

RAPPORT RELATIF AU DEVENIR DE L'HOPITAL DE GUINGAMP

Mesdames les Conseillères d'Agglomération,

Messieurs les Conseillers d'Agglomération,

A l'occasion du Conseil d'Agglomération du 27 septembre 2022, j'avais exprimé mon attachement à l'hôpital de Guingamp qui a vocation à soigner tous les patients de notre territoire et bien au-delà. J'avais indiqué à la centaine de citoyens et citoyennes rassemblées devant les conseillers d'agglomération, que nous nous saisissons du sujet avec sérieux et détermination. J'avais promis la rédaction d'un rapport circonstancié par un comité composé d'élus, de représentants d'organisations syndicales, du comité de défense et du conseil citoyen. Ce comité animé par Claudine Guillou, Première Vice-présidente, et coordonné par la Direction générale de la Transition Sociale et Economique de l'Agglomération, a travaillé plusieurs mois. Le résultat de ce travail et ses conclusions sont aujourd'hui présentés dans ce rapport que j'ai l'honneur d'adresser à l'ensemble des conseillers municipaux et communautaires de Guingamp-Paimpol Agglomération.

Ce rapport s'organise de la manière suivante :

1. Rappel du contexte	1
2. Pourquoi agir et sommes-nous légitimes à nous mobiliser pour l'hôpital ?.....	2
3. Le profil de notre territoire ou l'impérieuse nécessité d'une offre de soins complète	3
4. La place du centre hospitalier	8
5. Le fonctionnement du centre hospitalier.....	9
6 Analyse des préconisations du GHT	16
7. Le scénario proposé par les élus du territoire à l'ARS.....	20

1. Rappel du contexte

Les premières menaces sur l'hôpital de Guingamp faisant craindre une fermeture des services de maternité et de chirurgie, voyaient déjà le jour en 2018. Une première mobilisation avait alors permis de gagner quelques années de sursis.

En septembre 2020, le nouveau directeur du Centre Hospitalier de Guingamp évoquait avec le Président de Guingamp-Paimpol Agglomération la restructuration de l'hôpital de Guingamp. Celle-ci était présentée sous le seul angle immobilier avec l'annonce d'un nouvel hôpital, mais sans précision sur le niveau de services et d'activité.

Fin 2020, l'Agence Régionale de Santé de Bretagne (ARS) a informé les élus de l'engagement d'une mission visant à rédiger une analyse globale de l'offre de soins du Groupement Hospitalier de Territoire d'Armor (GHT) qui regroupe les Centres Hospitaliers publics de Guingamp, Lannion-Trestel, Paimpol, Tréguier, Saint-Brieuc et du Penthièvre et du Poudouvre (Lamballe).

Dès 2021, les réunions des parties prenantes (syndicats, Commission Médicale d'Etablissement, professionnels de santé) ont révélé le risque d'une fermeture de services pour le Centre Hospitalier de Guingamp. Cette position a été confirmée par les représentants du GHT invités à échanger avec les maires lors du bureau des maires du 7 avril 2022.

Ainsi, le GHT priorise-t-il le scénario suivant :

- **Restreindre la permanence des soins** (anesthésie pas en 24/24 à Guingamp),
- **Chirurgie ambulatoire uniquement,**
- Par conséquent, **le service de chirurgie serait impacté tout comme la maternité qui fermerait inévitablement**, en l'absence de permanence des soins,
- **Maintien du service des urgences 24/24 et des ambulances SMUR**

Ce scénario privilégié par le GHT sera sans nul doute celui présenté par M. Rossetti, vice-président du Conseil National de l'investissement en santé, dont le rapport commandé par l'Agence Régionale de Santé sera remis en juin/juillet 2022. Celle-ci prendra une décision début septembre.

Ce scénario constitue indéniablement une dégradation de l'offre de soins pour la population de notre territoire. Le président de Guingamp-Paimpol Agglomération expliquera les conséquences d'un tel scénario, au Directeur Régionale de l'ARS, le lundi 04 juillet 2022.

2. Pourquoi agir et sommes-nous légitimes à nous mobiliser pour l'hôpital ?

Pourquoi agir ? La réponse à cette première question semble évidente. La proposition de l'ARS entraînera une dégradation de l'offre de soins pour les habitants du territoire et des territoires dépendants de l'hôpital de Guingamp. Si les problématiques administratives et comptables sont posées au niveau des ARS de France, la réalité de terrain s'impose à nous tant nos populations ont un besoin de santé publique. Ce travail, s'il n'est pas fait par l'administration centrale, doit être réalisé finement et avec rigueur, service par service de santé, par des élus conscients des enjeux territoriaux. C'est là, une des forces de notre République décentralisée.

La deuxième question que l'on peut se poser est de savoir si l'agglomération est légitime à se saisir du devenir de l'hôpital ? La politique de santé publique est l'affaire de toutes et tous. Elle est un des fondements de notre République depuis le préambule de la constitution de 1946, et elle se déploie sur des thèmes tels que la nutrition, l'environnement, le grand âge, le cancer, ou l'accès aux soins, ce dont témoigne la création d'agences et de plans nationaux de santé.

Par sa fonction d'Etat-Providence, l'Etat est en charge de la planification sanitaire qui vise à répartir de manière équitable sur le territoire les services de santé, et notamment les hôpitaux. Il est aussi en charge des financements par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) et le financement des infrastructures (dotation de fonctionnement) et des actes (tarification à l'activité –T2A).

L'Etat, c'est l'ensemble des institutions non seulement centralisées, mais aussi décentralisées. Les lois de décentralisation donnent ainsi une marge de manœuvre considérable aux collectivités locales en matière de santé. On peut dès lors évoquer deux arguments qui donnent légitimité à notre action :

1) Les compétences statutaires de l'agglomération offrent des possibilités d'intervention sur les déterminants sociaux de la santé (facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé des gens).

On considère généralement les cinq déterminants suivants :

- Biologiques (âge, sexe, patrimoine génétique...);
- Comportementaux (alimentation, pratique sportive, loisirs, etc...);
- Environnementaux (logement, qualité de l'eau, etc...);
- Sociaux (revenu des ménages, protection sociale, pratiques culturelles);

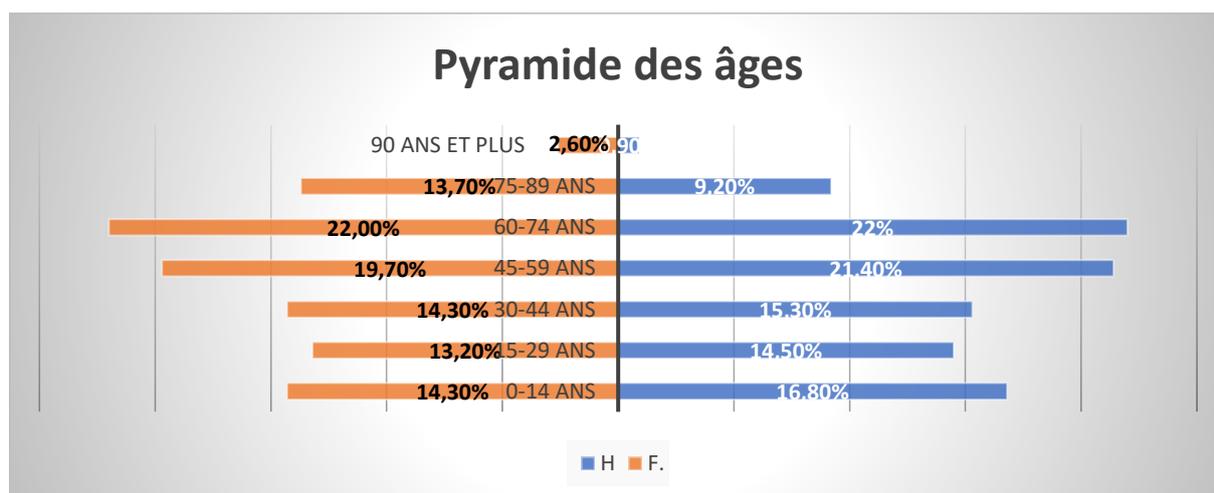
- Liés au système de santé (accès aux soins, qualité des soins).

Cette énumération, si elle ne se veut pas exhaustive, atteste de la capacité de l'agglomération et des communes à agir sur ces déterminants et donc sur la santé publique.

2) Par ailleurs, est à souligner la pertinence d'une intervention de proximité qui permet de mettre en évidence les problèmes et inégalités de santé et d'y adapter les interventions. La meilleure illustration est le Contrat Local de Santé (CLS) que les élus ont volontairement choisi d'engager. Cet outil associe l'Agence Régionale de Santé aux intercommunalités pour mettre en œuvre des actions, seul ou avec des partenaires, au plus près des populations.

Enfin, l'agglomération est engagée au travers d'autres dispositifs dans le soutien à l'accès aux soins de ses habitants (fonds de concours « maison de santé » avec 140 000 € versés, 230 000 € pour le centre de santé du Centre Hospitalier de Guingamp, et suivi de la création d'un même centre au Centre Hospitalier de Paimpol...). Cet engagement est à la hauteur des défis que rencontre notre territoire et du profil socio-économique qui le caractérise.

3. Le profil de notre territoire ou l'impérieuse nécessité d'une offre de soins complète



Une population âgée et vieillissante, or plus la population avance en âge plus les besoins en actes médicaux augmentent.

POP T2M - Indicateurs démographiques en historique depuis 1968

	1968 à 1975	1975 à 1982	1982 à 1990	1990 à 1999	1999 à 2008	2008 à 2013	2013 à 2018
Variation annuelle moyenne de la population en %	-0,2	-0,1	-0,4	-0,2	0,3	0,1	-0,2
due au solde naturel en %	-0,0	-0,3	-0,2	-0,4	-0,3	-0,3	-0,5
due au solde apparent des entrées sorties en %	-0,2	0,1	-0,2	0,2	0,6	0,3	0,3
Taux de natalité (‰)	14,2	11,8	11,3	9,6	10,5	9,9	8,6
Taux de mortalité (‰)	14,2	14,4	13,8	13,4	13,1	12,6	13,8

Les données proposées sont établies à périmètre géographique identique, dans la géographie en vigueur au 01/01/2021.

Sources : Insee, RP1968 à 1999 dénombremments, RP2008 au RP2018 exploitations principales - État civil.

En comparaison, le taux de mortalité en France est de 9,7 (pour mille habitants). Cet indicateur nous renseigne sur les conditions sanitaires générales du territoire.

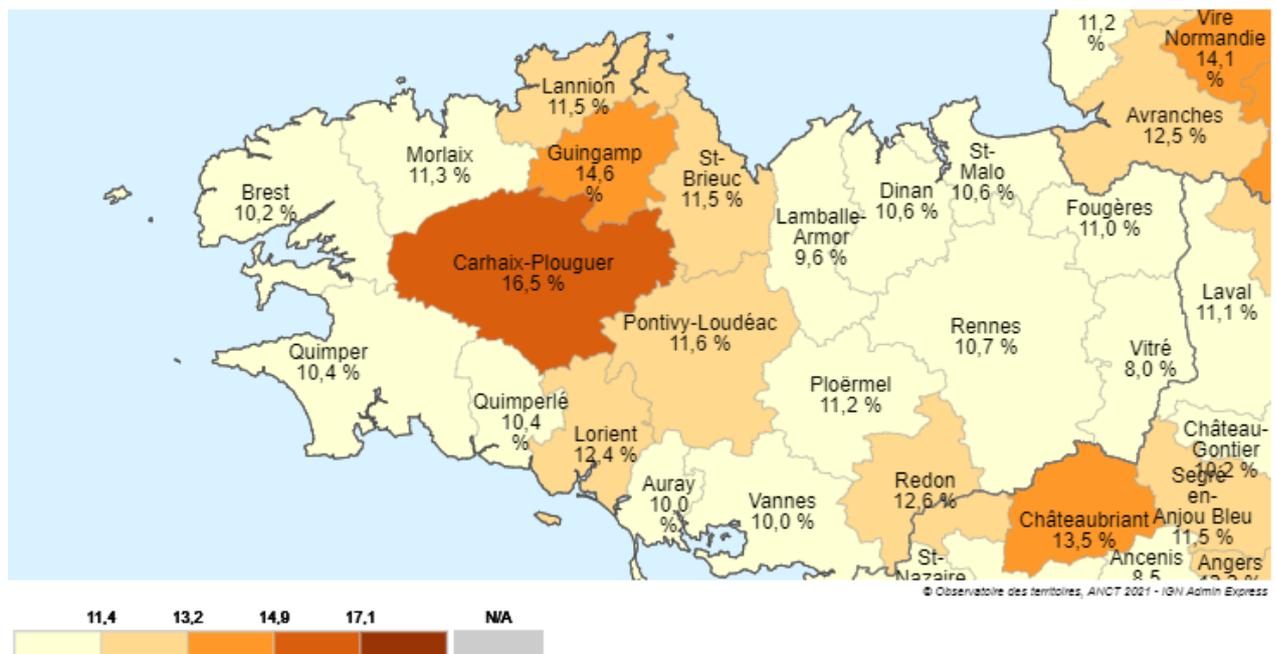
Si les élus du territoire portent une attention toute particulière au devenir de l'hôpital de Guingamp, c'est que de nombreux points de vigilance voire de fragilité caractérisent notre population.

DES POINTS DE VIGILANCE :

- Un **taux de pauvreté supérieur** à la moyenne bretonne (10,9 %) et costarmoricaine (11,7 %), sur Guingamp-Paimpol Agglomération le taux de pauvreté est de 14,1 %.
- Un **taux de chômage des 15-64 ans** (au sens du recensement) supérieur à la moyenne bretonne (11,4 %) sur Guingamp-Paimpol Agglomération (13 %).
- Un **taux de chômage des 55-64 ans supérieur de 25,8 %** par rapport à la moyenne bretonne (9,7 %)
- La part de **jeunes (16-25) ni en emploi ni en formation** dépasse les 20 % sur Guingamp-Paimpol Agglomération.
- Un **vieillissement du territoire** (l'indice de vieillissement en 2017 sur Guingamp-Paimpol Agglomération (127) est surélevé par rapport à la Bretagne (94,6)

Zoom Pauvreté

Taux de pauvreté (seuil à 60% du revenu médian), 2018 (%) - Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (Filosophi), 2018



Selon le Fichier Localisé Social et Fiscal (FiLoSoFi) :

- Sur Guingamp-Paimpol Agglomération le taux de pauvreté est de 14,1 % (10,9% en Bretagne)
- Le taux de pauvreté sur la commune de Guingamp est deux fois supérieur à la moyenne départementale (26%),

- Les moins de 30 ans ont un taux de pauvreté s'élevant à 42 %.
- Une **personne sur deux de plus de 80 ans vit seule.**
- Un taux de « résidence autonomie » inférieur à la moyenne régionale.
- En 2015, Guingamp-Paimpol Agglomération possède un taux de PPPI (parc privé potentiellement indigne) supérieur à 10 % (plus élevé que la moyenne bretonne)
- Une **mortalité générale** supérieure de 12 % par rapport à la moyenne nationale,
- Une **surmortalité prématurée évitable** supérieure de 54% par rapport à la moyenne nationale due :
 - ➔ aux **pathologies alcooliques** (+58 % par rapport au niveau national),
 - ➔ aux **accidents de la route** (+54 % par rapport au niveau national),
 - ➔ au **suicide** (+98 % par rapport au niveau national),
- Le taux de **récidive** atteint 18 % dans les Côtes d'Armor : 1 suicide sur 2 est une récurrence,
- Sur le Pays de Guingamp, une **surreprésentation féminine** du suicide,
- Le Pays de Guingamp est caractérisé par une **surmortalité** due aux **maladies de l'appareil respiratoire** (+22 %) et aux **cancers des voies aérodigestives** (+53 %) par rapport à la moyenne nationale,
- Le constat d'une **dégradation forte de la santé mentale** des jeunes depuis la crise sanitaire.
- Constat d'**importantes difficultés d'accès aux soins**,
- Un **déficit de professionnels de santé** ne permettant pas d'assurer efficacement l'accès aux soins de la population,
- Des médecins généralistes vieillissants ou proches de la retraite et un renouvellement générationnel non assuré,
- Des dispositifs d'exercice coordonné à renforcer,

Zoom sur les types de pathologies

L'édition 2021 de l'atlas des pathologies à l'échelle des EPCI nous montre que Guingamp-Paimpol Agglomération présente des taux supérieurs au niveau régional pour les pathologies suivantes :

- Diabète
- Maladies cardio-neurovasculaires
- Maladies neurodégénératives
- Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)
- Maladies coronaires chroniques
- Traitement antihypertenseur (avec ou sans pathologies)
- Traitements anxiolytiques
- Maladies psychiatriques
- Traitements antidépresseurs et traitements régulateurs de l'humeur
- Traitements hypnotiques

Guingamp-Paimpol Agglomération

Maladie CARDIONEUROVASCULAIRES

Taux standardisés de prévalence par EPCI en Bretagne

L'analyse porte sur toutes les pathologies cardioneurovasculaires aiguës et chroniques.

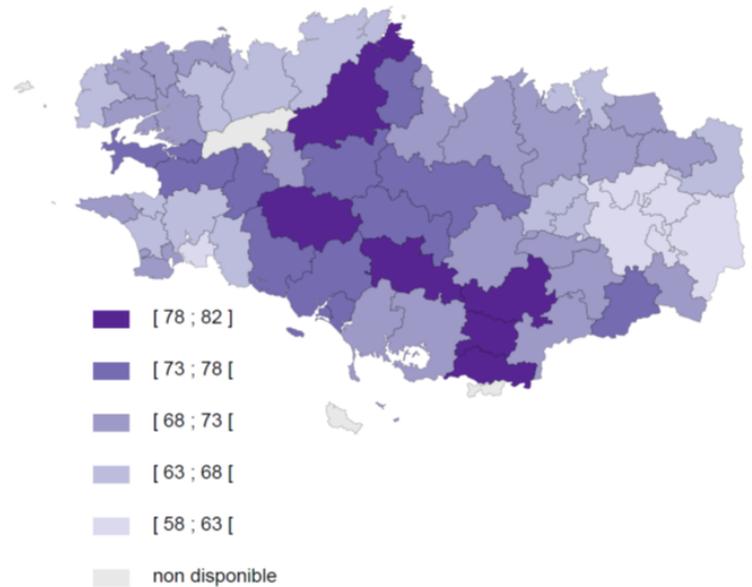
Les plus fréquentes sont :

- la maladie coronaire (une des plus fréquentes).
- l'accident vasculaire cérébral,
- l'insuffisance cardiaque,
- l'artériopathie oblitérante du membre inférieur,
- les troubles du rythme ou de la conduction,
- les maladies valvulaires,
- l'embolie pulmonaire.

Guingamp-Paimpol Agglomération = 78-82

Bretagne = 68,8

France métropolitaine = 70,7



Source : Atlas des pathologies à l'échelle des EPCI 2021

Guingamp-Paimpol Agglomération

LES MALADIES CORONAIRES CHRONIQUES

Taux standardisés de prévalence par EPCI en Bretagne

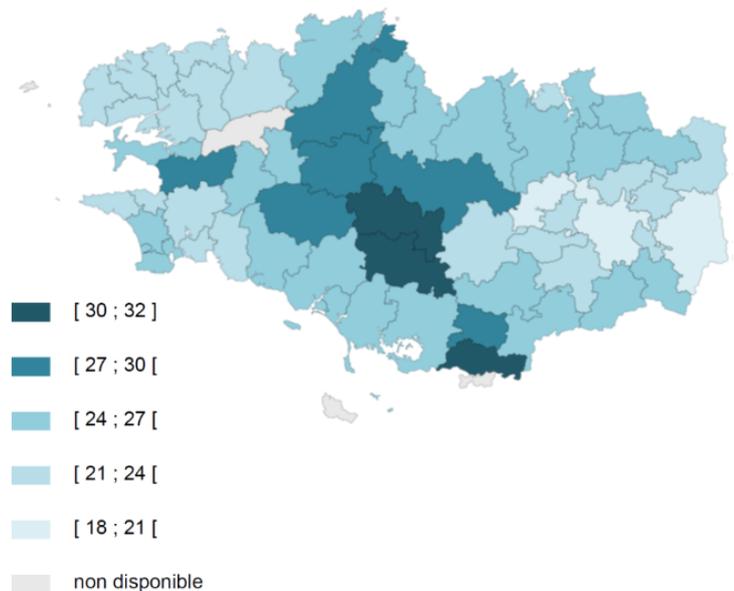
La maladie coronaire ou coronarienne (appelée aussi cardiopathie ischémique ou insuffisance coronarienne) est l'une des maladies cardiovasculaires

les plus fréquentes. Il s'agit d'un rétrécissement ou d'une obstruction des artères coronaires, de sorte que des parties du coeur ne reçoivent plus de sang ou pas assez. Ceci peut entraîner l'angine de poitrine, un infarctus du myocarde, voire un arrêt cardio-circulatoire.

Guingamp-Paimpol Agglomération = 27-30

Bretagne = 24,3

France métropolitaine = 27,6



Source : Atlas des pathologies à l'échelle des EPCI 2021

GUINGAMP-PAIMPOL AGGLOMERATION, ZONE DEFICITAIRE :

Notre agglomération relève selon l'ARS de zones déficitaires en médecins. La réduction de l'offre de soins publique viendra inéluctablement dégrader cette situation.

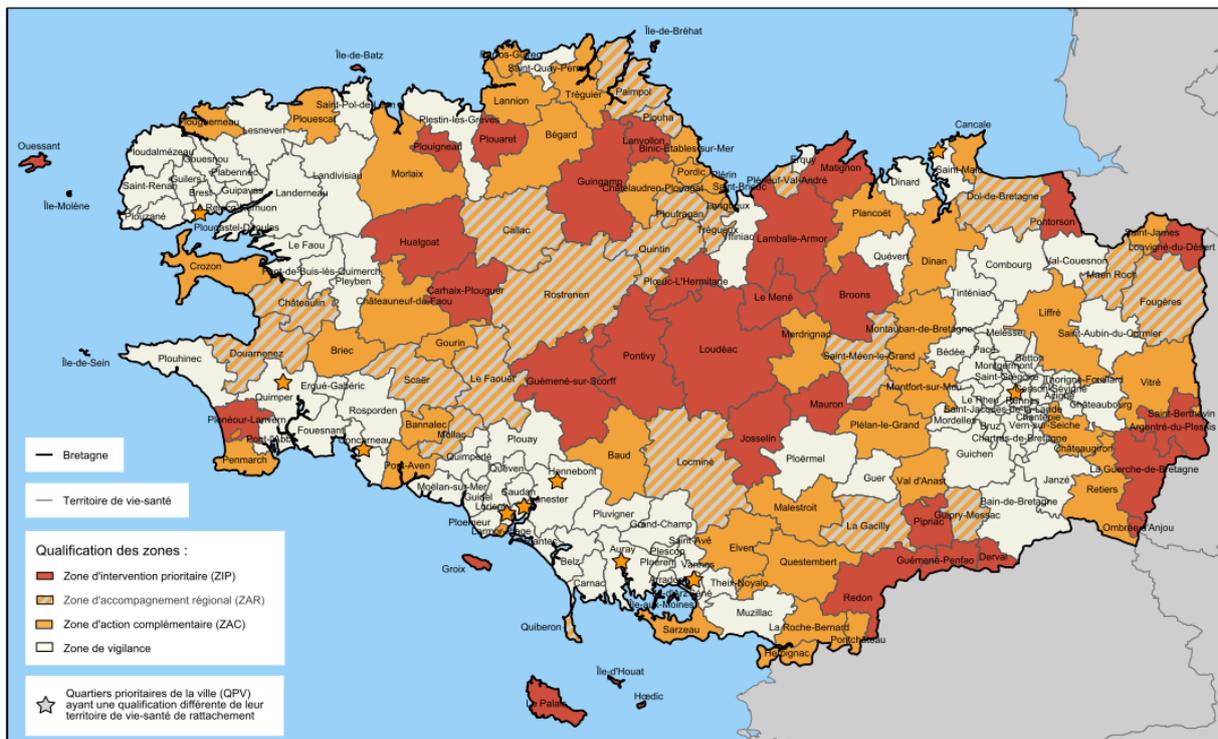
Il est un constat national que les centres hospitaliers et leurs services constituent la porte d'entrée privilégiée des personnes en situation précaire. S'il est avant tout un lieu de soins, l'hôpital se doit toujours d'accueillir toute personne qui se présente, au titre de sa mission de service public. Cela est d'autant plus vrai que les personnes en situation de précarité trouvent dans l'hôpital public leur lieu de soins privilégié, du fait des difficultés qu'elles peuvent rencontrer pour suivre un parcours de soins en ville. Nous constatons dès lors une demande de soins plus tardive et donc un état général potentiellement plus dégradé des patients arrivant à l'hôpital.

Le centre hospitalier de Guingamp se situe au cœur d'un territoire dont les caractéristiques sociales, que nous avons soulignées, rendent incontournables son rôle et les services de soins qu'il offre en proximité.

- Une **forte dépendance à la voiture individuelle** pour les **trajets domicile-travail**, supérieur à la moyenne bretonne. 84,4 % des actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi utilisent la voiture pour se rendre à leur lieu de travail, ce qui est supérieur à la moyenne bretonne de 5 points,
- Les transports en commun sont trois fois moins utilisés par rapport à la moyenne bretonne (2 % contre 6 %),
- 19 % des ménages sont en situation de **vulnérabilité énergétique** liée au coût du chauffage,
- Le Pays de Guingamp est dans une zone à potentiel radon significatif,
- Les eaux bretonnes sont particulièrement vulnérables du fait notamment des contextes agricole, littoral et hydrologique de la région.

L'ensemble de ces éléments ne relèvent aucunement d'une simple vue politique mais bien d'un constat objectif. Ce constat est d'ailleurs partagé par l'Etat qui, au titre de la « stratégie de prévention

Zonage Médecin - Janvier 2021



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

0 30 60 km

et lutte contre la pauvreté », a édité un rapport en 2022 mettant en exergue le *taux de pauvreté élevé, des revenus médians (19 234 €) inférieurs de 8% au niveau régional, un nombre de personnes sans domicile important (2^{ème} EPCI le plus concerné dans le département), un taux de chômage relativement élevé avec une part des emplois à durée limitée importante et des temps partiels qui sont parmi les plus forts de Bretagne ainsi que d'autres données socio-économiques préoccupantes.*

L'Etat indique ainsi au chapitre « santé » de ce rapport que « La pauvreté est un déterminant majeur de renoncement aux soins ». Le lien entre précarité sociale et santé est avéré. Sans service de santé publique adapté, la population sera toujours confrontée à ces maux. Les élus du territoire sont de fait légitimes à interpeller l'Etat et l'ARS afin que le niveau de service en santé soit développé. L'agglomération y prend toute sa part par ses dispositifs locaux de soutien.

4. La place du centre hospitalier

L'offre de soins, si elle ne repose pas exclusivement sur le centre hospitalier, n'en demeure pas moins liée à son activité. Il est incontestable qu'un service public comme l'hôpital de Guingamp est structurant pour un territoire et il est sans nul doute le reflet de sa vitalité. Il constitue bien l'outil privilégié d'une approche concertée de l'aménagement sanitaire du territoire tout autant que le garant d'un relatif équilibre territorial par le maintien dans les villes moyennes d'activités diversifiées.

Par son impact économique (premier employeur local avec un effectif de plus de 1000 agents), financier (un budget total de plus de 77 millions d'euros avec des dépenses d'investissements importantes dont profitent de nombreuses entreprises locales, mais aussi comme contributeur important aux impôts locaux (exemple : 132 345 € de versement mobilité en 2021), humain (entreprise essentiellement de main-d'œuvre – 70 % en moyenne des dépenses des hôpitaux) et politique (image, emploi et attractivité pour une ville siège d'un établissement de santé), **l'hôpital fait figure d'acteur clef de l'aménagement territorial, et pas uniquement de son aménagement sanitaire.**

L'hôpital constitue également un lieu de concentration de ressources rares, de technologies de pointe et de compétences hautement qualifiées dont l'impact est encore renforcé par l'installation à proximité de médecins libéraux, ce qui en fait le pivot incontournable de la chaîne de prise en charge sanitaire de la population d'un territoire donné (coordination avec la médecine de ville). Ce phénomène de polarisation qu'entraîne un hôpital est particulièrement accentué en ce qui concerne les flux de déplacement qu'il génère au sein d'une agglomération et qui structurent tout un bassin de vie. L'hôpital est donc le seul acteur, dans des territoires en souffrance, à disposer d'une expertise, d'un rôle de référence médicale et de moyens tant matériels (accès à un plateau technique) qu'humains (une grande partie du corps médical français intervient d'une façon ou d'une autre dans un établissement de santé, soit comme salariés à temps plein, soit en faisant des vacations).

Un autre indicateur souligne l'importance du centre hospitalier sur un territoire. En effet, selon l'étude sur l'installation des jeunes médecins, plusieurs éléments sont déclarés déterminants dans l'installation des jeunes médecins :

- L'accompagnement humain,
- Le soutien financier : un élément important mais non déterminant,
- L'importance de la dimension territoriale et du travail en réseau,
- **La présence d'un hôpital et d'autres professionnels de santé sur le territoire. Cette dimension semble prépondérante pour les internes (81 %) et pour les remplaçants (87%) pour les installés cela représente la majorité d'entre eux (59 %) et ce critère semble plus importants pour les plus jeunes d'entre eux.**
- Les conditions d'exercice et d'installation.

5. Le fonctionnement du centre hospitalier

La convention constitutive du GHT

Les centres hospitaliers de Guingamp et de Paimpol s'inscrivent dans le GHT des Côtes d'Armor avec les centres hospitaliers de Lannion-Trestel, Quintin et Lamballe, Tréguier et St Brieuc son établissement support. Ces établissements sont donc associés au sein du GHT par une **convention constitutive** dont il convient, au regard des menaces pesant sur le CH de Guingamp, d'en rappeler quelques éléments du préambule. Cette organisation répond à la notion de « gradation des soins ».

Elle définit trois principaux niveaux pour mieux coller aux besoins des patients dans les territoires : les **soins** de proximité (médecine, gériatrie, réadaptation...) ; les **soins** spécialisés (chirurgie, maternité...) ; les **soins** ultraspécialisés ou plateaux techniques de pointe (greffes, maladies rares...).

« Les établissements, parties au groupement hospitalier de territoire d'Armor, s'associent en vue de construire une réponse hospitalière publique commune aux besoins de santé des populations du territoire de santé. Le projet médical du groupement se donne l'ambition de permettre une prise en charge du patient commune et graduée. Ce projet vise à garantir l'accessibilité de l'offre, que le besoin de soins identifié soit un besoin de proximité, de référence ou de recours. Les établissements membres fixent à leur association l'objectif d'une organisation des soins pérenne, durable et soutenable financièrement, reposant sur la complémentarité des établissements.

Pour cela, ils considèrent comme fondamentaux les prérequis suivants :

- L'offre de premier recours et la réponse aux soins urgents doit s'articuler autour des principes de proximité et de subsidiarité, garants d'une équité dans l'accès aux soins sur tout le territoire (...)*
- L'organisation des soins spécialisés a vocation à être construite autour de parcours patients gradués, permettant la constitution de pôles d'excellence territoriaux garants d'une offre de soins adaptée et de qualité.*
- Le projet du groupement s'inscrit dans une logique d'amélioration continue de la qualité. Il s'appuie sur les acquis des coopérations déjà existantes, qu'il propose d'approfondir ou de compléter dès lors que l'approche territoriale constitue un levier d'action efficace et pertinent. »*

➔ Le préambule de cette convention souligne l'importance de chacun des maillons de la chaîne de soins à l'échelle du GHT et l'ambition qu'ils se sont fixés. Chaque établissement a son rôle à jouer pour assurer notamment en proximité les soins dont la population a besoin. Le projet de réduction des services du Centre hospitalier de Guingamp est donc contraire à l'esprit de cette convention.

Description de l'offre et l'activité du CH de Guingamp

Médecine – urgences – médico-technique

Médecine

Cardiologie
Gastro-entérologie
Hôpital de jour Chimiothérapie
Hôpital de jour Gériatrique
Hôpital de jour Médecine
Médecine Gériatrique
Médecine Interne – UP AVC

Pneumologie
Unité territoriale de Soins
Palliatifs
Urgences

Médico-technique

Radiologie
Laboratoire
Pharmacie

Stérilisation

Chirurgie – obstétrique – anesthésie

Maternité

Chirurgie

Bloc opératoire

Chirurgie ambulatoire

Hospitalisation complète

Hospitalisation de semaine

Soins continus

Anesthésiologie

Anesthésiologie

Salle de réveil

Soins de suite et réadaptation (SSR)

Hôpital de jour

Rééducation fonctionnelle

SSR polyvalent

SSR gériatrique

Hébergement

Accueil de jour Gériatrique

EHPAD

Résidence les Hortensias

Résidence Ti Névez

Résidence Petite montagne

Hébergement temporaire

Unité Alzheimer

Unités de Soins de Longue Durée

Quelques chiffres

- 200 lits de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO)
- 300 lits en EHPAD et USLD
- 100 lits de Soins de Suite Réadaptation (SSR)
- 6181 patients passés au bloc opératoire pour 7200 interventions
- 74 médecins (ETP) 731 personnels non médical (ETP)
- Une durée moyenne de séjour dans la moyenne nationale
- 21 600 passages aux urgences

Par ailleurs, un centre de santé adossé à l'hôpital et cofinancé par Guingamp-Paimpol Agglomération assure par le biais de praticiens salariés l'accueil de 2 671 patients dont 25 % éligible à la mutuelle solidaire. Le Centre hospitalier de Guingamp gère donc les affections courantes et les problématiques n'ayant pas besoin d'un haut niveau de technicité.

CH DE GUINGAMP

- ♦ Médecine (cardiologie, gastro-entérologie, gériatrie, pneumologie)
- ♦ Chimiothérapie
- ♦ Soins Palliatifs
- ♦ Obstétrique
- ♦ Chirurgie
- ♦ Urgences
- ♦ EHPAD

AILLEURS DANS LE GHT

- ♦ Neurologie
- ♦ Rhumatologie
- ♦ Diabétologie
- ♦ Oncologie
- ♦ Endocrinologie
- ♦ Hématologie
- ♦ Néphrologie

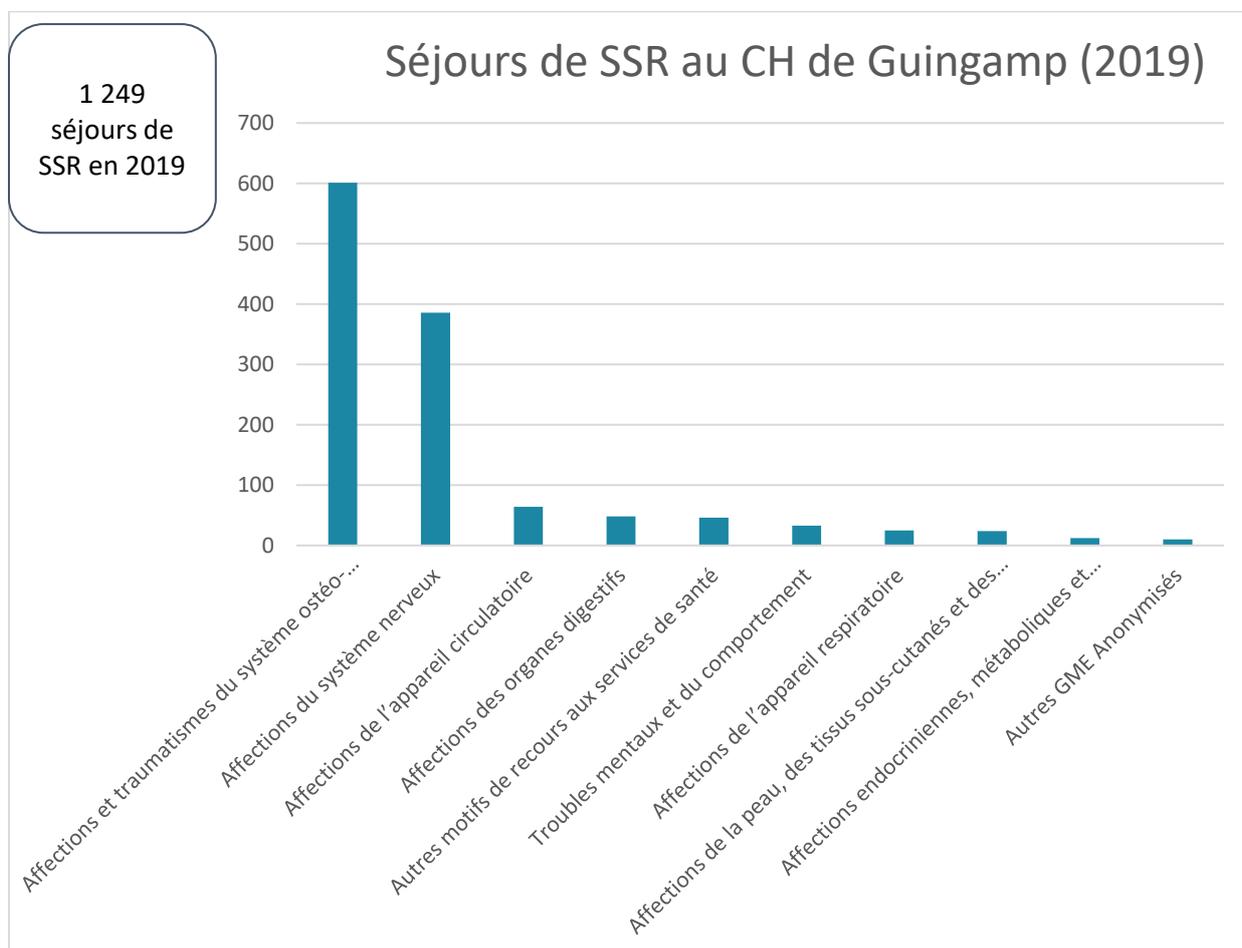
Sur sa zone d'attractivité le CH de Guingamp a des parts de marché supérieures à 60% pour les actes nécessitant une proximité (AVC, IVG)

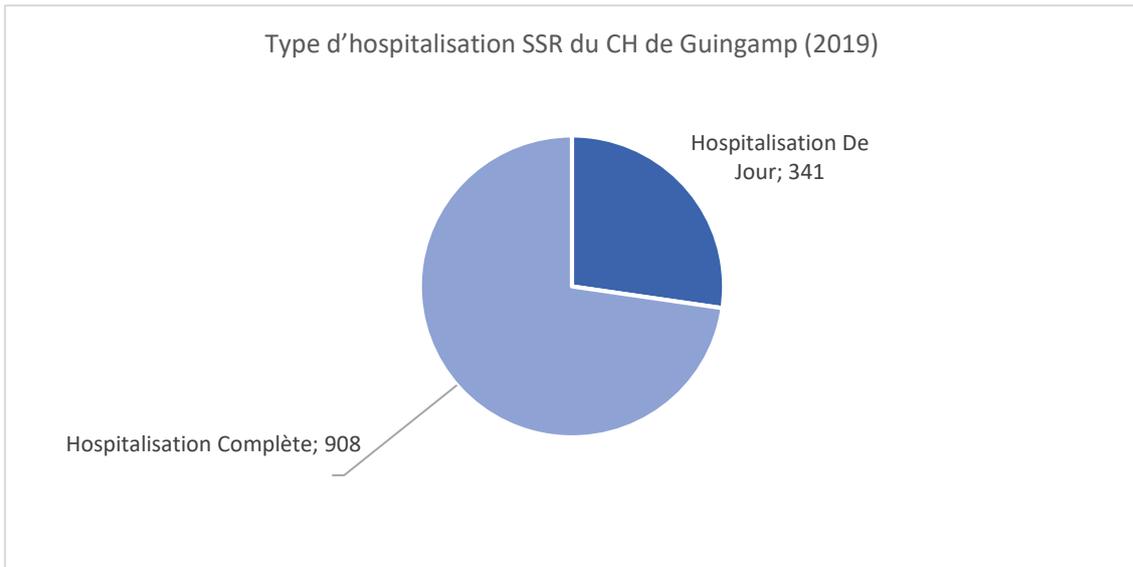
Part de marché sur la zone d'attractivité du CH de Guingamp par groupe d'activité (2019)

Données PMSI - Pilote Hôpital

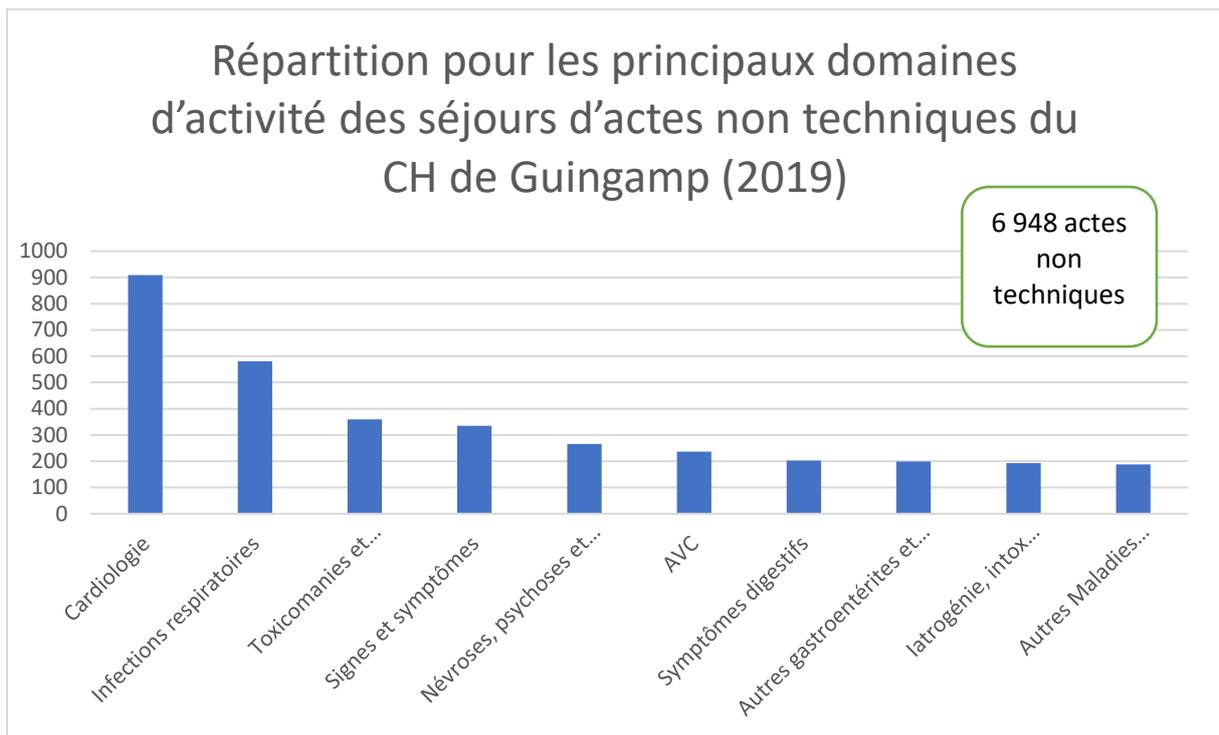
	Nombre de séjours réalisés au CH de Guingamp	Part des séjours réalisés au CH de Guingamp	Nombre de séjours réalisés au CH de Saint-Brieuc	Part des séjours réalisés au CH de Saint-Brieuc	Nombre de séjours réalisés à l'hôpital privé des Côtes d'Armor	Part des séjours réalisés à l'hôpital privé des Côtes d'Armor
Toxicomanies et alcoolisme	327	76%	35	8%	-	-
AVC	225	61%	74	20%	-	-
IVG	145	62%	32	14%	11	5%
Interruptions médicale de grossesse	28	48%	-	-	-	-
Endoscopies digestives avec ou sans anesthésie	1086	71%	84	5%	161	10%
Cataractes	1014	64%	54	3%	268	17%
Séances : chimiothérapie	341	8%	1172	26%	2233	49%
Séances : dialyse	-	-	4739	53%	-	-
Chirurgies thoraciques majeures	-	-	41	85%	-	-
Affections du post partum	-	-	21	64%	-	-
Cathétérismes thérapeutiques vasculaires et coronariens avec endoprothèse ou prothèses cardiaques	22	7%	210	63%	26	8%
Cathétérismes diagnostiques vasculaires et coronariens	39	14%	162	59%	-	-
Stimulateurs / défibrillateurs cardiaques	14	13%	52	47%	-	-

*La zone d'attractivité est la zone d'où proviennent 80 % des patients du CH de Guingamp.



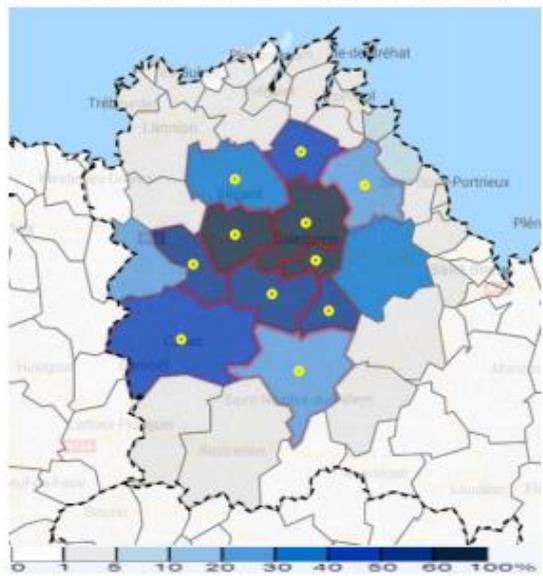


L'activité du Centre hospitalier de Guingamp : une diversité d'acte de médecine qui illustre les bons parcours de soins au sein du GHT



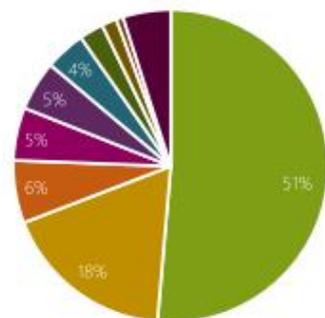
L'activité du CH de Guingamp : sur sa zone d'attractivité, le Centre hospitalier de Guingamp a 51 % de part de soins.

Zone d'attractivité du CH de Guingamp pour la médecine (2019)



Part de marché (2019) sur la zone d'attractivité du CH de Guingamp

Données PMSI - Pilote Hôpital



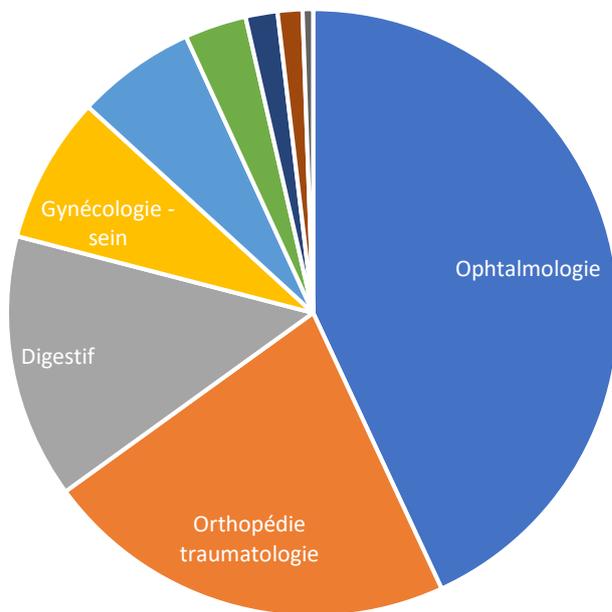
- CH Guingamp
- CH de St Brieuc
- Hôp Privé Cotes Armor
- CH Lannion
- CHU de Brest
- CH de Paimpol
- CHU de Rennes
- Polyclinique du Trégor
- CH de Tréguier
- Autres Etablissements

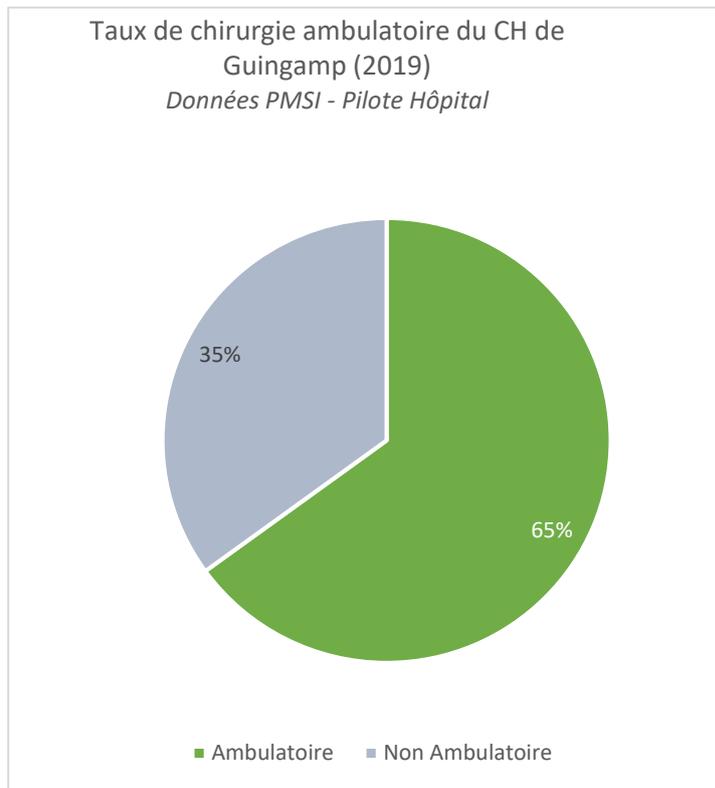
L'activité du CH de Guingamp : la chirurgie

Activités chirurgicales du CH de Guingamp en nombre de séjours en 2019

Données PMSI - Pilote Hôpital

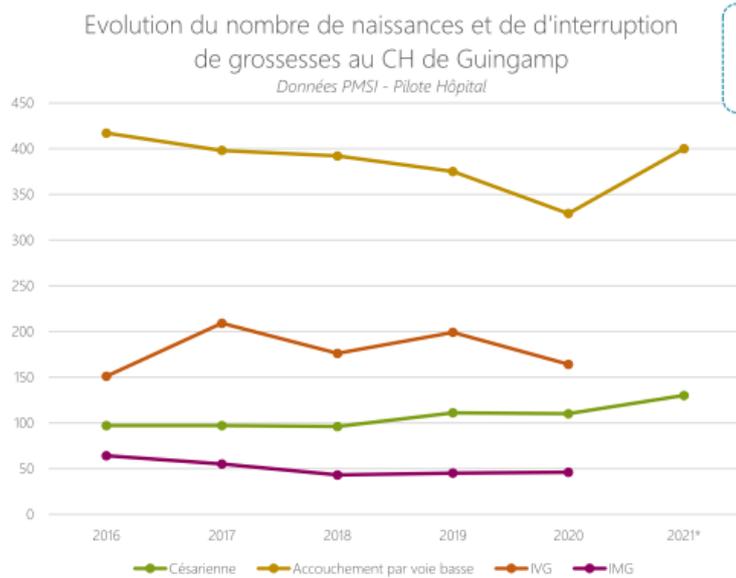
- Ophtalmologie
- Orthopédie traumatologie
- Digestif
- Gynécologie - sein
- Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)
- Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues
- Tissu cutané et tissu sous-cutané
- ORL, Stomatologie
- Autres GHM Anonymisés





2021 : 6181 patients et 7200 interventions
2022 (janvier à mars) : 1945 dont 75 sur la permanence des soins
 En moyenne, 27 interventions chirurgicales sont réalisées chaque jour (sur 5 jours).
 L'activité du service de chirurgie répond au premier niveau nécessaire à la population. On remarque d'ailleurs que la typologie des interventions reflète la typologie de la population (âgée).

L'activité du CH de Guingamp : la maternité



Le CH de Guingamp a réalisé en 2019 :

- ♦ 329 Accouchements par voie basse
- ♦ 110 césariennes
- ♦ 164 IVG
- ♦ 46 IMG

Avec une durée moyenne de séjour inférieure à la moyenne nationale

10 lits de maternité en 2019

A titre de comparaison le CH de Lannion a réalisé en 2019 :

- ♦ 457 Accouchements par voie basse
- ♦ 117 césariennes
- ♦ 177 IVG
- ♦ 48 IMG

* Estimation par rapport à l'augmentation du nombre de naissances rapporté par la presse

En 2021, le nombre d'accouchements est passé à 505, un chiffre qui situe la maternité du Centre hospitalier de Guingamp au même niveau que des maternités de villes de 12 à 19 000 habitants, comparable à l'agglomération de Lannion, commune nouvelle.

LA MATERNITÉ DE GUINGAMP, DES PRATIQUES EXEMPLAIRES

Données sur les différentes maternités (2019)			
	Maternité de type I en France métropolitaine	CH de Guingamp	CH de Lannion
Accouchement par voie basse	79,7%	77,0%	80,0%
Dont accouchements spontanés	84,0%	93,3%	86,4%
Dont accouchements assistés	16,0%	6,7%	13,6%
Taux de péridurale	78,7%	50,0%	81,6%
Taux d'épisiotomie	9,4%	3,8%	17,0%
Césariennes	20,3%	23,0%	20,0%
Dont césariennes programmées	36,7%	45,9%	45,5%
Dont césariennes non-programmées	63,3%	54,1%	54,5%

i Un taux d'épisiotomie très bas, qui montre des pratiques respectueuses.
Le taux de péridurale faible de la maternité de Guingamp s'explique par la possibilité d'accoucher dans l'eau.

Maternité « Ami des bébés »

Seules 56 maternités (chiffre 2021) en France sont labellisées « Ami des bébés » sur les 461 (chiffre 2019) maternités françaises.

Le label : Lancé en 1991 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Unicef, l'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB) propose un accompagnement individualisé aux femmes qui viennent d'accoucher et à leurs bébés, en plaçant leurs besoins au cœur du système de soins. Recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS), le Programme National Nutrition Santé (PNNS) et les réseaux de périnatalité, cette démarche est coordonnée par l'association IHAB France qui aide les maternités à mettre en application les préconisations de l'OMS et qui délivre le label "Ami des bébés". La démarche IHAB s'articule autour de trois grands principes : le respect des besoins individuels de la mère et du nouveau-né, un environnement rassurant pour les familles et un esprit d'équipe permettant des soins de qualité.

Accouchement dans l'eau : Elle est l'une des sept maternités en France autorisée à pratiquer l'accouchement aquatique et c'est sans doute une caractéristique à mettre en avant également.

Les chiffres : Le nombre d'actes démontrent combien cette maternité a sa place entre Lannion et Saint Briec avec une durée moyenne de séjour inférieure à la moyenne nationale et que ses chiffres sont révélateurs de pratiques douces spécifiques. Par rapport à la moyenne nationale, moins de péridurales (accouchements dans l'eau), moins d'épisiotomies (qui montrent des pratiques respectueuses), moins de césariennes non programmées...

6 Analyse des préconisations du GHT

Dans cette séquence, il est proposé de revenir sur chacune des « préconisations » du GHT visant à restructurer le CH de Guingamp pour en mesurer l'importance et les conséquences.

- **Suppression de la permanence des soins** (anesthésie pas en 24/24 à Guingamp),
- **Chirurgie ambulatoire uniquement**,
- Par conséquent, **le service de chirurgie serait impacté tout comme la maternité qui serait donc amenée à fermer** (en l'absence de permanence des soins).

Focus sur la permanence des soins

La permanence de soins des établissements de santé est organisée par les agences régionales de santé en fonction des besoins des territoires. La permanence de soins en établissement de santé (PDSSES) se définit comme :

- l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients,
- dans une structure de soins d'un établissement de santé,
- en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence,
- la nuit (à partir de 20h du soir et jusqu'à 8 heures du matin),
- le week-end (à partir du samedi midi) et les jours fériés.

La PDSSES concerne le seul champ de la médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

Dans les établissements publics de santé, la réglementation précise que la permanence des soins peut prendre la forme :

- d'une permanence à l'hôpital impliquant la **présence continue** (parfois dénommée « garde sur place ») dans l'enceinte de l'hôpital ;
- d'une **astreinte opérationnelle à domicile** impliquant l'obligation pour le praticien de rester à la disposition de l'établissement à son domicile ou en lieu voisin pendant toute la durée de la garde et de répondre à tout appel ;
- d'une **astreinte de sécurité** de nuit, de dimanche et/ou jour férié dans les disciplines qui ne donnent lieu qu'à des appels peu fréquents ;
- d'**appels exceptionnels** (les disciplines dans lesquelles les appels sont exceptionnels ne donnent pas lieu à une liste de garde).

Des engagements sont formalisés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. La permanence des soins concerne tous les établissements, aussi bien publics que privés. Ensemble, ces établissements permettent de garantir, en dehors des heures de fonctionnement normal, une offre nécessaire et suffisante par spécialité. Ces engagements sont inscrits dans les CPOM des établissements concernés (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens).

La crise sanitaire a mis en lumière le **véritable bouclier sanitaire** que représente la permanence des soins de l'hôpital public pour prendre en charge à toute heure des patients, de leur domicile aux services de réanimation, en passant par les urgences et les unités de soins continus. Les autres spécialités comme la biologie ou la radiologie qui jour et nuit permettent la réalisation et la validation des examens nécessaires sont aussi concernées. Sans oublier les autres praticiens qui donnent les avis spécialisés médico- chirurgicaux nécessaires pour tous les malades hospitalisés.

Aussi les élus du territoire ne peuvent qu'exiger que cette permanence soit maintenue.

Il est bon de rappeler que le centre hospitalier de Guingamp est un établissement **public** de santé, en cela, il est soumis aux dispositions du code de la santé publique qui précise en son article L6112-1 que « *Le service public hospitalier exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé (...) ainsi que l'aide médicale urgente, dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité (...)* ».

L'article suivant dispose également que :

« 1.- Les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services :

1° Un accueil adapté, notamment lorsque la personne est en situation de handicap ou de précarité sociale, et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé ;

2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé compétente dans les conditions prévues au présent code, ou, à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou par une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires ;

3° L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité (...) »

➔ Ce rappel semble nécessaire dans une période où le besoin de la population en matière de soins est en progression et où des décisions de réduction de l'offre pourraient s'avérer illégales.

Focus sur la chirurgie et l'évolution envisagée vers l'ambulatoire

La chirurgie ambulatoire recouvre l'hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit. Ainsi, elle comprend les actes chirurgicaux programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie adaptée et suivie d'une surveillance postopératoire en salle de réveil permettant, sans risque avéré, la sortie du patient le jour même de son admission. Si les élus du territoire reconnaissent le développement de cette pratique, ils sont aussi conscients des inconvénients que revêtirait ce seul type de chirurgie.

Ce mode de chirurgie est réservé à des patients a priori en bonne santé et n'est possible que pour certaines opérations. Le patient arrive tôt le matin. Il est immédiatement pris en charge dans une unité spéciale, ou à défaut dans un service où des lits sont réservés à cet usage.

- Plus d'allées et venues pour les patients, et donc davantage de fatigue. Ils doivent arriver tôt le matin, repartir le soir, et pour certains consulter très vite. Le premier pansement est souvent à changer au deuxième jour, ce qui oblige le patient à revenir le lendemain. Il peut exister une inquiétude pour la première nuit, tant pour le patient que pour sa famille.
- Le patient doit être bien préparé, et on dispose de moins de temps. Les soins peuvent paraître dans certains cas plus déshumanisés. La prise en charge de la douleur post-opératoire est moins bonne à domicile. Les patients doivent être responsabilisés et respecter davantage encore les règles de sécurité.

➔ Pour rappel une personne sur deux de plus de 80 ans vit seule sur le territoire. La chirurgie ambulatoire n'est pas envisageable pour cette population, il faut une hospitalisation pour assurer un suivi de prise en charge et éviter la perte de chance.

➔ Compte tenu de la démographie de notre territoire et des caractéristiques sanitaires de sa population, les élus du territoire ne peuvent qu'écartier le scénario de transformation de la chirurgie en service ambulatoire. Les élus du territoire estiment que pour répondre à la pénurie médicale et notamment des anesthésistes, un plan national doit être mis en œuvre et une politique proactive de recrutement mise en œuvre par le GHT.

Focus sur la maternité

En 2021, l'activité de la maternité s'est renforcée avec 505 naissances. Par ailleurs, ce service n'est pour l'heure pas impacté par la pénurie de soignants. Sa fermeture paraît totalement injustifiée, d'autant que le seuil de fermeture fixé à 300 est largement dépassé (décret de 1998). Les représentants

du GHT reconnaissent eux-mêmes que l'hôpital support de Saint Briec ne saurait en absorber l'activité. En ce sens, l'exemple de fusion Dinan/Saint Malo est parlant quant aux difficultés qu'elle a générées.

Selon une étude de l'INSERM, le risque de naissances en dehors de l'hôpital est plus de deux fois plus élevé pour les femmes vivant à 30 km ou plus de la maternité la plus proche que pour celles vivant à moins de 5 km, cette différence est encore plus grande pour les femmes qui ont déjà eu plusieurs accouchements antérieurs.

Une autre étude régionale indique « Pour des temps supérieurs à 45 minutes, les taux bruts de mortalité passent de 0,46 % à 0,86 % et ceux de la mortalité périnatale de 0,64 % à 1,07 % (...) Nos résultats montrent que la durée du trajet à la maternité la plus proche a un impact sur la santé périnatale ».

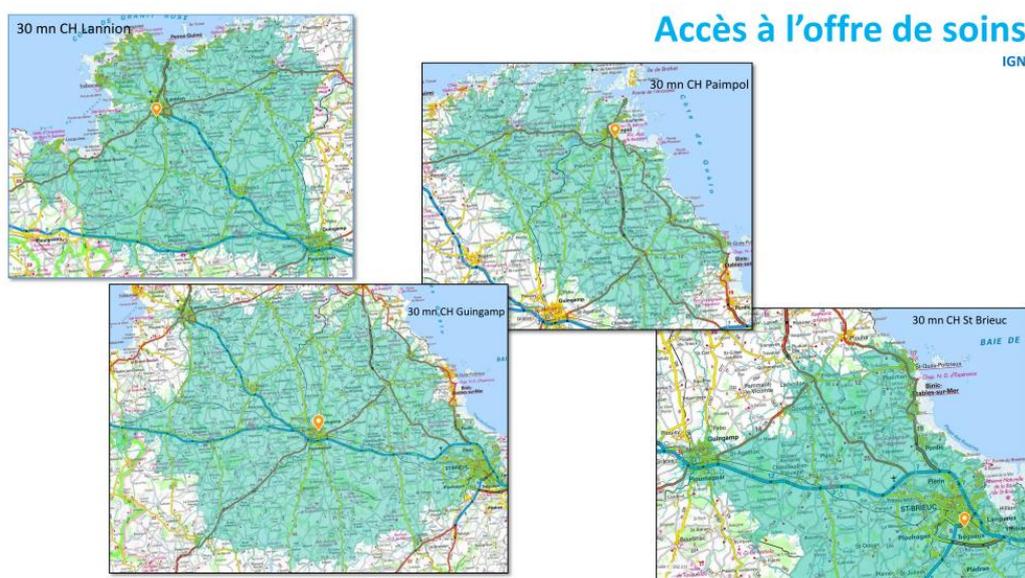
➔ A l'inverse d'une fermeture, les élus du territoire préconisent une communication positive axée sur l'excellence de ce service et le développement de son image singulière de qualité et d'humanité par une action proactive de l'ARS Bretagne.

Les défaillances du scénario proposé par le GHT

Les élus du territoire constatent que le scénario porté par le GHT, outre la diminution de l'offre de soins, comporte indéniablement :

- Une **rupture d'égalité géographique** pour l'accès aux soins
- Une **perte de chance** au sens jurisprudentielle du terme pour les patients
- Une **vision à court terme, incompatible avec l'évolution des besoins** de la population et **contraire à la logique d'aménagement du territoire** et qui plus est, **incompatible avec les capacités d'absorption des CH** de Saint Briec et Lannion des activités sacrifiées à Guingamp
- Une **vision « mathématique »** reposant sur le sacrifice et le dépouillement du CH de Guingamp au profit de Saint Briec et Lannion, sans assurance aucune d'un engagement des personnels affectés par cette réorganisation
- **Enfin, la sécurité des soins prend tout son sens dans le maintien de la permanence des soins**

Une rupture d'égalité géographique pour l'accès aux soins





Extrait présentation
comité de concertation
GHT 10/12/2021

Ces cartes démontrent, s'il en était besoin, que la couverture géographique du territoire ne serait plus assurée en cas de fermeture des services prescrits par le GHT et particulièrement pour le sud du territoire. Cette affirmation est d'autant plus vraie que se pose la question des transports sanitaires. Sujet dont le GHT lui-même a reconnu la sensibilité tant la pénurie est flagrante.

Une perte de chance

La perte de chance est une notion consacrée par la Cour de cassation dans un arrêt en date du 18 mars 1975. Elle se caractérise comme étant **la privation d'une probabilité raisonnable de la survenance d'un événement positif ou de la non-survenance d'un événement négatif**. Cette notion qui s'applique notamment en matière de responsabilité civile (réparation d'un préjudice) et s'étend au contexte actuel des tensions en matière de santé. En effet, comment ne pas considérer qu'un patient qui se trouverait par trop éloigné d'un service de soins ne perde le bénéfice d'être pris en charge rapidement et efficacement ?

Une vision à court terme

Les communes et la Communauté d'agglomération œuvrent pour leur territoire à court, mais surtout à long terme. Cette responsabilité impose une capacité de projection de ce que peut ou doit être le territoire et les services aux habitants. Si le GHT est confronté à des difficultés conjoncturelles, celles-ci ne sauraient lui faire engager une réforme définitive du Centre hospitalier de Guingamp. Fermer définitivement des services en évoquant le manque de personnel est un manque flagrant d'anticipation. Par ailleurs, le problème de la pénurie médicale est un sujet national qui va sans nul doute susciter des réponses nationales, aussi la précipitation ne peut être que préjudiciable. Enfin, une fermeture de services pourrait constituer une première étape vers une fermeture définitive du Centre hospitalier de Guingamp et sa transformation en hôpital de proximité qui n'a pas la même fonction sur un territoire. Cette affirmation n'est pas un jugement, mais repose sur la tendance de fond : depuis

2000, les établissements médicaux publics français ont perdu un cinquième de leur capacité d'accueil. Sur la période 2013-2018, 60 hôpitaux ont fermé et la tendance s'est accélérée, rien qu'en 2020 25 autres établissements ont fermé.

Une vision mathématique

Lors du bureau des maires du 7 avril dernier, les membres du GHT ont évoqué par souci arithmétique, la nécessité de renforcer les Centres hospitaliers de Lannion et Saint Briec par les personnels des services de Guingamp qui seraient fermés. Outre notre questionnement sur le sens donné à un management d'équipe, il ne semble pas évident que tous les personnels acceptent un tel sort ; cela ressort avant tout d'une démarche professionnelle personnelle dont le GHT n'a aucune garantie et qui pourrait conduire au départ définitif de personnel du territoire. En effet, exercer dans un centre hospitalier de proximité est bien différent de l'exercice dans un hôpital support.

La question de la sécurité des patients

La sécurité des patients est un argument soulevé par le GHT que notre agglomération ne saurait ignorer. Pour autant, aucune information ou donnée objective ne vient étayer à ce jour ces propos. Nous pouvons au contraire considérer que si ce risque était avéré, l'Agence Régionale de Santé aurait prescrit une fermeture immédiate des services concernés... ajouté à cela, qu'aucun professionnel de santé n'accepterait d'exercer dans des conditions de risques élevés. Leur propre responsabilité pouvant être engagée.

7. Le scénario proposé par les élus du territoire à l'ARS

Après consultation des professionnels de santé, du comité de pilotage réuni par l'agglomération (élus et défenseurs de l'hôpital), de la conférence des Maires et du Conseil citoyen, je propose aux élus du territoire de :

- **Rejeter** le scénario soutenu par le GHT et conduisant à la fermeture de services au Centre hospitalier de Guingamp ;
- **Demander**, au regard de la fragilité particulière de sa population, le maintien de la permanence des soins de chirurgie et de l'ensemble des services dont la maternité, la chirurgie complète et le service des urgences 24h/24 ;
- **Demander** que l'ARS saisisse son ministère de tutelle pour des mesures gouvernementales à même de répondre aux difficultés contextuelles ;
- **Demander** le développement de services tels que la chimiothérapie et l'installation d'une IRM fixe au Centre hospitalier de Guingamp ;
- **Demander** au GHT et à la direction du Centre hospitalier de Guingamp de mettre en œuvre toutes les mesures possibles pour le recrutement de personnel médical et paramédical permettant d'assurer la pérennité des services de soins ;
- **Demander** à ce que cesse la communication négative autour du devenir du Centre hospitalier de Guingamp dont l'attractivité pourrait s'en trouver affectée ;
- **Affirmer** la volonté de coopérer avec l'ARS Bretagne afin de construire en particulier une dynamique proactive bretonne pour le développement de la seule maternité de Bretagne labellisée « Ami des bébé » permettant l'accouchement dans l'eau.

**Le Président de Guingamp-Paimpol Agglomération,
Vincent LE MEAUX**