



Projet médical commun 2019-2023

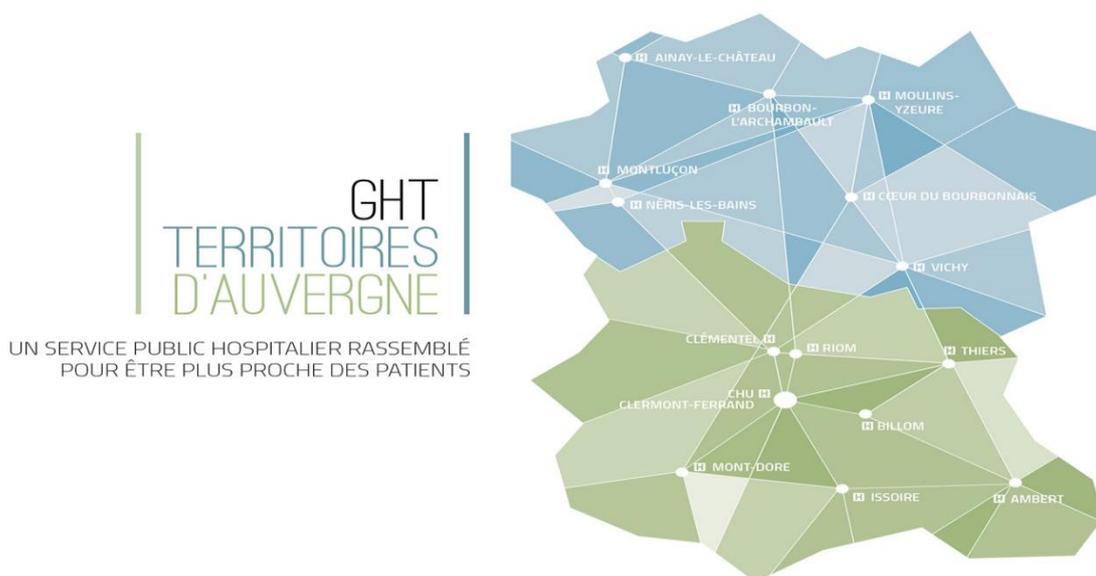
Centres Hospitaliers de Thiers et Ambert



Centre hospitaliers de Thiers



Centre hospitaliers d'Ambert





Sommaire

1	Préambule	5
2	Les orientations stratégiques du projet médical commun des Centres Hospitaliers de Thiers et d'Ambert	6
2.1.1	Socio-démographie	6
2.1.2	Géographie du territoire et offre médicale.....	8
2.1.3	Activités et positionnement concurrentiel	12
2.2	Les orientations stratégiques des hôpitaux de Thiers et d'Ambert dans le territoire	17
3	Déclinaison par établissement et par filière du projet médical commun.....	29
3.1	La filière des urgences : une réponse de proximité	29
3.1.1	Rappel des objectifs du Projet Médical Partagé (PMP)	29
3.1.2	A Thiers.....	29
3.1.3	A Ambert	33
3.1.4	Les complémentarités et les projets communs	34
3.2	Les filières médicales: l'ouverture vers la cité.....	34
3.2.1	A Thiers.....	34
3.2.2	A Ambert	41
3.2.3	Les complémentarités et les projets communs	44
3.3	Les activités chirurgicales: l'engagement vers le virage ambulatoire.....	45
3.3.1	A Thiers.....	45
3.3.2	Les complémentarités	49
3.4	La filière gériatrique : le défi du vieillissement	49
3.4.1	Les orientations du projet médical partagé	49
3.4.2	A Thiers.....	50
3.4.3	A Ambert	55
3.4.4	Les complémentarités et les projets communs	58
3.5	La filière natale et périnatale : la garantie d'une réponse de qualité	58
3.5.1	Rappel des objectifs du Projet Médical Partagé du GHT « Territoires d'Auvergne » 58	
3.5.2	A Thiers.....	59
3.5.3	A Ambert	62
3.5.4	Les complémentarités et les projets communs	62

Projet médical commun 2019-2023

Centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert

Groupement Hospitalier de Territoire « Territoires d'Auvergne »



3.6	La filière de la santé mentale : la prévention et le soin	62
3.6.1	Rappel des objectifs du Projet Médical Partagé	63
3.6.2	La psychiatrie générale.....	63
3.6.3	L'addictologie	66
3.6.4	La filière pédopsychiatrique	68
3.7	Les activités de support médical : des dispositifs au service de la clinique	69
3.7.1	Blocs opératoires : s'adapter au développement des activités	69
3.7.2	Activités pharmaceutiques et de stérilisation : organiser les complémentarités territoriales.....	72
3.7.3	Imagerie : moderniser les outils de travail dans les 2 établissements.....	74
3.7.4	Laboratoires et prélèvements : préserver une réponse de proximité et développer la coopération territoriale.....	76
3.7.5	Plateau des consultations externes : améliorer l'accessibilité.....	77
3.7.6	Télémédecine : favoriser le recours à la télémédecine	79
3.7.7	Dossier patient : promouvoir une politique coordonnée en matière d'informatisation dossier patient unique.....	79
3.7.8	Vigilances : renforcer les dispositifs de sécurisation de la prise en charge du patient	80
3.7.9	Hygiène : développer les actions engagées et limiter les infections nosocomiales	81
3.7.10	: La qualité : un objectif majeur des communautés médicales dans le cadre de la certification de territoire.....	82
3.7.11	: Les programmes d'éducation thérapeutique.....	84
3.7.12	Un projet médical au service de l'attractivité médicale soutenu par une politique active de recrutement.....	85
4	Les Projections d'activité.....	88
4.1	Les hypothèses de calcul	88
4.2	Les résultats.....	89
4.2.1	A Thiers.....	89
4.2.2	A Ambert	96
4.3	Conséquences capacitaires	100
4.3.1	Capacités existantes dans les deux établissements	100
4.3.2	Capacités projetées	101
5	Communication, suivi et évaluation du projet médical	102
5.1	Communication sur le projet médical commun.....	102
5.1.1	Communication interne	102
5.1.2	Communication externe.....	102

Projet médical commun 2019-2023

Centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert
Groupement Hospitalier de Territoire « Territoires d'Auvergne »



5.2	Evaluation et suivi du projet médical commun.....	103
6	Conclusion	103
7	Fiches action.....	104



1 Préambule

Par courriers reçus dans les deux établissements de Thiers et d'Ambert à la fin du mois de février 2019, l'Agence Régionale de la Santé d'Auvergne-Rhône-Alpes a demandé que les deux hôpitaux en direction commune produisent un projet médical dans un délai de trois mois.

Il convient de souligner que le dernier projet médical était arrivé à échéance en 2016.

Malgré le caractère ramassé du délai, les deux communautés médicales, conscientes des enjeux, se sont attelées à cette tâche. Un travail de concertation avec les Présidents des Commissions Médicales d'Établissement (CME) s'est engagé. Des retours réguliers ont été faits vers les communautés médicales, soit à l'occasion de visites dans les services, soit en CME. Les Conseils de Surveillance ont été tenus régulièrement informés de même que les Comités Techniques d'Établissement (CTE).

L'Agence Régionale de la Santé a apporté un soutien constant aux deux établissements, sachant que ce document partagé permettra de structurer, grâce à la lisibilité des projets déclinés, une aide efficiente en investissement dans deux structures très fragilisées financièrement.

Ce document se propose également d'être une porte d'entrée renouvelée vers la cité et les professionnels de santé libéraux des deux bassins de vie de Thiers et d'Ambert. Leur avis a d'ailleurs été recueilli lors de deux rencontres, l'une à Thiers le 16 mai 2019 à l'espace mutualiste et l'autre à Ambert le 28 mai 2019 au centre hospitalier. Leur contribution a permis d'améliorer le contenu du document en prenant mieux en compte leurs besoins.

Des échanges réguliers ont été organisés avec l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire « Territoires d'Auvergne », le centre hospitalier de Vichy lors d'une rencontre le 29 avril 2019 et les EHPAD travaillant avec le centre hospitalier de Thiers lors d'une rencontre le 24 mai 2019.

Le projet médical commun a recherché de manière constante à répondre à une demande de soins graduée dans des filières, dont plusieurs restent à construire, dans une cohérence avec le Plan Régional de Santé et le Projet Médical Partagé du GHT « Territoires d'Auvergne ».

Le projet médical commun des hôpitaux de Thiers et d'Ambert s'inscrit ainsi dans le prolongement de cette réflexion concertée en vue d'une prise en charge, optimale et de sécurité des patients de leurs territoires. Il s'appuie sur les coopérations existantes, organisant le partenariat et le soutien mutuel entre l'établissement de santé pivot et les deux établissements de proximité. Les attendus du projet sont concrets, simples et pragmatiques, partagés entre les partenaires. Ils comprennent à la fois l'amélioration continue de la prise en charge des patients et la recherche constante d'efficacité, par une organisation raisonnée des soins au sein des deux territoires.

Il s'agit enfin de faire vivre la communauté médicale via le partage de compétences et les échanges d'informations entre les différents établissements partenaires.





2 Les orientations stratégiques du projet médical commun des Centres Hospitaliers de Thiers et d'Ambert

Les centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert ont centré leur réflexion sur la notion de filière de prise en charge en décrivant les complémentarités entre les deux sites et en s'appuyant sur les orientations du Projet Médical partagé du GHT « Territoires d'Auvergne ». Ce projet s'articule autour de quatre notions clefs :

- La proximité ;
- L'ouverture sur la cité ;
- Le développement de l'ambulatoire
- La qualité et la sécurité des prises en charge ;

2.1.1 Socio-démographie

Les bassins desservis par les hôpitaux de Thiers et d'Ambert sont vastes en surface, pour une population sous-dense, plutôt âgée et souvent socialement précaire, qui rencontre des problèmes d'accessibilité aux soins en raison d'un niveau de précarité important.

Sur le bassin Thiernois :

Thiers est siège d'une sous-préfecture d'arrondissement, dont la population recensée en 2019 était de 56 321 habitants avec une densité de 65 hab./km², pour une superficie de 866 km².

La démographie y est peu dynamique bien qu'en voie de stabilisation :

Évolution de la population							
1968	1975	1982	1990	1999	2006	2011	2016
56 946	57 671	58 387	57 813	56 292	56 671	56 959	56 321



Le bassin de la communauté de commune Thiers Dore et Montagne comprend 30 communes et de nombreux lieux dits. Il comptait 37 707 habitants en 2015. Il y est constaté une augmentation du nombre des plus de 60 ans nettement supérieure à la moyenne nationale. Les plus de 60 ans représentent 31,2% de la population du bassin alors qu'en moyenne en France ils représentent 24,2%. Les retraités représentent 34% de la population contre 26,9% en moyenne en France et les cadres 3,8% contre 12,6% en 2015. Le pourcentage des moins de 15 ans est de 16% rapporté à la moyenne française de 18,4%.

Les indicateurs socio-économiques font apparaître une population fragile socialement. Le revenu médian de la ville s'élève à 15 777 € par an, un montant moins élevé (-25,4 %) que le revenu médian en France (19 785 €). En termes de répartition des revenus, l'indice de Gini (40 %) affiche un niveau de vie plus inégal qu'en France. L'écart inter-décile se situe à 6,8, avec 10 % des habitants les plus pauvres gagnant au plus 4 608 € tandis que les 10 % de la population les plus riches perçoivent au moins 31 140 €. Le taux de pauvreté (21,3 %) est nettement plus important que le taux de pauvreté français (13,9 %) et environ 56,6 % des foyers fiscaux de la commune sont non imposables¹.

¹ <https://www.lemonde.fr/auvergne/puy-de-dome/63/thiers,63430/fiscalite/>



Bien qu'équivalent au niveau national le taux de chômage est en constante progression.

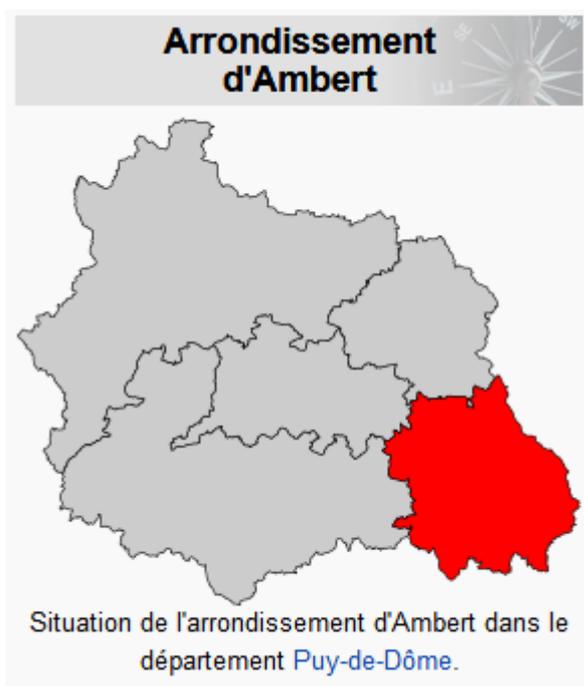


Sur le bassin Ambertois :

Ambert est siège d'une sous-préfecture d'arrondissement, dont la population recensée en 2019 était de 27 606 habitants avec une densité de 23 hab./km², pour une superficie de 1 188 km².

La démographie y est peu dynamique bien qu'en voie de stabilisation :

Évolution de la population							
1968	1975	1982	1990	1999	2006	2011	2016
35 679	32 967	30 909	29 021	28 014	27 458	26 973	27 606



	2015	%	2010	%
Ensemble	27 618	100,0	27 157	100
0 à 14 ans	3 855	14,0	4 025	14,8
15 à 29 ans	3 252	11,8	3 377	12,4
30 à 44 ans	4 349	15,7	4 739	17,4
45 à 59 ans	6 409	23,2	6 155	22,7
60 à 74 ans	5 829	21,1	5 112	18,8
75 ans ou plus	3 925	14,2	3 749	13,8

La population de l'arrondissement est plutôt âgée et continue à vieillir.

Taux en %	
Ensemble	16,0
Moins de 30 ans	23,7
De 30 à 39 ans	21,3
De 40 à 49 ans	19,0
De 50 à 59 ans	17,3
De 60 à 74 ans	10,5

Le Taux de pauvreté est supérieur à la moyenne nationale (13,9 %).

Bien que légèrement inférieur au niveau national le taux de chômage est en constante progression.

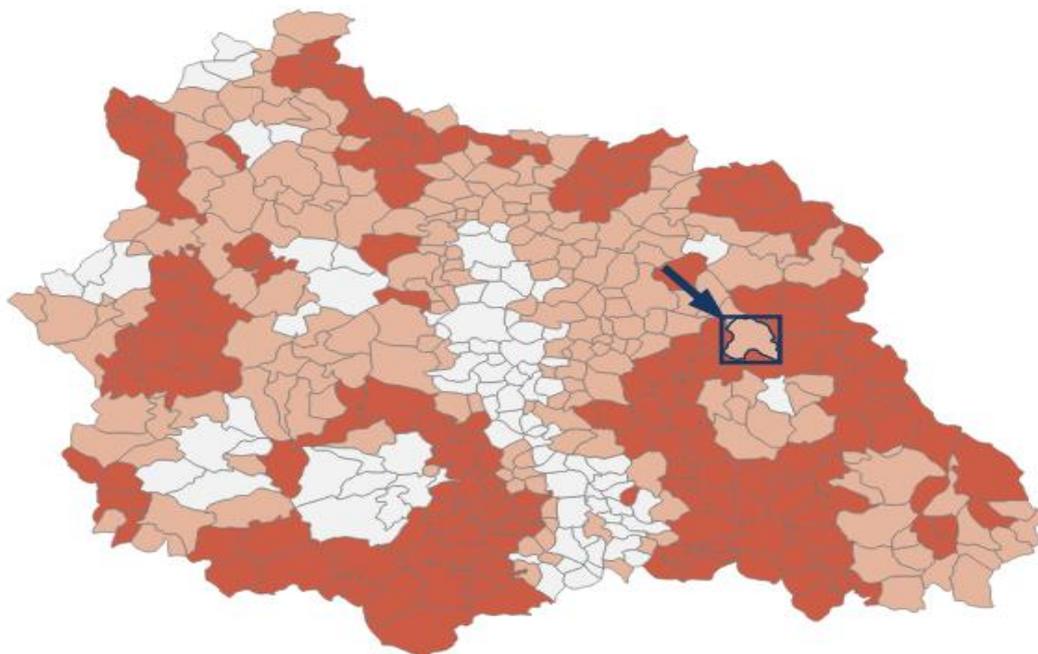




2.1.2 Géographie du territoire et offre médicale

Le Puy-de-Dôme est sous-dense au niveau médical, comme le fait apparaître une étude de 2015 de la DREES² sur les déserts médicaux en France.

■ Insuffisant (< 2.5) ■ Problématique (< 4) □ Satisfaisant (≥ 4)



PUY-DE-DOME

Cette situation de sous-médicalisation pose à la fois une question d'accessibilité aux soins mais aussi a pour effet de reporter sur l'hôpital public la charge de l'égal accès à la santé. La carte ci-dessus montre que dans les arrondissements de Thiers et d'Ambert la situation de l'offre médicale est majoritairement insuffisante ou problématique. Dans le PRS de l'AURA, Thiers et Ambert sont en zone d'Intervention prioritaire concernant les médecins généralistes³.



² <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer>

³ http://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/PAPS_RA/IE_MINSTALLE/4_Ou_minstaller/Zonage/2018_Zonage_Med_Gen/2018_ARS_ARA_Zon_Med_G_Carte_63.pdf



Sur le bassin thiernois :

Un désert médical est en train de s'installer sur le bassin thiernois. En 2008, il y avait 8,5 omnipraticiens pour 10 000 habitants ; en 2017, il n'y a plus que 6 praticiens pour 10 000 habitants. La communauté de communes compte 23 omnipraticiens dont 9 ont plus de 60 ans, 1 de moins de 40 ans et 11 entre 40 et 59 ans avec une répartition très inégale sur le territoire puisque 10 omnipraticiens sont installés sur Thiers et 2 sur Courpière et 4 sur Puy Guillaume. Le bassin thiernois proposait jusqu'en 2017 une offre d'ophtalmologie, de cardiologie, d'ORL, de dermatologie, de chirurgie dentaire, de l'orthophonie, des soins infirmiers, de kinésithérapie en offre de soins libérale. En 2018, les cabinets d'ophtalmologie et d'ORL ont fermé, les praticiens ayant pris leur retraite. Les habitants du bassin thiernois doivent donc s'orienter sur Vichy ou Clermont- Ferrand pour accéder à ce type de soins.

L'étude de la DREES⁴ dresse un tableau pessimiste par commune :

Code commune INSEE	Commune	APL aux médecins généralistes <i>En nombre de consultations/visites accessibles par habitant standardisé</i>	APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans <i>En nombre de consultations/visites accessibles par habitant standardisé</i>	Population standardisée pour la médecine générale <i>En nombre d'habitants standardisés</i>
63008	Arconsat	1,9	1,7	685
63015	Aubusson-d'Auvergne	2,3	2,3	244
63016	Augerolles	2,4	2,4	960
63045	Bort-l'Étang	3,0	3,0	609
63058	Bulhon	3,3	3,3	496
63066	Celles-sur-Durolle	3,6	3,3	1 905
63072	Chabreloche	3,7	3,2	1 379
63095	Charnat	2,9	2,9	217
63102	Châteldon	2,2	2,2	827
63125	Courpière	3,0	3,0	4 738
63128	Crevant-Laveine	3,3	3,3	950
63131	Culhat	3,1	3,0	1 170
63138	Dorat	3,9	3,9	717
63151	Escoutoux	2,7	2,7	1 358
63180	Joze	3,5	3,5	1 090
63184	Lachaux	0,1	0,1	349
63194	Lempty	3,8	3,7	366
63195	Lezoux	3,1	3,1	6 081
63229	Moissat	3,3	3,2	1 132
63231	La Monnerie-le-Montel	3,9	3,6	2 018
63249	Néronde-sur-Dore	3,6	3,6	478
63253	Noalhat	2,6	2,6	228
63260	Olmet	1,9	1,9	173
63265	Orléat	2,4	2,4	2 074
63267	Palladuc	2,0	2,0	563
63271	Paslières	2,7	2,7	1 530
63276	Peschadoires	3,5	3,5	2 250
63291	Puy-Guillaume	2,3	2,3	2 789
63296	Ravel	3,4	3,3	703
63298	La Renaudie	-	-	162
63301	Ris	2,3	2,3	797
63310	Sainte-Agathe	1,3	1,3	237
63343	Saint-Flour	2,4	2,4	269
63364	Saint-Jean-d'Heurs	3,2	3,2	707
63393	Saint-Rémy-sur-Durolle	2,8	2,8	1 952
63402	Saint-Victor-Montvianeix	0,5	0,5	247
63414	Sauviat	2,1	2,1	529
63418	Sermentizon	2,8	2,8	591
63420	Seychalles	3,7	3,7	647
63430	Thiers	3,2	3,2	12 070
63461	Vinzelles	2,8	2,8	371
63463	Viscomtat	2,5	2,0	623
63468	Vollre-Montagne	2,6	2,2	357
63469	Vollre-Ville	2,2	2,2	809

⁴ L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) 2015 aux médecins généralistes combine trois critères :
-L'activité
-La décroissance de l'accessibilité avec la distance
-L'âge de la population



Sur le bassin ambertois :

Sur Ambert-Livradois-Forez (ALF), il y avait en 2018 comme en 2012, 20 médecins, mais 3 en cours de départ et non remplacés, 8 entre 65 et 69 ans, 1 de plus de 75 ans⁵. Comme sur l'aire thiernoise, la présence de médecins spécialistes hors hôpital est quasi inexistante. Les paramédicaux sont également en sous nombre posant des problèmes d'accessibilité aux soins. A titre d'exemple, pour les infirmiers libéraux, la DRESS a calculé sur Ambert que l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) en 2016 était de 70 versus 129,4 à Clermont-Ferrand, ville centre du département⁶. Pour les sages-femmes cet indicateur était de 3,8 versus 22,7 à Clermont-Ferrand. Pour les kinésithérapeutes, il était de 65,7 contre 114,2 à Clermont-Ferrand.

Code commune INSEE	Commune	APL aux médecins généralistes	APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans	Population standardisée pour la médecine générale
63002	Aix-la-Fayette	1,7	-	83
63003	Ambert	4,0	3,3	7 628
63010	Arlanc	3,6	3,4	2 159
63023	Auzelles	2,6	2,6	377
63027	Baffie	1,0	1,0	134
63037	Bertignat	1,0	0,8	540
63039	Beurières	2,7	2,5	328
63056	Brousse	2,0	1,9	364
63057	Le Brugeron	0,4	0,4	293
63065	Ceiloux	2,8	2,8	178
63076	Chambon-sur-Dolore	1,7	-	213
63081	Champétières	2,6	2,2	268
63086	La Chapelle-Agnon	2,6	2,6	441
63104	La Chaulme	2,9	2,9	154
63105	Chaumont-le-Bourg	3,0	2,8	228
63119	Condat-lès-Montboissier	1,4	0,8	233
63132	Cunlhat	3,8	3,8	1 433
63136	Domaize	3,9	3,9	386
63137	Doranges	-	-	196
63139	Dore-l'Église	3,7	3,7	684
63142	Échandelys	2,8	1,7	285
63147	Églisolles	3,4	3,2	319
63158	Fayet-Ronaye	1,1	0,5	119
63161	La Forie	3,3	2,7	340
63162	Fournols	1,7	-	391
63173	Grandrif	3,3	2,9	187
63174	Grandval	0,6	-	133
63179	Job	2,0	1,6	1 137
63207	Marat	0,6	0,6	935
63211	Marsac-en-Livradois	4,0	3,6	1 520
63218	Mayres	1,4	1,4	195
63221	Medeyrolles	2,6	2,6	156
63230	Le Monestier	3,1	1,6	212
63256	Novacelles	1,2	0,7	162
63258	Olliergues	2,6	2,6	828
63309	Saillant	3,4	3,2	317
63312	Saint-Alyre-d'Arlanc	1,6	1,6	200
63314	Saint-Amant-Roche-Savine	3,2	1,9	583
63319	Saint-Anthème	2,1	2,1	889
63323	Saint-Bonnet-le-Bourg	0,6	-	160
63324	Saint-Bonnet-le-Chastel	1,8	0,7	266
63328	Sainte-Catherine	1,6	1,6	71
63331	Saint-Clément-de-Valorgue	3,0	3,0	250
63337	Saint-Éloy-la-Glacière	3,9	2,3	64
63341	Saint-Ferréol-des-Côtes	4,0	3,3	599
63353	Saint-Germain-l'Herm	2,2	1,1	594
63355	Saint-Gervais-sous-Meymont	3,0	3,0	300
63371	Saint-Just	2,3	2,1	205
63374	Saint-Martin-des-Olmes	2,0	1,6	267
63384	Saint-Pierre-la-Bourlhonne	0,2	0,2	157
63394	Saint-Romain	2,4	2,4	256
63398	Saint-Sauveur-la-Sagne	1,3	1,3	138
63412	Sauvessanges	3,5	3,3	564
63431	Thiolières	3,3	2,7	181
63434	Tours-sur-Meymont	4,8	4,8	601
63441	Valcivières	1,0	0,8	219
63454	Vertolaye	1,4	1,2	606
63465	Viverols	2,8	2,6	489
63113	Clermont-Ferrand	5,0	4,7	133 567
	Lyon	Entre 3,9 et 8 selon les arrondissements	Entre 2,7 et 7,4 selon les arrondissements	

L'offre hospitalière est limitée aux centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert. En revanche, l'offre d'hébergement en EHPAD est diversifiée et répartie de manière relativement homogène sur des structures de taille plutôt petite. Comme le montrent les données qui suivent, l'offre est incomplète, notamment concernant les places d'hébergement permanent. Thiers et Ambert constituent deux Territoires de Parcours et de Coopération (TEPCO) distincts dans le PRS de la région AURA.

⁵ https://www.lamontagne.fr/ambert-63600/actualites/des-pistes-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux-evoquees-lors-du-colloque-organise-samedi-a-ambert_12855909/

⁶ <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>



L'état des lieux dressé dans le cadre du PRS par l'Agence Régionale de la Santé AURA indiquait ainsi concernant le bassin thiernois :

Le BSI de Thiers, situé à l'est du département du Puy-de-Dôme, se compose de communes rurales montagneuses autour de la ville de Thiers. Le territoire compte une part de personnes âgées de 75 ans ou plus plus importante que celle de la région. Les indicateurs de l'état de santé des personnes âgées de ce territoire sont à un niveau intermédiaire par rapport à la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Il est noté une bonne coopération des acteurs et un territoire assez homogène.

Néanmoins, les problématiques de faible densité médicale, face à une population en partie rurale et globalement précaire, complètent un tableau où les risques de ruptures pour les personnes âgées dépendantes semblent importants.

Ce BSI fait partie des territoires les moins bien équipés de la région en ce qui concerne les places d'hébergement permanent.

A propos du bassin ambertois, le même document indiquait :

Un territoire rural, âgé, une situation socio-économique homogène assez défavorable.

Des éléments d'état de santé (facteurs d'entrée ou aggravation de la dépendance) qui sont plutôt défavorables par rapport à la moyenne régionale.

Un niveau d'équipements spécifiques pour personnes âgées pour l'hébergement proche de la moyenne régionale pour les personnes à domicile.

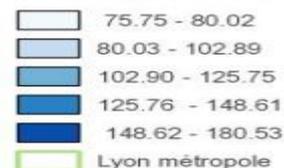
Au-delà des taux d'équipement, le territoire possède les structures constituant une filière gériatrique et nécessaires au parcours de la personne âgées : du maintien à domicile aux institutions jusqu'au long séjour (Service de médecine, EHPAD, PASA dans certains EHPAD, SSR, USLD, accueil de jour, ESA, SSIAD, SAD, auxiliaires de vie).

Le partenariat présent dans ce BSI est un point fort de la prise en charge des personnes âgées, il permet aux acteurs de mettre en place des solutions adaptées aux besoins de la personne âgée.

Un des points de vigilance est lié à la désertification médicale en cours et à la situation enclavée du BSI d'Ambert.



Taux d'équipement: capacité installée pour 1000 personnes de 75 ans et plus



Note : les classes de taux sont centrées autour du taux régional +/- 10 et 30 %
Taux Auvergne Rhône Alpes : 114.32

Réalisation : ARS Auvergne Rhône Alpes - service études et prospective
Sources : FINSS 24/11/2016, INSEE RP 2013

Une unité d'hébergement renforcé est accueillie au centre hospitalier d'Ambert avec 14 places, de même que deux pôles d'activités et de soins adaptés à Thiers et à Ambert (PASA)⁷. Le centre hospitalier d'Ambert met à disposition de la population 7 places d'accueil de jour.

⁷ Les PASA sont des espaces aménagés au sein des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Ils sont destinés à accueillir durant la journée des résidents de l'EHPAD atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie neuro-dégénérative et ayant des troubles du comportement modérés.



La zone est en revanche correctement desservie au niveau des services de soins infirmiers à domicile⁸.

En résumé, les zones de Thiers et d'Ambert :

- sont sous-médicalisées et sous-denses en personnels paramédicaux,
- les deux établissements hospitaliers y jouent un rôle de recours par rapport à cette sous-densité des activités libérales ;
- Les deux hôpitaux dans le cadre du groupement hospitalier de territoire s'inscrivent dans une logique de proximité par rapport au centre hospitalier universitaire qui est l'établissement de recours ;
- Les deux hôpitaux, au sein d'une offre médico-sociale en direction des personnes âgées, ont vocation à structurer cette dernière vis-à-vis des autres établissements médico-sociaux.

2.1.3 Activités et positionnement concurrentiel

Le positionnement des hôpitaux de Thiers et d'Ambert est celui de deux hôpitaux de proximité, desservant des bassins de population identifiés (Cf. supra 2.1 et 2.2), dans le cadre d'une organisation territoriale qui est celle du GHT « Territoires d'Auvergne ».

2.1.3.1 Une activité peu dynamique

Les informations ont été obtenues via DIAMANT, une application développée par la Direction Générale de l'Offre de soins et mise à la disposition, des établissements supports des GHT⁹.

Nombres de séjours (hors séances) Adultes GHT	2012	2017	2018	var 12/18	Var 17/18
Adulte	140 399	158 415	161 878	15,3%	2,2%
03 - Allier	51 598	59 931	59 709	15,7%	-0,4%
030780118 - CENTRE HOSPITALIER DE VICHY	21 472	24 895	25 295	17,8%	1,6%
030780100 - CENTRE HOSPITALIER DE MONTLUCON	14 435	18 299	18 189	26,0%	-0,6%
030780092 - CENTRE HOSPITALIER DE MOULINS YZEURE	15 457	16 371	15 951	3,2%	-2,6%
030002158 - CH DEPARTEMENTAL COEUR DU BOURBONNAIS	153	284	181	18,3%	-36,3%
030780126 - CH DE BOURBON L'ARCHAMBAULT	81	82	93	14,8%	13,4%
63 - Puy-de-Dôme	88 801	98 484	102 169	15,1%	3,7%
630780989 - CHU DE CLERMONT-FERRAND	68 219	73 038	75 823	11,1%	3,8%
630781011 - CENTRE HOSPITALIER DE RIOM	6 894	8 881	8 690	26,1%	-2,2%
630781003 - CENTRE HOSPITALIER ISSOIRE PAUL ARDIER	4 763	7 492	8 283	73,9%	10,6%
630781029 - CENTRE HOSPITALIER DE THIERS	5 962	5 858	6 007	0,8%	2,5%
630780997 - CENTRE HOSPITALIER D'AMBERT	2 410	2 534	2 688	11,5%	6,1%
630180032 - CH DU MONT DORE	350	354	354	1,1%	0,0%
630781367 - CENTRE HOSPITALIER DE BILLOM	203	327	324	59,6%	-0,9%

Alors que l'activité du GHT « Territoire d'Auvergne » augmente en moyenne de 15,3 %, celle du centre hospitalier de Thiers progresse de 0,8 % entre 2012 et 2018, celle du centre hospitalier d'Ambert s'inscrit dans la moyenne du GHT.

En conséquence, les parts d'activité au sein du GHT stagnent ou regressent :

Nombres de séjours (hors séances) Adultes GHT	2012	2017	2018
03 - Allier	36,8%	37,8%	36,9%
030780118 - CENTRE HOSPITALIER DE VICHY	15,3%	15,7%	15,6%
030780100 - CENTRE HOSPITALIER DE MONTLUCON	10,3%	11,6%	11,2%
030780092 - CENTRE HOSPITALIER DE MOULINS YZEURE	11,0%	10,3%	9,9%
030002158 - CH DEPARTEMENTAL COEUR DU BOURBONNAIS	0,1%	0,2%	0,1%
030780126 - CH DE BOURBON L'ARCHAMBAULT	0,1%	0,1%	0,1%
63 - Puy-de-Dôme	63,2%	62,2%	63,1%
630780989 - CHU DE CLERMONT-FERRAND	48,6%	46,1%	46,8%
630781011 - CENTRE HOSPITALIER DE RIOM	4,9%	5,6%	5,4%
630781003 - CENTRE HOSPITALIER ISSOIRE PAUL ARDIER	3,4%	4,7%	5,1%
630781029 - CENTRE HOSPITALIER DE THIERS	4,2%	3,7%	3,7%
630780997 - CENTRE HOSPITALIER D'AMBERT	1,7%	1,6%	1,7%
630180032 - CH DU MONT DORE	0,2%	0,2%	0,2%
630781367 - CENTRE HOSPITALIER DE BILLOM	0,1%	0,2%	0,2%

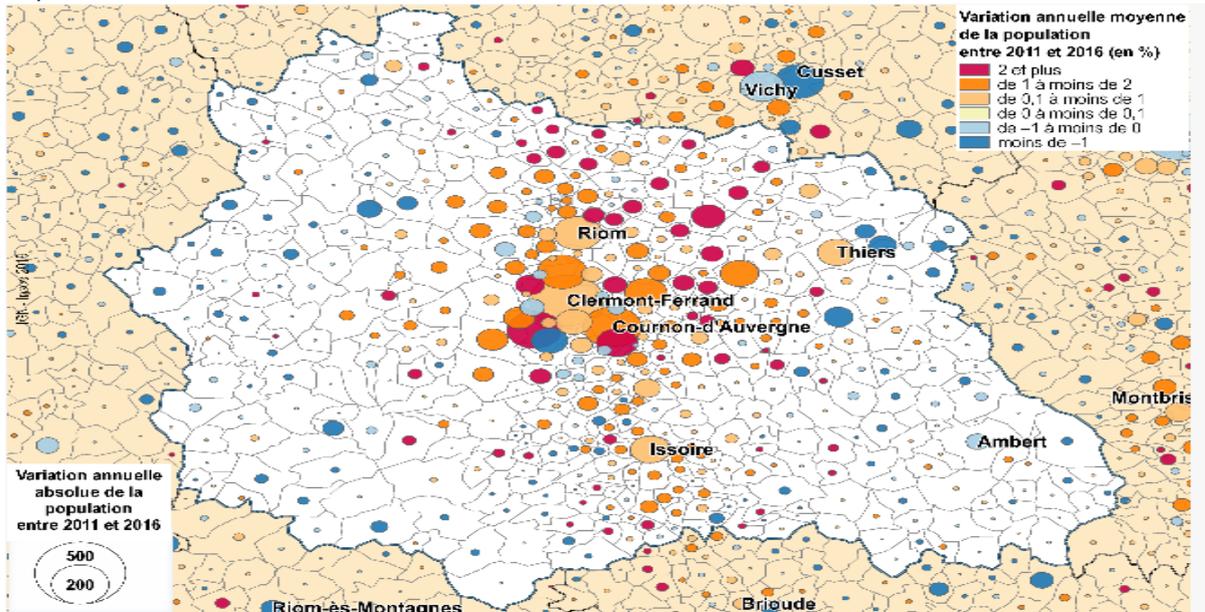
⁸ « Etat des lieux et évolution de l'offre médico-sociale -Puy-de-Dôme » PRS par l'Agence Régionale de la Santé AURA https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2018-01/63%20-%20Etat%20des%20lieux%20PA_0.pdf

⁹ Les informations ont été transmises par le DIM du GHT « Territoires d'Auvergne », le Dr Journy. Qu'il en soit remercié.



Pour les séances, avec le développement des activités de chimiothérapie en tant que centre associé, l'évolution est différente avec une progression entre 2012 et 2018 de 195 % pour Thiers et de -7,5 % pour Ambert (mais avec un rebond d'activité de 4,8 % entre 2018 et 2017).

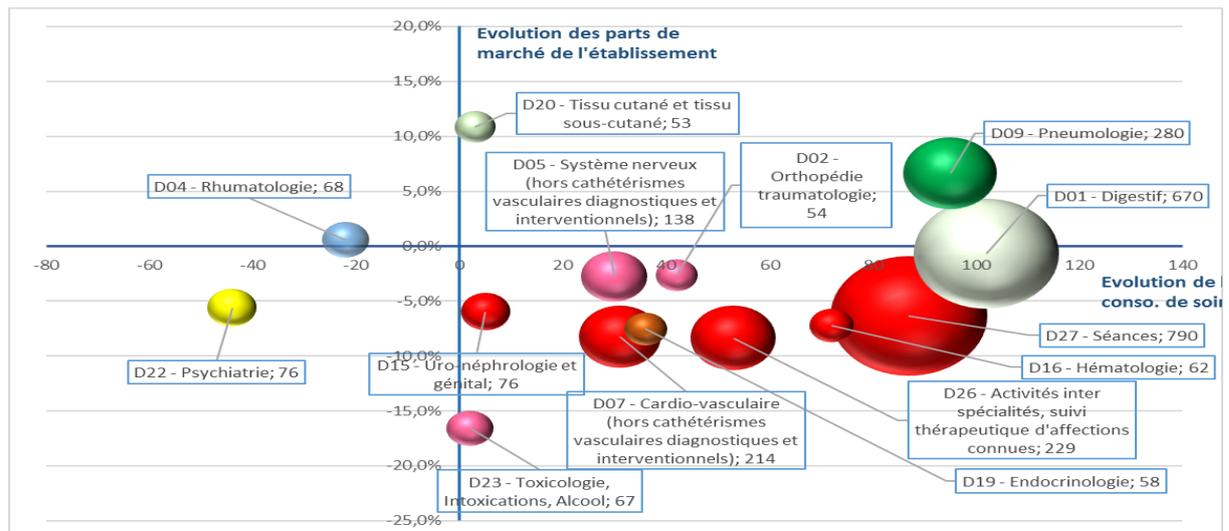
Une des explications à cette situation de stagnation est donnée par la démographie¹⁰ : le dynamisme démographique du Puy-de-Dôme se concentre autour de Clermont-Ferrand et le long de l'Allier et des axes autoroutiers. À l'inverse, les communes situées en zone de montagne à l'ouest et au sud-est du département, moins accessibles, perdent des habitants. Ambert, situé entre les monts du Forez et les monts du Livradois, voit sa population diminuer de 0,5 % par an depuis dix ans :



Sources : Insee, Recensements de la population 2011 et 2016

2.1.3.2 Des parts de marché insuffisantes

Concernant le centre hospitalier d'Ambert : les données extraites de DIAMANT font apparaître pour Ambert une stagnation des parts de marché entre 2016 et 2018 :



¹⁰ « Puy-de-Dôme : dynamisme démographique autour de Clermont-Ferrand » Statistiques INSEE - Christelle Thouilleux, Emma Bianco, Insee <https://www.insee.fr/fr/statistiques/369027#titre-bloc-8>



-Le centre hospitalier d'Ambert accueille pour 75% de ses séjours des patients de plus de 60 ans. Ces séjours sont quasi exclusivement médicaux ou avec un acte mineur (de type endoscopie), dont 25% sont des séances essentiellement de chimiothérapie.

-Si l'activité totale a progressé de 5,8% entre 2012 et 2018, le bassin de recrutement est resté identique entre 2016 et 2018.

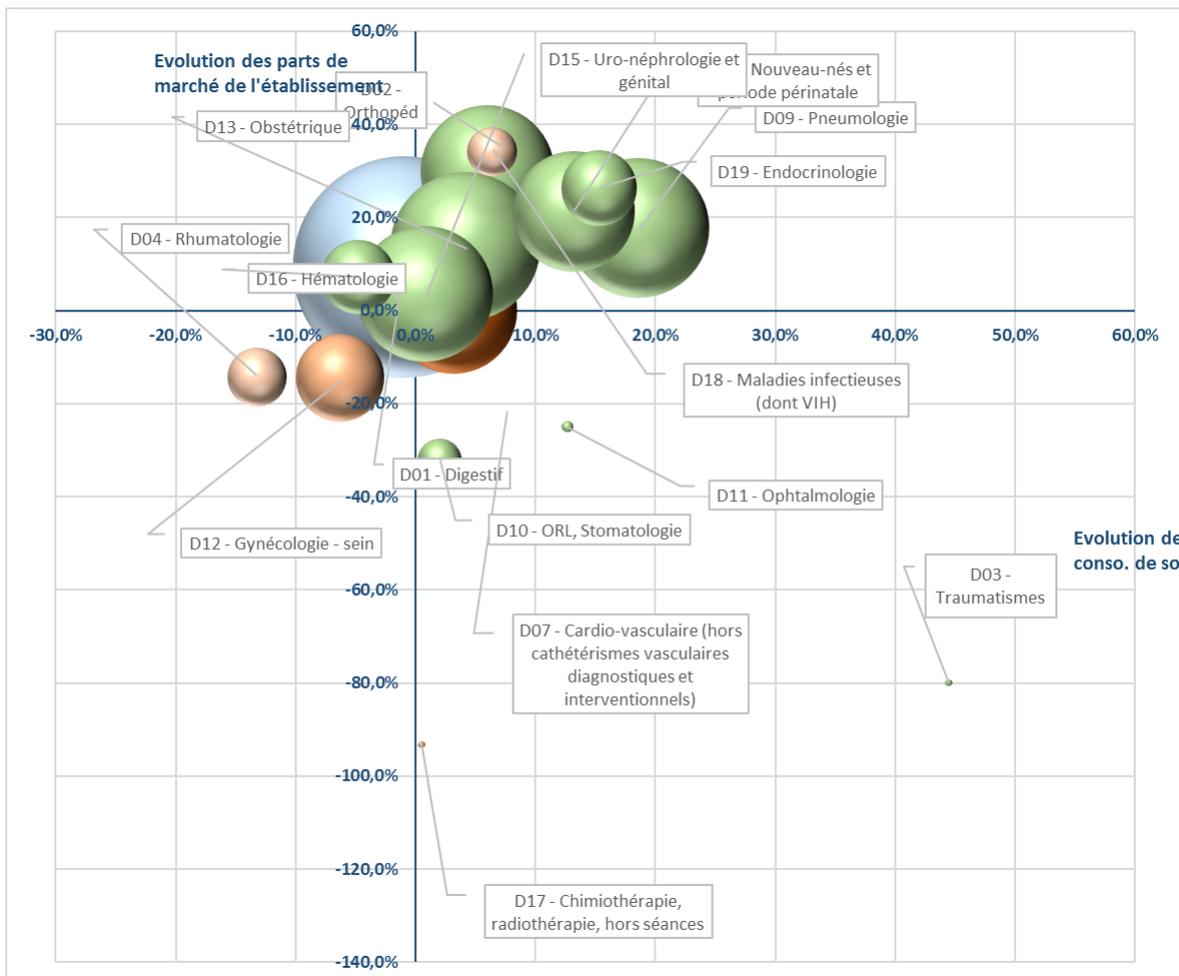
-L'étude du positionnement régional du centre hospitalier d'Ambert par rapport à son bassin de recrutement révèle une perte de part de marché de -3,4%. Parmi les 4 plus importants domaines d'activité, le digestif progresse de 7% en volume et de 8,5% en part de marché, la pneumologie de 43,6% en volume et 29,4% en part de marché, le système nerveux de 4,5% en volume et 10,9% en part de marché. Seul le cardio-vasculaire diminue de -10.8% en volume tout en progressant de 6,5% en part de marché.

-La population du bassin de recrutement du centre hospitalier d'Ambert se fait principalement hospitalisé dans le secteur public du Puy-de-Dôme, mais certaines activités voient leurs taux de fuite vers le privé ou hors département augmentés : cardiologie et orthopédie.

Concernant le centre hospitalier de Thiers: les données extraites de DIAMANT font apparaître une progression modérée des parts de marché entre 2016 et 2018 :

	2016	2017	2018	Ecart 17-16	Ecart 18-17	Evolution 2 ans	Evol %
D01 - Digestif	1302	1484	1484	182	0	182	14,0%
D02 - Orthopédie traumatologie	394	415	512	21	97	118	29,9%
D03 - Traumatismes multiples ou complexes graves	5	1	2	-4	1	-3	-60,0%
D04 - Rhumatologie	107	117	97	10	-20	-10	-9,3%
D05 - Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	241	252	273	11	21	32	13,3%
D07 - Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	429	509	458	80	-51	29	6,8%
D09 - Pneumologie	493	467	549	-26	82	56	11,4%
D10 - ORL, Stomatologie	76	38	46	-38	8	-30	-39,5%
D11 - Ophtalmologie	5	3	4	-2	1	-1	-20,0%
D12 - Gynécologie - sein	288	237	254	-51	17	-34	-11,8%
D13 - Obstétrique	695	746	785	51	39	90	12,9%
D14 - Nouveau-nés et période périnatale	432	465	519	33	54	87	20,1%
D15 - Uro-néphrologie et génital	519	542	556	23	14	37	7,1%
D16 - Hématologie	136	111	160	-25	49	24	17,6%
D17 - Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	15	2	1	-13	-1	-14	-93,3%
D18 - Maladies infectieuses (dont VIH)	48	76	63	28	-13	15	31,3%
D19 - Endocrinologie	126	182	155	56	-27	29	23,0%
D20 - Tissu cutané et tissu sous-cutané	86	107	84	21	-23	-2	-2,3%
D21 - Brûlures	2	4	1	2	-3	-1	-50,0%
D22 - Psychiatrie	89	116	78	27	-38	-11	-12,4%
D23 - Toxicologie, Intoxications, Alcool	192	216	181	24	-35	-11	-5,7%
D24 - Douleurs chroniques, Soins palliatifs	44	90	78	46	-12	34	77,3%
D26 - Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	236	249	261	13	12	25	10,6%
D27 - Séances	735	638	630	-97	-8	-105	-14,3%

Evolution dans la zone d'attractivité	Evolution bassin	Evolution Etablissement	Vol. Etab. 2018
D01 - Digestif	-0,9%	9,4%	1219
D02 - Orthopédie traumatologie	6,0%	29,8%	436
D03 - Traumatismes multiples ou complexes graves	44,4%	-80,0%	1
D04 - Rhumatologie	-13,2%	-14,3%	84
D05 - Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	2,6%	-100,0%	0
D06 - Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	21,3%		0
D07 - Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	3,2%	0,0%	392
D09 - Pneumologie	18,6%	17,7%	486
D10 - ORL, Stomatologie	2,1%	-32,4%	46
D11 - Ophtalmologie	12,7%	-25,0%	3
D12 - Gynécologie - sein	-6,3%	-14,5%	188
D13 - Obstétrique	4,2%	13,8%	546
D14 - Nouveau-nés et période périnatale	13,2%	21,3%	359
D15 - Uro-néphrologie et génital	0,8%	3,6%	456
D16 - Hématologie	-4,8%	7,3%	133
D17 - Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	0,5%	-93,3%	1
D18 - Maladies infectieuses (dont VIH)	6,4%	34,1%	59
D19 - Endocrinologie	15,3%	26,4%	139



La population accueillie est plutôt âgée :

Tranches d'âges	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
0-14 ans	573	8,4%	551	8,4%	554	8,4%	553	8,3%	468	7,0%	494	7,0%	540	7,5%
15-29 ans	844	12,4%	739	11,3%	719	10,8%	718	10,8%	668	10,0%	717	10,1%	729	10,1%
30-44 ans	917	13,4%	946	14,4%	909	13,7%	874	13,1%	771	11,5%	891	12,6%	861	11,9%
45-59 ans	1 046	15,3%	1 018	15,5%	918	13,8%	975	14,7%	983	14,7%	1 153	16,3%	1 074	14,9%
60-74 ans	1 299	19,0%	1 296	19,7%	1 466	22,1%	1 394	21,0%	1 565	23,4%	1 657	23,4%	1 809	25,0%
75-89 ans	1 794	26,3%	1 660	25,3%	1 748	26,4%	1 773	26,7%	1 834	27,4%	1 707	24,2%	1 760	24,3%
>= 90 ans	360	5,3%	357	5,4%	316	4,8%	364	5,5%	406	6,1%	448	6,3%	458	6,3%
Total	6 833		6 567		6 630		6 651		6 695		7 067		7 231	

Le centre hospitalier de Thiers accueille pour 50% de ses séjours des patients de plus de 60 ans. On note une légère évolution du bassin de recrutement entre 2016 et 2018 avec plus de patients en provenance d'Ambert en 2018. Les spécialités digestives et orthopédiques se maintiennent à un niveau soutenu d'activité supérieur à la demande en soin du bassin alors que la gynécologie décroît plus vite que cette même demande en soins. L'activité obstétricale progresse de 13 % entre 2016 et 2018



2.1.3.3 Un positionnement concurrentiel insuffisant

Les informations sont extraites des retraitements¹¹ opérés par la Fédération hospitalière de France sur les panels d'activités mesurés par le PMSI. Les tableaux présentés sont relatifs à l'année 2017.

Concernant le bassin d'attraction de Thiers :

En chirurgie, l'établissement n'est leader que dans deux communes : Thiers et Peschadoires, et cela sur 1383 séjours uniquement. Ambert n'arrive qu'en 5^{ème} position, ce qui laisserait penser à une insuffisance d'adressage vers le centre hospitalier de Thiers. Il est à noter, que contrairement à une idée préformée, le principal concurrent en chirurgie est le secteur privé et non le secteur public.

Commune	Population	Chiffre d'affaire	CA / hab.	Nombre de séjours ou venues	Situation de l'établissement sur cette zone	Concurrent principal sur la zone et Pdm
La Monnerie Le Montel	1 786	209 750 €	117,4 €	51	2ème (Pdm=23%)	Clinique Chataigneraie 23,4%
Courpière	7 444	530 606 €	71,3 €	154	2ème (Pdm=19.3%)	Clinique Chataigneraie 20,3%
Thiers	13 666	967 546 €	70,8 €	315	Leader (Pdm=22.9%)	Clinique Chataigneraie 20,6%
Olliergues/Augerolles	2 383	165 517 €	69,5 €	39	5ème (Pdm=14.3%)	Pôle santé République (Privé) 19,8%
Peschadoires	2 110	132 093 €	62,6 €	47	Leader (Pdm=20.8%)	Clinique Chataigneraie 19,0%
Celles sur Durolle	4 148	252 561 €	60,9 €	79	2ème (Pdm=17.7%)	Clinique Chataigneraie 27,8%
Marsac en Livradois	1 461	80 815 €	55,3 €	21	2ème (Pdm=12.7%)	Clinique Chataigneraie 24,8%
Puy Guillaume	7 239	370 985 €	51,2 €	105	4ème (Pdm=11.8%)	Ch de Vichy 26,2%
Lezoux	12 250	594 055 €	48,5 €	138	4ème (Pdm=10.5%)	Clinique Chataigneraie 24,7%
Marat/Job	3 004	127 948 €	42,6 €	33	5ème (Pdm=9.6%)	Clinique Chataigneraie 23,4%
St Remy sur Durolle	2 563	107 128 €	41,8 €	39	3ème (Pdm=13.3%)	Clinique Chataigneraie 28,6%
Cunlhat	2 517	100 401 €	39,9 €	30	4ème (Pdm=11.3%)	Clinique Chataigneraie 24,2%
Arlanc	3 946	118 288 €	30,0 €	29	7ème (Pdm=6.7%)	CH Emile Roux (Le Puy) 20,6%
Ambert	9 010	261 808 €	29,1 €	90	5ème (Pdm=9.3%)	Clinique Chataigneraie 22,3%
Autres localisations		702 788 €		213		

En obstétrique, la situation de l'établissement est plus solide qu'en chirurgie sur son territoire d'attractivité, où l'hôpital de Thiers est leader 8 fois au-delà de 50 %. Il est à noter qu'un travail reste à faire avec Ambert, où malgré la présence de centre périnatal de proximité, l'adressage ne permet pas de franchir le seuil de 50 % des accouchements potentiels domiciliés dans cette commune. La coopération entre les deux établissements reste à conforter.

Commune	Population	Chiffre d'affaire	CA / hab.	Nombre de séjours ou venues	Situation de l'établissement sur cette zone	Concurrent principal sur la zone et Pdm
Thiers	13 666	299 773 €	21,9 €	167	Leader (Pdm=73.9%)	CHU Clermont 16,8%
Peschadoires	2 110	37 632 €	17,8 €	20	Leader (Pdm=60.6%)	Clinique Chataigneraie 18,2%
Courpière	7 444	116 973 €	15,7 €	68	Leader (Pdm=70.8%)	Clinique Chataigneraie 14,6%
La Monnerie Le Montel	1 786	28 064 €	15,7 €	15	Leader (Pdm=78.9%)	CHU Clermont 15,8%
St Remy sur Durolle	2 563	36 286 €	14,2 €	25	Leader (Pdm=71.4%)	CHU Clermont 17,1%
Celles sur Durolle	4 148	52 024 €	12,5 €	35	Leader (Pdm=59.3%)	CHU Clermont 20,3%
Ambert	9 010	101 602 €	11,3 €	48	Leader (Pdm=48%)	CH Emile Roux (Le Puy) 15,0%
Olliergues/Augerolles	2 383	26 704 €	11,2 €	20	Leader (Pdm=69%)	CHU Clermont 24,1%
Marat/Job	3 004	28 996 €	9,7 €	13	Leader (Pdm=68.4%)	CHU Clermont 21,1%
Cunlhat	2 517	22 723 €	9,0 €	18	Leader (Pdm=62.1%)	CHU Clermont 20,7%
Lezoux	12 250	108 423 €	8,9 €	65	2ème (Pdm=29.7%)	CHU Clermont 42,0%
St Dier d'Auvergne	2 725	23 120 €	8,5 €	16	Leader (Pdm=44.4%)	Clinique Chataigneraie 25,0%
Maringues	8 776	60 498 €	6,9 €	35	3ème (Pdm=22.3%)	CHU Clermont 42,7%
Noire étable/St Didier sur Rochefort	3 979	25 633 €	6,4 €	13	2ème (Pdm=33.3%)	CH du Forez 43,6%
Marsac en Livradois	1 461	8 671 €	5,9 €	5	Leader (Pdm=31.3%)	CH Emile Roux (Le Puy) 25,0%
PUY GUILLAUME	7 239	30 269 €	4,2 €	21	2ème (Pdm=34.4%)	CH de Vichy 39,3%
Arlanc	3 946	14 776 €	3,7 €	9	2ème (Pdm=20%)	CH Emile Roux (Le Puy) 62,2%
Autres localisations		244 466 €		153		

¹¹ La méthodologie de détermination d'une zone d'attractivité est la suivante : on classe les zones géographiques (un code postal ou un regroupement de codes postaux) par taux de pénétration décroissant ("euros de chiffre d'affaire" par habitant) de l'établissement concerné pour le regroupement de pathologies concerné. On sélectionne les zones qui ont les plus forts taux de sorte que le recrutement sur ces entités géographiques représente 80% du total de "chiffre d'affaire" de l'établissement sur les pathologies concernées (ou 80% du recrutement sur des codes géographiques connus dans le cas où l'établissement possède beaucoup de codes erronés ou étrangers). Ces calculs se font sur toutes les hospitalisations y compris les séjours. Le "chiffre d'affaire" est calculé sur les seuls tarifs des GHS et des dépassements de durées (par le haut ou par le bas).



En médecine, 80 % de l'activité de l'établissement est concentrée sur 10 communes dont Thiers, où l'établissement n'est leader que dans quatre communes. Le rayonnement de l'établissement reste donc limité.

Commune	Population	Chiffre d'affaire	CA / hab.	Nombre de séjours ou venues	Situation de l'établissement sur cette zone	Concurrent principal sur la zone et Pdm	
Thiers	13 666	2 767 138 €	202,5 €	1 429	Leader (Pdm=37.7%)	CLCC	16,80%
La Monnerie Le Montel	1 786	360 684 €	202,0 €	167	Leader (Pdm=26%)	CLCC	22,90%
Celles sur Durolle	4 148	459 170 €	179,2 €	193	2ème (Pdm=19.8%)	CHU Clermont	25,30%
St Remy sur Durolle	2 563	459 170 €	179,2 €	193	2ème (Pdm=19.8%)	CHU Clermont	26,70%
Courpière	7 444	1 296 869 €	174,2 €	644	Leader (Pdm=26.2%)	CLCC	22,20%
Olliergues/Augerolles	2 383	280 982 €	117,9 €	129	3ème (Pdm=18.7%)	CHU Clermont	31,30%
Peschadoires	2 110	236 947 €	112,3 €	154	Leader (Pdm=21.9%)	CLCC	21,40%
Lezoux	12 250	1 347 431 €	110,0 €	538	4ème (Pdm=12.6%)	CHU Clermont	23,20%
Puy Guillaume	7 239	694 989 €	96,0 €	322	3ème (Pdm=15%)	CLCC	29,40%
Cunhat	2 517	239 186 €	95,0 €	100	4ème (Pdm=13.6%)	CH Ambert	20,50%
Autres localisations		1 943 765 €		955			

Concernant le bassin d'attraction d'Ambert :

Depuis le 1^{er} avril 2019, le centre hospitalier d'Ambert a cessé toute activité chirurgicale en raison de l'insuffisance quantitative constatée de cette dernière. L'établissement est doté d'un centre périnatal de proximité (CPP), ayant fermé sa maternité. L'activité développée par Ambert est donc essentiellement médicale. L'activité est centrée à 80 % sur 5 communes desservant une population de 20 069 habitants. L'établissement est leader dans cinq communes, mais ne dépassent 50 de part de marché que dans une seule, à Ambert.

Commune	Population	Chiffre d'affaire	CA / hab.	Nombre de séjours ou venues	Situation de l'établissement sur cette zone	Concurrent principal sur la zone et Pdm	
Marsac en Livradois	1 461	487 503 €	333,7 €	220	Leader (Pdm=49.4%)	CLCC	16,9%
Ambert	9 010	2 844 288 €	315,7 €	1 486	Leader (Pdm=53.6%)	CLCC	16,9%
Arianc	3 946	1 134 702 €	287,6 €	456	Leader (Pdm=38.8%)	CHU de Clermont Ferrand	18,5%
Marat/Job	3 004	777 228 €	258,7 €	356	Leader (Pdm=53.9%)	CLCC	9,7%
St Germain l'Herm/St Amand Roche Savine/ Fournols	2 648	459 607 €	173,6 €	216	2ème (Pdm=20.3%)	CLCC	37,1%
Autres localisations		1 241 428 €		516			

En résumé pour les deux établissements:

- l'attractivité constatée des centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert est réelle dans leurs bassins immédiats de localisation, mais modeste au-delà ;
- Les attractivités croisées d'Ambert vers Thiers et de Thiers vers Ambert et des communes alentours sont insuffisantes, nécessitant un approfondissement des partenariats entre les deux hôpitaux en termes d'adressage;
- Les dynamiques démographiques étant atones, l'augmentation des files actives ne peut passer que par une amélioration des parts de marché dans les communes d'attraction, notamment grâce à une plus grande ouverture sur la médecine de ville et les opérateurs paramédicaux libéraux.

2.2 Les orientations stratégiques des hôpitaux de Thiers et d'Ambert dans le territoire

Acteurs incontournables des parcours de soins des patients, les hospitaliers de Thiers et d'Ambert doivent relever ensemble le défi de l'accessibilité aux soins au sein d'un territoire enclavé et isolé. Pour chacune des filières de soins et des modes d'hospitalisation, les deux centres hospitaliers doivent s'interroger sur la pertinence de leurs activités actuelles, leurs points forts, leurs points faibles et déterminer les évolutions indispensables afin de structurer les activités de prévention, de diagnostic et de prise en charge dans une logique de juste soin au juste coût.



Il convient pour cela de mobiliser divers leviers au premier titre desquels la coopération au sein du GHT 03/63 et avec la médecine de ville. Les deux centres hospitaliers doivent trouver là des partenaires indispensables au développement de l'activité et à sa réalisation dans des conditions optimales, sous réserve d'être attentif également à leurs besoins et à leurs contraintes.

Ces orientations stratégiques s'inscrivent pleinement dans les objectifs arrêtés par le Projet Régional de Santé 2018-2023 arrêté par l'Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône Alpes et dans les grandes lignes directrices du Projet Médical Partagé du Groupement Hospitalier de Territoire « Territoire d'Auvergne : Allier-Puy-de-Dôme. »

Le Projet Régional de Santé de l'ARS Auvergne Rhône Alpes, dans sa partie Schéma Régional de Santé, promeut notamment « le développement des alternatives à l'hospitalisation complète en MCO, en SSR et en psychiatrie avec :

- le déploiement de la chirurgie ambulatoire,
- Le développement des hospitalisations de jour de médecine, de soins de suite ou de réadaptation ainsi que de l'hospitalisation à domicile. »

Il est en effet considéré que « lorsque cela est possible au niveau médical, les usagers privilégient une prise en charge ambulatoire qui diminue les risques iatrogènes et facilite la récupération. » Cette orientation forte est à décliner et à prendre en compte de façon impérative pour les deux centres hospitaliers, filière par filière et prise en charge par prise en charge.

D'autres sujets transversaux sont également en prendre en compte pour chacune des réflexions : vieillissement de la population, précarité sociale, prévention et éducation thérapeutique, qualité et sécurité des soins, innovations numériques, organisationnelles et médicales.

Les filières et activités de soins, qui sont proposées, sont pour chacune d'entre elle associé à une orientation générale. Elles sont au nombre de 7 :

1. La filière des urgences : une réponse de proximité :

Ce que prévoit le Schéma Régional de Santé (objectifs qualitatifs) :

- **Améliorer la réponse du premier recours** « Eviter le recours non adapté aux services d'Urgence » en lien avec la médecine ambulatoire et la médicalisation des structures pour personnes âgées : soutenir et développer les dispositifs visant à éviter le recours aux services d'urgences, favoriser la prise en charge des CCMU 1 et 2 par le premier recours en améliorant la prise en charge en amont des services d'urgence par la médecine de ville (développer les projets de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé CPTS, développer les points de consultations non programmées, soutenir le développement des maisons médicales de garde et encourager le développement de l'exercice regroupé).
- **Conforter l'aide médicale urgente** - il apparaît indispensable de privilégier l'intervention des médecins qualifiés pour l'aide médicale urgente, disposition en cohérence avec la spécialisation de médecine d'urgence, et ainsi mettre en adéquation la gravité de la pathologie prise en charge avec la ressource médicale et la structure mobilisée : développer le dispositif des médecins correspondants du SAMU, concentrer la régulation médicale d'AMU entre les SAMU, renforcer autant que nécessaire les moyens hélicoptés, privilégier les autorisations d'activité d'urgence aux établissements intégrant sur le même site, services d'urgence et SMUR afin d'optimiser la ressource médicale urgentiste qualifiée, renforcer ou mettre en place des filières de prise en charge (cardiologie, neurologie...), déployer des équipes médicales de territoire pour la prise en charge permettant d'assurer qualité et sécurité sur tous les services d'urgence, permettre aux établissements de santé de détecter et gérer les tensions dans les structures des urgences le plus rapidement possible.
- **Elaborer et diffuser des actions de communication grand public** visant à déployer les conséquences des actions précitées

Actuellement, le centre hospitalier de Thiers et celui d'Ambert disposent chacun d'une autorisation pour un Service d'Accueil des Urgences et pour un SMUR. Les deux établissements, qui interviennent sur un territoire étendu, isolé et enclavé, entendent conserver l'ensemble de ces autorisations afin de garantir un accès à l'aide médicale urgente en 30 minutes. Ils apportent en ce sens une réponse de proximité qu'il convient de préserver.



Les objectifs généraux, communs aux deux établissements, sont de :

- prendre une part active à l'amélioration de la densité de médecins généralistes présents sur le territoire et mieux maîtriser ainsi le flux des patients arrivant aux Urgences : les deux établissements seront ainsi amenés à participer à l'ingénierie de tous projets (CPTS, centres de santé...) visant à faciliter l'installation de médecins libéraux, portés par les élus ou les médecins eux-mêmes. Ils faciliteront également la mutualisation de moyens humains ou matériels permettant leur exécution ou mettront des locaux à disposition ;
- participer à l'élaboration de solutions, au sein de la Fédération Médicale Inter-Hospitalière de Médecine d'Urgence instaurée au sein du GHT, permettant de contrer la pénurie de ressources médicales spécialisées dans l'aide médicale urgente (bourse aux postes, équipe médicale de territoire...);
- améliorer la détection et la gestion des situations de tension au sein des deux services d'Urgence via la professionnalisation de la fonction de coordinateur de la gestion des lits et la finalisation du plan « Hôpital en Tension ».

Le maintien de l'offre existante constitue une orientation stratégique car elle permet de :

- ne pas éloigner davantage les populations de l'accès aux soins,
- orienter précocement vers les prises en charges spécialisées quand cela est nécessaire,
- assurer la prise en charge des « urgences vraies » (AVC, infarctus...), en cohérence avec les recommandations de bonnes pratiques en vigueur,
- effectuer, via le SMUR, les premiers soins urgents et assurer un transport médicalisé rapide sur le plateau technique du Centre Hospitalier de Thiers ou d'autres établissements.

Au regard de l'activité constatée, il est acté qu'à chacun des deux SAU reste adossé une UHCD, sans changement notable de taille et de fonctionnement. Une activité de soins continus (6 lits), gérée par des médecins anesthésistes, fonctionne également au sein du Centre Hospitalier de Thiers, sans qu'il soit prévu là non plus de changements notables.

La ressource médicale constitue l'enjeu majeur de cette activité de soins puisqu'elle nécessite, pour les deux établissements, plus de 22 ETP de médecin urgentiste, en raison de la mise en œuvre du référentiel du temps de travail des urgentistes. Au regard de la rareté de la ressource au niveau régional et national, il convient de mettre en place des mesures en termes de :

- attractivité et de fidélisation (bourse aux postes, prime d'exercice territorial),
- graduation de l'organisation médicale.

Les filières d'aval (cardiologie, neurologie) sont à renforcer avec les structures de référence (CHU, CH Vichy).

2. La filière médicale: l'ouverture vers la cité :

Les centres hospitaliers de Thiers déjà largement tournés vers leur environnement et vers les soins de ville doivent, dans le contexte de la loi « Ma Santé 2022 », poursuivre cette orientation. Le décroisement "ville-hôpital" est une des réponses "aux nombreux défis du système" comme l'explosion des maladies chroniques, "le vieillissement de la population, les inégalités sociales et territoriales ». Les groupements hospitaliers de territoires ont été instaurés pour favoriser les coopérations et la mutualisation de moyens entre établissements voisins.

Ce que prévoit le Schéma Régional de Santé (objectifs quantitatifs) :

- Poursuivre le développement de l'hospitalisation à temps partiel (hospitalisation de jour)
- Favoriser les partenariats avec les services d'aide à domicile pour permettre le maintien à domicile et éviter et/ou retarder le recours à l'hospitalisation
- Renforcer la prise en charge du patient ayant un accident vasculaire cérébral (AVC) en aigu : améliorer l'accès à l'imagerie, dans les meilleurs délais, sur l'ensemble du territoire, améliorer le taux de patients thrombolysés par le développement du dispositif télé-AVC, renforcer les possibilités d'accès à la thrombectomie par la création de deux nouveaux centres.



Par ailleurs, le PRS propose une analyse des besoins de santé par une approche populationnelle, au sein de laquelle sont notamment ciblés les patients souffrant de pathologies chroniques. Ainsi, les maladies chroniques à traiter spécifiquement dans le PRS ont été définies comme tel : les maladies cardio-neuro-vasculaires, le cancer, le diabète-obésité, les maladies neurodégénératives et la santé mentale.

D'une façon générale, deux objectifs concernent directement les établissements publics de santé :

- encourager les malades chroniques à être acteurs de leur santé, notamment en développant l'offre d'éducation thérapeutique du patient (ETP), en confortant les unités transversales d'éducation thérapeutique du patient (UTEP) dans leur rôle d'appui méthodologique pour les programmes autorisés ou émergents, favoriser les actions de télésurveillance des maladies chroniques

- améliorer la coordination des soins et la transversalité des prises en charge afin de faciliter le virage ambulatoire, notamment en permettant aux professionnels de santé de la rééducation de ville d'accéder aux plateformes techniques des SSR, en accompagnant le déploiement et la duplication des protocoles de coopération et de délégation de tâches entre professionnels de santé en charge des maladies chroniques, en développant l'accès aux consultations de recours ou d'expertise sur les maladies chroniques, pour les professionnels du médico-social et de ville, en utilisant les outils de la télémédecine, en développant l'usage de la messagerie sécurisée de santé afin qu'à la sortie du malade, les professionnels de santé de ville soient au courant du protocole de soins envisagé.

D'une façon plus spécifique, les objectifs recherchés sont les suivants :

- pour l'accident vasculaire cérébral : améliorer la coordination des acteurs du parcours AVC, réduire les délais de prise en charge de l'AVC pour augmenter le recours à la thrombolyse et/ou à la thrombectomie afin de réduire les séquelles de la maladie, augmenter le nombre de patients admis dans une UNV, améliorer la prise en charge multidisciplinaire des patients après la phase aigüe de l'AVC.

- pour l'obésité adulte : soutenir les actions visant à prévenir l'obésité chez les adultes, poursuivre la structuration d'une filière de prise en charge de l'adulte obèse.

- pour le diabète : faciliter le suivi du patient diabétique, réduire l'incidence des hospitalisations pour plaie du pied diabétique.

Ces activités (hors court séjour gériatrique et soins palliatifs) concernent l'hospitalisation complète. Elles constituent une offre polyvalente et d'aval pour les urgences. Elles représentent un enjeu pour la gestion des lits et des parcours. Concernant l'hospitalisation de jour et les consultations externes, un virage ambulatoire reste à négocier et des modes d'organisation à repenser.

Ces activités sont à développer en lien avec la médecine libérale et les acteurs paramédicaux du territoire.

Les objectifs généraux, communs aux deux établissements, sont de :

- améliorer la fonction de coordination de gestion des lits et des parcours, afin de maintenir un taux d'occupation et une DMS au niveau des standards attendus ;

- préparer le virage ambulatoire des disciplines médicales ;

- formaliser les parcours patients des malades souffrant de pathologies chroniques afin d'assurer une meilleure coordination des acteurs intra et extra-hospitaliers ;

- développer l'offre de programmes d'éducation thérapeutique, le recours à la télémédecine et toute autre innovation organisationnelle (pratiques avancées, délégations...) pour permettre un meilleur accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques.

Le centre hospitalier de Thiers dispose d'un service de médecine polyvalente de 30 lits (dont un secteur de 10 lits de médecine post-urgence). A Ambert, deux services sont concernés : un service de médecine post-urgence de 16 lits et un service de médecine polyvalente de 30 lits. Ces lits accueillent des patients qui par définition ne relèvent pas de service de spécialité (médecine polyvalente) ou d'examen complémentaires (clinique, biologie, imagerie...) à l'issue d'un passage aux urgences et/ou en UHCD (médecine post-urgence).

Le projet médical ne prévoit pas d'évolution de la capacité de ces deux services. Une attention est à porter sur l'IPDMS et le taux d'occupation avec des valeurs cibles < à 1 pour le premier et > à 0,9 pour le second. L'atteinte de ces objectifs est conditionnée à une meilleure gestion des lits et des parcours tant lors des périodes de tension que lors des périodes de sous-occupation, lors desquelles le transfert de patients hospitalisés dans d'autres structures sera recherché via des conventions de lits d'aval.



Les médecins généralistes des deux services de médecine polyvalente sont compétents pour assumer la prise en charge de l'ensemble du spectre des pathologies (infectiologie, cardiologie, pneumologie, hépato-gastro-entérologie, endocrinologie, souvent pour une population âgée nécessitant une approche gériatrique). Aussi, hormis les cas de recours à des plateaux techniques spécialisés, le transfert des patients vers des hôpitaux de référence est évité.

La baisse de la DMS nécessite également le recours à des avis internes de spécialité (cardiologie, pneumologie, neurologie, gastro-entérologie), qui nécessitent la mise en œuvre de conventions de mise à disposition de médecins spécialistes dans le cadre du GHT, et l'amélioration de la fluidité du recours aux examens complémentaires dispensés en interne dans le délai de l'hospitalisation (imagerie, biologie).

Les spécialités médicales s'exercent, à Thiers comme à Ambert, sous la forme d'hospitalisation de jour, d'actes externes ou de consultations externes et se répartissent comme suit :

-Hépato-gastro-entérologie : consultations et endoscopies par des personnels médicaux rattachés à l'établissement à Thiers, médecins libéraux intervenant à l'hôpital à Ambert

-Cardiologie : épreuves d'effort, écho de stress, consultations externes à Thiers ; épreuves d'effort, consultations externes à Ambert, selon les mêmes modalités statutaires que pour la gastro-entérologie

-Pneumologie : consultations externes, fibroscopies bronchiques, EFR et polygraphie ventilatoire (apnée du sommeil) par des pneumologues partagés entre le Centre Hospitalier de Thiers et le CH de Vichy et le CHU ; une activité similaire est à relancer au sein du Centre Hospitalier d'Ambert via l'accent mis sur la recherche de coopération pour l'intervention d'un personnel médical.

-Neurologie : réalisation et interprétation d'EEG, avis internes à Thiers.

-Diabétologie-endocrinologie : consultations externes, éducation thérapeutique et hospitalisation de semaine à Thiers ; consultations externes à Ambert. Un partage de temps médical entre les deux établissements est à rechercher pour développer cette activité à Ambert.

Les hôpitaux de jour médicaux des deux établissements accueillent par ailleurs des activités de transfusions sanguines et autres administrations de traitements spécifiques. A Thiers, une activité de lutte contre la douleur a également été développée. Cette activité pourrait être développée de la même façon à Ambert, sous l'égide d'une équipe commune. Néanmoins, au regard des critères de labellisation des consultations douleur en vigueur, une coopération renforcée avec le CHU, centre douleur labellisé, est à organiser de façon à ce que cette offre de soins soit reconnue et valorisée par l'Agence Régionale de Santé.

A Thiers, l'activité spécifique de diabétologie-endocrinologie, à rassembler sous l'égide d'une unité maladies du métabolisme, qui s'articule autour d'une équipe pluridisciplinaire (médecins, IDE, diététicienne, psychologue) localisée au Point Santé, mérite une attention particulière avec une double ambition :

-une recherche d'efficacité permettant de valoriser financièrement au mieux une activité déjà importante, via l'hospitalisation de jour et les forfaits de prestations intermédiaires

-une recherche d'innovation (télémédecine, télésurveillance...) et de développement d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique du patient.

Dans le prolongement des activités développées dans le cadre des filières médicales, deux secteurs sont pour l'un à conforter, pour l'autre à développer, à savoir l'hospitalisation à domicile et les soins palliatifs.



Ce que prévoit le Schéma Régional de Santé (objectifs qualitatifs) :

Pour l'HAD :

- répondre aux besoins en améliorant le maillage de l'offre ;
 - renforcer le recours à l'HAD par une augmentation des prescriptions de sorties d'hospitalisation complète en HAD ;
 - identifier et encourager le développement de certaines prises en charge spécialisées (cancérologie, neurologie, pédiatrie...);
 - développer les prises en charge en HAD en établissements sociaux et médico-sociaux ;
 - améliorer le partage d'informations entre HAD et autres structures et professionnels.
- Les soins palliatifs ne font pas explicitement l'objet de développement au sein du Schéma.

Les objectifs généraux pour les deux établissements sont de:

- permettre aux cliniciens de prescrire des sorties d'hospitalisation complète en HAD ;
- diffuser une culture palliative au sein de tous les services de soins de chacun des deux établissements.

3. Les activités chirurgicales : le virage ambulatoire :

Ce que prévoit le Schéma Régional de Santé (en termes d'objectifs qualitatifs) :

Renforcer l'organisation de l'offre chirurgicale dans le cadre de coopérations entre établissements de santé et par la mise en place d'organisations médicales innovantes avec des modalités de prise en charge différenciées et complémentaires en :

- Développant des consultations spécialisées avancées dans les établissements de santé ne disposant pas d'un plateau technique de chirurgie.
 - Développant l'activité de chirurgie ambulatoire dans l'ensemble des établissements de santé de la région disposant d'une autorisation de chirurgie.
 - Maintenant une offre de proximité en chirurgie ambulatoire dans le cadre de coopération avec des établissements disposant d'un plateau chirurgical complet.
- Assurer une offre chirurgicale ambulatoire et à temps complet dans chaque zone de répartition de l'activité de chirurgie.
- Favoriser l'accès aux nouvelles techniques chirurgicales.

Concernant ces activités de chirurgie de bassin en proximité , il s'agit de maintenir l'offre existante, en luttant contre les taux de fuite et en adoptant une stratégie d'hospitalisation publique en pleine cohérence avec le projet médical partagé de territoire. Le virage ambulatoire en chirurgie sera un des outils pour atteindre cet objectif général.

Actuellement, le Centre Hospitalier de Thiers dispose d'une autorisation de chirurgie ambulatoire à temps complet et à temps partiel. L'hôpital d'Ambert cesse en 2019 ses activités de chirurgie. Les objectifs généraux sont donc pour Thiers de développer l'activité de chirurgie ambulatoire par la conversion du potentiel d'ambulatoire actuellement réalisé en hospitalisation complète et développer l'activité de chirurgie à temps complet par réduction des taux de fuite. A Ambert, des consultations avancées sont à maintenir et à développer à partir des spécialités présentes au sein du Centre Hospitalier de Thiers ou d'autres établissements du GHT. L'enjeu majeur pour la chirurgie est la recherche d'une meilleure attractivité du service auprès des patients du territoire de Thiers et d'Ambert, mesurée au travers de l'indicateur du taux de fuite. Les axes d'amélioration et de travail sont :

- La prise en charge de toute la traumatologie se présentant aux urgences, en renforçant l'effectif médical en orthopédie et en organisant cette prise en charge spécifique au bloc opératoire via des créneaux dédiés ;
- L'anticipation des départs à la retraite d'un chirurgien urologue et d'un chirurgien digestif, avec le concours de l'établissement support du GHT, et avec pour objectif la mise en œuvre d'une stratégie de groupe publique permettant d'assurer une PEC chirurgicale « locale » en permettant d'opérer en sécurité au plus près du domicile du patient.
- Le renfort de la communication et des relations auprès des médecins libéraux du territoire, là encore pour rappeler l'existence et la qualité de l'offre publique vs l'offre privée.



La sécurité de la prise en charge anesthésique et chirurgicale constitue également une orientation stratégique qu'il convient de poursuivre. Cela nécessite de poursuivre la démarche de cartographie des risques de ce secteur d'activité et d'orienter les patients vers l'établissement de référence dès lors que les compétences internes ou équipements ne permettent pas d'assurer une prise en charge en sécurité. Le centre hospitalier de Thiers s'engagera également dans l'amélioration des pratiques professionnelles de ses équipes via la mise en œuvre de la Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC). Ce programme qui s'inscrit dans le projet d'établissement se base sur un chemin clinique pour l'ensemble des 3 phases avant, pendant et après la chirurgie. La mise en place d'un tel programme représente une démarche d'amélioration des pratiques pour toutes les équipes. Celle-ci nécessite une réorganisation des soins et des efforts combinés au sein d'une équipe pluri-professionnelle impliquant tous les acteurs autour du patient, équipes hospitalières et de ville.

4. La filière gériatrique : le défi du vieillissement :

Le défi à relever est celui du vieillissement des populations des deux arrondissements, comme le souligne le Schéma Départemental Gérontologique du Puy-de-Dôme :

Ce que prévoit le Schéma Régional de Santé :

S'agissant de la prise en charge des personnes âgées, le Plan Régional de Santé prévoit 9 orientations stratégiques dont 6 concernent les hôpitaux de Thiers et d'Ambert :

Orientation n°4 : Veiller à la cohérence des dispositifs d'intégration et de coordination autour de la personne âgée :

- Soutenir les dispositifs de coordination entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux ;
- Améliorer le partage d'informations entre les acteurs ;
- Inciter les établissements et services médico-sociaux à intégrer des formations croisées dans leur plan de formation.

Orientation n°5 : concevoir et conforter des dispositifs capables de garantir la continuité des soins, dans une logique de parcours centrée sur l'usager

- Proposer aux pharmaciens d'officine l'expérimentation de « bilans de médication » ;
- Améliorer la couverture médicale des EHPAD, sécuriser les prises en charge de nuit et prévenir les hospitalisations inappropriées ;
- Promouvoir la mise en œuvre effective d'une réponse adaptée, coordonnée et graduée, et si possible de proximité aux situations cliniques spécifiques des patients âgés à domicile ou en établissements et services médico-sociaux, notamment en améliorant l'accès, pour les médecins traitants, en cas de besoin, à une expertise gériatrique hospitalière tenant compte de l'évaluation des différents dispositifs existants
- Promouvoir l'organisation de prestations de répit.

Orientation n°6 : promouvoir l'organisation d'un parcours hospitalier adapté à la personne âgée :

- Optimiser le recours à l'hôpital en programmant les hospitalisations et en limitant le recours inadapté ;
- Privilégier la montée en charge de l'HAD en encourageant le recours à l'HAD en établissements et services médico-sociaux et en améliorant l'articulation de la prise en charge en HAD avec les autres modalités de prise en charge à domicile ;
- Promouvoir à l'hôpital une prise en charge globale, décloisonnée, stable et continue, pas uniquement centrée sur l'acte technique, prenant en compte les spécificités liées au grand âge ;
- Anticiper et préparer les sorties d'hospitalisation afin d'éviter les réhospitalisations et de diminuer les risques de perte d'autonomie.

Orientation n°7 : répondre aux besoins de prises en charge spécifiques : maladies neurodégénératives, soins palliatifs, oncogériatrie, psychogériatrie :

- Veiller à la mise à jour des plans de formation des ESMS en fonction de l'évolution des publics accueillis et à la mise en œuvre des recommandations des bonnes pratiques professionnelles (HAS) et des plans nationaux ;
- S'assurer de la prise en compte des attentes et besoins des résidents : projets personnalisés de prise en charge ;
- Analyser les publics accueillis pour mieux organiser le pilotage des compétences.

Orientation n°8 : optimiser les réponses apportées par les unités médico-sociales :

- Améliorer le maillage des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) ;
- Accompagner l'amélioration qualitative de l'offre d'accueil (soutien à l'investissement).

Orientation n°9 : reconfigurer les ressources gérontologiques dans les territoires :

- Reconnaître et valoriser la ressource gériatrique hospitalière ;
- Promouvoir la mise en place de plateformes de service autour des EHPAD, en particulier dans les territoires isolés conjuguant outre des capacités d'hébergement permanent et temporaire, des consultations avancées, des consultations mémoire, un exercice médical mixte, de la télémédecine... en réponse à la population âgée du territoire d'intervention ;



- Structurer la réponse aux maladies neurodégénératives en spécialisant des capacités d'hébergement permanent en EHPAD ;
 - Reconnaître aux USLD un rôle structurant dans la prise en charge des soins palliatifs ;
 - Fluidifier les réponses en gérontopsychiatrie.
- En outre, le Projet Régional de Santé prévoit, spécifiquement pour le Puy-de-Dôme :
- L'installation d'une Unité d'Hébergement Renforcée de 12 places en 2018 ;
 - L'amélioration du maillage [...] en Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) sur le BSI de Thiers ;
 - De soutenir des projets de service pour l'accueil spécifique aux personnes atteintes de maladie de Parkinson ;
 - Développer l'offre d'accueil de jour, le BSI de Thiers étant dépourvu d'offre et considéré comme prioritaire ;
 - Développer l'offre d'hébergement temporaire, le BSI d'Ambert étant dépourvu d'offre et identifié comme prioritaire.

Les objectifs généraux, communs pour les deux établissements, sont de :

- Moderniser les lieux d'accueil et prévoir leur adaptation à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, avec en premier lieu la reconstruction de l'EHPAD du Belvédère (Thiers) et la réhabilitation celui de Vimal Chabrier (Ambert), nécessitant des aides financières ad hoc ;
 - Poursuivre la structuration des parcours de soins intra- et extra-hospitaliers, en améliorant le partage d'informations avec les acteurs du domicile et les structures médico-sociales et en veillant à ne pas engorger les urgences ;
 - Adapter les soins et prises en charge médicales intra-hospitaliers au vieillissement de la population, phénomène qui se retrouve dans presque toutes les unités des deux hôpitaux ;
 - Développer une prise en charge ambulatoire aussi pour les personnes âgées de plus de 75 ans ;
 - Savoir répondre aux besoins et demandes des EHPAD de l'ensemble du territoire Thiers/Ambert, au-delà de celles qui relèvent du parcours de soins, et pouvant aller vers la mutualisation des moyens ou des compétences dans les domaines administratifs, logistiques, techniques ou médicotéchniques.

5. La filière natale et périnatale : la garantie d'une réponse de qualité ;

Il s'agit de poursuivre la diversification des modalités d'accompagnement à l'accouchement et moderniser l'hôtellerie.

Ce que prévoit le Schéma Régional de Santé (en termes d'objectifs qualitatifs) :

- Adapter l'offre en fonction de l'évolution des naissances, des durées de séjour et en garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge des parturientes et des nouveau-nés.
- Encourager l'orientation des femmes enceintes dès le début de la grossesse dans un parcours gradué selon le niveau de risque médical et psychosocial pendant la grossesse.
- Elargir le périmètre d'action de la cellule de coordination des transferts périnataux à l'ensemble de la région et harmoniser la prise en charge des transferts de nouveau-nés.
- Mettre à disposition des outils de partage du dossier des femmes enceintes entre tous les professionnels concernés par le suivi de la grossesse et le suivi du nouveau-né.
- Prévenir la rupture du lien mère-enfant : éviter la séparation parents-enfants lors d'une hospitalisation en néonatalogie.
- Piloter la réorganisation des dépistages biologiques à la naissance en veillant à assurer leur continuité et à améliorer l'efficacité des dépistages cliniques (surdité, cardiopathies, luxation de la hanche...).
- Encourager la collaboration régionale des Réseaux de Santé en Périnatalité entre eux et avec la Commission Régionale de la Naissance.
- Mettre en place un tableau de bord régional p rinal pour permettre une réflexion globale sur l'offre de soins et sur la qualité et la sécurité des soins en p rinalit  ainsi qu'une meilleure prise en compte de la vulnérabilité et de la précarité.

Les activités obstétricales s'articulent autour d'un projet qui englobe déjà les territoires de Thiers et d'Ambert. La poursuite de l'organisation existante constitue une nécessité territoriale car toute remise en cause de la maternité g n rerait un éloignement significatif des parturientes de l'offre de soins de premier recours.



Au Centre Hospitalier de Thiers sont regroupés, au sein du service de gynécologie-obstétrique, les consultations cliniques et échographiques (concernant l'obstétrique, la gynécologie, le centre de planification familiale), le secteur salle de naissance, l'hospitalisation (médicale et chirurgicale gynécologique, obstétricale, grossesses à risque de niveau 1, IVG).

A Thiers, l'objectif principal sera, tout en continuant à développer la qualité des prises en charges, de maintenir l'activité au-delà de 500 accouchements annuels.

A Ambert, il s'agit de poursuivre l'activité de Centre de Périnatalité de Proximité assurant la réalisation du suivi de grossesse, de la préparation à la parentalité, du suivi de l'allaitement, de consultation du post-partum, de rééducation périnéale et de CEPF. Une consultation d'anesthésie, de gynécologie et de pédiatrie a également été mise en place pour assurer une offre de services de proximité la plus complète possible, au profit des patientes du territoire d'Ambert.

6. La filière de la santé mentale : la prévention et le soin :

Concernant la psychiatrie générale, il s'agit de mieux intégrer, piloter et outiller cette filière complète publique de proximité :

Ce que prévoit le Schéma Régional de Santé (en termes d'objectifs qualitatifs) :

- Réduire les inégalités de l'offre de soins entre les différents territoires en augmentant, notamment, l'offre dans les zones les moins bien pourvues.
- Repositionner chaque dispositif du parcours de soins psychiatriques à sa juste place : Centres médico-psychologiques (CMP) comme porte d'entrée du dispositif, les hôpitaux de jour comme véritables alternatives à l'hospitalisation temps plein prodiguant des soins intensifs, les Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP) pour des patients plus chroniques dépendants aux soins et l'hospitalisation à temps plein avec des durées limitées pour une très large majorité de patients.
- Centrer les prises en charge sur l'ambulatoire en repositionnant les CMP comme de véritables pivots du parcours de soins en renforçant certains CMP tout en leur demandant d'appliquer les recommandations organisationnelles de l'ANAP, en incitant les professionnels à « aller vers » ceux qui en ont besoin, en encourageant la télémédecine dans les zones faiblement pourvues en psychiatres.
- Limiter l'hospitalisation à temps plein au strict nécessaire en transformant des places d'hospitalisation de jour en places d'hospitalisation de jour de crise et en augmentant le nombre d'implantations d'hospitalisation de jour, en accroissant le nombre d'Unités d'Hospitalisation de Courte Durée qui permettent d'éviter une hospitalisation sur deux en unité sectorielle et le nombre d'implantations de centres de crise, en créant des places d'appartement thérapeutique dans les établissements qui en sont dépourvus et des équipes mobiles de case management de transition pour permettre une sortie plus rapide des patients, en limitant le nombre de patients hospitalisés au long cours et les ré hospitalisations grâce à une prise en charge par des équipes mobiles de type « Assertive Community Treatment » et en augmentant le nombre de centres de postcure.

Les objectifs généraux, communs aux deux établissements, sont :

- créer un pôle inter-établissement de santé mentale Thiers-Ambert afin d'organiser l'offre sur l'ensemble du territoire, en fonction des ressources médicales disponibles ;
- développer l'offre ambulatoire en augmentant le nombre de places d'hôpital de jour, en réactivant le CATTP et en portant une réflexion sur l'accueil en situation de crise.

Les différents services de psychiatrie des deux établissements de Thiers et d'Ambert constituent un pôle de santé mentale, à l'échelle du Livradois Forez, avec une offre publique de proximité à destination de tous les patients du territoire, qui légitime l'existence de services ambulatoires de même nature sur chacun des deux secteurs. A ce titre, la constitution d'un pôle inter-établissement de psychiatrie, intégrant la pédopsychiatrie du secteur, pourrait être un premier objectif permettant d'assurer un meilleur pilotage du parcours patient sur le territoire tout en garantissant l'indispensable proximité et de répartir au mieux une ressource médicale rare et précieuse. Une attention particulière sera portée à la présence de psychiatres au sein du CH d'Ambert, pour tendre vers une présence quotidienne, en fonction du nombre de médecins composant l'effectif.



Concernant la santé mentale des enfants et des adolescents, il conviendra d'aller vers une clarification des autorisations et un développement de l'offre en hospitalisation partielle.

Le Schéma Régional de Santé demande une « fluidification de la filière de pédopsychiatrie en diffusant les bonnes pratiques afin d'éviter les ruptures de parcours entre pédopsychiatrie et psychiatrie générale et en développant la pédopsychiatrie de liaison en services de pédiatrie et en maternité¹². Il faut noter qu'en matière d'objectifs quantitatifs, le PRS prévoit, pour le Puy-de-Dôme, un OQOS maximum à 4 unités d'hospitalisation à temps partiel de jour, contre 3 actuellement.

La première question à traiter est, en effet, celle de l'autorisation de l'activité. Les CMP comme les CATTP sont une modalité de prise en charge rattachés à une autorisation en hospitalisation partielle ou complète en pédopsychiatrie, ce dont le centre Hospitalier de Thiers ne dispose pas. Afin de traiter cette question, un dossier de demande d'autorisation en hospitalisation de jour, a été déposé en décembre 2018 par le Centre Hospitalier de Thiers. Dans l'attente d'une régularisation, le centre hospitalier de Thiers continue à assurer l'exploitation des 3 CMP enfants-adolescents de Thiers, d'Ambert et de Cournon. Il appartient donc à l'Autorité chargée de la planification sanitaire de trancher la question du rattachement du sous-secteur de Cournon.

7. Les activités de support médical : des dispositifs au service de la clinique.

Le projet médical ne peut pas être mis en œuvre sans l'aide des fonctions de support médical.

Ce que prévoit le Schéma Régional de Santé :

Pour l'imagerie :

- conforter l'optimisation des services d'imagerie en termes d'organisation et d'utilisation des machines par le renforcement de coopérations structurées et formalisées entre structures de tout statut
- améliorer la pertinence des prescriptions d'imagerie et renforcer l'accès direct aux examens en coupe non irradiants (IRM)
- assurer une accessibilité territoriale adaptée en matière d'imagerie en coupe en fondant les besoins d'équipements supplémentaires sur les données du benchmark 2016, afin de réduire les délais d'attente
- assurer une possibilité d'accès à l'imagerie en coupe dans tous les services d'accueil des urgences
- organiser et améliorer l'accès à l'imagerie interventionnelle, notamment à partir des services d'urgence
- accompagner le développement et la sécurisation de la télé imagerie pour renforcer l'accès aux soins et la permanence des soins
- assurer une couverture en équipement adapté pour les pathologies neurologiques et cancérologiques (IRM 3 Tesla) en complément d'IRM 1.5 Tesla préexistante et en cohérence avec les activités médico-chirurgicales réalisées sur le site et selon des indications conformes aux préconisations des sociétés savantes
- renforcer l'accessibilité aux tomographes par émission de positons
- améliorer l'accès à la médecine hyperbare, compte tenu de l'élargissement des indications.

Pour la biologie :

- réguler, dans le respect du zonage de biologie et des règles prudentielles réglementant l'implantation des laboratoires, l'offre pour éviter les ouvertures et transferts de sites de laboratoires de biologie médicales dans les territoires surdotés au regard des besoins de la population
- préserver l'accessibilité à un site de prélèvement à moins de 30 minutes pour l'ensemble de la population ;
- veiller à la maîtrise de la phase pré-analytique indispensable à la qualité du résultat, pour les territoires peu dotés, lorsque le prélèvement doit transiter par un site de rupture de charge
- veiller à la mise en œuvre d'une organisation efficiente de la biologie au sein des territoires
- préserver des délais de transmission des résultats biologiques compatibles avec l'urgence définie par les cliniciens, notamment en garantissant l'accès à une biologie d'urgence pour les établissements assurant la médecine d'urgence
- s'assurer de la maîtrise du recours à la biologie délocalisée
- veiller à ce que tous les laboratoires de biologie médicale soient accrédités à 100 % au plus tard le 1^{er} novembre 2020.

En général :

les spécialités médicotéchniques nécessaires à toute continuité des soins (biologie, imagerie médicale, pharmacie,...), si elles ne relèvent pas à ce titre directement des schémas cibles de permanence des soins régionaux peuvent néanmoins s'inscrire dans la même logique de rationalisation et de mutualisation inter-établissements en cohérence avec les schémas cibles de PDES retenus et bénéficier d'un éventuel financement.



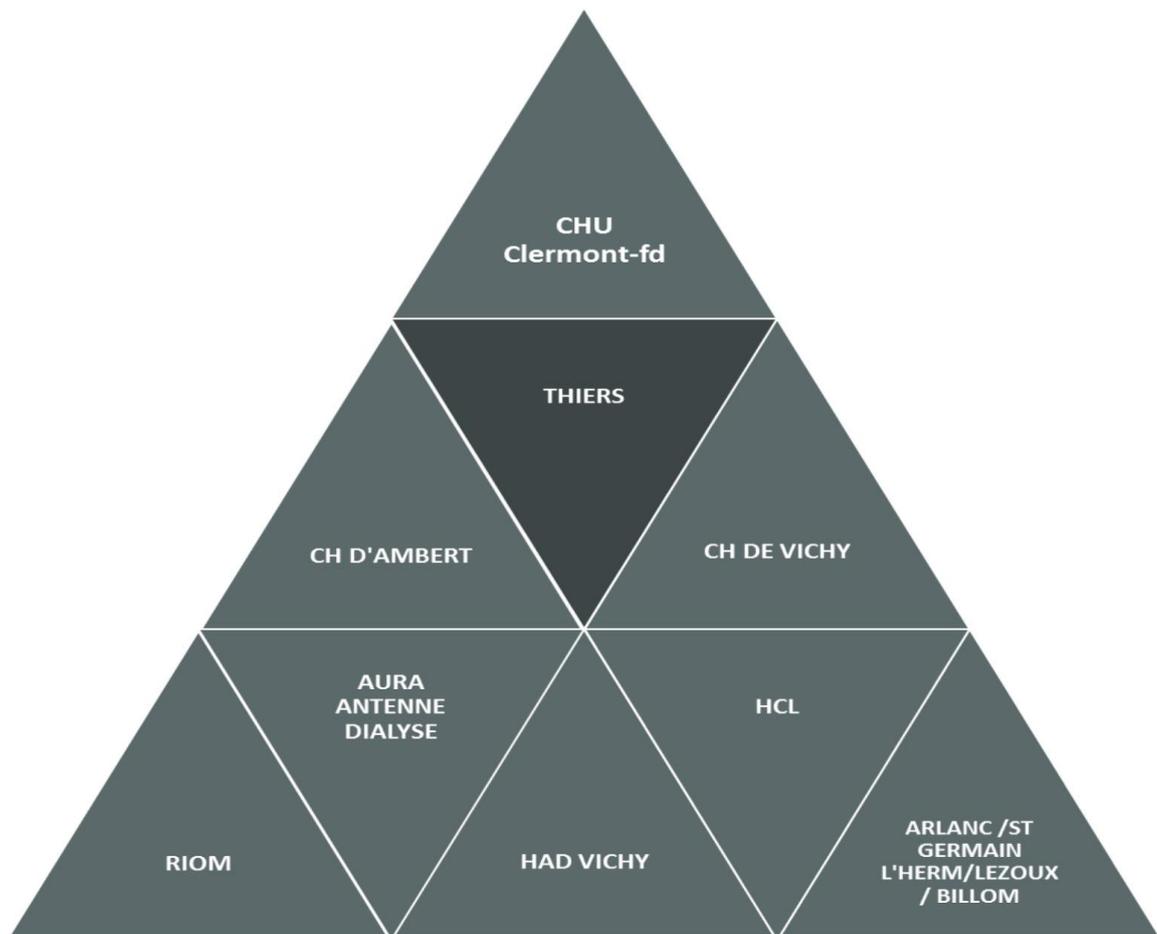
Les objectifs généraux pour les deux établissements sont de:

- s'adapter au développement des activités pour les blocs opératoires ;
- organiser la complémentarité sur les 2 sites pour les activités pharmaceutiques et de stérilisation ;
- moderniser les outils de travail dans les 2 établissements pour l'imagerie et d'organiser les complémentarités ;
- préserver une réponse de proximité et développer la coopération territoriale pour les laboratoires et les prélèvements ;
- favoriser le recours à la télémédecine ;
- promouvoir une politique coordonnée en matière d'informatisation dossier patient unique ;
- renforcer les dispositifs de sécurisation de la prise en charge du patient concernant les vigilances ;
- développer les actions engagées et limiter les infections nosocomiales en matière d'hygiène.

Le projet médical commun est, en outre, au service de l'attractivité médicale, et cela à deux niveaux :

- Le projet médical commun est en soi un vecteur central d'attractivité médicale,
- Il décrit par ailleurs les axes directeurs d'une politique volontariste en direction des médecins souhaitant rejoindre les deux hôpitaux.

Ces orientations se comprennent, de par le projet médical partagé du territoire et des liens tissés avec les établissements du groupement ou plus anciennement de la précédente Communauté Hospitalière de Territoire (CHT), dans un cadre collaboratif, que résume la pyramide ci-dessous :



Projet médical commun 2019-2023

Centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert

Groupement Hospitalier de Territoire « Territoires d'Auvergne »

Un tableau des coopérations¹ peut être dressé :



Mises à disposition entre Thiers et Ambert	Mises à disposition entre les hôpitaux de Thiers et d'Ambert avec le CHU de Clermont-Ferrand	Mises à disposition entre les hôpitaux de Thiers et d'Ambert avec d'autres établissements que le CHU
MAD AMBERT → THIERS * MEDECIN DIM : Dr ROSEAU * PHARMACIE : Dr BASSET	MAD CHU CLERMONT → THIERS * ONCOLOGUE : Dr FAUGERAS * PNEUMOLOGUE : Dr HANIN * PSYCHIATRE : Dr GUASTELLA * PEDIATRE : Dr LORIETTE * URGENTISTES : Participation à la permanence des soins	MAD VICHY → THIERS * PNEUMOLOGUE : Dr LACROIX * CARDIOLOGUE : Dr BITAR
MAD THIERS → AMBERT * GYNECOLOGUE : Dr DE SIMONE, DR ALBAUT * UROLOGIE : Dr KHENIFAR * CHIRURGIE : Dr VARGA, Dr LAFORGE * CPP : Sages-Femmes * PEDIATRE : Dr BRUNEL * PSYCHIATRE : Dr GUELON, Dr WERMEILLE, Dr HANANA, Dr LE COMTE (Pedsy) * ANESTHESISTE : Dr KOFFI	MAD CH THIERS → CHU CLERMONT : * CHIRURGIEN VISCERAL : Dr ELKATEB * GASTRO-ENTEROLOGUE : Dr CAMPOS, Dr SCANZI * RADIOLOGUE : Dr MOLDOVAN * PEDIATRIE : Dr SZYMANOWSKI * PSYCHIATRE ADDICTO : Dr GUELON	MAD CH THIERS → RIOM : * GYNECOLOGUE : Dr CHAMPEL MAD CH THIERS → DIVERS : * MEDECIN HYGIENISTE : Dr LEPAIH-LEROY * DENTISTE : Dr GAUGAIN MAD CH THIERS → VICHY : * CARDIOLOGUE : Dr ADJTOUTAH * RADIOLOGUE : Dr NASSER * DENTISTE : Dr GAUGAIN

En résumé, les orientations stratégiques s'intègrent dans :

- les préconisations du Plan Régional de Santé 2018-2028 de la Région Auvergne-Rhône-Alpes¹³;
- les orientations de l'avant-projet médical partagé du GHT « Territoires d'Auvergne ».

Ces orientations se veulent communes pour les établissements de Thiers et d'Ambert, sachant que chaque établissement a son identité propre.

Ces orientations se veulent guidées par les principes de :

- gradation des soins ;
- complémentarité et de coopération entre établissements et acteurs de santé.

¹³ <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/e-prs-auvergne-rhone-alpes-2018-2028>



3 Déclinaison par établissement et par filière du projet médical commun

Le projet médical commun est décliné par filières, en débutant par ce point d'entrée majeur que sont les urgences hospitalières.

3.1 La filière des urgences : une réponse de proximité

Les centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert possèdent tous les deux un service d'urgence doté d'un SMUR, permettant de garantir une réponse de proximité avec un accès en moins de 30 minutes pour tout usager du service public hospitalier dans les territoires desservis.

3.1.1 Rappel des objectifs du Projet Médical Partagé (PMP)

Les effectifs cibles posés par le PMP (page 86) sont les suivants :

-CH d'Ambert : 11,3 ETP dont 10,8 postés

-CH de Thiers : 11,9 ETP dont 11,4 postés.

Le nombre de lits d'UHCD cible (page 86) est de :

-CH d'Ambert : 4 lits

-CH de Thiers : 4 lits.

La cible concernant le nombre de lignes (page 86) est de :

-CH d'Ambert : 2 de jour/2 de nuit

-CH de Thiers : 2,4 de jour/2 de nuit.

7 objectifs sont posés, dont 4 concernent plus ou moins directement les centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert :

-1) Mise en place d'une Fédération médicale inter hospitalière

-2) Harmonisation des pratiques de ressources humaines

-3) Mise en place d'un parcours de formation continue

-7) Uniformisation des outils informatiques.

3.1.2 A Thiers

Des éléments de présentation seront donnés sur l'organisation de la filière à partir de Thiers. Sera exposé ensuite le projet du service dans le cadre de la filière des urgences.

3.1.2.1 Eléments de présentation

Activité générale des urgences				UHCD
	2009	2013	2018	
Nb de passages	12 711	13 696	14 300	Nb de patients 1532 en 2018 contre 1452 en 2017
Filière externe	9 338		11 290	Durée moyenne de séjour : 23h37
Filière hospitalisation	3 371		3 010	Taux d'occupation : 88%
Activité de 08h à 20h	75%	75%	73%	
Activité de nuit	25%	25%	27%	
Population de 0 à 17ans	14%			L'unité est composée de 4 lits gérée par un médecin urgentiste dédié de 9h à 13h du lundi au vendredi et le reste du temps par les urgentistes de garde aux urgences.
18 à 60ans	48%			
plus de 60	35%			
Moyenne d'âge	47ans			
Temps moyen de passage : en 2018 dernier trimestre 3h34 contre 3h47 au niveau régional pour 20 000 passages ¹⁴ . Médiane : 2h48 versus 2h12 au niveau régional				Le personnel paramédical est mutualisé avec celui de la surveillance continue au total 10 lits et 2 IDE et 2 AS par poste sauf la nuit où il y a 1AS et 2 IDE.
Nombre de praticiens théoriques : 11,4				
Nombre actuel de praticiens 7,2 ETP, le reste étant comblé par les TTA sur la base du volontariat et le recours à l'intérim.				
Nombre d'internes : 3				

¹⁴ Rapport de l'Observatoire Régional des Urgences (ORU) du dernier quadrimestre 2018

Projet médical commun 2019-2023

Centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert

Groupement Hospitalier de Territoire « Territoires d'Auvergne »



En journée les urgences ont la possibilité de recourir à des avis en interne en chirurgie digestive, urologie, orthopédie, cardiologie pneumologie, neurologie, gastrologie, psychiatrie et gynécologie. En garde et le Weekend, un anesthésiste, un gynécologue sont présents et il existe une astreinte pour la radiologie la psychiatrie, la chirurgie viscérale. Il est à noter que certains spécialistes (neurologue, pneumologue, cardiologue) ne sont présents en journée que certains jours de la semaine (assistant partagé ou convention avec d'autres établissements).

Le case-mix de l'UHCD est le suivant en 2018 (30 diagnostics les plus fréquents):

Libellé	RUM	%
Altération [baisse] de l'état général	104	6,05%
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : intoxication aiguë	89	5,17%
Douleur thoracique, sans précision	80	4,65%
Malaise	80	4,65%
Douleurs abdominales, autres et non précisées	67	3,90%
Insuffisance cardiaque congestive	63	3,66%
Cedème pulmonaire	44	2,56%
Anémie, sans précision	40	2,33%
Auto-intoxication par des antiépileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes et exposition à ces produits	39	2,27%
Intoxication par benzodiazépines	38	2,21%
Pneumopathie, sans précision	37	2,15%
Dyspnée	33	1,92%
Fièvre, sans précision	29	1,69%
Commotion cérébrale	26	1,51%
Insuffisance ventriculaire gauche	25	1,45%
Chutes à répétition, non classées ailleurs	25	1,45%
Céphalée	23	1,34%
Hémorragie de l'anus et du rectum	20	1,16%
Colique néphrétique, sans précision	19	1,10%
Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]	18	1,05%
Tachycardie, sans précision	18	1,05%
Autres lésions traumatiques précisées de la tête	17	0,99%
Hypovolémie	15	0,87%
Luxation de l'articulation de l'épaule	15	0,87%
Accident ischémique cérébral transitoire, sans précision	14	0,81%
Hypertension essentielle (primitive)	14	0,81%
Fatigue [asthénie]	14	0,81%
Embolie pulmonaire, (sans mention de cœur pulmonaire aigu)	13	0,76%
Convulsions, autres et non précisées	13	0,76%
Autres accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés	12	0,70%

L'activité est la suivante :

Séjours UHCD	Année 2018	Année 2017	Variation en %
Nombre de RUM dans la base	1 555	1 451	7,17%
Age moyen par RUM (hors CMD 15)	68,75	64,54	6,52%
% d'hommes (RUM)	51	51	0,00%
Taux de décès (RUM)	3,02	3,17	-4,66%
Durée Moyenne de Séjour brute des RUM	1,21	1,17	3,56%
Nombre de journées brut des RUM	1 880	1 694	10,98%
Indicateur de performance basé sur la DMS Nat : nb journées étab. / nb journées standardisées	1,10	1,06	3,38%
Nombre de patients (file active)	1 384	1 311	5,57%

80% de l'activité est enregistrée dans 9 communes avec un réel rayonnement sur le bassin d'attractivité:

Commune	Effectif	%	% cumulé
Thiers	365	23,47%	23,47%
Lezoux	230	14,79%	38,26%
Courpière	220	14,15%	52,41%
Maringues	109	7,01%	59,42%
Puy-Guillaume	103	6,62%	66,04%
Celles-sur-Durolle	76	4,89%	70,93%
La Monnerie-le-Montel	72	4,63%	75,56%
Saint-Rémy-sur-Durolle	60	3,86%	79,42%
Peschadoires	55	3,54%	82,96%

Est comprise dans le périmètre du service des urgences une unité de soins continus de 6 lits gérée par le service d'anesthésie:

Séjours USC	Année 2018	Année 2017	Variation
Nombre de RUM dans la base	295	299	-1,34%
Nombre de RUM saisis dans la base	295	299	-1,34%
Age moyen par RUM (hors CMD 15)	70,90	70,47	0,61%
% d'hommes (RUM)	51	56	-8,93%
Taux de décès (RUM)	11,19	10,70	4,52%
Durée Moyenne de Séjour brute des RUM	6,11	5,30	15,30%
Durée Moyenne de Séjour des RUM, hors RUM de 0 jour	6,16	5,47	12,79%
Nombre de journées brut des RUM	1 803	1 585	13,75%
Indicateur de performance basé sur la DMS Nat : nb journées étab. / nb journées standardisées	1,23	1,16	5,52%
Nombre de patients (file active)	271	281	-3,56%



80% de l'activité est réalisée sur 12 communes, là également avec une attractivité correcte sur le bassin de population thiernois:

Commune	Effectif	%	% cumulé
Thiers	65	22,03%	22,03%
Courpière	39	13,22%	35,25%
Lezoux	32	10,85%	46,10%
Puy-Guillaume	22	7,46%	53,56%
Ambert	19	6,44%	60,00%
Celles-sur-Durolle	15	5,08%	65,08%
Maringues	13	4,41%	69,49%
La Monnerie-le-Montel	10	3,39%	72,88%
Saint-Rémy-sur-Durolle	7	2,37%	75,25%
Saint-Dier-d'Auvergne	7	2,37%	77,62%
Peschadoires	6	2,03%	79,65%
Cunlhat	6	2,03%	81,68%

3.1.2.2 Projet du service dans le cadre de la filière des urgences

Seront distingués les projets de l'anesthésie de ceux des urgences.

3.1.2.2.1 Urgences hospitalières et UHCD

Au niveau des urgences pré hospitalières, le centre de Thiers dispose d'une équipe SMUR (H24) composée d'un urgentiste mutualisé avec les urgences, d'un AS conducteur de la VML également mutualisé avec le SU et d'un IADE mutualisé avec le bloc opératoire. Ce mode d'organisation est à conserver, car efficient et professionnellement attractif pour les infirmiers. L'établissement ne dispose pas d'un service d'urgence pédiatrique dédié. Les patients de tout âge sont pris en charge dans le même service et réorientés selon les filières en gynéco-obstétrique ou pédiatrie par exemple définies au sein de l'établissement ou sur le CHU de Clermont-Ferrand pour la pédiatrie. Malgré 4 lits d'UHCD, on observe un nombre significatif de transferts vers le centre hospitalier d'Ambert.

Pour répondre à ses missions et maintenir son niveau de compétence, le centre de Thiers, en s'appuyant sur les orientations stratégiques du Projet Régional de Santé et du Projet Médical Partagé du GHT Allier-Puy de Dôme, se propose de mettre en œuvre des nouveaux modèles d'organisation de la médecine d'urgence et le développement de partenariats avec les professionnels de santé libéraux, à savoir :

- 1) Participer à la réorganisation des services d'urgence dans le cadre de la Fédération Médicale Inter hospitalière des Urgences du territoire du GHT, impliquant une structuration graduée des établissements site d'un service d'urgence (dont Thiers) offrant à chaque patient du territoire en situation d'urgence, le parcours de soins le plus adapté ;
- 2) Poursuivre la politique de qualité du service d'urgence de Thiers en s'appuyant sur les procédures de la certification HAS, la mise en place de CREX et RMM, des protocoles communs des prises en charges au sein des réseaux RESUVAL, RAMU, REULIAN, RESCUE... , la formation du personnel médical au CHU de Clermont-Ferrand dans le cadre de la filière urgence du GHT ;
- 3) Participer à la structuration de l'offre de soins de proximité pour désengorger le service des urgences : plusieurs projets de création de Maisons Médicales sont à l'étude par la communauté de communes et présentés chaque semestre aux internes présents sur l'établissement ainsi que les possibilités d'installation sur le territoire. Ceci doit permettre de réduire la part des CCMU1 et 2¹⁵ pour recentrer le service sur les CCMU 3 à 5, de gravité plus importante ;

Le projet médical commun de Thiers et d'Ambert s'intègre dans le projet médical partagé du GHT : la mise en œuvre de la filière des Urgences du GHT repose sur la régulation médicale, l'orientation précoce du patient dans la filière de soins la plus pertinente, l'organisation interne des structures des urgences, une organisation en aval des urgences.

¹⁵ Classification clinique des malades aux urgences



Pour mettre en place ces objectifs plusieurs actions sont arrêtées :

- 1) Renforcement des filières spécialisées à l'échelle du territoire : traumatisés graves (trauma center au CHU), accidents vasculaires cérébraux (UNV au CHU), syndrome coronarien aigu, victimologie, notamment ;
- 2) La mise en place du dossier médical partagé des urgences dans le cadre de la convergence des systèmes d'information impulsée par l'établissement support;
- 3) La poursuite et la mise en place de protocoles commun dans les filières identifiées AVC, SCA ;
- 4) La création d'une équipe médicale de territoire ;
- 5) Rester dans la médiane des délais de prise en charge mesurée chaque quadrimestre par l'ORU.

3.1.2.2.1 L'USC et l'anesthésie

Les anesthésistes sont impliqués à l'extérieur du service (Hémovigilance, consultations douleur, référent antibiothérapie), dans l'institution (CME, CSCTH, conseils de bloc opératoire).

Outre conforter l'existant, les objectifs du service sont les suivants :

- 1) Développer les prises en charge post-opératoires : protocoliser l'accès des opérés à l'Unité de Surveillance Continue, réserver un lit à l'accueil des opérés ;
- 2) Optimiser l'orientation des patients en aval des urgences et structurer les liens avec les services cliniques ;
- 3) Elaborer une convention entre l'USC et la réanimation au CHU de Clermont-Ferrand ;
- 4) Établir et défendre le principe règlementaire de la disponibilité à toute heure du jour d'une salle de bloc opératoire pour la chirurgie obstétricale urgente (dite salle de césarienne) matérialisé par son inscription dans la charte du bloc opératoire ;
- 5) Faire face à l'extension prévue de l'activité programmée au bloc opératoire (augmentation de chirurgie orthopédique et traumatologique) dans la continuité de l'organisation actuelle du travail des MAR tout en veillant au maintien de la sécurité des patientes ;
- 6) Soutien du développement de l'activité de chirurgie ambulatoire ;
- 7) Faire progresser la pratique médicale de l'anesthésie dans le service par la mise en place d'un protocole de réhabilitation post opératoire précoce ;
- 8) Poursuivre l'engagement dans la qualité et la gestion des risques ;
- 9) IPAQ et dossier d'anesthésie : la mise en œuvre depuis 2008 de cette démarche qualité a permis de pointer et de corriger plusieurs défauts de forme au niveau du compte-rendu de consultation pré-anesthésique. Il conviendra également de systématiser la revue des protocoles médicaux en vigueur dans le service.



3.1.3 A Ambert

Des éléments de présentation seront donnés sur l'organisation de la filière à partir d'Ambert. Sera exposé ensuite le projet du service dans le cadre de la filière des urgences.

3.1.3.1 Eléments de présentation

Activité générale des urgences				UHCD
Nb de passages	2009 8113	2013 9714	2018 11 108	Nb de patient 712 en 2018 618 en 2017 IP-DMS : 1,09
Filière externe	6373	7941	9135	
Filière hospitalisation	1454	1483	1620	
Le service des urgences accueille environ 11 000 patients par an. Il est le seul service à assurer une permanence des soins en continue sur le bassin de population; En été, les pics de fréquentation peuvent approcher les 60 passages par jour, avec une moyenne de plus de 35. Après sa prise en charge le patient est orienté dans 20% des cas vers le secteur de soin adapté : transfert dans un autre établissement pour une prise en charge spécialisée ou dans un service d'hospitalisation du centre hospitalier. Dans 80% des cas un retour à domicile sera réalisé. Pour chaque patient un dossier de soins informatisé est créé afin d'assurer la traçabilité de son passage et de sa prise en charge. De ce dossier est extrait automatiquement, un courrier adressé en temps réel aux médecins traitant qui sont abonnés à un réseau informatique sécurisé.				SMUR
Temps moyen de passage : en 2018 dernier trimestre 1h31 contre 3h47 au niveau régional pour 20 000 passages ¹⁶ . Médiane : 1h02 versus 2h12 au niveau régional Part CCMU 2&3 prédominante : 91 % versus 67 % au niveau régional ¹⁷				La mission du SMUR est de prendre en charge, 24h/24, des patients présentant une détresse vitale. Le déclenchement et la régulation d'une intervention SMUR sont réalisés par le Centre 15 du département. Une équipe composée d'un médecin, un IDE, un aide-soignant-ambulancier, assurent 450 interventions par an. Le SMUR participe aux différents plans de secours : plan Blanc, ORSEC et NRBC (risques nucléaires, radioactifs, biologiques, chimiques).
Nombre de praticiens théoriques : 10,8 ETP Nombre actuel de praticiens 1,2 ETP, le reste étant comblé par les TTA sur la base du volontariat et le recours à l'intérim. Nombre d'internes : 1				

Le service des urgences a pour mission de recevoir, sans restriction, les personnes qui s'y présentent spontanément ou sont amenées par les services de secours ou les forces de police. Il doit hiérarchiser les prises en charge, repérer les urgences vitales, apporter les premiers soins, diagnostiquer et orienter vers les services adaptés.

La structure d'urgence est localisée au sein du plateau technique, à proximité immédiate de l'imagerie médicale. Le service comprend une zone d'accueil et d'orientation, trois salles d'examen, deux salles d'accueil des urgences vitales, une unité d'hospitalisation de courte durée située au 2ème étage du plateau technique.

3.1.3.2 Projet du service dans le cadre de la filière des urgences

Le projet médical cible les priorités suivantes :

- 1) Assurer une prise en charge des urgences réactive et adaptée aux besoins du territoire.
- 2) Sécuriser la prise en charge de l'urgence vitale par une équipe médicale titulaire de la CAMU ou du DESC de médecine d'urgences.
- 3) Pérenniser le service des urgences par le recrutement de médecins titulaires.
- 4) Renforcer les filières de prise en charge spécifiques au sein du Service d'Accueil des Urgences :
 - a) L'hôpital doit répondre au défi du vieillissement, en optimisant sa filière gériatrique : intervention de l'équipe mobile de gériatrie aux urgences, développer l'offre de court séjour gériatrique ;
 - b) Structurer les parcours AVC par l'acquisition d'un scanner pour permettre, grâce à la télémédecine et à une convention avec l'UNV du CHU de réaliser des PEC précoces (notamment de la thrombolyse) ;
 - c) La filière traumatisé grave et syndrome coronarien : par des conventions et des protocoles de prises en charge établis avec le CHU de Clermont Ferrand.
 - d) La filière traumatologique : en pérennisant la filière de prise en charge aux urgences avec le centre hospitalier de Thiers et en développant les consultations post-urgences.

¹⁶ Rapport de l'Observatoire Régional des Urgences (ORU) du dernier quadrimestre 2018

¹⁷ Rapport de l'Observatoire Régional des Urgences (ORU) du dernier quadrimestre 2018



5) Renforcer le lien ville - hôpital : l'avenir de la structure d'urgence ne peut être pensé que dans une dynamique d'amélioration constante de la qualité de l'accueil des usagers. Il est souhaité que cette dynamique se fasse en collaboration avec la médecine libérale, et les structures d'hospitalisation du territoire de santé. Le service d'urgences est un élément d'attractivité important pour l'installation ou le renouvellement des effectifs de médecins libéraux dans le bassin.

La permanence d'accès aux soins de santé, qui sera située dans les urgences, proposera une consultation médicale et un accompagnement social pour toute personne en situation de précarité. La précarité se traduit principalement par l'absence d'assurance maladie de base ou complémentaire, l'absence de domicile fixe ou par un hébergement chez un tiers, par l'isolement social, par l'absence de médecin traitant. La PASS est un lieu de soins, d'écoute et d'accompagnement. L'équipe est composée d'une assistante sociale et d'un médecin référent et s'appuie sur les médecins des urgences pour assurer les consultations médicales. Au cours de la prise en charge médicale, le médecin fait un bilan de santé et, si besoin, prescrit des examens complémentaires et des traitements. A défaut de couverture sociale, les médicaments sont délivrés gratuitement pour démarrer rapidement le traitement. L'assistante sociale assure l'accompagnement dans les démarches nécessaires à la reconnaissance des droits, notamment en matière de couverture sociale. Elle conseille, oriente et fait un lien avec les services susceptibles d'aider les personnes en situation de précarité. La PASS est assurée tous les jours.

3.1.4 Les complémentarités et les projets communs

Les complémentarités envisagées sont les suivantes :

- 1) Mise en place d'une plateforme des lits disponibles sur les 2 sites actualisée 3 fois par jour, accessible au CHU de Clermont-Ferrand ;
- 2) Un dossier médical commun de SMUR pour les PEC ;
- 3) Un accès facilité pour l'obtention des résultats de biologie (même laboratoire sur les 2 sites) ;
- 4) Mise en place d'une procédure de mutualisation des moyens en cas de difficultés dans la disponibilité des ressources médicales sur l'un des deux sites ;
- 5) Pérenniser les deux sites des urgences en confortant la mutualisation des moyens et l'homogénéisation des pratiques ;
- 6) Favoriser la mobilité des personnels médicaux entre les deux sites ;
- 7) Favoriser l'accueil des internes de territoire dans les deux sites, en développant une stratégie commune.

3.2 Les filières médicales: l'ouverture vers la cité

Il n'y a pas dans le PMP du GHT de projet global en médecine, sauf en ce qui concerne la cardiologie. L'objectif premier des deux établissements, notamment à l'aune de la création des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), est l'ouverture sur la cité.

3.2.1 A Thiers

La médecine est organisée autour d'un service de médecine polyvalente et un hôpital de jour dont une partie de l'activité se retrouve en oncologie avec les chimiothérapies. L'établissement accueille un point santé dont les activités pourraient être développées au sein de l'hôpital de jour et/ou en consultations externes ou de liaison. Compte tenu de ses particularités (notamment utilisation du bloc opératoire), l'endoscopie fera l'objet d'une présentation particulière tout en se rattachant aux activités de médecine. Il y en ira de même pour l'oncologie clinique.



3.2.1.1 Eléments de présentation

Les patients du bassin thiernois sont en moyenne plus âgés quand dans le reste du département du Puy de Dôme, sur un secteur géographique majoritairement rural ou semi-rural. Le contexte médico-social est difficile avec une sous-dotation en médecine de ville et une population souvent précarisée. Le pôle médical du Centre Hospitalier de Thiers s'inscrit dans une démarche de soins de proximité, en proposant un champ large d'activités médicales, qui s'appuient notamment sur un service de médecine polyvalente, un service d'addictologie, de multiples consultations spécialisées et un service d'hôpital de jour.

3.2.1.1.1 Médecine hors endoscopies et hors oncologie clinique

Le service de médecine polyvalente se compose de 30 lits (dont 7 en chambre individuelle) et accueille les patients hospitalisés principalement via le service des urgences. Les patients présentent une grande variété de pathologies, d'ailleurs souvent intriquées entre elles ou avec des difficultés psycho-sociales :

Séjours R.U.M.	Année 2018		Année 2017	
Nombre de RUM dans la base	1 049		1 026	2,24%
Age moyen par RUM (hors CMD 15)	71,79	ans	71,87	-0,11%
% d'hommes (RUM)	51	%	53	-3,77%
Taux de décès (RUM)	5,15	%	5,17	-0,35%
Durée Moyenne de Séjour brute des RUM	9,86	jours	10,21	-3,44%
Durée Moyenne de Séjour PMSI des RUM, hors séances	9,85	jours	10,19	-3,38%
Nombre de journées brut des RUM	10 344	jours	10 478	-1,28%
Nombre de journées PMSI des RUM	10 333	jours	10 460	-1,21%
Séjours R.S.S.	Année 2018		Année 2017	
Nombre de RSS dans la période	1 020		1 002	1,80%
Indicateur de performance basé sur la DMS Nat : nb journées étab. / nb journées standardisées	1,13		1,17	-3,19%
Patients	Année 2018		Année 2017	
Nombre de RSS avec identifiant patient défini	1 018		1 002	1,60%
Nombre de patients (file active)	844		850	-0,71%

50% de l'activité est réalisée sur 3 communes :

Commune	Effectif	%	% cumulés
Thiers	300	29%	29%
Courpière	139	13%	42%
Lezoux	138	13%	55%

50% de l'activité est concentrée sur 30 diagnostics :

Libellé	RUM	%	% cumulés
Malnutrition protéino-énergétique modérée	165	4,65%	4,65%
Insuffisance cardiaque congestive	94	2,65%	9,30%
Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures	88	2,48%	11,95%
Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision	86	2,42%	14,43%
Fibrillation auriculaire chronique [permanente]	83	2,34%	16,85%
Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]	74	2,09%	19,19%
Chutes à répétition, non classées ailleurs	74	2,09%	21,28%
Pneumopathie bactérienne, sans précision	73	2,06%	23,37%
Hypoosmolarités et hyponatrémies, autres et sans précision	68	1,92%	25,43%
Infection des voies urinaires, siège non précisé	65	1,83%	27,35%
Isolement (prophylactique)	56	1,58%	29,18%
Diabète sucré de type 2 insulinotraité, sans complication	50	1,41%	30,76%
Autres insuffisances rénales aiguës	50	1,41%	32,17%
Soins palliatifs	48	1,35%	33,58%
Escherichia coli, cause de maladies classées dans d'autres chapitres	45	1,27%	34,93%
Autres infarctus cérébraux	45	1,27%	36,20%
Anémie au cours d'autres maladies chroniques classées ailleurs	44	1,24%	37,47%
Ulcère du membre inférieur, non classé ailleurs	39	1,10%	38,71%
Néphrite tubulo-interstitielle aiguë	36	1,01%	39,81%
Anémie par carence en fer secondaire à une perte de sang (chronique)	35	0,99%	40,82%
Ischémie traumatique d'un muscle	35	0,99%	41,81%
Pneumopathie due à des aliments et des vomissements	34	0,96%	42,80%
Hypovolémie	33	0,93%	43,76%
Delirium non surajouté à une démence, ainsi décrit	29	0,82%	44,69%
Autres avitaminoses précisées du groupe B	28	0,79%	45,51%
Embolie pulmonaire, (sans mention de cœur pulmonaire aigu)	28	0,79%	46,30%
Autres obstructions de l'intestin	28	0,79%	47,09%
Sepsis à d'autres microorganismes Gram négatif	24	0,68%	47,88%
Hypernatrémie supérieure à 150 millimoles [mmol] par litre	24	0,68%	48,56%
Trouble anxieux et dépressif mixte	24	0,68%	49,24%



L'activité de l'hospitalisation de jour (hors oncologie) se décline comme suit :

Séjours R.U.M. UM 2002 HDJ médecine	Année 2018	Année 2017	%
Nombre de RUM dans la base	198	169	17,16%
Age moyen par RUM (hors CMD 15)	75,50	76,50	-1,31%
% d'hommes (RUM)	46	53	-13,21%
Taux de décès (RUM)	0	0	-
Nombre de séances	115	104	10,58%
Nombre de patients (file active)	135	93	45,16%

Séjours R.U.M. UM 1007 HDJ douleur	Année 2018	Année 2017	%
Nombre de RUM dans la base	37	48	-22,92%
Age moyen par RUM (hors CMD 15)	49,90	49,79	0,22%
% d'hommes (RUM)	54	27	100,00%
Taux de décès (RUM)	0	0	-
Nombre de patients (file active)	20	22	-9,09%

Séjours R.U.M. UM 1004 Obésité	Année 2018	Année 2017	%
Nombre de RUM dans la base	23	43	-46,51%
Age moyen par RUM (hors CMD 15)	46,98	48,99	-4,10%
% d'hommes (RUM)	17	33	-48,48%
Taux de décès (RUM)	0	0	-
Nombre de séances	0	0	-
Nombre de patients (file active)	23	43	-46,51%

L'hospitalisation directe se développe de plus en plus à la demande des médecins de ville ou des spécialistes de l'hôpital pour répondre aux défis posés par la sollicitation grandissante des services d'urgence et le besoin de recours de la médecine de ville qui se désertifie. Une ligne téléphonique dédiée aux admissions externes a été créée et communiquée à l'ensemble des médecins généralistes du territoire. De même, a été instaurée une consultation de médecine générale pour faciliter l'accès au soin, dans le but notamment de permettre une sortie plus rapide d'hospitalisation ou d'évaluer une situation médicale en pré-hospitalisation complète ou ambulatoire (et anticiper sur la programmation des explorations complémentaires par exemple).

La polyvalence et la qualité des soins sont ainsi assurées par une équipe médicale et paramédicale pluridisciplinaire en hospitalisation complète et ambulatoire :

- 4 omnipraticiens travaillent actuellement dans le service de médecine, à temps complet ou partagé sur d'autres activités du pôle. Ils assurent la prise en charge globale des patients, et la coordination des soins intra- et extra-hospitaliers ;
- 2 hépato-gastro-entérologues présents sur l'ensemble de la semaine, réalisent consultations, avis spécialisés, endoscopies ambulatoires programmées ou en urgence sur une hospitalisation complète et pose de gastrostomie ;
- 2 pneumologues en temps partagés avec le CHU de Clermont-Ferrand et le CH de Vichy, donnent des avis spécialisés et permettent l'instauration d'appareillage ventilatoire (VNI et CPAP) dans le service. Depuis quelques mois, une activité de consultation avec EFR, gazométrie, tests allergologiques et enregistrement ambulatoire de poly-somnographie a été créée, avec formation spécifique d'IDE, répondant à un besoin majeur sur le territoire ;
- 2 cardiologues en temps partagés avec le CH de Vichy, consultent également dans l'établissement et réalisent ECG, ETT, Holter-ECG, Holter-Tensionnel, échographie de stress et test d'effort. Ils voient également en consultation interne les patients hospitalisés ;
- 1 neurologue réalise une vacation interne 2 fois par semaine, ainsi que l'interprétation des électro-encéphalogrammes réalisée par une IDE ;
- 1 angiologue libéral vient réaliser des échodopplers artériovoineux 1 fois par semaine en vacation interne ;
- Une activité d'endocrinologie-nutrition-éducation thérapeutique est déjà en place depuis plusieurs années, au travers d'une équipe multidisciplinaire (endocrinologue, diététicien, IDE, kinésithérapeute, psychologue), dont l'expérience profite aux patients hospitalisés, et qui assure le suivi en externe pour ces pathologies chroniques ;
- Une consultation « douleur » réalisée par une anesthésiste existe depuis plusieurs années ;
- Depuis 2019, une unité mobile de soins palliatifs est mise en place, indispensable au vu des nombreuses situations palliatives et de fin de vie rencontrées par les professionnels au quotidien.
- Travail avec l'HAD pour des patients relevant de prises en charges complexes.



Est toujours associé à la prise en charge médicale, un suivi social et nutritionnel pour chaque malade hospitalisé dans le service.

Il convient de souligner que le pôle de médecine travaille en étroite partenariat avec les autres pôles du centre hospitalier, sans lesquels il ne pourrait pas satisfaire la qualité des soins qui lui incombent. De fait des avis sont sollicités auprès des gériatres, des anesthésistes réanimateurs, des psychiatres et des prises en charge médico-chirurgicales sont ainsi réalisées. Le service d'addictologie a ouvert récemment, début 2019, sous la responsabilité de 2 psychiatres-addictologues. Il remplit une vraie exigence de prise en charge pour les patients notamment touchés par l'éthylisme chronique et la poly-toxicomanie.

3.2.1.1.2 Les activités d'endoscopie

Séjours R.U.M. HDJ endoscopie	Année 2018	Année 2017	%
Nombre de RUM dans la base	414	560	-26,07%
Age moyen par RUM (hors CMD 15)	58,63	60,40	-2,93%
% d'hommes (RUM)	45	47	-4,26%
Taux de décès (RUM)	0	0	-
Durée Moyenne de Séjour brute des RUM	1,00	1,00	0,06%
Nombre de journées brut des RUM	415	561	-26,02%
Nombre de RSS dans la période	414	560	-26,07%
Nombre de patients (file active)	393	539	-27,09%

L'attractivité est bonne et est développée sur 10 communes pour 80% de celle-ci :

Commune	Effectif	%	% cumulé
Thiers	113	27,29%	27,29%
Courpière	52	12,56%	39,85%
Lezoux	37	8,94%	48,79%
Celles-sur-Durolle	26	6,28%	55,07%
Saint-Rémy-sur-Durolle	26	6,28%	61,35%
La Monnerie-le-Montel	24	5,80%	67,15%
Puy-Guillaume	19	4,59%	71,74%
Billom	16	3,86%	75,60%
Peschadoires	12	2,90%	78,50%
Maringues	10	2,42%	80,92%

80% des diagnostics sont ainsi déclinés en 2018 :

Libellé	RUM	%	% cumulé
Polype du côlon	137	31,93%	31,93%
Douleurs abdominales, autres et non précisées	87	20,28%	52,21%
Hémorragie de l'anus et du rectum	28	6,53%	58,74%
Diverticulose du côlon, (sans perforation ni abcès)	23	5,36%	64,10%
Anémie par carence en fer, sans précision	22	5,13%	69,23%
Dyspepsie fonctionnelle	20	4,66%	73,89%
Diarrhée fonctionnelle	18	4,20%	78,09%
Antécédents familiaux de tumeur maligne du tube digestif	13	3,03%	81,12%

1) Equipe médicale : 2 praticiens (Dr J. Scanzi et Dr C. Campos) dont l'activité est répartie entre Thiers (60% pour le 1er et 80% pour la seconde) et le CHU d'Estaing (40% pour JS et 20% pour CC).

2) Activité :

- Consultation (hépato-gastroentérologie, proctologie, cancérologie digestive) : 6 demi-journées de consultations (3 par JS et 3 par CC), environ 2500 consultations en 2018

- Endoscopie : 7 demi-journées d'endoscopie au bloc opératoire (3 par JS et 4 par CC dont 1 réservée aux urgences et patients hospitalisés), environ 1500 examens chez 1100 patients en 2018

- Vidéocapsule endoscopique du grêle, environ 15/an

- Pose et suivi de GPE (CC)

- Echographie abdominale : ½ journée (CC)

- Avis intra-hospitaliers (urgences, médecine polyvalente, court séjour gériatrique, chirurgie...)

- Soins ambulatoires : biothérapies et éducation thérapeutique pour les patients atteints de MICI, saignées, perfusions de fer, ponctions d'ascite...



- Recherche clinique : participation à plusieurs études cliniques, notamment actuellement l'étude IBSET portant sur les patients atteints d'un syndrome de l'intestin irritable et l'étude AAS-Lynch pour les patients atteints d'un syndrome de Lynch

- Formation : cours aux internes/médecins de l'Hôpital, enseignements post-universitaires aux médecins et pharmaciens libéraux

- Prévention : dépistage et suivi génétique des patients à très haut risque de cancer (programme Gen'Auv), collaboration avec l'ARDOC et la CPAM pour promouvoir le dépistage communautaire du cancer colorectal, dépistage de l'hépatite C chez les patients toxicomanes en collaboration avec l'unité d'addictologie du Dr Guelon.

3.2.1.1.3 Les activités d'oncologie

L'oncologie clinique à Thiers est, comme l'indique le Projet Médical Partagé du GHT, en site associé¹⁸.

Trois objectifs concernant Thiers y sont développés, auxquels l'établissement souscrit :

N°	Projet	Objectif	Actions
8	Améliorer la relation ville/hôpital	Faciliter la rentrée des patients dans le circuit des soins hospitaliers Améliorer la lisibilité des filières	-Identifier les numéros uniques par filière cancérologique et par centre de prise en charge pour faciliter la prise en contact rapide et coordonné
9	Réorganisation des unités d'oncologie médicale et hématologie clinique	Pallier la faible démographie médicale Libérer le temps d'expertise des spécialistes pour assurer qualité, sécurité et développement Afficher une lisibilité des activités pour chaque établissement Mettre à disposition du temps médical dans les établissements du GHT, sans déséquilibrer les structures (notamment CHU) qui mettent à disposition ce temps médical	-Au CHU : création d'une unité d'oncologie médicale et réorganisation des hôpitaux de jours dédiés à l'hématologie et à la cancérologie - Dans les CHG de Vichy, Moulins et Montluçon : concentrer l'activité des spécialistes oncologues et hématologues sur les activités Hôpital de Jour, Consultation, Veille Biologiques, RCP et recherche clinique. - Dans les CHG de Vichy, Moulins et Montluçon : identifier structures médicales dédiées à l'hospitalisation (non ambulatoire) des patients en relation avec les spécialistes d'oncologie et d'hématologie et soins de support, conformément à un règlement intérieur. - Identifier les besoins et créer une équipe médicale de territoire permettant de soutenir les activités ambulatoire médicale d'oncologie et hématologie dans les CHG
10	Créer une fédération de cancérologie	Structurer juridiquement les règles de gestion des personnels médicaux (rémunération des praticiens), et l'organisation des services, filière par filière, avec définition des activités cibles site à site avec un niveau de qualité garanti	Exemple de l'hématologie et de l'oncologie : modèles organisationnels à définir entre services d'HC dédié, avec consultations et Hôpital de jour, plus consommateur de temps Hémato- Onco et activité d'HC intégré à un service de médecine polyvalente, sous conditions d'un certain niveau de compétences médicales et paramédicales

1 oncologue en temps partagé avec le CHU, vient 1 fois par semaine, et permet une prise en charge des patients par chimiothérapie en hôpital de jour, un suivi et une coordination des soins oncologiques avec le centre de référence qu'est le CHU de Clermont-Ferrand.

L'activité est la suivante en 2018 :

Séjours R.U.M. HDJ chimiothérapie	Année 2018	Année 2017	%
Nombre de RUM dans la base	513	536	-4,29%
Age moyen par RUM (hors CMD 15)	63,20	65,26	-3,15%
% d'hommes (RUM)	53	55	-3,64%
Taux de décès (RUM)	0	0	-
Nombre de patients (file active)	72	67	7,46%

80% de l'activité est répartie sur 6 communes avec une attraction locale drainant 430 patients :

Commune	Effectif	%	% cumulé
Thiers	213	41,52%	41,52%
Courpière	87	16,96%	58,48%
Puy-Guillaume	44	8,58%	67,06%
Celles-sur-Durolle	35	6,82%	73,88%
Lezoux	27	5,26%	79,14%
La Monnerie-le-Montel	24	4,68%	83,82%

¹⁸ Page 49 de l'avant-projet du PMP du GHT « Territoires d'Auvergne »



80 % des RUM sont concentrés sur quelques diagnostics :

Libellé	RUM	%	% cumulé
Séance de chimiothérapie pour tumeur	444	42,82%	42,82%
Autres formes de chimiothérapie	69	6,65%	49,47%
Tumeur maligne de la bronche souche	61	5,88%	55,35%
Tumeur maligne de bronche ou du poumon, sans précision	32	3,09%	58,44%
Tumeur maligne de la vessie, sans précision	29	2,80%	61,24%
Recto-colite hémorragique, sans précision	25	2,41%	63,65%
Tumeur maligne de la paroi latérale de la vessie	23	2,22%	65,87%
Tumeur maligne du caecum	21	2,03%	67,90%
Tumeur maligne de l'ovaire	20	1,93%	69,83%
Tumeur maligne à localisations contiguës des bronches et du poumon	19	1,83%	71,66%
Tumeur maligne de la jonction recto-sigmoïdienne	18	1,74%	73,40%
Tumeur maligne des voies biliaires, sans précision	18	1,74%	75,14%
Tumeur maligne du côlon ascendant	17	1,64%	76,78%
Tumeur maligne de l'angle droit du côlon	17	1,64%	78,42%
Tumeur maligne du rectum	16	1,54%	79,96%
Tumeur maligne de la tête du pancréas	15	1,45%	81,41%

3.2.1.2 Projets dans le cadre de la filière médicale

Il sera fait une distinction avec l'endoscopie et l'oncologie clinique pour les raisons invoquées plus haut. Une présentation sera assurée des activités en diabétologie-endocrinologie.

3.2.1.2.1 Médecine hors endoscopies et oncologie clinique

Le projet médical s'inscrit dans une première logique de pérennisation des activités existantes détaillées plus haut, que ce soient celles datant de plusieurs années, comme celles débutées récemment. Il conviendra de poursuivre les collaborations au sein du GHT avec les centres hospitaliers du CHU et de Vichy notamment, puisque les ressources médicales spécialisées sont concentrées dans ces établissements, qui pour autant ne peuvent pas absorber l'ensemble de la demande de soin, ou qui ne sont pas accessibles à tous nos patients. Les efforts de travail conjoint et en réseau avec les divers spécialistes du GHT seront intensifiés, notamment grâce aux assistants partagés (pneumologie, oncologie) ou praticiens partagés (cardiologie, ...). Est souhaité notamment un renforcement du partenariat avec la cardiologie, les hospitalisations pour raison cardiaque représentant une part importante des séjours.

La filière de soins manque de spécialités telles que l'ophtalmologie et l'ORL, qui représentent un investissement. Cela permettrait, en exercice hospitalier ou libéral, en plus du service rendu à la population, d'assurer une attractivité médicale du bassin thiernois.

Il est prévu d'accroître les prises en charge ambulatoires en hospitalisation de jour, en créant un parcours de soin au sein de l'établissement, en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés par le cas du patient, mais aussi en amont et en aval avec la médecine de ville. Deux aspects de la médecine ambulatoire seront développés :

- un premier dans la continuité des actes déjà réalisés : endoscopie ambulatoire, transfusion, chimiothérapie, gestes techniques et perfusions ;
- Un deuxième semble être une nouvelle alternative à l'hospitalisation complète et non programmée, avec un rôle de dépistage et de bilan global : par exemple, une bonne organisation permettra la réalisation d'un bilan de « fragilité » de la personne âgée adressée par le médecin traitant qui pourra faire un dépistage en externe. Le patient pourra ainsi bénéficier selon ses besoins, d'un accès à la biologie, à la radiologie, à un diététicien, à un bilan mémoire, à un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un psychologue, à divers avis spécialistes, à un geste technique ou thérapeutique. De nombreuses situations complexes, voire des hospitalisations, pourront ainsi être anticipées et prévenues, notamment pour les motifs tels que « maintien à domicile difficile » ou « bilan d'altération de l'état général », qui ne constituent pas des situations aiguës, et doivent donc être traitées en amont de leurs complications. Il est prévu la création de plages supplémentaires de consultation de médecine générale, au vu de la satisfaction actuelle des médecins généralistes et de son efficacité sur la durée d'hospitalisation, toujours avec cette idée de réaliser une médecine « préventive » et non plus seulement curative.



Il est souhaitable de pouvoir communiquer numériquement avec les acteurs et professionnels de santé extérieurs à l'établissement, de façon sécurisée, afin d'optimiser la continuité des soins inter-hospitaliers (PACS, télé imagerie pour la dermatologie et la filière AVC) et les relations ville-hôpital (messagerie sécurisée).

Un des outils de coopérations pressentis avec les professionnels de santé de ville est la CPTS, dont l'objet principal est de promouvoir l'exercice coordonné dans la dispensation des soins. Thiers sera partie prenante à la communauté professionnelle de santé qui sera installée dans son bassin dans le cadre renouvelé de la loi dite « Ma santé 2022 ». Selon la CNAMTS¹⁹, le bassin de Thiers relèverait d'une communauté de taille moyenne, entre 40 000 et 70 000 habitants.

Une amélioration de l'IP-DMS à 1 sera recherchée de même qu'un élargissement du recrutement communal par une amélioration des contacts et de la communication avec la médecine de ville.

Il est fortement souhaité de pouvoir continuer à prodiguer des soins de qualité, qui résultent du travail global d'une équipe soignante, et donc impliquant le maintien des effectifs du personnel paramédical, sans lequel aucun soin n'est possible. Les jeunes médecins ayant pris leurs fonctions à Thiers, croient dans l'hôpital public et ont fait le choix de s'y investir.

L'hôpital de Thiers, par sa proximité et la diversité de son offre de soin, prodigue une médecine à la fois humaine et complémentaire de ses partenaires en santé, qu'il faut défendre et développer.

3.2.1.2.2 Endoscopies

Les collaborations au sein du GHT seront renforcées:

- Avec le CHU Estaing pour les écho-endoscopies, l'endoscopie interventionnelle (JS), le dépistage et le suivi oncogénétique des patients à très haut risque de cancers digestifs (JS) ;
- Avec le centre hospitalier de Vichy pour les écho-endoscopies et drainages biliaires urgents.

Les orientations affichées sont celles de :

- Confortement et développement des activités existantes avec maintien et si possible augmentation de l'activité de consultations et d'endoscopies digestives et maintien d'une activité de recherche clinique
- Développement d'une activité d'écho endoscopie digestive d'ici 3 à 5 ans.

3.2.1.2.3 Oncologie clinique

L'activité d'oncologie est maintenue et doit être encouragée, avec le soutien des acteurs du GHT, compte tenu de l'accroissement des pathologies tumorales, et l'impact lié à ces pathologies qui nécessitent pour les patients, que ceux-ci soient suivis et traités au plus près de leur domicile, en ambulatoire, afin de limiter l'ensemble des conséquences néfastes que créerait une prise en charge centralisée sur d'autres établissements de santé, ceux-ci n'étant d'ailleurs pas en mesure d'assumer une augmentation de flux de patients.

Les chimiothérapies se déroulent actuellement sur une journée. L'établissement se donne pour objectif d'ouvrir une 2^{ème} journée d'activité, tant pour des raisons d'offre de proximité que pour lisser l'activité sur une période plus longue et supprimer les à-coups préjudiciables à la qualité du soin.

3.2.1.2.4 La diabétologie-endocrinologie

Une activité d'endocrino-diabétologie, portée par une diabétologue et une équipe spécialisée au sein d'un Point Santé a développé une offre ces 4 dernières années sur le bassin Thiernois.

19

https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2019/04/04/cpts-la-cnam-lache-du-lest-un-financement-jusqua-360-000-euros-par-an-867612?xtor=EPR-1-%5BNL_derniere_heure%5D-20190404&utm_campaign=NL_derniereheure&utm_source=qdm&utm_content=20190404&utm_medium=newsletter



L'objectif général est d'améliorer l'observance, le suivi et la qualité de vie des patients, d'offrir une prise en charge spécialisée multidisciplinaire de proximité. Les objectifs spécifiques sont de :

- réduire le délai d'attente de prise de rendez-vous de 10 mois (sauf pour le diabète gestationnel) ;
- prendre en charge l'ensemble des patients du territoire en augmentant la capacité de la file active ;
- améliorer la prise en charge du diabète des patients hospitalisés ;
- Améliorer la coordination et la continuité des soins à l'hôpital et en ville.

Les projets de cette unité avec le recrutement d'un diabétologue supplémentaire s'étagent à deux niveaux :

Conforter l'existant :

- 1) Assurer le suivi de la file active des 500 patients diabétiques en éducation thérapeutique individuelle ;
- 2) Intégrer les nouveaux patients du territoire dans un délai raisonnable ;
- 3) Développer des prestations intermédiaires (FPI) ;
- 4) Développer l'éducation thérapeutique pour les patients diabétiques en ambulatoire sous forme d'ateliers de groupe, d'ateliers thérapeutiques en cuisine, d'ateliers « accès à l'innovation et aux nouvelles technologies » ;
- 5) poursuivre la prise en charge de proximité des patientes atteintes de diabète gestationnel sous forme FPI (environ 100 patientes par an) ;
- 6) développer la télésurveillance (MY DIABBY, ETAPES) ;
- 7) poursuivre l'amélioration de la prise en charge du diabète à l'hôpital ;
- 8) Développer des outils de communication ville hôpital et de coordination des soins.

Développer des activités nouvelles :

- 1) Créer une équipe mobile de diabétologie sur l'hôpital (pour diminuer la durée d'hospitalisation, les réhospitalisations et programmer une éducation / suivi spécialisé en ambulatoire) dès que possible ;
- 2) Mettre en œuvre un hôpital de jour en diabétologie pour tous les patients du bassin: bilan annuel du patient fait sur une journée dont accès au rétinographe (collaboration ophtalmologue libéral), dépistage apnée du sommeil et consultation cardiologie en janvier 2020 ;
- 3) Mettre en place une activité d'échographie thyroïdienne spécialisée sur place ;
- 4) Créer une équipe mobile de diabétologie de proximité pour les patients isolés sur les territoires ruraux reculés ou patients ne pouvant se déplacer par téléconsultation.

3.2.2 A Ambert

L'offre de soins de médecins gériatrie se décline sur trois unités sur:

- l'UM 9026 de Médecine 1 et l'UM 9045 de post-chirurgie d'un côté avec 16 lits ;
- Une unité de médecine polyvalente de 30 lits ;
- Une unité d'hospitalisation de jour comprenant de l'oncologie.

3.2.2.1 Eléments de présentation

Il s'agit de petites unités de proximité, où l'hôtellerie y est accueillante. Il n'y a pas de concurrence du privé sur le bassin.

Les unités de médecine et de post-chirurgie : ce service comprend 16 lits répartis sur deux unités médicales : l'UM 9026 de Médecine 1 et l'UM 9045 de post-chirurgie. L'unité de Médecine 1 a une activité de post urgence et une activité polyvalente. Le partage des lits avec l'unité de post-chirurgie est opéré en fonction des besoins d'hospitalisation de manière modulaire.



Unité médicale de Médecine 1 (UM 9026)

Indicateurs	Année 2018
Nombre de RUM dans la base	632
Age moyen par RUM (hors CMD 15)	76,77
% d'hommes (RUM)	49
Taux de décès (RUM)	4,91
Durée Moyenne de Séjour brute des RUM	5,49
Nombre de journées brut des RUM	3 467
Indicateur de performance IP-DMS	1,29
Nombre de patients (file active)	547

60% de l'activité est réalisée sur deux communes :

Commune	Effectif	%	% cumulé
Ambert	285	45,09%	45,09%
Arlanc	98	15,51%	60,60%

Unité de post-chirurgie (UM 9045)

Indicateurs	Année 2018
Nombre de RUM dans la base	238
Age moyen par RUM (hors CMD 15)	74,94
% d'hommes (RUM)	39
Taux de décès (RUM)	0,42
Durée Moyenne de Séjour brute des RUM	4,58
Nombre de journées brut des RUM	1 091
Nombre de séjours RUM de 0 jour (séances incluses)	2
Nombre de RSS dans la période	238
Nombre de RSS mono-unité	225
Indicateur de performance IP-DMS	1,45
Nombre de patients (file active)	222

Médecine polyvalente (UM 9027) : cette unité comprend 30 lits à orientation polyvalente. une unité de 30 lits de médecine polyvalente gérée par 3 praticiens temps plein Médecine :

Indicateurs	Année 2018
Nombre de RUM dans la base	739
Age moyen par RUM (hors CMD 15)	78,20
% d'hommes (RUM)	49
Taux de décès (RUM)	11,37
Durée Moyenne de Séjour brute des RUM	11,34
Nombre de RUM-séances	733
Nombre de RSS dans la période	673
Nombre de RSS mono-unité	11,46 %
Indicateur de performance IP-DMS	1,14
Nombre de patients (file active)	563

L'activité de Médecine Polyvalente est développée sur 60 % sur 3 communes :

Commune	Effectif	%	%
Ambert	288	38,97%	38,97%
Arlanc	115	15,56%	54,53%
Cunlhat	57	7,71%	62,24%

L'hôpital de jour : ce service dispose de 4 places, pouvant être étendues à 6, réparties sur deux unités médicales : l'UM 9036 de l'hôpital de jour médical (3 places) et l'UM 9037 de l'hôpital de jour des endoscopies (1 place). C'est dans cet hôpital que sont notamment dispensées les chimiothérapies²⁰.

Hôpital de jour hors endoscopies en 2018 :

Indicateurs	Année 2018
Nombre de RUM dans la base	971
Age moyen par RUM (hors CMD 15)	69,85
% d'hommes (RUM)	56
Taux de décès (RUM)	0
Durée Moyenne de Séjour brute des RUM	1
Nombre de journées brut des RUM	971
Nombre de séances	910
Indicateur de performance IP-DMS	0,08
Nombre de patients (file active)	116

Endoscopie en 2018

Indicateurs	Année 2018
Nombre de RUM dans la base	486
Age moyen par RUM (hors CMD 15)	60,77
% d'hommes (RUM)	46
Taux de décès (RUM)	0
Durée Moyenne de Séjour brute des RUM	1
Nombre de journées brut des RUM	486
Nombre de patients (file active)	486

²⁰ Non traité ici mais avec la filière oncologie



3.2.1.2 Projet dans le cadre de la filière médicale

Compte tenu des fragilités en matière de permanence médicale, il s'agit principalement de conforter l'offre existante, tant au niveau des consultations externes que de l'hospitalisation :

Offre de consultation médicale spécialisée à maintenir : Il s'agit notamment de conforter et de pérenniser les consultations en :

- ✓ Gastro-entérologie ;
- ✓ Pneumologie ;
- ✓ Gynécologie médicale ;
- ✓ Diabétologie: reprise de la consultation externe à l'occasion renforcement des moyens médicaux du service de médecine polyvalente (3 médecins senior, deux internes ou FFI) ;
- ✓ Gériatrie (avec offre de court séjour gériatrique) ;
- ✓ Dermatologie ;
- ✓ Néphrologie par le biais de l'AURA.

Les prises en charge en hospitalisation : il s'agit de :

- ✓ être en adéquation avec les besoins de la population du territoire de santé (admissions par le biais des urgences, plus rarement en admission directe) ;
- ✓ lutter contre la douleur, qu'elle soit physique et/ou psychologique, (formation du personnel afin de systématiquement identifier, évaluer, traiter et réévaluer les situations douloureuses) ;
- ✓ assurer des soins de confort (ou soins palliatifs) de qualité jusqu'à la fin de la vie en soulageant la souffrance physique, psychique, sociale et spirituelle ;
- ✓ poursuivre l'activité d'endoscopie avec la médecine libérale dans le cadre de l'hospitalisation de jour, avec un objectif d'augmentation d'une vacation des plages d'intervention,
- ✓ favoriser le retour ou le maintien à domicile par l'intervention de l'HAD et du SSIAD, et d'une intervention à domicile de l'équipe mobile de gériatrie.

Il s'agit de maintenir la présence dans l'établissement d'un médecin oncologue qualifié, avec les atouts suivants :

- ✓ Prise en charge des aplasies fébriles : dans le service de médecine, le patient peut être hospitalisé pour aplasie fébrile, bénéficier d'une chambre seule avec isolement protecteur ou/et septique et y recevoir les traitements adaptés ;
- ✓ Mise en place d'une voie veineuse centrale : les chambres implantables sont posées par les anesthésistes au bloc opératoire d'Ambert ;
- ✓ En outre, il convient de poursuivre l'évaluation et traitement de la douleur grâce aux procédures élaborées et suivies par le CLUD. Un médecin est titulaire de la capacité d'évaluation et de traitement de la douleur. Il n'y a pas de consultation spécifique douleur mais une réponse adaptée est donnée au cas par cas ;
- ✓ Par ailleurs, concernant la prise en charge psychologique, tout patient qui le souhaite ou qui le nécessite peut être reçu par le psychologue du centre médico-psychologique d'Ambert avec un suivi personnalisé s'il le désire ;
- ✓ Le soutien nutritionnel est une priorité. Chaque patient doit avoir une évaluation nutritionnelle au moins clinique (IMC et surtout perte de poids), biologique (albuminémie) et peut si besoin voir le diététicien pour adapter son alimentation ;
- ✓ L'assistante sociale est à la disposition des patients qui nécessitent une aide (problème financier, isolement, mise en place d'aides à domicile...).

L'équipe EMAS (Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soutien) du Centre Hospitalier d'Ambert voit systématiquement les patients atteints de maladies tumorales ou de maladies chroniques de stade avancé dès le début de la prise en charge à l'hôpital de jour s'il y a lieu, et les suit également dans les services en cours de traitement.



Comme pour Thiers, une amélioration de l'IP-DMS à 1 sera recherchée de même qu'un élargissement du recrutement communal par une amélioration des contacts et de la communication avec la médecine de ville.

Egalement comme dans le cas thiernois, un des outils de coopérations pressentis avec les professionnels de santé de ville est la communauté professionnelle territoriale de santé. Le centre hospitalier d'Ambert sera partie prenante dans son bassin à la communauté professionnelle de santé qui y sera installée.

3.2.3 Les complémentarités et les projets communs

Les objectifs généraux, communs aux deux établissements, sont de :

- améliorer la fonction de coordination de gestion des lits et des parcours, afin de maintenir un taux d'occupation et une DMS au niveau des standards attendus ;
- formaliser les parcours patients des malades souffrant de pathologies chroniques afin d'assurer une meilleure coordination des acteurs intra et extra-hospitaliers ;
- développer l'offre de programmes d'éducation thérapeutique, le recours à la télémédecine et toute autre innovation organisationnelle (pratiques avancées, délégations...) pour permettre une meilleure prise en charge en diabétologie-endocrinologie : consultations externes, éducation thérapeutique et hospitalisation de semaine à Thiers ; consultations externes à Ambert. Un partage de temps médical entre les deux établissements est à rechercher pour développer cette activité à Ambert.

Les hôpitaux de Thiers et d'Ambert ne disposent pas d'autorisation d'hospitalisation à domicile (HAD) mais bénéficient de l'installation d'antennes, une à Thiers, une à Ambert, par extension de l'autorisation du centre hospitalier de Vichy. Il est indispensable que chacun des praticiens puisse poursuivre l'appropriation des conditions d'admission en HAD et puisse y adresser des patients. La coordination entre le médecin de l'HAD et le médecin prescripteur est le levier principal de réalisation de cet objectif.

S'agissant de l'activité de soins palliatifs, le centre hospitalier d'Ambert dispose de 2 lits identifiés et le centre hospitalier de Thiers de 2 lits identifiés. Ces établissements, au regard de leur activité et de la population desservie, sont fondés à solliciter la reconnaissance d'une capacité supérieure, voire à la création d'une unité de soins palliatifs, si les orientations stratégiques de l'Agence Régionale de Santé tendaient vers cette voie. Le centre hospitalier d'Ambert dispose également d'une équipe mobile de soins palliatifs, dont le périmètre d'intervention a été étendu, en 2018, au bassin de Thiers (Centre Hospitalier et EHPAD du territoire). Cette extension connaît une mise en œuvre concrète et pratique en 2019, accompagnée d'une augmentation des moyens médicaux et paramédicaux dédiés. L'enjeu est d'harmoniser les pratiques entre les deux établissements et d'assurer un accompagnement au plus près des professionnels et des malades.

Tant en ce qui concerne Thiers qu'Ambert, un des points d'appui de la démarche d'ouverture vers la ville est le Relais Santé. Le Relais Santé de Thiers-Ambert est un lieu de conseil pour faciliter le parcours de soins en milieu rural. Il est un des éléments de la politique de la ville. Il bénéficie du soutien et de l'accompagnement financier de l'ARS d'Auvergne-Rhône-Alpes, du Conseil départemental du Puy-de-Dôme de l'Etat et de la ville de Thiers dans le cadre du contrat de ville de Thiers. Des lieux d'accueil existent à Thiers depuis 2000 et depuis 2006 à Ambert. Ce Relais santé est articulé avec le Contrat Local de Santé de Thiers-Ambert.



3.3 Les activités chirurgicales: l'engagement vers le virage ambulatoire

L'activité de chirurgie ayant cessé à Ambert le 1^{er} avril 2019, ne sera développée ici que le versant Thiernois.

Il est rappelé²¹ que le PMP du GHT indique que :

Le GHT entend garantir une prise en charge publique, complète, graduée et de qualité sur l'ensemble des spécialités de Médecine, de Chirurgie, d'Obstétrique, de Psychiatrie, de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et de Soins de Longue Durée (SLD), ainsi qu'en matière d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Un des objectifs fort du groupement est donc, outre l'organisation de la trajectoire de soins du patient, la pérennisation des activités utiles des établissements membres.

Le confortement et le développement de la chirurgie publique sur le thiernois s'inscrit dans ce cadre, en particulier concernant la chirurgie ambulatoire²².

3.3.1 A Thiers

La chirurgie au centre hospitalier de Thiers a été réorganisée à la fin de l'année 2018 avec un ajustement à la baisse de 27 lits à temps complet à 21 et le transfert d'un hôpital de jour de 3 lits de l'HDJ médico-chirurgicale vers l'unité de chirurgie ambulatoire.

3.3.1.1 Eléments de présentation

Le projet du Service de Chirurgie de Thiers s'articule autour d'une prise en charge en permanence en chirurgie générale et par les spécialités des populations des bassins de Thiers et d'Ambert. Conformément aux grandes orientations nationales et régionales l'axe stratégique vise le renforcement des activités existantes, le développement des nouvelles techniques et modes de prise en charge en gardant le rôle de pivot dans le fonctionnement de l'établissement avec vocation de proximité et de sécurité.

Les 3 grandes spécialités de chirurgie sont pratiquées à Thiers : chirurgie générale-digestive, orthopédie-traumatologie et urologie. Les endoscopies nécessitant une hospitalisation complète et/ou en liaison spécifique avec la chirurgie bénéficient également parfois d'une hospitalisation en chirurgie. Sur les lits de l'UCA le service accueille la gynécologie et l'odontologie également.

La chirurgie est accréditée en cancérologie chirurgicale digestive en site associé²³ et lieu de stage pour les internes de spécialité de chirurgie générale et digestive. La filière a vocation à prendre en charge en permanence les patients de chirurgie générale-digestive, orthopédie-traumatologie et d'urologie, programmée et non programmée.

Séjours R.U.M. Chirurgie à temps complet Thiers	Année 2018	Année 2017	%
Nombre de RUM dans la base	1 250	1 249	0,08%
Age moyen par RUM (hors CMD 15)	67,17	65,39	2,72%
% d'hommes (RUM)	52	55	-5,45%
Taux de décès (RUM)	0,72	0,88	-18,25%
Durée Moyenne de Séjour brute des RUM	5,20	5,92	-12,09%
Durée Moyenne de Séjour PMSI des RUM	5,17	5,88	-12,08%
Durée Moyenne de Séjour PMSI des RUM, hors séances	5,17	5,88	-12,08%
Durée Moyenne de Séjour des RUM, hors RUM de 0 jour	5,35	6,13	-12,59%
Nombre de journées brut des RUM	6 505	7 394	-12,02%
Séjours R.S.S.	Année 2018	Année 2017	%
Nombre de RSS dans la période	1 201	1 191	0,84%
Nombre de RSS mono-unité	1 001	973	2,88%
Taux de décès	1,58	1,51	4,68%
Indicateur de performance basé sur la DMS Nat : nb journées étab. / nb journées standardisées	1,04	1,06	-2,24%
Patients	Année 2018	Année 2017	%
Nombre de patients (file active)	1 059	1 038	2,02%

²¹ Page 9 de l'avant-projet du PMP du GHT « Territoires d'Auvergne »

²² Pages 144 à 146 du PMP du GHT « Territoires d'Auvergne »

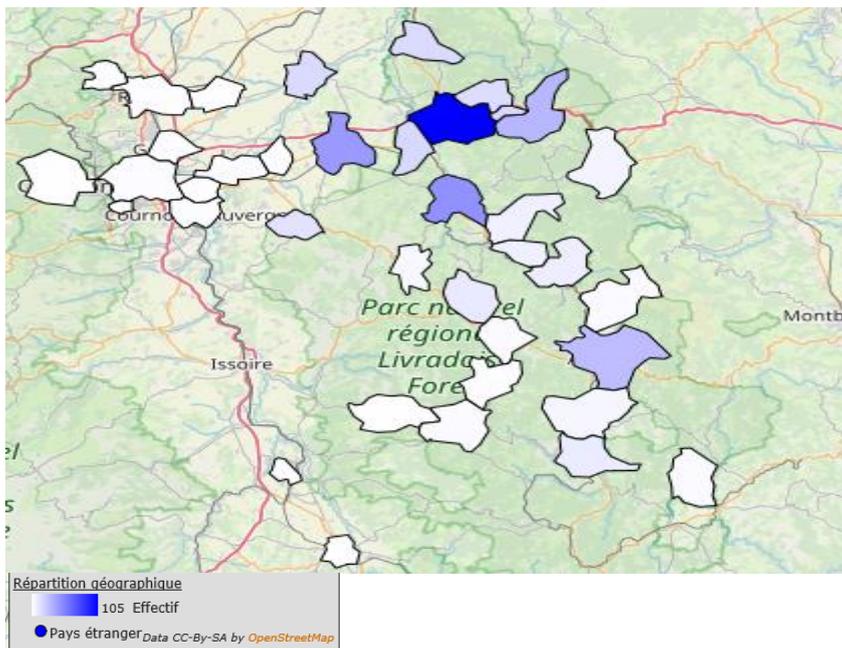
²³ Page 49 de l'avant-projet médical Partagé du GHT « Territoires d'Auvergne »



Les indicateurs de performance sont bons (notamment IP-DMS), mais l'activité est insuffisante. De surcroît, la part des courts séjours est faible et le niveau de sévérité bas (64 % de séjours de niveau 1 et 2) :

GHM par niveau en 2018		
Sévérité 1	497	39,76%
Sévérité 2	303	24,24%
Sévérité 3	257	20,56%
Sévérité 4	81	6,48%
Séjours de courte durée	71	5,68%
Chirurgie ambulatoire	22	1,76%
Autre	19	1,52%
Total	1 250	100,00%

Le recrutement est essentiellement tourné vers le bassin thiernois, comme le montre la carte qui suit :



Le case-mix est assez éclaté :

Les 30 diagnostics les plus cités dans les (DP, DR ou DAS)				
Code	Libellé	RUM	%	%
N40	Hyperplasie de la prostate	72	2,73%	2,73%
Z48.8	Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés	68	2,58%	5,31%
R33	Rétention d'urine	57	2,16%	7,47%
S72.00	Fracture fermée du col du fémur	54	2,05%	9,52%
E44.0	Malnutrition protéino-énergétique modérée	53	2,01%	11,53%
E87.18	Hypoosmolarités et hyponatrémies, autres et sans précision	47	1,78%	13,31%
I48.2	Fibrillation auriculaire chronique [permanente]	45	1,71%	15,02%
K40.9	Hernie inguinale, (unilatérale ou) sans précision (, sans occlusion ni gangrène)	40	1,52%	16,54%
S72.20	Fracture fermée sous-trochantérienne	36	1,37%	17,91%
K57.3	Diverticulose du côlon, (sans perforation ni abcès)	35	1,33%	19,24%
K81.0	Cholécystite aiguë	35	1,33%	20,57%
K80.2	Calcul de la vésicule biliaire (sans cholécystite)	33	1,25%	21,82%
M20.1	Hallux valgus (acquis)	32	1,21%	23,03%
C67.2	Tumeur maligne de la paroi latérale de la vessie	31	1,18%	24,21%
M17.9	Gonarthrose, sans précision	30	1,14%	25,35%
N23	Colique néphrétique, sans précision	30	1,14%	26,49%
B96.2	Escherichia coli, cause de maladies classées dans d'autres chapitres	29	1,10%	27,59%
N39.0	Infection des voies urinaires, siège non précisé	28	1,06%	28,65%
N30.0	Cystite aiguë	25	0,95%	29,60%
Z75.80	Personne adressée dans un autre établissement pour réalisation d'un acte	25	0,95%	30,55%
E11.98	Diabète sucré de type 2 non insulinotraité ou sans précision, sans complication	24	0,91%	31,46%
F05.0	Delirium non surajouté à une démence, ainsi décrit	24	0,91%	32,37%
I48.9	Fibrillation et flutter auriculaires, sans précision	24	0,91%	33,28%
K56.6	Occlusions intestinales, autres et sans précision	24	0,91%	34,19%
E86	Hypovolémie	23	0,87%	35,06%
F41.2	Trouble anxieux et dépressif mixte	20	0,76%	35,82%
R65.0	Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse sans défaillance d'organe	20	0,76%	36,58%
K35.3	Appendicite aiguë avec péritonite localisée	19	0,72%	37,30%
K63.5	Polype du côlon	19	0,72%	38,02%
M16.0	Coxarthrose primaire, bilatérale	19	0,72%	38,74%



82 % de l'activité est réalisée au bénéfice des habitants de 11 communes (26% à Thiers) :

Commune	Effectif	%	% cumulé	Eff/1000 habitants
Thiers	274	25,87%	25,87%	19,58
Courpière	118	11,14%	37,01%	15,75
Lezoux	108	10,20%	47,21%	9,62
Celles-sur-Durolle	76	7,18%	54,39%	17,33
Ambert	70	6,61%	61,00%	7,59
Peschadoires	41	3,87%	64,87%	20,09
La Monnerie-le-Montel	40	3,78%	68,65%	19,59
Puy-Guillaume	39	3,68%	72,33%	5,48
Maringues	39	3,68%	76,01%	4,96
Saint-Rémy-sur-Durolle	36	3,40%	79,41%	13,94
Billom	30	2,83%	82,24%	3,07

Cette activité est complétée par une activité de chirurgie ambulatoire :

Séjours R.U.M. HDJ chirurgie	Année 2018	Année 2017	%
Nombre de RUM dans la base	206	215	-4,19%
Age moyen par RUM (hors CMD 15)	53,18	51,32	3,63%
% d'hommes (RUM)	59	54	9,26%
Taux de décès (RUM)	0	0	-
Nombre de séances	2	0	-
Nombre de patients (file active)	201	202	-0,50%

Il est à noter une activité de chirurgie dentaire (12 GHS en 2018).

La permanence est assurée par les chirurgiens généralistes-digestifs sous forme de garde-astreinte. Cette permanence sécurise l'activité de gynécologie-obstétrique et d'autres services d'hospitalisation (gestes médico-chirurgicaux de soins difficiles en surveillance continue et dans les services de médecine), la prise en charge des hospitalisations en urgence des deux autres grandes spécialités (traumatologie et urologie) pendant la nuit et le weekend et également la continuité des soins dans le service de chirurgie.

3.3.1.2 Projets de la filière chirurgicale

Il s'agit en 1^{er} lieu de conforter les activités existantes :

La chirurgie générale et digestive: exerce sur un terrain fortement concurrentiel (activité privée avec orientation des patients vers le secteur privé à Clermont-Ferrand, ...). Elle bénéficie cependant dans le cadre du GHT du soutien professionnel du service de référence universitaire. Une demande de pôle transversal de la spécialité est d'ailleurs en cours. La spécialité réalise la totalité des interventions courantes de la chirurgie générale et digestive (cancérologique et non cancérologique, voie classique et coelioscopique) en urgence et en programmé à l'exception des actes nécessitant le plateau technique chirurgical et/ou de réanimation du CHU. Elle assume également les gestes de support-complémentaires de prise en charge d'oncologie, de gastroentérologie et de gynécologie et les gestes courants de chirurgie générale y compris des gestes dits «petite chirurgie» en grand nombre pour Thiers et Ambert. Le fonctionnement nécessite 2 ETP chirurgiens généralistes ou digestifs avec une formation solide et engagés pour la chirurgie générale.

L'unité de chirurgie gère tout type de traumatologie en fonction des équipements de l'établissement:

- Traumatismes de la hanche par des prothèses intermédiaires ou plusieurs types de clou ;
- Traumatismes du genou et tout type de traumatismes au niveau du pied ;
- Traumatismes de l'épaule avec tous types d'instabilité et les fractures de l'humérus ;
- Traumatologie au niveau de l'avant-bras et de certaines fractures au niveau de la main et des tarses et des luxations à ce niveau. Pour la traumatologie le programme RAAC est appliqué.

Cette unité a également une activité orthopédique répondant aux critères de référence au niveau national notamment en matière de chirurgie du membre inférieur incluant :

- chirurgie prothétique de la hanche (prothèses de la hanche par voie d'abord mini-invasif de Rottinger pour des voies d'abord classique de Thomine) ;
- chirurgie prothétique et arthroscopique du genou, y compris les prothèses totales uni-compartmentaires du genou naviguées ;
- chirurgie du sport type ligamentoplastie et réparation de lésion méniscale sous arthroscopie ;



-ostéotomie du tibia de valgisation (OTV), tous types de chirurgie du pied surtout la chirurgie de l'avant pied en mini-invasif.

Est également appliqué le programme de RAAC. L'activité nécessite 1,5 ETP chirurgiens orthopédistes / traumatologues ou le remplacement de toutes les absences du praticien temps plein par un spécialiste habitué du service.

L'urologie assume la prise en charge de toutes pathologies non cancérologique uro-génitales en collaboration avec le service de gynécologie, par les techniques de la chirurgie ouverte, de l'endo-urologie, de la coelioscopie et de laser. Les lithotripsies sont réalisées au CHU de Clermont-Ferrand par l'urologue de Thiers. Les patients nécessitant une prise en charge de chirurgie urologique cancérologique sont orientés au CHU. L'activité nécessite 1,5 ETP chirurgiens.

Il s'agit en 2^{ème} lieu de développer ces activités, voire d'en créer de nouvelles :

En chirurgie générale et digestive :

-En collaboration avec le service de référence universitaire de chirurgie digestive et l'activité de gastroentérologie locale renforcement de la chirurgie cancérologique coelioscopique (création d'un poste d'assistant partagé, redirection des interventions de chirurgie cancérologique digestive de NHE à Thiers), développement de la chirurgie bariatrique (technique dite du Sleeve), de la prise en charge de RGO et des pathologies proctologiques ;

-En collaboration avec le service universitaire de référence (dermatologie et chirurgie réparatrice) renforcement de l'activité de la chirurgie cutanée et de la chirurgie septique des escarres. Sur ce dernier point, un travail est à développer avec les EHPAD de proximité ;

-Réorientation des urgences (population entre Clermont-Ferrand et Thiers) sur le plateau de Thiers du plateau d'urgence de l'Hôpital Gabriel Montpied, souvent très surchargé ;

-Application de RAAC en chirurgie générale et digestive et de sortie avec le Programme de Retour à Domicile (PRADO)²⁴.

En orthopédie et traumatologie :

-Développement de la chirurgie de l'épaule surtout de la chirurgie prothétique de type prothèse totale de l'épaule ou anatomique et des prothèses traumatologiques, prothèses totales classiques ou inversées ;

-Par l'application de RAAC²⁵ une diminution significative de la DMS d'hospitalisation concernant ces patients en s'approchant d'une chirurgie ambulatoire pour les prothèses ;

-L'ambition de l'unité est de continuer à améliorer la prise en charge des douleurs et d'envisager dans les cas sélectifs une chirurgie ambulatoire prothétique et du pied.

En urologie :

-Développement du bilan urodynamique et par acquisition du laser en permanence, les deux activités mutualisées avec le service de gynécologie ;

-Récupération du traitement de la lithiase urinaire de la lithotripsie externalisée, réalisation par urétéroscopie et laser à Thiers.

La stratégie de la filière chirurgicale prend en compte la situation géographique, les aspects socio-économiques et les besoins de la population des bassins de Thiers et Ambert pour se situer comme un service attractif avec des points forts d'amélioration, de perspective et de performance.

²⁴ Le service de retour à domicile des patients hospitalisés Prado a été initié par l'Assurance Maladie en 2010, pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et fluidifier le parcours hôpital-ville.

²⁵ La récupération améliorée après chirurgie (RAAC) initialement développée dans les années 1990 par l'équipe danoise du Pr. Henrik Kehlet est une approche de prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1763416/fr/programmes-de-recuperation-amelioree-apres-chirurgie-raac



Les axes d'orientation et d'amélioration qui émergent sont :

- 1) la pérennisation des trois spécialités et de la permanence, rôle pivot pour le secteur MCO et d'autres secteurs cliniques ;
- 2) le virage ambulatoire et d'autres formes d'hospitalisation pour diminuer la DMS (par exemple entrer le matin des interventions des malades vivants seuls, non éligibles en ambulatoire; sortie avec sonde urinaire ; rapatriement des patients provenance d'Ambert sur les lits des soins chirurgicaux postopératoires du centre hospitalier d'Ambert) avec intégration des activités nouvelles et renforcement des anciennes ;
- 3) le développement et la pérennisation des techniques innovantes de la chirurgie générale-digestive, orthopédique et urologique ;
- 4) l'hospitalisation et la prise en charge spécialisée des traumatismes crano-rachidiens en attente d'une décision thérapeutique par le CHU;
- 5) La pérennisation des consultations avancées sur Ambert (recrutement et service rendu à la population, y compris la pérennité de la « petite chirurgie » pour éviter des longs déplacements des patients pour une chirurgie relevant de l'ambulatoire sous anesthésie locale hors du bloc).
- 6) la sauvegarde des compétences paramédicales en développant la gestion parallèle des deux types d'hospitalisation (HC, UCA), avec élargissement des compétences en gynécologie et en odontologie.

3.3.2 Les complémentarités

Deux filières de recrutement en chirurgie digestive existent à partir d'Ambert²⁶ :
-issue de la consultation avancée de chirurgie générale digestive, d'urologie et d'orthopédie ;

Une consultation avancée à Ambert a été mise en place en orthopédie en 2018.

Une consultation avancée en chirurgie digestive à Ambert fonctionne depuis 3 ans.

Une coopération existe avec le service de Gastroentérologie du centre hospitalier de Vichy pour les écho-endoscopies bilio-pancréatiques

3.4 La filière gériatrique : le défi du vieillissement

Les deux établissements disposent chacun d'une filière gériatrique complète. Considérant le vieillissement attendu de la population vivant sur les territoires d'attractivité, le dispositif actuel, qui dispose déjà de nombreux atouts, sera à renforcer.

Préalablement, il sera procédé à un rappel des orientations du PMP du GHT « Territoires d'Auvergne »²⁷.

3.4.1 Les orientations du projet médical partagé

Le PMP pose deux enjeux prioritaires :

- 1) Préserver l'accès aux soins tout en faisant face au manque de lits d'aval adaptés aux besoins spécifiques des personnes âgées, avec trois points d'entrée sur cette problématique :
 - ✓ Les équipes mobiles de gériatrie afin de prévenir l'aggravation des états des personnes ;
 - ✓ L'intégration en aval des urgences des acteurs extra-hospitaliers (CLIC, EHPAD,...) ;
 - ✓ L'innovation avec le développement de la télémédecine dans les EHPAD.
- 2) Adapter l'offre de soins aux besoins d'une population âgée à la dépendance croissante, l'accent étant mis sur la psychogériatrie.

²⁶ Une consultation avancée hebdomadaire sur le C.H. Ambert est en place depuis 10 ans.

²⁷ Pages 148 et suivantes du PMP du GHT « Territoires d'Auvergne »



Le plan d'action du PMP en matière de gériatrie se donne 7 cibles :

- Maintenir les équipes gériatriques ;
- Travailler la conversion des lits SSR polyvalents en lits SSR de gériatrie ;
- Renforcer le temps médical des équipes mobiles gériatriques ;
- Créer des consultations gériatriques semi-urgentes dédiées aux EHPAD ;
- Formaliser un parcours patient gériatrique lors des passages aux urgences ;
- Mettre en place des coordinations Gériatriques aidées par la télémédecine (Cogert) pour l'ensemble du territoire du GHT : il s'agit de sectoriser le bassin du GHT de telle manière que chaque secteur dispose d'un CSG, des consultations gériatriques et d'une unité mobile ;
- Créer un poste supplémentaire de gériatre au niveau du CHU mis à la disposition de tous les membres du GHT pour pallier la pénurie médicale aiguë.

3.4.2 A Thiers

La filière gériatrique est animée par 6,1 médecins travaillant au sein d'un pôle de gériatrie (Pôle n°5) :

3.4.2.1 Eléments de présentation

La filière est complète, organisée sur trois niveaux

3.4.2.1.1 Le court séjour gériatrique

Le court séjour gériatrique prend en charge en hospitalisation complète, pour une durée moyenne de séjour d'environ dix jours, des patients âgés de soixante-quinze ans et plus, se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques, à haut risque de dépendance physique, psychique et/ou sociale. Les motifs de ces hospitalisations sont en lien avec une aggravation d'une de ces pathologies, ou la survenue d'une affection aiguë, ne relevant pas à l'évidence d'un service de spécialité. On y développe des soins aigus à visée diagnostique et thérapeutique, apportant des réponses adaptées à l'âge physiologique et aux symptômes ayant motivé l'hospitalisation. L'unité peut faire appel à des médecins de spécialité selon les diagnostics et les thérapeutiques envisagées.

Le court séjour gériatrique à Thiers comprend 18 lits et est encadré par 2,1 ETP de médecin:

Séjours R.U.M. CSG 2018	Année 2018	Année 2017	%
Nombre de RUM dans la base	710	698	1,72%
Age moyen par RUM (hors CMD 15)	86,18	85,23	1,11%
% d'hommes (RUM)	40	37	8,11%
Taux de décès (RUM)	5,63	6,73	-16,33%
Durée Moyenne de Séjour brute des RUM	9,99	9,56	4,47%
Nombre de journées brut des RUM	7 091	6 673	6,26%
Indicateur de performance basé sur la DMS Nat : nb journées étab. / nb journées standardisées	1,05	0,99	6,50%
Nombre de patients (file active)	572	596	-4,03%

80% de l'activité est concentrée sur 8 communes :

Commune	Effectif	%	% cumulé	Eff/1000 habitants
Thiers	223	31,41%	31,41%	15,94
Courpière	94	13,24%	44,65%	12,55
Lezoux	87	12,25%	56,90%	7,75
Celles-sur-Durolle	45	6,34%	63,24%	10,26
Puy-Guillaume	43	6,06%	69,30%	6,04
Maringues	43	6,06%	75,36%	5,46
La Monnerie-le-Montel	33	4,65%	80,01%	16,16

50 % des RUMs sont concentrés sur 24 diagnostics. On notera la forte prévalence des maladies métaboliques et des malnutritions.



Code	Libellé	RUM	%	% cumulé
E44.0	Malnutrition protéino-énergétique modérée	231	9,38%	9,38%
I50.0	Insuffisance cardiaque congestive	125	5,08%	14,46%
I48.9	Fibrillation et flutter auriculaires, sans précision	98	3,98%	18,44%
E43	Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision	89	3,61%	22,05%
N39.0	Infection des voies urinaires, siège non précisé	73	2,96%	25,01%
R29.6	Chutes à répétition, non classées ailleurs	60	2,44%	27,45%
J18.9	Pneumopathie, sans précision	49	1,99%	29,44%
B96.2	Escherichia coli, cause de maladies classées dans d'autres chapitres	48	1,95%	31,39%
I95.1	Hypotension orthostatique	45	1,83%	33,22%
E53.8	Autres avitaminoses précisées du groupe B	44	1,79%	35,01%
I48.2	Fibrillation auriculaire chronique [permanente]	39	1,58%	36,59%
E11.90	Diabète sucré de type 2 insulinotraité, sans complication	36	1,46%	38,05%
D63.8	Anémie au cours d'autres maladies chroniques classées ailleurs	32	1,30%	39,35%
L97	Ulcère du membre inférieur, non classé ailleurs	31	1,26%	40,61%
E87.18	Hypoosmolarités et hyponatrémies, autres et sans précision	30	1,22%	41,83%
J44.0	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures	27	1,10%	42,93%
E86	Hypovolémie	26	1,06%	43,99%
Z74.2	Besoin d'assistance à domicile, aucun autre membre du foyer n'étant capable d'assurer les soins	26	1,06%	45,05%
A41.5	Sepsis à d'autres microorganismes Gram négatif	23	0,93%	45,98%
J69.0	Pneumopathie due à des aliments et des vomissements	22	0,89%	46,87%
D50.0	Anémie par carence en fer secondaire à une perte de sang (chronique)	21	0,85%	47,72%
F05.0	Delirium non surajouté à une démence, ainsi décrit	20	0,81%	48,53%
F41.2	Trouble anxieux et dépressif mixte	20	0,81%	49,34%
J96.00	Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]	20	0,81%	50,15%

3.4.2.1.2 Les soins de suite et de réadaptation polyvalents à orientation gériatrique

L'unité de Soins de Suite et de Réadaptation assure la prise en charge globale et la réadaptation des personnes âgées majoritairement de plus de 75 ans présentant une ou des pathologies pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les patients arrivent au SSR soit à l'issue de :

- un séjour en médecine dans les suites d'une affection médicale aiguë ;
- un séjour en chirurgie dans les suites d'une intervention chirurgicale ;
- domicile dans une approche programmée.

Ce service est intégré à la filière gériatrique. La capacité d'accueil est de 23 lits en 2019 après réorganisation des capacités. En 2018, le taux d'occupation était de 86%. 2 médecins encadrent cette activité.

Libellé	2018	2017	Tendance
Nombre de séjours	464	451	3,00%
Nombre d'admissions	440	429	3,00%
Nombre de sorties	443	427	4,00%
Nombre de séjours sans semaine d'entrée	0	0	-

La moyenne d'âge est élevée confirmant l'orientation gériatrique (80 % des patients ont plus de 75 ans):

Libellé	Hommes	Femmes	Total
Âge moyen	79	83	82
Âge médian	80	85	85

Le niveau de dépendance est important :

Dépendance lourde	Nombre de RHS	% effectif total
Dépendance Physique	288,00	18,33%
Dépendance Cognitive	66,00	4,20%

80 % des patients sont recrutés dans 7 communes :

Ville	Effectif	Pourcentage (%)	Pourcentage (%)
Thiers	148	31,90%	31,90%
Courpière	63	13,58%	45,48%
Lezoux	56	12,07%	57,55%
Puy-Guillaume	37	7,97%	65,52%
Celles-sur-Durolle	34	7,33%	72,85%
Marignies	22	4,74%	77,59%
Saint-Rémy-sur-Durolle	20	4,31%	81,90%

3.4.2.1.3 Les structures d'aval et médico-sociales

Le centre hospitalier dispose d'une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) de 30 lits et de 153 lits d'Hébergement Pour Personnes Agées (EHPAD). L'établissement est titulaire d'une autorisation de 54 places de service de soins infirmiers à domicile. 1,4 ETP de médecin gériatre encadre ces activités.



Les deux EHPAD : « Aquarelle » (78 places) et « Belvédère » (75 places) accueillent des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans, ayant besoin d'une assistance quotidienne. L'admission est indiquée en cas de dépendance partielle ou totale, que ce soit en raison d'une perte des capacités physiques ou mentales. L'USLD « Aquarelle » (30 places) est une unité d'hébergement médicalisé qui prend en charge des personnes de plus de 60 ans fortement dépendantes présentant une ou des pathologies stabilisées susceptibles de décompenser. Le niveau de dépendance psychique et/ou physique de ces personnes nécessite un suivi rapproché, une permanence médicale, une présence infirmière et l'accès à un plateau technique.

Activités médicosociales					
Journées USLD		Journées EHPAD		Journées SSIAD	
GIR 1	4 292	GIR 1	9 455	Journées	17 119
GIR 2	3 935	GIR 2	17 509	Taux d'occupation	87 %
GIR 3	1 789	GIR 3	10 155		
GIR 4	715	GIR 4	9 455		
GIR 5	0	GIR 5	3 502		
GIR 6	0	GIR 6	3 152		
Total dépendance	10 731	Total dépendance	53 228		
Moins de 60 ans	0	Moins de 60 ans	350		
Taux d'occupation	98,50 %	Taux d'occupation	95,94 %		

3.4.2.2 Projet de la filière de la gériatrie

Il se décline à trois niveaux :

Le Court séjour gériatrique :

Les orientations sont les suivantes :

1) Confortement et développement des activités existantes :

a) Amélioration de la prise en charge gériatrique et palliative au sein de l'établissement :

Sur l'ensemble de l'établissement, on dénombre 18 lits de CSG et 2 lits identifiés de soins palliatifs (LISP) :

- Possibilité d'augmentation des lits de CSG avec effectifs paramédicaux et médicaux en rapport afin de pallier la demande de soins importante (bassin de population âgée, dépendant, permettant une activité gériatrique de masse) ;

- Maintien de l'autonomie des patients âgés hospitalisés : un sujet âgé fragile perd vite en autonomie au cours d'une hospitalisation, notamment à l'occasion d'un alitement (infection, chute), d'un traumatisme (syndrome post chute) ou d'une altération des fonctions cognitives (confusion).

b) Maintien de la prise en charge sociale des patients :

- Améliorer la relation avec le système social extra hospitalier (CLIC, HAD, ESA, MAIA...) ;
- Mise en place de formations aux internes et jeunes médecins concernant les systèmes sociaux existants dispensés par les assistantes sociales.

c) Améliorer la bonne prise en charge des patients confus : achat d'un bladderscan dédié au CSG pour évaluer de manière rapide et efficace une des causes principales de confusion chez le sujet âgé en évitant tout geste invasif ;

d) Améliorer la prise en charge des AVC :

- Mise en place de formation à l'indication et la mise en place de la SNG pour NE ;
- Formalisation de projet de prise en charge en lien avec le CHU de Clermont-Ferrand.

e) Concernant les soins palliatifs : équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) récemment mise en place intervenant sur l'ensemble des services de soins et d'hébergement médico-social de l'établissement :

- Formalisation de projets de prise en charge des patients et de leurs proches ;
- Réflexion sur l'accueil et l'accompagnement des familles ;
- Mise en place de séances de débat-échanges au sein des unités de soins autour de la loi Léonetti ;

- Aide à l'expression des directives anticipées et à la désignation d'une personne de confiance pour le personnel paramédical



- Organisation de soins de support : psychologue, soins de confort, lutte contre la douleur, assistante sociale, diététicien, masseur kinésithérapeute,... ;
 - Mise en place de formations à l'utilisation de la PCA ;
 - Mise en place d'une organisation interne au service avec :
 - ✓ La désignation de référent(s) soins palliatifs dans chaque service de soins et/ou d'hébergement (médecin, cadre de santé, IDE) ;
 - ✓ L'organisation de sessions de formation de sensibilisation en soins palliatifs dispensée par l'EMSP ;
 - ✓ L'organisation d'un soutien des soignants (groupe de parole, réunion de discussion et d'analyse des pratiques) ;
 - ✓ L'organisation de temps de réflexion en équipe pluridisciplinaire (médecin, IDE, aide-soignante, diététicienne, masseur kinésithérapeute, assistante sociale...) autour de cas de malades,
 - ✓ Le recours à l'EMSP face à une situation palliative difficile, voire complexe (demande sédation profonde, limitation ou arrêt des thérapeutiques actives, problème de traitement, difficulté avec la famille...) ;
 - ✓ L'organisation d'un débriefing avec l'EMSP au décours d'une prise en charge complexe ;
 - ✓ L'intervention de bénévoles formés à l'accompagnement.
 - 2) Optimisation du parcours du patient :
 - a) Renforcer la coordination intra-hospitalière et avec les professionnels libéraux :
 - Développer le lien avec la ville (sortie d'hospitalisation, suivi en consultation, suivi du travail éducatif, formations ville-hôpital, gériatres avec activité mixte...), notamment via les outils de messagerie sécurisée et de dossier partagé proposés par le GCS « SARA » ;
 - Développer le lien avec les établissements de santé du territoire et les autres structures (HAD, Palliadam...) ;
 - Développer la ligne téléphonique dédiée aux médecins libéraux pour des avis gériatriques ;
 - Organiser les secrétariats médicaux ;
 - Développer les consultations avancées, en vue de faciliter le recrutement de patients ;
 - Augmentation des consultations mémoire :
 - ✓ Augmentation des plages de consultations mémoire permettant d'avoir un délai acceptable pour les patients et leur famille ;
 - ✓ Mise en place de consultation neuropsychologique permettant d'éviter aux patients plus jeunes une prise en charge au CHU (mobilité réduite, éloignement géographique, difficulté financière liée au déplacement...).
 - Renforcer le travail en réseau (organisation de journée de formation au CLIC, CCAS, MAIA...) ;
 - b) Fluidifier les parcours des patients âgés et/ou malades chroniques, hospitalisés : la gestion du parcours interne des personnes âgées hospitalisées doit être repensée. La mise en place d'une équipe mobile d'évaluation gériatrique (EMSG) se présente comme une des pistes à exploiter :
 - Développement de l'EMG :
 - ✓ Formalisation de projet de mise en place des demandes : Bilan de chute en chirurgie, bilan cognitif en SSR, dépistage fragilité en médecine Est/ssr/chir... ;
 - ✓ Former une IDE UMG et un neuropsychologue pour permettre une prise en charge globale sur tout l'hôpital dès 70 ans et réaliser les premiers tests en lien avec le gériatre ;
 - ✓ Sensibiliser les autres services aux bonnes pratiques gériatriques.
- Le délai d'attente pour une consultation mémoire pourrait, par ce biais, être réduit en amont et permettrait le dépistage plus précoce de la pathologie cognitive.



- ✓ Maîtriser les durées de séjour et prendre définitivement le virage vers l'ambulatoire :
Cerner le profil de patients susceptibles d'être éligibles à une prise en charge en ambulatoire : en cours d'hospitalisation au CSG ; via l'EMG dans les autres services hospitaliers ; via les consultations mémoires ; en ville à l'aide des réseaux gériatriques et des médecins en activité mixte.

a) Hospitalisation de jour : La prise en charge ambulatoire peut s'étendre à bon nombre de pathologies chroniques, sous réserve de locaux dédiés à cette activité :

- ✓ Le recensement d'activités relevant d'une prise en charge en ambulatoire ou en hospitalisation de jour, permettrait éventuellement de réduire des prises en charge faites en hospitalisation complète par la création d'un hôpital de jour gériatrique une journée par semaine. Il s'agit de procéder à une évaluation gériatrique standardisée avec la présence d'un gériatre, IDE formée à la gériatrie, l'accès à la biologie, ECG, scanner, assistante sociale, diététicienne... ;

- ✓ Création d'un hôpital de jour cardiologique²⁸ en 2021 en convoquant tous les patients à M1 d'une hospitalisation pour décompensation cardiaque, permettant l'évaluation clinique, biologique, cardiaque et thérapeutique afin d'éviter les réhospitalisations, en lien avec les réseaux de cardiologie (PRADO, CARDIO-AUVERGNE...), de diminuer les DMS et d'améliorer la PEC qualitative des patients.

b) Améliorer la qualité de la prise en charge des patients hospitalisés :

- ✓ Augmenter le nombre de plages de consultations mémoires pour développer l'activité ambulatoire : c'est par les consultations que se fait le recrutement de patients ;

- ✓ Planification et anticipation au préalable par le service accueillant pour une prise en charge en ambulatoire ;

- ✓ Réorganisation de l'hospitalisation complète au profit de l'ambulatoire par le biais de la mise en place d'un parcours patient ambulatoire (EMG) ;

- ✓ Nouvelles plages horaires pour concentrer l'ensemble des actes et consultations à pratiquer sur une journée ;

- ✓ Prévoir un délai d'attente minimal entre chaque examen et/ou Consultation ;

- ✓ Développer les soins de support : temps IDE dédié, diététicienne +/- psychologue...

Le SSR polyvalent à orientation gériatrique :

1) Identification de 14 lits comme lits de SSR gériatrique, 14 lits resteront du SSR polyvalent étant donné que plus de moitié des lits est occupée par les patients âgés de plus de 75ans) ;

2) Organisation de salle à manger pour 14 personnes où elles pourront prendre le déjeuner et certaines d'entre eux le repas de soir, afin de favoriser la reprise d'autonomie et adaptation avant le retour à domicile ou en institution ;

3) Organisation d'un l'atelier « équilibre » et « relevage du sol » en systématique.

Les structures d'aval et médico-sociales: Les cibles sont les suivantes :

1. être en adéquation avec les besoins de la population du territoire de santé :

- L'EHPAD « Le Belvédère », localisé actuellement sur un site différent du reste de l'hôpital, comprenant 75 lits, doit faire l'objet d'une restructuration tant au niveau du bâtiment que de la prise en charge proposée. Les locaux ne sont plus adaptés aux personnes hébergées. La reconstruction de l'EHPAD du Belvédère doit s'accompagner d'une évolution des capacités existantes vers une intégration de places d'accueil de jour comme le préconise le Plan Régional de Santé de l'AURA à hauteur de 6 à 10 par diminution des capacités d'hébergement à temps complet. Il y est ainsi indiqué que « Les BSI de Riom et de Thiers sont dépourvus d'offre en accueil de jour et sont identifiés comme prioritaires pour le développement de cette offre ». A ce titre, la création d'un accueil de jour pour patients Alzheimer d'environ 5 places est proposée (Cf. infra point 5);

²⁸ DU de cardio-gériatrie par les Dr VAURS et Dr DERLANGÉ en 2020 - 2021



- La création d'une unité spécifique pour la prise en charge de personne âgée souffrant des troubles psychiatriques particulièrement difficiles à gérer est indispensable dans le cadre de la gérontopsychiatrie ;
 - Organisation d'un service USLD avec des lits groupés, car aujourd'hui les lits sont dispersés sur tous les étages ;
 - Organisation de lits de soins palliatifs en USLD ;
 - Bureau d'UMSP à intégrer dans le service.
2. maintenir voire améliorer l'autonomie des personnes pour les actes de la vie quotidienne en développant les soins de base, l'animation, la rééducation, la psychomotricité ;
3. lutter contre la douleur, qu'elle soit physique et/ou psychologique ;
4. assurer des soins de confort (ou palliatifs) de qualité jusqu'à la fin de la vie en soulageant la souffrance physique, psychique, sociale et spirituel ;
5. développer la prise en charge spécifique des personnes atteintes d'un syndrome démentiel, en particulier d'une démence de type Alzheimer :
- à l'occasion de la nouvelle organisation architecturale de l'EHPAD, une unité de PASA²⁹, 12 places réservées à l'EHPAD sera créée ainsi qu'une unité Alzheimer ;
 - création d'un centre d'accueil de jour pour patients Alzheimer d'environ 5 places lors de la restructuration de la maison de retraite ;
 - surveillance vidéo dans les couloirs et dans les salles à manger avec sortie d'image sur des écrans portables des infirmières ;
 - capteurs de chute pour des patient « chuteurs » ;
6. proposer un accueil temporaire aux personnes âgées : Création de 2 à 3 lits d'hébergement temporaire, permettant une transition entre une hospitalisation et un retour à domicile ou une entrée en institution, ainsi que l'accueil sur des périodes brèves de personnes dépendantes vivant à domicile;
7. améliorer les organisations de travail.

La fédération de gériatrie entre le centre hospitalier de Thiers et des EHPADs du bassin thiernois doit être renforcée dans ses objectifs, ses moyens et sa structuration juridique. Elle aurait un rôle important à jouer pour définir les complémentarités et coopérations (médicales, logistiques, administratives, hôtelières...) ³⁰ à établir entre les EHPAD du territoire et le CH de Thiers. Par exemple, un Groupement de Coopération sanitaire permettrait d'organiser efficacement la coopération sur une base conventionnelle. ³¹

3.4.3 A Ambert

La filière gériatrique est complète comme à Thiers, organisée sur trois niveaux :

3.4.3.1 Eléments de présentation

Les trois composantes sont décrites ci-dessous.

²⁹ Les PASA (pôles d'activités et de soins adaptés) sont des espaces aménagés au sein des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Ils sont destinés à accueillir durant la journée des résidents de l'EHPAD atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie neurodégénérative et ayant des troubles du comportement modérés.

³⁰ Thèmes de coopération : Accompagnement VAE, Cluster QVT, mutualisation des formations, bourses aux emplois (IDE de nuit), télémédecine, harmonisation des pratiques/Qualité, convention avec le service de gérontologie pour éviter le passage aux urgences, préparation des piluliers,

³¹ Des réunions de travail ont eu lieu sur ce thème en 2019 avec des EHPADs du bassin thiernois, notamment dans le cadre de la préparation du présent projet



3.4.3.1.1 Le court séjour gériatrique

Le court séjour gériatrique, après avoir fermé en 2018 en l'absence de médecin gériatre, a rouvert 4 lits en mars 2019. Il est encadré aujourd'hui par un médecin gériatre. 31,7 % de personnes sur le bassin d'Ambert ont de plus de 60 ans. De plus, en 2017 sur 9 428 passages aux urgences du centre hospitalier, environ 1 500 personnes avaient plus de 75 ans (soit 16 % du total). Sur 3 589 personnes hospitalisées, 1 500 avaient plus de 75 ans soit 42 %. Ci-dessous à titre indicatif, l'activité des deux dernières années :

Libellés	2018	2017	%
Nombre de RUM dans la base	10	85	-88,24%
Nombre de RUM saisis dans la base	10	85	-88,24%
Age moyen par RUM (hors CMD 15)	83,28	79,74	4,43%
% d'hommes (RUM)	40	28	42,86%
Durée Moyenne de Séjour brute des RUM	9,90	8,51	16,39%
Indicateur de performance basé sur la DMS Nat	1,23	1,29	-4,44%
Nombre de RSS avec identifiant patient défini	10	84	-88,10%
Nombre de patients (file active)	10	79	-87,34%

3.4.3.1.2 Les soins de suite et de réadaptation polyvalents à orientation gériatrique

Le SSR est organisé autour de deux unités :

Le SSR 1 comprend 22 lits de SSR polyvalent à orientation gériatrique étroitement associés aux 4 lits de court séjour gériatrique. Les admissions par entrée directe sont privilégiées pour favoriser le lien entre la ville et l'hôpital. Il y a cependant des admissions par transfert intra hospitalier : urgence, médecine post Urgences, UHCD, médecine polyvalente, SSR, EHPAD et soins post-chirurgicaux.

Le SSR 2 comprend 18 lits de SSR polyvalent qui reçoit notamment des patients déments/déambulants et prend en charge les troubles psycho-comportementaux dans des locaux sécurisés.

L'activité en 2018 a été la suivante :

Séjours SSR	Janvier à Décembre 2018	Janvier à Décembre 2017	Tendance
Nombre de séjours	543	463	17,00%
Nombre de séjours entiers	476	390	22,00%
Nombre de séjours d'une seule semaine	0	0	-
Nombre d'admissions	511	422	21,00%
Nombre de sorties	508	431	18,00%
Nombre de séjours sans semaine d'entrée	35	0	-
Nombre de séjours "déjà commencés"	32	41	-22,00%
Nombre de séjours "non encore finis"	35	32	9,00%

3.4.3.1.2 Les structures d'aval et médico-sociales

Le centre hospitalier dispose d'une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) de 40 lits, dits de SMTI (soins médicaux techniques importants) à Pré-Bayle. Il compte 164 lits d'Hébergement Pour Personnes Agées (EHPAD) répartis comme suit :

- 80 lits à Pré-Bayle, dont 20 lits d'UHR et un PASA (8 places) ;
- 84 lits à Vimal-Chabrier
- 7 places en accueil de jour (CLARA).

Une équipe mobile de gériatrie animée par le médecin gériatre et du temps infirmier complètent le dispositif. En 2017, il y a eu 315 évaluations, 60 suivis, 30 consultations et 88 fiches d'appel en provenance des urgences ; en 2018 : 205 évaluations, 16 suivis, 15 consultations et 24 fiches d'appel en provenance des urgences.

Activités médicosociales					
Journées USLD		Journées EHPAD		Journées SAJ	
GIR 1	4 315	GIR 1	5 393	GIR 1	0
GIR 2	3 596	GIR 2	20 133	GIR 2	319
GIR 3	719	GIR 3	8 988	GIR 3	478
GIR 4	5 393	GIR 4	13 302	GIR 4	159
GIR 5	0	GIR 5	8 629	GIR 5	159
GIR 6	0	GIR 6	2 157	GIR 6	0
Total dépendance	14 023	Total dépendance	58 602	Total dépendance	1 115
Moins de 60 ans	360	Moins de 60 ans	360	Moins de 60 ans	0
GIR Moyen Pondéré	718,46	Taux d'occupation	98,5 %	Taux d'occupation	43,60 %
Taux d'occupation	98,50 %	GIR Moyen Pondéré	616,56		



3.4.3.2 Projet de la filière de la gériatrie

Il se décline à trois niveaux :

Le Court séjour gériatrique :

1) Mettre en place au sein de l'hôpital de jour des prises en charge en ambulatoire afin de réaliser des bilans de chute, des bilans cognitifs pour les personnes âgées ne relevant pas obligatoirement d'une hospitalisation complète ;

2) Organiser un véritable court séjour gériatrique de 10 lits voire plus avec des effectifs correspondant aux recommandations nationales et formés aux bonnes pratiques gériatriques (soit 6 IDE, 6 AS et 1 PH temps plein) ; et ainsi apporter une véritable expertise gériatrique aux patients âgés afin d'améliorer leur qualité de vie sans incapacité. ;

3) Mettre en place des consultations d'oncogériatrie en lien avec l'hôpital de jour d'oncologie ;

4) Mettre en place en consultation un temps de neuropsychologue pour affiner les diagnostics et améliorer la prise en charge des troubles neurocognitifs ;

5) La consultation mémoire et les consultations gériatriques sont à développer, moyennant du temps de gériatre supplémentaire.

Le SSR polyvalent à orientation gériatrique :

1) Pour le SSR 1 : il s'agit de :

- ✓ Eviter la " dépendance nosocomiale " qui augmente la DMS, notamment en renforçant l'équipe d'aides-soignants tant qualitativement par la formation que quantitativement ;
- ✓ Poursuivre la synergie de travail avec le court séjour gériatrique ;

2) Pour le SSR 2 : il s'agit d'obtenir le label SSR gériatrique car les locaux sont sécurisés et les patients sont de plus en plus déambulants, et présentent des troubles neurocognitifs. Il est nécessaire que l'unité obtienne la labellisation d'Unité cognitivo-comportementale (UCC).

Les structures d'aval et médico-sociales:

L'enjeu pour les structures d'hébergement des personnes âgées dépendantes sera de renforcer le ratio d'encadrement soignant, en lien avec les moyens financiers mis à disposition par les autorités de tarification et d'adapter les organisations à l'accueil aux seuls résidents les plus dépendants. A ce titre, l'EHPAD de « Vimal Chabrier » nécessite une restructuration architecturale afin de garantir sécurité et qualité hôtelière.

1) L'hôpital doit rester le pivot du territoire et organiser et approfondir les relations avec les EHPAD environnants. La question de la mise en place d'une fédération de gériatrie, comme à Thiers, est une piste à explorer. La coordination avec le secteur du domicile sera quant à elle établie avec le CLIC et la MAIA, présents sur ce territoire ;

2) Mettre en place un temps de coordination gériatrique (PATHOS, GIR...) ;

3) Renforcer la prise en charge gériatrique, notamment la fin de vie, pour seconder les médecins en place ;

4) Mettre en place une équipe mobile en gériatrie de territoire extrahospitalière avec un médecin supplémentaire qui générerait les deux EMG, pour renforcer le lien ville hôpital, régler les problèmes aigus sur les EHPAD non hospitaliers et à domicile en lien avec les médecins traitants et faire appliquer les bonnes pratiques gériatriques.



3.4.4 Les complémentarités et les projets communs

De nouvelles activités sont à développer, notamment en activité de gérontopsychiatrie en lien avec le pôle de santé mentale, sous la forme d'une équipe mobile pouvant intervenir en établissement de santé et en EHPAD autonome. Cette activité doit être portée par le centre hospitalier de Thiers, avec un périmètre d'activité comprenant l'intégralité du territoire Thiers/Ambert.

Les protocoles de prise en charge des personnes âgées sont à harmoniser. Des échanges réguliers entre les deux communautés médicales sont à organiser, afin de partager les expertises.

Les travaux du projet immobilier seront l'occasion, pour les deux établissements, de répondre aux objectifs d'adaptation du bâti et des soins au vieillissement. Afin de répondre aux orientations du PRS de la Région Auvergne-Rhône-Alpes et du Schéma Départemental Gérontologique du Puy-de-Dôme, la reconstruction de l'EHPAD du Belvédère à Thiers et la réhabilitation de l'EHPAD « Vimal Chabrier » à Thiers pourrait s'accompagner à iso-capacité par une reconversion d'une partie des hébergements à temps complet en hébergements temporaires et de jour.

3.5 La filière natale et périnatale : la garantie d'une réponse de qualité

Au Centre Hospitalier de Thiers sont regroupés, au sein du service de gynécologie-obstétrique, les consultations cliniques et échographiques (concernant l'obstétrique, la gynécologie, le centre de planification familiale), le secteur salle de naissance, l'hospitalisation (médicale et chirurgicale gynécologique, obstétricale, grossesses à risque de niveau 1, IVG).

A Ambert est ouvert un Centre Périnatal de Proximité (CPP). L'objectif premier est, au-delà des données quantitatives, de garantir un service de qualité conforme à la nature des activités (Maternité de niveau I).

Il sera procédé au préalable à un rappel des objectifs du PMP du GHT³².

3.5.1 Rappel des objectifs du Projet Médical Partagé du GHT « Territoires d'Auvergne »

8 objectifs sont posés, dont 4 concernent directement le centre hospitalier de Thiers:

1) Développement de projets cliniques et scientifiques pour les filières obstétrique, pédiatrie et gynécologie ;

6) Renforcer la collaboration pour une gestion et planification des ressources médicales à l'échelle du GHT, notamment avec la mise en place d'une Fédération Médicale Inter-Hospitalière pour la filière Femme-Enfants ;

7) Mettre en place une politique de formation permettant une meilleure planification des compétences médicales au sein de la filière gynécologique, visant notamment à renforcer la prise en charge de proximité et améliorer la qualité de prise en charge des patientes ;

8) Mettre en place un pôle Inter-Etablissement entre les maternités du CHU de Clermont-Ferrand, du centre hospitalier d'Issoire et de celui de Thiers, afin notamment de favoriser une gestion homogène des ressources tant humaines que matérielles et renforcer l'activité des maternités de proximité en diffusant l'attractivité du CHU.

Le projet médical commun s'inscrit dans ces objectifs.

³² Pages 207 à 2010 de l'Avant-Projet du Projet Médical Partagé du GHT « Territoires d'Auvergne »



3.5.2 A Thiers

Le projet médical du service de gynécologie-obstétrique s'articule autour d'une vision territoriale globale intégrant les territoires de Thiers et d'Ambert. En cela, le rôle dévolu à l'équipe de gynécologie-obstétrique nécessite une adéquation parfaite entre l'offre de soins et les besoins de la population qui composent ces deux territoires, au travers du prisme du GHT Puy-de-Dôme-Allier. Des efforts autour d'axes et d'orientations considérés comme prioritaires ont été consentis afin de répondre aux exigences des besoins de la population, en s'attachant à renforcer les activités existantes et à promouvoir des activités complémentaires.

3.5.2.1 Eléments de présentation

En matière d'offre obstétricale : l'activité de suivi de la grossesse est effectuée par l'ensemble des médecins ainsi que des sages-femmes. Une croissance régulière des consultations et des échographies prénatales et gynécologiques est constatée au fil des années sur Thiers et le CPP d'Ambert.

Avec 505 accouchements finalisés en 2018, le service est pratiquement le seul dans le département à voir son nombre d'accouchements augmenter, alors même qu'au niveau national, une diminution est observée. La diversification de l'offre en matière de suivi de grossesse et d'accouchement alliant physiologie et sécurité a permis à la maternité de Thiers de se démarquer, au travers d'une offre à la fois originale et innovante : le suivi personnalisé, l'ouverture du plateau technique de la maternité aux sages-femmes libérales.

Le nombre d'accouchements ne cesse de progresser régulièrement. Ainsi, il a été dénombré plus d'une cinquantaine d'accouchements dans le cadre de ce dispositif en 2018. L'élément remarquable est que les parturientes qui accouchent à Thiers au sein de cette ouverture sont originaires de l'agglomération clermontoise ou de sa proche banlieue. Il faut également rappeler que ce surcroît d'activité s'est effectué sans recrutement de personnel supplémentaire.

Plus largement, la mise à disposition, « à titre locatif » du matériel et des locaux a permis d'accroître la notoriété du service, bien au-delà de son bassin de population.

PMSI MCO - GHM	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Variation 2018/2012	
Auvergne-Rhône-Alpes	12 049	11 639	11 763	11 231	10 990	10 844	10 788	-1 261	-10%
03 - Allier	3 760	3 564	3 502	3 304	3 227	3 073	2 968	-792	-21%
030780092 - CENTRE HOSPITALIER DE MOULINS YZEURE	1 219	1 129	1 179	1 081	1 066	1 016	1 022	-197	-16%
030780100 - CENTRE HOSPITALIER DE MONTLUCON	1 298	1 206	1 163	1 091	1 076	1 011	929	-369	-28%
030780118 - CENTRE HOSPITALIER DE VICHY	1 243	1 229	1 160	1 132	1 085	1 046	1 017	-226	-18%
15 - Cantal	1 258	1 286	1 212	1 145	1 081	1 075	1 094	-164	-13%
150000271 - CTRE MEDICO-CHIRURGICAL DE TRONQUIERES			1					0	
150780088 - CENTRE HOSPITALIER DE SAINT FLOUR	346	395	335	305	302	293	285	-61	-18%
150780096 - CENTRE HOSPITALIER D'AURILLAC	911	891	875	840	779	782	809	-102	-11%
150780468 - CENTRE HOSPITALIER DE MAURIAC	1		1					-1	-100%
63 - Puy-de-Dôme	7 031	6 789	7 049	6 782	6 682	6 696	6 726	-305	-4%
630000826 - HOPITAL PRIVE LA CHATAIGNERAIE	2 299	2 109	2 181	1 994	1 860	1 945	1 900	-399	-17%
630780989 - CHU DE CLERMONT-FERRAND	3 581	3 550	3 748	3 665	3 815	3 684	3 708	127	4%
630781003 - CENTRE HOSPITALIER ISSOIRE PAUL ARDIER	662	660	637	624	579	608	613	-49	-7%
630781029 - CENTRE HOSPITALIER DE THIERS	489	470	483	499	428	459	505	16	3%
Total général	12 049	11 639	11 763	11 231	10 990	10 844	10 788	-1 261	-10%

L'attractivité est bonne : 80 % de l'activité est répartie sur 18 communes dont Clermont-Ferrand :

Commune	Effectif	%	% cumulé	Eff/1000 habitants
Thiers	105	20,31%	20,31%	7,50
Lezoux	52	10,06%	30,37%	4,63
Courpière	49	9,48%	39,85%	6,54
Ambert	34	6,58%	46,43%	3,69
Maringues	26	5,03%	51,46%	3,30
Celles-sur-Durolle	23	4,45%	55,91%	5,24
Puy-Guillaume	18	3,48%	59,39%	2,53
Saint-Rémy-sur-Durolle	16	3,09%	62,48%	6,19
Peschadoires	14	2,71%	65,19%	6,86
Clermont-Ferrand	13	2,51%	67,70%	0,09
Billom	11	2,13%	69,83%	1,12
Marat	11	2,13%	71,96%	5,37



Commune	Effectif	%	% cumulé	Eff/1000 habitants
Cunhat	9	1,74%	73,70%	3,53
Saint-Dier-d'Auvergne	9	1,74%	75,44%	3,54
Augerolles	8	1,55%	76,99%	7,81
Noirétable	8	1,55%	78,54%	2,43
Olliergues	7	1,35%	79,89%	4,69
La Monnerie-le-Montel	6	1,16%	81,05%	2,94

Indices de qualité : plus globalement, les taux d'activité qui reflètent la qualité de la prise en charge obstétricale mettent en évidence pour l'année 2018, des taux moyens plus bas que ceux observés dans la moyenne des établissements de notre Réseau de Santé Périnatale Auvergne :

-Taux de césariennes : 18,65 %

-Taux d'épisiotomie : 9,40 %

-Taux d'extraction instrumentale : 10,12%.

-Le nombre de transferts in utéro reste supérieur à celui des transferts à la naissance. Cela permet d'affirmer que le lieu d'accouchement est bien défini par rapport au type de prise en charge à réaliser sur le Centre Hospitalier de Thiers. L'établissement est en effet destiné à un exercice de prise en charge de niveau 1.

Le renforcement de cette activité en relation avec la périnatalité demeure une des pierres angulaires de l'unité.

Le projet de réorganisation architecturale qui s'intègre dans le schéma directeur immobilier représente un levier pour parfaire la sécurité et améliorer l'hôtellerie. La perspective de chambres seules, dotées de douches et la création d'un espace physiologique représentent autant d'atouts potentiels dans la perspective d'une croissance d'activité. Le nombre seuil de 550 voire 600 accouchements n'est désormais plus inaccessible si l'on parvient à concrétiser cela.

Le centre de planification et d'éducation familiale assure l'activité d'orthogénie sur Thiers et Ambert et demeure un service recours collaborant avec les établissements voisins, notamment lors des fermetures estivales. Des interventions sur le thème de la contraception sont régulièrement assurées en milieu scolaire par les sages-femmes.

Participation à la mise en place du « Réseau Enfant Vulnérable Auvergne » : le déploiement du dispositif depuis début 2017 permet un suivi conjoint avec le CHU Estaing et le Centre d'Action Médico-sociale Précoce (CAMPS) des enfants nés prématurés et vulnérables. Les pédiatres du service participent à ce réseau pour le suivi des enfants vulnérables, tant sur Thiers que sur Ambert ainsi qu'aux différentes formations du réseau de périnatalité.

Activité de chirurgie gynécologique bénigne : le service est spécialisé dans la prise en charge du suivi gynécologique ainsi que de la chirurgie gynécologique bénigne, notamment minimale invasive. Il assure par ailleurs les consultations de contraception, d'orthogénie et de prévention. La permanence des soins est assurée 7 j/7 et 24h/24, avec possibilité de recourir à une compétence de gynécologie chirurgicale ou obstétricale (roulement de service établi chaque mois). Le bloc opératoire du CH de Thiers est ouvert 24h/24 et assure l'accès à la prise en charge chirurgicale ciblée:

Séjours R.U.M. Gynécologie 2018	Année 2018	Année 2017	%
Nombre de RUM dans la base	261	256	1,95%
Age moyen par RUM (hors CMD 15)	47,48	45,00	5,50%
Taux de décès (RUM)	0	0	-
Durée Moyenne de Séjour brute des RUM	2,36	2,45	-3,64%
Nombre de journées brut des RUM	616	627	-1,75%
Taux de chirurgie ambulatoire (définition DGOS 2015)	10,46	12,99	-19,48%
Indicateur de performance basé sur la DMS Nat : nb journées étab. / nb journées standardisées	1,12	1,08	3,00%
Nombre de RSS avec identifiant patient défini	253	254	-0,39%
Nombre de patients (file active)	242	235	2,98%



Prise en charge pédiatrique : outre la sécurisation indispensable de la prise en charge néonatale, le service a ouvert une activité de consultation de pédiatrie générale sur Thiers et Ambert. Cette activité connaît un accroissement important, d'autant plus que le bassin de population est dénué de praticiens libéraux. Elle permet par ailleurs de sécuriser le parcours de soins de jeunes patients consultant aux services d'accueil des urgences tout en évitant l'écueil d'un déplacement sur d'autres agglomérations.

3.5.2.2 Projet médical de la filière

Il s'agit en 1^{er} lieu de conforter les activités existantes (Cf. supra 3.5.2.1).

Il s'agit ensuite de développer des activités nouvelles :

Ouverture de lits mère-enfant : Il s'agit d'un projet ambitieux qui s'intègre parfaitement dans l'offre de soins de proximité, à savoir permettre à des nouveau-nés (transférés in utero à un terme ne permettant leur accueil en maternité de type 1) d'être pris en charge avec leur mère dans le service dès que le terme théorique de 35 semaines d'aménorrhée est atteint ainsi que le poids de 2000g ne nécessitant pas de soins spécialisés hormis une alimentation (par sonde de gavage notamment). Pour ce faire, une formation des sages-femmes est un préalable nécessaire mais qui a néanmoins été initié. Toutefois, cette possibilité nécessite la délivrance d'une autorisation de l'ARS qui souhaite un nombre de lits constants au sein du GHT Puy-de-Dôme-Allier. En d'autres termes, un redéploiement devra être étudié. Or, si l'on considère cette perspective au travers du prisme du GHT et du rapprochement des patients de leur lieu de vie, la présence au sein du service de 3 pédiatres et la proximité géographique du CHU, régulièrement confronté au manque de places, notamment en saison estivale, l'hôpital de Thiers a naturellement vocation à accueillir les enfants relevant de son bassin de population. Enfin, l'une des pédiatres exerçant à temps partiel au CHU serait le fil conducteur de telles prises en charge, d'autant plus que ce projet est soutenu par le service de pédiatrie de ce même établissement. En guise de conclusion, ce projet permettrait aux parents un rapprochement familial et un soutien du lien parents-enfant.

Projet Hôpital de jour « Obésité Infantile » : alors qu'en Auvergne l'obésité concerne 14,9% des enfants de CE2 (2009), à Thiers, le taux d'obésité infantile est de 22 % dont 8% d'obésité de degré 2. Une partie de la prise en charge actuelle de ces enfants se fait via le projet Proxob de Caloris (nombre limité de familles), mais également via l'UGECAM à Clermont-Ferrand, obligeant une population souvent défavorisée à se déplacer et majorant le risque de perdus de vue. Il existe déjà sur l'hôpital une équipe formée à la prise en charge de l'obésité adulte, un des pédiatres intervenant ayant par ailleurs suivi une formation en éducation thérapeutique du patient avec la mention « obésité ». L'objectif serait donc de proposer à la population pédiatrique du secteur de Thiers une unité de prise en charge de l'obésité et d'assurer une continuité des soins en collaboration avec les unités de soins existantes au cœur du GHT.

Création d'un espace physiologique : L'équipe médicale et soignante de Thiers aspire à l'élaboration d'une « salle nature » spécialement dévolue aux projets de naissance. L'acquisition d'une telle salle sera un plus indéniable qui donnera une distinction de qualité au service. Il convient de rappeler que l'établissement est le seul de la région à ne pas en posséder une.

Développement de techniques chirurgicales nouvelles et moins invasives : la réalisation de césariennes extra-péritonéales permet une récupération post-opératoire plus rapide. Seul service en Auvergne réalisant ce type d'intervention, l'équipe médicale et soignante a l'ambition de mener une étude prospective randomisée avec le CHU de Clermont-Ferrand. Le développement de la chirurgie minimale invasive coelioscopique avec des micro-instruments, des énergies nouvelles représente le versant gynécologique de cette activité chirurgicale innovante.



Positionnement dans le temps de ces activités nouvelles : ce déploiement n'a de sens que s'il est soutenu par les dispositifs d'organisation des trajectoires de soins. La démographie médicale tendue, la priorité en matière de santé publique s'agissant d'obésité et d'égal accès aux soins, tout en promouvant la proximité, devraient asseoir ces activités dans le paysage sanitaire du bassin thiernois. Il n'y a pas de concurrence directe majeure, aussi une collaboration territoriale prend là tout son sens. Toutefois, des axes d'orientation assurant la qualité et la sécurité des soins demeurent des préalables incontournables :

1. Optimisation de l'occupation des surfaces, remise à niveau des espaces de consultations ;
2. Essor de la chirurgie ambulatoire ;
3. Réduction des délais de consultations ;
4. Poursuite et renforcement des relations avec la médecine de ville ;
5. Valorisation des compétences acquises par les formations des personnels médicaux, Organisation de la formation continue ;
6. Maintien et renforcement des relations avec le CHU de Clermont-Ferrand, le Centre Jean Perrin et les établissements voisins membres du GHT ;
7. Amélioration de l'accessibilité du service pour les personnes en situation de handicap : Il est en effet nécessaire de permettre aux patientes présentant un handicap (sensoriel, moteur) de pouvoir bénéficier d'une prise en charge de qualité (accueil, formation du personnel, accessibilité et adaptation des locaux) ;
8. Amélioration de la communication avec les populations à barrière linguistique.

3.5.3 A Ambert

Le centre hospitalier d'Ambert est doté d'un centre Périnatal de Proximité (CPP)³³ associé par convention au centre hospitalier de Thiers. Ce centre ouvert du lundi au vendredi a réalisé en 2018 : 856 consultations médicales en obstétrique ; 1308 consultations médicales en gynécologie ; 1746 consultations de sage-femme ; 1228 séances de rééducation périnéale ;... L'orientation des parturientes vers la maternité du centre hospitalier de Thiers via la promotion des services existants, doit être mieux recherchée.

3.5.4 Les complémentarités et les projets communs

A Ambert, il s'agit, en lien et avec l'appui du centre hospitalier de Thiers, de poursuivre l'activité de Centre de Périnatalité de Proximité assurant la réalisation du suivi de grossesse, de la préparation à la parentalité, du suivi de l'allaitement, de consultation du post-partum, de rééducation périnéale et de CEPF. Une consultation d'anesthésie, de gynécologie et de pédiatrie a également été mise en place pour assurer une offre de services de proximité la plus complète possible, au profit des patientes du territoire d'Ambert.

3.6 La filière de la santé mentale : la prévention et le soin

La filière de la santé mentale sur les bassins de Thiers et d'Ambert³⁴ est organisée autour de trois domaines d'action : la psychiatrie générale, l'addictologie et la pédopsychiatrie.

Il sera procédé à un rappel des objectifs du Projet Médical Partagé du GHT « Territoires d'Auvergne ».

³³ « Les établissements qui ne sont plus autorisés à pratiquer l'obstétrique peuvent continuer à exercer des activités prénatales et postnatales sous l'appellation de centre périnatal de proximité, en bénéficiant par convention du concours d'un établissement de santé pratiquant l'obstétrique. Le centre périnatal de proximité peut assurer les consultations prénatales et postnatales, les cours de préparation à la naissance, l'enseignement des soins aux nouveau-nés et les consultations de planification familiale. La convention avec l'établissement de santé permet la mise à disposition du centre périnatal de proximité de sages-femmes et d'au moins un gynécologue-obstétricien ; elle est soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé » Art. R 6123-50 du code de la santé publique

³⁴ L'approche sera globalisée sur Thiers et Ambert



3.6.1 Rappel des objectifs du Projet Médical Partagé

Les objectifs sont déclinés dans le PMP comme suit :

	Projet	Objectif
1	Constitution de la filière santé mentale	Améliorer la coordination de la santé mentale sur le territoire
2	Amélioration des organisations médicales	Renforcer l'accessibilité et l'attractivité de la filière publique et assurer une offre de soins graduée et de qualité
3	Renforcer la réponse aux besoins de santé	Améliorer l'articulation entre soins somatique et soins psychiatriques publics et les parcours patients spécifiques
4	Structurer l'offre et les modalités de prise en charge	Renforcer l'accessibilité de la filière publique et assurer une offre de soins graduée et de qualité

Un travail a été engagé dans le cadre de l'élaboration d'un Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) au 1^{er} trimestre 2019 par la Délégation Territoriale du Puy-de-Dôme de l'Agence Régionale de la Santé d'Auvergne-Rhône-Alpes visant à définir un parcours gradué du patient recourant à l'offre en santé mentale organisé en 4 niveaux :

- Prévention et promotion de la santé mentale ;
- Repérage et dépistage précoce des troubles en santé mentale ;
- Prise en charge des troubles mentaux ;
- Soins, réadaptation et réinsertion sociale.

Le projet proposé s'efforce de répondre à ces axes de travail.

3.6.2 La psychiatrie générale

Il sera dressé un tableau synthétique des besoins et des réponses apportées sur les deux bassins de Thiers et d'Ambert pour présenter ensuite le projet médical commun aux deux secteurs.

3.6.2.1 Eléments de présentation

Une présentation exhaustive des secteurs de psychiatrie générale sur Thiers et Ambert a été réalisée en 2017 par l'Observatoire Régional de la Santé d'Auvergne-Rhône-Alpes³⁵. Il en ressort notamment :

-Le secteur psychiatrique Secteur 1 (Thiers) compte 57 000 habitants, soit une densité de population de 65,9 habitants par km². Cette densité est supérieure à celle constatée en Auvergne mais plus faible que celle observée dans le Puy-de-Dôme. Comme en Auvergne, le secteur se compose d'une population assez âgée par rapport au territoire national, avec plus de 21 % de la population âgée de 65 ans et plus (17,5 % en France métropolitaine) ;

Consommation de soins - Faits marquants :

- ✓ *Les hospitalisations : plus de 1 500 personnes âgées de 18 ans et plus prises en charge en 2013 au centre hospitalier de Thiers ;*
- ✓ *75 % des prises en charge réalisées en ambulatoire exclusivement ;*

³⁵ http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/Sante_mentale_Auvergne_Secteurspsychiatriques_Rapport_2017.pdf

Une analyse par bassin géographique des consommations de soins en psychiatrie est également disponible sur le site de l'ATIH : <https://www.scansante.fr/applications/rme-psy-population?secteur=PSY>



- ✓ Une durée moyenne d'hospitalisation à temps complet de 29 jours ;
- ✓ Une prise en charge à temps complet ou à temps partiel principalement due à des troubles de l'humeur ou à des troubles liés à l'usage de substances psycho-actives ;
- ✓ Une prise en charge en ambulatoire principalement due à des troubles de l'humeur, à des troubles névrotiques ou à des troubles liés à l'usage de substances psycho-actives ;

- Le secteur psychiatrique Secteur 2 (Ambert) compte 31 000 habitants, soit une densité de population de 23,2 habitants par km². Cette densité est inférieure à celle constatée en Auvergne et plus encore à celle observée dans le Puy-de-Dôme. Le secteur se compose d'une population âgée, avec notamment une part de personnes âgées de 65 ans et plus élevée que dans le Puy-de-Dôme et en Auvergne ;

La consommation de soins - Faits marquants :

- ✓ Les hospitalisations : plus de 1 900 personnes âgées de 18 ans et plus prises en charge en 2013 aux centres hospitaliers de Thiers ou d'Ambert ;
- ✓ 78 % des prises en charge réalisées en ambulatoire exclusivement ;
- ✓ Une durée moyenne d'hospitalisation à temps complet de 29 jours ;
- ✓ Une prise en charge à temps complet ou à temps partiel aux centres hospitaliers de Thiers ou d'Ambert principalement due à des troubles de l'humeur ou à des troubles liés à l'usage de substances psychoactives.

La psychiatrie générale au centre hospitalier de Thiers est responsable de deux secteurs du département du Puy-de-Dôme (63G01). Dans sa dimension hospitalière, il accueille aussi les patients en provenance du secteur d'Ambert (63G02) du fait de l'absence d'un dispositif d'hospitalisation temps plein au niveau de l'hôpital d'Ambert. La mission confiée est d'assurer la prise en charge psychiatrique des patients des aires géographique desservies avec une volonté de spécificité dans les techniques employées. Le projet médical psychiatrique est donc centré sur la mise en œuvre d'unités fonctionnelles spécifiques, pour une meilleure visibilité des possibilités de soins, des propositions de prises en charge plus particulières et plus différenciées, une meilleure intégration au sein de l'établissement de Thiers par amélioration de l'interface avec les services des urgences, de médecine, de chirurgie, de gynéco-obstétrique et de gériatrie.

A Thiers, l'unité d'hospitalisation George Sand comprend 25 lits d'hospitalisation libre et 6 lits dédiés aux soins sans consentement. L'unité de psychiatrie est située à proximité de l'hôpital général dans un bâtiment unique de trois niveaux. On y trouve un hôpital de jour et des consultations au sein d'un centre médico-psychologique.

Les patients accueillis en psychiatrie à Thiers sont admis en hospitalisation libre ou en soins psychiatriques sans consentement. Ils peuvent dépendre d'autres secteurs, en l'absence de place dans leurs centres hospitaliers de référence. Ils proviennent de:

- service des urgences de l'hôpital de Thiers ;
- services de MCO, maison de retraite, long et moyen séjours de l'hôpital de Thiers, dans le cadre de la Psychiatrie de liaison ;
- consultations de psychiatrie, en admission directe ou après avoir été reçus par un médecin somaticien aux urgences, sur demande du psychiatre consultant ;
- centre hospitalier d'Ambert ;
- autres centres hospitaliers, (CHRU Clermont-Ferrand, Sainte Marie Clermont-Ferrand, Vichy, Riom, Issoire, autres hôpitaux...).

L'équipe se compose de deux psychiatres à temps plein et de deux faisant fonction de psychiatres temps plein ainsi que d'un poste d'interne.

Au centre hospitalier d'Ambert, la psychiatrie est localisée dans un bâtiment sur le site de l'hôpital général. L'activité de soins en psychiatrie s'articule autour de :

- Consultations de psychiatrie un jour par semaine, avec alternance de deux médecins venant de Thiers. Toutefois, nombre de patients du secteur d'Ambert sont reçus à Thiers ;



- Accueil infirmier dix demi-journées par semaine en hôpital de jour et CATTP, sur prescription par un psychiatre de Thiers ;
- Consultations médicales d'addictologie par un addictologue de l'ANPAA de Clermont-Ferrand.

3.6.2.2 Projet médical de la filière de la psychiatrie générale

La graduation des soins s'articule autour de l'activité ambulatoire en amont et en aval de l'hospitalisation.

3.6.2.2.1 Le projet de prise en charge ambulatoire

Les objectifs poursuivis sont la pluridisciplinarité et l'amélioration de la communication et de la prise en charge entre les différentes structures. L'optimisation du soin est assurée par l'unité de moyens, soignants, matériels et architecturaux. L'unité fonctionnelle ambulatoire rassemble sur un même niveau les dispositifs suivants :

-Le Centre Médico-Psychologique (CMP) qui est le pivot du travail de prévention et de prise en charge, en pré et post hospitalisation, attribué à la psychiatrie. C'est là qu'ont lieu les consultations des différents intervenants, les entretiens et les soins infirmiers (injections, préparation des traitements).

-L'activité sectorielle qui consiste à assurer le suivi au domicile des patients et le partenariat avec les institutions présentes sur le secteur (maisons de retraite, ESAT, foyer logement, milieu associatif...). Compte tenu de l'augmentation de patients et d'institutions demandeurs, les moyens humains et matériels doivent être renforcés.

-L'hôpital de jour qui accueille, entre une demie et dix demi-journées par semaine, des patients sortant d'hospitalisation temps plein, pour une prise en charge individuelle ou en groupe, en fonction des ateliers thérapeutiques prescrits par le médecin.

-Le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) qui doit accueillir sur des temps courts (moins d'une demi-journée), des patients stabilisés, pour une prise en charge individuelle ou en groupe.

-La psychiatrie de liaison: un psychiatre se déplace auprès de différents patients hospitalisés en Médecine, Chirurgie, Maternité, Long séjour, Urgences, UHCD, Service de Soins de suite et de réadaptation, EHPADs. Il s'agit essentiellement d'une approche clinique, au lit du malade, qui vise à porter un diagnostic et proposer une prise en charge spécifique, à sensibiliser les équipes soignantes sur la pathologie mentale, à les rassurer sur leurs capacités à répondre à certaines situations psychopathologiques.

3.6.2.2.2 Le projet de prise en hospitalisation

L'unité d'hospitalisation est destinée à la prise en charge de toutes les pathologies rencontrées en psychiatrie générale. Son objectif est d'assurer l'ensemble du traitement psychiatrique spécifique depuis l'évaluation initiale au moment de l'admission, jusqu'à la réhabilitation psychosociale orientant vers la sortie, tout en optimisant l'articulation avec les soins ambulatoires. En hospitalisation libre ou en hospitalisation médico-légale, cette unité fonctionnelle s'organise en deux sous unités pour accueillir les patients dans les meilleures conditions de soins et de sécurité :

-La première sous unité reçoit des patients en hospitalisation sans consentement (qui est une des missions fondamentales du secteur), avec 6 lits et 2 lits de soins intensifs. Le projet propre de cette unité s'articule autour de la gestion de la crise et des conditions particulières qui y sont liées, puis de la sortie de crise.

-La deuxième sous unité reçoit des patients pouvant donner un consentement aux soins, qu'il y ait eu ou non auparavant passage par l'hospitalisation sans consentement. Avec 25 lits, 23 en chambre individuelle et deux en chambre double.



Un protocole de soins est appliqué :

-Le psychiatre d'astreinte est informé de la demande d'admission pour un patient. Deux situations peuvent se présenter :

✓ Entrées directes, programmées, de patients connus dont la réhospitalisation a été organisée de longue date ;

✓ Entrées non programmées : passage des patients par les urgences pour désomatisation, prescription médicale écrite initiale, pour l'apaisement des troubles comportementaux et de l'anxiété, la nuit notamment.

-Phase initiale d'évaluation, de surveillance, de réassurance, d'information sur les droits du patient, le règlement intérieur du service, et d'élaboration et de mise en place du plan de soin ;

-Phase intermédiaire du séjour avec coordination de la prise en charge par un point clinique hebdomadaire réunissant l'ensemble de l'équipe ;

-Phase de l'organisation de la sortie.

Le pôle de Santé mentale du Livradois-Foréz est la seule structure de proximité permettant de répondre aux besoins en santé mentale de la population des bassins de Thiers et d'Ambert. Les objectifs spécifiques de la filière santé mentale adultes sont les suivants :

1) L'amélioration du parcours des patients qui ne sont pas originaires du secteur : elle passera par une meilleure coordination dans le cadre du GHT et du Projet Territorial de Santé Mentale. L'adhésion du centre hospitalier de Thiers à une Fédération Médicale Inter-hospitalière de Psychiatrie portée par le CHU de Clermont-Ferrand constituera un début de réponse ;

2) La spécialisation de certaines prises en charge : Le développement de l'accueil en hôpital de Jour - CATT ;

3) Le développement des suivis à domicile et des interventions en institutions : des besoins émergent sur le territoire en matière de gérontopsychiatrie. A ce titre, la mise en œuvre d'une équipe mobile de gérontopsychiatrie intervenant au sein des EHPADs du bassin, représente un projet à mettre en œuvre au cours de la période. ;

4) La consolidation de la sécurité de la prise en charge somatique des patients hospitalisés.

3.6.3 L'addictologie

La filière de santé mentale adulte intègre également la prise en charge des conduites addictives, d'abord en ambulatoire (consultations, ELSA, hôpital de jour), puis en hospitalisation complète, dans une unité de 15 lits, qui a ouvert en février 2019, au sein du centre hospitalier de Thiers. Cette unité, dont le financement repose sur la T2A, est rattachée au pôle de psychiatrie.

Le développement de cette activité correspond aux besoins de santé identifiés sur le bassin de population de Thiers et d'Ambert. Elle doit permettre d'organiser des sevrages simples et complexes³⁶, contre les dépendances à l'alcool principalement, mais aussi d'autres substances psychoactives.

3.6.3.1 Eléments de présentation

La filière d'addictologie de niveau II à Thiers et à Ambert s'articule autour de :

- un secteur d'hospitalisation temps plein pour sevrage et soins résidentiels complexes, un secteur d'hospitalisation de jour une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA), une consultation spécialisée pour le repérage des dual diagnosis ;

- Un réseau pour l'orientation des patients le nécessitant vers les structures de soins de suite et de réadaptation spécialisés en addictologie ;

- Une prise en charge intégrée des pathologies addictives, de leurs complications et de leurs comorbidités, reposant sur un partenariat intra hospitalier et extrahospitalier (structures médicosociales et médecins libéraux). ;

³⁶ L'habilitation à effectuer des sevrages complexes reconnus contractuellement avec l'Agence fait l'objet d'une discussion avec le CHU de Clermont-Ferrand, établissement support du GHT « Territoires d'Auvergne »



L'hospitalisation temps plein s'effectue au centre hospitalier de Thiers, au sein du pôle de Psychiatrie, dans une unité de 15 lits dédiés. Elle s'adresse à tous les patients présentant un trouble lié à l'usage de produit et aux addictions comportementales. Elle consiste en la réalisation de sevrages alcool complexes (hospitalisation de plus de 11 jours). Outre les sevrages à l'alcool, l'hospitalisation permet aussi:

- Les sevrages à d'autres substances psychoactives (SPA) ;
- Les sevrages multiples ;
- La stabilisation d'une pathologie addictive décompensée ;
- L'initialisation d'un médicament de substitution aux opiacés (MSO), etc ... ;
- La prise en charge des addictions comportementales.

L'orientation des patients s'effectue à partir de la consultation d'addictologie de Thiers et d'Ambert (hospitalisations programmées) ou après évaluation par l'équipe de liaison dans les services de MCO et les services d'urgence de ces établissements. Les sevrages physiques sont effectués dans les services de médecine de Thiers et d'Ambert. Le bilan du retentissement somatique sera réalisé en privilégiant l'utilisation des plateaux techniques in situ.

Les Centres Médico-Psychologiques (CMP) des deux sites proposent des soins addictologiques spécifiques :

- Thérapies individuelles ;
- Thérapies de groupes (psychoéducation, ateliers à orientation cognitivo-comportementale, groupes de parole, etc...) ;
- Thérapies à médiation corporelle (sport, relaxation,...).

L'hospitalisation de jour est une alternative à l'hospitalisation temps plein et permet de maintenir le patient dans son environnement. Elle peut être le relais d'une hospitalisation temps plein. Par exemple, elle peut permettre la réalisation d'un sevrage ambulatoire, ou de consolider l'abstinence à une substance après une période d'hospitalisation temps plein. Elle partage le plateau technique de l'hôpital de jour du service de psychiatrie générale.

L'équipe de liaison et de soins en addictologie équipe intervient sur sollicitation des équipes soignantes des différents services des hôpitaux de Thiers et d'Ambert qui auront repéré, parmi leurs patients hospitalisés, ceux qui présentent des pathologies addictives. Elle propose une prise en charge incluse dans un projet de soins global (bio-médico-psycho-social) adapté au patient, allant de l'intervention brève à la mise en place d'un suivi spécialisé au long cours. Des patients sont ainsi orientés vers l'unité d'addictologie d'hospitalisation temps plein.

La consultation spécialisée se tient au sein des CMP de Thiers et Ambert. Elle est assurée par des soignants formés en addictologie.

3.6.3.2 Projet médical de l'addictologie

La filière addictologique de niveau II doit permettre:

- la prise en charge spécialisée des patients présentant des conduites addictives avec ou sans produit sur le territoire Thiers – Ambert (secteurs 63G01 et 63G02) ;
- la prise en charge des complications somatiques et/ou psychiatriques;
- le repérage, l'évaluation, l'orientation des patients présentant une addiction hospitalisés dans les services de MCO et des urgences ;
- la formation et la sensibilisation des équipes hospitalières aux pathologies addictives ;
- la participation à des protocoles de recherche (en lien avec la filière de soins en addictologie de niveau III) ;
- la participation au sein du GHT au développement de la filière de l'addictologie ;
- la participation à des actions de prévention des conduites addictives en partenariat avec les structures médico-sociales locales, l'Education Nationale, etc...



Il s'agit essentiellement de conforter la place au sein du GHT « Territoires d'Auvergne » la place de l'unité d'addictologie des bassins de Thiers et d'Ambert, notamment grâce une reconnaissance contractuelle des sevrages complexes.

3.6.4 La filière pédopsychiatrique

Le développement de cette filière est handicapé par la question du positionnement du sous-secteur de Cournon.

3.6.4.1 La question du sous-secteur de Cournon

Historiquement, l'inter secteur de pédopsychiatrie rattaché au centre hospitalier de Thiers comportait 3 implantations : Thiers, Ambert et Cournon, alors qu'aujourd'hui selon l'analyse du SROS, le sous-secteur de Cournon relève du territoire de santé du « Grand Clermont ». L'incohérence géographique du secteur, les différences socio-économiques et l'éloignement des 3 CMP sont source de difficultés pour l'élaboration d'un projet commun. Il convient de noter que depuis le Projet d'Etablissement 2012-2016, la pédopsychiatrie a recruté de 2 pédopsychiatres l'un gérant le secteur de Cournon et l'autre les 2 CMPEA de Thiers et Ambert.

La population du secteur de Cournon a considérablement augmenté ces dernières années, avec une moyenne d'âge plus jeune que celle de Thiers-Ambert. La population des moins de 18 ans du secteur de Cournon est actuellement plus nombreuse que celle des secteurs de Thiers et d'Ambert réunis. Compte tenu de la pénurie de pédopsychiatre et de la quasi-absence de cette profession dans le libéral, de l'absence de remboursement des psychologues, éducateurs et psychomotriciens en libéral, de la pénurie d'orthophonistes (avec des listes d'attente de plus d'un an), de la diminution des moyens alloués aux structures de prévention de la petite enfance (PMI, CCAS, ...), la liste d'attente du CMP est très longue (de 3 à 24 mois).

La création d'un hôpital de jour est souhaitée par l'équipe en place au CMP de Cournon ainsi qu'un renforcement des moyens de cette dernière structure. Ceci suppose au préalable le règlement définitif de la question du rattachement de ce sous-secteur dans la carte sanitaire.

3.6.4.2 La pédopsychiatrie à Thiers et à Ambert

La pédopsychiatrie repose sur deux Centres Médico-Psychologiques, situés pour l'un dans le centre hospitalier, pour l'autre à l'extérieur. La file active du CMP à Thiers est d'environ 600 patients, dont l'âge va du nourrisson jusqu'à 18 ans. La prise en charge concerne les troubles réactionnels, les troubles envahissants du développement ou encore les troubles des apprentissages.

Le travail en réseau étant fondamental en pédopsychiatrie, le CMP est ainsi en lien permanent avec les établissements scolaires, les médecins généralistes, la PMI, le centre d'action médico-sociale précoce de Clermont, diverses structures pour les activités thérapeutiques...

3.6.4.3 Les projets de la pédopsychiatrie

Les projets sont les suivants :

- 1) création d'une équipe basée à Thiers mais avec des possibilités de déplacement au domicile des patients, afin de répondre aux situations d'urgence, pour les premiers épisodes psychotiques pour éviter au maximum les hospitalisations des adolescents connues pour être sources de psycho traumatismes ;
- 2) Mutualisations des formations pour les 3 équipes et mise en place de 2 groupes d'analyse de pratique professionnelle ;
- 3) Création d'une nouvelle entité thérapeutique dont la finalité serait d'apporter des réponses plus spécialisées dans certains domaines psychopathologiques. Les intervenants pourraient travailler par cycle, en alternance sur chacun des 3 sous-secteurs ;



4) Il est apparu que 2 structures de type HDJ ou CATTp étaient nécessaires: l'une sur le secteur Thiers-Ambert et l'autre sur celui de Cournon. Ce dernier point suppose que la question du rattachement du sous-secteur de Cournon soit réglée en termes de planification. Sur le même plan, il convient de mettre à niveau les moyens du CMP de Cournon, afin qu'il puisse remplir correctement ses missions. Concernant la structure basée à Thiers, l'objectif est de proposer des soins de proximité aux enfants en âge scolaire des bassins thiernois et ambertois, souffrant de troubles du développement et de troubles graves de la personnalité. Elle n'a pas vocation de centre de crise ou d'urgence psychiatrique, de même qu'elle ne se substitue pas à des prises en charges institutionnelles médicosociales. Il s'agit d'une prise en charge ambulatoire sur un mode séquentiel permettant à ces enfants de rester dans leur milieu naturel.

3.7 Les activités de support médical : des dispositifs au service de la clinique

Les activités de support médical s'inscrivent dans la dynamique de recherche de la performance globale où les activités sont organisées et structurées dans le but de la satisfaction des patients en termes de qualité, quantité, délai et de sécurité. La participation des centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert au GHT « Territoires d'Auvergne » constitue une opportunité de recherche d'efficience grâce aux mutualisations possibles à l'échelle du territoire de santé.

3.7.1 Blocs opératoires : s'adapter au développement des activités

Les activités de chirurgie ont cessé au centre hospitalier d'Ambert le 1^{er} avril 2019. En revanche, une activité d'endoscopie y est maintenue. A Thiers est développée au bloc opératoire une activité de chirurgie et d'endoscopie.

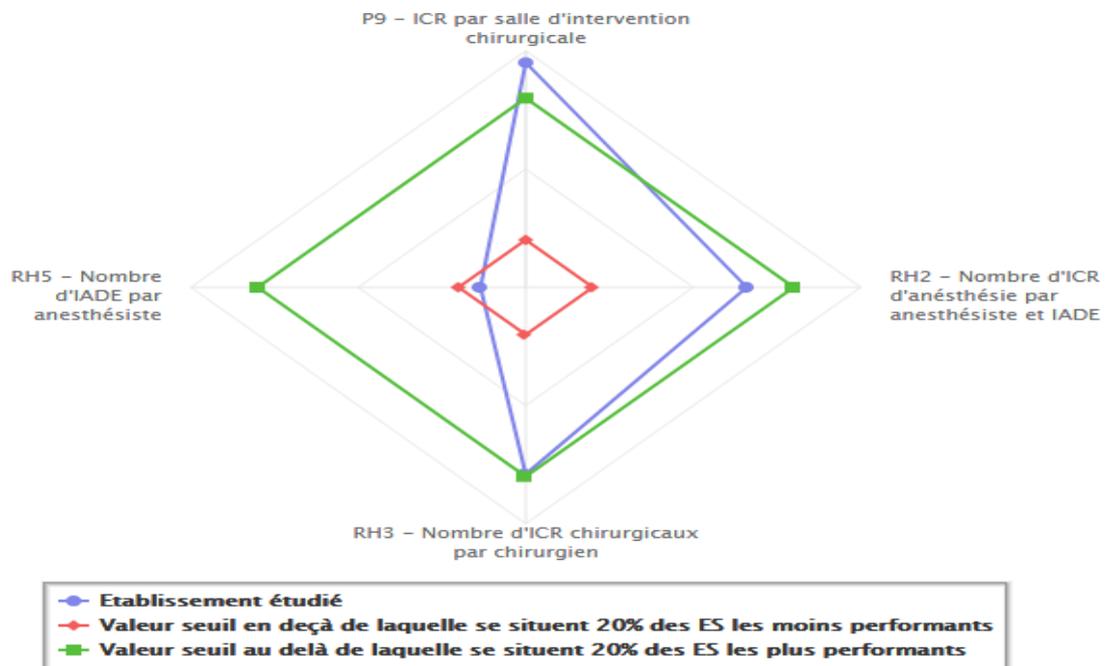
3.7.1.1 Eléments de présentation

L'activité est développée sur 2 salles dont une dédiée aux codes rouges en obstétrique. L'activité, ces trois dernières années, est en progression constante, notamment du fait des endoscopies :

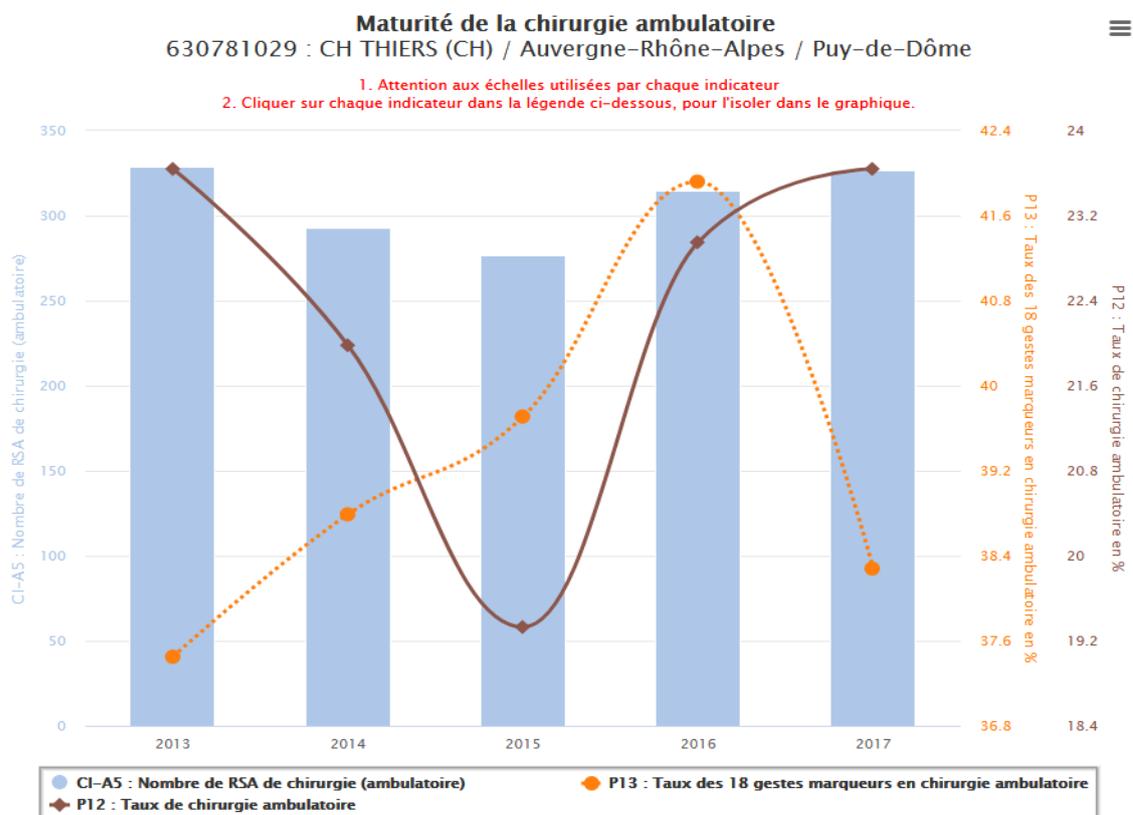
Activités au bloc opératoire du centre hospitalier de Thiers	2018	2017	2016	Variations 2018/2016	
Chirurgie digestive	469	531	486	-17	-3,50%
Urologie	231	201	208	23	11,06%
Gynécologie	460	472	487	-27	-5,54%
Orthopédie/Traumatologie	373	293	277	96	34,66%
Chirurgie dentaire	12	0	36	-24	-66,67%
Total chirurgie	1545	1497	1494	51	3,41%
Endoscopies	1116	1008	772	344	44,56%
Total cumulé	2661	2505	2266	395	17,43%



L'organisation générale du bloc opératoire est parfaite, c'est que montre le comparateur HOSPIDIAG³⁷ :



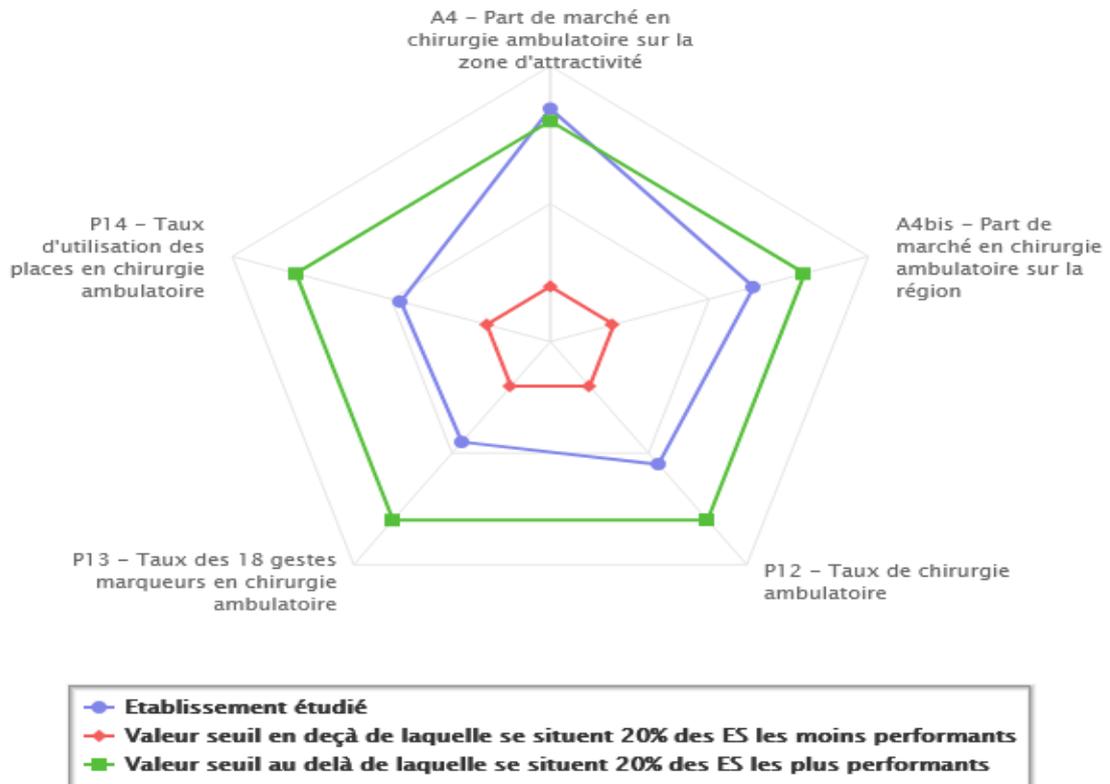
Le centre hospitalier de Thiers présente sur les 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire un taux de 38% en 2017, ce qui le classe dans le bas du tableau (2^{ème} décile) des établissements de même catégorie au niveau national :



³⁷ http://hospidiag.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?service=hospidiag&debug=0&program=hd.accueil_hd.sas Dans l'exemple comparaison avec des blocs relevant d'établissements de même catégorie



La performance de la chirurgie ambulatoire à Thiers peut être appréciée via le diagramme suivant issu d'HOSPIDIAG :



Les endoscopies à Ambert sont de l'ordre de 600 par an. Elles sont réalisées à travers deux vacations hebdomadaires de médecins libéraux :

CI-A14	Nombre d'actes d'endoscopies	594	613	586	585	604
Evolution de 2013 à 2017						

3.7.1.2 Eléments de présentation des orientations du bloc opératoire

Il s'agit en conséquence pour le bloc opératoire du centre hospitalier de Thiers de :

1) Accompagner le virage ambulatoire : la chirurgie ambulatoire est considérée depuis plusieurs années comme une priorité nationale et un enjeu majeur de la structuration de l'offre de soins. Le bloc opératoire, en tant qu'outil de travail du plateau technique, doit être mis au service de cet objectif, sachant que les caractéristiques de la patientèle, telles qu'exposées au 2.1.1 « Socio-démographie » ne sont pas de nature à permettre une atteinte complète des objectifs nationaux. L'objectif poursuivi par l'établissement est de majorer son taux :

- ✓ sur les 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire de 38% en 2017 à 64% en 2023 ;
- ✓ en chirurgie ambulatoire de 30,5% en 2017 à 40% en 2023.

2) Passer de 1545 en 2018 à au moins 1800 actes chirurgicaux en 2023 ;

3) Remettre en place dans la durée les organes de gouvernance du bloc, afin d'assurer notamment une programmation optimale des activités ; et installer en parallèle un organe de gouvernance des consultations externes avec, entre autres objectifs, mieux coordonner les deux activités.



3.7.2 Activités pharmaceutiques et de stérilisation : organiser les complémentarités territoriales

La pharmacie constitue une filière à part entière du Projet-Médical Partagé du GHT « Territoires d'Auvergne³⁸ ». Les projets ciblés par la filière sont les suivants :

- 1) Etablir un livret thérapeutique commun ;
- 2) Adhérer au même groupement d'achat ;
- 3) Etudier la mise place des PUI de pays ;
- 4) Mettre en place une convention prêt-emprunt pour des médicaments ;
- 5) Mettre en place la politique commune de lutte contre les péremptions des médicaments ;
- 6) Déterminer le schéma SI cible ;
- 7) Mettre en place une convention pour le fonctionnement en mode dégradé pour la stérilisation ;
- 8) Développer la pharmacie clinique ;
- 9) Généraliser la pratique plein-vide dans les services ;
- 10) Généraliser le dispositif de l'armoire de sécurité dans les petites PUI ;
- 11) Créer une fédération des pharmacies du GHT.

Les centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert adhèrent à tous ces objectifs.

La coopération entre les pharmaciens des centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert s'exerce depuis 2006 avec efficacité en accompagnement des coopérations médicales entre les deux établissements.

3.7.2.1 Eléments de présentation

Les deux pharmacies à usage intérieurs sont qualifiées dans le PMP du GHT « Territoires d'Auvergne » de « petite taille ». Outre le service rendu en interne, elles ont vocation à venir en appui des EHPADs de leurs bassins respectifs comme l'indique le PRS de la région AURA : « Poursuivre et renforcer l'implication des pharmaciens dans les actions sur les structures de santé pluri-professionnelles de proximité³⁹ ».

Les activités sont les suivantes :

Activités		Ambert	Thiers
Obligatoires	Gestion économique et financière	Pharma Auvergne	
	CAQUES ⁴⁰	Propre à la PUI	Propre à la PUI
	Distribution et dispensation des médicaments, dispositifs médicaux stériles et autres produits pharmaceutiques	Propre à la PUI	Propre à la PUI
	Détention et stockage des médicaments, dispositifs médicaux stériles et autres produits pharmaceutiques	Propre à la PUI	Propre à la PUI
	Sérialisation (Lutte contre la falsification)	Propre à la PUI (à développer)	Propre à la PUI (à développer)
Option	Vente de médicaments au public	Propre à la PUI	Propre à la PUI
	Stérilisation des dispositifs médicaux	Le service de stérilisation de Thiers est prestataire de service d'Ambert	
	Préparations des cytotoxiques	Propre à la PUI	Propre à la PUI

3.7.2.2 Projet de chaque pharmacie

Seront présentés dans leurs grandes lignes les projets de chaque pharmacie :

Activités		Thiers
Obligatoires	Gestion économique et financière	Centrales d'achat via GHT
	CAQUES	Déploiement analyse pharmaceutique niveau 2 puis 3 et conciliation médicamenteuse
	Distribution et dispensation des médicaments et DMS	Déploiement de la dispensation individuelle nominative pour les formes orales sur tous les services avec centralisation de la préparation à la PUI et plans de cueillettes
	Détention et stockage des médicaments et DMS	Armoires plein/vide à déployer dans tous les services (montée en charge sur 3 à 5 ans) et traçabilité informatique des DMI
	Sérialisation (Lutte contre la falsification)	Mise en conformité avec adaptation des locaux avec zone de sérialisation dont zone de quarantaine
Option	Vente de médicaments au public	Mise en conformité avec adaptation des locaux
	Stérilisation des dispositifs médicaux	Actualisation des conventions
	Préparations des cytotoxiques et informatisation	Regroupement de la préparation des cytotoxiques sur un des deux sites ou transfert des préparations vers le CHU

³⁸ Pages 123 et suivantes du PMP du GHT « Territoires d'Auvergne »

³⁹ PRS région Auvergne-Rhône-Alpes page 120

⁴⁰ Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins



Activités		Ambert
Obligatoires	Gestion économique et financière	Centrales d'achat via GHT
	CAQUES	Déploiement analyse pharmaceutique niveau 2 puis 3
	Distribution et dispensation des médicaments et DMS	Déploiement de la dispensation individuelle nominative pour les formes orales sur tous les services avec centralisation de la préparation à la PUI et plans de cueillettes
	Détention et stockage des médicaments et DMS	Maintien du dispositif Armoires plein/vide
Option	Sérialisation (Lutte contre la falsification)	Mise en conformité avec adaptation des locaux avec zone de sérialisation dont zone de quarantaine
	Vente de médicaments au public	Mise en conformité avec adaptation des locaux
	Stérilisation des dispositifs médicaux	Actualisation des conventions
	Préparations des cytotoxiques	Regroupement de la préparation des cytotoxiques sur un des deux sites ou transfert des préparations vers le CHU

3.7.2.2 Projet commun

Le projet commun des services de pharmacie de Thiers et d'Ambert s'articule autour d'une idée principale : la réorganisation des activités entre les 2 sites pour une optimisation et une efficacité avec une pharmacie et un pharmacien sénior sur chacun des deux sites de Thiers et d'Ambert. Ce projet permettra de:

- mutualiser des moyens matériels et humains ;
- répartir les activités sur chaque site ;
- garantir la qualité des prestations fournies ;
- développer de nouvelles activités en recettes subsidiaires pour les deux établissements, avec une possibilité de proposer certaines prestations aux EHPAD environnantes, notamment de Job, Lezoux et Courpière.

Trois projets sont notamment visés :

Préparation des doses à administrer
Thiers-Ambert et EHPADs intéressés
Mettre en place au sein des P.U.I. la préparation des doses à administrer avec le déconditionnement / reconditionnement des spécialités pharmaceutiques non unitaires en vue de leur répartition pour une aide à la prise des médicaments
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Robotisation du conditionnement unitaire des formes sèches à Ambert ou à Thiers pour les 2 établissements ✓ Robotisation de la préparation des piluliers dans chacun des établissements. ✓ Proposer cette prestation aux établissements du territoire (EHPAD)
Cette prestation permettra :
<ul style="list-style-type: none"> ✓ la sécurisation du circuit du médicament et la mise en conformité réglementaire et normative, ✓ la diminution de la manutention de ces formes unitaires qui sera ainsi rentabilisée ✓ l'optimisation des stocks et des périmés dans les services.
PREREQUIS : Une mutualisation des moyens matériels doit être envisagée, afin de se conformer à la réglementation avec des moyens en personnel adaptés à l'activité :
INFORMATISATION :
<ul style="list-style-type: none"> ✓ du circuit du médicament avec la prescription, la dispensation et l'administration, ✓ accès aux prescriptions informatiques des établissements
LOCAUX/MATERIELS : cf. Schéma Directeur Immobilier
<ul style="list-style-type: none"> ✓ sur-conditionnement unitaire : robot ✓ préparation des piluliers : robot ; armoires piluliers, plans de cueillettes ✓ chariots de transport entre Ambert et Thiers +/- EHPAD et logistique

Gestion des Dispositifs Médicaux Stériles
Thiers-Ambert
Gestion des DM de Thiers et Ambert : Livraison à la PUI d'Ambert des DMS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Espace de stockage dédié et suffisant (cf Schéma Directeur Immobilier) ✓ Matériel de transport adapté et logistique
Il est à noter qu'un dispositif logistique existe déjà entre Thiers et Ambert.

Gestion des cytotoxiques
Thiers-Ambert
Regroupement des cytotoxiques sur un des deux sites afin d'en sécuriser les préparations :
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Informatisation du circuit des chimiothérapies ✓ Optimisation du matériel existant (hotte récente à Ambert à transférer sur Thiers) et du logiciel acquis (CHIMIO par Ambert pour utilisation sur Thiers) ✓ Valorisation du personnel formé à la préparation des chimiothérapies ✓ Convention de dépannage à élargir au sein du GHT avec le CHU
L'hypothèse alternative est celle du transfert des préparations des cytotoxiques vers le CHU de Clermont-Ferrand dans le cadre des orientations de la Fédération Médicale Inter-établissement du GHT « Territoires d'Auvergne ».

La stérilisation des équipements d'Ambert sera poursuivie sur le site de Thiers.



3.7.3 Imagerie : moderniser les outils de travail dans les 2 établissements

La filière de l'imagerie reste à consolider et à organiser sur les deux bassins. Il sera procédé à un rappel des objectifs du Projet Médical Partagé du GHT⁴¹.

3.7.3.1 Rappel des objectifs de la filière de l'imagerie dans le PMP du GHT « Territoires d'Auvergne »

Le PMP rappelle que les établissements parties doivent, au regard de l'article L.6132-3 du code de la santé publique, organiser en commun leurs activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle.

Le PMP fixe trois objectifs à atteindre :

- 1) Constituer un pôle inter-établissement CHU-Issoire-Riom- Thiers-Ambert, passant notamment par la mise en place d'un PACS à Thiers et à Ambert ;
- 2) Constituer une Fédération Allier-Puy-de-Dôme, afin notamment de structurer les domaines d'expertise ;
- 3) S'accorder sur les investissements nécessaires.

Les centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert se reconnaissent globalement dans ces objectifs.

3.7.3.2 Etat des plateaux techniques

Les deux plateaux techniques sont les suivants :

Equipements	Ambert	Thiers
Scanner	non	oui
Mammographe	oui	oui
Ostéodensitométrie	oui	oui
Radiologie conventionnelle	oui	oui sur 2 sites
RIS-PACS	non	non

L'activité à Thiers est organisée sur deux sites. En effet, en septembre 2017, le centre hospitalier de Thiers a repris à son compte le cabinet de radiologie libéral de Thiers car les 2 radiologues privés partaient à la retraite et n'avaient pas trouvé de repreneurs. Il a semblé important à la communauté médicale de poursuivre les activités de mammographie et d'ostéodensitométrie du cabinet privé, car, dans le cadre du service rendu à la population, elles étaient complémentaires à celles disponibles sur le site de l'hôpital de Thiers. Les locaux actuels du service de radiologie ne permettent pas de fusionner les 2 sites. Le schéma immobilier prévoit son rapprochement, permettant la mutualisation des personnels et du matériel.

L'activité de 2016 à 2018 a été la suivante :

A Thiers

Nombre d'actes externes (Plateau Interne + externe)	2016	2017	2018
Radiographies ⁴²	1 495	4 810	9 242
Echographies	1 329	2 927	4 782
Scanners	1 816	2 792	3 348
Total	4 640	10 529	17 372

Nombre d'actes en hospitalisation	2016	2017	2018
Radiographies y compris scanners	6 413	6 054	5 981
Echographies	904	898	1 043
Total	7 317	6 952	7 024

Nombre d'actes réalisés aux urgences (hors externes et hospitalisations)	2016	2017	2018
Radiographies y compris scanners	535	901	930
Echographies	53	42	51
Total	588	943	981

A Ambert

Nombre d'actes réalisés aux urgences (hors externes et hospitalisations)	2016	2017	2018
Radiographies	10 959	11 453	11 916
Echographies	2 834	2 900	2 074
Total	13 793	14 353	14 681

⁴¹ Pages 190 et 191 du PMP du GHT « Territoires d'Auvergne »

⁴² Ouverture du Plateau d'imagerie externe en septembre 2017



L'effectif actuel en praticien hospitalier radiologue est de 2,7 ETP car 2 praticiens partagent leur temps, l'un avec une journée par semaine au CHU de Clermont-Ferrand et l'autre avec une demi-journée au centre hospitalier de Vichy. Il n'y a pas de praticien permanent à Ambert mais 4 radiologues intervenant 1 semaine à tour de rôle. Le dispositif est complété dans les deux hôpitaux la nuit par une prestation délivrée par la société IMADIS. Aucune complémentarité n'est organisée entre les deux sites.

Les deux plateaux seront modernisés courant 2019 et début 2020 :

- Renouvellement d'un scanner à Thiers ;
- Renouvellement d'un mammographe numérique à Ambert à la place d'un équipement analogique ;
- Primo installation d'un scanographe à Ambert au 1^{er} trimestre 2020.

Ces renouvellements ou acquisitions seront l'occasion de reposer la question de la mutualisation des ressources en cas de panne d'un des deux scanners et plus largement de mutualiser les radiologues entre Ambert et Thiers en vue d'une permanence de fonctionnement du scanner en garde et les weekends.

3.7.3.3 Projets de l'imagerie

Il s'agit de :

- Développer l'attractivité en proposant des postes partagés avec les autres établissements permettant aux praticiens de pratiquer les activités et le recours à l'expertise non présentes sur Thiers ;
- Acquérir un RIS-PACS⁴³ permettant la télé-expertise et la télé-interprétation des images développer le système d'information ;
- Mutualiser la permanence radiologique entre Thiers et Ambert ;
- Réduire les délais d'accès à l'activité de radiologie.

La question de l'implantation d'un appareil d'IRM se doit d'être posée car les indications de l'IRM⁴⁴ sont multiples et ne cessent de se développer avec les explorations de:

- Système nerveux central ;
- Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC)⁴⁵ ;
- Rachis ;
- Pathologies ostéoarticulaires ;
- Pathologies génito-urinaires (tumeurs des voies urinaires, des reins, de la prostate...) ;
- Pathologies digestives (voies biliaires, foie, pancréas...) ;
- Artères ;
- Pathologies du médiastin.

La population du territoire de santé doit donc avoir accès à un examen d'IRM dans des délais raisonnables. Ceci n'est pas le cas actuellement tant dans le cadre de l'urgence ou des examens programmés. L'accès à une IRM est un objectif fort de santé publique et d'égalité d'accès aux soins de population. Aujourd'hui les praticiens exerçant dans le secteur public assurent des vacations d'IRM, mais peu de patients du bassin thiernois sont inclus dans ces vacations. Le recours à l'IRM se fait donc via les IRM du secteur pour les patients du bassin clermontois.

⁴³ RIS (Radiology Information System) en anglais est le système de base pour la gestion des services d'imagerie médicale. Les principales fonctions d'un RIS peuvent inclure la gestion des prises de rendez-vous, de l'accueil, des protocoles d'acquisition, des cotations, des comptes-rendus, de la facturation, des statistiques, des vacations du personnel, de la matériovigilance, de la radioprotection ainsi que des dispositifs de partage des informations entre les radiologues, les prescripteurs et les patients. Le RIS fait partie des SIH (systèmes d'information hospitalier). Ils s'intègrent avec les PACS (picture archiving and communication system). Le PACS (système d'archivage et de transmission d'images), est un système permettant de gérer les images médicales grâce à des fonctions d'archivage. Il permet la communication via réseau des images (format DICOM) et donc le traitement à distance ou en réseau local avec des ordinateurs disposant de moniteurs à haute définition pour la visualisation des examens effectués en radiologie.

⁴⁴ L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est une technique d'imagerie médicale permettant d'obtenir des vues en deux ou en trois dimensions de l'intérieur du corps de façon non invasive avec une résolution en contraste¹ relativement élevée. L'IRM repose sur le principe de la résonance magnétique nucléaire.

⁴⁵ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1194327/fr/place-de-l-imagerie-dans-la-prise-en-charge-de-l-avc



Les 2 radiologues privés installés à Thiers jusqu'en 2017 avaient également des vacances d'IRM représentant un volume de 800 IRM par an avec une file d'attente de l'ordre de 2 mois.

Une implantation d'IRM sur le site de Thiers ou l'acquisition d'une IRM mobile aurait des avantages multiples :

- Mettre à la disposition rapide des radiologues du territoire de santé de Thiers-Ambert un moyen moderne de diagnostic et favoriser l'attractivité de radiologues ;
- Désengorger les centres aux alentours pour lesquels les délais d'attente se comptent en semaines;
- Offrir une prise en charge de proximité à la patientèle du territoire ;
- Economiser des frais de transport.

Il est à noter que le PRS de l'AURA prévoit pour l'Allier-Puy-de-Dôme 9 implantations maximum (8 actuellement) pour 18 appareils maximum (13 actuellement). Le PMP du GHT fait état d'un « déficit en examens d'IRMs »⁴⁶. Deux ex-régions se caractérisaient en 2015 par des taux d'équipement faibles (inférieurs à 9 IRM par million d'habitants) : l'Auvergne et les Pays de la Loire⁴⁷. Ce point est évoqué dans le projet médical commun. Il ne s'agit pas pour autant d'un projet 2019-2023.

3.7.4 Laboratoires et prélèvements : préserver une réponse de proximité et développer la coopération territoriale

De par leur histoire, les hôpitaux de Thiers et d'Ambert ne disposent pas d'un laboratoire. Il est donc fait recours à deux laboratoires de proximité.

Le PRS indique qu'il convient de « préserver l'accessibilité à un site de prélèvement à moins de 30 minutes pour l'ensemble de la population⁴⁸ ». La notion de proximité y est donc présente :



Le temps d'accès à Thiers et à Ambert est donc de moins de 15 minutes. Ceci doit être préservé pour les examens justifiés par la proximité. En revanche, pour les examens de biologie plus complexes nécessitant d'être techniqués sur d'autres sites que Thiers et Ambert, le recours au service de l'établissement support doit être recherché comme l'y invite le PMP du GHT « Territoires d'Auvergne »⁴⁹, notamment l'axe 1 qui explique qu'un « nombre important d'examens de biologie médicale est aujourd'hui sous-traité à des laboratoires privés. Une réflexion approfondie devra être menée par le groupe de travail, afin de parvenir à une réintégration de la gestion et de la réalisation de ces examens dans le périmètre du GHT ».

⁴⁶ PMP du GHT « Territoires d'Auvergne » page 83

⁴⁷ http://www.sfrnet.org/rc/org/sfrnet/htm/Article/2015/20150625-083932-499/src/htm_fullText/fr/2015-014%20ISA%20IRM%20Rapport%202013-05-15.pdf

⁴⁸ Page 117 et suiv. du PRS AURA

⁴⁹ Pages 194 et 195 du PMP du GHT « Territoires d'Auvergne »



3.7.5 Plateau des consultations externes : améliorer l'accessibilité

Les consultations externes sont des consultations ambulatoires assurées par les praticiens de l'hôpital. Elles peuvent intervenir soit comme l'équivalent d'une consultation de ville, soit pour préparer une hospitalisation, soit pour assurer un suivi médical après une hospitalisation ou une intervention.

3.7.5.1 A Thiers

En 2018, l'activité a été la suivante :

Consultations externes ⁵⁰	Année 2018
Nombre total de factures	54 365
FIDES ⁵¹	43 621
Hors FIDES ⁵²	10 744
Ratio H/F	0,78

L'essentiel de l'activité est réalisée sur le bassin thiernois :

Ville	Effectif	Pourcentage	% cumulé	Eff/1000 habitants
Thiers	15 898	29,24%	29,24%	1 319,88
Courpière	6 515	11,98%	41,22%	1 440,42
Lezoux	5 585	10,27%	51,49%	1 007,94
Puy-Guillaume	4 026	7,41%	58,90%	1 505,05
Celles-sur-Durolle	3 682	6,77%	65,67%	2 032,01
Saint-Rémy-sur-Durolle	2 512	4,62%	70,29%	1 378,70
Maringues	2 060	3,79%	74,08%	756,80
La Monnerie-le-Montel	1 964	3,61%	77,69%	961,80
Peschadoires	1 938	3,56%	81,25%	949,53
Saint-Dier-d'Auvergne	995	1,83%	83,08%	1 764,18
Ambert	986	1,81%	84,89%	141,36
Cunhat	960	1,77%	86,66%	730,04
Augerolles	885	1,63%	88,29%	973,60
Billom	850	1,56%	89,85%	182,13
Noirétable	757	1,39%	91,24%	444,25
Olliergues	587	1,08%	92,32%	697,98
Marat	322	0,59%	92,91%	394,61
Randan	308	0,57%	93,48%	208,11
Beauregard-l'Évêque	216	0,40%	93,88%	164,26
Clermont-Ferrand	181	0,33%	94,21%	1,30
Arlanc	180	0,33%	94,54%	94,24
Marsac-en-Livradois	144	0,26%	94,80%	99,59
Autre	2 814	5,20%	100,00%	5,08
Total	54 365			

L'activité externe hors urgences (activité dite « FIDES ») se distribue ainsi :

Consultations	Effectif	Pourcentage (%)
Chirurgie	2 998	6,87%
Urologie	1 473	3,38%
Gastrologie (publique & libérale)	2 165	4,96%
Anesthésie	1 949	4,47%
Consultations liées à des disciplines utilisant le bloc opératoire	8 585	19,68%
Maternité	9 341	21,41%
Planning familial	5	0,01%
Pédiatrie	3 084	7,07%
Gynécologie urgences	276	0,63%
Consultations de type Femme-Enfant	12 706	29,13%
Médecine interne	93	0,21%
Médecine	7	0,02%
Diabète	542	1,24%
Obésité	365	0,84%
Endocrinologie	109	0,25%
Néphrologie	78	0,18%
Oncologie	191	0,44%
Cardiologie	1 544	3,54%
Consultations médicales	2 929	6,71%
Radiologie	3 419	7,84%
Scanners	3 540	8,12%
Plateau externe d'imagerie	7 503	17,20%
Imagerie	14 462	33,15%
Psychiatrie	3 151	7,22%
Addictologie	642	1,47%

⁵⁰ Source : PMSIPilot actes (et non venues)

⁵¹ Le projet FIDES de facturation individuelle des établissements de santé, lancé en 2009, concerne dans un 1er temps les activités MCOO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) dans leurs composantes d'actes et consultations externes (ACE) et séjours. (Cf. <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/symphonie/fides>).

⁵² Consultations aux urgences et ATU pour l'essentiel



Consultations	Effectif	Pourcentage (%)
Psychiatrie	3 793	8,70%
Suites de soins	835	1,91%
Consultations mémoire	113	0,26%
Douleur	198	0,45%
Autre	1 146	2,63%
Total	43 621	100%

3.7.5.2 A Ambert

En 2018, l'activité a été la suivante :

Consultations externes	Année 2018
Nombre total de factures	37 506
FIDES ⁵³	12 248
Hors FIDES ⁵⁴	25 258

L'activité externe hors urgences (activité dite « FIDES ») se distribue ainsi :

Consultations	Effectif	Pourcentage (%)
Néphrologie	300	1,19%
Médecine	130	0,51%
Addictologie	293	1,16%
Oncologie	694	2,75%
Pneumologie	1 018	4,03%
Chirurgie	1 725	6,83%
Anesthésie	1 479	5,86%
Radiologie	12 133	48,04%
Gérontologie	15	0,06%
Gynécologie	3 171	12,55%
Périnatalité	3 357	13,29%
Pédiatrie	943	3,73%
Total	25 258	100%

3.7.5.3 Les orientations du projet médical

Les consultations externes constituent un point d'entrée majeur à l'hôpital public. Les consultations externes à l'hôpital peuvent jouer en effet un rôle important en termes d'accès aux soins, puisqu'elles permettent, dans certains cas, de pallier une offre libérale insuffisante ou plus difficile d'accès⁵⁵.

Ces consultations précèdent une hospitalisation dans 36 % des cas⁵⁶. Le nombre de consultations externes rapporté aux séjours PMSI varie selon une étude de l'INSEE⁵⁷ de 2,1 à 4,6 dont 2,3 pour les établissements de proximité.

Un travail de benchmark a été lancé en 2017 par l'Agence Régionale de la Santé dans lequel s'inscrivent les deux établissements avec notamment comme objectifs de :

- 1) Mieux piloter les consultations externes grâce notamment à la mise en place d'un Conseil des Consultations externes associant les usagers de ce plateau technique ;
- 2) Augmenter la part des hospitalisations programmées, grâce à une majoration du nombre de consultations ;
- 3) Faciliter l'accès tant pour la médecine de ville que pour les usagers à la prise de rendez-vous, en particulier à travers la mise à disposition d'outils numériques dans le cadre du programme HOP'EN⁵⁸.

⁵³ Le projet FIDES de facturation individuelle des établissements de santé, lancé en 2009, concerne dans un 1er temps les activités MCOO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) dans leurs composantes d'actes et consultations externes (ACE) et séjours. (Cf. <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/symphonie/fides>).

⁵⁴ Consultations aux urgences et ATU pour l'essentiel

⁵⁵ http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/3_les_actes_et_consultations_externes_a_l_hopital.pdf - Les Comptes de la Sécurité Sociale - septembre 2015

⁵⁶ ÉTUDES et RÉSULTATS N° 167 • avril 2002 DRESS

⁵⁷ <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13239/2/er325.pdf>

⁵⁸ http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2019/02/cir_44396.pdf



3.7.6 Télémédecine : favoriser le recours à la télémédecine

La télémédecine est un acte médical à distance permettant d'envisager des organisations innovantes au service du patient. Elle permet selon les besoins de répondre à des carences de l'offre de soins, de faciliter l'accès à l'expertise ou même d'améliorer la performance des organisations en place.

Le Projet Médical Partagé du GHT « Territoire d'Auvergne » ne développe pas spécifiquement cette thématique, mais en revanche y fait quasi systématiquement référence dans chaque filière retenue : oncologie, imagerie, gériatrie,...

Le programme régional de santé 2018-2023 de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes⁵⁹ prévoit des mesures visant à sécuriser les parcours de soins au travers des solutions qu'apporte la télémédecine. Deux objectifs opérationnels sont significatifs :

- *Parcours maladies chroniques : développer l'accès aux consultations de recours ou d'expertise sur les maladies chroniques, pour les professionnels de santé du médicosocial et de ville, en utilisant les outils de la télémédecine ou d'autres modalités organisationnelles ;*
- *Personnes âgées : développer des dispositifs à distance prenant appui sur les nouvelles technologies (télémédecine, téléconsultation, télé expertise, télésurveillance) dans les structures (EHPAD) et territoires prioritaires.*

Les deux établissements s'investiront dans cet effecteur technologique, dans les domaines suivants :

- 1) Communication d'images en particulier à partir des urgences, en s'appuyant sur les orientations du programme HOP'EN en cohérence avec le GHT ;
- 2) Le lien avec les EHPADs afin de conforter les filières gériatriques des deux bassins ;
- 3) Les maladies chroniques, dont tout particulièrement le diabète sur la base d'un projet porté par le point santé.

3.7.7 Dossier patient : promouvoir une politique coordonnée en matière d'informatisation dossier patient unique

Les centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert disposent d'un dossier patient informatisé, qui est identique. Ce dossier, choisi en 2013, doit être modernisé en cohérence avec les orientations du Groupement Hospitalier de Territoire. Il y est indiqué⁶⁰ : *« La gestion d'un système d'information constitue un levier central de réussite du GHT, en appui à sa stratégie médicale. Les échanges des groupes de travail et les projets médicaux partagés qui en résultent démontrent ainsi la nécessité de conduire une politique ambitieuse en matière de convergence des systèmes d'information.... Un schéma directeur du système d'information du GHT « Territoires d'Auvergne » doit à ce titre être élaboré. Il détaillera les moyens nécessaires pour parvenir aux objectifs suivants :... déployer un socle fonctionnel applicatif unique en fonction du PMP. Si l'objectif d'un dossier patient informatisé unique à l'échelle du GHT constitue la finalité, il sera dans un premier temps déployé au sein des pôles inter-établissements ».*

Les deux structures feront le choix des outils proposés par le GCS « SARA », car ces derniers sont des facilitateurs de convergence des systèmes d'information.

De même, les deux établissements vont s'inscrire d'ici 2023 dans les choix de convergence du GHT, sachant qu'ils s'appuieront sur les opportunités offertes par le programme HOP'EN⁶¹ :

⁵⁹ Appel à projet ARS AURA du 1^{er} avril 2019 <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/aap-telemedecine>

⁶⁰ Pages 42 et 43 du PMP du GHT « Territoires d'Auvergne »

⁶¹ INSTRUCTION N° DGOS/PF5/2019/32 du 12 février 2019 relative au lancement opérationnel du programme HOP'EN



Centre hospitalier d'Ambert			Centre hospitalier de Thiers		
D1 : Partager les résultats d'imagerie, de biologie et d'anapath : 276 K€	Projet(s) : Mise en production d'un RIS et d'un PACS.	éligible : cibles atteintes 1/4	D1 : Partager les résultats d'imagerie, de biologie et d'anapath : 294 K€	Projet : Mise en production d'un RIS et d'un PACS	éligible : cibles atteintes 1/4
D2 : Développer le DPI et le DMP : 351 K€	Projet(s) :	Non éligible : cibles atteintes 4/4	D2 : Développer le DPI et le DMP : 369 K€	Projet :	Non éligible : Financement acquis HN, cibles atteintes 4/4
D3 : Informatiser la prescription alimentant le plan de soins : 301 K€	Projet(s) :	Non éligible : cibles atteintes 5/5	D3 : Informatiser la prescription alimentant le plan de soins : 319 K€	Projet :	Non éligible : cibles atteintes 5/5
D4 : Programmer les ressources et partager l'agenda du patient : 201 K€	Projet(s) :	Non éligible : cibles atteintes 3/3, 1 non concernées (bloc)	D4 : Programmer les ressources et partager l'agenda du patient : 226 K€	Projet :	Non éligible : cibles atteintes 3/4
D5 : Piloter ses activités médico-économiques : 126 K€	Projet(s) : Mise en place d'un outil de pilotage informatique de pilotage médico économique	éligible : cibles atteintes 1/3	D5 : Piloter ses activités médico-économiques : 141 K€	Projet : Outil de pilotage médico-économique.	éligible : cibles atteintes 1/3
D6 : Communiquer et échanger avec les partenaires : 126 K€ (nouveau)	Projet(s) : Utilisation en routine de la Messagerie sécurisée. Référenciel à jours des contacts MS Santé de l'établissement. Etablir un lien fort Ville-Hôpital.	éligible : Domaines D3 et D4 atteint	D6 : Communiquer et échanger avec les partenaires : 141 K€	Projet : Utilisation de la Messagerie sécurisée.	éligible : Domaines D3 et D4 atteint
D7 : Mettre à disposition des services en lignes aux usagers et aux patients : 106 K€	Projet(s) : Mise en place de solutions de rendez-vous, préadmissions et paiement en ligne	éligible : Domaines D3 et D4 atteint	D7 : Mettre à disposition des services en lignes aux usagers et aux patients : 121 K€ (nouveau)	Projet: Solutions de rendez-vous, préadmissions et paiement en ligne.	éligible : Domaines D3 et D4 atteint

A terme, les données de santé seront hébergées.

Il conviendra d'informatiser les consultations d'anesthésie et le bloc opératoire. Le déploiement du dossier patient informatisé souffre aujourd'hui d'un réel manque d'homogénéité. Or, la sécurisation de la prise en charge des patients, passe par l'informatisation de tous les services, et donc du bloc. En effet, l'alternance de l'utilisation du dossier informatisé et du dossier papier selon les étapes de la prise en charge majeure le risque de rupture et d'erreurs de prise en charge.

3.7.8 Vigilances : renforcer les dispositifs de sécurisation de la prise en charge du patient

Au sein de chaque établissement, le dispositif de veille sanitaire permet de diffuser les informations sur les vigilances sanitaires et d'améliorer la gestion d'éventuels événements indésirables. Plusieurs vigilances participent à ce dispositif de surveillance :

- Matéiovigilance : surveillance du risque d'effets indésirables des différents matériels et dispositifs médicaux utilisés pour les actes diagnostiques ou thérapeutiques ;
- Pharmacovigilance : surveillance du risque d'effets indésirables des médicaments ;
- Infectiovigilance : prévention et surveillance des infections associées aux soins ;
- Réactovigilance : contrôle des réactifs et dispositifs qui seront utilisés dans les laboratoires pour réaliser vos examens biologiques ;
- Hémovigilance contrôle des produits sanguins et suivi des transfusions ;
- Radioprotection pour prévenir et encadrer l'utilisation des radiations ionisantes ;
- Identitovigilance prévention des risques liés à l'identification des patients et gestion des erreurs ;
- Vigilance SIH : surveillance des risques liés au système d'information hospitalier.

Les objectifs de la veille sanitaire et des vigilances sont les suivants:

-Assurer une coordination des différentes structures de vigilances réglementaires déjà opérationnelles dans l'établissement (hémovigilance, matéiovigilance, pharmacovigilance, infectiovigilance, réactovigilance,...) ;

-Faciliter la connaissance et l'implication de l'ensemble des professions de santé dans le système de surveillance et de signalement des événements indésirables (EI et/ou EIG) liés aux produits de santé et aux soins ;

- Développer une politique de retour d'information sur les incidents ou événements signalés ;
- Faire appel aux personnes ressources compétentes dans le domaine identifié : impulser des stratégies d'amélioration, analyser les incidents ou événements avec les professionnels de terrain ;
- Prévoir une organisation réactive fondée sur une dynamique d'amélioration continue de la qualité, susceptible, le moment venu, de fédérer l'ensemble des structures de prévention au sein de l'établissement,



-Développer la gestion des risques sanitaires (a priori et a posteriori) intégrée dans une organisation formalisée mise en œuvre au sein de l'établissement ;

-Organiser et pérenniser un dispositif opérationnel de veille sanitaire et de sécurité ;

-Disposer d'une cellule de crise opérationnelle en cas d'évènement particulier.

Les vigilances sont regroupées au sein du Comité de Coordination des Vigilances et des Risques (COVIRIS). Ce comité apporte, de par son expertise, des propositions pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins des patients. Il propose des actions de formations ou de sensibilisation des professionnels à la prévention des risques. L'expertise de ses membres lui permet d'accompagner les professionnels dans la gestion d'évènements indésirables et/ou EIG.

Chaque correspondant de vigilance sanitaire est chargé de préparer et de suivre l'exécution de son programme spécifique d'actions intégré au Programme annuel d'Amélioration de la Qualité et de la gestion des risques (PAQ). Celui-ci définit les axes prioritaires à l'échelle de l'établissement.

Le fonctionnement et les missions du comité sont définis dans son règlement intérieur. Le COVIRIS est animé par le coordinateur de la gestion des risques. Sur chaque site, le CoGeRis travaille en collaboration avec la cellule qualité (procédures, audits) et le référent de la relation avec les usagers dans le cadre des plaintes et des réclamations. Chaque correspondant vigilant relaye les informations au sein de son instance.

La pérennité de la démarche est assurée par le maintien des compétences des correspondants, en poursuivant le développement de la culture du signalement des EI en interne par l'utilisation de « Blue Medi Santé »⁶² / des EIG par l'utilisation notamment du portail de déclaration ARS.

L'implication des usagers en tant que véritable acteur de leur prise en charge amène à la possibilité pour chacun de déclarer eux-mêmes les évènements indésirables et d'être informés des EIG en tant que membres de la CDU.

3.7.9 Hygiène : développer les actions engagées et limiter les infections nosocomiales

Les équipes Opérationnelles d'Hygiène Hospitalière (EOHH) du CHT et CHA travaillent en collaboration. Elles sont chargées de mettre en œuvre et d'évaluer le programme d'actions de lutte contre les infections associées aux soins selon les recommandations du PROPIAS (Programme National d'Action de Prévention des Infections Associées aux Soins) et de répondre aux problèmes de terrain.

Elles assurent le suivi des Indicateurs nationaux hospitaliers :

- ✓ ICSHA : Indicateur de Consommation Suivi des Solutions Hydro-Alcooliques est maintenu et modifié régulièrement.

Des nouveaux indicateurs sont de type « Organisation, Moyens, Action ». Ces indicateurs évaluent les pratiques cliniques et mesurent les résultats :

- ✓ ATBIR : Taux de patient avec durée antibiothérapie prescrite ≤ 7 jours pour infection respiratoire basse ;
- ✓ VAG : Taux de vaccination antigrippale du personnel hospitalier ;
- ✓ ISO-ORTHO : surveillance des infections du site opératoire des prothèses totale de hanche -hors fracture- ou de genou.

Dans les années à venir un nouvel indicateur devra être renseigné : le point de vue du patient.

Les EOHH assurent le suivi de l'Indicateur des établissements médicaux sociaux :

- ✓ DARI : Document d'Analyse du Risque Infectieux.

⁶² Logiciel qualité des centres hospitaliers de Thiers et Ambert



4 axes de travail peuvent être dégagés pour les 2 Hôpitaux :

Axe 1 : Développer la prévention des IAS tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents

- ✓ Signalement et vigilance

Axe 2 : Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibio-résistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins :

- ✓ Renforcer l'observance des précautions « standard », pour tout patient/résident, lors de tous les soins et en tous lieux ;
- ✓ Améliorer la maîtrise des BMR endémiques et BHR émergentes ;
- ✓ Réduire l'exposition aux antibiotiques et ses conséquences dans la population des usagers de la santé.

Axe 3 : Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé :

- ✓ Renforcer et ancrer la culture de sécurité de l'ensemble des personnels pratiquant des actes invasifs ;
- ✓ Surveiller les infections associées aux actes invasifs dont les dispositifs médicaux implantables tout au long du parcours de santé ;
- ✓ Améliorer la surveillance et la prévention des infections du site opératoire tout au long du parcours de santé du patient (ES-EMS-Ville).

Axe 4 : Améliorer la prévention des infections associées aux soins :

- ✓ Prévention et recommandations : l'ensemble des procédures et protocoles sont harmonisés et réactualisés concernant l'hygiène, la prévention du risque infectieux ;
- ✓ Surveillances : Le type de surveillance en réseaux et les modalités varient suivant les années ;
- ✓ Formation des personnels : développement des formations ou des actions de sensibilisation ;
- ✓ Evaluation : soit par audit clinique, soit par autoévaluation, soit par enquête.

Un bilan d'activité et un programme d'action communs aux 2 établissements est réalisé chaque année.

3.7.10 : La qualité : un objectif majeur des communautés médicales dans le cadre de la certification de territoire

La qualité des soins est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.

Un Comité de Pilotage Qualité – Gestion des risques, propre à chaque établissement impulse, coordonne, et assure la cohérence et le suivi de la démarche globale d'amélioration. Une à deux fois par an, les membres des deux comités se réunissent pour échanger sur le bilan de leur activité. L'avancée du programme propre à chaque établissement est présentée une à deux fois par an en COPIL.

De manière plus régulière, les cellules qualité – gestion des risques se rencontrent afin de travailler en collaboration sur des projets communs et/ou d'échanger sur des problématiques rencontrées. Les deux établissements utilisent le même logiciel de gestion documentaire (BlueMédi) et veillent à l'harmonisation de leurs procédures qualité ainsi que des outils utilisés.

Cette évolution du fonctionnement de la démarche résulte de la préparation conjointe de la certification V2014 pour laquelle les établissements d'Ambert et Thiers ont obtenu une certification en B, avec recommandations d'amélioration.



Un COPIL certification composé des pilotes des thématiques nommés dans chaque établissement a renforcé le lien entre les deux sites, notamment au travers du remplissage du compte qualité commun. Afin de répondre aux recommandations issues de la visite, le compte qualité a été mis à jour et transmis via la plateforme SARA en Septembre 2018. Il a été validé en Décembre par la HAS.

La démarche qualité-gestion des risques se décline et s'évalue dans l'ensemble des secteurs d'activité. Ainsi, les EHPAD des deux établissements auront à transmettre leur évaluation interne en 2022. Cette évaluation sera coordonnée de façon à faciliter la compréhension et le recueil des données. Les professionnels seront accompagnés dans le partage de connaissances, la définition et la mise en œuvre d'actions. Les deux hôpitaux se sont engagés dans une certification commune aux quinze établissements du Groupement Hospitalier de Territoire. En ce sens, des professionnels de la cellule qualité - gestion des risques de Thiers et d'Ambert participent au Comité de Pilotage Qualité - Gestion des Risques du GHT. Le centre hospitalier universitaire de Clermont Ferrand, établissement support du GHT, coordonne la démarche.

Les usagers sont directement impliqués dans la démarche dans le but de leur permettre de devenir des acteurs de l'évolution des établissements. Ils participent au COPIL Qualité, ainsi qu'à d'autres instances. La Commission des Usagers (CDU) des hôpitaux de Thiers et d'Ambert est associée à la démarche d'amélioration de la qualité. Un représentant des usagers a été nommé Président de cette commission. Les membres des deux Commissions Des Usagers ont fait le choix de se réunir deux fois par an communément pour échanger sur le bilan de leur activité.

Afin de promouvoir la démarche qualité, les deux structures s'appuient sur leur Comité de Pilotage Qualité - Gestion des Risques, dont les rôles et missions sont les suivants :

- Formalisation du programme qualité et gestion des risques en lien avec la politique définie par la CME
- Suivi de la mise en place des actions dans les différents secteurs au travers du programme qualité

Le programme se décline en plusieurs thèmes, correspondant aux thématiques du compte qualité. Les objectifs définis au sein des différentes commissions doivent être clairs afin de faciliter la lecture à l'ensemble des intervenants, notamment des pilotes. Ce programme, commun aux deux centres hospitaliers, a été élaboré conjointement dans le cadre de la certification. Les actions inscrites sont ainsi soit spécifiques à un site, soit communes aux deux, avec des niveaux d'avancement qui peuvent être différents.

Chaque établissement dispose d'une organisation pour les plans d'urgence destinés à faire face aux risques exceptionnels. La mise à jour de ces plans d'urgence et de leurs annexes constitue un objectif permanent. Le déclenchement d'exercices constitue un axe de progrès identifié.

L'établissement s'adapte aux plans de crise particuliers dont les thèmes sont définis par l'actualité : canicule, grand froid, épidémie, évènement particulier (risque attentat). Tout en restant distincts, les plans de chaque établissement seront mis en cohérence. Les deux établissements ont élaboré en commun deux plans distincts mais harmonisés de sécurisation portant sur la période 2019-2021 avec le soutien de l'Agence Régionale devant permettre de faire face à des intrusions malveillantes, voire des attaques de plus haut gradient.

Concernant le programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques, les principaux axes de travail définis pour les deux établissements sont :

- Restructurer l'interface du logiciel de gestion électronique documentaire dans un but d'harmonisation de l'arborescence et des références entre les deux établissements ;
- Partager la documentation relative aux parcours patients entre établissements du GHT ;
- Préparer la certification V2020 ;
- Développer l'utilisation du portail de signalement, mis en place par l'ARS ;

Projet médical commun 2019-2023

Centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert

Groupement Hospitalier de Territoire « Territoires d'Auvergne »



- Améliorer la coordination des vigilances, notamment au travers des signalements ;
- Etendre la coordination à la sécurité environnementale ;
- Améliorer la traçabilité de l'information du patient en cas de dommages liés aux soins ;
- Poursuivre la pratique des Améliorations des Pratiques Professionnelles (APP) ;

Un bilan annuel du programme est réalisé en COPIL Qualité à chaque fin d'année.

3.7.11 : Les programmes d'éducation thérapeutique

Programme	Statut	Population cible/file active	Objectifs	Moyens existants	Points forts, point faibles	Projets	Besoins supplémentaires	Impact prévisible
Education thérapeutique du patient diabétique	Labellisé ARS	Patients diabétiques de type 1 et 2, file active de 550 patients	Amélioration de l'observance, du suivi, du respect des règles hygiéno-diététiques et de la qualité de vie	20 % médecin spécialisé, 20 % IDE d'ETP, 10 % diététicien, patients experts (AFD), cours d'APA.	+ : Implantation territoriale, pluridisciplinarité. - : délai de consultation supérieur à 10 mois, difficulté d'inclusion de nouveaux patients	Arrivée d'un nouveau médecin à 20 % en ETP en novembre 2019. Développement des prestations intermédiaires, des ateliers de groupe, de la télésurveillance et de la télé-médecine. Formation ETP du psychologue.	20 % de temps d'IDE d'ETP et 10 % diététicien. 10 % de temps psychologue (existant, mais à formaliser). 20 % temps de secrétariat	Doublement de la file active ; Prise en charge des nouveaux patients en proximité. Délais de prise en charge raccourci pouvant améliorer les pronostics.
Education thérapeutique des patientes atteintes de diabète gestationnel	Existant, à intégrer au programme labellisé sous forme de module	Patientes atteintes de diabète gestationnel, 100 cas par an sur le territoire (20 % des grossesses suivies au CH)	Assurer un équilibre glycémique optimal pour éviter les complications materno-fœtales et prévenir les complications chez l'enfant.	10 % médecin spécialisé, 10 % sage-femme, en partenariat avec les gynécologues. Temps de psychologue adapté aux besoins.	+ : répond à un besoin particulièrement important de la population en proximité, délai de prise en charge immédiat respecté et nécessaire. - : observance compliquée car l'apport d'informations est complexe et conséquent	10 % diététicien pour lisser et cibler l'apport d'informations. Formation en ETP des sages-femmes et du psychologue.		Amélioration de l'observance et des conséquences sur les mères et les enfants à court et long termes.
Education thérapeutique du patient diabétique hospitalisé	Non existant, à créer et intégrer au programme labellisé sous forme de module	DT1 et DT2 hospitalisés pour découverte, décompensation de diabète ou diabète compliquant le motif d'hospitalisation. Bilan annuel en HDJ.	Assurer une prise en charge en temps réel du diabète. Eviter les complications allongeant les durées de séjours et les réhospitalisations. Assurer la coordination extra-hospitalière. Améliorer l'observance du suivi des examens (HDJ).			Création d'une équipe mobile en diabétologie à l'arrivée du nouveau médecin (nov 2019) intervenant en hospitalisation classique et en hospitalisation de jour (projet pour l'automne 2019).	20 % de temps d'IDE d'ETP.	Diminution des DMS en lien avec un diabète mal équilibré. Formation des patients en relais avec le programme externe. Temps médical optimisé. Formation des professionnels hospitaliers et harmonisation des pratiques.
ETP en pneumologie	A créer	Patients asthmatiques ou atteints de BPCO. Prévision de 6 nouvelles PEC hebdomadaires.	Améliorer l'observance, l'adaptation du traitement, du mode de vie et de l'environnement.	Vacations de médecins spécialistes motivés	+ : EFR et tests aux allergènes en activité sur le CH. Activité d'APA sur le CH.	Création d'un programme d'ETP pour optimiser la prise en charge et l'autonomie des patients suite aux tests et consultations des spécialistes sur le CH à partir de l'automne 2019.	20 % de temps d'IDE d'ETP. 10 % de temps psychologue (temps existant à rediriger)	Amélioration de la qualité de vie des patients. Prise en charge de l'impact sous-estimé de la pathologie en santé mentale. Réponse de proximité améliorant l'adhésion des patients.
ETP en cardiologie	A créer	Patients sous AVK.	Améliorer l'observance, l'adaptation du traitement aux examens biologiques et le respect des règles diététiques spécifiques.	Vacation de médecins spécialistes.	- : organisation médicale à stabiliser.	Création d'un programme d'ETP pour accompagner les patients sous AVK et limiter les conséquences d'une non-observance.	20 % de temps d'IDE d'ETP. 10 % diététicien. +/- 10 % psychologue.	Diminution des hospitalisations et complications liées à la mauvaise adaptation ou la non-observance des traitements et régimes.
ETP en gérontologie	A discuter	Troubles de la mémoire	Maintenir la fonction pour retarder la dépendance	Consultations mémoire	- : Absence de propositions de PEC sur le CH après diagnostic.	Création d'un programme d'atelier mémoire	10 % à définir (IDE + psychologue ?)	Soutien aux aidants. Diminution des angoisses.
ETP en obésité infantile	A discuter	Enfants atteints d'obésité.	Prise en charge multidimensionnelle de la problématique.	Consultations pédiatriques	+ : Collaboration avec le CHU.	Création d'un programme d'ETP.	10 % à définir (psychologue + diététicien, +/- APA ?)	Réponse de proximité plus accessible aux populations, souvent précaires.



3.7.12 Un projet médical au service de l'attractivité médicale soutenu par une politique active de recrutement.

Le projet médical est conçu comme un outil devant permettre de faciliter le recrutement de Le projet médical est conçu comme un outil devant permettre de faciliter le recrutement de médecins dans les deux établissements.

Au niveau national, d'importantes tensions existent en effet sur la démographie médicale entraînant des difficultés de recrutement pour toutes les catégories d'établissements publics de santé (CHU/CHR/CHS/CH) : postes de praticiens hospitaliers vacants, recours à des médecins intérimaires, charge de travail croissante pour les équipes médicales et soignantes en place, moindre attractivité des postes à pourvoir.

Quelques chiffres, issus du rapport d'activité 2017 du Centre National de Gestion (CNG), illustrent ces tensions (source : Rapport d'activité 2017, tome 1, CNG) :

-Au 1er janvier 2018, le Centre National de Gestion dénombre 44 534 praticiens hospitaliers (PH) en exercice, contre 43 979 praticiens hospitaliers au 1er janvier 2017, soit une hausse de + 1,3 % ;

-L'effectif des PH temps plein continue sa progression, passant de 39 380 PH au 01/01/2017 à 39 965 PH au 01/01/2018 (soit +1,5 %) ;

-L'effectif des PH temps partiel, qui depuis 2009 ne cessait de diminuer, connaît depuis 2016 une relative stabilité, passant de 4 595 en 2017 à 4 569 en 2018, soit une très légère diminution de 0,6 % ;

-Depuis 10 ans, soit du 1er janvier 2008 au 1er janvier 2018, le corps des PH connaît un taux moyen de croissance annuelle de 1,5 % ;

-En matière de densité, la région Auvergne-Rhône-Alpes compte 67,7 PH pour 100 000 hab. contre 67,1 pour l'ensemble de la région, mais avec des fortes disparités infrarégionales ;

-Le taux de vacance statutaire des PH temps plein poursuit sa progression pour atteindre 27,4 % au 1er janvier 2018, progressant ainsi de 0,9 point entre 2017 et 2018. Le taux de vacance de la Région Auvergne Rhône Alpes est légèrement supérieur à la moyenne nationale, s'élevant à 28,4 % ;

-Le taux de vacance statutaire des PH temps partiel poursuit également sa progression pour atteindre 47,0 % au 1er janvier 2018, contre 46,1 % en 2017, soit +0,9 point.

Or, le maintien d'un service public de qualité répondant aux besoins des patients nécessite des équipes médicales de taille adaptée et stabilisées dans le temps. Cette situation structurelle présente de nombreux effets pervers dont les plus importants sont :

- le risque de détérioration de la qualité, de la sécurité et de la continuité des soins des patients ;

- le recours massif à l'intérim médical, avec un investissement limité des médecins intérimaires, une qualité variable et un coût important ;

- la difficulté de recrutement au sein d'équipes médicales déjà en sous-nombre liée au taux de vacance de postes ;

- la souffrance au travail des médecins qui sont dans ces équipes en sous-nombre et des paramédicaux contraints de s'adapter à des changements de pratiques médicales fréquents.

Au niveau des deux établissements de Thiers et d'Ambert, le taux de vacances de postes de PH est critique pour les spécialités suivantes :

- Médecine d'Urgence, pour les deux structures ;
- Radiologie, pour les deux structures ;
- Médecine générale, pour le Centre Hospitalier d'Ambert.



Une vigilance particulière est également de mise pour le renouvellement des équipes médicales dans les spécialités suivantes, soit pour des raisons de pyramide des âges, soit pour des raisons de forte mobilité des praticiens :

- Spécialités chirurgicales (urologie, digestif, gynécologie),
- Médecine générale.

En définitive, l'adoption du projet médical commun constitue une opportunité forte pour attirer de nouveaux médecins et constitue en lui-même un vecteur central de l'attractivité médicale, soutenu par la définition d'axes directeurs d'une politique qui se veut volontariste.

3.7.11.1 Le projet médical commun, vecteur central de l'attractivité médicale

Le projet médical commun des hôpitaux de Thiers et d'Ambert constitue un vecteur central de l'attractivité médicale en ce sens qu'il permet de soutenir des projets de recrutement par spécialité et par filière. Il permet ainsi de :

- cibler dans le temps les projets de recrutement,
- construire des profils de poste fidèles aux besoins,
- construire une communication externe ciblée sur nos attentes et nos besoins,
- communiquer auprès de la communauté médicale extérieure aux deux établissements sur l'étendue et la palette de nos activités et l'intérêt de nos projets, filière par filière ;
- présenter concrètement les postes proposés aux candidats intéressés par l'opportunité de rejoindre nos hôpitaux.

En outre, le projet médical commun, qui inscrit les établissements dans leur environnement et définit les complémentarités territoriales et les coopérations existantes ou souhaitées, tant avec l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire qu'avec les établissements parties, permet de définir des profils de postes médicaux partagés avec des établissements plus spécialisés (CH Vichy, CHU), postes qui répondent parfaitement aux attentes des jeunes médecins en post-internat.

Le projet médical commun constitue donc un outil qui permet en soi de donner du sens à notre action et de susciter l'intérêt des personnels médicaux en quête de première expérience professionnelle ou de mobilité.

3.7.11.2 Les axes directeurs d'une politique d'attractivité médicale

Outre la question du projet, la politique d'attractivité médicale reposera sur les axes suivants :

✓ AXE 1 - Définir un projet d'accueil des internes : amélioration des conditions de logement et de restauration, implication des chefs de service et des maîtres de stage dans l'apport de connaissances et compétences, présentation et valorisation de l'exercice médical dans les deux établissements ainsi que des perspectives de recrutement, présentation et valorisation de l'installation sur le territoire de Thiers et Ambert, en lien avec les collectivités locales ;

✓ AXE 2 – Construire avec les praticiens et les coordonnateurs de DES(C) et/ou professeurs du CHU de Clermont-Ferrand des profils de postes d'assistants partagés, prioritairement sur les spécialités en tension ;

✓ AXE 3 – Construire avec les praticiens et les médecins libéraux intéressés des postes partagés de médecine générale Ville-Hôpital, le cas échéant dans le dispositif « 400 médecins » ;

✓ AXE 4 – Etablir une cartographie claire et détaillée des postes médicaux vacants ou susceptibles de l'être : mise à jour du tableau des emplois médicaux, installation, suivi et mise en œuvre du logiciel LOGIMEDH ;

✓ AXE 5 – Adapter l'organisation interne de la gestion des ressources humaines médicales des 2 hôpitaux au projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé : constitution d'équipes médicales de territoire, valorisation y compris financière des postes partagés, défense du principe d'une gestion de proximité des carrières des médecins ;



✓ AXE 6 - Impliquer les chefs de service dans le management des équipes médicales : formation des chefs de pôle et chefs de service ;

✓ AXE 7 - Définir une politique d'amélioration des conditions de travail des personnels médicaux : prise en compte des risques professionnels, relance de l'investissement biomédical pour un exercice sécurisé, réflexion sur l'organisation du travail médical et la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux ;

✓ AXE 8 – Accompagner les praticiens à leur prise de poste et tout au long de leur exercice : aide à la recherche de logement et/ou de travail pour les conjoints/partenaires, le cas échéant via les collectivités territoriales ; procédure d'accueil des médecins et information de leur arrivée, y compris auprès des correspondants ; développement des compétences, aide à l'élaboration de projets professionnels voire de reconversion/évolution professionnelle ;

✓ AXE 9 – Mobiliser les leviers statutaires existants pour une valorisation financière de l'exercice médical à l'hôpital, notamment pour les ressources rares : identification des praticiens pouvant prétendre à la prime d'engagement dans la carrière hospitalière, valorisation de la prime d'exercice territoriale, activité libérale des praticiens hospitaliers.

La mise en œuvre de ces axes fera l'objet d'un suivi et d'une évaluation au sein de la Commission Médicale d'établissement, à un rythme au moins semestriel



4 Les Projections d'activité

Les projections d'activité font référence à l'activité MCO à travers le PMSI. Pour les autres activités (Psychiatrie, EHPAD, USLD, SSR, ...), l'augmentation est globalement liée à celle de la population⁶³, les variables de concurrence n'intervenant que faiblement, sauf en chirurgie.

4.1 Les hypothèses de calcul

Les projections d'activité sont basées sur l'observation du PMSI 2018. Elles incluent différents paramètres. Un calcul arithmétique est appliqué aux activités constatées, tenant compte de l'évolution de la population⁶⁴, par tranche d'âge, l'évolution des parts d'activité dans le cadre du positionnement des établissements face à la concurrence, la part de l'activité de chirurgie ambulatoire et hôpital de jour.

Taux d'occupation	Valeurs cibles nationales ⁶⁵		Valeurs cibles Thiers & Ambert	
	TO cible	Jours d'ouverture	TO cible	Jours d'ouverture
HC Médecine	95%	365	95%	365
HC Chirurgie	95%	365	90%	365
HC Obstétrique	85%	365	70%	365
Soins continus	95%	365	95%	365
HdJ Médecine	130%	250	130%	250
HdJ Oncologie	160%	250	120%	250
UCA	130%	250	130%	250

Pour le SSR, le taux cible d'occupation est de 90 % et de 97 % pour les USLD et EHPADs.

IPDMS	Valeurs cibles nationales ⁶⁶		Valeurs cibles Guyane	
	IPDMS cible		IPDMS cible	
HC Médecine	0,94		1,0	
HC Chirurgie	0,94		1,0	
HC Obstétrique	0,94		1,0	

Les projections OMPHALE⁶⁷ pour Thiers et Ambert sont les suivantes sur la période 2018-2023 :

OMPHALE	H	F	Total 2018	H	F	Total 2023	Evolution 2023/2018	Valeur moyenne annuelle	Variation valeur	
de 0 mois à 15 ans	7 592	7 207	14 799	7 496	6 861	14 357	0,9701331	0,993954	-0,6046%	-442
de 15 ans à 24 ans	3 650	3 040	6 690	3 894	3 229	7 123	1,0647235	1,012622	1,2622%	433
de 25 ans à 49 ans	12 132	11 687	23 819	11 641	10 936	22 577	0,9478568	0,9893468	-1,0653%	-1 242
de 50 ans à 64 ans	9 451	9 155	18 606	9 580	9 458	19 038	1,0232183	1,0046011	0,4601%	432
de 65 ans à 74 ans	5 374	5 758	11 132	5 738	6 096	11 834	1,0630614	1,0123057	1,2306%	702
75 ans et plus	3 630	6 157	9 787	4 275	6 536	10 811	1,1046286	1,0201012	2,0101%	1 024
TOTAL	41 829	43 004	84 833	42 624	43 116	85740	1,0106916	1,0021292	0,2129%	907

Source : Insee, Omphale 2017- Scénario central - Arrondissements de Thiers et d'Ambert

⁶³ Soit 0,33 % par an pour le Puy-de-Dôme Cf. Fiche 3-2 DGOS : Projections d'activité https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/3-2_projections_d_activite.pdf

⁶⁴ A partir des projections OMPHALE de l'INSEE pour les deux bassins de population

⁶⁵ Fiche 3-3 : Calcul du capacitaire cible d'un projet d'investissement immobilier [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/3-](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/3-3_calcul_du_capacitaire_cible_d_un_projet_d_investissement.pdf)

[3 calcul du capacitaire cible d'un projet d'investissement.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/3-3_calcul_du_capacitaire_cible_d_un_projet_d_investissement.pdf)

⁶⁶ Cf. note 63 supra

⁶⁷ Le modèle Omphale de l'INSEE permet de réaliser des projections de population infranationales selon la méthode des composantes. L'évolution de la population d'un territoire dans le temps résulte de l'interaction entre trois composantes démographiques : les naissances, les décès et les migrations. Le modèle Omphale 2017 propose, comme Omphale 2010 précédemment, une modélisation de ces composantes à partir de l'observation récente des comportements démographiques. Le modèle Omphale 2017 est utilisé pour réaliser des projections sur la période 2013-2050, sur toute zone géographique de plus de 50 000 habitants. Il fait appel aux populations par sexe et âge au 1er janvier 2013, issues du recensement de la population. (<https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/17892/1/imethode19.pdf>)



4.2 Les résultats

Il sera procédé à une analyse en distinguant les urgences et les activités associées, la médecine, la chirurgie et les activités obstétricales.

4.2.1 A Thiers

Une distinction sera faite entre le MCO et les autres activités :

4.2.1.1 Activités du MCO et de psychiatrie

a) Les urgences :

Concernant le nombre de passages, il est procédé dans un 1^{er} temps à l'estimation des évolutions sur les cinq années passées. En l'occurrence, les projections démographiques globales sur l'ensemble de la population du bassin Thiers-Ambert ne sont pas utilisées, car la progression des passages aux urgences dépend de facteurs exogènes telle que l'accidentologie et de la structure démographique segmentée par tranches d'âge. Par simplification, c'est le taux de progression des cinq années passées qui sera réappliqué sur le nombre de passage de l'année 2018 :

Estimation du taux d'évolution	2013	2018	Variation	% 2018/2013	Taux annuel moyen
Nombre de passages au SAU	13 696	14 300	604	4,41%	0,867%

Projection d'activité	2018	Variation	2023	2023/2018	Taux annuel moyen
Nombre de passages au SAU	14 300	4,41%	14 931	631	0,867%

Partant de l'hypothèse, que l'utilisation de l'UHCD et de l'USC suit pour l'essentiel l'activité des urgences, l'activité et le quantum de lits devraient être les suivants :

Séjours R.U.M. USC-UHCD	Année 2018				
Nombre de RUM dans la base	1 850				
Age moyen par RUM (hors CMD 15)	69,09				
Durée Moyenne de Séjour brute des RUM	1,99				
Nombre de journées brut des RUM	3 683				
Indicateur de performance basé sur la DMS Nat : nb journées étab. / nb journées standardisées (DMS nat)	1,12				

Année de projection	2018	Variation	2023	2023/2018	Taux annuel moyen
Nombre de RUM dans la base	1 850	1,0441	1 932	82	0,867%

La cible capacitaire finale de l'UHCD-USC devrait donc être la suivante :

Nombre de journées 2018 USC-UHCD	3 683	
Taux d'évolution annuel démographique	0,87%	
Nombre de journées 2023	3 845	
Récupération d'activité externe 2023 (en journées)		
Nombre de journées 2023 après récupération	3 845	
Virage ambulatoire (moins)		
Nombre de journées après virage ambulatoire	3 845	
IPDMS 2018	1,12	
Nombre de lits 2018	10	
Jours d'ouverture 2015	365	
Taux d'occupation 2018	100,9%	
Taux d'occupation cible	95,0%	
Cible jours d'ouverture	365	
IPDMS cible	1	
Cible nb de lits 2023 (effet TO/ouverture)	11	+1
Cible nb de lits 2023 (effet IPDMS)	9	-2
Cible nb de lits 2023 (effet démographique)	10	+1
Cible nb de lits 2023 (effet récupération externe)	10	+0
Cible nb de lits 2023 (effet virage ambulatoire)	10	+0
Cible capacitaire finale	10	+0

b) La médecine :

Concernant la médecine, la progression de l'activité dépend de la structure démographique segmentée par tranches d'âge. C'est pour cette raison que seront ici appliquées les prévisions d'évolution démographique d'OMPHALE par tranche d'âges pour les bassins de Thiers et Ambert, et notamment les taux moyens annuels⁶⁸.

⁶⁸ Aussi, même avec un décalage d'un an entre les chiffres OMPHALE (2017/2022) et la période visée (2018/2023), en reprenant les taux annuels moyens constatés sur 5 ans et en les réappliquant sur la période à venir, le biais a un impact marginal.

Projet médical commun 2019-2023

Centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert
Groupement Hospitalier de Territoire « Territoires d'Auvergne »



Indicateurs	Valeurs
Nombre de RUM de médecine dans la base	1 803 ⁶⁹
Âge moyen par RUM (hors CMD 15)	77,49
Durée Moyenne de Séjour brute des RUM	10,0654
Nombre de journées brut des RUM	18 148
Indicateur de performance basé sur la DMS Nat : nb journées étab. / nb journées standardisées	1,10

Dans la projection infra, le seul élément considéré comme pertinent est celui de la démographie. Il est estimé que le développement de l'ambulatoire se fera à partir d'activités nouvelles, donc sans incidence significative sur l'hospitalisation à temps complet.

Segmentation par tranches d'âges en 2018	Effectif RUM 2018	Projection OMPHALE	Valeur moyenne annuelle	Effectifs RUM 2023	Variation RUM
de 0 mois à 15 ans	0	0,9701	-0,6046%	0	0
de 15 ans à 24 ans	10	1,0647	1,2622%	11	1
de 25 ans à 49 ans	68	0,9479	-1,0653%	64	-4
de 50 ans à 64 ans	238	1,0232	0,4601%	244	6
de 65 ans à 74 ans	321	1,0631	1,2306%	341	20
75 ans et plus	1 166	1,1046	2,0101%	1288	122
TOTAL	1 803	1,0803	1,5577%	1948	145

La cible capacitaire finale de la médecine à Thiers devrait donc être la suivante :

Médecine

Nombre de journées 2018	18 148	
Taux d'évolution annuel démographique	1,5577%	
Nombre de journées 2023	19 606	
Récupération d'activité externe 2023 (en journées)	0	
Nombre de journées 2023 après récupération	19 201	
Virage ambulatoire (moins)	90 ⁷⁰	
Nombre de journées après virage ambulatoire	19 516	
IPDMS 2018	1,1	
Nombre de lits 2018	55	
Jours d'ouverture 2018	365	
Taux d'occupation 2018	90,4%	
Taux d'occupation cible	95,0%	
Cible jours d'ouverture	365	
IPDMS cible	1	
Cible nb de lits 2023 (effet TO/ouverture)	52	-3
Cible nb de lits 2023 (effet IPDMS)	48	-4
Cible nb de lits 2023 (effet démographique)	51	+3
Cible nb de lits 2023 (effet récupération externe)	51	+0
Cible nb de lits 2023 (effet virage ambulatoire)	51	+0
Cible finale 2023	51	-4 ⁷¹

Concernant l'hospitalisation à temps partiel, s'ajoutant aux activités existantes, il est prévu de développer des activités nouvelles.

Activités existantes hors oncologie :

Tranches d'âges	Effectif RUM 2018 ⁷²	Projection OMPHALE	Valeur moyenne annuelle	Effectifs RUM 2023 hors TO cible	Variation RUM
de 0 mois à 15 ans	0	0,9701	-0,6046%	0	0
de 15 ans à 24 ans	2	1,0647	1,2622%	2	0
de 25 ans à 49 ans	23	0,9479	-1,0653%	22	-1
de 50 ans à 64 ans	39	1,0232	0,4601%	40	1
de 65 ans à 74 ans	51	1,0631	1,2306%	54	3
75 ans et plus	120	1,1046	2,0101%	133	13
Total	235	1,0664	1,2943%	251	16

Le besoin en places en 2023 est de 1 place (251/250).

Oncologie :

Le centre hospitalier de Thiers souhaite augmenter la file active existante de 50% répartie sur 2 journées d'activité :

Tranches d'âges	Effectif RUM 2018 Oncologie	Projection OMPHALE	Valeur moyenne annuelle	Effectifs RUM 2023 après évolutions démographiques	Augmentation projetée	Effectifs RUM 2023	Variation RUM
de 0 mois à 15 ans	0	0,9701	-0,6046%	0	1,50	0	0
de 15 ans à 24 ans	16	1,0647	1,2622%	17		26	10
de 25 ans à 49 ans	32	0,9479	-1,0653%	30		45	13
de 50 ans à 64 ans	179	1,0232	0,4601%	183		275	96
de 65 ans à 74 ans	216	1,0631	1,2306%	230		344	128
75 ans et plus	70	1,1046	2,0101%	77		116	46
Total	513	1,0477	0,9362%	537		806	293

⁶⁹ 1049 RUM pour la médecine polyvalente, 44 pour les soins palliatifs et 710 pour le court séjour gériatrique.

⁷⁰ Impact HDJ de cardio-gériatrie

⁷¹ -5 par rapport à 2018, sachant que cet ajustement capacitaire est déjà intervenu en 2019

⁷² HDJ médecine et HDJ douleur



Le besoin en places en 2023 est de 3,2 places (806/250), hors application d'un taux cible d'occupation.

Activités nouvelles (gériatrie, cardio-gériatrie, endocrino-diabétologie) :

Activités nouvelles	Nb patients par semaine	Nb semaines	N patients par an	Impact sur l'HTC	Besoin en places
HDJ gériatrie	4	50	200	0	0,80
HDJ cardio-gériatrie	6		300	-90	1,20
Diabétologie	6		300	0	1,20

Le besoin en places pour ces nouvelles activités en 2023 est donc de 3,2 places (800/250) ; hors application d'un taux cible d'occupation.

Les activités d'endoscopie en secteur public:

Il convient de rappeler qu'il s'agit d'activités médicales réalisées, en raison de l'anesthésie, au bloc opératoire.

Tranches d'âges	Effectif RUM 2018	Projection OMPHALE	Valeur moyenne annuelle	Effectifs RUM 2023	Variation RUM
de 0 mois à 15 ans	0	0,9701	-0,60%	0	0
de 15 ans à 24 ans	17	1,0647	1,26%	18	1
de 25 ans à 49 ans	87	0,9479	-1,07%	82	-5
de 50 ans à 64 ans	153	1,0232	0,46%	157	4
de 65 ans à 74 ans	101	1,0631	1,23%	107	6
75 ans et plus	56	1,1046	2,01%	62	6
TOTAL	414	1,0298	0,59%	426	12

Le besoin en places en 2023 est de 1,70 place (426/250), hors application d'un taux cible d'occupation

Le besoin global est de 7,20 places, compte tenu des taux cibles d'occupation :

Activités HDJ	Besoins en places	Taux cible d'occupation	Besoin corrigé en places
Activités existantes	1	1,3	0,8
Oncologie	3,2	1,2	2,7
HDJ gériatrie	0,8	1,3	0,6
HDJ cardio-gériatrie	1,2	1,3	0,9
Diabétologie	1,2	1,3	0,9
Endoscopies	1,71	1,3	1,3
Total	9,11		7,20

c) La chirurgie :

Pour l'unité de chirurgie ambulatoire, les projections d'activité sont réalisées « à dire d'experts » sur la base d'une réunion de travail début mai 2019 avec les chirurgiens du centre hospitalier de Thiers pour les séjours avec actes classant chirurgicaux. La démarche est volontariste au regard du virage ambulatoire. La démarche est similaire pour les actes de chirurgie avec actes classant opératoires réalisés dans le cadre de l'hospitalisation à temps complet. Il est à noter que pour l'urologie, la chirurgie digestive et l'orthopédie, 43,5% des hospitalisations en chirurgie, hors chirurgie ambulatoire, en 2018 n'ont pas d'actes classant opératoires⁷³, soit 827 séjours.

Pour les séjours en chirurgie à temps complet, le parti est pris de retenir le taux de progression de la démographie sur le bassin de Thiers-Ambert à partir du case-mix 2018 de la chirurgie, soit 1,0563 de 2019 à 2023.

De manière liminaire, il convient de rappeler que l'activité chirurgicale fait l'objet d'un niveau de programmation très correct, voir bon :

Discipline	Programmé	Non programmé
Chirurgie digestive	55%	45%
Chirurgie Ortho-traumatologique	53%	47%
Chirurgie urologique	85%	15%

⁷³ Calculs DIM de Thiers

Projet médical commun 2019-2023

Centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert
Groupement Hospitalier de Territoire « Territoires d'Auvergne »



Chirurgie	Groupe chirurgical avec actes classant opératoires (actes en C)				Groupe chirurgical avec actes classant non opératoires (actes en M & K)			Total des séjours en chirurgie		
	2018	Transfert de l'HTC vers l'UCA	Nouvelles activités	2023	2018	Impact de la démographie	2023	2018	2023	Ecart
Chirurgie HTC	827	-94	194	927	423	1,0563	447	1250	1374	124
UCA	206	94	133	433	0	0	0	206	433	227
Total cumulé	1033	0	327	1360	423		447	1456	1807	351

Dans ces hypothèses, le nombre de séjours augmenterait de 227 au titre de l'UCA, dont 94 par transfert à partir de la chirurgie à temps complet et 133 au titre d'activités nouvelles. Il conviendra d'y ajouter une activité d'avulsion en odontologie d'environ 50 séjours. En termes de capacités, l'unité de chirurgie ambulatoire passerait de 1 à 2 places : soit $((433+50)/250)/1,3 = 1,48$ place arrondi à 2 pour des raisons de fonctionnement courant.

Pour ce qui est de l'hospitalisation à temps complet, le groupe chirurgical avec actes classant non opératoires (actes en M & K) progresserait modérément avec la démographie de 24 GHS, tandis que le groupe chirurgical avec actes classant opératoires (actes en C) augmenterait de 100 (avec d'un côté 94 séjours basculant sur la chirurgie ambulatoire et 194 nouveaux GHS).

Dans cette hypothèse également, tous les actes réalisés aujourd'hui à temps complet, continueraient à l'être sous ce mode, sans basculement vers l'ambulatoire.

Concernant la chirurgie à temps complet, le besoin s'élèverait à 20 lits, à partir d'une évaluation des lits avec GHS opératoire et lits sans GHS opératoires :

GHS chirurgie sans actes opératoires classant

Nombre de journées 2018	2 201	
Taux d'évolution annuel démographique	0,00%	
Nombre de journées 2023	2 201	
Récupération d'activité externe 2023 (en journées)		
Nombre de journées 2023 après récupération	2 201	
Virage ambulatoire (moins)		
Nombre de journées après virage ambulatoire	2 201	
IPDMS 2018	1,04	
Nombre de lits 2018	9	
Jours d'ouverture 2018	365	
Taux d'occupation 2018	66,0%	
Taux d'occupation cible	90,0%	
Cible jours d'ouverture	365	
IPDMS cible	1	
Cible nb de lits 2023 (effet TO/ouverture)	7	-2
Cible nb de lits 2023 (effet IPDMS)	6	-1
Cible nb de lits 2023 (effet démographique)	6	+0
Cible nb de lits 2023 (effet récupération externe)	6	+0
Cible nb de lits 2023 (effet virage ambulatoire)	6	+0
Cible finale	6	-3

Chirurgie actes opératoires classant

Nombre de journées 2018	4 304	
Taux d'évolution annuel démographique	0,00%	
Nombre de journées 2023	4 304	
Récupération d'activité externe 2023 (en journées)	1 010	
Nombre de journées 2023 après récupération	5 314	
Virage ambulatoire (moins)	-489	
Nombre de journées après virage ambulatoire	4 825	
IPDMS 2018	1,04	
Nombre de lits 2018	18	
Jours d'ouverture 2018	365	
Taux d'occupation 2018	66,0%	
Taux d'occupation cible	90,0%	
Cible jours d'ouverture	365	
IPDMS cible	1	
Cible nb de lits 2023 (effet TO/ouverture)	13	-5
Cible nb de lits 2023 (effet IPDMS)	13	+0
Cible nb de lits 2023 (effet démographique)	13	+0
Cible nb de lits 2023 (effet récupération externe)	16	+3
Cible nb de lits 2023 (effet virage ambulatoire)	14	-2
Cible finale	14	-4

Le besoin en lits est 6 +14, soit la capacité 2019 (à 1 unité près) après l'ajustement capacitaire intervenu fin 2018.



d) La gynécologie-obstétrique

Concernant l'activité de la maternité, il est fait l'hypothèse que le nombre d'accouchements évoluerait avec le nombre prévisionnel de naissances sur la période⁷⁴ sur les bassins des deux établissements :

Maternité	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Naissances selon l'INSEE	739	735	733	730	727	731
Nb D'accouchements à la maternité de Thiers	505	502	501	499	497	500
Journées	2 320	2 307	2 301	2 292	2 282	2 295
RUM	505	502	501	499	497	500
DMS	4,59	4,59	4,59	4,59	4,59	4,59

Il convient de rappeler que l'activité de gynécologie est développée dans des lits partagés avec la maternité dans 16 lits (17 lits en 2018). La projection qui suit regroupe (la maternité : 517 séjour en 2018, les nouveaux nés, les IVG, la gynécologie HTC (UF 1340) et la maternité observation (UF 1350)) :

Tranches d'âges ⁷⁵	Effectif RUM 2018	Projection OMPHALE	Valeur moyenne annuelle	Effectifs RUM 2023	Variation RUM	Correction stabilité accouchements	
de 0 mois à 15 ans	521	0,9520	-0,9792%	496	-25	516	-5
de 15 ans à 24 ans	195	1,0622	1,2136%	207	12	207	11
de 25 ans à 49 ans	740	0,9357	-1,3196%	692	-48	692	-48
de 50 ans à 64 ans	43	1,0331	0,4601%	44	1	44	0
de 65 ans à 74 ans	35	1,0587	1,1474%	37	2	37	1
75 ans et plus	27	1,0616	1,2019%	29	2	29	1
Total	1 561	0,9774	-0,4564%	1506	-55	1526	-40

La capacité du service sera maintenue à 16 lits.

La capacité existante de l'activité d'HDJ de gynécologie ne devrait pas changer, soit l'équivalent d'1 place :

Tranches d'âges ⁷⁶	Effectif RUM 2018	Projection OMPHALE	Effectifs RUM 2023	Variation RUM
de 0 mois à 15 ans	0	0,9520	0	0
de 15 ans à 24 ans	4	1,0622	4	0
de 25 ans à 49 ans	106	0,9357	99	-7
de 50 ans à 64 ans	36	1,0331	37	1
de 65 ans à 74 ans	19	1,0587	20	1
75 ans et plus	2	1,0616	2	0
Total	167	0,9753	163	-4

Il convient en complément d'évaluer l'activité relative à l'hospitalisation de jour obésité :

Activités d'HDJ	Nb patients par semaine	Nb semaines	N patients par an	TO cible	Besoin en places
Activités existantes	0,65	50	163	1,3	0,50
Obésité	4		250	1,3	0,76
Total	4,65		413	1,3	1,26 arrondi à 2

e) La psychiatrie

Concernant, l'hospitalisation à temps complet en psychiatrie générale, la capacité actuelle de 31 lits n'est pas appelée à être modifiée :

Evolution des journées	Entrées psychiatrie HTC	DMS	Journées
2018	651	15,1690	9 875
Evolution démographique générale	1,0107		
2023	658	15,1690	9 981

Il en va de même de l'hospitalisation de jour en psychiatrie des adultes, soit 15 places :

Evolution des journées	Journées d'HDJ
2018	3 651
Evolution démographique générale	1,0107
2023	3 690

Les hypothèses retenues lors de l'ouverture de l'unité d'addictologie en 2019 sont conservées, donc avec une capacité de 15 lits occupés à 90% (2/3 de sevrages simples et 1/3 de sevrages complexes).

⁷⁴ Estimation INSEE OMPHALE pour les bassins de Thiers et d'Ambert

⁷⁵ Estimation INSEE OMPHALE pour les bassins de Thiers et d'Ambert par tranches d'âges uniquement pour les femmes

⁷⁶ Estimation INSEE OMPHALE pour les bassins de Thiers et d'Ambert par tranches d'âges uniquement pour les femmes



Addictologie	Séjours	DMS	Journées	TO
Sevrages simples prévision	411	9	3 696	0,90
Evolution démographique générale	1,0107			
2023	415	9,0000	3 736	0,91
Sevrages complexes prévision	112	11	1 232	0,90
Evolution démographique générale	1,0107			
2023	113	11,0000	1 245	0,91
Sevrages Total prévision	523	9,43	4 928	0,90
2023	528	9,43	4 981	0,91

La pédopsychiatrie porte deux projets d'hospitalisation de jour, l'un pour les bassins de Thiers et Ambert, l'autre pour Cournon :

Activités d'HDJ	Nb patients par jour	Nb jours de fonctionnement	Nb journées par an	File active	Nb de séances par patient
HDJ Thiers-Ambert	6	250	1500	20	75
HDJ Cournon	6		1500	20	75
Total	12		3000	40	75

f) Les consultations externes

Des projections ont été effectuées avec la technique des séries chronologiques. Les récurrences n'étant pas établies (test de la médiane), le parti a été pris de procéder à une projection uniforme et linéaire de 1% par an.

Consultations (en nombre d'actes)	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Chirurgie	2 998	3 028	3 058	3 089	3 120	3 151
Urologie	1 473	1 488	1 503	1 518	1 533	1 548
Gastrologie (publique & libérale)	2 165	2 187	2 209	2 231	2 253	2 275
Anesthésie	1 949	1 968	1 988	2 008	2 028	2 048
Consultations liées à des disciplines utilisant le bloc opératoire	8 585	8 671	8 758	8 845	8 934	9 023
Maternité	9 341	9 434	9 529	9 624	9 720	9 817
Planning familial	5	5	5	5	5	5
Pédiatrie	3 084	3 115	3 146	3 177	3 209	3 241
Gynécologie urgences	276	279	282	284	287	290
Consultations de type Femme-Enfant	12 706	12 833	12 961	13 091	13 222	13 354
Médecine interne	93	94	95	96	97	98
Médecine	7	7	7	7	7	7
Diabète	542	547	553	558	564	570
Obésité	365	369	372	376	380	384
Endocrinologie	109	110	111	112	113	115
Néphrologie	78	79	80	80	81	82
Oncologie	191	193	195	197	199	201
Cardiologie	1 544	1 559	1 575	1 591	1 607	1 623
Consultations médicales	2 929	2 958	2 988	3 018	3 048	3 078
Radiologie	3 419	3 453	3 488	3 523	3 558	3 593
Scanners	3 540	3 575	3 611	3 647	3 684	3 721
Plateau externe d'imagerie	7 503	7 578	7 654	7 730	7 808	7 886
Imagerie	14 462	14 607	14 753	14 900	15 049	15 200
Psychiatrie	3 151	3 183	3 214	3 246	3 279	3 312
Addictologie	642	648	655	661	668	675
Psychiatrie	3 793	3 831	3 869	3 908	3 947	3 986
Suites de soins	835	843	852	860	869	878
Consultations mémoire	113	114	115	116	118	119
Douleur	198	200	202	204	206	208
Autre	1 146	1 157	1 169	1 181	1 193	1 204
Total	43 621	44 057	44 498	44 943	45 392	45 846

Nombre de venues par jour (250)	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Variation 2023/2018
Consultations liées au bloc	27	30	33	33	34	34	34	35	2
Consultations de type Femme enfant	39	45	51	51	52	52	53	53	3
Consultations médicales	17	17	12	12	12	12	12	12	1
Imagerie	18	38	58	58	59	60	60	61	3
Psychiatrie	10	12	15	15	15	16	16	16	1
Autres	6	6	5	5	5	5	5	5	0
TOTAL	117	147	173	175	177	178	180	182	9

Ces chiffres doivent être considérés comme un socle d'activité que l'établissement s'efforcera de dépasser.



4.2.1.2 Les soins de suite et de réadaptation

Le nombre de lits nécessaires avec un taux cible COPERMO⁷⁷ de 98% est de 23 :

Evolution des journées	Entrées SSR	DMS	Journées	TO constaté	To cible COPERMO	Journées corrigées par le TO cible
2018	452 ⁷⁸	17,39	7 861 ⁷⁹	94%	98%	8 227
Evolution démographique générale	1,0107					
2023	457	17,39	7 945	95%	98%	8 227

Il est à noter qu'il s'agit d'une estimation basée sur l'évolution de la population générale du bassin de Thiers-Ambert. Le besoin serait majoré sur la base de la structure par tranches d'âges du case-mix 2018 (âge médian : 84 ans) :

Âge	H	F	Total	Eff %
0 à 5 ans	0	0	0	0,00%
6 à 12 ans	0	0	0	0,00%
13 à 17 ans	0	0	0	0,00%
18 à 29 ans	0	0	0	0,00%
30 à 59 ans	14	4	18	3,88%
60 à 74 ans	33	42	75	16,16%
75 à 125 ans	105	266	371	79,96%
Total	152	312	464	100,00%

4.2.1.3 Les structures médico-sociales et l'USLD

1) Les EHPADs : Il convient de présenter séparément les deux structures :

EHPAD « Aquarelle » : Cet EHPAD a une activité soutenue. La projection des besoins ne pose pas de problème :

EHPAD Aquarelle	Journées EHPAD	Nombre de lits	TO constaté	To cible	Journées cible
2018	28 256	78	99,25%	99%	28 185
Démographie	1,0107				
2023	28 558	78	100,31%	99%	28 185

Un taux cible de 99 % paraît optimal compte tenu des délais de latence entre admissions et sorties.

EHPAD du « Belvédère » : Cet EHPAD enregistre un déficit chronique du fait de l'inadaptation des locaux. Dans l'hypothèse d'une reconstruction, la capacité globale resterait la même, mais avec une redistribution des lits des résidents en 70 accueil à temps complet et 5 places d'accueil de jour :

EHPAD Belvédère	Journées EHPAD 2018	Nombre de lits	TO constaté	To cible	Journées corrigées par le TO cible	Déficit en journées
	24 690	75	90,19%	99%	27 101	2 411

En 2018, l'établissement a réalisé 24 690 journées, là où il aurait dû en faire 27 101. Mécaniquement, la structure perd 2 411 journées.

EHPAD Belvédère	Journées EHPAD recalculées sur la base de 70 lits	Nombre de lits	TO constaté pour 70 lits	TO cible	Journées corrigées par le TO cible	Journées à réaliser en moins sur l'HTC
	23 044	70	90,19%	99%	25 295	-1 806

Si l'établissement réduisait sa capacité en lits à 70, pour atteindre 99% de taux d'occupation, le nombre de journées à réaliser ne serait plus que de 25 295, soit 1 806 journées de moins que s'il gardait une capacité de 75 lits.

EHPAD Belvédère	Journées accueil de jour 2018	Nombre de lits	TO constaté	TO cible	Journées à réaliser corrigées par le TO cible
	0	5	0,00%	95%	1 188

La création de 5 places d'accueil de jour permettrait de générer 1 188 journées.

EHPAD Belvédère - activité redimensionnée	Nombre de lits et places cible	TO cible	Journées cible (HTC+SAJ)	Diminution du nombre de journées
	75	98,81%	26 482	-619

⁷⁷ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/3-3_calcul_du_capacitaire_cible_d_un_projet_d_investissement.pdf

⁷⁸ Données administratives du bureau des entrées

⁷⁹ Idem que note 82



Le redimensionnement et la redistribution des activités d'augmenter l'activité sur de nouvelles bases et de diminuer les journées de 619 (soit 26 482 -27 101 ou – 1806 + 1 188).

2) L'USLD « Aquarelle » : enregistre une activité soutenue. La projection des besoins ne pose pas de problème, soit 30 lits :

USLD Aquarelle	Journées	Nombre de lits	TO constaté	To cible	Journées cible
2018	10 585	30	96,67%	99%	10 841
Evolution démographique générale	1,0107				
2023	10 698	30	97,70%	99%	10 841

3) Service de Soins Infirmiers à Domicile⁸⁰ : enregistre une activité soutenue. La projection des besoins ne pose pas de problème, soit 55 places :

SSIAD	Journées	Nombre de places	TO constaté
2018	17 119	55	85,28%
Evolution démographique générale	1,0107		
2023	17 302	55	86,19%

4.2.2 A Ambert

Une distinction sera faite entre le MCO et les autres activités :

4.2.2.1 Activité du MCO

Les urgences :

Concernant le nombre de passages, il est procédé dans un 1er temps à l'estimation des évolutions sur les cinq années passées. En l'occurrence, les projections démographiques globales sur l'ensemble de la population du bassin Thiers-Ambert ne sont pas utilisées, car la progression des passages aux urgences dépend de facteurs exogènes telle que l'accidentologie et de la structure démographique segmentée par tranches d'âge. En revanche, le taux de progression des cinq années passées (+22,48%, soit un taux annuel de 4,14%) ne sera pas réappliqué sur le nombre de passage de l'année 2018, compte tenu de la fragilité des effectifs médicaux aux urgences à Ambert⁸¹. Un taux de progression de 0,5 % annuel est proposé :

Année de projection	2018	Variation	2023	2023/2018	Taux annuel moyen
Nombre de passages	11 236	2,76%	11 520	284	0,50%

Partant de l'hypothèse, que l'utilisation de l'UHCD suit pour l'essentiel l'activité des urgences, l'activité et le quantum de lits devraient être les suivants :

Séjours RUM	Année 2018
Nombre de RUM dans la base	784
Âge moyen par RUM (hors CMD 15)	54,00
Durée Moyenne de Séjour brute des RUM	1,16
Nombre de journées brut des RUM	911
Indicateur de performance basé sur la DMS Nat : nb journées étab. / nb journées standardisées	1,14

Année de projection	2018	Variation	2023	2023/2018	Taux annuel moyen
Nombre de RUM dans la base	784	1,0253	804	20	0,500%

⁸⁰ Un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) est une structure qui a pour mission de prodiguer des soins aux personnes âgées de plus de 60 ans et, depuis 2004 en France, aux personnes adultes de moins de 60 ans handicapées ou atteintes de certaines pathologies chroniques. Les SSIAD interviennent pour le maintien de l'autonomie des personnes en situation de dépendance ayant fait le choix de rester à leur domicile. Ils ont pour mission de contribuer à prévenir ou à différer l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement.

⁸¹ L'EPRD adressé à l'Agence en mars 2019 souligne d'ailleurs dans le rapport de présentation, le niveau élevé des passages en 2018.



UHCD d'Ambert

Nombre de journées 2018	911	
Taux d'évolution annuel démographique	0,50%	
Nombre de journées 2023	934	
Récupération d'activité externe 2023 (en journées)		
Nombre de journées 2023 après récupération	934	
Virage ambulatoire (moins)		
Nombre de journées après virage ambulatoire	934	
IPDMS 2018	1,14	
Nombre de lits 2018	4	
Jours d'ouverture 2018	365	
Taux d'occupation 2018	62,4%	
Taux d'occupation cible	95,0%	
Cible jours d'ouverture	365	
IPDMS cible	1	
Cible nb de lits 2023 (effet TO/ouverture)	3	-1
Cible nb de lits 2023 (effet IPDMS)	2	-1
Cible nb de lits 2023 (effet démographique)	2	+0
Cible nb de lits 2023 (effet récupération externe)	2	+0
Cible nb de lits 2023 (effet virage ambulatoire)	2	+0
Cible finale	2	-2

Afin de tenir compte des contraintes d'isolement, il est proposé néanmoins de maintenir une capacité théorique de 4 lits qui sera adaptée en fonction de l'occupation réelle.

La médecine :

Comme pour Thiers, la progression de l'activité dépend de la structure démographique segmentée par tranches d'âge. C'est pour cette raison que seront ici appliquées les prévisions d'évolution démographique d'OMPHALE par tranche d'âges pour les bassins de Thiers et Ambert, et notamment les taux moyens annuels.

La médecine à Ambert comprend trois unités à temps complet et un hôpital de jour.

Les unités de médecine et de post-chirurgie : ce service comprend 16 lits répartis sur deux unités médicales : l'UM 9026 de Médecine 1 et l'UM 9045 de poste-chirurgie. L'unité de Médecine 1 a une activité de post urgence et une activité polyvalente. Le partage des lits avec l'unité de post-chirurgie est opéré en fonction des besoins d'hospitalisation de manière modulaire. Les projections d'activité donnent les résultats suivants à partir du case-mix des deux unités :

Tranches d'âges	Effectif RUM 2018	Projection OMPHALE	Valeur moyenne annuelle	Effectifs RUM 2023	Variation RUM
de 0 mois à 15 ans	0	0,9701	-0,6046%	0	0
de 15 ans à 24 ans	7	1,0647	1,2622%	7	0
de 25 ans à 49 ans	50	0,9479	-1,0653%	47	-3
de 50 ans à 64 ans	113	1,0232	0,4601%	115	3
de 65 ans à 74 ans	168	1,0631	1,2306%	179	11
75 ans et plus	532	1,1046	2,0101%	588	56
Total	870	1,0767	1,4893%	937	67

La cible capacitaire finale de la médecine des UF 9026 et 9045 devrait donc être la suivante :

Médecine UF 9026 et UF 9045

Nombre de journées 2018	4 558	
Taux d'évolution annuel démographique	1,49%	
Nombre de journées 2023	4 908	
Récupération d'activité externe 2023 (en journées)		
Nombre de journées 2023 après récupération	4 908	
Virage ambulatoire (moins)		
Nombre de journées après virage ambulatoire	4 908	
IPDMS 2018	1,29	
Nombre de lits 2018	16	
Jours d'ouverture 2018	365	
Taux d'occupation 2018	78,0%	
Taux d'occupation cible	95,0%	
Cible jours d'ouverture	365	
IPDMS cible	1	
Cible nb de lits 2023 (effet TO/ouverture)	13	-3
Cible nb de lits 2023 (effet IPDMS)	10	-3
Cible nb de lits 2023 (effet démographique)	11	+1
Cible nb de lits 2023 (effet récupération externe)	11	+0
Cible nb de lits 2023 (effet virage ambulatoire)	11	+0
Cible finale	11	-5



Il est proposé néanmoins de conserver une capacité de 16 lits, dont une partie au moins égale à 6 pourra être redistribuée pour renforcer le court séjour gériatrique.

Médecine polyvalente (UM 9027) : comprend 30 lits à orientation polyvalente. Les projections d'activité donnent les résultats suivants à partir du case-mix de l'unité. L'année de référence qui sera prise est 2017, compte tenu des difficultés de fonctionnement rencontrées en 2018:

Tranches d'âges	Effectif RUM	Projection OMPHALE	Valeur moyenne annuelle	Effectifs RUM 2023	Variation RUM
de 0 mois à 15 ans	0	0,9701	-0,6046%	0	0
de 15 ans à 24 ans	1	1,0647	1,2622%	1	0
de 25 ans à 49 ans	18	0,9479	-1,0653%	17	-1
de 50 ans à 64 ans	100	1,0232	0,4601%	102	2
de 65 ans à 74 ans	162	1,0631	1,2306%	173	10
75 ans et plus	530	1,1046	2,0101%	586	55
TOTAL	811	1,0828	1,6043%	878	67

Médecine UF 9027 Médecine polyvalente

Nombre de journées 8 979

Taux d'évolution annuel démographique 1,60%

Nombre de journées 2023 9 723

Récupération d'activité externe 2023 (en journées)

Nombre de journées 2023 après récupération 9 723

Virage ambulatoire (moins)

Nombre de journées après virage ambulatoire 9 723

IPDMS 2018 1,09

Nombre de lits 30

Jours d'ouverture 365

Taux d'occupation 82,0%

Taux d'occupation cible 95,0%

Cible jours d'ouverture 365

IPDMS cible 1

Cible nb de lits 2023 (effet TO/ouverture) 26 -4

Cible nb de lits 2023 (effet IPDMS) 24 -2

Cible nb de lits 2023 (effet démographique) 26 +2

Cible nb de lits 2023 (effet récupération externe) 26 +0

Cible nb de lits 2023 (effet virage ambulatoire) 26 +0

Cible finale 26 -4

Il est proposé néanmoins de conserver une capacité de 30 lits, afin de tenir compte de l'isolement et de préserver la capacité à gérer les à-coups. Il n'y aurait par ailleurs aucun gain en fonctionnement.

Court séjour de gériatrie (UM 9041) : cette unité qui comprend 4 lits, a vu son fonctionnement suspendu, faute de médecin en 2018. Un médecin gériatre a pris ses fonctions en 2019 au centre hospitalier d'Ambert. Le projet est d'upgrader l'activité à 10 lits. L'hypothèse de base qui sera retenue est celle de l'EPRD 2019:

Indicateurs	Base	Projection	Variation
Nombre de lits	4	10	6
TO	85%	95%	+10%
Nombre de RUM projetés	124	346	222
Nombre de journées brut des RUM	1 241	3 468	2 227
DMS brute	10	10	0

L'hôpital de jour : ce service dispose de 4 places, pouvant être étendues à 6, réparties sur deux unités médicales : l'UM 9036 de l'hôpital de jour médical (3 places) et l'UM 9037 de l'hôpital de jour des endoscopies (1 place). Aucune évolution n'est à prévoir quant à l'activité.

La capacité globale de la médecine est aujourd'hui de 50 lits (hors UHCD) : 30 lits de médecine polyvalente, 4 lits de court séjour gériatrique et 16 lits de post-urgence. Ce besoin reste fixé à 50. En revanche, la redistribution des lits est à reconsidérer avec une augmentation des lits de court séjour gériatrique et une diminution des lits de post-urgence.

Les consultations externes :

Comme à Thiers, des projections ont été effectuées avec la technique des séries chronologiques. Les récurrences n'étant pas établies (test de la médiane), le parti a été pris de procéder à une projection uniforme et linéaire de 1% par an.



Consultations (En nombre d'actes)	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Néphrologie	300	303	306	309	312	315
Médecine	130	131	133	134	135	137
Addictologie	293	296	299	302	305	308
Oncologie	694	701	708	715	722	729
Pneumologie	1 018	1 028	1 038	1 049	1 059	1 070
Chirurgie	1 725	1 742	1 760	1 777	1 795	1 813
Anesthésie	1 479	1 494	1 509	1 524	1 539	1 554
Radiologie	12 133	12 254	12 377	12 501	12 626	12 752
Gérontologie	15	15	15	15	16	16
Gynécologie	3 171	3 203	3 235	3 267	3 300	3 333
Périnatalité	3 357	3 391	3 424	3 459	3 493	3 528
Pédiatrie	943	952	962	972	981	991
Total	25 258	25 511	25 766	26 023	26 284	26 546

4.2.2.2 Les soins de suite et de réadaptation

Le nombre de lits nécessaires avec un taux cible COPERMO⁸² de 98% est de 40 :

Evolution des journées	Entrées SSR	DMS	Journées	TO constaté	To cible COPERMO	Journées corrigées par le TO cible
2018	543 ⁸³	23	12 692 ⁸⁴	87%	98%	14 308
Evolution démographique	1,0107					
2023	549	23	12 828	87%	98%	14 308

La structure doit augmenter le nombre de journées de 1 616 journées pour atteindre les taux cible recommandés (soit à iso-DMS 69 entrées supplémentaires). La capacité est conservée à 40 lits (2 unités de SSR l'une de 22 lits, l'autre de 18), compte tenu des besoins liés au vieillissement dans le bassin d'Ambert.

4.2.2.3 Les structures médico-sociales et l'USLD

1) L'EHPAD :

Pour rappel, les lits d'EHPAD (budget E depuis le 1er janvier 2018) sont installés sur deux sites :

- Vimal Chabrier, 84 lits
- Pré Bayle, 80 lits.
- Soit un total de 164 lits.

Cet EHPAD a une activité soutenue en journées. La projection des besoins ne pose pas de problème :

EHPAD Ambert	Journées EHPAD	Nombre de lits	TO constaté ou projeté	To cible	Journées cible
2018	58 963	164	98,50%	99%	59 261
Evolution démographique générale	1,0107				
2023	59 594	164	99,56%	99%	59 261

Un taux cible de 99 %, pratiquement déjà atteint en 2018, paraît optimal compte tenu des délais de latence entre admissions et sorties. En revanche, le GIR moyen pondéré, évalué à 616,56 en 2019 est insuffisant pour équilibrer la structure⁸⁵. La part des GIR 3 et 4 doit être relevée.

2) L'USLD « Pré Bayle » : enregistre une activité soutenue. La projection des besoins ne pose pas de problème, soit 40 lits :

USLD Ambert	Journées USLD	Nombre de lits	TO constaté ou projeté	To cible	Journées cible
2018	14 383	40	98,51%	99%	14 454
Evolution démographique générale	1,0107				
2023	14 537	40	99,57%	99%	14 454

3) Service d'accueil de jour : enregistre une activité moyenne⁸⁶, bien que supérieure aux moyennes nationales. La projection des besoins est faite sur la base d'un taux cible de 70%.

SAJ Ambert	Journées SAJ	Nombre de places	TO constaté ou projeté	To cible	Journées cible
2018	1 115	7	63,71%	70%	1 225
Evolution démographique générale	1,0107				
2023	1 127	7	64,40%	70%	1 225

⁸² https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/3-3_calcul_du_capacitaire_cible_d_un_projet_d_investissement.pdf

⁸³ Données administratives du bureau des entrées

⁸⁴ Idem que note 82

⁸⁵ Le GIR moyen d'un EHPAD de 100 à 199 places est de 722 (Cf. Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD CNSA novembre 2017 (https://silver-normandie.fr/wp-content/uploads/sites/2/2017/12/CNSA_portrait_EHPAD_2016_vf.pdf)).

⁸⁶ « L'ACCUEIL DE JOUR POUR PERSONNES AGEES, UN DISPOSITIF AU RALENTI » EHSP - 2015 - Module Interprofessionnel de santé publique <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2015/mip/groupe%2029.pdf>



4.3 Conséquences capacitaires

Il sera procédé à un rappel des capacités des deux établissements avant d'examiner les conséquences du projet médical commun sur les cibles capacitaires.

4.3.1 Capacités existantes dans les deux établissements

Les deux établissements ont opéré ces 3 dernières années des réductions capacitaires importantes.

4.3.1.1 A Thiers

L'Agence Régionale de la Santé a demandé en septembre 2018 à l'établissement de présenter un plan de performance. Celui-ci s'est traduit par une restructuration des capacités de l'établissement avec d'une part la diminution de 21 lits et places en MCO et l'ouverture de 15 lits en addictologie :

EPRD Principal			
Avant restructuration	Lits	Places	Total
Médecine polyvalente	33		33
Court séjour gériatrique	20		20
Hôpital de jour de médico-chirurgical		11	11
Soins palliatifs	2		2
Chirurgie	27		27
Gynécologie+-Obstétrique	17		17
Total court séjour	99	11	110
Surveillance continue	6		6
UHCD	4		4
Total Urgences--Soins critiques	10	0	10
SSR	28	0	28
Addictologie			0
George Sand (Hospitalisations libres)	25		25
Soins sous contrainte	6		6
Hospitalisation de jour en psychiatrie		15	15
Total psychiatrie	31	15	46
EPRD annexes			
USLD	30		30
EHPAD Aquarelle	78		78
EHPAD Belvédère	75		75
Total personnes âgées	183	0	183
S.S.I.A.D.	0	54	54
H.A.D.	0	10	10
Total général	351	90	441

EPRD Principal			
Après restructuration	Lits	Places	Total
Médecine polyvalente	30		30
Court séjour gériatrique	18		18
Hôpital de jour de médecine		4	4
Soins palliatifs	2		2
Chirurgie	21		21
Chirurgie ambulatoire		3	3
Gynécologie+-Obstétrique	16		16
Total court séjour	87	7	94
Surveillance continue	6		6
UHCD	4		4
Total Urgences--Soins critiques	10	0	10
SSR	23	0	23
Addictologie	15		15
George Sand (Hospitalisations libres)	25		25
Soins sous contrainte	6		6
Hospitalisation de jour en psychiatrie		15	15
Total psychiatrie	46	15	61
EPRD annexes			
USLD	30		30
EHPAD Aquarelle	78		78
EHPAD Belvédère	75		75
Total personnes âgées	183	0	183
S.S.I.A.D.	0	54	54
H.A.D.	0	10	10
Total général	349	86	435

EPRD Principal			
Variation	Lits	Places	Total
Médecine polyvalente	-3	0	-3
Court séjour gériatrique	-2	0	-2
Hôpital de jour de médico-chirurgical	0	-7	-7
Soins palliatifs	0	0	0
Chirurgie	-6	0	-6
Hôpital de jour de médico-chirurgical	0	3	3
Gynécologie+-Obstétrique	-1	0	-1
Total court séjour	-12	-4	-16
Surveillance continue	0	0	0
UHCD	0	0	0
Total Urgences--Soins critiques	0	0	0
SSR	-5	0	-5
Addictologie	15	0	15
George Sand (Hospitalisations libres)	0	0	0
Soins sous contrainte	0	0	0
Hospitalisation de jour en psychiatrie	0	0	0
Total psychiatrie	15	0	15
EPRD annexes			
USLD	0	0	0
EHPAD Aquarelle	0	0	0
EHPAD Belvédère	0	0	0
Total personnes âgées	0	0	0
S.S.I.A.D.	0	0	0
H.A.D.	0	0	0
Total général	-2	-4	-6



4.3.1.1 A Ambert

EPRD Principal			
2019	Lits	Places	Total
Médecine	50	4	54
Total court séjour	50	4	54
UHCD	4		4
Total Urgences	4	0	4
SSR	40	0	40
EPRD annexes			
USLD	40		40
EHPAD	164		164
Accueil de jour		7	7
Total personnes âgées	204	7	211
Total général	298	11	309

4.3.2 Capacités projetées

4.3.2.1 A Thiers

EPRD Principal				EPRD Principal				
2019 après restructuration	Lits	Places	Total	En 2023	Lits	Places	Total	
Médecine polyvalente/court séjour gériatrique/Soins palliatifs	50		50	Médecine polyvalente/court séjour gériatrique/Soins palliatifs	53		53	
Hôpital de jour de médecine		4	4	Hôpital de jour médico-chirurgical		9,2	9,2	
Chirurgie	21		21	Chirurgie	20		20	
Chirurgie ambulatoire		3	3	Gynécologie+-Obstétrique	16	1,3	17,3	
Gynécologie+-Obstétrique	16		16	Total court séjour	89	10,5	99,5	
Total court séjour	87	7	94	Surveillance continue	6		6	
Surveillance continue	6		6	UHCD	4		4	
UHCD	4		4	Total Urgences--Soins critiques	10	0	10	
Total Urgences--Soins critiques	10	0	10	SSR	23	0	23	
SSR	23	0	23	Addictologie	15		15	
Addictologie	15		15	George Sand (Hospitalisations libres)	25		25	
George Sand (Hospitalisations libres)	25		25	Soins sous contrainte	6		6	
Soins sous contrainte	6		6	Hospitalisation de jour de pédopsychiatrie		12	12	
Hospitalisation de jour de pédopsychiatrie			0	Hospitalisation de jour en psychiatrie générale		15	15	
Hospitalisation de jour en psychiatrie générale		15	15	Total psychiatrie	46	27	73	
Total psychiatrie	46	15	61	EPRD annexes	30		30	
EPRD annexes	30		30	USLD	30		30	
USLD	30		30	EHPAD Aquarelle	78		78	
EHPAD Aquarelle	78		78	EHPAD Belvédère	70	5	75	
EHPAD Belvédère	75		75	Total personnes âgées	178	5	183	
Total personnes âgées	183	0	183	S.S.I.A.D.	0	54	54	
S.S.I.A.D.	0	54	54	H.A.D.	0	10	10	
H.A.D.	0	10	10	Total général	346	106,5	452,5	
Total général	349	86	435	EPRD Principal	Variations 2023/2018	Lits	Places	Total
				Médecine polyvalente/court séjour gériatrique/Soins palliatifs	3			3
				Hôpital de jour de médico-chirurgical		2,2		2,2
				Chirurgie	-1			-1
				Gynécologie+-Obstétrique	0	1,3		1,3
				Total court séjour	2	3,5		5,5
				Surveillance continue	0			0
				UHCD	0			0
				Total Urgences--Soins critiques	0	0		0
				SSR	0	0		0
				Addictologie	0			0
				George Sand (Hospitalisations libres)	0			0
				Soins sous contrainte	0			0
				Hospitalisation de jour de pédopsychiatrie		12		12
				Hospitalisation de jour en psychiatrie générale		0		0
				Total psychiatrie	0	12		0
				EPRD annexes	0			0
				USLD	0			0
				EHPAD Aquarelle	0			0
				EHPAD Belvédère	-5	5		0
				Total personnes âgées	-5	5		0
				S.S.I.A.D.	0	0		0
				H.A.D.	0	0		0
				Total général	-3	20,5		17,5



4.3.2.2 A Ambert

EPRD Principal			
2023	Lits	Places	Total
Médecine	50	4	54
Total court séjour	50	4	54
UHCD	4		4
Total Urgences	4	0	4
SSR	40	0	40
EPRD annexes			
USLD	40		40
EHPAD	164		164
Accueil de jour		7	7
Total personnes âgées	204	7	211
Total général	298	11	309

A Ambert, le capacitaire global ne change pas. En revanche, les capacités à l'intérieur de la médecine sont à redistribuer entre le court séjour gériatrique (au moins + 6 lits) et Les unités de médecine et de post-chirurgie (au moins -6 lits).

5 Communication, suivi et évaluation du projet médical

Le projet médical fera l'objet d'une communication, notamment en direction de la médecine de ville. Il sera suivi annuellement.

5.1 Communication sur le projet médical commun

La réalisation du projet médical commun des centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert représente un enjeu majeur pour les deux établissements. A cet effet, une communication du projet médical et de sa réalisation sera menée en interne, comme en externe.

5.1.1 Communication interne

Les instances des deux établissements ont été informées des enjeux relatifs au projet médical commun en amont de son adoption. Elles seront aussi régulièrement informées de l'état d'avancement du projet. La périodicité retenue est une information annuelle aux instances suivantes: directoires, commissions médicales d'établissement, comités techniques d'établissement, conseils de surveillance et commissions des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques. Un Directoire commun et une CME commune aux deux établissements sera organisée tous les ans. Un point régulier sera également effectué en réunion de cadres.

Il importe que l'ensemble des acteurs connaisse les enjeux liés à l'actualité hospitalière et de la mise en œuvre des projets médicaux. Aussi le document sera mis à disposition dans chaque service en version papier et sur les intranets des deux sites.

5.1.2 Communication externe

Il importe, en outre, d'informer les usagers sur l'évolution de l'offre de soins et les orientations stratégiques des deux structures. A cet effet la communication externe se fera principalement par voie de presse locale, ainsi que par le biais de communiqués sur les sites internet.

Dans le cadre de l'amélioration des relations ville-hôpital, les deux hôpitaux assureront une mise à disposition du document à l'attention des professionnels de santé libéraux, afin que ces derniers prennent connaissance des orientations médicales de l'établissement. Le document sera dématérialisé sur un extranet dédié aux professionnels de santé libéraux. Il convient de rappeler enfin que les communautés libérales ont été associées en amont de la production du projet médical à travers deux réunions de présentation en mai 2019, l'une à Thiers, l'autre à Ambert.



5.2 Evaluation et suivi du projet médical commun

La mise en œuvre du projet médical 2013-2018 fera l'objet d'un suivi régulier en directoire en CME⁸⁷ ainsi qu'au sein des pôles. Une évaluation annuelle des projets au regard des indicateurs mentionnés dans les fiches projets sera conduite. Il s'agit d'avoir un bilan régulier sur les modalités de mise en œuvre et de résultat du projet médical. Cette évaluation associera plusieurs acteurs, dont les pôles (chef de pôle, cadre supérieur de santé et Direction), les chefs de service ou responsables de structures internes impliqués dans les projets, le département de l'information médicale. L'évaluation annuelle doit permettre de conduire à des arbitrages en matière d'ajustements, et de réorientations stratégiques médicales, et éventuellement une modification du projet médical commun par voie d'avenant. Elle implique également un lien nécessaire à opérer avec d'autres documents structurants comme projet commun de soins, les projets sociaux, le schéma directeur informatique, les plans pluriannuels d'investissement...

6 Conclusion

Les travaux réalisés lors de l'élaboration du projet médical commun ont permis de mettre en avant la spécificité des deux établissements dans leurs environnements propres, les liens privilégiés existant entre eux, comme leurs complémentarités.

Dans un contexte très particulier de démographie atone marquée par un vieillissement accentué, les activités évolueront dans leur contenu et leur manière d'être réalisées sans impacts majeurs sur les capacités de chaque structure. Ce projet intègre des modifications de pratiques, avec notamment le développement de l'ambulatoire et plus généralement l'organisation d'alternatives à l'hospitalisation complète. Les deux communautés médicales proposent dans ce projet des objectifs d'activité atteignables, tant en volume de séjours qu'en durée de séjour, s'inscrivant dans une stabilité globale de l'offre de soins tenant compte de l'évolution de la population et notamment son vieillissement.

L'ancrage territorial des deux hôpitaux est réaffirmé avec le souci de répondre en proximité aux besoins de la population des deux bassins de vie et d'autre part de jouer un rôle actif au sein du GHT « Territoires d'Auvergne » dans le cadre du Projet Médical Partagé.

Les deux communautés médicales ont exprimé dans ce projet la volonté de travailler en complémentarité dans le respect de leurs identités respectives.

⁸⁷ Des Directoires communs et des CME communes aux deux établissements pourront être envisagés



7 Fiches action

Filière	Orientations stratégiques	Etablissements	Actions	Porteurs
U R G E N C E S	Améliorer la densité de médecins généralistes présents sur le territoire et mieux maîtriser ainsi le flux des patients arrivant aux Urgences	Thiers	Renforcement des filières spécialisées à l'échelle du territoire : traumatisés graves (trauma center au CHU), accidents vasculaires cérébraux (UNV au CHU), syndrome coronarien aigu, victimologie, ...	Service des urgences
			Mise en place du dossier médical partagé des urgences dans le cadre de la convergence des systèmes d'information impulsée par l'établissement support	
			Poursuite et mise en place de protocoles commun dans les filières identifiées AVC, SCA ;...	
			Création d'une équipe médicale de territoire	
	Participer à l'élaboration de solutions, au sein de la Fédération Médicale Inter-Hospitalière de Médecine d'Urgence instaurée au sein du GHT, permettant de contrer la pénurie de ressources médicales spécialisées dans l'aide médicale urgente	Ambert	Assurer une prise en charge des urgences réactive et adaptée aux besoins du territoire	Service des urgences
			Sécuriser la prise en charge de l'urgence vitale par une équipe médicale titulaire de la CAMU ou du DESC de médecine d'urgences	
			Pérenniser le service des urgences par le recrutement de médecins titulaires	
			Renforcer les filières de prise en charge spécifiques au sein du Service d'Accueil des Urgences : a) L'hôpital doit répondre au défi du vieillissement, en optimisant sa filière gériatrique : intervention de l'équipe mobile de gériatrie aux urgences, développer l'offre de court séjour gériatre ; b) Structurer les parcours AVC par l'acquisition d'un scanner pour permettre, grâce à la télé-médecine et à une convention avec l'UNV du CHU de réaliser des PEC précoces (notamment de la thrombolyse) ; c) La filière traumatisé grave et syndrome coronarien : par des conventions et des protocoles de prises en charge établis avec le CHU de Clermont Ferrand. d) La filière traumatologique : en pérennisant la filière de prise en charge aux urgences et en développant les consultations post-urgences. Renforcer le lien ville - Hôpital : l'avenir de la structure d'urgence ne peut être pensé que dans une dynamique d'amélioration constante de la qualité de l'accueil des usagers. Il est souhaité que cette dynamique se fasse en collaboration avec la médecine libérale, et les structures d'hospitalisation du territoire de santé. Le service d'urgences est un élément	
	Améliorer la détection et la gestion des situations de tension au sein des deux services d'Urgence via la professionnalisation de la fonction de coordinateur de la gestion des lits et la finalisation du plan « Hôpital en Tension »	En commun	Mise en place d'une plateforme des lits disponibles sur les 2 sites actualisée 3 fois par jour ; Un dossier médical commun de SMUR pour les PEC ; Un accès facilité pour l'obtention des résultats de biologie même laboratoire sur les 2 sites ; Mise en place d'une procédure de mutualisation des moyens en cas de difficultés dans la disponibilité des ressources médicales sur l'un des deux sites ; Pérenniser les deux sites des urgences en confortant la mutualisation des moyens et l'homogénéisation des pratiques Favoriser la mobilité des personnels médicaux entre les deux sites ; Favoriser l'accueil des internes de territoire dans les deux sites, en développant une stratégie commune.	SAU de Thiers et d'Ambert
	Conforter l'offre existante			



Filière	Orientations stratégiques	EPS	Actions	Porteurs
URGENCE ANESTHÉSIE	Chaque site disposant d'au moins une PDES identifiée en chirurgie ou en obstétrique doit disposer d'une PDES d'anesthésie. Résoudre les problèmes de démographie médicale	Thiers	Développer les prises en charge post-opératoires	Anesthésie et USC
			Optimiser l'orientation des patients en aval des urgences et structurer les liens avec les services cliniques	
			Elaborer une convention entre l'USC et la réanimation au CHU de Clermont-Ferrand	
			Faire face à l'extension prévue de l'activité programmée au bloc opératoire	
			Faire progresser la pratique médicale de l'anesthésie dans le service par la mise en place d'un protocole de réhabilitation post opératoire précoce	

Filière	Orientations stratégiques	EPS	Actions	Porteurs
MÉDECINE COURTE SEJOUR	Poursuivre le développement de l'hospitalisation à temps partiel (hospitalisation de jour) Analyse des besoins de santé par une approche populationnelle, au sein de laquelle sont notamment ciblés les patients souffrant de pathologies chroniques. Ainsi, les maladies chroniques à traiter spécifiquement dans le PRS ont été définies comme tel : les maladies cardio-neuro-vasculaires, le cancer, le diabète-obésité, les maladies neurodégénératives et la santé mentale Favoriser les partenariats avec les services d'aide à domicile pour permettre le maintien à domicile et éviter et/ou retarder le recours à l'hospitalisation	Thiers	Développement de l'ambulatoire	Médecine hors endoscopies, oncologie clinique et diabétologie
			Intensification du travail en réseau avec les spécialistes	
			Création de plages supplémentaires de consultation de médecine générale	
			Développement du travail avec la médecine de ville	Endoscopies
			Confortement et développement des activités existantes	
			Développement d'une activité d'écho endoscopie digestive	Chimiothérapies
			Ouverture d'une 2ème journée d'activité	Diabétologie-endocrinologie
			Conforter l'existant	
			Créer une équipe mobile de diabétologie sur l'hôpital	
			Mettre en œuvre un hôpital de jour en diabétologie	
		Mettre en place une activité d'échographie thyroïdienne	Services de médecine hors court séjour gériatrique	
		Créer une équipe mobile de diabétologie de proximité pour les patients isolés		
		Offre de consultation médicale spécialisée à maintenir		
		Lutter contre la douleur, qu'elle soit physique et/ou psychologique		
		Ambert	Poursuivre l'activité d'endoscopie avec la médecine libérale	Services de médecine hors court séjour gériatrique
			Favoriser le retour ou le maintien à domicile par l'intervention de l'HAD et du SSIAD	
			Maintien d'une activité de chimiothérapie	
Améliorer la fonction de coordination de gestion des lits et des parcours	Services de médecine			
En commun		Formaliser les parcours patients des malades souffrant de pathologies chroniques afin d'assurer une meilleure coordination des acteurs intra et extra-hospitaliers		
		Développement coordonné des soins palliatifs		
Développer l'offre de programmes d'éducation thérapeutique, le recours à la télémédecine et toute autre innovation organisationnelle (pratiques avancées, délégations...) pour permettre une meilleure prise en charge en diabétologie-endocrinologie				

Projet médical commun 2019-2023

Centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert
Groupement Hospitalier de Territoire « Territoires d'Auvergne »



Filière	Orientations stratégiques	EPS	Actions	Porteurs	
C H I R U R G I E	Garantir une prise en charge publique, complète, graduée et de qualité	Thiers	Conforter l'existant	Chirurgie générale et digestive	
			Développer l'ambulatoire		
			Renforcement de la chirurgie oncologique coelioscopique		
			Renforcement de l'activité de la chirurgie cutanée et de la chirurgie septique des escarres		
			Application de RAAC en chirurgie générale et digestive et de sortie avec le Programme de Retour à Domicile (PRADO)		
			Développement de la chirurgie bariatrique (technique dite du Sleeve), de la prise en charge de RGO et des pathologies proctologiques		
			Conforter l'existant		
			Développer l'ambulatoire		
			Développement de la chirurgie de l'épaule surtout de la chirurgie prothétique de type prothèse totale de l'épaule ou anatomique et des prothèses traumatologiques, prothèses totales classiques ou inversées		Chirurgie orthopédique et traumatologique
			Chirurgie prothétique de la hanche (prothèses de la hanche par voie d'abord mini-invasif de Rottinger pour des voies d'abord classique de Thomine) ; -chirurgie prothétique et arthroscopique du genou, y compris les prothèses totales uni-compartmentaires du genou naviguées ; -chirurgie du sport type ligamentoplastie et réparation de lésion méniscale sous arthroscopie		
	Par l'application de RAAC une diminution significative de la DMS d'hospitalisation concernant ces patients en s'approchant d'une chirurgie ambulatoire pour les prothèses				
	Améliorer la prise en charge des douleurs et d'envisager dans les cas sélectifs une chirurgie ambulatoire prothétique et du pied				
	Traumatismes de la hanche par des prothèses intermédiaires ou plusieurs types de clou ; -Traumatismes du genou et tout type de traumatismes au niveau du pied ; -Traumatismes de l'épaule avec tous types d'instabilité et les fractures de l'humérus ; -Traumatologie au niveau de l'avant-bras et de certaines fractures au niveau de la main et des tarsi et des luxations à ce niveau.				
	Conforter l'existant				
	Développer l'ambulatoire				
	Développement du bilan urodynamique et par acquisition du laser en permanence, les deux activités mutualisées avec le service de gynécologie	Chirurgie urologique			
	Récupération du traitement de la lithiase urinaire de la lithotripsie externalisée, réalisation par urétéroscopie et laser à Thiers				
	Prise en charge de toutes pathologies non oncologiques urogénitales en collaboration avec le service de gynécologie, par les techniques de la chirurgie ouverte, de l'endo-urologie, de la coelioscopie et de laser				
	Assurer une offre chirurgicale ambulatoire et à temps complet dans chaque zone de répartition de l'activité de chirurgie.	En commun	Consultations avancées de chirurgie	Unités de chirurgie	
			Adressage de patients vers Thiers		

Projet médical commun 2019-2023

Centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert
Groupement Hospitalier de Territoire « Territoires d'Auvergne »



Filière	Orientations stratégiques	EPS	Actions	Porteurs
G E R I A T R I E C O U R T S E J O R	Adapter l'offre de soins aux besoins d'une population âgée à la dépendance croissante, l'accent étant mis sur la psychogériatrie	Thiers	Confortement et développement des activités existantes : -Amélioration de la prise en charge gériatrique et palliative au sein de l'établissement - Possibilité d'augmentation des lits de CSG - Maintien de l'autonomie des patients âgés hospitalisés - Maintien de la prise en charge sociale des patients - Améliorer la bonne prise en charge des patients confus - Améliorer la prise en charge des AVC-	CSG
			Optimisation du parcours du patient : -Renforcer la coordination intra-hospitalière et avec les professionnels libéraux -Développer le lien avec la ville (sortie d'hospitalisation, suivi en consultation, suivi du travail éducatif, formations ville-hôpital, gériatres avec activité mixte...) -Développer le lien avec les établissements de santé du territoire et les autres structures (HAD, Palliadam...) -Développer les consultations avancées, en vue de faciliter le recrutement de patients -Augmentation des consultations mémoire -Renforcer le travail en réseau (organisation de journée de formation au CLIC, CCAS, MAIA...)	
			Maîtriser les durées de séjour et prendre définitivement le virage vers l'ambulatoire : -Création d'un hôpital de jour gériatrique une journée par semaine -Création d'un hôpital de jour cardiologique en 2021 en convoquant tous les patients à M1 d'une hospitalisation pour décompensation cardiaque	
			Améliorer la qualité de la prise en charge des patients hospitalisés : -Augmenter le nombre de plages de consultations mémoires pour développer l'activité ambulatoire -Planification et anticipation au préalable par le service accueillant pour une prise en charge en ambulatoire	
	Préserver l'accès aux soins tout en faisant face au manque de lits d'aval adaptés aux besoins spécifiques des personnes âgées, avec trois points d'entrée sur cette problématique : Les équipes mobiles de gériatrie afin de prévenir l'aggravation des états des personnes ; L'intégration en aval des urgences des acteurs extra-hospitaliers (CLIC, EHPAD,...) ; L'innovation avec le développement de la télémédecine dans les EHPAD.	Ambert	Mettre en place au sein de l'hôpital de jour des prises en charge en ambulatoire afin de réaliser des bilans de chute, des bilans cognitifs pour les personnes âgées ne relevant pas obligatoirement d'une hospitalisation complète	CSG
			Organiser un véritable court séjour gériatrique de 10 lits voire plus avec des effectifs correspondant aux recommandations nationales et formés aux bonnes pratiques gériatriques (soit 6 IDE, 6 AS et 1 PH temps plein) ; et ainsi apporter une véritable expertise gériatrique aux patients âgés afin d'améliorer leur qualité de vie sans incapacité	
			Mettre en place des consultations d'oncogériatrie en lien avec l'hôpital de jour d'oncologie	
			Mettre en place en consultation un temps de neuropsychologue pour affiner les diagnostics et améliorer la prise en charge des troubles neurocognitifs	
	-Maintenir les équipes gériatriques ; -Travailler la conversion des lits SSR polyvalents en lits SSR de gériatrie ; -Renforcer le temps médical des équipes mobiles gériatriques ; -Créer des consultations gériatriques semi-urgentes dédiées aux EHPAD ; -Formaliser un parcours patient gériatrique lors des passages aux urgences ; -Mettre en place des coordinations Gériatriques aidées par la télémédecine pour l'ensemble du territoire du GHT : il s'agit de sectoriser le bassin du GHT de telle manière que chaque secteur dispose d'un CSG, des consultations gériatriques et d'une unité mobile ; -Créer un poste supplémentaire de gériatre au niveau du CHU mis à la disposition de tous les membres du GHT pour pallier la pénurie médicale aigüe.	En commun	De nouvelles activités sont à développer, notamment en activité de gérontopsychiatrie en lien avec le pôle de santé mentale, sous la forme d'une équipe mobile pouvant intervenir en établissement de santé et en EHPAD autonome	Unités de CSG
			Les protocoles de prise en charge des personnes âgées sont à harmoniser. Des échanges réguliers entre les deux communautés médicales sont à organiser, afin de partager les expertises	



Filière	Orientations stratégiques	EPS	Actions	Porteurs
G E R I A T R I E S S R U S L D E H P A D	<p>Adapter l'offre de soins aux besoins d'une population âgée à la dépendance croissante, l'accent étant mis sur la psychogériatrie</p> <p>Préserver l'accès aux soins tout en faisant face au manque de lits d'aval adaptés aux besoins spécifiques des personnes âgées, avec trois points d'entrée sur cette problématique : Les équipes mobiles de gériatrie afin de prévenir l'aggravation des états des personnes ; L'intégration en aval des urgences des acteurs extra-hospitaliers (CLIC, EHPAD,...) ; L'innovation avec le développement de la télémédecine dans les EHPAD.</p> <p>-Maintenir les équipes gériatriques ; -Travailler la conversion des lits SSR polyvalents en lits SSR de gériatrie ; -Renforcer le temps médical des équipes mobiles gériatriques ; -Créer des consultations gériatriques semi-urgentes dédiées aux EHPAD ; -Formaliser un parcours patient gériatrique lors des passages aux urgences ; -Mettre en place des coordinations Gériatriques aidées par la télémédecine pour l'ensemble du territoire du GHT : il s'agit de sectoriser le bassin du GHT de telle manière que chaque secteur dispose d'un CSG, des consultations gériatriques et d'une unité mobile ; -Créer un poste supplémentaire de gériatre au niveau du CHU mis à la disposition de tous les membres du GHT pour pallier la pénurie médicale aigüe.</p>	Thiers	Identification de 14 lits comme lits de SSR gériatrique	SSR
			Organisation d'un l'atelier « équilibre » et « relevage du sol » en systématique	
			La reconstruction de l'EHPAD du Belvédère doit s'accompagner d'une évolution des capacités existantes vers une intégration de places d'accueil de jour comme le préconise le Plan Régional de Santé de l'AURA à hauteur de 6 à 10 par diminution des capacités d'hébergement à temps complet : création d'un accueil de jour pour patients Alzheimer d'environ 5 places	USLD/EHPAD
			Création de 2 à 3 lits d'hébergement temporaire, permettant une transition entre une hospitalisation et un retour à domicile ou une entrée en institution, ainsi que l'accueil sur des périodes brèves de personnes dépendantes vivant à domicile	
			Améliorer l'autonomie des personnes pour les actes de la vie quotidienne en développant les soins de base, l'animation, la rééducation, la psychomotricité	
			Lutter contre la douleur, qu'elle soit physique et/ou psychologique	
			Assurer des soins de confort (ou palliatifs) de qualité jusqu'à la fin de la vie en soulageant la souffrance physique, psychique, sociale et spirituel	
			La fédération de gériatrie entre le centre hospitalier de Thiers et des EHPADs du bassin thiernois doit être renforcée dans ses objectifs, ses moyens et sa structuration juridique	
		Ambert	Eviter la " dépendance nosocomiale "	SSR
			Poursuivre la synergie de travail avec le court séjour gériatrique	
			Pour le SSR 2 : il s'agit d'obtenir le label SSR gériatrique car les locaux sont sécurisés et les patients sont de plus en plus déambulants, et présentent des troubles neurocognitifs. Il est nécessaire que l'unité obtienne la labellisation d'Unité cognitivo-comportementale (UCC).	
			L'hôpital doit rester le pivot du territoire et organiser et approfondir les relations avec les EHPAD environnants. La question de la mise en place d'une fédération de gériatrie, comme à Thiers, est une piste à explorer. La coordination avec le secteur du domicile sera quant à elle établie avec le CLIC et la MAIA, présents sur ce territoire	USLD/EHPAD
Mettre en place un temps de coordination gériatrique (PATHOS, GIR...)				
Renforcer la prise en charge gériatrique, notamment la fin de vie, pour seconder les médecins en place				
Mettre en place une équipe mobile en gériatrie de territoire extrahospitalière avec un médecin supplémentaire qui gérerait les deux EMG, pour renforcer le lien ville hôpital, régler les problèmes aigus sur les EHPAD non hospitaliers et à domicile en lien avec les médecins traitants et faire appliquer les bonnes pratiques gériatriques				

Projet médical commun 2019-2023

Centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert
Groupement Hospitalier de Territoire « Territoires d'Auvergne »



Filière	Orientations stratégiques	EPS	Actions	Porteurs
N A T A L E P E R I N A T A L E	<p>Développement de projets cliniques et scientifiques pour les filières obstétrique, pédiatrie et gynécologie</p> <p>Renforcer la collaboration pour une gestion et planification des ressources médicales à l'échelle du GHT, notamment avec la mise en place d'une Fédération Médicale Inter-Hospitalière pour la filière Femme-Enfants</p> <p>Mettre en place un pôle Inter-Etablissement entre les maternités du CHU de Clermont-Ferrand, du centre hospitalier d'Issoire et de celui de Thiers, afin notamment de favoriser une gestion homogène des ressources tant humaines que matérielles et renforcer l'activité des maternités de proximité en diffusant l'attractivité du CHU</p>	Thiers	Poursuite du travail avec le centre de planification et d'éducation familiale (Orthogénie, contraception,...)	Unités de d'obstétrique et de gynécologie
			Prise en charge du suivi gynécologique ainsi que de la chirurgie gynécologique bénigne	
			Participation à la mise en place du « Réseau Enfant Vulnérable Auvergne »	
			Consultation de pédiatrie générale	
			Ouverture de lits mère-enfant	
			Hôpital de jour « Obésité Infantile »	
			Création d'un espace physiologique	
			Développement de techniques chirurgicales nouvelles et moins invasives	
			Essor de la chirurgie ambulatoire	
			Réduction des délais de consultations	
			Poursuite et renforcement des relations avec la médecine de ville	
			Maintien et renforcement des relations avec le CHU de Clermont-Ferrand, le Centre Jean Perrin et les établissements voisins membres du GHT	
		Amélioration de la communication avec les populations à barrière linguistique		
Amélioration de l'accessibilité du service pour les personnes en situation de handicap : Il est en effet nécessaire de permettre aux patientes présentant un handicap (sensoriel, moteur) de pouvoir bénéficier d'une prise en charge de qualité				
En commun	Poursuite des activités au Centre Périnatal de Proximité			
	Orientation des parturientes vers la maternité du centre hospitalier de Thiers via la promotion des services existants			

Filière	Orientations stratégiques	EPS	Actions	Porteurs
P S Y C H I A T R I E	<p>Au niveau du PTSM :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Prévention et promotion de la santé mentale ; -Repérage et dépistage précoce des troubles en santé mentale ; -Prise en charge des troubles mentaux ; -Soins, réadaptation et réinsertion sociale. <p>Au niveau du PMP du GHT :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Constitution de la filière santé mentale -Amélioration des organisations médicales -Renforcer la réponse aux besoins de santé -Structurer l'offre et les modalités de prise en charge 	Thiers	Développement de l'ambulatoire (CATTP, HDJ)	Psychiatrie générale
			Psychiatrie de liaison avec les structures pour personnes âgées	
			Amélioration du parcours des patients qui ne sont pas originaires du secteur	
			Consolidation de la sécurité de la prise en charge somatique des patients hospitalisés	Addictologie
			Repérage, l'évaluation, l'orientation des patients présentant une addiction hospitalisés dans les services de MCO et des urgences	
			Prise en charge des complications somatiques et/ou psychiatriques	
			Participation au sein du GHT au développement de la filière de l'addictologie, notamment concernant les sevrages complexes	
		En commun	Création d'une équipe basée à Thiers mais avec des possibilités de déplacement au domicile des patients, afin de répondre aux situations d'urgence, pour les premiers épisodes psychotiques pour éviter au maximum les hospitalisations des adolescents connus pour être sources de psycho traumatismes	Pédopsychiatrie
			2 structures de type HDJ ou CATTP nécessaires: l'une sur le secteur Thiers-Ambert et l'autre sur celui de Courmon	
			Prise en charge spécialisée des patients présentant des conduites addictives avec ou sans produit sur le territoire Thiers – Ambert	
Poursuite des activités au CMP d'Ambert				