON accueille 60 lits d'EHPAD sur 2 niveaux. Construit initialement pour accueillir un IFSI, il dispose d'un amphithéâtre de 70 places. Un 3^{ème} niveau destiné

à accueillir l'hébergement des élèves n'a pas été terminé, il est aujourd'hui désaffecté. La résidence a été achevée en 1993.

Autres locaux hors sites

Dans un contexte de vétusté des locaux et en l'absence d'autre solution sur le site principal, le magasin général est délocalisé depuis 2012. Il est actuellement situé sur la commune de Ploumagoar, à 6 km du site principal, dans des locaux loués par le Centre Hospitalier.

L'IFAS utilise dispose de locaux dans la résidence des Hortensias de l'EHPAD, de l'amphithéâtre de la Résidence de la Petite Montagne et de locaux loués à la Mairie de Guingamp. Un regroupement de ces locaux serait nécessaire.

Le Centre Hospitalier est également locataire à l'année de plusieurs studios et appartements destinés au logement temporaire des personnels.

3.1.c - CH de Saint-Brieuc

Les activités du Centre Hospitalier sont implantées sur deux sites :

- L'hôpital Yves Le Foll (YLF) où sont installées les activités MCO, les fonctions médico techniques, l'administration et les fonctions logistiques,
- Le centre gériatrique Les Capucins (EHPAD/ SSR gériatrique et un des deux services de court séjour gériatrique).

Seul le site YLF fait l'objet de la présente note en gardant à l'esprit qu'il est souhaité le rapatriement des 26 lits de court séjour gériatrique actuellement installés sur le site des Capucins.

La distribution des bâtiments actuels du site YLF, ouvert en 1978, consiste en un bâtiment principal de forme cruciforme avec 8 niveaux. Deux extensions majeures ont été édifiées ultérieurement ; le bâtiment circulaire du PFE (pôle femme enfant) en 1995 et le bâtiment urgences/hémodialyse en 1998 ainsi que de multiples ajouts dont l'extension du plateau technique en 2007, le bâtiment MPR, le laboratoire. Le site forme aujourd'hui un ensemble hétéroclite désormais peu évolutif.

En mars 2022, une nouvelle adjonction (bat en R+1) est livrée pour accueillir un plateau dit ambulatoire sur la façade principale de l'établissement (façade nord est).

Cette dernière opération dont l'achèvement est prévu fin 2022 /début 2023 induit la libération de surfaces dans les cinq derniers étages du bâtiment principal et appelle concomitamment à la réflexion capacitaire une réflexion sur la restructuration/rénovation bâtementaire.

Le Pavillon Femme Enfant :

Construit en 1995, le pavillon femme enfant est relié au bâtiment principal par une galerie de liaison. Il est densément rempli, peu évolutif et consomme une emprise foncière considérable.

La structure fonctionnelle actuelle du bâtiment Pavillon Femme Enfant (PFE) repose sur un arc de cercle avec une surface de 7.800 m² de surface utile distribuée sur trois niveaux. Au premier niveau, se trouve un secteur accueil et consultations femme, au second niveau la maternité, le bloc obstétrical, la néonatalogie, au troisième niveau la pédiatrie dont les urgences et consultations pédiatriques ainsi qu'un lactarium.

La particularité architecturale de ce bâtiment le rend peu lisible pour les usagers et les soignants (couloirs étroits (1,6m) et très longs, sans ligne d'horizon). De plus, il souffre d'une mauvaise délimitation des secteurs fonctionnels.

3.2 - Le foncier : état des lieux

3.2.a - CH de Lannion

La superficie totale du CH Lannion-Trestel est de 21,22 hectares dont :

- Site de Lannion : 17,65 hectares dont 17.849 m² emprise totale au sol des bâtiments
- Site de Trestel : 3,57 hectares dont 5.585 m² emprise totale au sol des bâtiments de rééducation et 2.000 m² d'emprise pour la structure d'accueil d'enfants polyhandicapés.

Le site de Lannion présente un dénivelé important (51 mètres entre le point le plus bas et le point le plus haut). Le bloc hôpital (NGF 30.90) est construit sur une zone rocheuse (pierre de Lannion). Les bâtiments Min Ran et Lefebvre (NGF 40.50) sont implantés sur un sol argileux (fondations sur pieux). Quant à l'EHPAD Kergomar (NGF 19.90), il est érigé sur des semelles filantes et fouilles en pleine terre.

Le site de Trestel, situé en bord de mer, est implanté sur un terrain plat et sablonneux. Le bâtiment est posé sur des fondations spéciales (pieux profonds).

3.2.b - CH de Guingamp

La superficie totale du CH Guingamp est de 11,227 hectares qui se décomposent comme suit :

- Site principal : 9,87 hectares dont 19 464 m² emprise totale au sol des bâtiments
- Site de la Petite Montagne : 1,357 hectares

Le site principal présente un dénivelé d'environ 25 mètres entre les bâtiments situés sur la partie nord du site et ceux situés dans la partie sud.

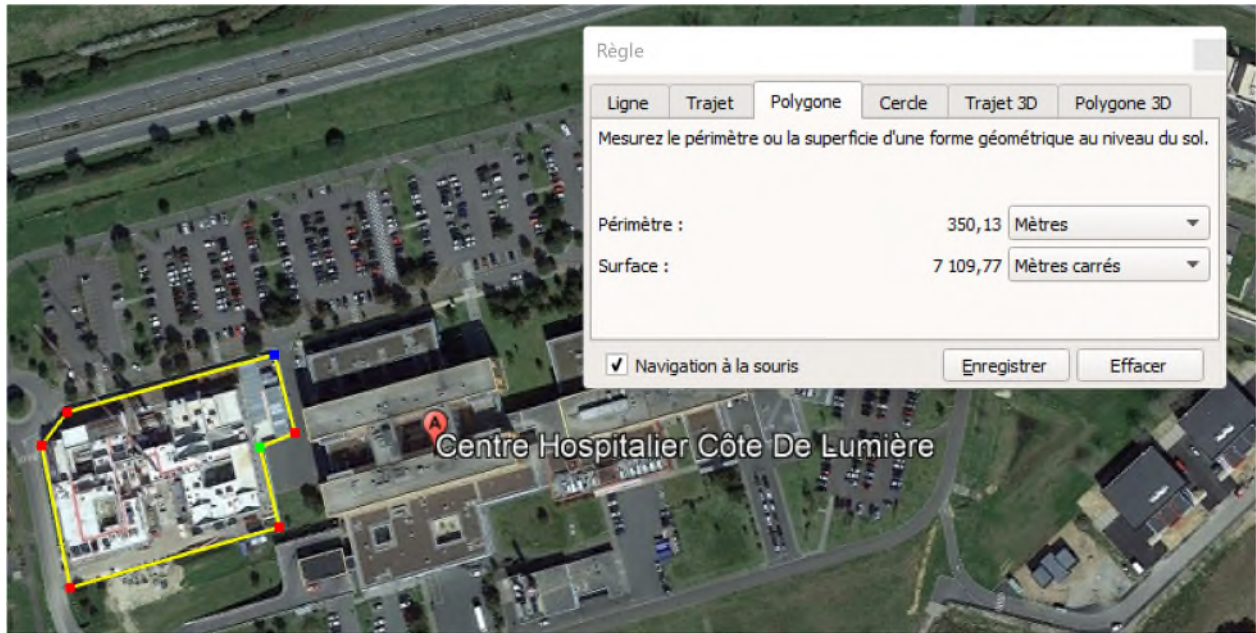


Le site est entouré de voies de dessertes urbaines et des zones d'habitation, sans possibilité d'extension foncière.

Le terrain ne présente pas de caractéristiques particulières connues entraînant des contraintes spéciales de fondation.

Seule une parcelle de 7.000 m² est libre de construction : elle accueille actuellement l'hélistation et le stationnement principal du site.

Nota, à titre d'illustration une empreinte d'EHPAD de 120 lits (2 niveaux) construit sur le site des Sables d'Olonne :



3.2.c - CH de Saint-Brieuc

Non communiquée

3.3 - Les limites organisationnelles et fonctionnelles des sites

3.3.a - Bâtiments du CH de Lannion

Site de Lannion

Bloc hôpital

A l'exception des services de maternité, pédiatrie, surveillance continue et hôpital de semaine, tous les services d'hospitalisation de médecine et de chirurgie ont une capacité d'hospitalisation de 28 lits, proche du standard d'optimisation de 30 lits.

Cependant, le bloc hôpital (MCO) présente les limites fonctionnelles suivantes :

- Une proportion insuffisante de chambres à 1 lit (68%) au regard du standard actuel (85 %)
- Absence de douche dans les chambres situées au 3^{ème} étage et dans une moitié du 4^{ème} étage (services non rénovés depuis 1976)
- Un éloignement de certaines activités de consultations, d'explorations fonctionnelles et d'hôpital de jour/chimiothérapie par rapport au hall d'accueil
- Le nombre de salle de bloc opératoire, suffisant pour l'activité propre du CH, sera insuffisant pour accueillir l'activité de la Polyclinique du Trégor dans l'éventualité d'un rapprochement entre le CH et cet établissement.

Bâtiment Lefebvre (SSR PAPD et P)

Installé au 2^{ème} étage du bâtiment, le service compte 37 lits de SSR pour personnes âgées polypathologiques et dépendantes dont 12 chambres à 2 lits et 13 à 1 lit (soit 52 % de chambres à 1 lit).

Le service ne dispose que de 2 salles de bain avec douche pour 37 patients. Les sanitaires des chambres ne sont pas aux normes d'accessibilité.

Le niveau Sous-sol a été restructuré et accueille les locaux techniques (chaufferie, tableau général de sécurité, le groupe froid, les vestiaires et le quai de déchargement) qui desservent les bâtiments Lefebvre et Min Ran. L'espace mortuaire qui dessert l'ensemble du site de Lannion est également implanté dans ce bâtiment.

Au RDC, est implantée la centrale incendie commune aux deux bâtiments Lefebvre et Min Ran.

Site de Trestel

Le bâtiment « enfants », datant de 1927, présente globalement des difficultés fonctionnelles.

Les activités d'hôpitaux de jour adultes et enfants se réalisent actuellement dans des locaux exigus et inadaptés. S'agissant de l'hôpital de jour « adultes », un projet de travaux d'agrandissement a été élaboré et une première phase de travaux a été réalisée en 2012 dans des locaux au rez-de-chaussée du bâtiment. Cependant, le chantier a été interrompu faute de financement suffisant.

3.3.b - Bâtiments du CH de Guingamp

Une qualité hôtelière bien en dessous des standards français

Chambres doubles

Sur l'ensemble des services de MCO et SSR : 55 chambres à 2 lits pour 235 chambres au total soit 24% de chambres doubles et 39% des patients hospitalisés en chambre double.

Pour les services de MCO seuls : 31 chambres à 2 lits pour 164 chambres au total soit 19% de chambres doubles et 32% des patients hospitalisés en chambre double.

Douches

Le déficit concerne essentiellement :

- Les services de médecine : seules 10 chambres sur 98 chambres sont équipées d'une douche, soit 10% des chambres. 106 lits de médecine se partagent 4 douches collectives.
- La résidence EHPAD des Hortensias : 4 douches collectives pour 90 résidents.

Des capacités de service non optimisées :

L'architecture des bâtiments limite l'optimisation des équipes pour une prise en charge des patients adaptée à un capacitaire optimal.

Alors que les standards sont de 28 à 30 lits pour les services de court séjour, 3 services ont un capacitaire bien en-deçà (20, 23, 25)

Des circuits patients complexes :

En raison de l'éparpillement des bâtiments et services, les consultations externes ne sont pas regroupées autour du plateau technique. Les parcours patients sont complexes et longs. Les surfaces de circulation en sont d'autant augmentées.

La conception des services a rendu complexe l'organisation des circuits et des prises en charge des patients lors de la crise Covid.

Un service des Urgences rénové mais ...

Le service des Urgences a été rénové ces dernières années mais sans extension et en conservant son architecture d'origine. De par sa conception d'origine, sa sectorisation pour accueillir un secteur de prise en charge des patients suspects covid s'est avérée compliquée et limitée.

Un plateau technique à retravailler

Avec un service d'imagerie sur deux secteurs, l'un accueillant une IRM mobile, dans une remorque.

3.3.c - Bâtiments du CH de Saint-Brieuc

Le bâtiment principal est un modèle standardisé Fontenoy des années 70 composé d'un socle en RDC (bas et haut) et R+1 (= fonctions logistiques et médico techniques lourdes) et des étages supérieurs dédiés à l'hospitalisation (R+2 au R+6).

A quelques exceptions près, le bâtiment a gardé sa structure fonctionnelle d'origine qui ne répond plus aux critères de confort réclamés par les patients (insuffisance des chambres individuelles, SDB exigües) ni à certains cahiers des charges (soins palliatifs, court séjour gériatrique...), ni à des conditions de travail optimales. Par ailleurs, la taille de chacune des ailes (27 lits) n'atteint pas la notion d'efficience aujourd'hui en vigueur (30 lits).

Enfin, la vétusté technique du bâtiment nécessite de reprendre la totalité des réseaux sur toute la hauteur du bâtiment et la moitié des ailes n'a pas encore été désamiantée ni récemment rénovée.

- Les accès

Le bâtiment est composé de 4 ailes reliées à la zone centrale qui comporte 4 ascenseurs « publics », les angles entre les deux ailes comportent chacun 3 monte-charges/malades.

Quatre escaliers de secours complètent le dispositif ainsi qu'un escalier central fortement utilisé, récemment rénové.

La mise aux normes des ascenseurs a été largement engagée et se poursuit selon un programme pluriannuel. Mais, à l'horizon 2025, il conviendra de renouveler ce parc d'ascenseurs dont la machinerie aura 25 ans sachant que son taux d'utilisation est très soutenu avec un trafic intense.

Cette distribution verticale constitue le squelette principal du bâtiment à partir duquel tous les flux se distribuent sans pouvoir dissocier les flux logistiques des flux patients. A fortiori, il n'y a pas de distinction possible entre les flux logistiques propres et sales. Le remplacement du parc ascenseur appelle des investissements à hauteur de 1,8 millions pour l'instant, sans pour autant résoudre la question de l'insuffisance du parc.

- Les ailes d'hébergement

La surface globale par niveau est d'environ 3.250 m² SDO. Les hébergements s'organisent par discipline et par aile de bâtiment. Les ailes ont une largeur de 16m et une longueur de 42m. Le plan type d'une aile comporte la circulation centrale d'une largeur de 1,83m, relativement étroite au regard des usages actuels (encombrement dus aux chariots divers, brancardage – lits...). Ce plan type comporte d'un côté du couloir une série de chambres seules (14 m² dont SDB) et de l'autre côté des chambres doubles (27 m² dont SBD) qui originellement étaient dédiées à trois lits. Cette taille de chambre s'avère aujourd'hui trop exigüe pour trois lits et trop généreuse pour deux lits. En cas de tension sur les lits, il y a obligation de réinstaller des 3^{èmes} lits. 24 lits dits de crise sont ainsi très régulièrement installés, en sus, dans les chambres doubles.

Les SDB/WC sont de surfaces très étroites en chambre seule : 2,5 m² vs 4 m² en chambre double. Il existe peu de douches de plain-pied, elles comportent toujours une « marche d'accès » (bac de douche) limitant l'accessibilité et réduisant l'accompagnement soignant. Les ailes sont équipées en général d'une douche commune PMR.

Le centre des ailes est occupé par les salles de soins, bureau de cadre, PC médical + internes, salle de pause. Des réagencements minimalistes ont été opérés pour tenter d'améliorer ces noyaux internes en tenant compte notamment de l'informatisation des tâches. Cependant, les ailes manquent cruellement d'espaces collectifs dédiés aux familles, d'espaces d'annonce ou de coordination, de locaux logistiques qui sont relégués à l'étroit sur des paliers. Ces paliers étant, in fine, devenu des lieux de stockage ou s'entremêlent les rolls et chariots de tous types.

A noter, en particulier, des offices alimentaires de taille insuffisante pour séparer des secteurs propres et sales, offices qui ne peuvent héberger les chariots de remise en température. Ceux-ci se trouvent stockés, par conséquent, sur les paliers face aux ascenseurs....

Sur les paliers sont également situés les bureaux médicaux devenus insuffisants en nombre au fil des ans.

Enfin, la majorité des ailes ne comporte pas d'espace accueil secrétariat qui soit véritablement lisible et repérable en entrée d'aile.

Le Pavillon Femme Enfant

- Les accès

La partie centrale du bâtiment comporte 5 ascenseurs « publics » dont un monte-malades pour les urgences pédiatriques (accès, demi-niveau inférieur), 3 monte-charges et 5 escaliers de fonctionnement et de secours, plus un escalier extérieur qui ne sert qu'au secours.

La mise aux normes des ascenseurs a été engagée et se poursuit selon un programme pluriannuel.

Dans l'hypothèse de création d'une zone d'urgences pédiatriques, il sera indispensable d'ajouter un monte-malades pour sécuriser le flux des urgences. Un emplacement - une cage d'ascenseur aux normes - a été prévu, à cet effet, lors de la construction du bâtiment en 1995.

- Les plateaux d'hébergement

La surface globale, par niveau, est d'environ 2.600 m² de SU environ, les hébergements s'organisent par spécialité et typologie d'activité sans segmentation précise du fait de la configuration circulaire. La fonction accueil et traitement des urgences n'était pas incluse dans le bâtiment d'origine et s'inscrit mal dans le fonctionnement actuel. Il est devenu indispensable de programmer la construction d'un secteur véritablement dédié à ce type de service au premier niveau du bâtiment.

La maternité comporte exclusivement des chambres à un lit de 20 m² avec SDB, la pédiatrie comporte des chambres à un ou deux lits de taille satisfaisante sans SDB sauf exception notamment dans la zone des urgences pédiatriques. Il y a peu de chambres ou salles de bain aux normes PMR.

Les zones logistiques sont en nombre satisfaisant nonobstant l'absence de vestiaire pour le personnel, investissement souhaitable à hauteur de 100.000€.

Au fil du temps, le niveau d'activité de la maternité s'étant accentué (fermeture maternité Paimpol et de Dinan), le bâtiment dont, en particulier, le secteur accouchement s'est densément rempli. Les pics

d'activité, désormais réguliers, sont parfois critiques sur le plan organisationnel. En l'état actuel du bâtiment, il serait impossible d'ajouter une salle d'accouchement supplémentaire.

Le bâtiment PFE manque d'espaces tertiaires pour les activités de périnatalité et les bureaux, l'activité PFE a donc tendance à grignoter des espaces tertiaires sur le bâtiment principal.

Le projet de PMA en-cours qui trouvera des solutions architecturales dans la relocalisation d'activités tertiaires. A noter également l'obligation de mise aux normes du lactarium.

3.4 - Contraintes techniques et réglementaires

3.4.a - Site du CH de Lannion

Site de Lannion

- Sécurité incendie
 - o Le bâtiment bloc hôpital est classé en 2^{ème} catégorie. L'effectif est actuellement de 1449 personnes, très proche du seuil de 1500 personnes de la catégorie supérieure, imposant des contraintes de sécurité incendie plus importantes (ex. : 3 agents de sécurité formés H24 au lieu d'un seul agent aujourd'hui). L'intégration de l'ensemble des activités de la Polyclinique du Trégor au sein du bloc hôpital porterait l'effectif au-delà du seuil des 1500 personnes sauf à envisager une extension permettant de conserver le statut de 2^{ème} catégorie.
 - o Par ailleurs, le bâtiment Lefebvre présente une non-conformité sécurité incendie portant sur le désenfumage et le compartimentage.
- Faibles performances énergétiques des bâtiments qui sont mal isolés :
 - o Bloc hôpital (façades)
 - o Bâtiment Lefebvre (toit et façades). Concernant les façades du bâtiment Lefebvre, elles sont partiellement (1/3 des surfaces) constituées de panneaux préfabriqués contenant de l'amiante. L'ensemble des joints des vitrages contient également de l'amiante.
- Réseaux plomberie sanitaire :
 - o Bloc hôpital : ils sont majoritairement d'origine du bâtiment (1975)
- Pharmacie (bâtiment bloc hôpital)
 - o Les locaux datent de l'ouverture du bâtiment en 1976. Ils sont exigus et inadaptés (rapport visite ARS de novembre 2021). Globalement les surfaces sont insuffisantes. Leur agrandissement nécessite le déplacement du local de reconstitution des cytotoxiques.
 - o Les sols et les murs de stérilisation centrale, datant de 1998, sont en mauvais état (rapport visite ARS de novembre 2021). Le système de traitement d'air n'est plus aux normes. Le dimensionnement des locaux (zone aseptique, salle de lavage) n'est plus adapté à l'activité.

Site de Trestel

Bâtiment « adultes »

- o Balnéothérapie
Suite à des désordres constatés (infiltrations) en 2012, les locaux ont fait l'objet de travaux de rénovation des plages, des douches et des joints de dilatation. Depuis de nouveaux désordres sont apparus. Les rapports d'expertise reçus début 2022 mettent en évidence la dégradation du plafond par la condensation et l'avancée importante du phénomène de corrosion du béton des bassins en lien avec des infiltrations d'eau salée et chlorée. Cette corrosion met en cause la solidité et la stabilité des éléments de structure béton armé des bassins. La réparation de cette structure apparaît impossible. La solution d'implantation de bassins en inox dans les bassins existants n'est pas envisageable compte tenu de l'état de dégradation de la structure.

Par ailleurs, la charpente et le toit sont abîmés par un phénomène de condensation lié à un dysfonctionnement de la pompe à chaleur. L'exploitation du bassin en l'état n'est donc plus possible pour des raisons de sécurité et est interrompue depuis fin 2021 dans l'attente d'une solution pérenne.

Bâtiment « enfants »

- S'agissant de la sécurité incendie, la structure et les planchers du bâtiment présentent un défaut de stabilité au feu. En conséquence, il est interdit d'y implanter des locaux à sommeil.
- La toiture et les façades sont dans un état de vétusté avancée.
- Par ailleurs, l'atelier d'ortho-prothèses ne répond plus aux normes de protection des travailleurs.

Les deux bâtiments sont globalement mal isolés.

3.4.b - Site du CH de Guingamp

De nombreuses non-conformités et écarts par rapport aux règles d'hygiène et de sécurité sont relevées :

- Au niveau de l'accessibilité des bâtiments aux personnes handicapées, avec :
 - Des cheminements extérieurs et intérieurs ne répondant pas aux normes
 - Un service d'imagerie complètement inadapté à l'accueil des personnes à mobilité réduite
 - Des services situés en étage non accessibles aux professionnels par un ascenseur (Direction des Ressources Humaine, Service de Santé au Travail, self du personnel)
- Au niveau de la sécurité incendie, avec l'absence de désenfumage dans certaines circulations et locaux le nécessitant (PUI notamment).
- Au niveau de la sécurité électrique avec des schémas de raccordement au réseau Haute Tension non sécurisés et des installations vétustes.
- Au niveau du service de restauration, dont le bâti est vétuste et les installations techniques obsolètes obligeant les professionnels à une vigilance constante et accrue et rendant les conditions de travail difficiles. Un récent audit (fin 2021) réalisé par des experts indique une possibilité d'utilisation de l'outil de production limité à 36 mois, sous condition d'investissements à réaliser.
- Au niveau des réseaux d'eaux usées et d'eaux pluviales de la partie la plus ancienne de l'établissement, des réseaux non séparatifs et des canalisations enterrées comportant des matériaux amiantés ou du plomb.
- La chaufferie du bâtiment principal est classée ICPE et ne respecte pas certaines contraintes de la réglementation (hauteur des cheminées, isolement)
- Le bâtiment de chirurgie ne dispose pas d'énergie de secours chauffage entraînant un arrêt de la production d'eau chaude et de chauffage en cas d'incident sur le réseau gaz.

Qualité et vétusté des bâtiments et installations techniques

Le bâtiment principal est mal isolé thermiquement (murs et huisseries extérieures), certaines des façades contiennent des matériaux amiantés.

De façon générale, les bâtiments sont énergivores et comportent passerelles et longues circulations difficiles à chauffer. Le bâtiment administratif, très mal isolé et dont certaines huisseries extérieures sont très dégradées, est chauffé par une chaudière fioul.

Les installations et matériels techniques de la majorité des bâtiments :

Téléphonie, réseaux de distribution informatique dans les bâtiments, chauffage, ventilation, climatisation, traitement de l'air, systèmes de sécurité incendie, désenfumage, appel malade, ascenseurs, bandeaux de distribution des fluides, mécanismes de volets roulant, huisseries extérieures..., sont obsolètes et en fin de support SAV pour certains. Les réseaux de plomberie sont vétustes. Les réseaux de fluides médicaux ne sont pas complètement sécurisés. Les conditions de rénovation de certaines installations techniques sont très contraignantes pour le maintien de l'activité pendant la réalisation des travaux.

Compte tenu de la conception « très étalée » des bâtiments, la surface des complexes d'étanchéité est très importante. De nombreuses réparations sont réalisées ponctuellement. La réfection de la totalité des étanchéités est à prévoir à moyen terme.

Les façades du bâtiment de chirurgie sont dégradées (peinture et aciers béton).

Les revêtements muraux et de sol des unités de médecine sont très dégradés.

Sureté

Le site est ouvert et comporte plusieurs accès sur la voie publique et de nombreuses portes donnent directement accès aux bâtiments (180). La sécurisation de l'Etablissement est très difficile à mettre en œuvre.

Topologie du site

La très forte déclivité du site principal complexifie les circuits logistiques avec plusieurs points de livraison et des conditions de transport engendrant un vieillissement prématuré des équipements (véhicules, chariots, ...).

Cas particulier de la résidence des Hortensias

La situation est problématique en termes de confort attendu par la population ainsi que d'adaptation à la réglementation (sécurité incendie, norme Ad'Ap) :

- Le bâtiment n'est pas adapté à la dépendance des résidents accueillis (absence de douche dans les chambres, absence d'espace de repas au 2nd étage et salle à manger trop petite pour l'accueil des résidents en fauteuil au 1er étage, absence de salle de soins au 2nd étage, résidence non adaptée pour l'accueil des personnes âgées avec risque de fugue)
- Les installations techniques sont vétustes et ne respectent plus les normes techniques (sécurité électrique, incendie, thermique, ascenseurs, ...)
- Les normes accessibilité ne sont pas respectées (toutes les chambres sont concernées)
- Le bâtiment n'offre pas les normes de confort et ne répond pas aux attentes des nouvelles générations accueillies (chambre surface mini : 21 m², douche privative, accès internet, ...)

Cette résidence n'est plus attractive et des lits sont inoccupés en permanence.

3.4.c - Site du CH de Saint-Brieuc

▪ Structure bâimentaire

L'enveloppe bâimentaire repose sur une ossature poteaux/poutres, en béton armé, avec façades en panneaux préfabriqués de remplissage type gravillonné. Le bâtiment ne présente pas de faille structurelle importante, il reste en bon état. Toutefois, l'ensemble repose en fondation sur des pieux de grande profondeur, l'accroissement des charges est un sujet préoccupant notamment par insuffisance de ferrailage initial. De plus, à l'occasion des travaux du bâtiment ambulatoire, on a pu observer une différence de niveau de 17 cm d'un point à un autre de la dalle. Enfin, à l'occasion de ces travaux, il a été révélé des décalages significatifs entre les DOE d'origine et la réalité des implantations des poteaux poutres. Ceci induit des risques de surcoût à l'occasion de tout projet d'adjonction significatif.

L'étanchéité des toitures terrasse a été refaite intégralement, elle reste performante. Les ouvrants (environ 1 600 châssis en façade) ont été tous remplacés en 2005 mais leur maintenance devient difficile pour cause d'approvisionnement en pièces détachées.

En théorie, chaque aile, sauf la 6 F, pourrait être désossée et mise à nue pour recloisonner librement, sous réserve de la trame que le positionnement des fenêtres impose. Mais, la gêne fonctionnelle majeure serait inacceptable en site occupé, densément rempli. Il n'existe par ailleurs pas d'aile tiroir. Les colonnes de distribution des réseaux sont inamovibles sauf investissement considérable et, à nouveau, gêne fonctionnelle majeure.

L'aile 6 F, historiquement conçue pour un service de réanimation néonatale est conçue différemment sur le plan structurel ce qui la rend impropre à toute transformation en aile d'hospitalisation complète. Par défaut, elle prend donc une vocation tertiaire.

▪ Sécurité bâimentaire/contrôle malveillance

Le plan de sécurisation de l'établissement, tous sites confondus est d'ores et déjà bien engagé et doit se poursuivre pour un niveau de dépenses restantes de l'ordre de 300 000 €.

▪ Sécurité incendie

Le dispositif de sécurité incendie ne souffre pas de recommandations majeures de la part de la commission de sécurité. Cependant, en 2018, à l'occasion d'un audit des installations, il a été mis en exergue des besoins de mise en conformité avec un chiffrage à hauteur de 2.2 millions d'euros pour l'intégralité du site dont 1.2 millions pour le bâtiment principal et 700 000€ pour le Pavillon Femme Enfant.

▪ Sécurité électrique

Le réseau électrique a régulièrement évolué jusqu'à l'implantation, en 2021, d'une nouvelle centrale de secours avec 3 groupes électrogènes de 2 MW chacun.

On peut considérer, à ce jour, que le réseau électrique est sécurisé et de puissance suffisante pour les besoins actuels du site.

▪ Fluides médicaux

Les armoires de secours des fluides médicaux des services à risque sont récentes, la gaine principale de distribution des fluides a été rénovée récemment et les pompes à vide sont neuves. Il reste à envisager la rénovation des réseaux de distribution horizontale dans les ailes au gré des rénovations d'ailes.

▪ Réseaux eaux propres et usées

La distribution et les évacuations des eaux sont d'origine et dans un état de vétusté avancé voire critique. A noter, les gaines verticales internes comportent tant les eaux usées que les eaux pluviales. La reprise des distributions verticales et surtout du réseau d'évacuation EU/EP devient une nécessité impérieuse mais la mise en œuvre de ces travaux s'avère compliquée en termes de faisabilité technique. Le coût de cette rénovation est estimé à environ 1.2 M.

▪ Production et réseau de distribution de chaleur

La distribution de chaleur et les radiateurs sont d'origine pour l'essentiel et ne sont remplacés qu'au cas par cas ce qui devient un souci permanent de maintenance sans compter les dégâts des eaux induits par les fuites. Néanmoins, à l'occasion des réhabilitations partielles des ailes, des améliorations ont pu être apportées sur le réseau. Une enveloppe de 1 M€ a été estimée nécessaire pour la mise en conformité de ces installations.

Etant donné l'état critique des calorifuges d'origine du réseau, leur renouvellement est programmé en 2022 en ayant recours pour partie à des travaux à 0 € (sur la base des certificats d'économie d'énergie). Le parc des chaudières est satisfaisant.

Il n'y aura aucune contrainte technique pour l'hôpital à l'arrêt de la cogénération le 7 mars 2022 (échéance du contrat d'exploitation). La seule contrainte est l'augmentation très sensible des coûts d'énergie à cause des augmentations tarifaires constatées sur l'électricité et le gaz lesquelles s'accompagnent de l'arrêt de la revente d'électricité (spécificité du contrat de cogénération).

▪ Calorifugeages du réseau de distribution d'eau glacée

Les réseaux de distribution d'eau glacée (EG) sont entourés d'une coque isolante datant de l'origine du bâtiment. Des tronçons sont désormais dépourvus d'isolant et la condensation a attaqué les tuyauteries. L'isolant d'origine a perdu partiellement ses qualités d'isolation. De plus, les points singuliers que représentent les vannes ne sont plus toutes isolées.

Un chantier de reprise totale des calorifuges est nécessaire. Ces travaux ne bénéficieront que partiellement du dispositif des CEE. Le reste à charge reste inconnu à ce jour.

▪ Réseaux air

Les centrales de traitement d'air et les réseaux aérauliques ont évolué au fur et à mesure des besoins en saisissant l'opportunité des rénovations d'ailes passées. Néanmoins, les perspectives d'évolutions réglementaires relatives à la qualité de l'air est une préoccupation qui appelle vigilance car elle induira des modifications substantielles, les installations actuelles restant basiques (extraction simple flux).

▪ **Logistique**

Les secteurs logistiques sont globalement bien équipés (cuisine centrale récente, blanchisserie sous statut GCS en cours de reconstruction).

En matière de déchet, le CH est de plus en plus engagé dans une logique d'élimination par filière. Ceci requiert des surfaces d'entreposage central à organiser et des surfaces de stockages intermédiaires très difficiles à trouver dans les étages. Depuis 2007, le CH est équipé d'un banaliseuse de DASRI. Il arrive en fin de vie, ce qui requiert un investissement important de l'ordre de 700 000 €, non inscrit au PPI. Il convient de souligner les difficultés de respect des circuits propre/sale et l'étroitesse des locaux d'entrepôts intermédiaires, dans les étages, avec des zones mixtes mélangeant stockage de linge sale et déchets.

Les zones magasin ont des surfaces très insuffisantes en particulier pour la PUI ce qui interdit, en l'état, la cueillette en armoire plein-vide. Des perspectives d'évolution sont envisageables avec la libération des surfaces de l'actuelle blanchisserie (2 600 m²). A raison d'une réhabilitation à hauteur de 500 à 800 €/m², l'enveloppe requise pourrait être, à minima, de 2 millions, somme non inscrite au PPI à ce jour.

▪ **Performance énergétique**

Sur les installations techniques

- Outils de mesurage (les comptages)

Il y a lieu de mettre en place un enregistrement systématique des consommations et le contrôle des dérives des consommations, préliminaire indispensable à toutes les actions d'économie d'énergie. Sont concernés : l'eau froide (EF), l'ECS, l'eau de chauffage (EC), l'EG, certains départs électriques identifiés comme importants, l'air comprimé (AC).

Le montant estimé de ces installations est de 170 000 €TTC partiellement éligible à des subventions et au dispositif de financement via des certificats d'économie d'énergie.

- **Récupération de chaleur sur les groupes de froid.**

Des systèmes de récupération de chaleur sont à envisager sur les quatre groupes de froid. Une étude technique est à conduire sur le sujet.

- **Sur le bâtiment principal, isolation des façades**

Le bâtiment principal a bénéficié du remplacement des fenêtres.

Concernant les parois opaques des façades, l'ensemble est isolé selon les exigences des années 70, à savoir un polystyrène de l'époque de 4 cm entre la plaque de plâtre intérieure et le mur en béton extérieur.

Afin de satisfaire aux obligations du décret tertiaire, deux solutions sont envisageables :

- l'isolation thermique par l'extérieur (ITE),
- la façade double peau consistant en l'ajout d'une nouvelle façade vitrée à distance de la façade existante.

Deux études ont fait ressortir un retour sur investissement autour de 70 ans.

D'autres enjeux entrent en ligne de compte pour un tel investissement :

- Le confort d'été et d'hiver en température et en luminosité pour les patients et le personnel,
- Le maintien du patrimoine,
- La nouvelle image donnée aux constructions d'origine.

Ces travaux d'ampleur appelleraient environ 1000 € / m² de façade soit à minima 5 millions.

- **Etat des lieux général dans les secteurs d'hébergement, qualité hôtelière**

Le tableau ci-dessous récapitule l'historique des dernières rénovations d'ailes. En l'espace de 12 ans seules 7 ailes sur 20 ont été rénovées laissant ainsi nombre de services de soins dans un état hôtelier dégradé. De plus, seule la moitié des ailes a été désamiantée.

		Aile B	Aile E	Aile F	Aile G
Niveau 6	Rénovation	2015	2017		2019
	Désamiantage / Recouvrement	Non	Non		Recouv.
Niveau 5	Rénovation		2018	2019	
	Désamiantage / Recouvrement	Oui	Non	Non	
Niveau 4	Rénovation		2010		
	Désamiantage / Recouvrement		Oui	Oui	Oui
Niveau 3	Rénovation		2009		2008
	Désamiantage / Recouvrement		Oui	Oui	Oui
Niveau 2	Rénovation		2011		2008
	Désamiantage / Recouvrement		Oui	Oui	Oui

Par le passé, le niveau d'activité permettait de préserver en permanence une aile tiroir pour la réalisation des rénovations périodiques. Le niveau d'activité actuel ne le permet plus. Or, il faudrait libérer deux ailes par an pour organiser une rénovation selon un cycle périodique de 10 années. La question de la simple rénovation périodique des ailes devient donc un sujet critique.

- **Les opérations de désamiantage**

Chaque rénovation légère d'aile appelle environ 100 000€ d'investissement préalable en travaux de désamiantage, il s'agit essentiellement d'intervention au niveau des sols. Aujourd'hui, il en reste dix à réaliser soit 1 M€ estimé. Cette estimation est minimaliste, elle ne dit rien des travaux de désamiantage requis à l'occasion des interventions lourdes sur le bâti. A titre d'illustration, le coût des opérations de désamiantage pour l'adjonction du nouveau bâtiment ambulatoire qui est « greffé » sur une aile est de 700 000€.

Toute opération lourde nouvelle amènerait des charges considérables de ce type.

Le Pavillon Femme Enfant :

- **Structure bâtementaire**

L'enveloppe bâtementaire repose sur une ossature poteaux/poutres, avec des murs pleins en béton armé, le bâtiment est isolé en extérieur, isolation recouverte d'un bardage métallique.

Le bâtiment ne présente pas de faille structurelle, il reste en bon état. L'étanchéité des toitures-terrasse a été refaite intégralement, elle reste performante sauf dans la couronne centrale au-dessus du secteur néonatalogie ou des infiltrations importantes sont à déplorer. La réfection de cette zone est évaluée à au moins 700 000€ sans inscription prévue au PPI pour l'instant.

Les ouvrants d'origine en PVC sont à changer pour satisfaire aux normes thermiques et répondre aux problèmes de sécurité des enfants (souci récurrent avec des limiteurs d'ouverture). Il existe environ 400 châssis soit une enveloppe estimative de 750 000€ sans insertion possible au PPI pour l'instant.

Par ailleurs, les zones exposées ouest souffrent de température excessive en période estivale. Le bâtiment n'est pas rafraichi ce qui serait une aberration énergétique.

- **Sécurité bâtementaire/contrôle malveillance**

Cf ci avant diagnostic du bâtiment Fontenoy

- **Sécurité électrique**

Cf ci avant diagnostic du bâtiment Fontenoy

- **Réseaux eaux propres et usées**

La distribution et les évacuations des eaux sont d'origine et sont en bon état. Toutefois, les bâtis-supports des sanitaires sont défectueux et doivent tous être changés à court ou moyen terme.

Le maintien en température du réseau d'ECS, non bouclé, est réalisé par des câbles chauffants électriques. Outre la consommation d'énergie, le risque de développement de légionnelles est grand. Une mise en conformité par une boucle de recyclage est un chantier important. Le montant n'a pas été estimé.

- **Réseau et production de chaleur**

La distribution de chaleur et les radiateurs sont d'origine et ne sont remplacés qu'au cas par cas. A noter des émetteurs de chaleur de qualité originelle médiocre.

- **Réseaux air**

Les installations actuelles restent basiques (extraction simple flux). Les centrales de traitement d'air dans les zones des blocs (obstétrical et gynécologique), de la néonatalogie, du Lactarium et des consultations sont vieillissantes et non performantes. Elles datent de 1995. Le remplacement de toutes les CTA est à envisager.

3.4.d - Conclusions

Le territoire est globalement marqué par les « plans hôpitaux des années 70 » : le CH de Lannion en 1976, le CH de Saint-Brieuc en 1978 et le CH de Guingamp dans un système plus pavillonnaire à partir de 1965. Ces trois établissements ont fait l'objet de modernisations.

Les configurations générales de Lannion et Saint Brieuc sont similaires, avec un bâtiment principal affirmé. La configuration de Guingamp est moins marquée et n'a jamais fait l'objet d'un projet clair de regroupement des activités.

A noter, le projet Femme Enfant du CH de Saint-Brieuc, qui date de 1995 - un enfant de son temps aux « dires des architectes » - rompt nettement avec les structures « carrées » des bâtiments des années 70/80 dans son aspect circulaire.

Les difficultés que l'on observe globalement sur l'ensemble des trois sites sont celles « normales » que l'on observe sur l'ensemble du territoire national : 40 / 45 ans après leurs constructions, ces structures révèlent des difficultés :

- Fonctionnelles : les plateaux techniques des années 70 n'avaient pas prévu les dimensions futures des plateaux techniques, la mutation de l'hospitalisation conventionnelle vers l'ambulatoire et les soins externes.

Remarque : le développement de l'ambulatoire est avant tout une demande des patients ; le réseau routier, les véhicules, les réseaux et systèmes de communication, le développement de techniques moins invasives en chirurgie, le développement de l'imagerie et de la biologie sont autant facteurs du développement de l'ambulatoire bien plus importants que la simple injonction administrative de son développement.

Il est une question que chaque patient hospitalisé pose : « quand est-ce que je sors docteur ? ». Tous les progrès évoqués ci-dessus permettent aujourd'hui à plus de 50% des patients de dormir de manière sécurisée chez eux après une hospitalisation de quelques heures.

- Sécurité : les dispositions en matière de sécurité incendie ont complètement changé en 40 ans
- Techniques : si les bétons n'ont en général pas vieilli, les réseaux techniques : eau, chauffage, électricité, ventilation et traitement d'air, air médical sont eux bien souvent dégradés.
- L'amiante dont l'usage a été interdit en 1997
- Le confort hôtelier

Remarque : si la demande du patient est prioritairement de ne pas dormir à l'hôpital, lorsqu'il y est contraint, il souhaite avoir des conditions hôtelières qui s'approchent de celles de « l'hôtel ». Les structures des années 70 prévoyaient des patients qui étaient pour leur majorité en chambre à 2 lits (2 patients sur 3) ; la demande actuelle tend tout naturellement vers la chambre individuelle. La structure est bien souvent dans l'incapacité d'y répondre.

- La médicalisation et la tertiarisation : le nombre de bureaux médicaux et de locaux tertiaires est très différent de celui observé dans les années 70 : de manière très grossière, l'hôpital est passé d'un médecin pour une unité à un médecin pour 5 lits

C'est à cet ensemble (non exhaustif) d'évolutions que se doit de répondre l'immobilier actuel et dans le cadre de projets : l'immobilier futur dans une vision plus écologique qu'aujourd'hui.

La situation des trois sites principaux est très différente :

- Saint-Brieuc : l'établissement ne pourra répondre dans le temps à cet ensemble de contraintes. Les opérations à prévoir aujourd'hui permettront de maintenir l'hôpital dans un bon niveau de fonctionnement quelques temps mais un projet d'envergure est à envisager dans la prochaine décennie
- Lannion : l'établissement peut répondre dans le temps à cet ensemble de contraintes : il se voit d'ailleurs contraint de répondre aux mêmes contraintes de plateau technique que celles qui ont conduit le projet ambulatoire et de plateau technique de Saint-Brieuc dont l'ouverture vient d'avoir lieu. Un projet de reconception en site occupé doit être engagé ; ce sera naturellement également un projet de modernisation phasé et donc un projet long.
- Guingamp : l'établissement compte tenu de sa configuration, n'apparaît plus en mesure de répondre à ces questions. Un projet immobilier est à envisager.

Dans les cas de Lannion et de Guingamp, les questions de la reconception des activités sanitaires entraînent également directement ou indirectement la question du SMR et du médico-social.

Les réponses à ces questions sont conditionnées par l'organisation cible de l'offre de soins du territoire.

Plusieurs scénarios sont envisageables au regard des questions posées par la démographie médicale.

4 - Les schémas possibles d'organisation territoriale pour l'offre de soins et les conséquences en matière d'organisations des compétences et des ressources médicales et soignantes

4.1 - Le maintien de l'existant avec trois hôpitaux de plein exercice à Lannion, Guingamp, Saint-Brieuc et Paimpol (hôpital de proximité)

Cette hypothèse propose de conserver, en l'état des ressources médicales, l'organisation actuelle du territoire en matière d'offre de soins.

Ce statut quo expose clairement les établissements, au vu des démographies médicales et non-médicale, à des risques majeurs de ruptures brutales de l'offre de soins avec un repli à organiser dans l'urgence sur un ou plusieurs autres sites du territoire. La connaissance de ce risque par les équipes médicales et administratives leur impose de prendre les dispositions de sorte à pouvoir y faire face et le sécuriser.

La position géographique actuelle des trois sites, associés à Paimpol, permet en effet une couverture optimale du territoire tant pour les activités liées à l'urgence que pour la première intention, notamment les consultations (déplacement des patients réduit).

Ce schéma présuppose la capacité à maintenir sur l'ensemble du territoire des équipes complètes qui pourront exercer leurs activités programmées et non-programmées dans un rapport « normal » avec la qualité de vie au travail et la sécurité (attractivité). Compte tenu des volumes d'activité de chacun des territoires/hôpitaux, cette hypothèse induit obligatoirement une très grande mobilité de la part des professionnels médicaux et non-médicaux qui devront absolument fonctionner en équipes de territoires, avec pour conséquence de réduire un peu plus le temps disponible des professionnels.

Dans cette hypothèse, des ajustements sont à envisager sur l'ensemble des trois sites. A titre d'exemples :

- L'IRM de Guingamp
- Le second scanner de Lannion
- Le plateau technique de Saint-Brieuc

Les schémas directeurs immobiliers de chacun des sites seraient de fait plus tributaires de l'état général des sites et de projets spécifiques pour chacun d'eux que de la réflexion relative à la structuration d'une nouvelle organisation territoriale de l'offre de soins. Cette hypothèse, comme nous le verrons ci-dessous au regard de la situation patrimoniale de Guingamp, peut naturellement prévoir sa reconstruction en ensembles homogènes : sanitaire – SMR – médico-social.

4.2 - L'organisation bi-site : à Bégard et à Saint-Brieuc / Paimpol (hôpital de proximité)

4.2.a - les conséquences du mono-site Bégard

Le déplacement des deux sites de Guingamp et de Lannion à mi-chemin (sur la commune de Bégard) a pour conséquences majeures de :

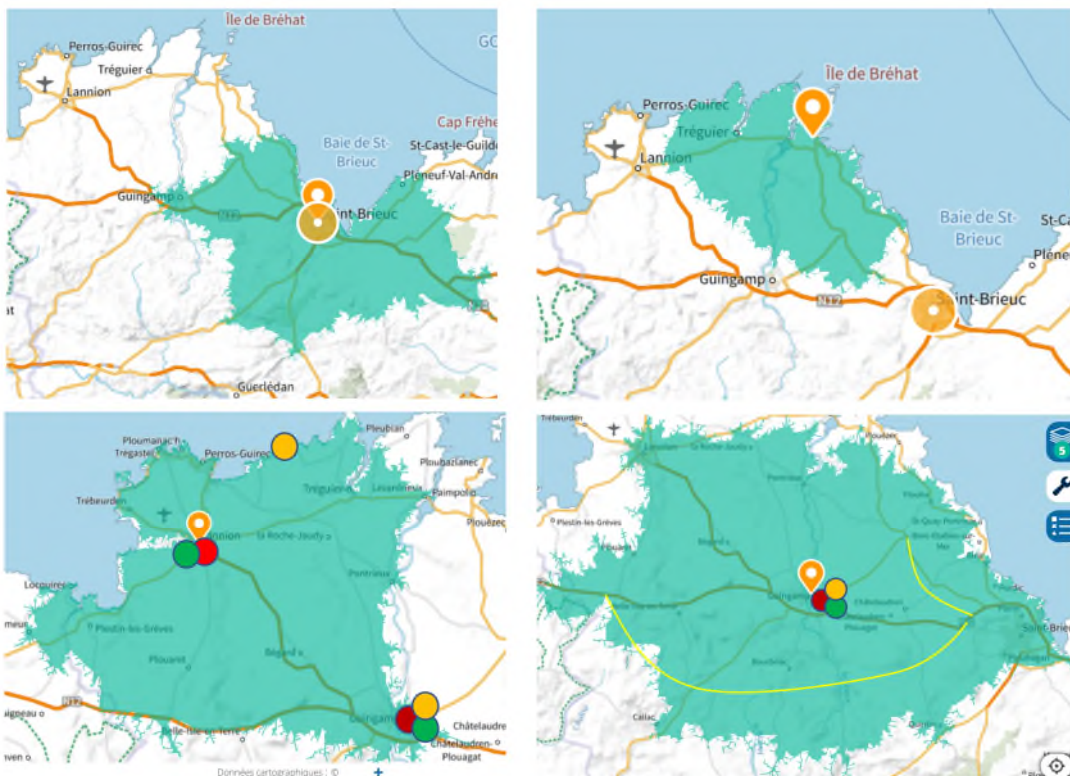
- Modifier la couverture 30 minutes, en particulier pour les urgences
- Déplacer l'ensemble de l'activité sur le site de Bégard et en particulier les consultations et les explorations programmées et non programmées, c'est-à-dire les activités de première intention
- Déplacer le lieu d'exercice d'une part significative des salariés
- Poser la question du positionnement et du devenir de la clinique du Trégor

Ce déplacement ne modifie pas globalement la nature de l'offre de soins intégrée des deux sites, il modifierait l'organisation des activités, de par la nécessaire intégration des équipes des deux sites.

4.2.b - La couverture « 30 minutes »

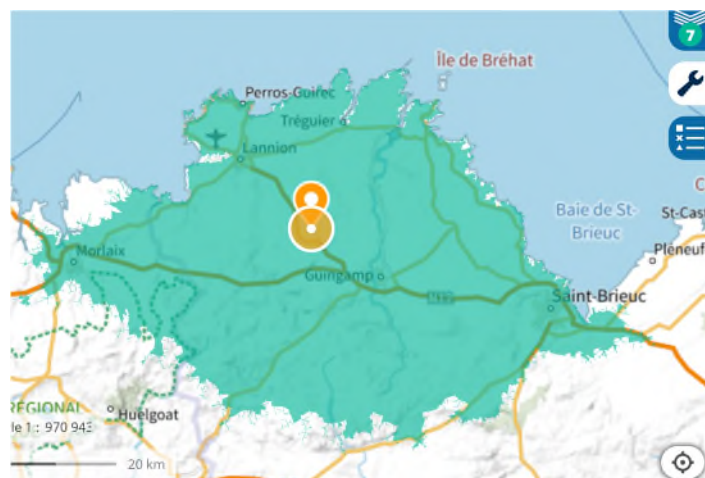
L'hypothèse structurante du raisonnement relatif à l'organisation de l'offre de soins s'appuie pour l'ensemble du territoire sur le principe d'aucun site d'urgence à plus de 30 minutes pour les habitants du territoire.

Les éléments du site national GEOportail isochrones permettent d'éclairer le raisonnement :



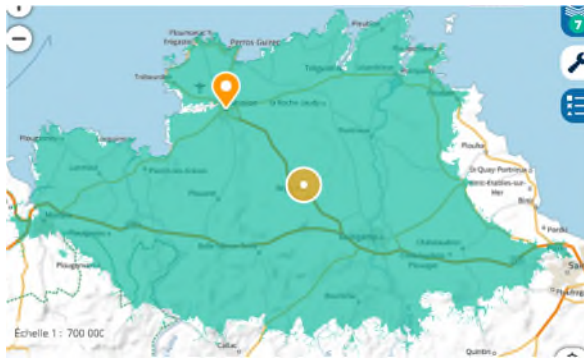
4 sites d'urgences (Saint-Brieuc, Paimpol, Guingamp et Lannion) existent sur le territoire ; ces quatre sites permettent une couverture complète du territoire, y compris celui du sud de Guingamp avec de larges plages de recouvrement.

L'éventualité d'un regroupement des sites de Guingamp et Lannion sur Bégard conduirait à découvrir une partie significative de la zone sud de Guingamp (comme le montrent les deux isochrones ci-dessous, la partie étant matérialisée par l'axe jaune), ainsi qu'une partie de la zone nord est du territoire (conséquence majorée durant la période estivale de forte affluence sur la côte).



Le positionnement d'un site hospitalier à Bégard reviendrait à élargir à 45 minutes la couverture actuelle du dispositif hospitalier en particulier pour une partie de la zone nord et pour la zone sud de Guingamp.

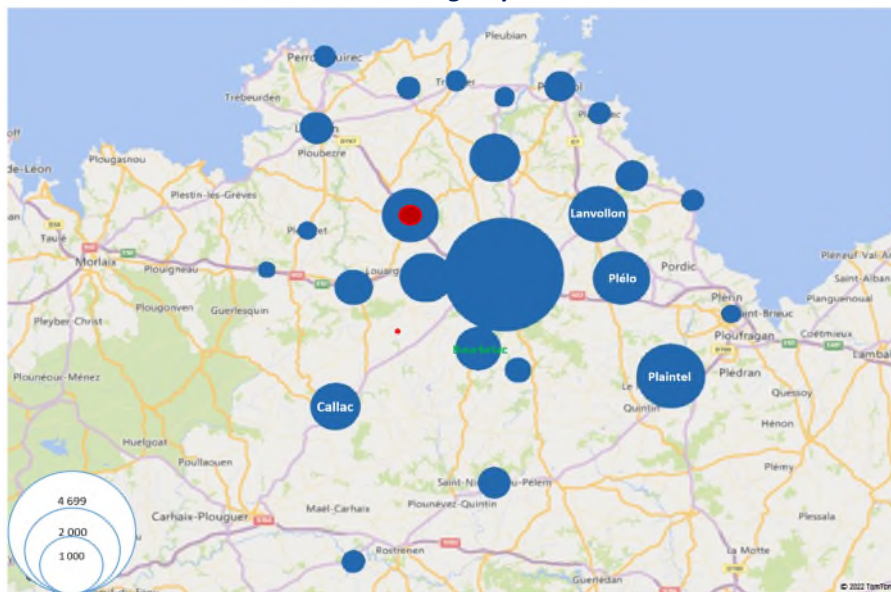
Si le schéma « 45 minutes » devait être envisagé, il pourrait l'être de la même manière pour Lannion et Saint-Brieuc. Dans ce cas, on observe que la zone de recouvrement intègre complètement Guingamp et sa périphérie :



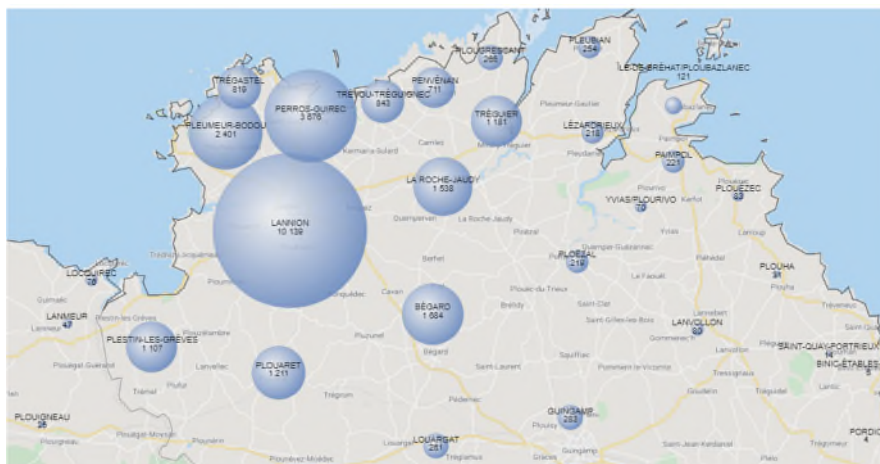
4.2.c - Le déplacement de l'ensemble de l'activité sur le site de Bégard et en particulier les consultations et explorations

Les deux cartes ci-dessous décrivent la provenance des consultants externes en fonction du lieu de consultation :

Guingamp



Lannion



Le déplacement des deux sites Guingamp et Lannion sur le site de Bégard conduit à « allonger » le trajet pour plus de 70 % des consultants de Guingamp et pour plus de 80 % des consultants de Lannion. Dans la situation actuelle des deux sites, les consultations sont proposées quasi systématiquement à moins de 30 minutes du lieu d’habitation (cf raisonnement relatif à l’urgence), dans l’hypothèse Bégard, les consultations sont proposées pour une part significative 15 – 20 % à 45 minutes, en particulier pour le territoire sud de Guingamp.

Il est possible d’évaluer à plus de 30.000 le nombre de consultants (à distinguer des consultations) qui verront leur lieu de consultation significativement éloigné et les 33.000 hospitalisations déplacées. Ces chiffres sont minorés compte tenu du périmètre de l’étude qui exclut pour :

- Lannion

8310	LN_RADIOLOGIE_MT	9007	LN_DIALYSE AUB LABO_EXT
8220	LN_ACCUEIL_URG_GENERALES_URG	2903	LN_RADIOLOGIE_TRESTEL_MT
8810	LN_LABORATOIRE_MT	8226	LN_ACCUEIL_URG_PEDIATRIE_URG
2989	LN_DOULEUR_EXT	8150	LN_SMUR_EXT
2916	LN_SSR_ENFANTS_ADO_EXT	8311	LN_SCANNER_MT
6030	LN_ACCUEIL_URG_GYNECO_URG	8313	LN_IRM_MT
2912	LN_SSR_ADULTES_NEURO_EXT	1042	LN_VACCINATION_TOUT_PUBLIC_EXT
1224	LN_VACCINATION_COVID_EXT	2988	LN_POST_AVC_EXT
2911	LN_SSR_ADULTES_LOCO_EXT	8312	LN_ECHOGRAPHIE_MT
4600	LN_PHARMACIE_RETROCESSION	3852	LN_SSR_GERIATRIE_EXT

- Guingamp

UF	LIBELLE UF
2207	GP_ACCUEIL_URG_GYNECO_URG
4117	GP_SSR_GERIATRIE_EXT
4127	GP_SSR_NEURO_ET_LOCO_EXT
4217	GP_DOULEUR_EXT
5107	GP_ANESTHESIE_EXT
5207	GP_URGENCES_EXT
5217	GP_URG_SOINS_NON_PROGR_EXT
5407	GP_IMAGERIE_MT
5417	GP_IRM_MT
5427	GP_SCANNER_MT
5507	GP_LABO_MT
5517	GP_LABO_PRELEVEMENT_SANGUIN_MT
5620	GP_PHARMACIE_CESSIONS_EXTERNES

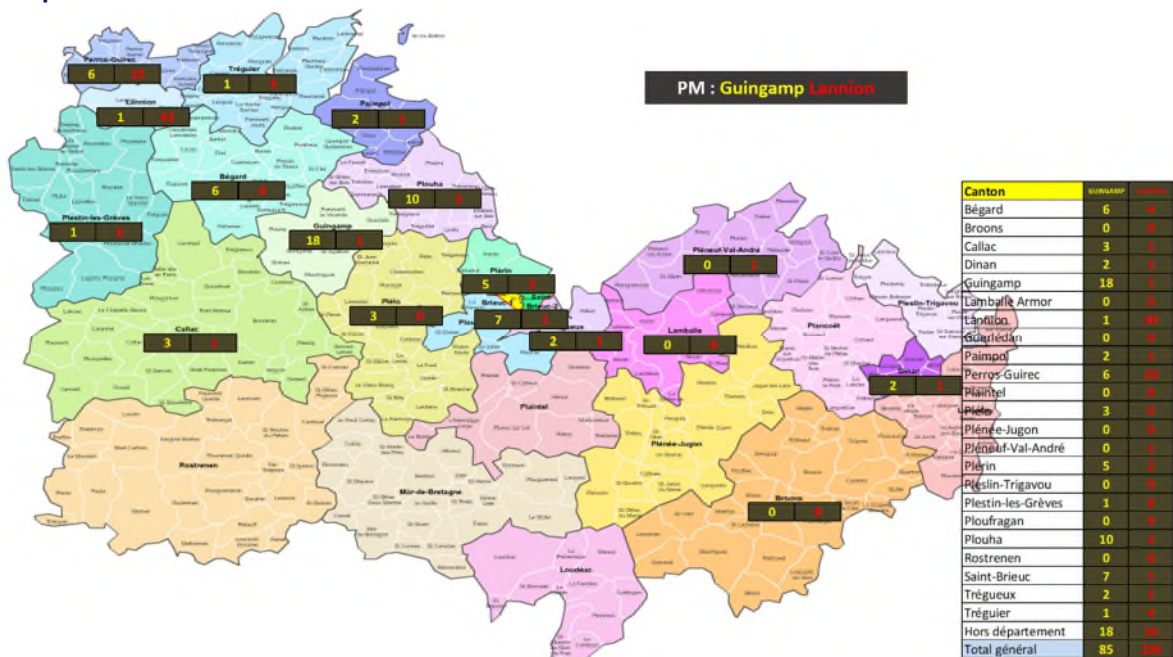
4.2.d - Le déplacement de l’ensemble de l’activité sur le site de Bégard déplace le lieu d’exercice d’une part des salariés

Les cartes ci-après décrivent les lieux de résidence des personnels non médicaux et médicaux en fonction de leur lieu de travail (jaune Guingamp – rouge Lannion).

Les Personnels non médicaux



Les personnels médicaux



Synthèse

Isochrones 15' PNM	Guingamp	Lannion
Lannion	73	960 (76%)
Guingamp	527 (52%)	37
Saint Brieuc	57	7
Callac	137	22
Bégard	171	171
Total étude	965	1197
Total	1019	1260
%	95%	95%

Isochrones 15' PM	Guingamp	Lannion
Lannion	9	75 (71%)
Guingamp	31(36%)	3
Saint Brieuc	14	5
Callac	3	1
Bégard	6	4
Total étude	63	86
Total	85	106
%	75%	81%
Hors département	18	16

La majorité des personnels non médicaux et médicaux habite à moins de 15 minutes de leur lieu d'exercice. Le maintien des sites de Lannion et Guingamp garantit une stabilité pour la quasi-totalité des personnels. L'hypothèse d'un site unique situé à Bégard conduirait à déplacer 65% des personnels non médicaux et 68% des personnels médicaux (15% des PNM et PM habitant Bégard gagnerait très certainement dans une localisation Bégard). En conclusion, c'est probablement plus de 50% des personnels qui verraient leur situation personnelle se dégrader en matière de déplacement professionnel dans le cas d'un site unique positionné à Bégard.

Nota : si entre 70 et 75% des personnels non médicaux et médicaux exerçant à Lannion habitent à moins de 15 minutes de Lannion, seuls 52 à 36% des personnels non médicaux et médicaux exerçant à Guingamp habitent à moins de 15 minutes de Guingamp. La question d'un site unique à Bégard implique essentiellement les personnels de Lannion.

4.2.e - déplacement de l'ensemble de l'activité sur le site de Bégard pose la question du devenir de la clinique du Trégor

Le scénario Bégard pose la question d'un éventuel rapprochement des activités du CH de Lannion avec celles de la clinique du Trégor.

Les deux partenaires, dans le cas d'un statut quo Lannion, ont conscience de l'intérêt du maintien d'une offre médicale et chirurgicale de bon niveau dans cette partie du territoire et étudient la faisabilité d'un rapprochement des deux structures, laquelle se traduirait par la création d'un GCS établissement de santé.

Au plan immobilier, l'objectif serait d'intégrer la clinique au sein des locaux de l'hôpital pour son activité de chirurgie (bloc opératoire et lits d'hospitalisation ; activité ambulatoire) et que puisse être construit un bâtiment neuf dédié à l'accueil des patients de la Polyclinique du Trégor, pour y accueillir les activités de consultations ainsi que les services administratifs.

Dans le cadre de l'examen de la faisabilité de ce projet, plusieurs sujets ont été identifiés et seront à approfondir.

Les principales hypothèses de ce projet de rapprochement sont à l'étude et font l'objet à ce stade de premières estimations financières provisoires. Un travail plus précis doit être conduit pour confirmer définitivement les équilibres pour chacune des parties, qui doivent tirer « profit » de ce rapprochement.

L'éventuel déplacement du CH de Lannion à Bégard supprime tout projet de rapprochement, ce qui induirait un regroupement probable des praticiens de la clinique sur l'Hôpital Privé des Côtes d'Armor avec un adressage ad hoc.

De l'avis des directions du CH de Lannion et de la PCT, l'équilibre économique et démographique (médicales/paramédicales) des deux structures est dépendant de leur capacité à travailler ensemble. La meilleure offre pour le Nord du territoire est conditionnée au maintien de l'activité publique et privée qui y est réalisée. C'est aussi probablement la garantie du meilleur équilibre économique.

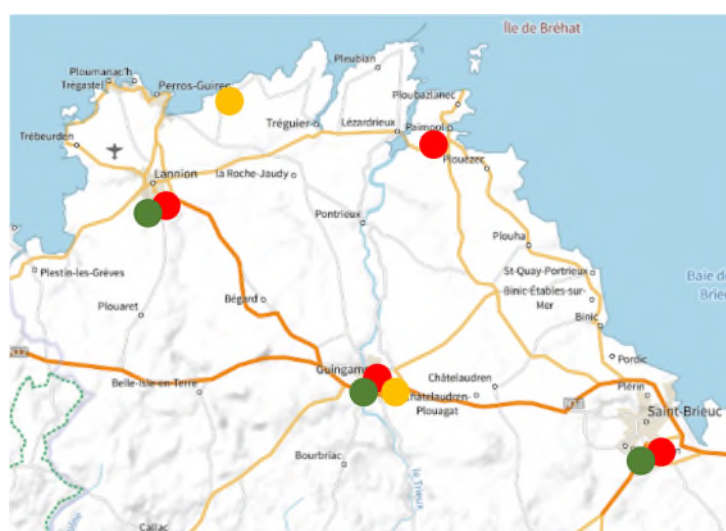
4.3 - Le maintien de l'existant avec spécialisation des 3 sites et Paimpol hôpital de proximité

Le maintien des trois implantations existantes de Lannion Guingamp et Saint-Brieuc a pour objet de tenter de répondre aux contraintes :

- Qualité de l'offre de soins : nature et couverture
- Sécurisation de l'offre de soins du fait de l'attractivité médicale et soignante améliorée et une spécialisation des sites
- Garantir le lieu d'exercice pour l'ensemble des salariés dans des environnements reconstruits ou partiellement rénovés

Il est possible de détailler l'offre des trois sites selon les tableau et carte suivants :

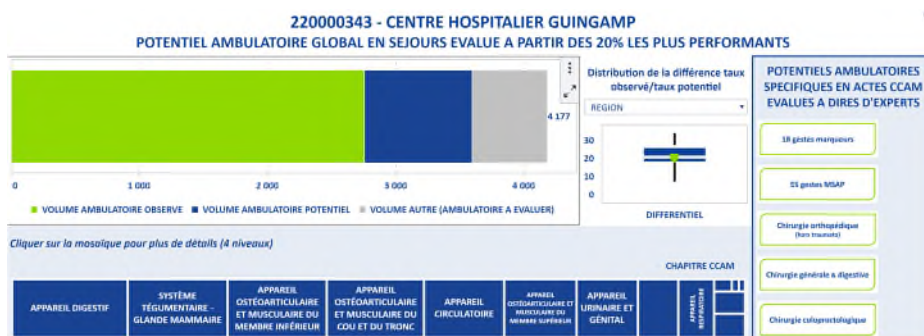
Activité	Saint Brieuc	Guingamp	Lannion	Paimpol
Urgences	X	X	X	X
Consultations et explorations non programmées y compris GO	X	X	X	X
Consultations et explorations programmées spécialisées y compris GO	X	X	X	X
Hôpitaux de jour médecine et cancéro	X	X	X	X
Plateau interventionnel	X	X	X	
Maternité	X	X	X	
Chirurgie conventionnelle	X	X	X	
Ambulatoire chirurgical	X	X	X	
Médecine spécialisée	X	X	X	X
Médecine	X	X	X	X
SMR	X	X	X	X
EHPAD	X	X	X	X



Cette hypothèse prévoit de regrouper sur les sites de Lannion et de Saint-Brieuc, les accouchements et la chirurgie conventionnelle.

Elle prévoit de développer en proximité les consultations spécialisées, les hôpitaux de jour et l'ambulatoire chirurgical.

Activité chirurgicale de Guingamp



Si l'on estime à 500 le nombre d'accouchements à Guingamp, environ 3 300 séjours supplémentaires, incluant la chirurgie conventionnelle, seraient déplacés à Lannion ou à Saint-Brieuc.

Nota : au-delà des scénarios présentés dans ce rapport, un autre scénario a été envisagé : il s'agit du rapprochement du centre hospitalier de Lannion avec celui de Morlaix. Ce scénario ne fait pas l'objet d'une présentation compte tenu des questions qu'il pose, notamment en matière d'investissement.

5 - Les schémas directeurs immobiliers, les évaluations financières

5.1 - Scénario 1 : le maintien de l'existant : les investissements de maintien en fonctionnement et d'amélioration de la fonctionnalité

5.1.a - Lannion

Préambule

Si le site de Lannion ne présente pas de difficultés techniques particulières (hôpital relativement récent), il souffre en revanche de difficultés fonctionnelles au regard des attendus et donc des programmes d'hôpitaux modernes :

- Des activités de soins externes réparties dans les étages
- Un hôpital de jour situé au niveau 5
- Un service d'hospitalisation isolé au niveau 6

Un projet de modernisation de la structure se doit de corriger ces dysfonctions. A ce projet, il conviendrait d'ajouter des ajustements (par exemple le second scanner, une chaufferie, etc).

Une proposition de réorganisation est fournie au travers les deux planches suivantes.

La proposition de situation projetée permet :

- Un regroupement de toutes les activités externes et hôpitaux de jour au rez-de-chaussée
- La création d'un service de chirurgie et interventionnel ambulatoire au niveau 1, à côté du bloc opératoire autorisant ainsi la mise en place d'un véritable circuit court (circuit debout)
- La création d'un ensemble médical : pneumo cardio au niveau 5
- La restructuration et le repositionnement des laboratoires au niveau 6

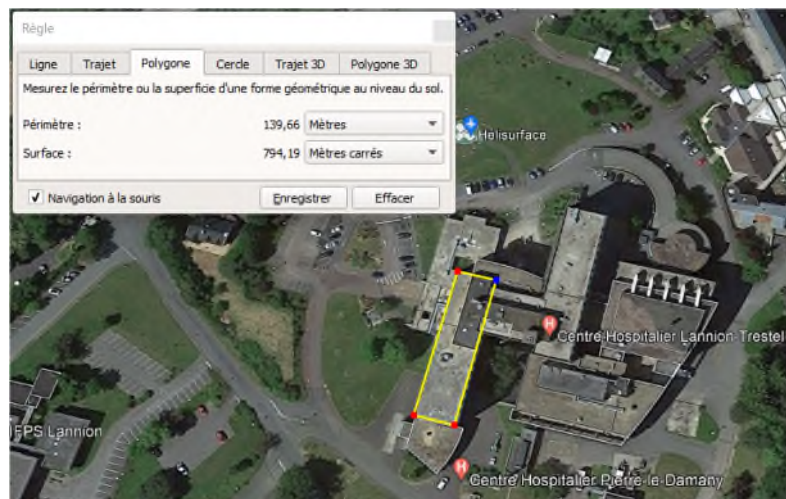
Le travail d'évaluation des coûts de travaux repose sur ce schéma fonctionnel.

5.1.a.1 - Schéma immobilier sans la polyclinique du Trégor

Sans intégration de la clinique, le schéma présenté ci-dessus pourrait être le schéma cible. Pour y parvenir, il faut restructurer et/ou repositionner l'équivalent de 9 « unités » :

- Consultations -1 et RdC
- Hôpital de Jour de médecine
- Ambulatoire chirurgical
- Pneumologie
- Laboratoire
- SMR
- Logistique
- Administration

C'est une surface de l'ordre de 8.000 m² qui est à traiter (cf vue ci-dessous).



Compte tenu des sujets techniques à traiter en complément, le montant des travaux peut probablement être estimé à environ 27 M€ TDC (dont 3 M€ de provision pour travaux locaux annexes), auxquels s'ajoutent les locaux transférés dans le bâtiment Lefebvre (bureaux pour 1000 m²) à hauteur de 3 M€. Soit un total de 30 M€ TDC.

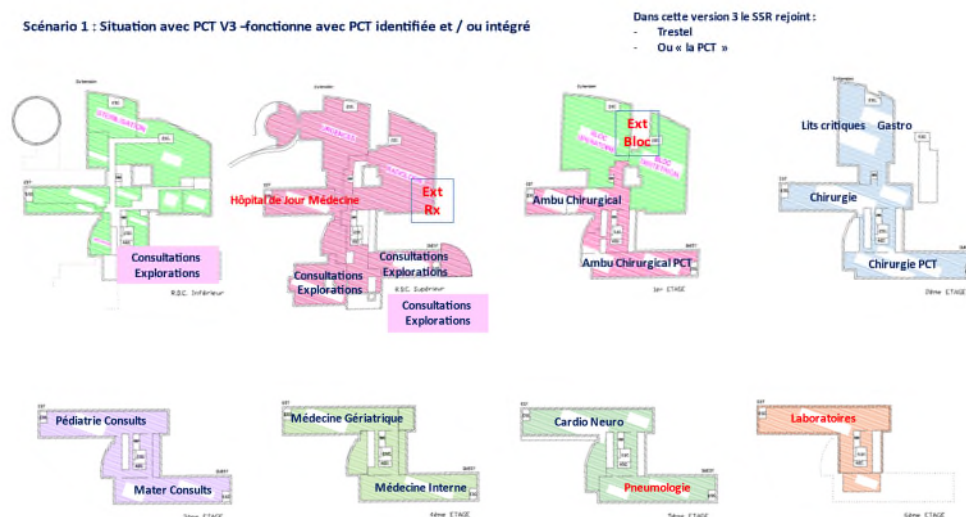
Ces travaux ne peuvent se réaliser qu'en site occupé et phasés. La séquence de modernisation serait de l'ordre de 8 ans (9 mois par aile, délais d'études inclus).

Cette opération est complétée des travaux nécessaires à la modernisation du site de SMR de Trestel et à ceux de l'éventuelle reconstruction de l'EHPAD Kergomar.

5.1.a.2 - Schéma immobilier avec la polyclinique du Trégor

Le projet avec intégration de la clinique impose pour une intégration et une fonctionnalité optimales (cf planche ci-dessous) :

- De libérer deux ailes afin d'installer une unité d'hospitalisation de chirurgie supplémentaire et un doublement des unités pour l'ambulatoire chirurgical et interventionnel
- De créer un environnement supplémentaire de soins externes et d'administration pour la clinique



Si cette hypothèse semble imposer de déplacer le SMR, une programmation plus approfondie du capacitaire mériterait toutefois d'être réalisée (elle ne peut s'envisager qu'après validation des principes par l'ensemble des parties). En effet, cette hypothèse offre plus de 50 places d'ambulatoire chirurgical et interventionnel, plus de 50 lits de maternité et pédiatrie.

Il serait envisageable que l'ensemble (activité de la clinique + SMR) tienne au sein du bâtiment principal du CH de Lannion sans recourir au déplacement du SMR.

Dans ce cas, les surfaces à restructurer, réaffecter, construire seraient de l'ordre de 11.500 m² pour un montant d'environ 38 M€ TDC (8 plateaux de 900 m² à restructurer plus espaces Blocs, imagerie et soins critiques pour un total d'environ 9500 m² - 28 M€, une construction neuve de 2000 m²- 9 M€, provision travaux locaux annexes 3 M€). A ces travaux s'ajouteraient les locaux transférés dans le bâtiment Lefebvre (bureaux pour 1000 m²) à hauteur de 3 M€ pour un montant total 43 M€.

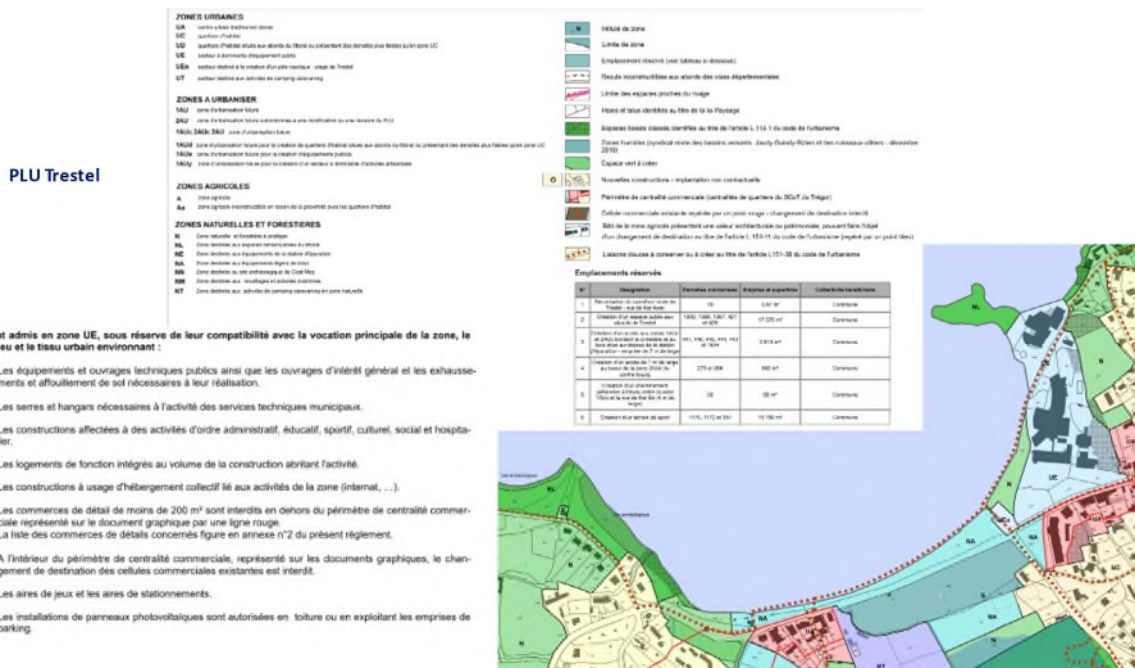
Si l'ensemble (activité de la clinique + SMR) ne pouvait tenir au sein du bâtiment, il y aurait trois types de scénarios possible pour le regroupement complet du SMR :

- Regrouper l'ensemble du SMR sur Trestel
- Regrouper l'ensemble du SMR sur la clinique avec reconstruction de l'EHPAD sur site
- Abandon du bâtiment de la clinique et reconstruction de l'EHPAD et du SMR complet sur site

Il apparaît dans le cas d'un scénario favorable que le coût le plus élevé provient essentiellement de la recomposition de Lannion.

Nota :

- Le PLU de Trestel permet une extension (cf planche ci-dessous), en revanche le foncier qui abrite actuellement la clinique serait très certainement insuffisant pour regrouper correctement l'ensemble des activités actuelles de Trestel (y compris les activités pédiatriques) ;
Si un regroupement de l'ensemble des activités SMR Lannion SMR Trestel et pédiatrie Trestel est compatible avec le site de Trestel, il ne l'est pas sur le site de la clinique.
- Un scénario doit être vérifié si l'orientation générale était validée : il s'agit de l'intégration de l'ensemble des activités sanitaires – SMR du bâtiment Lefebvre (37 lits actuels) et PCT dans « l'enveloppe actuelle » (à titre d'exemple : le plateau complet du niveau 3 pédiatrie et GO est probablement en l'état surdimensionné) de l'hôpital de Lannion pour un montant de l'ordre de 43 M€ (cf détail ci-dessus). L'opération Trestel se résumerait alors aux travaux de gros entretien requis par le site.



Nota :

Enfin l'établissement propose un projet de reconstruction d'un CAMPS sur le site de Lannion, reconstruction valorisée à 2,7 M€ pour 640 m², sachant que ce bâtiment est à vocation uniquement tertiaire.

5.1.b - Guingamp

Les difficultés rencontrées dans l'exploitation et la gestion au quotidien tant sur le plan médical que sur le plan technique du site invitent à envisager une reconstruction.

Cette hypothèse est envisagée à périmètre constant au regard de l'offre de soins existante.

Elle s'organiserait en ensembles cohérents d'activités : sanitaire et SMR, médico-social. Au vu du faible capacitaire et pour des raisons évidentes de gestion, les deux activités sanitaire et SMR peuvent être

réfléchies dans le même pôle immobilier. Le capacitaire médico-social peut également être envisagé dans un seul pôle immobilier même si l'humanisation des structures inviterait probablement à envisager deux immeubles.

Le capacitaire, y compris SMR, serait de l'ordre 227 lits et 43 places pour un total de 270 lits et places. Sur cette base, la surface programme serait de 28.000 m² pour un montant probable hors foncier de 126 M€ TDC.

Le projet de reconstruction du médico-social s'ajouterait à ce montant.

Un débat existe sur l'unicité et la relocalisation des sites d'activité. Il est en effet impossible d'envisager une reconstruction « complète » sur site. Un nouveau terrain a été envisagé près de la nationale 12 avec une desserte simple (cf schémas ci-dessous).

Le site actuel :



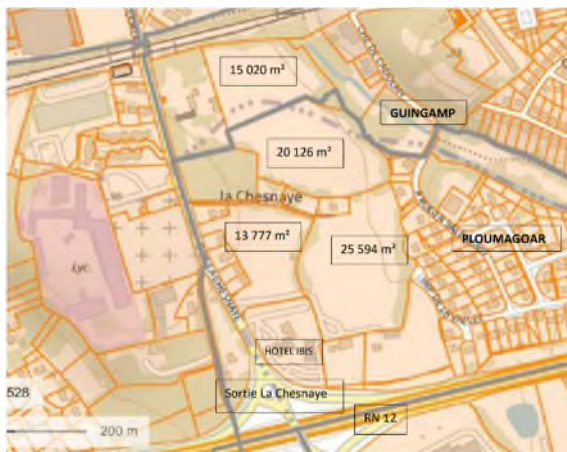
La seule surface « disponible d'un seul tenant » est celle correspondant à l'hélicoptère et au stationnement situés au nord de la parcelle. Cette surface d'une valeur foncière de 7000 m², non réellement disponible à ce jour sans perte de fonctionnalités majeures ne permet pas la reconstruction d'un EHPAD de 120 lits et places sur deux niveaux (cf § foncier). Le total compte tenu du capacitaire actuel est de : 258 lits + 10 places d'accueil de jour + 30 lits d'USLD.

- 108 résidents à TI NEVEZ, dont 32 en Unité Alzheimer
- 90 résidents aux HORTENSIAS
- 60 résidents à La PETITE MONTAGNE

La seule hypothèse envisageable pour conserver le site actuel de près de 10 hectares serait une reconstruction du site sanitaire sur un autre foncier de sorte à libérer de l'espace sur le site actuel et ensuite reconstruire les lits et places médico-sociaux et SMR sur site.

Cette hypothèse permet de garantir la réhabilitation du site sous réserve de trouver un usage aux bâtiments historiques (tertiaire ou logements) et d'offrir un foncier à lotir voire un peu de commerces.

L'hypothèse du second foncier



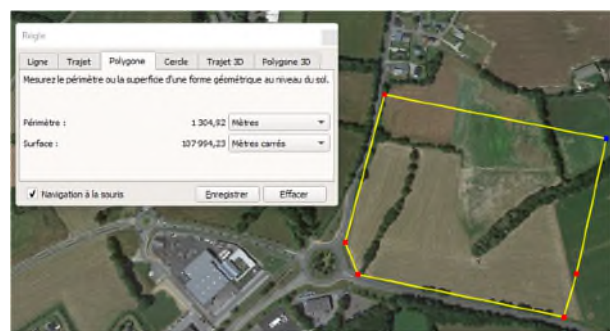
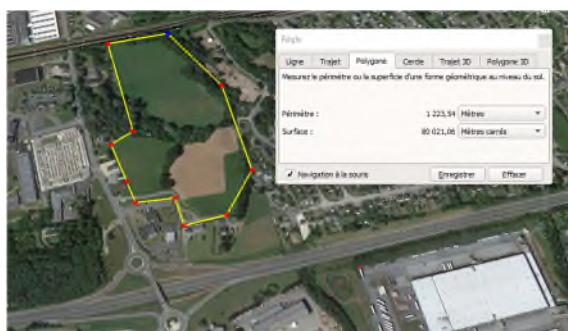
Plusieurs observations majeures quant à cette hypothèse foncière :

- Même si le foncier semble important il reste probablement « étroit » au regard des implantations de stationnement nécessaires et des voiries d'accès spécifiques ou « réservées » : urgences, logistique notamment. Ce site conditionne très certainement l'organisation en pôles immobiliers la future « cité hospitalière et médico-sociale » avec probablement un regroupement en deux pôles : sanitaire /SMR et médico-social
- Les distances entre pôles immobiliers (ici 4 pôles dans l'étude : 2 médico-sociaux, un sanitaire et un SMR) sont de fait importantes (supérieures à 500 m). Il faut accepter l'idée que les transferts de patients et la logistique générale nécessiteront des moyens de transports internes motorisés, ce qui rend, à ce sujet, la solution site unique comparable à une solution « bi-site ».
La configuration en deux pôles immobiliers distincts conduirait probablement aux mêmes conclusions.

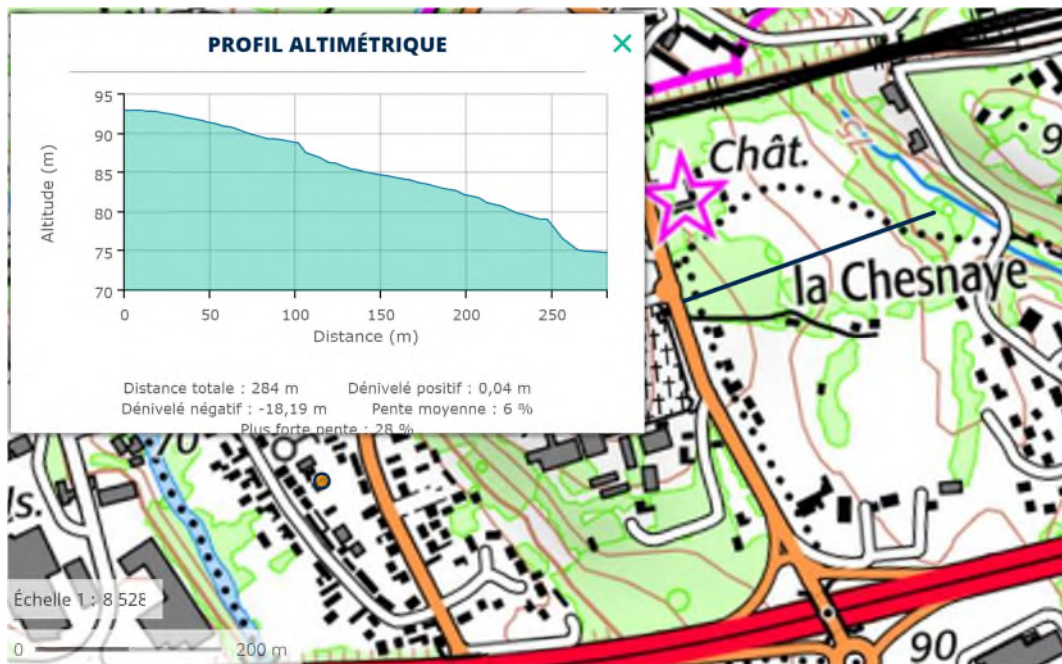
Un troisième site foncier serait disponible sur la commune de Pabu légèrement au nord du premier site. Ses caractéristiques foncières sont plus larges que le premier site évoqué.



Nota : les possibilités foncières du site 2 (plus de 10 hectares semblent plus importantes que celles offertes par le site 1 (8 hectares avec servitudes))



Si le foncier du site n°2 est plus plat que le site n°1 (lequel présente un dénivelé max de près de 20 m pour mémoire 25 m sur le site existant), il est potentiellement contraint par une ligne électrique HT qui laisse cependant sans être déviée le potentiel foncier suffisant.



Scénario	Monosite	Bi-site sol 1	Bi-site sol 2
Sanitaire	Site 1 ou 2	Site 1 ou 2	Site 1 ou 2
SMR		Site 1 ou 2	
Médico-Social		Existant	Existant

De fait, une solution bi-site semble parfaitement envisageable ; cette solution offre des environnements différents pour des fonctions différentes : médico-social et sanitaire, avec notamment pour le :

- Sanitaire : un accès direct à la voie rapide
- Médico-social : une insertion / mixité dans la ville prônée par le « Ségur » de la santé (cf planche ci-dessous) sur le foncier existant

Quand la proximité d'activités sanitaires rejoint la proximité de la prise en charge des personnes âgées en cœur de ville ...



Cette configuration est particulièrement développée en Europe du Nord ; elle permet entre autres d'éviter de « délocaliser » les sites de personnes âgées en périphérie de ville ce qui reste trop fréquemment la solution utilisée en France.

L'hypothèse mono-site

Si la solution bi-site répond à certaines contraintes, la solution mono-site présente d'autres avantages indéniables.

- Le phasage des opérations

Le plus urgent à reconstruire est la résidence des Hortensias (très vétuste, 4 douches pour 90 lits, résidents qui sont en attente d'autres EHPAD qui repartent souvent eu égard aux mauvaises conditions hôtelières) ; le médicosocial ne pourrait attendre une opération tiroir.

Mais le sanitaire est aussi pressé compte tenu des risques actuels sur différentes normes et de la vétusté des bâtiments.

On pourrait imaginer la construction de deux EHPAD sur un site unique sous 3 ans avant le sanitaire dans un délai de 5-6 ans.

Plus les opérations seront réalisées rapidement par rapport à une opération tiroir, plus le CH pourra disposer d'un outil fonctionnel et ergonomique pour les patients et les soignants et efficient.

- Une proximité avec le centre-ville et des réseaux routiers et ferrés

Un site (première proposition de site de reconstruction, cf supra) répond à ces avantages qui ont un intérêt en termes de développement durable pour les transports des professionnels (notamment en postes partagés avec Saint-Brieuc et Lannion voire de plus loin comme Rennes, car l'accès se ferait à pied de la gare au site hospitalier), des patients, des familles notamment si des lits d'aval de Saint-

Brieuc (en SMR) sont positionnés sur Guingamp. La proximité du centre-ville est immédiate ainsi que d'une grande surface, et de la RN 12.

- Des avantages en termes de fonctionnement médico-soignant

Les parcours patients de plusieurs filières dont celui de gériatrie (court séjour, SMR, USLD, hébergements) seraient plus efficaces sur un seul site surtout en faisant appel à des ressources spécifiques tant en consultation qu'avec toutes les activités ambulatoires.

Les distances entre les deux bâtiments médico-sociaux et le site principal sanitaire SMR pourraient être rapprochées avec même des galeries, les accès extérieurs et parkings pouvant être séparés.

Les EHPAD et l'USLD sont de plus en plus médicalisés tant en journée que pour la PDS. Les internes sont aussi amenés à intervenir en PDS en même temps sur plusieurs services de court séjour sur les résidences des EHPAD. Les personnels infirmiers sont aussi partagés la nuit. De nombreux paramédicaux (kinésithérapeutes, aides-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, diététiciennes, Infirmière de pratique avancée, préparateur en pharmacie ...) mais aussi assistantes sociales, psychologues, partagent leur temps quotidiennement ou plusieurs fois par semaine entre EHPAD-USLD et les services de court-séjours et de SMR.

Accès des résidents au plateau technique et au plateau de consultation et des hôpitaux de jour : certains RDV pourraient se faire par des transports en fauteuil roulant voire en véhicule sans avoir besoin d'un agrément ambulancier, ce qui serait différent sur deux sites. En imagerie, possibilité de faire des radios par MER au lit du patient.

Le circuit des analyses biologiques peut se faire via un réseau pneumatique (souterrain entre bâtiments) qui permet un transfert rapide des analyses jusqu'au laboratoire ainsi que pour les poches de produit sanguin labile ce qui évite l'allongement des délais, le coût et les risques liés aux courses inter site).

A noter l'éloignement des professionnels des sites périphériques qui expriment toujours un management différent avec moins d'attention et donc un impact sur leur qualité de vie au travail qui ne se retrouve pas sur un site unique.

- Des gains en charges de fonctionnement

- Les charges de structure

Une seule chaufferie dans le cadre d'un projet de réseau chaleur avec les collectivités territoriales (avec une chaufferie bois) serait faisable en centre-ville mais trop éloigné sur le site actuel de l'Hôpital. Un seul site donc une seule installation à l'inverse de deux sites et deux réseaux à construire, gérer et maintenir.

Réseau électrique : les CH (EHPAD et USLD compris) sont tenus de disposer d'un double réseau d'alimentation qui sont à la charge des CH pour chaque site.

Réseau informatique : un seul site évite aussi d'avoir un réseau dédié de haut débit avec un système de secours pour les communications téléphoniques (réseau hertzien) à la charge du CH.

Fluides médicaux : plus simple sur un seul site avec une plateforme au lieu de deux en inter site dont un avec USLD obligatoirement de type U et voire une partie d'EHPAD qui ne serait pas en type J.

Les installations de secours chauffage, électriques, incendie notamment sont aussi moins coûteuses sur un seul site en installation, en gestion et en maintenance.

- Les circuits logistiques

La restauration : un site permet une seule cuisine relais et un seul self pour le personnel au lieu de deux pour deux sites.

Le circuit du linge et des tenues professionnelles permet d'avoir un point distributeur automatique centralisé unique.

Le circuit des médicaments, des déchets (28 filières actuellement sont organisées), des courriers : un site unique évite de multiples transports sur route ainsi que des espaces supplémentaires de de réception et de stockage.

La sécurité incendie est plus aisée à assurer sur un seul site avec une équipe SSIAP.

La gestion des déchets sur un site avec une chambre mortuaire évite des locaux mortuaires et des transports avec un véhicule agréé.

Les assistances informatiques, techniques, biomédicales peuvent s'effectuer avec de moindres déplacements sur route avec un parc de véhicule à augmenter sur plusieurs sites.

Des surfaces optimisées

En cas d'évolution de l'offre de soins dans les 10 ou 15 ans à venir : plus simple à organiser sur un seul site si permutations d'activités courts, moyens, longs séjours et autres médico-social.

Synthèse :

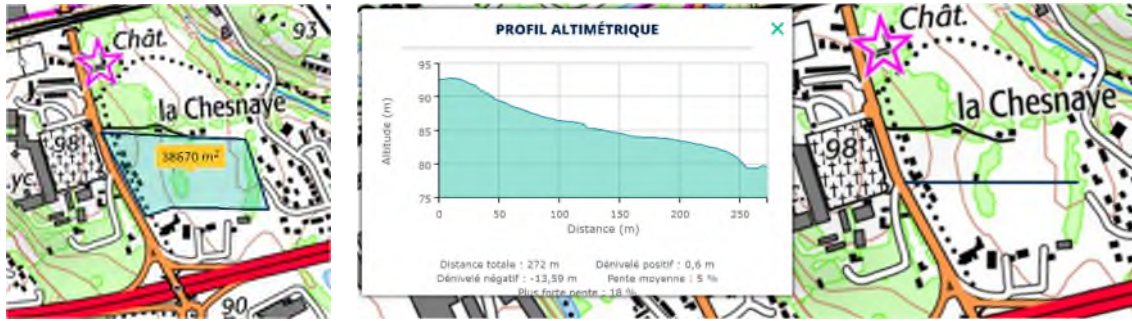
Les deux propositions respectent les orientations du scénario d'organisation de l'offre de soins.

- Les avantages en matière d'exploitation (fonctionnement personnels médicaux et paramédicaux, charges techniques et logistiques) sont indéniables dans le cas d'une solution mono-site.
- Le sujet développé en matière de développement durable est à nuancer puisque dans les deux cas les propositions utilisent le même site (volumétrie différente). En revanche, l'artificialisation des sols est incomparable dans les deux scénarios puisque dans le scénario mono-site, la totalité des équipements est à reconstruire sur le nouveau site.
- La question du phasage est une conséquence du meilleur respect du point précédent (minimiser l'artificialisation des sols) : la reconstruction du site sanitaire sur un nouveau foncier permet d'envisager un phasage pour les autres opérations sur le site actuel. Une réponse doit en revanche être apportée dans le cas d'un scénario bi-site pour le médico-social.
- En matière d'aménagement du territoire, la question de la friche de l'ancien hôpital sera une question même si la réorientation des bâtiments historiques semble parfaitement envisageable dans le cas du mono-site.
- Il y a une réelle question de phasage : sanitaire et/ou médico-social dans la solution bi-site ; cette question peut également se traduire financièrement.

Une hypothèse « médiane » sera peut-être à envisager avec un nouveau site sanitaire / SMR et un site médico-social.

Le modèle mono-site répond probablement le mieux à la problématique « hospitalière », le modèle bi-site tente de répondre aux problématiques « hospitalière », d'aménagement du territoire, de planification des investissements.

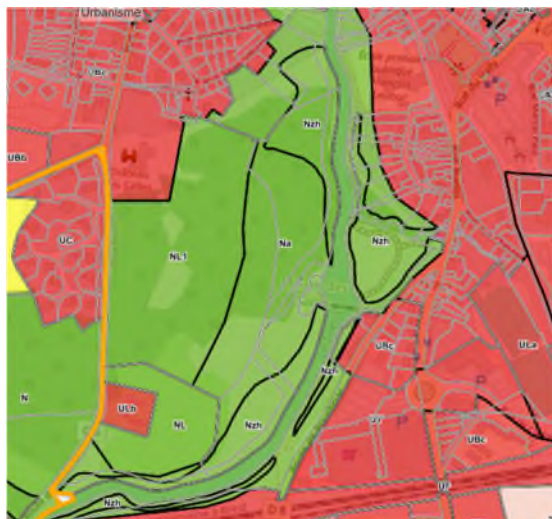
Il doit être rappelé que le site sud compte tenu de sa configuration topographique ne présente probablement qu'un potentiel réel de l'ordre de 4 hectares :



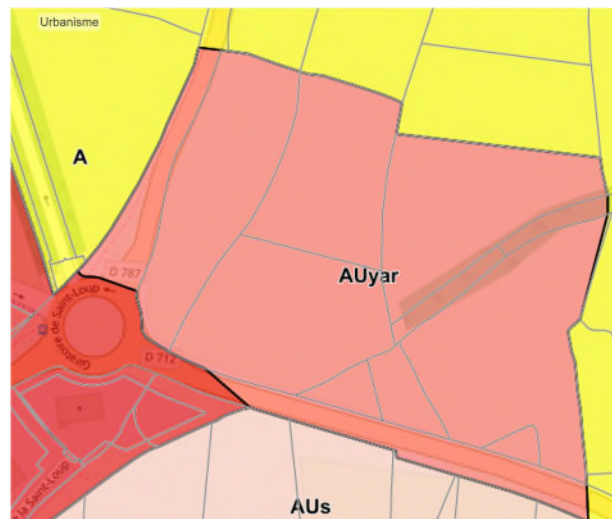
Sur la base de la conclusion retenue en matière d'organisation de l'offre de soins, un travail de Schéma Directeur devra être mené avec l'ensemble des acteurs du territoire afin d'arrêter la meilleure solution.

Éléments du PLU Guingamp Paimpol Agglomération :

- **A** : Zone agricole (la constructibilité y est limitée aux bâtiments à usage agricole et aux équipements collectifs ou de service public).
- **AB** : Zone de sous-section agricole (l'assignation dépendant des communes)
- **AP** : Zone d'agriculture protégée (toute construction y est interdite)
- **AU** : Zone à urbaniser (projet d'infrastructures de transports ou autre pour relier cette zone à la zone urbaine)
- **N** : Zone naturelle et forestière (construction généralement interdite sauf pour des cas très précis comme des constructions temporaires sous réserve qu'elles ne portent pas atteinte au milieu)
- **NA** : Zone destinée à des aménagements d'ensemble
- **NB** : Zone naturelle partiellement desservie
- **ND** : Zone naturelle à protéger
- **NE** : Zone naturelle écologique et sensible
- **NH** : Zone d'habitat isolé en milieu agricole et subdivisé en NH1 (construction de logements neufs autorisée), NH2 (seule l'évolution du bâti est autorisée), NHP (secteurs avec un intérêt patrimonial).
- **NI** : Zone de camping et d'équipements de loisirs
- **NP** : Zone protégée en raison du captage de l'eau potable
- **UA / UC** : Zone urbaine mixte : UA (aménagement d'un centre ancien, le plus souvent) et UC (souvent des quartiers pavillonnaires).
- **UB** : Zone d'extension urbaine à vocation d'habitat
- **UCA** : Zone paysagère
- **UCB** : Zone d'habitats individuels.
- **UD** : Zone urbaine à faible densité
- **UP** : Zone fluviale ou portuaire (en général, seules les constructions à usage portuaires ou en lien avec le fleuve y sont permises)
- **UE** : Zone commerciale, artisanale ou industrielle en milieu urbain (variable en fonction des PLU)
- **ZH** : Zone humide (construction interdite pour des raisons de sécurité ou autorisée avec des règles strictes).



Foncier 1



Foncier 2

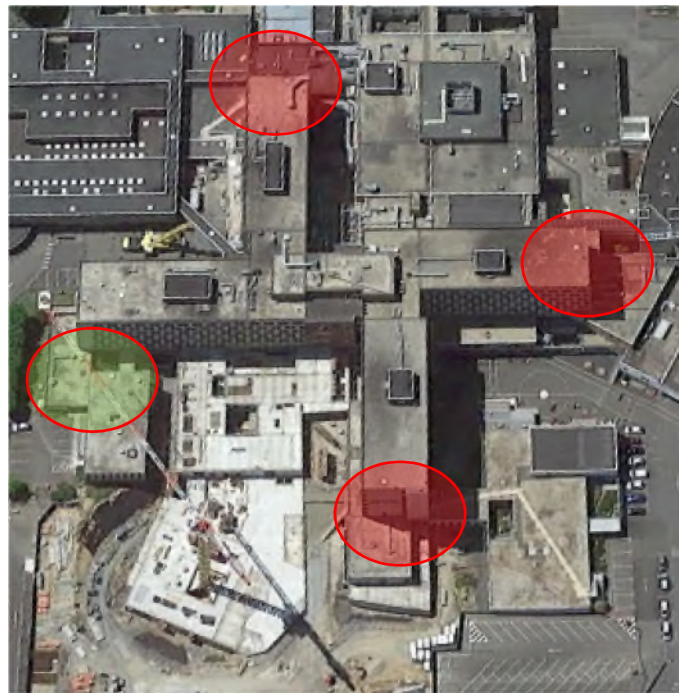
Selon la nomenclature NL correspond à un secteur dédié aux équipements de camping, sportifs et de loisirs, AU à un secteur à urbaniser.

5.1.c - Saint-Brieuc

L'immobilier de Saint Brieuc pose quatre questions :

- Les hébergements avec :
 - Un dimensionnement actuel de chambre à 1 lit de 35%
 - Une rénovation « confort »
 - Une rénovation technique
 - Un sous-dimensionnement capacitaire imposant des chambres à 3 lits
- Le plateau Technique
 - Blocs opératoires et réanimation
- Le gros entretien notamment sur le pavillon FME
- Le SMR qui pourrait avantageusement être regroupé avec celui de Guingamp.

Les études réalisées par le CH de Saint Brieuc montrent qu'un redimensionnement à 30 lits des ailes d'hébergement est quasi impossible compte tenu de la géométrie de l'hôpital.



Le besoin calculé par l'établissement en capacitaire lits est légèrement supérieur à 500 ; il dispose actuellement de 340 chambres. Pour observer un capacitaire moyen par unité de 30 lits (il est entre 25 et 27 actuellement) avec une proportion de patients en chambre à lit autour de 80 % il faut 26 chambres par unités avec 4 chambres à 2 lits.

L'IPDMS retenu pour le calcul est de 0,93, le taux d'occupation de 90%.



Données DMSpart en date du 17/02/2022		Hors H21, UCA, Dialyse et Pôle PFE		Nombre de jours réalisés		
Journées effectives réalisées		2018	2019	Var. N-1	IPOM5 2019	
UM	SERVICE					
1411-SB_CHRSPECIALITES_HC	CHIRURGIE ORLOPH STOM	954	934	-2,1%		1,04
	CHIRURGIE ORLOPH STOM	954	934	-2,1%		
0561-SB_CHR PROGRAMMEE_HDS	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE - PROGRAMMEE 1	2 279	1 818	-23,6%		0,73
3301-SB_CHR TRAUMATO_HC	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE - PROGRAMMEE 1	11 722	10 908	-6,9%		0,91
3302-SB_CHR ORTHOPEDIE_HC	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE - PROGRAMMEE 1	2 013	1 821	-11,3%		0,80
	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE - PROGRAMMEE 2	16 154	14 547	-9,9%		
0961-SB_CHR PROGRAMMEE_HC	CHIRURGIE VASCULAIRE THORACIQUE ET SPECIALITES - PROGRAMMEE 2	1 915	2 023	5,6%		0,69
2312-SB_CHR VASC THORACIQUE_HC	CHIRURGIE VASCULAIRE THORACIQUE ET SPECIALITES - PROGRAMMEE 2	3 909	3 992	2,1%		0,86
	CHIRURGIE VASCULAIRE THORACIQUE ET SPECIALITES - PROGRAMMEE 2	5 824	6 015	3,3%		
4311-SB_CHR VISCERALE DIG_HC	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	8 904	8 267	-7,2%		0,90
	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	8 904	8 267	-7,2%		
	POLE CHIRURGIE ANESTHESIE	31 836	29 763	-6,5%		
2103-SB_CARDIO_HC	CARDIOLOGIE	9 232	9 458	2,4%		0,94
2108-SB_CARDIO_USI_HC	CARDIOLOGIE	3 081	3 007	-2,4%		0,94
2111-SB_CARDIO_HDS	CARDIOLOGIE	1 134	1 146	1,1%		0,86
	CARDIOLOGIE	13 447	13 611	1,2%		
3104-SB_ENDOCRINOLOGIE_HC	ENDOCRINOLOGIE	4 875	4 826	-1,0%		1,02
3106-SB_ENDOCRINOLOGIE_HDS	ENDOCRINOLOGIE	943	875	-7,2%		0,71
	ENDOCRINOLOGIE	5 818	5 701	-2,0%		
5121-SB_NEPHROLOGIE_HC	NEPHROLOGIE - HEMODIALYSE	9 847	9 824	-0,2%		1,15
	NEPHROLOGIE - HEMODIALYSE	9 847	9 824	-0,2%		
4104-SB_NEURO_1_HC	NEUROLOGIE	9 995	10 016	0,3%		1,08
4111-SB_NEURO VASC_2_HC	NEUROLOGIE	7 508	7 476	-0,4%		0,90
4112-SB_NEURO VASC_USI_HC	NEUROLOGIE	1 544	1 532	-0,8%		0,85
	NEUROLOGIE	19 047	19 024	-0,1%		
	POLE MEDECINE CARDIO VASCULAIRE et METABOLIQUE	46 149	46 160	0,0%		
1901-SB_DERMATOLOGIE_HC	DERMATOLOGIE	5 159	5 133	-0,5%		0,99
	DERMATOLOGIE	5 159	5 133	-0,5%		
4103-SB_HEMATO ONCOLOGE_HC	HEMATO-ONCOLOGIE MEDICALE	9 081	8 942	-1,5%		1,01
	HEMATO-ONCOLOGIE MEDICALE	9 081	8 942	-1,5%		
5102-SB_GASTRO ENTERO_HC	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	8 274	7 854	-4,5%		1,00
5103-SB_ADDICTOLOGIE_HC	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	2 088	2 216	8,7%		0,83
	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	10 362	10 070	-2,8%		
3103-SB_MED INTERNE_HC	MEDICINE INTERNE - INFECTIOLOGIE	10 065	9 963	-1,0%		1,10
3113-SB_MED POLYVALENTE_HC	MEDICINE INTERNE - INFECTIOLOGIE	4 913	4 830	-1,7%		1,10
	MEDICINE INTERNE - INFECTIOLOGIE	14 978	14 793	-1,2%		
5111-SB_RHUMATOLOGIE_HC	RHUMATOLOGIE	4 715	4 719	0,1%		0,90
	RHUMATOLOGIE	4 715	4 719	0,1%		
1601-SB_PNEUMOLOGIE_1_HC	PNEUMOLOGIE	6 466	6 208	-4,0%		1,11
1602-SB_PNEUMOLOGIE_2_HC	PNEUMOLOGIE	5 186	5 022	-3,2%		1,12
1606-SB_PNEUMOLOGIE_HDS	PNEUMOLOGIE	2 011	1 860	-7,5%		0,90
	PNEUMOLOGIE	13 663	13 090	-4,2%		
	POLE SPECIALITES MEDICALES et ONCOLOGIQUES	57 858	56 747	-1,9%		
5401-SB_MED GERIATRIQUE_1_HC	MEDICINE GERIATRIQUE 1 et 2	9 461	9 033	-4,8%		0,99
5402-SB_MED GERIATRIQUE_2_HC	MEDICINE GERIATRIQUE 1 et 2	5 295	5 078	-4,1%		1,02
	MEDICINE GERIATRIQUE 1 et 3	14 756	14 081	-4,6%		
	POLE GERIATRIE	14 756	14 081	-4,6%		
0103-SB_ADULTE UHCD_HC	URGENCES ACCUEIL MALADES / UMIPA	5 471	6 830	24,8%		0,96
0107-SB_UMIPA_HC	URGENCES ACCUEIL MALADES / UMIPA	9 847	9 656	-1,9%		0,87
0108-SB_UHNP_HC	URGENCES ACCUEIL MALADES / UMIPA	91	887	885,7%		0,79
	URGENCES ACCUEIL MALADES / UMIPA	15 409	17 383	12,8%		
	POLE URGENCES SAMU REANIMATION	15 409	17 383	12,8%		
TOTAL -		168 008	166 134	-1,1%		0,93

FORMULE pour un calcul capacitaire HC cible

Activité projetée exprimée en nombre de journées (incluant la baisse de DMS)

365 jours x Taux d'occupation brut cible / COPERMO

= Nombre de lits nécessaires à l'activité

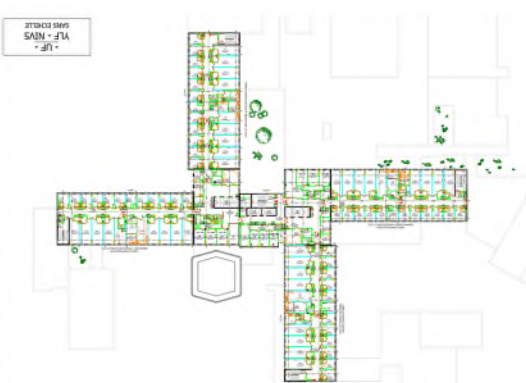
166 134

365 * 0,90

= 505,7 lits

CAPACITAIRE DISPONIBLE AU 07/03/2022

UNITES	Nombre de lit	B		C		F		G		TOTAL
		Nbre CH	Nbre lit	Nbre CH	Nbre lit	Nbre CH	Nbre lit	Nbre CH	Nbre lit	
6e	Ch. 1 lit	11	11	10	10			10	10	31
	Ch. 2 lits	8	16	8	16			8	16	48
	Capacitaire		27		26				26	79
5e	Ch. 1 lit	11	11	11	11	11	11	11	11	44
	Ch. 2 lits	8	16	8	16	8	16	8	16	64
	Capacitaire		27		27		27		27	108
4e	Ch. 1 lit	11	11	11	11	11	11	11	11	44
	Ch. 2 lits	8	16	8	16	8	16	8	16	64
	Capacitaire		27		27		27		27	108
3e	Ch. 1 lit	11	11	11	11	12	12	11	11	45
	Ch. 2 lits	7	14	8	16	7	14	7	14	53
	Capacitaire		25		27		26		25	103
2e	Ch. 1 lit	11	11	10	10	11	11	12	12	44
	Ch. 2 lits	8	16			8	16	8	16	48
	Capacitaire		27		19		27		28	92
TOTAL		130		137		107		133		400
PFE ext	Ch. 1 lit	14	14							14



L'hypothèse d'extension des ailes étant techniquement difficile à envisager (le seul degré de liberté qu'offrirait encore le bâtiment a été perdu avec la construction sur 2 niveaux du bâtiment ambulatoire), seule la construction d'environ 70 chambres supplémentaires (pour un total porté autour de 420 chambres pour un peu plus de 500 lits) permettra de desserrer la situation capacitaire que connaît l'établissement. Cela correspond à 3 unités (78 chambres) : l'unité gériatrique située actuellement sur le site des Capucins et deux unités tiroirs et/ou complémentaires permettant une « humanisation a minima pensée » des services actuels.

Cette opération peut être menée rapidement ; il faut la considérer comme une étape nécessaire avant un projet plus ambitieux.

L'hôpital datant des années 1970 il est fort probable que la question de son éventuelle reconstruction sera posée lors d'un prochain plan. Cette hypothèse dans la chronologie de l'évolution de l'organisation de l'offre de soins sur le territoire est intéressante dès lors que les situations des sites de Guingamp et Lannion auront probablement vu leur positionnement clarifié permettant ainsi une définition précise des capacités respectifs.

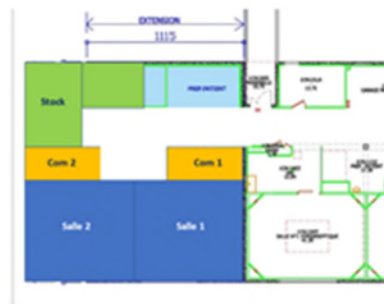
La construction envisageable à vocation médicale de court terme doit être rattachée au bâtiment existant par le RdC : accès imagerie et explorations, et par le sous-sol : accès logistique.

Un niveau : le RdC ou le niveau 3 permettront un repositionnement de la direction. Une estimation de la surface globale est de l'ordre de 5.500 m² pour un montant de l'ordre de 20 M€ TDC.

Par ailleurs un projet d'extension du plateau technique chaud a été travaillé et déposé lors de la première remontée des projets demandée par l'ARS (juillet 2021).

Il s'agit essentiellement d'une extension de la réanimation et du bloc opératoire ; une demande de 4 lits supplémentaires (suite COVID) a été présentée (surface de l'ordre de 200 m²) ainsi qu'une salle d'opération de type salle hybride (surface de l'ordre de 150 m²) ; les ratios sont faibles dans la mesure où ces extensions s'intègrent parfaitement aux secteurs fonctionnels existants.

Compte tenu du programme et de l'évolution des technologies notamment hybride il paraît pertinent de « monter » dès aujourd'hui deux salles de type hybride de sorte à avoir un projet « plombé » verticalement autour de 200 m² (cf schéma ci-dessous).



Le bloc opératoire actuel, étant donné sa configuration, ne peut accepter de salles supplémentaires « hybrides » les salles étant accolées les unes aux autres. Cette proposition permet donc de consolider le dimensionnement du bloc opératoire avec des salles de taille adaptée pouvant recevoir de l'imagerie pour les années à venir.

Sur la base d'un programme complet de 600 m² (3 niveaux : logistique/réa/blocs) le montant des travaux HT est estimé autour de 2,7 M€ HT pour un montant total de l'ordre de 4 M€ TDC.

A cette opération s'ajoute l'opération de reprise du patio du pavillon FME pour 700 k€. Le montant des opérations complémentaires se situe autour de 5 M€.

5.2 - Scénario 2 : l'organisation bi-site Bégard – Saint Briec et Paimpol hôpital de proximité

5.2.a - Bégard

L'hypothèse Bégard consolide les capacités des sites de Lannion et Guingamp :

Lannion

	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	SSR	Psychiatrie	USLD
Total lits avant le projet	133	38	13	125	0	30
Total places avant le projet	22	9	0	47	0	0

Guingamp

	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	SSR	Psychiatrie	USLD
Total lits avant le projet	100	37	10	80		30
Total places avant le projet	8	20		15		

Deux hypothèses de travail ont été retenues :

- Concentrer sur un site spécifique les activités de SMR
- Orienter l'USLD sur un site EHPAD

Sur la base de ces deux hypothèses le capacitaire cible global sanitaire serait de :

- Lits : 331
- Places : 59

⇒ pour un total de 390 lits et places.

Sur les mêmes bases que précédemment mais sans intégration du SMR l'immeuble serait d'une surface de l'ordre de 45.000 m² pour un montant de l'ordre de 200 M€ TDC.

A ces coûts s'ajouteraient ceux du médico-social et du SMR. Pour mémoire, la situation du site de Lannion ne justifie pas une reconstruction. Enfin, dans ce scénario, les démolitions des deux sites Lannion et Guingamp seraient à prévoir.

L'hypothèse d'activité retenue dans le calcul « théorique » est celle d'un adressage total des patients de Lannion et Guingamp sur Bégard, ce que les flux de population ne corroborent pas puisque le mouvement naturel des habitants de Guingamp se fait vers Saint Briec. Il existe un risque majeur de construire un dispositif qui ne soit pas réellement adapté au territoire.

5.2.b - Le CH de Saint-Briec

Le schéma Saint Briec serait le même que celui du scénario 1 avec un investissement de l'ordre de 20 M€ TDC auxquels s'ajoute l'investissement plateau technique et patio du FME pour 5 M€.

5.3 - Scénario 3 - le maintien de l'existant avec spécialisation des 3 sites et Paimpol hôpital de proximité

Préambule : pour le calcul, compte tenu des flux naturels de population, l'hypothèse de ventilation des activités conventionnelles de Gynéco-obstétrique et de chirurgie conventionnelle est la suivante : 25% réorientées sur Lannion et 75% réorientées sur Saint-Brieuc.

Lannion (sans la clinique)

	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	SSR	Psychiatrie	USLD
Total lits avant le projet	133	38	13	125	0	30
Total lits après le projet	134	38	13	125	0	30
Lits concernées par le projet	2					
Total places avant le projet	22	9	0	47	0	0
Total places après le projet	22	9	0	0	0	0
Places concernées par le projet						

Guingamp

	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	SSR	Psychiatrie	USLD
Total lits avant le projet	100	37	10	80		NC
Total lits après le projet	110	0	NC	80		NC
Lits concernées par le projet						
Total places avant le projet	8	20		15		
Total places après le projet	20	50		15		
Places concernées par le projet						

- Chirurgie conventionnelle : transfert de 9 lits sur Lannion, transfert de 28 lits sur Saint-Brieuc
- Obstétrique : transfert de 2 lits sur Lannion, transfert de 8 lits sur Saint-Brieuc

L'effet projet aurait un impact positif sur l'HdJ et l'ambulatoire dont le capacitaire pourrait globalement être porté à 50 places.

- Transfert du SMR de Saint-Brieuc vers Guingamp

5.3.a – CH de Lannion

5.3.a.1 - Schéma sans la polyclinique du Trégor

Le raisonnement général est le même que pour le scénario 1 avec dans ce cas un capacitaire cible majoré de 9 lits pour la chirurgie et de 2 lits pour l'obstétrique. Ces chiffres ne changent pas à ce stade le raisonnement général développé dans le scénario 1. Le montant de travaux de réorganisation fonctionnelle de l'hôpital reste le même autour de 27 M€. Dans cette hypothèse, le SSR de Lannion (bâtiment Lefebvre) reste sur l'hôpital. Les travaux de Trestel se limitent aux travaux de maintien en fonctionnement. L'EHPAD Kergomar doit être reconstruit probablement en liaison avec le site neuf de Min Ran.

5.3.a.2 - Schéma avec la polyclinique du Trégor

Pour les mêmes raisons que précédemment, le raisonnement général est identique à celui développé dans le scénario 1.

La solution, sous réserve d'une vérification capacitaire précise et d'une extension du plateau technique de consultations, est la concentration, dans l'esprit des fonctionnalités validé par la clinique et l'établissement, dans l'immeuble actuel des activités :

- Sanitaires du CH majorées du transfert Guingamp
- Sanitaires de la clinique
- SMR actuelle du CH

L'écart au regard du scénario 1 est de 11 lits. Dans cette hypothèse, le montant de travaux reste le même : autour de 43 M€ ; il serait complété des travaux de maintien en fonctionnement à périmètre identique pour Trestel et de la possible réutilisation de la clinique pour la modernisation de Kergomar (scénario alternatif reconstruction en liaison avec Min Ran).

5.3.b - La reconstruction du CH de Guingamp

La reconstruction du CH de Guingamp selon ce périmètre correspond à 110 lits conventionnels et 50 places ambulatoires pour un total de 160 lits et places. La surface projet correspondante serait de l'ordre de 15.000 m² (110m²/lit et 50 m²/place) pour un montant total de 65 M€ TDC.

Ce montant doit être complété de la reconstruction d'un ensemble SMR de 135 lits et places. La surface projet se situe autour de 9.000 à 10.000 m² pour un montant de travaux de l'ordre de 30 M€ TDC.

A ces montants, il faut prévoir la reconstruction des 258 lits et places d'EHPAD auxquels s'ajoutent les 30 lits d'USLD et l'accueil de jour pour un total global de 298 lits et places.

Le scénario définitif sera à arrêter lors de la phase de programmation, le sujet de la reconstruction d'un périmètre à arrêter sur un foncier à définir, puis de manière phasée le réemploi ou non du site actuel pour la reconstruction du SMR et des EHPAD, les conséquences en matière de programmation budgétaire et de capacité à monter et suivre ces projets devra faire l'objet d'un travail spécifique.

5.3.c - Saint Briec

Le schéma Saint Briec serait le même que celui du scénario 1 et 2, avec un investissement de l'ordre de 20 M€ TDC auxquels s'ajoute l'investissement du plateau technique et du patio du FME pour 5 M€. Un travail de vérification précis doit être réalisé après validation de cette orientation pour ce qui est notamment des éléments de plateau technique (dimensionnement du bloc opératoire par exemple) selon la répartition définitive des activités ambulatoires et conventionnelles entre Guingamp et Saint-Briec (le travail a été réalisé par les équipes de chirurgie et de périnatalité).

6 - Conclusion

Le présent rapport tente de décrire le schéma directeur d'investissement de territoire selon 3 options d'organisation de l'offre de soins :

■ Le maintien de l'existant sur l'ensemble des sites

Activité	Saint Briec	Guingamp	Lannion	Paimpol
Urgences	X	X	X	X
Consultations et explorations non programmées y compris GO	X	X	X	X
Consultations et explorations programmées spécialisées y compris GO	X	X	X	X
Hôpitaux de jour médecine et cancéro	X	X	X	X
Plateau interventionnel	X	X	X	
Maternité	X	X	X	
Chirurgie conventionnelle	X	X	X	
Ambulatoire chirurgical	X	X	X	
Médecine spécialisée	X	X	X	
Médecine	X	X	X	X
SMR	X	X	X	X
EHPAD	X	X	X	X

Nota : les « X » n'ont pas la même valeur de représentation des différentes disciplines médico-chirurgicales selon les sites. Elles devront être confortées par le projet médico-soignant de territoire.

■ Un dispositif en trois sites : Bégard (résultat de la fusion administrative et immobilière de Lannion et Guingamp) Saint Briec et Paimpol

Activité	Saint Briec	Bégard	Paimpol
Urgences	X	X	X
Consultations et explorations non programmées y compris GO	X	X	X
Consultations et explorations programmées spécialisées y compris GO	X	X	X
Hôpitaux de jour médecine et cancéro	X	X	X
Plateau interventionnel	X	X	
Maternité	X	X	
Chirurgie conventionnelle	X	X	
Ambulatoire chirurgical	X	X	
Médecine spécialisée	X	X	X
Médecine	X	X	X
SMR	X	X	X
EHPAD	X	X	X

Nota : les « X » n'ont pas la même valeur de représentation des différentes disciplines médico-chirurgicales selon les sites. Elles devront être confortées par le projet médico-soignant de territoire.

■ **Un dispositif en 4 sites tel qu'aujourd'hui mais avec une spécialisation des sites**

Activité	Saint Briec	Guingamp	Lannion	Paimpol
Urgences	X	X	X	X
Consultations et explorations non programmées y compris GO	X	X	X	X
Consultations et explorations programmées spécialisées y compris GO	X	X	X	X
Hôpitaux de jour médecine et cancéro	X	X	X	X
Plateau interventionnel	X	X	X	
Maternité	X		X	
Chirurgie conventionnelle	X		X	
Ambulatoire chirurgical	X	X	X	
Médecine spécialisée	X	X	X	X
Médecine	X	X	X	X
SMR	X	X	X	X
EHPAD	X	X	X	X

Nota : les « X » n'ont pas la même valeur de représentation des différentes disciplines médico-chirurgicales selon les sites. Elles devront être confortées par le projet médico-soignant de territoire.

La chronologie de ces scénarios est issue d'une réflexion en 3 temps :

- Les difficultés observées en matière de démographie médicale et non médicale posent la question de la multiplicité des plateaux techniques et de l'attractivité médicale et soignante. Plus les équipes sont de petites tailles, plus la Permanence des Soins est une contrainte et moins les sites sont attractifs. Il s'agit d'un sujet national : au moment de la rédaction de ces lignes le CHU de Bordeaux, l'un de plus attractif pour les internes est obligé de fermer ses urgences sur son site de Pellegrin ; il en est de même pour les urgences de Senlis (taille comparable à Guingamp).



Les urgences du CHU de Bordeaux vont fermer la nuit faute de soignants

Il y a 2 jours



Picardie: les urgences et le Smur de Senlis fermés jusqu'à ...

Effet secondaire, cette fermeture provoque l'engorgement des services d'urgence les plus proches, Creil bien sûr, mais aussi Compiègne. « Il...

Il y a 2 semaines



Le raisonnement pousse tout naturellement à envisager un site unique en lieu et place des deux sites Lannion et Guingamp : le site de Bégard où est déjà implanté un centre hospitalier de santé mentale est envisageable.

- Le regroupement des activités sanitaires à Bégard génère en revanche de nouvelles « questions » :
 - Le déplacement de l'ensemble des activités de première intention :
 - Les urgences
 - Les consultations et explorations

Ce regroupement éloigne à 45' du nouvel hôpital les territoires nord (avec une incidence supérieure l'été) et surtout sud de Guingamp, territoire reconnu comme défavorisé (cf démographie médicale en annexe). Ce regroupement dégrade donc globalement l'offre de soins. Eviter le transfert d'environ 3000 patients par an conduit à déplacer plus de 30 à 40.000 consultants et éloigner une partie du territoire à plus de 45' d'un site d'urgence.

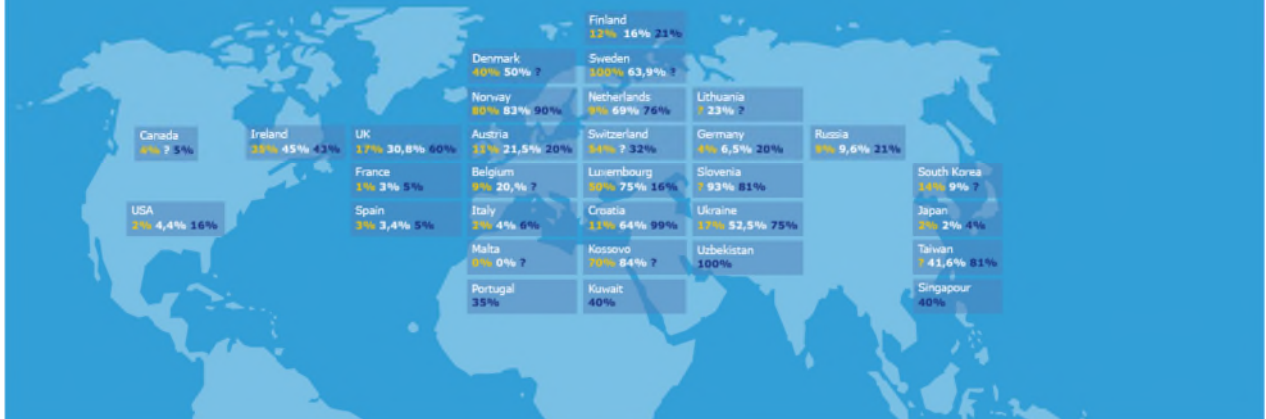
- Le déplacement d'une part significative des personnels (très probablement de l'ordre de 70% des deux sites et notamment les salariés de Lannion)
 - La modification de l'équilibre économique général du territoire
- **Il apparait, dès lors, nécessaire de travailler à la spécialisation des sites, de sorte à mieux dimensionner les équipes médicales et soignantes dans les différents secteurs d'activité et disciplines. Cette hypothèse qui permet de maintenir sur l'ensemble du territoire, voire de développer, la proximité pour les activités de première intention programmées ou non programmées, de ne pas modifier l'organisation sociale et économique du territoire, suppose de concentrer sur deux sites - Lannion et Saint-Brieuc - les accouchements (500/an) et la chirurgie conventionnelle (2 500/an) et, réciproquement de concentrer à Guingamp les services de médecine de réadaptation de Saint-Brieuc dans un plateau technique, de créer un pôle d'excellence de chirurgie programmée et ambulatoire pluridisciplinaire et de faire évoluer la maternité en un centre périnatal de proximité à même d'accompagner parturientes et nouveau-nés avant et après la naissance avec un hébergement en retour de couche et d'y développer les activités d'ambulatoire et d'hôpitaux de jour notamment en cancérologie.**
Ce schéma, qui doit être décliné dans le projet de territoire, permet d'envisager un site à Guingamp qui verrait alors globalement son activité augmenter.

Ce schéma invite également à la réflexion de l'organisation publique-privée de Lannion avec l'hypothèse d'un site unique permettant de garantir l'offre médicale et chirurgicale.

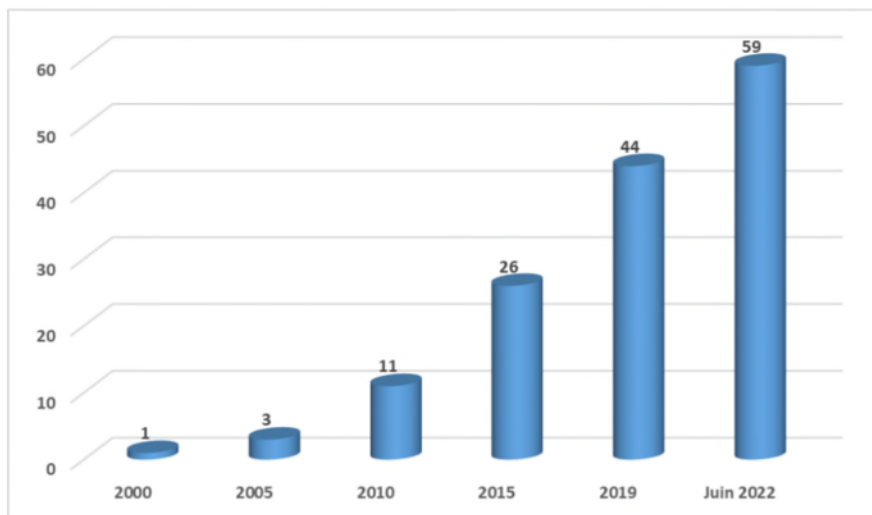
- La question spécifique du Label IHAB : les maternités « amies des bébés »

Près de 60 maternités sont labellisées en France (dont celles des CH de Guingamp et Saint Brieuc), une quarantaine sont en cours de procédure. L'objectif national est que ce chiffre continue d'augmenter à l'instar de ce qui existe dans d'autres pays.

POURCENTAGE DES SERVICES IHAB COMPARÉ AU NOMBRE DE MATERNITÉS, VOICI L'IMPLANTATION EN 2012 (en jaune), 2014 (en blanc), 2015 (en bleu). DANS 33 PAYS PARTICIPANTS AU RÉSEAU IHAB DES PAYS INDUSTRIALISÉS :



ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MATERNITÉS LABELLISÉES IHAB



L'objectif national est de poursuivre le développement de ce label sur l'ensemble du territoire y compris pour ce qui relève des accouchements dans l'eau lesquels sont généralement proposés dans une maison des naissances, le pourcentage de maternités labellisées devrait atteindre rapidement 25% (5% en 2015).

La concentration observée sur le territoire national des maternités doit s'accompagner de cette labellisation qui garantit la meilleure prise en charge des bébés et des mamans.

Le tableau ci-dessous décrit les différents montants d'investissements ainsi que leur planification dans le temps. En effet, certaines propositions imposent des opérations phasées. Par ailleurs, compte tenu de la volatilité des coûts de construction actuels, il est préférable de comparer les masses plutôt que de juger précisément les montants.

Scénario organisation offre de soins	Sites	Sanitaire	SMR	Médico-Social
Maintien de l'existant	Lannion	Sans la clinique : 30 M€	Intégré au sanitaire	Kergomar 130 places 18 M€
		Avec la Clin : 43 M€ (>8 ans)		
	Trestel		Maintien en fonct. (12 M€)	
	Guingamp	127 M€	Intégré au sanitaire	298 L&P 45 M€
	Saint Briec	20 M€ (+ MeF 5 M€)		
	Total		195 M€	12 M€
Création d'un site à Bégard	Lannion	Démolition		Kergomar 130 places 18 M€
	Trestel		Maintien en fonct. (12M€)	
	Begard	200 M€		
	Guingamp	Démolition	135 L&P (L+G) 30 M€	298 L&P 45 M€
	Saint Briec	20 M€ (+ MeF 5 M€)		
	Total		225 M€	42 M€
Spécialisation des sites	Lannion	Sans la clinique : 30 M€	Intégré au sanitaire	Kergomar 130 places 18 M€
		Avec la clin : 43 M€ (>8ans)		
	Trestel		Maintien en fonct. (12M€)	
	Guingamp	65 M€	135 L&P (G+StB) 30 M€	298 L&P 45 M€
	Saint Briec	20 M€ (+ MeF 5 M€)		
	Total		133 M€	42 M€

Commentaires, scénario spécialisation des sites :

- L'opération la plus simple est celle de Saint-Briec, qui est quasi autonome au regard du schéma ; pour mémoire cette opération est très probablement une opération d'attente incontournable.
- Le présent rapport propose que la reconstruction du CH de Guingamp commence par l'opération sanitaire, de sorte à libérer du foncier qui pourrait être utilisé dans un second temps pour la reconstruction du SMR et des EHPAD. C'est la solution « bi-site ». Une seconde hypothèse, « mono-site », propose un schéma différent : le regroupement complet de l'activité sur un seul site de sorte d'aboutir globalement à la même réponse sur le plan de l'offre de soins en accélérant l'opération de reconstruction en prévoyant la reconstruction simultanée du sanitaire / SMR et du médico-social notamment du fait de la vétusté du bâtiment Hortensias.
- De fait, il est probable que les reconstructions du médico-social dans la solution bi-site ne pourront se faire que fin des années 2020, sauf à mobiliser a minima la part foncière « disponible » du nord du site. Le décaissé prévisionnel sur Guingamp dans le cadre du plan « Ségur » et du présent rapport, concernerait dans ce cas la partie sanitaire, pour environ 65 M€
- Le programme définitif des opérations sur Guingamp devra prendre en considération les questions du service de dialyse (antenne du CH de Saint Briec) et de l'IFAS.
- La modernisation de Lannion est une opération de restructuration interne qui ne peut se faire que phasée : elle dépassera 2030

Le montant total des dépenses sur le territoire pour la mise en perspective de la nouvelle organisation dans le scénario spécialisation des sites, se situera, pour la période jusque 2030, probablement autour de 100 à 115 M€.

Dans le scénario maintien de l'existant, le décaissé pourrait se situer autour de 70 M€.

Il se situerait autour de 220 M€ dans un scénario Bégard.

Il est nécessaire de rappeler qu'à ce stade les prix de la construction connaissent une volatilité extrême et que tel qu'indiqué en préambule de ce rapport la comparaison doit avant tout porter sur les masses.

En conséquence, pour des raisons médicales, sociales et économiques pour l'ensemble des acteurs du territoire, publics et privé, le scénario spécialisation des sites doit être privilégié.

Pour rappel, compte tenu du programme envisagé pour Guingamp, lequel prévoit une activité ambulatoire interventionnelle, ce schéma est totalement évolutif dans le temps : son programme de reconstruction devra prévoir les liaisons fonctionnelles permettant l'adjonction de secteurs fonctionnels.

L'objet du présent rapport est de proposer un schéma directeur d'investissement au regard des orientations générales en matière d'organisation de l'offre de soins sur le territoire. Au vu des options immobilières qui restent à valider notamment sur Guingamp, lesquelles s'inscrivent toutes les deux dans le même schéma d'orientation d'organisation de l'offre de soins, il est proposé d'acter le scénario spécialisation des sites de sorte que la ou les maîtrises d'ouvrages finalisent la meilleure solution en matière d'aménagement du territoire.

La taille du projet dans sa globalité ainsi que l'interdépendance des opérations (en dehors de l'opération extension de Saint Briec qui n'est ni conditionnée ni ne conditionne les opérations de Lannion et Guingamp) justifie la mise en place d'un dispositif technique partagé et porté par le GHT qui conduirait les opérations avec les équipes locales.

Enfin, compte tenu des procédures nationales d'évaluation des projets d'investissement, un dossier unique présentant l'ensemble des investissements du territoire semble le bienvenu.

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission



Affaire suivie par : Emmanuel Beucher
Courriel : emmanuel.beucher@ars.sante.fr
Téléphone : 02.22.06.73.32
Télécopie : 02.22.06.74.98



Date : 18 mars 2021

LETTRE DE MISSION ROSSETTI Offre de soins Trégor et Territoire Armor

Monsieur Rossetti,

Le Centre hospitalier de Guingamp vient d'engager une réflexion pour réviser son projet médical. Un groupe de travail, qui associe l'ensemble des élus du territoire, a ainsi été constitué. Les premières orientations vont dans le sens d'une reconstruction totale de l'établissement, tant sur le champ sanitaire que sur le champ médico-social, compte tenu du niveau de vétusté de certains bâtiments ainsi que de leurs limites fonctionnelles.

Le CH de Guingamp s'inscrit dans un territoire de santé dont l'offre MCO présente des particularités bien identifiées au regard des besoins de la population, des tensions en matière de démographie médicale et du nombre de plateaux techniques : 5 plateaux techniques de chirurgie et 4 plateaux techniques d'obstétriques répartis sur les communes de Saint-Brieuc, Guingamp et Lannion.

Dans le Trégor, la situation appelle une vigilance particulière de l'ARS, notamment du point de vue des ressources médicales, fragiles et vieillissantes sur certaines spécialités (urologie, anesthésie et gastroentérologie). Les perspectives en matière de démographie médicale fragilisent la pérennité de certaines activités de soins, notamment en chirurgie des cancers.

Enfin, la situation financière de l'ensemble des établissements MCO du territoire est structurellement fragile, et même très dégradée pour les CH de Lannion, Guingamp et Paimpol malgré la mise en œuvre de plans de retours à l'équilibre successifs.

Dans le droit fil des orientations du Ségur de la santé, et conformément aux annonces du Premier Ministre le 10 mars dernier, il apparaît dès lors qu'un tel projet d'investissement visant à reconstruire le CH de Guingamp doit d'abord reposer sur un projet de santé de territoire solide et partagé au-delà de la communauté hospitalière guingampaise. Les attentes de l'Agence en la matière ont ainsi été rappelées dans un courrier adressé le 9 février dernier à l'attention du Président du Conseil de surveillance et du directeur de l'établissement.

C'est pourquoi j'ai demandé à l'établissement que les travaux qui s'engagent, avec la communauté médico-soignante et en pleine concertation avec les élus, ce dont je me félicite, s'inscrivent d'emblée à l'échelle du territoire d'Armor. En effet, les orientations du futur projet médical du CH de Guingamp doivent s'inscrire dans le projet médico-soignant partagé du GHT, en cours de révision, et qui organise la gradation de l'offre de soins sur le territoire. Je sais que ce point est parfaitement partagé au sein du GHT, et au sein des communautés médicales. Il s'agit d'un préalable indispensable, sur lequel les travaux pourront ainsi s'appuyer.

Ainsi, le GHT, à travers sa direction, son comité stratégique, son comité des élus et les conseils de surveillance des établissements, aura un rôle prépondérant à jouer dans la contribution et dans l'animation de ces travaux. Ils devront également intégrer les autres acteurs que sont les établissements de santé privés, médico-sociaux et les professionnels de ville du territoire.

Fort de ces constats, je souhaite vous confier une mission dont les conclusions guideront la rédaction d'une feuille de route à même de conforter durablement la réponse aux besoins de santé des habitants du territoire d'Armor.

Vous procéderez en premier lieu à une analyse globale du projet médico-soignant partagé au regard de ces besoins de santé, avec le fort enjeu de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge. L'offre de soins MCO actuelle, et le positionnement des plateaux techniques existants, devront être interrogés, à la lumière des niveaux de recours de la population et des tensions présentes ou à venir sur les ressources humaines.

Cette analyse devra conduire à l'élaboration de plusieurs scénarii d'organisations médicales, dont la déclinaison pourra s'appuyer sur l'adhésion et l'engagement des communautés professionnelles suscités autour d'un projet médico-soignant commun pertinent au regard des besoins du territoire. Les projections d'organisations médicales, dans chacun de ces scénarii, tiendront compte de la réalité de la démographie médicale.

S'agissant plus spécifiquement du Trégor, je souhaite qu'une analyse soit conduite sur l'offre MCO, constituée du CH de Lannion et de la Polyclinique du Trégor (PDT). Pour mener à bien ces travaux, vous pourrez compter sur le plein engagement des directions de la PDT et du CH de Lannion, ainsi que par la direction du groupe HGO (propriétaire de la PDT) et du GHT Armor. Il y a un constat partagé d'un nécessaire renforcement des coopérations et d'une mutualisation de ressources rares sur certaines activités. Les coopérations ont déjà débuté sur les activités de biologie. De même, un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) de moyens pour la chirurgie des cancers existe depuis 2010.

Vous procéderez à une analyse du positionnement respectif du CH de Lannion et de la PDT sur les principales filières, avec un travail à conduire notamment sur les activités chirurgicales de cancérologie, compte tenu de la mise en œuvre annoncée du futur régime des autorisations. Dans un contexte de fragilité de la démographie médicale, l'enjeu est de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge des patients du Trégor.

Ces analyses devront ainsi conduire à l'élaboration de plusieurs scénarii d'organisations médicales sur les filières ciblées, en recherchant l'adhésion et l'engagement des communautés professionnelles autour d'un projet médico-soignant partagé. L'ARS et les directions des deux établissements souhaitent que le projet d'un GCS qui pourrait être titulaire d'autorisations soit étudié de façon privilégiée. Les activités de pharmacie et d'imagerie pourront également faire l'objet de coopérations renforcées, voire de mutualisations dans un délai rapide.

L'objectif qui doit guider ces travaux spécifiques sur le Trégor est le maintien de l'offre actuelle pour la population, dans le cadre de coopérations qui permettent d'assurer la soutenabilité financière fragile des deux établissements, et leur pérennité sur le territoire. Ces travaux seront conduits sous l'égide de l'ARS.

Enfin, en parallèle de ces travaux sur l'organisation de l'offre MCO à l'échelle du Trégor, et plus largement du territoire de santé, je souhaite qu'une analyse patrimoniale soit conduite sur le CH de Guingamp. Eu égard aux premières orientations du groupe de travail initié par la direction de l'établissement avec les élus, il s'agit d'un préalable indispensable afin d'envisager l'opportunité et les conditions de reconstruction de l'hôpital de Guingamp.

Au regard de la situation financière du CH de Guingamp, l'effort d'investissement pour rénover et adapter l'offre sanitaire et médico-sociale apparaît considérable et ne sera pas possible sans un soutien important de l'ARS dans le cadre du « Ségur » de la santé. Ce projet devra répondre aux attendus du Comité National de l'Investissement en Santé, et aux référentiels produits par son conseil scientifique.

Pour lancer l'ensemble de ces travaux, une première réunion avec les directions des établissements concernés pourrait être organisée d'ici mi-avril pour préciser collectivement les attendus de votre mission, en définir les modalités opérationnelles, ainsi que les livrables et le calendrier associé. L'ARS devra être informée de façon régulière de l'avancement des travaux, tant sur ceux conduits spécifiquement sur le Trégor que ceux conduits à l'échelle du territoire de santé. L'Agence sera présente lors de chacun des temps de restitution et d'échanges.

La crise sanitaire a démontré la capacité des établissements de santé d'Armor à coopérer. Le « Ségur », par l'exigence qu'il porte en matière de projet territorial de santé, mais également par l'opportunité qu'il représente pour les territoires en mesure de répondre à ces attentes, doit nous permettre d'aboutir sous 6 mois à un schéma d'organisation assis sur un projet commun et concerté structurant pour le territoire.

Veuillez agréer, Monsieur Rossetti, l'expression de ma parfaite considération.

grand merci de votre concours,

Le Directeur général de l'ARS

Stéphane MULLIEZ

Annexe 2 : Démographie médicale du centre hospitalier de Guingamp (source CME GHT)

71 POSTES dont 28 non pourvus (39% de postes vacants)

Les spécialités avec PDS :

- Urgences déficit de 5 postes sur 12 théoriques et 1 départ à la retraite dans 5 ans possible
- Chirurgie Viscérale 3 postes/ 3 pourvus (dont un PAA) avec un départ à la retraite
- Imagerie Médicale 2 postes non pourvu mais contrat avec deux privés
- Gynécologie-Obstétrique : 4 postes pourvus / 5 théorique dont 1 départ à la retraite dans les 5 ans
- Anesthésie-Soins continus : 3 postes pourvus dont 1 EVC/5 théoriques
- Pédiatrie : 1 poste non pourvu
- Pharmacie : 6 postes dont 1 non pourvu
- Cardiologie 5 postes théoriques.4, 90 pourvus (dont 2 PAA) avec :
 - Un cardiologue n'assure plus de garde et départ à la retraite < 2 ans
 - 1,3 ETP sur le départ en 2022
- Chirurgie ortho : 2.40 postes / 3 pourvus (dont un PAA)

Spécialités en grande difficulté :

- La neurologie : disparition récente d'un poste partagé (0,4 ETP)
- La pneumologie : 1poste/2 pourvus qui part à la retraite <5 ans. Un médecin généraliste assure le service.
- Rhumatologie : 1 poste pourvu qui ne fait que de la consultation et 40% de mise à disposition pour HdJ, consultation et avis dans les services
- Gastroentérologie : assuré par le privé
- Le court séjour gériatrique : 2 pourvus / 3 postes assurés par 2 mais qui sont gériatres PAA
- Enfin le SSR 3,20 pourvus/ 6 avec une mise à disposition à ST Laurent de 40%
- EHPAD 2 postes pourvus sur 3 mais avec un contractuel et 2 médecins en âge d'être à la retraite

Annexe 3 : Démographie médicale du centre hospitalier de Saint-Brieuc (source CME GHT)

1. Dans les spécialités à contraintes de PDS/CDS

a. Services d'urgence

- *Au SAU* : effectif à ce jour complet mais situation instable car :
 - Effectif incomplet sur Paimpol avec perspective d'un service « unique » avec la fusion dans deux ans,
 - Dégradation des conditions de travail (apparition de « lits brancards » qui pourraient faire fuir des jeunes praticiens),
 - Vieillesse d'une partie des PH (environ 10 de 50 ans et plus).
- *Au SAMU* : 3 ETP
Difficulté à stabiliser une équipe complète même s'il y a des Drs Juniors dans cette spécialité donc recrutement potentiel.
- *Réanimation* : effectif complet : service attractif

b. Services de chirurgie

Effectif complet mais PDS très lourde en termes de charge de travail.
Intérêt à augmenter les effectifs pour diminuer la contrainte.
Nécessité d'augmenter la capacité du bloc opératoire ou d'opérer sur le territoire.

c. Service d'anesthésie

Déficit de 3 ETP, recours à l'intérim de façon chronique.
Quelques départs en retraite dans les 5 ans.

d. Service d'obstétrique

Effectif non complet : -3 ETP mais des recrutements à prévoir
2 départs connus
Forte tension du fait de la lourdeur de la PDS
Intérêt +++ à mutualiser les forces y compris pour les sages-femmes.
Concurrence de recrutement avec l'HPCA

e. Service de médecine à gardes sur place

- *Cardiologie*
2 départs annoncés
Espoir de recrutement
Nécessité de conserver une équipe bien dimensionnée car assure 2 PDS et multiples « sur spécialités »
Effondrement de l'offre en ville
- *Pédiatrie*
A ce jour effectif complet mais multiples arrivés/départ ces dernières années
Contrainte forte de la PDS
Fragilité à surveiller ++
Un départ à la retraite dans les 5 ans
- *Imagerie -10 ETP*

f. Services de médecine avec CDS

- *Gastro*

- 4 ETP

Equipe très fragile, risque à tout moment d'effondrement

2 départs en novembre

Effondrement de l'offre en ville

- *Neurologie*

-4 ETP

Equipe fragile +++

- *Néphrologie*

Equipe complète à ce jour mais au moins 2 départs en retraite dans les 5 ans

2. Dans les services sans PDS

Difficultés ++ en pneumologie, oncologie, médecine interne et gériatrie

L'avenir dans les 5 ans pour recruter dans ces spécialités est très incertain car dépend :

- De la démographie médicale globale
- Des décisions politiques nationales pour rendre plus attractif l'exercice hospitalier
- Du projet de GHT pour attirer de jeunes médecins

Une hypothèse est d'envisager le recrutement dans tout le GHT de médecins polyvalents à qui est confiée la gestion des lits d'hospitalisation, entourés d'équipes de spécialistes qui prennent en charge directement une petite part de lits d'hospitalisation mais participent à une activité programmée de consultation, actes techniques, dans tout le territoire avec une équipe commune dans chaque spécialité à tout le territoire.

Annexe 4 : démographie médicale du centre hospitalier de Lannion (source CME GHT)

Démographie médicale inquiétante avec 83.90 postes pourvus pour 103 théoriques et 17.50 départs en retraite entre 2022 et 2026.

Les disciplines assurant une PDS rencontrent pour la plupart des difficultés :

- Urgences déficit de 4 postes sur 12.80 théoriques et 2 départs en retraite à 5ans
- Chirurgie viscérale- 3 postes pourvus, mais un congé longue maladie inclus et 2 départs en retraite à 5 ans
- Imagerie médicale- un déficit chronique de 1ETP sur 5 et un départ en retraite à 2 ans
- Gynécologie- obstétrique- stabilisation récente de l'équipe : il manque 0.60 ETP et un départ en retraite à 2 ans
- Anesthésie 3,5 postes vacants et un départ en retraite dans 2 ans
- Pédiatrie- un poste pourvu sur 3 (par un lauréat de PAE)
- Pharmacie avec un déficit de 1.20 ETP sur 8 et un départ en retraite à 5 ans
- Plateforme des soins continus- déficit de 2 ETP sur 4 théoriques

Des spécialités en grande difficulté :

- La neurologie avec un ETP pourvu par un lauréat des PAE
- Rhumatologie avec 0.30 postes pourvu et un départ en retraite en 2022
- SSR PAPD, déficit de 1.20 sur 3 avec un départ en retraite en 2022
- Pour la pneumologie – le secteur hospitalisation de 26 lits est pris en charge par 2 ETP non spécialistes, les 1.70 ETP spécialistes assurent les consultations, les explorations et HDJ

L'équilibre des équipes est menacé par de nombreux départs en retraite à moins de 5 ans.

Au moins un tiers de postes occupés par des contractuels, lauréats des PAE, avec toute la fragilité et l'absence de stabilité à long terme que ceci implique.

Cette situation met en péril l'organisation des soins et la réalisation de nouveaux projets. Elle est également défavorable à l'attractivité.

Le fonctionnement du SAU est fortement impacté avec un recours à l'intérim comme mode de fonctionnement habituel.

Les PDS sont assurées par des équipes de petite taille, pour la plupart instables et non attractives en terme de recrutement médical. Leur épuisement diminue leur capacité de réponse adaptée aux sollicitations de la médecine de ville.

Le manque de praticiens spécialistes en nombre allonge les délais des consultations et n'assure pas la réponse nécessaire auprès du bassin de population.

Les prises en charge chirurgicales seraient assurées dans des meilleurs délais si la démographie para médicale et médicale (anesthésie) était optimisée.

L'organisation actuelle du plateau d'imagerie fait défaut en termes de nombre de praticiens, des manipulateurs radio et de machines- source de réponse retardée aux besoins.



La situation démographique pour la polyclinique du Trégor est comparable avec des équipes médicales d'au plus 3 praticiens et un âge moyen de plus de 55 ans.

Annexe 5 : assemblée plénière conseil territorial de santé ARS mars 2022

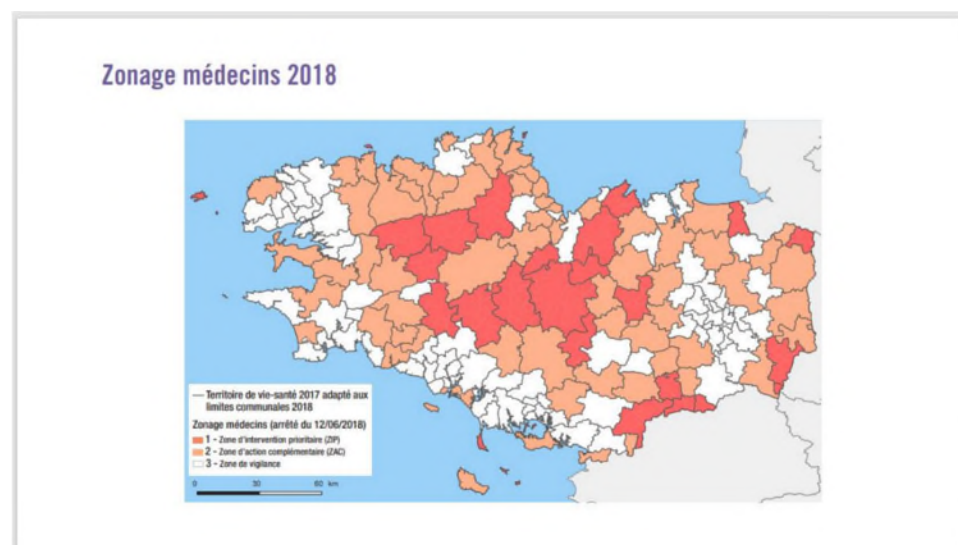
 

Assemblée plénière

Jeudi 24 mars 2022

4. Démographie médicale



Professionnels de santé

→ Nombre de professionnels exerçant à titre libéral ou salarié au 01.01.2019 ⁽¹⁾

PROFESSIONS	BRETAGNE	CÔTES D'ARMOR	FINISTÈRE	ILLE-ET-VILAINE	MORBIHAN	FRANCE MÉTROPOLITAINE
Médecins généralistes	4 448	728	1 342	1 380	1 024	83 922
Médecins spécialistes	5 188	664	1 459	1 819	1 031	115 534
Ensemble des médecins	9 636	1 392	2 801	3 199	2 055	199 456
Infirmiers	37 988	6 783	12 572	9 965	8 723	703 405
Masseurs-kinésithérapeutes ⁽²⁾	4 685	686	1 345	1 524	1 130	85 111
Chirurgiens-dentistes	2 056	344	573	703	450	41 042
Manipulateurs ERM	1 672	272	566	471	363	36 687
Opticiens-lunetiers	2 099	356	561	700	494	37 773
Orthophonistes	1 379	214	360	488	332	25 539
Sages-femmes	1 102	170	274	413	260	20 990
Pédicures-podologues ⁽²⁾	755	129	214	242	184	13 823
Psychomotriciens	509	103	146	122	146	13 289
Ergothérapeutes	761	176	216	223	160	12 439
Orthoptistes	228	39	62	89	42	5 055
Audioprothésistes	216	43	56	80	56	3 836

Professionnels de santé libéraux ou mixte → Nombre de professionnels exerçant au 01.01.2019 : nombre et densité pour 100 000 habitants ⁽¹⁾

PROFESSIONS	BRETAGNE	CÔTES D'ARMOR	FINISTÈRE	ILLE-ET-VILAINE	MORBIHAN	FRANCE MÉTROPOLITAINE
Médecins généralistes	3 097	482	911	1 002	713	58 310
nombre						
densité	93	81	100	93	95	90
<i>dont praticiens de 55 ans et plus</i>	<i>1 316</i>	<i>238</i>	<i>357</i>	<i>410</i>	<i>314</i>	<i>30 380</i>
Médecins spécialistes	2 316	335	677	874	526	56 761
nombre						
densité	69	56	75	81	70	88
<i>dont praticiens de 55 ans et plus</i>	<i>1 035</i>	<i>175</i>	<i>304</i>	<i>347</i>	<i>251</i>	<i>29 886</i>
Infirmiers	7 138	1 339	2 544	1 423	1 857	121 092
nombre						
densité	214	224	280	132	246	187
Masseurs kinésithérapeutes ⁽²⁾	3 782	538	1 113	1 218	913	68 160
nombre						
densité	114	90	123	116	122	106
Chirurgiens dentistes	1 914	322	528	636	435	36 054
nombre						
densité	64	54	58	59	58	56
Pédicures-podologues ⁽²⁾	747	129	213	237	182	13 575
nombre						
densité	23	22	23	22	24	21
Orthophonistes	1 105	169	272	409	267	20 625
nombre						
densité	33	28	30	38	35	32

Médecins spécialistes libéraux ou mixtes

→ Nombre de professionnels selon la spécialité exercée au 01.01.2019 ⁽¹⁾

PROFESSIONS	BRETAGNE	CÔTES D'ARMOR	FINISTÈRE	ILLE-ET-VILAINE	MORBIHAN	FRANCE MÉTROPOLITAINE
Spécialités médicales						
<i>Dont :</i>						
anesthésie-réanimation	162	31	43	58	30	3 872
cardiologie et maladies vasculaires	188	29	51	69	40	4 740
dermatologie et vénéréologie	125	12	37	51	28	2 863
gériatrie	2	0	0	2	0	97
gynécologie médicale	65	13	19	17	18	1 898
hépatogastro-entérologie	99	15	39	30	20	2 066
médecine physique et réadaptation	18	1	5	6	6	406
neurologie	41	6	14	14	7	909
pédiatrie	105	14	30	38	24	2 763
pneumologie	58	11	16	20	12	1 203
radiologie et imagerie médicale	222	27	68	89	41	6 188
Spécialités chirurgicales						
<i>Dont :</i>						
chirurgie générale	27	4	10	7	7	1 224
chirurgie orthopédique et traumatologique	115	16	30	43	27	2 523
gynécologie obstétrique	116	16	28	54	25	2 852
ophtalmologie	227	35	69	86	52	4 648
Autres						
<i>Dont :</i>						
biologie médicale	38	4	15	11	9	1 135
psychiatrie	222	27	68	89	41	6 188
Ensemble des spécialités	2 316	335	677	874	526	56 761

Médecins spécialistes salariés exclusifs

→ Nombre de professionnels
selon la spécialité exercée au 01.01.2019 ⁽¹⁾

PROFESSIONS	BRETAGNE	CÔTES D'ARMOR	FINISTÈRE	ILLE-ET-VILAINE	MORBIHAN	FRANCE MÉTROPOLITAINE
Spécialités médicales						
<i>Dont :</i>						
anesthésie-réanimation	304	32	83	123	66	6 297
cardiologie et maladies vasculaires	104	18	27	36	24	1 995
dermatologie et vénéréologie	23	3	8	9	3	689
gériatrie	95	20	26	29	20	1 853
gynécologie médicale	20	4	7	4	5	493
hépatogastro-entérologie	104	13	25	46	22	1 559
médecine physique et réadaptation	125	18	36	42	30	1 685
neurologie	83	10	24	29	20	1 690
pédiatrie	216	25	67	89	36	4 717
pneumologie	96	14	34	26	22	1 745
radiologie et imagerie médicale	87	14	26	36	11	2 098
Spécialités chirurgicales						
<i>Dont :</i>						
chirurgie générale	100	5	37	44	14	2 040
chirurgie orthopédique et traumatologique	49	7	14	16	12	803
gynécologie obstétrique	104	14	30	39	21	1 940
ophtalmologie	19	1	9	5	5	798
Autres						
<i>Dont :</i>						
biologie médicale	84	6	34	38	7	1 640
médecine et santé au travail, santé publique	326	41	81	151	56	6 542
psychiatrie	392	57	121	138	80	8 529
Ensemble des spécialités	2 872	370	863	1 096	561	58 773

Point 4

**CHIRURGIE ARMOR/PERINATALITE « Mission ROSSETTI »
Éléments de synthèse, travaux des filières**

COSTRA 13 juin 2022



**Chirurgie
Synthèse des travaux des filières**

Des travaux riches et denses => Synthèse permettant d'identifier les grands principes communs



	Chirurgie digestive	Chirurgie gynécologique	Chirurgie Ortho-traumatologie	Anesthésie
Quoi?	<ul style="list-style-type: none"> Hernie, vésicule, biopsie, proctologie, biopsie (protocole lymphome), CIP, VAC, Fistules, hémorroïdes, aboés, éventrations « simples », Endoscopies digestives, dont celles réalisées au CH Palmpol? 	<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie onco-mammaire éligible à l'ambulatoire => Prérequis: seuil d'autorisation / Faisabilité autorisation d'équipe territoriale? Autres actes (Endoscopies; consultations,...) IVG chirurgicales (filière périnatale) <p><i>Développer l'ambulatoire (sur les 3 sites) pour des prise en charge aujourd'hui réalisées en conventionnel (ex: hystérectomies selon indications) => Développer les parcours PAC, adapter les techniques opératoires...</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Actes programmés d'orthopédie (public) : canal carpien, dupuytren, arthroscopie, AMO, épaule Actes de traumatologie : <ul style="list-style-type: none"> o Projet assistance urgences main (HPCA + public) o Public: poignet, pied, cheville, plaies... 	<p>Voir actes autres filières + ORL, OPH</p>
Où	<ul style="list-style-type: none"> Consultations externes sur CHG à organiser. Capacitaire ambulatoire à définir Bloc : 1 salle de chirurgie viscérale dédiée / 1 salle dédiée pour l'endoscopie digestive 	<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie gynécologique: Maintien des consultations existantes Capacitaire ambulatoire à définir Bloc : 1 salle de chirurgie gynécologique (notamment si activité onco-mammaire) Filière Périnatale: Préservation des consultations existantes, comme pour les autres sites et maintien voire renforcement de l'offre de consultations diversifiées existantes (pour gynécologues, SF, puér.,...), création du CPS. 	<ul style="list-style-type: none"> Consultations externes au CHG à organiser (2 salles de consult + 1 salle de soins) Bloc : -1 salle de chirurgie ortho/traumato dédiée. Capacitaire ambulatoire à définir 	<ul style="list-style-type: none"> Consultations sur le site CHG : 1 anesthésiste chaque jour ouvré bloc : 4 salles
Qui?	<ul style="list-style-type: none"> Principe : ouvert à tous les chirurgiens digestifs du GHT 	<ul style="list-style-type: none"> Les chirurgiens guingampais et les chirurgiens briochins sur la base du volontariat Filière périnatale: Sages-femmes pour les IVG chirurgicales (projet sur les 3 sites) 	<ul style="list-style-type: none"> Principe : Chirurgie main: ouvert aux chirurgiens HPCA (5) Consultations: avancées programmées et post-urgences: 4 demi-journées: l'après-midi pour équipe Lannion/Guingamp + 1 demi-journée pour équipe Saint-Brieuc 	<ul style="list-style-type: none"> Principe de volontariat structuré et contractualisé Anesthésistes: Equipe du CHG + sur la base du volontariat des autres CH IADE: proposition pour une activité exclusive au CHG, hors PDS et possibilité pour les IADE du CHG d'accéder à la PDS du CHSB + CHL ouverture des 2 sites de PDS à l'ensemble des IADE
Quand?	<ul style="list-style-type: none"> Du lundi au vendredi Si ambulatoire ferme à 21h, possibilité d'opérer jusqu'à 16h. Si l'ambulatoire ferme plus tôt, Bloc le matin et CS l'après-midi 	<ul style="list-style-type: none"> Du lundi au vendredi Si ambulatoire « strict », définir les horaires pour anticiper la sortie le soir. 	<ul style="list-style-type: none"> Du lundi au vendredi 1 salle de bloc toute la journée Matin : PH public / Après-midi : Chir de l'HPCA 2 box de cs externe toute la journée Matin : Chir de l'HPCA / Après-midi : PH public 	<ul style="list-style-type: none"> Du lundi au vendredi Horaires du bloc: 8h/17h, fermeture UCA à 20h
Comment	<ul style="list-style-type: none"> Actes sous AG fait en début de matinée Actes sous AL fait l'AM Principe : remplir les plages avec le programmé Pour le non programmé des urgences avec possibilité d'être transformé en ambulatoire : se fera if en fonction des places éventuellement disponibles, sinon transfert vers CHL OU CHSB en fonction du lieu d'habitation (CH d'orientation à déterminer et à partager pour clarifier les parcours patients) Organiser les replis d'ambu et transports sanitaires inter-établissements 	<ul style="list-style-type: none"> Remplir les plages avec le programmé => Donner la possibilité de proposer aux patientes de St Brieuc et de Lannion une prise en charge chirurgicale sur Guingamp (notamment en lieux de débas...) Vigilances : Bien définir les actes et profils des patientes éligibles à l'ambulatoire sur le CH de Guingamp organiser les replis d'ambulatoire les transports sanitaires inter-établissement (équipe dédiée interne?), faisabilité d'une autorisation d'équipe (sites CHSB/CHG) pour la chirurgie onco-mammaire 	<ul style="list-style-type: none"> 4 vacations opératoires CHG / CHLT et 1 vacation opératoire CHSB + 5 vacations opératoires HPCA 5 plages de consultations pour CHG / CHLT + 1 plage CHSB + 5 plages HPCA Actes sous AG et les + lourds en début de vacation Actes sous AL en fin de vacation Le matin : activité mixte programmée, possibilité de compléter avec de l'urgence si temps salle disponible L'après midi : activité urgente et semi -urgente Prévoir des lits de repli ambu au CHG Organiser la PEC médicale de ces patients « repli » Organiser les transports sanitaires des patients opérés en ambu à CHG qui nécessitent un transfert au CHLT et au CHSB Organiser via le SAMU la redirection vers Saint-Brieuc ou Lannion des patients de traumato pris en charge par le SMUR de Guingamp 	<ul style="list-style-type: none"> Si 4 salles + CS : 3 anesthésistes par jour Pour PEC Chir main : prévoir des créneaux en fin de cs le matin Prime territoriale pour PNM ?

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

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

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

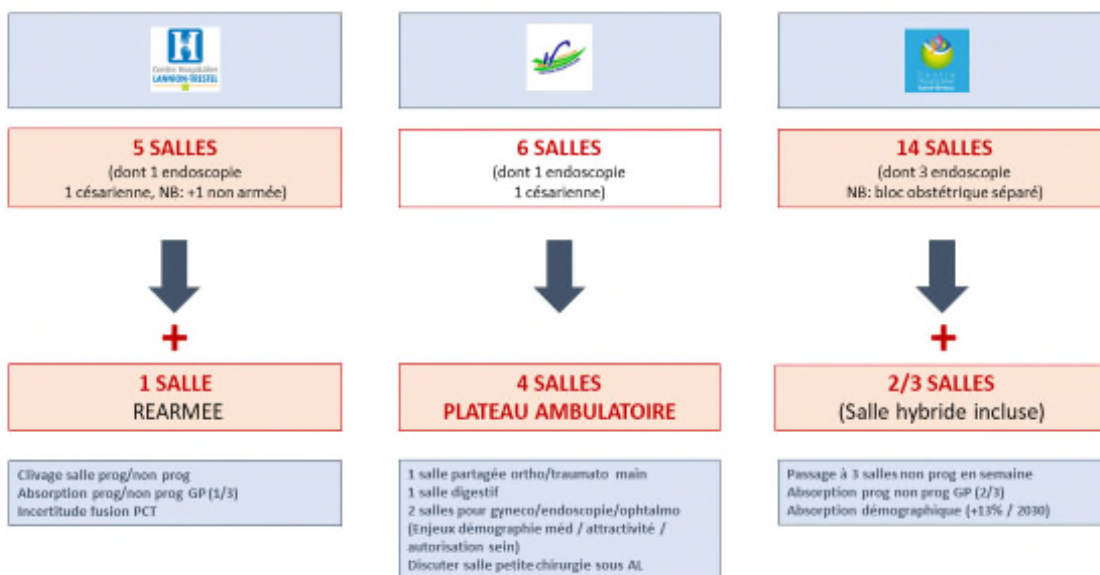
	SI 2 autorisations publiques	SI 1 autorisation publique
Site(s)	CHSB CHLT	CHSB
Conditions	<p>Autorisations délivrées par l'ARS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transfert de l'autorisation de la PCT vers CHLT (privé vers public) - Transfert de l'autorisation du CHG vers CHLT (public vers public)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

Chirurgie

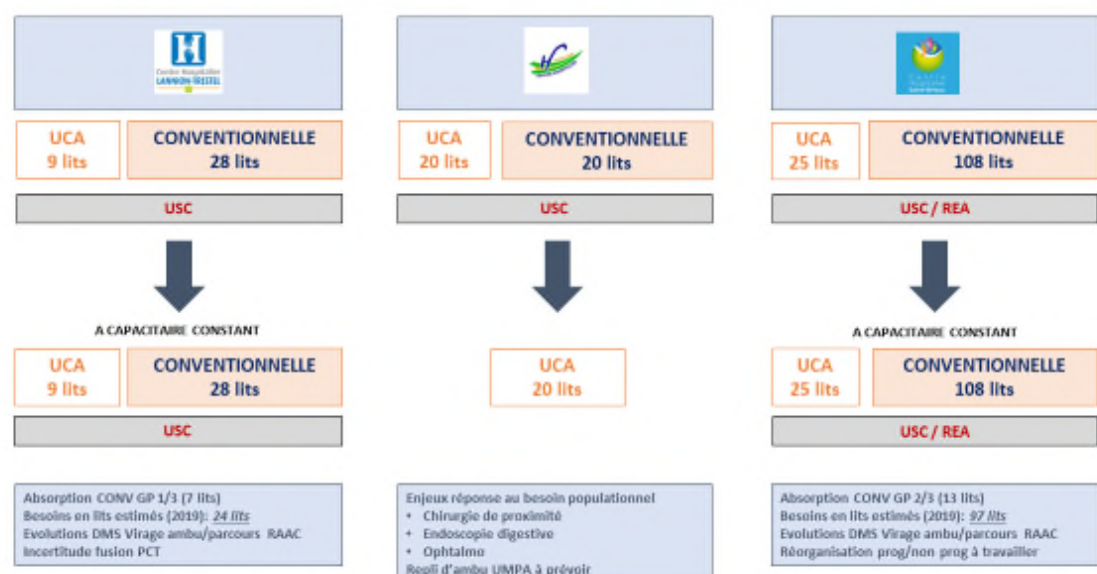
Synthèse projections capacitaires – équipes



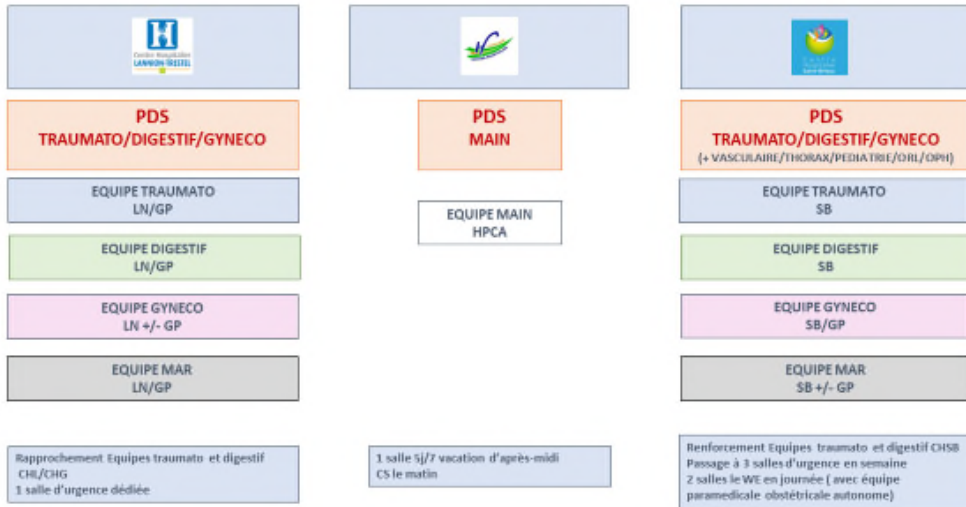
PLATEAUX DE CHIRURGIE



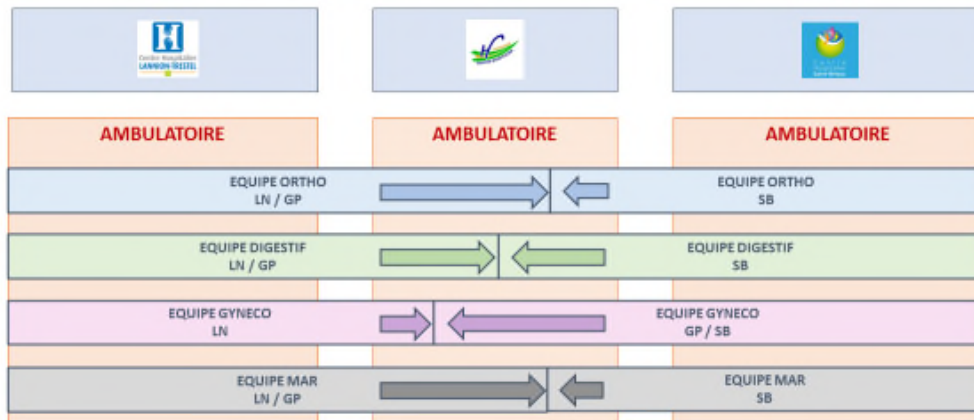
UNITES D'HOSPITALISATION CHIR



PARCOURS DE PDS / EQUIPES

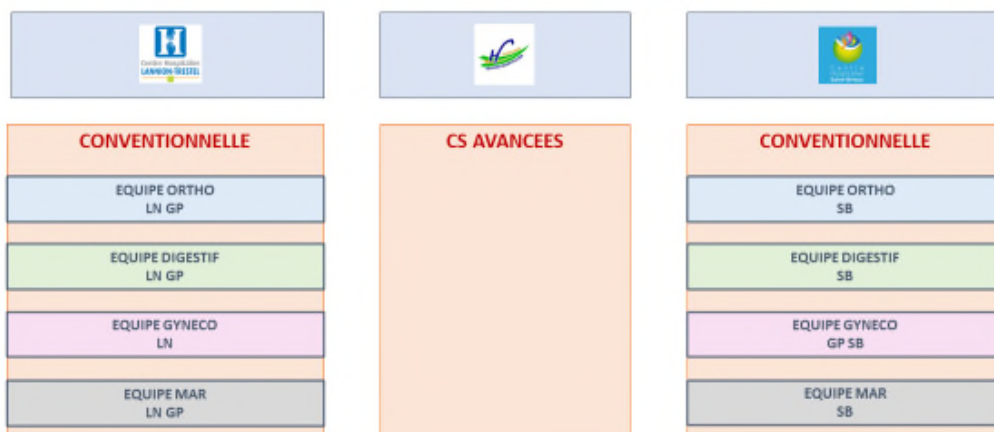


PARCOURS CHIR AMBU / EQUIPES






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

PARCOURS CHIR CONVENTIONNELLE



ENJEU DES AUTORISATIONS EN CARCINOLOGIE COLORECTALE
ORGANISATION RAAC SUR LE TERRITOIRE

PARCOURS CONSULTATIONS

		
<p style="text-align: center;">CONSULTATION</p> <p style="text-align: center;">CS PETITE TRAUMATO</p> <p style="text-align: center;">CS CHIR AMBU TOUTES SPECIALITES</p> <p style="text-align: center;">CS CHIR CONV TOUTES SPECIALITES</p> <p style="text-align: center;">CS MAR AMBU</p> <p style="text-align: center;">CS MAR CONV</p>	<p style="text-align: center;">CONSULTATION</p> <p style="text-align: center;">CS TRAUMA MAIN</p> <p style="text-align: center;">CS PETITE TRAUMATO</p> <p style="text-align: center;">CS CHIR AMBU TOUTES SPECIALITES</p> <p style="text-align: center;">CS CHIR AVANCEE CONV TOUTES SPECIALITES</p> <p style="text-align: center;">CS MAR AMBU</p>	<p style="text-align: center;">CONSULTATION</p> <p style="text-align: center;">CS PETITE TRAUMATO</p> <p style="text-align: center;">CS CHIR AMBU TOUTES SPECIALITES</p> <p style="text-align: center;">CS CHIR CONV TOUTES SPECIALITES</p> <p style="text-align: center;">CS MAR AMBU</p> <p style="text-align: center;">CS MAR CONV</p>

CS sur Guingamp: tropisme chirurgiens guingampais avec ouverture aux chirurgiens LN/SB
 CS MAR CONV des patients guingampais souhaitées sur LN / SB
 CS HDJ RAAC / MAR multidisciplinaires à construire sur LN/SB (existe pour thoracique)
 Articulation CS/BLOC GP à construire (préférence pour de ~~jeu~~ journées complémentaires par praticien versus journées complètes)



Synthèse des travaux du GROUPE PROJET Périnatalité

COSTRA 13 juin 2022



GHT GROUPEMENT HOSPITALIER TERRITOIRE D'ARMOR



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

Transformation de la maternité du CH Guingamp en CPP

- **Un postulat inscrit dans la lettre de mission** -> le groupe a travaillé sur ce scénario
 - Au regard des DMS en maternité de plus en plus courtes et d'autres expériences de CPP
 - > **hypothèse d'une hospitalisation post-natale sur le site de Guingamp non retenue.**
- **Report des accouchements actuellement sur Guingamp vers les autres maternités du territoire:**
Estimation difficile de répartition des accouchements : +250 pour CH5B / +100 CHL / + 150 HPCA + autres.

Impact sur le capacitaire des maternités de Lannion et de St Brieuc

CH Lannion: locaux existants permettent l'absorption de l'activité estimée.

CH Saint-Brieuc : Saturation régulière des capacités actuelles -> vigilance (hébergement des mamans des bébés hospitalisés en néonatalogie / impact de la fermeture de la maternité de Dinan + fort que prévu, voir si cela perdure).
=> Estimation 2300 accouchements/an : une évaluation de la capacité en lits et en nombre de salles de naissance reste à prévoir

Adapter les ressources à l'augmentation d'activité des 2 maternités

Notamment pour ce qui concerne les effectifs de sages-femmes:

CH Lannion: l'adaptation des ressources humaines sera à évaluer fonction de l'impact réel sur l'activité

CH Saint-Brieuc : Renfort 1 SF en journée (renforcer le qualitatif en permettant d'avoir une sage-femme d'accueil en journée à St Brieuc) - Décret périnatalité de 1998 : 200 accouchements supplémentaires = 1 sage-femme sup sur eff global)



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

Développer une unité physiologique à la maternité du CH de St Brieuc

Dans un objectif de ne pas réduire l'offre existante sur le territoire (spécificité maternité de Guingamp)

- S'appuyer sur l'expertise et l'expérience des professionnels du territoire pour mener à bien ce projet;
- Opportunité pour les sages-femmes de Guingamp de participer à de nouvelles missions;
- Ouvrir la possibilité aux sages femmes libérales d'accéder au plateau technique.

La maternité de Lannion dispose déjà d'une « salle nature » ouverte aux sages femmes libérales qui le souhaitent.

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

- Préconisations du programme « 1000 premiers jours » dans une démarche de qualité et de sécurité des soins.

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

- **Importance de la régulation** -> Prendre en compte l'augmentation du nombre de transferts anténataux liés à la fermeture de la maternité de Guingamp (notamment au démarrage)
- **Vigilance sur les transports ante et post-nataux** qui posent déjà des difficultés aujourd'hui. Groupe favorable à la création d'un service de transports interne au GHT.
- **Projet de création d'une cellule de régulation des transferts maternels** organisé par le réseau périnatal breton **mais** ne couvrira pas tous les besoins (horaires, disponibilités...) -> Dispositif non lancé en phase d'expérimentation qui nécessitera d'être évalué.
- **Importance de communiquer en amont sur la fermeture** et les modalités d'organisation de la prise en charge des patientes au sein des lieux d'accouchements du GHT (prévenir et rassurer la population).



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

Organisation des équipes médicales, sages femmes :

Accompagner le changement / Attractivité de la filière

- Fonctionnement autour de **2 équipes (autour de la PDS)** pour fonctionner sur 3 sites (voire 4 avec Paimpol).
- Possibilité pour les praticiens de Guingamp d'intégrer l'une ou l'autre des équipes / Idem Sage-femme
- Préserver l'attractivité médicale et sage-femme:
 - Accès à un panel d'activité plus large au sein du GHT fonction des souhaits
 - **Travail multi-sites = 2 sites** / Exception au choix du praticien de travailler sur 3 sites dont un uniquement de consultations
 - Maternité de Lannion : transformation de l'astreinte en garde => faut une équipe de 6 praticiens minimum (7 idéal)
- **Accompagner le changement** (formations, permettre de conserver la polyvalence...)
- **Pour les sages femmes**, ouvrir une **réflexion sur la possibilité de développer le parcours global** (ou semi-global ? : suivi femme enceinte par la même SF tout au long de sa grossesse – pas de garantie pour jour de l'accouchement contrairement au suivi global).



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

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

Constat: Accès satisfaisant aujourd'hui sur le territoire mais fragilité des ressources médicales notamment au CHSB.

- Travail de filière à mener pour organiser les IVG entre 14 et 16 semaines -> Protocoles inexistant à ce jour / à travailler en filière
- Filière à répondre à un AAP concernant les IVG chirurgicales pratiqués par des sages-femmes:
 - Opportunité d'activités nouvelles pour les sages femmes;
 - Réponse, parmi d'autres, au manque de gynécologues dans ce domaine.

☐ Prise en charge des vulnérabilités (parents/enfants)

Constat: nombre de personnes vulnérables accueillies dans nos structures ne cessent de croître. Parfois hospitalisées car RAD impossible mais solution inadaptée.

- Travail préalable sur chacun des sites : Améliorer le recours à l'évaluation psychiatrique et sociale dans nos établissements: constat de disparité de fonctionnement, nécessite un travail au sein de chaque structure en lien avec les multiples interlocuteurs (PMI, CHS, CD, Médecins et SF de ville, Réseau périnatalité....)
- A plus long terme: **Création d'une unité « mère/couple-enfant »**. Unité de lieu pour une PEC pluri professionnelle (HDI?)
 - Avantages: PEC coordonnée, lien mère/enfant préservé, diminution des DM5 en maternité et néonatalogie.
 - Localisation sur Guingamp? Avantage de la proximité avec le CHS de Bégard.
- **Dispositif d'accueil des femmes victimes de violences:** Filière à répondre à un AAP => Réponse positive de l'ARS.



AVIS COSTRA GHT/2022/02
RELATIF A LA SYNTHESE DES TRAVAUX DES GROUPES DE TRAVAIL
« CHIRURGIE GHT » et « PERINATALITE GHT » sur la perspective d'organisation d'offre de soins
en GHT d'Armor dans le contexte de la mission « ROSSETTI »

A la séance du 13 juin 2022,

Membres présents :

- Madame **BENARD** Ariane, Directeur des Centres Hospitaliers de Saint-Brieuc et de Lannion-Trestel,
- M. le Dr **DELAUNAY** Régis, Président de la Commission Médicale de Groupement
- Madame le Dr **GARIGNON** Cynthia, Présidente de CME du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc
- Madame **GUILLEMAIN** Elisabeth, Directrice coordinatrice des soins, CH Saint-Brieuc
- Monsieur **GOARVOT** Yvon, Directeur délégué du CH Lannion-Trestel
- Madame le Dr **MOTHE-SIMA** Ioana, Présidente CME CH Lannion-Trestel
- Monsieur **FROGER** Samuel, Directeur du Centre Hospitalier de Guingamp
- Madame le Dr **MAGADUR** Geneviève, présidente CME CH Guingamp
- Monsieur **REMY** Patrick, Directeur des Centres Hospitaliers de Paimpol et de Tréguier
- Monsieur **GEZEQUEL** Bruno, Directeur des soins des Centres Hospitaliers de Paimpol et de Tréguier
- Monsieur le Dr **PANSIN** Grégory, Président de la Commission Médicale du CH de Paimpol
- Monsieur le Dr **SIMAGA** Aloui, Président de la Commission Médicale du CH de Tréguier
- Monsieur **CARPO** Youen, Directeur du CH2P
- Madame le Dr **POUSSIN** Delphine, Médecin DIM de territoire

Assistaient à la réunion :

- Madame **LE VERRE** Nathalie, Attachée d'administration auprès du secrétaire général du GHT d'Armor
- Monsieur le Dr **LE BOUFFANT** Gildas, Vice-président de CME CH Lannion-Trestel
- Monsieur **VANTORRE** Olivier, Directeur du Système d'Information communautaire
- M. **VARAINE** Jean, Elève directeur, CH Saint-Brieuc

Excusés :

- Madame **LEFEVRE-LE BOTHUAN** Véronique, Directrice des soins, CH2P
- Mme le Dr **BERGERON-LE DEUT** Hélène, présidente de CME CH2P
- Monsieur **FLEURY** Jean-Baptiste, Directeur délégué du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc, secrétaire gal du GHT
- Mme **FLAUD** Candy, FF Directrice des Soins CH Lannion
- Madame **QUINVILLE** Anne, Directrice des soins, CH Guingamp
- Monsieur le Dr **QUERE** Olivier, Vice-PCME CH Guingamp et Vice-président de la commission médicale de Groupement

GHT d'ARMOR

COMITE STRATEGIQUE
DU 13 juin 2022

COSTRA GHT AVIS/2022/02

- Vu, la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire d'Armor, et notamment son annexe, le PMSP
- Considérant les lettres de mission adressées aux pilotes des groupes « chirurgie GHT » et « Périnatalité GHT » dans le contexte de révision à venir du PMSP et de la mission confiée par l'ARS à M. ROSSETTI sur la restructuration de l'offre de soins en Trégor et territoire Armor.

Après examen de la synthèse des travaux des groupes de travail « Chirurgie GHT » et « Périnatalité GHT » projetant les principes directeurs de l'organisation de l'offre de soins sur le GHT en terme de chirurgie, de périnatalité et d'anesthésie (en annexe).

Le Comité stratégique du GHT d'Armor,

Emet un avis favorable aux principes directeurs travaillé par les groupes de travail, dans la limite des 2 réserves suivantes :

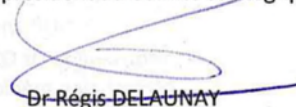
- S'agissant des travaux de la filière chirurgie digestive :
 - o La synthèse des travaux du groupe pose la question du regroupement de l'offre d'endoscopies digestives aujourd'hui réalisées à Paimpol sur le CH de Guingamp dans l'hypothèse d'un plateau ambulatoire. Cette question est motivée par le contexte de démographie médicale défavorable en gastro-entérologie et en anesthésie.
 - o Le COSTRA considère qu'en l'absence de réflexion avec les acteurs du CH de Paimpol et les acteurs de la filière gastro-entérologie, ce point ne peut être conservé dans la réflexion à ce jour.
- S'agissant des travaux de la filière anesthésie :
 - o La synthèse des travaux de la filière anesthésie indique que, dans l'hypothèse d'un regroupement de la chirurgie conventionnelle sur les sites de Lannion et de St Brieuc, les consultations d'anesthésie associées à ces interventions devront se faire, majoritairement, sur le lieu de l'intervention.
 - o Le COSTRA considère que l'offre de consultations d'anesthésie doit rester une offre de soins de proximité, sauf situations exceptionnelles à préciser par la filière.

Les pilotes des filières concernées sont informés des réserves exprimées par le comité stratégique.

Le président du Comité stratégique,


Ariane BENARD

Le vice-président du Comité stratégique,


Dr Régis DELAUNAY