2025-2029

CLERMONT-FERRAND
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

centre hospitalier
Montluçon - Néris les Bains

PROJET MÉDICAL

CENTRE HOSPITALIER MONTLUÇON NÉRIS-LES-BAINS

SOMMAIRE

Le
Diagnostic Territorial p.4

Les
Cadres d'élaboration p.33

Les
Axes transversaux p.38

01
Pôle Soins Critiques p.43

02
Pôle Chirurgie p.70

03
Pôle Femme - Enfant p.92

04
Pôle Médecine Court - Séjour p.120

05
Pôle Médecine - Réadaptation p.143

06
Pôle Gériatrie p.170

07
Pôle Santé Mentale p.188

08
Pôle Médico-Technique p.196

09
Pôle Santé Publique p.209

La
Conclusion p.219

Le PRÉAMBULE

Le 1er janvier 2023 et suite à une proposition du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes, le Centre Hospitalier de Montluçon Néris-les-Bains (CHMN) est devenu le sixième établissement en direction commune avec le CHU de Clermont-Ferrand.

Cette orientation avait pour objectif de soutenir l'offre de soins au sein du bassin de vie montluçonnais en insufflant une dynamique organisationnelle renouvelée, dans laquelle s'inscrit le projet médical du CHMN.

Le précédent projet médical, rédigé en 2014, est arrivé à échéance en 2019, sans suite depuis cette date. La réécriture de ce document doit matérialiser la volonté de fédérer, autour d'un socle commun, l'offre de soins du CHMN.

Le projet médical constitue en premier lieu un outil de gouvernance, construit par et pour la communauté des médecins de l'hôpital. Comparable à une « boussole », il fixe le cap que l'établissement entend suivre à moyen et long terme et traduit un positionnement pour l'avenir de l'hôpital, en accord avec les dynamiques à l'œuvre dans son terrain d'action.

Inscrit dans la continuité du projet médical partagé (PMP) du GHT «Territoires d'Auvergne » 2018(1), le projet médical du CHMN entend se conformer aux orientations adressées par le Ministère de la Santé, ainsi que par l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes dans le sillon de son Cadre d'Orientations Stratégiques (2018-2028), du Schéma Régional de Santé 2023-2028 (SRS) et du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes démunies (PRAPS) publiés en novembre 2023.

Le projet médical du CHMN s'inscrit ainsi dans le prolongement de cette réflexion concertée en vue d'une prise en charge optimale et de sécurité des patients. Il s'appuie sur les coopérations existantes, organisant le partenariat et le soutien mutuel entre les établissements du territoire. 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'efficience, par une organisation raisonnée des soins.

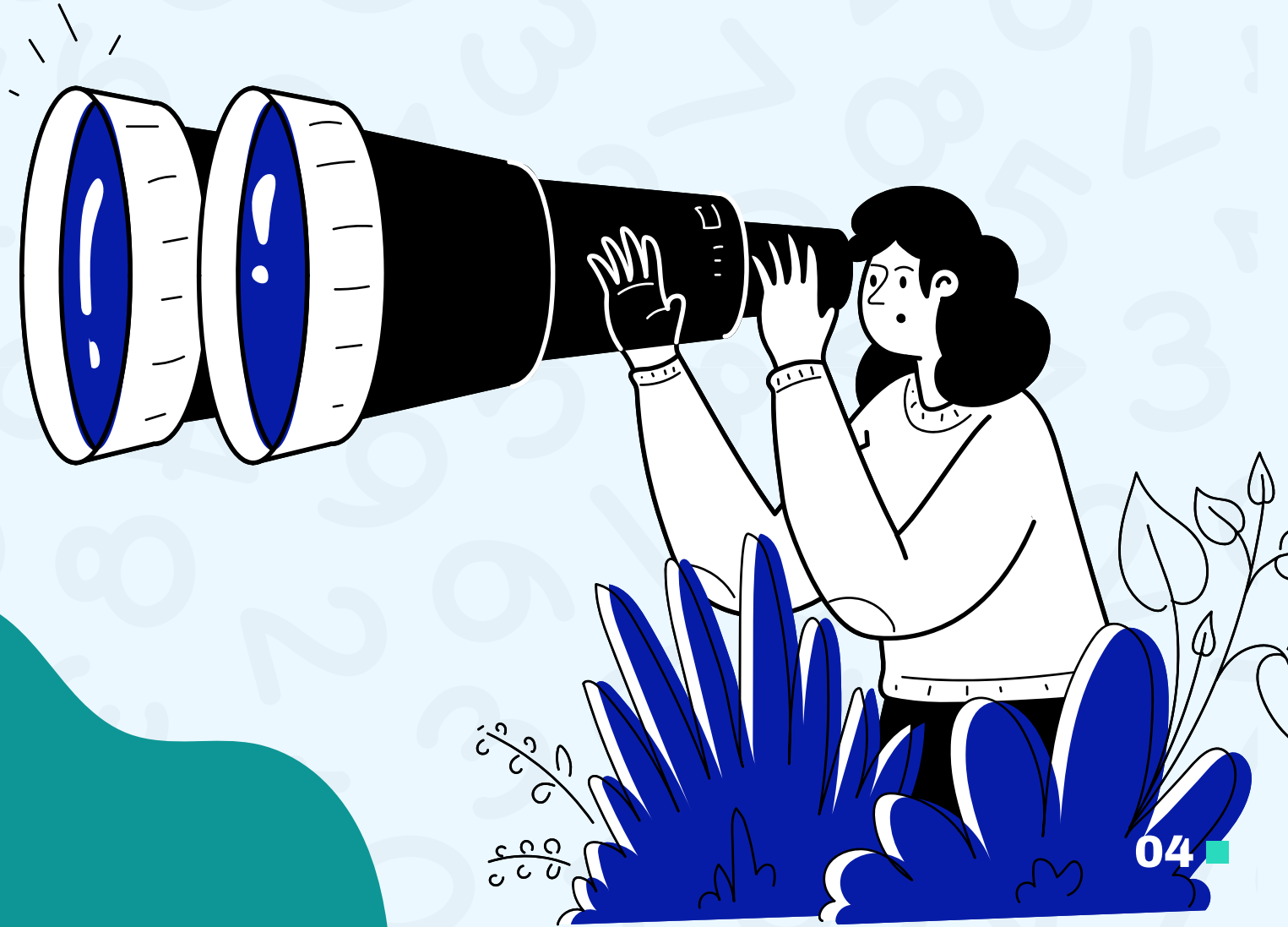
Ce projet médical sera, une fois adopté et arrêté, prolongé par un schéma directeur immobilier, qui en traduira spatialement les orientations. Le projet soignant s'appuiera subséquemment sur ses lignes de force.

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

1 : Le Projet Médical Partagé 2025-2030 est en cours d'élaboration. Par ailleurs, le CHU de Clermont-Ferrand travaille en 2024 sur son projet d'établissement dans ses relations avec les six établissements qui sont avec lui en Direction commune.

Centre Hospitalier Montluçon - Néris-les-Bains

DIAGNOSTIC TERRITORIAL



Le DIAGNOSTIC TERRITORIAL

Le Centre Hospitalier de Montluçon Néris-les-Bains (CHMN) opère au cœur d'un vaste territoire qui connaît une transformation démographique susceptible de moduler la demande en soins. Du fait de son positionnement géographique et des compétences développées en son sein, le CHMN joue un rôle incontournable dans la réponse territoriale aux besoins de santé.

1 Le Centre Hospitalier de Montluçon Néris-les-Bains inscrit au cœur d'un territoire socialement précaire

Très peu dense, le territoire sur lequel opère le CHMN est composé d'une population socialement précaire et susceptible de développer des pathologies aussi lourdes que plurielles. A l'impact qualitatif sur la demande en soins se joint un mouvement de transition démographique susceptible de moduler la nature des flux entrants. En outre, un phénomène de désertification médicale participe de la sollicitation toujours croissante des services du CHMN.

1.1 Le bassin Montluçonnais, zone peu densément peuplée

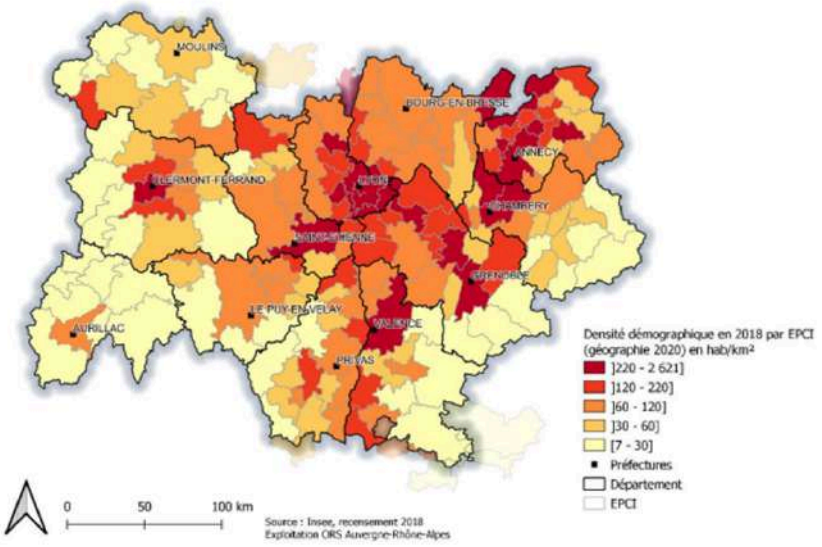
Le CHMN se situe au cœur d'un bassin de vie particulièrement vaste, à faible densité de population, et qui excède les frontières du département de l'Allier.

L'arrondissement de Montluçon enregistrait une population de **105 252 habitants** au 1er janvier 2023, lesquels se répartissaient dans 89 communes. Parmi les trois arrondissements du département de l'Allier, celui de Montluçon figure au second rang en termes de population, derrière l'arrondissement de Vichy et devant celui de Moulins. Montluçon est cependant la commune la plus peuplée du département avec près de **35.000 habitants.**

Population par arrondissement au 1er janvier 2023 : département de l'Allier

Nom du département	Code arrondissement	Nom de l'arrondissement	Nb de communes	Population municipale	Population totale
Allier	1	Montluçon	89	105 252	108 002
Allier	2	Moulins	109	104 731	107 851
Allier	3	Vichy	119	125 645	128 602

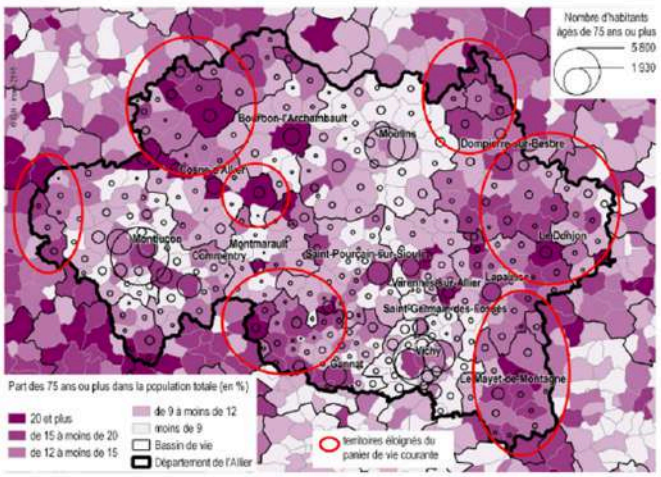
Département parmi les plus vastes de France (le 13ème en superficie, en France métropolitaine), l'Allier est divisé en trois bassins populationnels équidistants et de taille équivalente. D'une superficie de 2 116,8 km², l'arrondissement de Montluçon Néris-les-Bains constitue par conséquent une zone sous-dense (50,1 hab/km²) très en-deçà de la densité moyenne française (105,9 hab/km²) et régionale (115,4 hab/km²).



L'état de faible densité populationnelle au sein du bassin de vie montluçonnais constitue un facteur d'éloignement voir de renoncement aux soins. Le maillage territorial – via notamment l'ensemble des liens tissés avec la médecine de ville – constitue dès lors un premier point de vigilance en vue de garantir un égal accès aux soins pour l'ensemble de la population du bassin montluçonnais. Cette problématique est plus particulièrement aigue pour les personnes âgées pour lesquelles l'accès aux services essentiels de la vie courante constitue un élément incontournable pour leur maintien à domicile. Or, près d'un senior sur trois dans l'Allier habite dans une commune située à plus de sept minutes en voiture des principaux commerces et services de la vie courante. Les franges de la zone d'attractivité du CHMN sont les plus concernées.

3 Un senior sur trois est éloigné des services courants

Part des 75 ans ou plus dans la population totale



Source : Insee, Recensement de la population 2013

1.1 Le bassin Montluçonnais, espace exposé à la précarité sociale

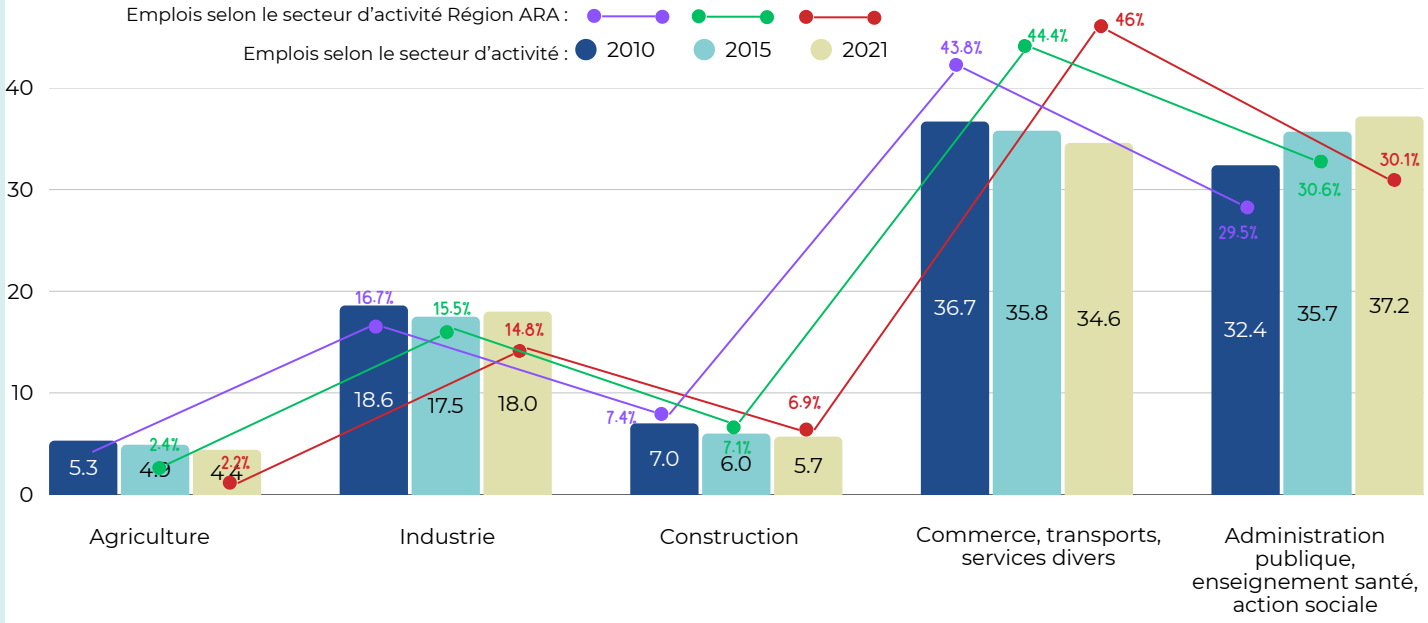
Le bassin montluçonnais se caractérise par sa forte identité industrielle, laquelle lui a valu le surnom de « Manchester française » au milieu du XIXème siècle. Spécialisée dans la métallurgie, que stimulaient tant les ressources du sol bourbonnais que les mines de houille à Commentry, la commune de Montluçon est demeurée durant près d'un siècle le cœur industriel de l'Allier.

Engagé depuis l'après-guerre dans un processus de désindustrialisation consécutif à l'isolement ferroviaire de la ville, le bassin d'emploi montluçonnais a conservé une forte pondération industrielle dans un contexte de hausse du chômage et d'exode des populations les plus diplômées.

La structure du bassin d'emploi du CHMN tranche donc avec le reste de la région et la proportion d'emplois agricoles et industriels – quoique déclinante – y demeure supérieure à la moyenne régionale. Plus fortement exposés aux substances nocives, les employés de l'agriculture et de l'industrie sont à ce titre davantage susceptibles de contracter les pathologies que génère leur usage régulier.

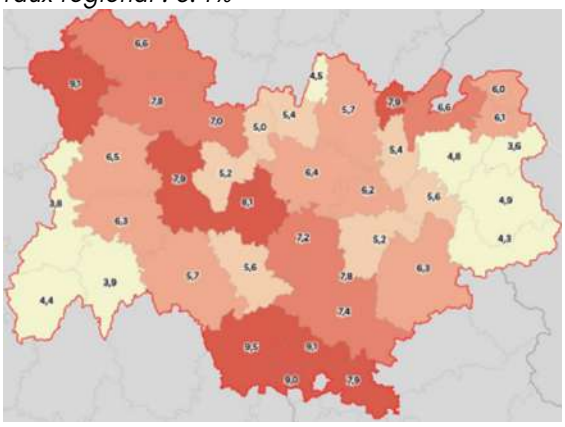
→ Source Photo : La Montagne

Emplois selon le secteur d'activité – bassin d'emplois de Montluçon :



Taux de chômage par zone d'emploi – Auvergne-Rhône-Alpes (1er trimestre 2024) :

Taux régional : 6.4%



→ Source : Taux de chômage localisé, Découpage ZE2020

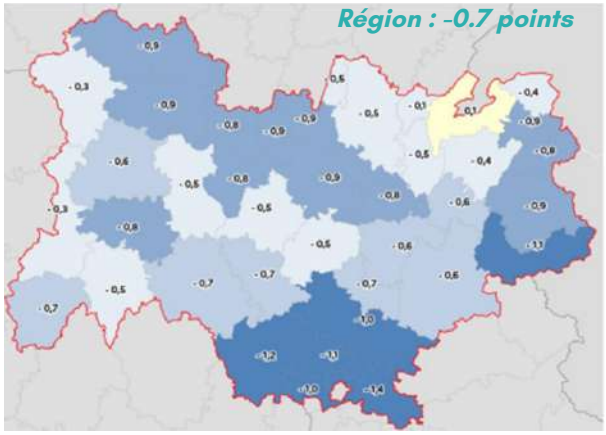
Le taux de chômage de la région Rhône-Alpes-Auvergne, au premier trimestre 2024, s'élève à **6,4 %,** situant la région en troisième position au niveau national, après les Pays-de-la-Loire et la Bretagne, parmi les régions ayant les taux de chômage les plus faibles.

Cependant, la cartographie régionale des taux de chômage à l'échelle des zones d'emploi montre de fortes disparités entre les secteurs géographiques enregistrant les taux de chômage les plus bas à l'Est (Mont-Blanc 3,6 %, Maurienne 4,3%) et à l'Ouest (Cantal, Saint-Flour 3,9 % et Aurillac (4,4 %) et ceux enregistrant les taux les plus élevés au Sud (Aubenas 9,5 %, Montélimar 9,1 %) et à l'Est **(Montluçon 9,1 %)**.

Comparé à la période d'avant crise sanitaire, la zone de Montluçon est parmi celles qui enregistre la variation la plus faible de son taux de chômage (**- 0.3 point** contre une moyenne régionale de **- 0.7 point),** laissant présumer des causes profondes du niveau élevé de chômage sur ce territoire tel que le processus de désindustrialisation qui le frappe depuis plus d'un demi-siècle et les difficultés à reconvertir la structure des emplois.

Ce constat souligne l'important degré de précarité professionnelle des habitants du bassin montluçonnais avec un risque accru de désaffiliation sociale de la patientèle(1) qui est susceptible d'impacter directement l'accès aux soins.

Evolution du taux de chômage par rapport au 4ème trimestre 2019, avant crise sanitaire (en point) :

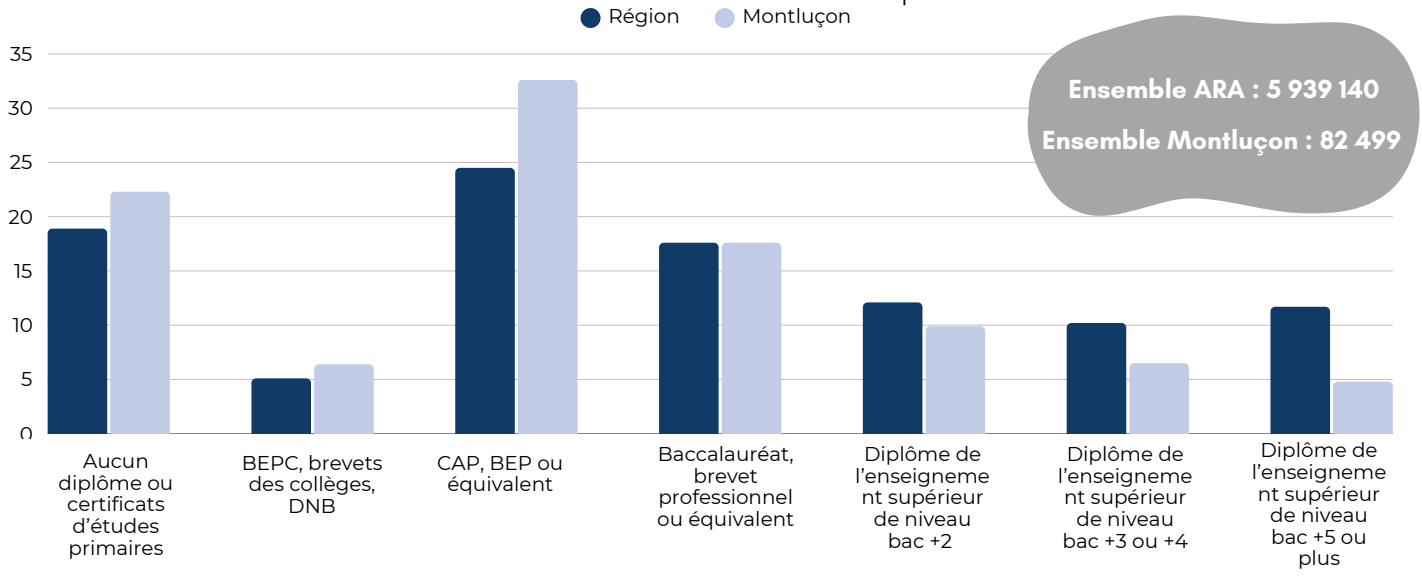


→ Source : INSEE Taux de chômage localisé

Qualification

L'examen des données statistiques liées au niveau des formations des habitants permet de constater une part nettement plus importante de personnes pas, ou peu, diplômées sur le territoire de Montluçon, comparativement au niveau régional. Parallèlement, la part de personnes titulaires d'un diplôme bac + 2 et plus est très en-dessous de la moyenne régionale : **21,9 %** sur le secteur géographique de Montluçon contre **35,5 %** au niveau régional. Ce faible niveau de qualification ajoute à la précarité sociale de la population

Niveau de diplôme – Région Auvergne – Rhône – Alpes / Montluçon : Diplôme le plus élevé de la population non scolarisée de 15 ans ou plus selon le sexe 2021



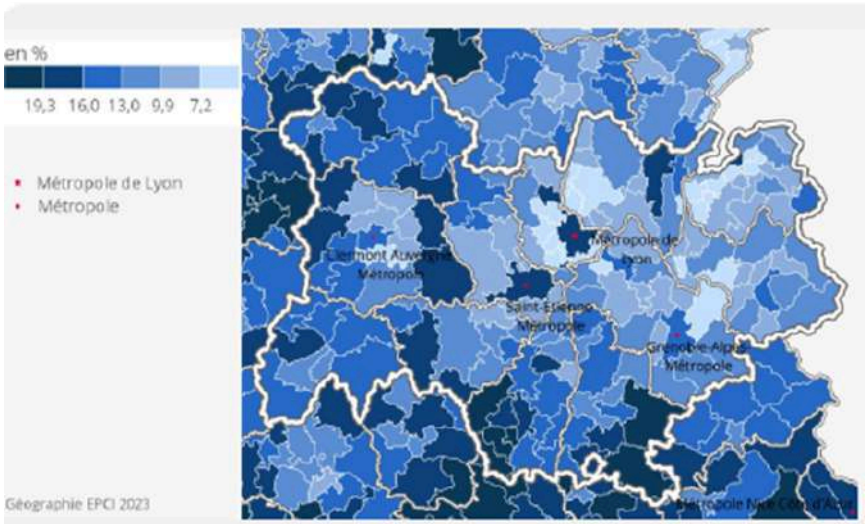
1: Telle que théorisée par le sociologue Robert Castel

Niveau de revenu

L'arrondissement de Montluçon présente des indicateurs de pauvreté très supérieurs aux moyennes régionale et nationale. Outre un différentiel de revenu médian disponible par unité de consommation de **2.600 euros constaté en 2021** entre l'arrondissement de Montluçon (21 200 euros) et la région Auvergne-Rhône-Alpes (23 800 euros), le taux de ménages fiscaux soumis à l'impôt sur le revenu y était également inférieur de 9,5 points **(44,5 %)** à la moyenne régionale **(54 %)** en 2021.

Le taux de pauvreté(1) dans l'Allier est le plus élevé de **la région ARA : 15,3 % contre 13,3 %.** Ce taux atteint **17,3 %** sur l'arrondissement de Montluçon et **25 %** sur la seule commune de Montluçon.

Taux de pauvreté monétaire, par EPCI :



Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (Filosofi) 2020.

Revenus	RÉGION : ARA	ARRONDISSEMENT : MONTLUÇON (031)	COMMUNE : MONTLUÇON (03185)
Nombre de ménages fiscaux en 2021	3 482 887	50 907	17 670
Part des ménages imposés en 2021, en %	54	44.5	40
Médiane du revenu disponible par unité de consommation en 2021, en euros	23 800	21 200	19 420
Taux de pauvreté en 2021, en %	13.3	17.3	25

Avertissement : Pour des raisons de secret statistique, certains indicateurs peuvent ne pas être renseignés. A cause de l'absence de données de certains DOM, le niveau France n'est pas disponible (voir les données France métropolitaine)

→ Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal en géographie au 01/01/2024

1: Le taux de pauvreté correspond à la proportion d'individus appartenant à des ménages dont le niveau de vie (après transferts, impôts et prestations sociales) est inférieur au seuil de 60 % de la médiane du revenu disponible de l'ensemble de la population.

Des trois arrondissements du département de l'Allier, Montluçon est celui qui présente les critères socio-économiques les plus défavorables :

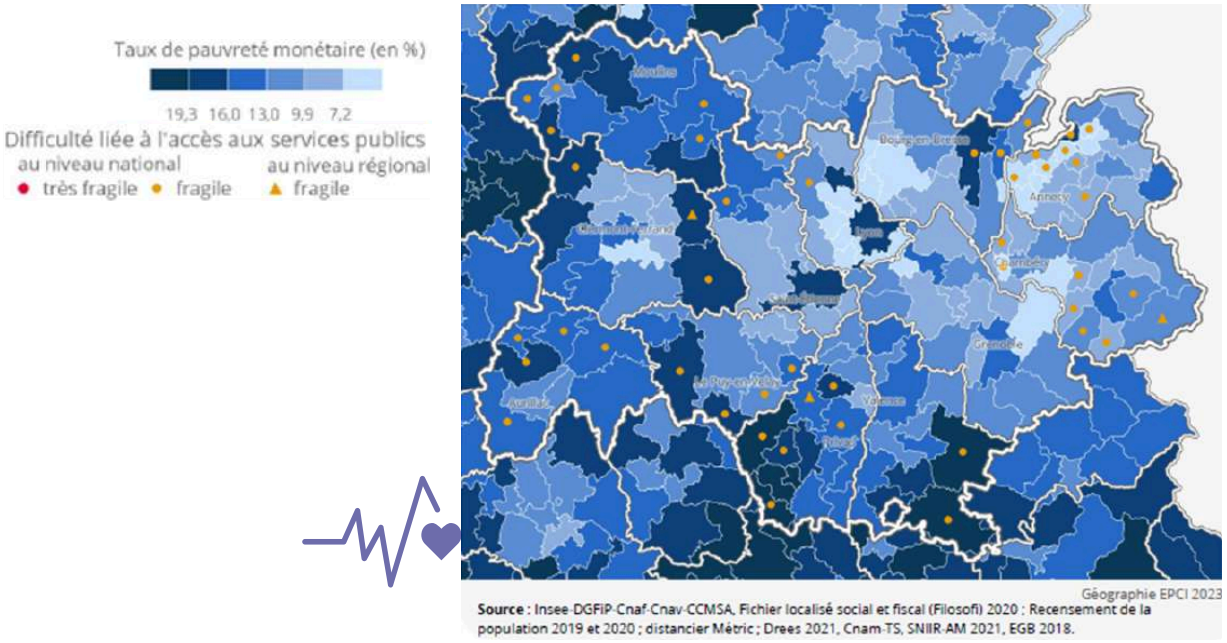
Revenus	ARRONDISSEMENT : MONTLUÇON (031)	ARRONDISSEMENT : MOULINS (032)	ARRONDISSEMENT : VICHY (033)
Nombre de ménages fiscaux en 2021	50 907	35 513	73 621
Part des ménages imposés en 2021, en %	44.5	47.3	45
Médiane du revenu disponible par unité de consommation en 2021, en euros	21 200	21 990	21 490
Taux de pauvreté en 2021, en %	17.3	15.2	15.9

Avertissement : Pour des raisons de secret statistique, certains indicateurs peuvent ne pas être renseignés. A cause de l'absence de données de certains DOM, le niveau France n'est pas disponible (voir les données France métropolitaine)

Les difficultés d'accès aux soins, si elles ne sont pas directement corrélées à la pauvreté monétaire, viennent renforcer la précarité des ménages, en accroissant les contraintes (temps d'attente, recherche d'un praticien, déplacements ...). Par ailleurs, vivre dans un territoire faiblement doté en services de santé augmente fortement le risque que les personnes en situation de privation matérielle et sociale renoncent aux soins.

Dans les territoires où la population est très âgée, les difficultés d'accès aux soins peuvent devenir encore plus prégnantes, notamment pour les personnes les moins favorisées. En effet, les personnes les plus âgées sont à la fois généralement moins mobiles et davantage susceptibles de devoir recourir à des professionnels de santé.

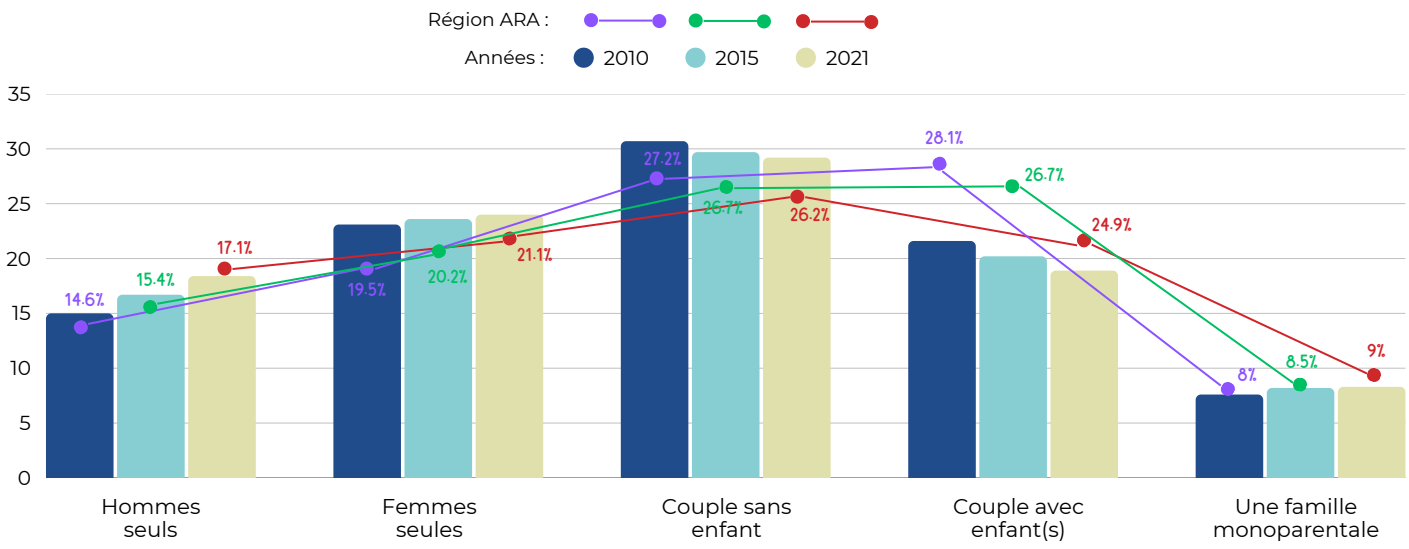
EPCI fragiles sur le thème de l'accès au soins et taux de pauvreté monétaire :



Source : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (Filosofi) 2020 ; Recensement de la population 2019 et 2020 ; distancier Métric ; Drees 2021, Cnam-TS, SNIIR-AM 2021, EGB 2018.

Structure des ménages

Ménages selon leur composition



→ Sources : Insee, RP2010, RP2015 et RP2021, exploitations complémentaires, géographie au 01/01/2024

La part des personnes vivant seules sur l'arrondissement de Montluçon est en progression constante depuis plusieurs années, à l'instar de l'évolution sur l'ensemble de la région. Elle est cependant **supérieure de plus de 4 points** à celle de la région ARA. A contrario, la part des ménages constitués d'un couple avec ou sans enfant, et plus spécifiquement la part des couples avec enfant, ne cesse de diminuer depuis 2010. Cela est significatif du vieillissement de la population sur le bassin de Montluçon.

1.3 Le bassin Montluçonnais, espace marqué par des indicateurs sanitaires défavorables

L'atlas régional de la santé en Auvergne – Rhône – Alpes publié en 2022 rappelle que « de nombreuses études recensées par Santé publique France mettent en avant l'influence des déterminants sociaux sur la santé, comme par exemple :

- Une moins bonne chance de survie après un cancer pour les personnes vivant dans des zones les plus défavorisées (Tron, 2021),
- Une augmentation des hospitalisations et de la mortalité pour certaines maladies cardio-neuro-vasculaires (AVC, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque et embolie pulmonaire) lorsque le niveau socio-économique des patients diminue (Lecoffre, 2016),
- Une plus grande difficulté à arrêter de fumer pour les personnes socialement défavorisées, plus grosses consommatrices de tabac, bien qu'étant autant désireuses que le reste de la population (Guignard, 2016),

Ces inégalités de santé pourraient être évitées par des mesures favorisant l'égalité des chances pour l'ensemble de la population et pour les populations les plus vulnérables ».

L'espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance, de même que l'espérance de vie à 60 ans, est inférieure dans le département de l'Allier par rapport aux moyennes régionale et nationale, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Les hommes de l'Allier ont une espérance de vie à la naissance inférieure de plus de deux ans à la moyenne régionale.

Espèrance de vie à la naissance et à 60 ans, 2019-2020, Auvergne-Rhône-Alpes

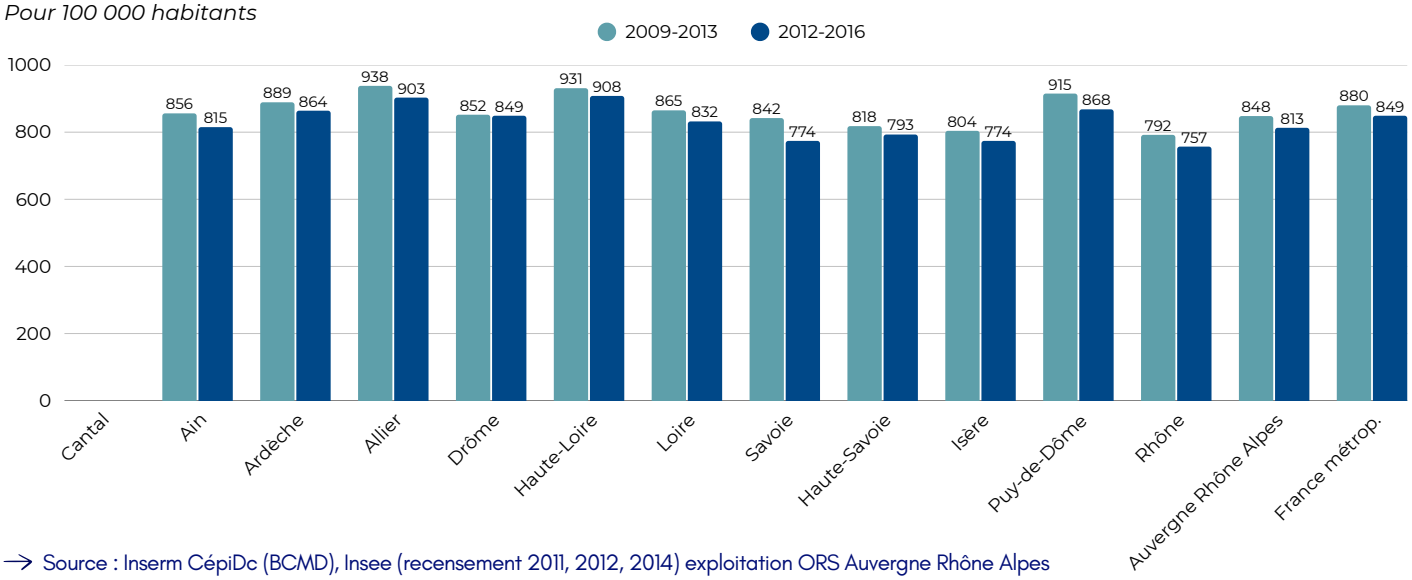
	Espérance de vie à la naissance				Espérance de vie à 60 ans			
	Femmes		Hommes		Femmes		Hommes	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Ain	86,0	84,8	81,3	79,9	27,9	26,9	24,2	23,1
Allier	85,3	84,7	78,1	77,3	27,7	27,2	22,5	21,9
Ardèche	85,3	84,5	79,3	78,2	27,3	26,6	23,4	22,6
Cantal	84,9	84,7	79,7	79,3	26,9	26,7	22,9	22,6
Drôme	85,6	85,2	80,2	79,7	27,6	27,3	23,6	23,2
Isère	86,2	84,9	81,0	79,5	28,1	27,1	24,2	23,1
Loire	85,4	84,1	80,2	78,5	27,7	26,6	23,6	22,4
Haute-Loire	85,8	84,7	79,8	77,8	27,6	26,6	23,0	21,9
Puy-de-Dôme	85,1	84,6	79,3	78,7	27,4	27,1	23,2	22,8
Rhône	86,5	85,2	81,4	79,9	28,4	27,4	24,4	23,3
Savoie	86,1	84,7	80,6	78,7	28,1	26,9	24,0	22,7
Haute-Savoie	86,6	85,2	80,9	79,1	28,3	27,2	24,2	22,9
Auvergne-Rhône-Alpes	85,9	84,9	80,5	79,2	27,9	27,1	23,8	22,9
France-métropolitaine	85,6	85,2	79,8	79,2	27,8	27,3	23,4	22,8

→ Source : INSEE, Statistiques locales 2020

Le taux de mortalité

Taux standardisés annuels de mortalité générale par département - Auvergne Rhône Alpes Périodes 2009 - 2013 et 2012 - 2016 :

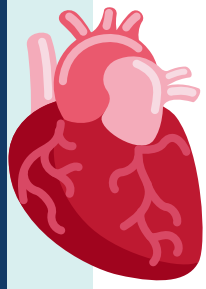
Pour 100 000 habitants



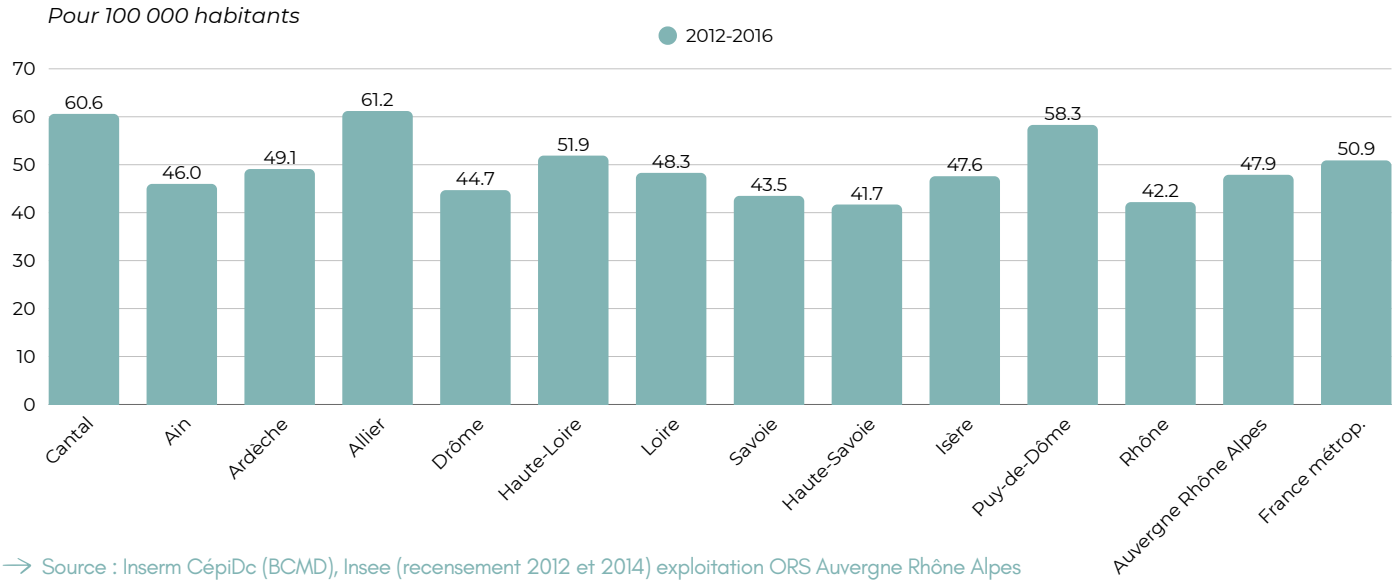
→ Source : Inserm CépiDc (BCMD), Insee (recensement 2011, 2012, 2014) exploitation ORS Auvergne Rhône Alpes

Le taux standardisé de mortalité générale a diminué dans l'Allier, à l'instar des indicateurs régionaux et nationaux, du fait des avancées aussi bien en matière de prévention que de prises en charge et de traitement des maladies, mais il reste parmi les plus élevés de la région ARA avec le Cantal, la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme.

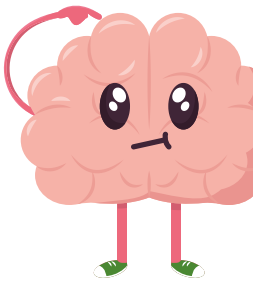
Le département de l'Allier enregistre le score le plus élevé de la région ARA pour les décès par cardiopathie ischémique : **61,2 pour 100.000 habitants** (47,9 au niveau régional et 50,9 au niveau national). Cela est particulièrement marqué sur le territoire de Montluçon. Il en est de même pour la mortalité par AVC : **53,5 décès pour 100.000 habitants contre 44,2 au niveau régional et 47,9 au niveau national.**



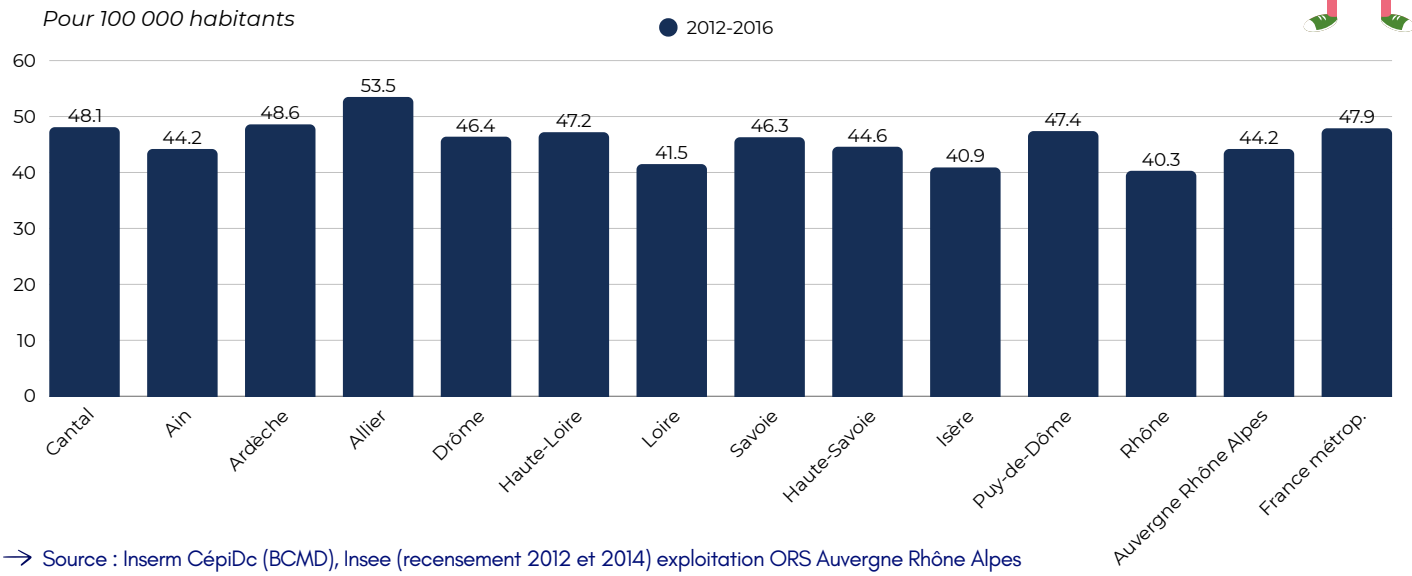
Taux standardisés de décès par cardiopathie ischémique sur la période 2012 - 2016 selon les départements, Auvergne Rhône Alpes et France métropolitaine :



→ Source : Inserm CépiDc (BCMD), Insee (recensement 2012 et 2014) exploitation ORS Auvergne Rhône Alpes

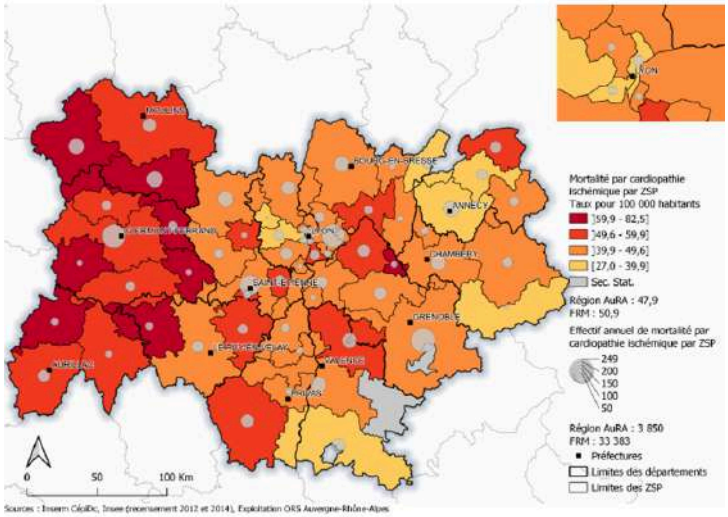


Taux standardisés de décès par AVC sur la période 2012 - 2016 selon les départements, Auvergne Rhône Alpes et France métropolitaine :



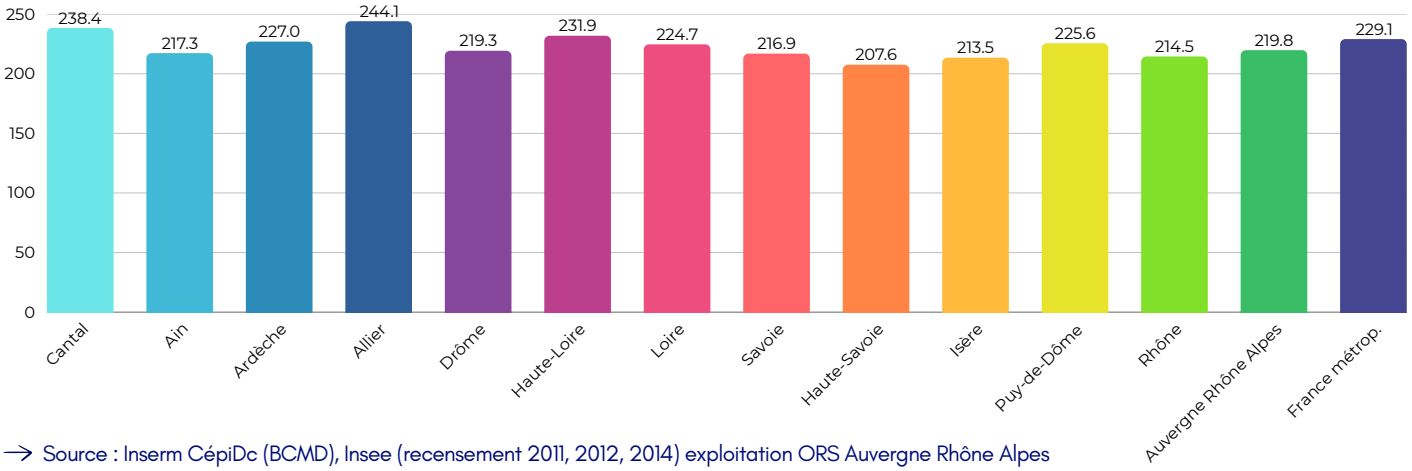
→ Source : Inserm CépiDc (BCMD), Insee (recensement 2012 et 2014) exploitation ORS Auvergne Rhône Alpes

Taux standardisés annuels de mortalité par cardiopathies ischémiques par ZSP, Auvergne Rhône Alpes, 2012-2016 :



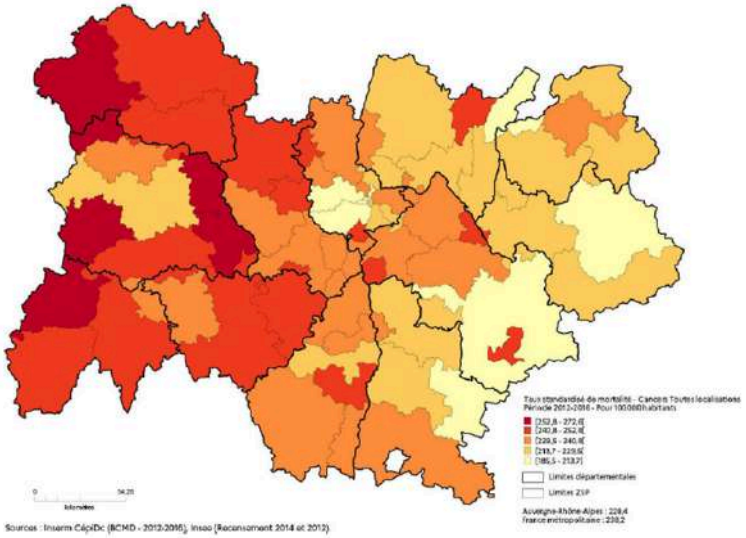
De même, le cancer, première cause de décès, y est surreprésenté (1ère position régionale) avec un taux standardisé de décès liés aux cancers, toutes localisations, compris entre 240,8 et 272,6 pour 100 000 habitants. Le secteur de Montluçon constitue l'une des zones les plus impactées de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Taux standardisés annuels de mortalité de tous cancers 2007-2013, Auvergne Rhône Alpes :



→ Source : Inserm CépiDc (BCMD), Insee (recensement 2011, 2012, 2014) exploitation ORS Auvergne Rhône Alpes

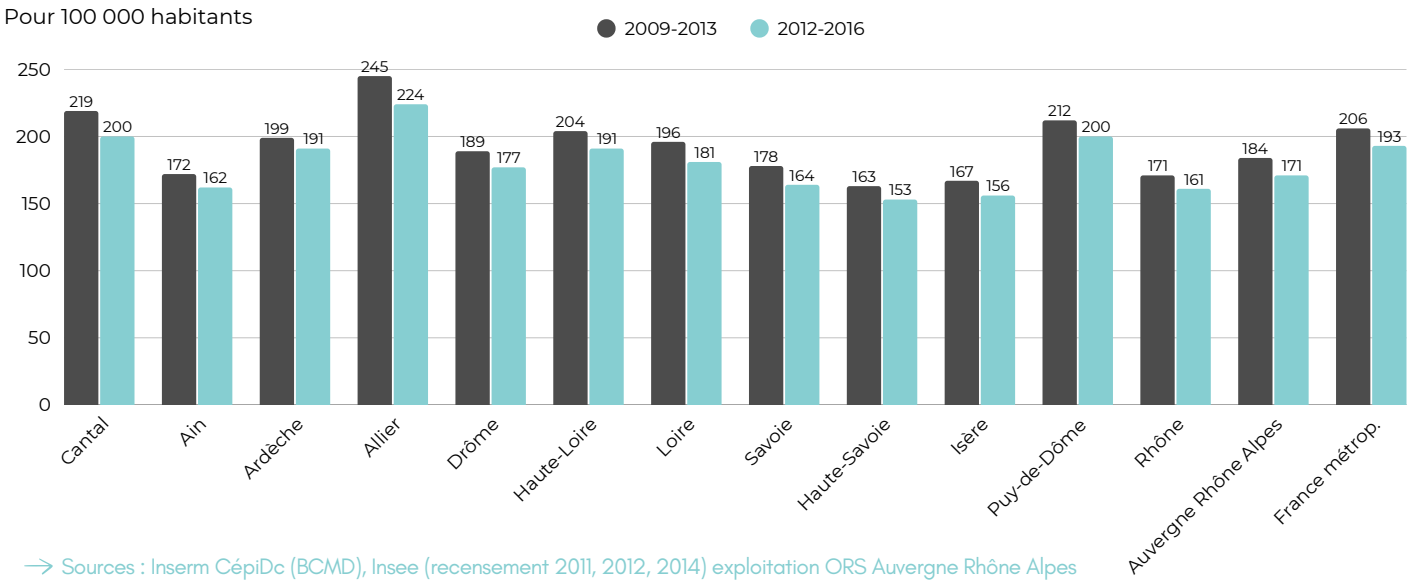
Taux standardisés annuels de mortalité par cancer par ZSP, Auvergne Rhône Alpes, 2012-2016 :



Le taux de mortalité prématurée

Le Cadre d'Orientation Stratégique 2018-2028 édité(1) par l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes souligne que le département de l'Allier figurait au premier rang régional en matière de mortalité prématurée (décès survenant avant l'âge de 65 ans).

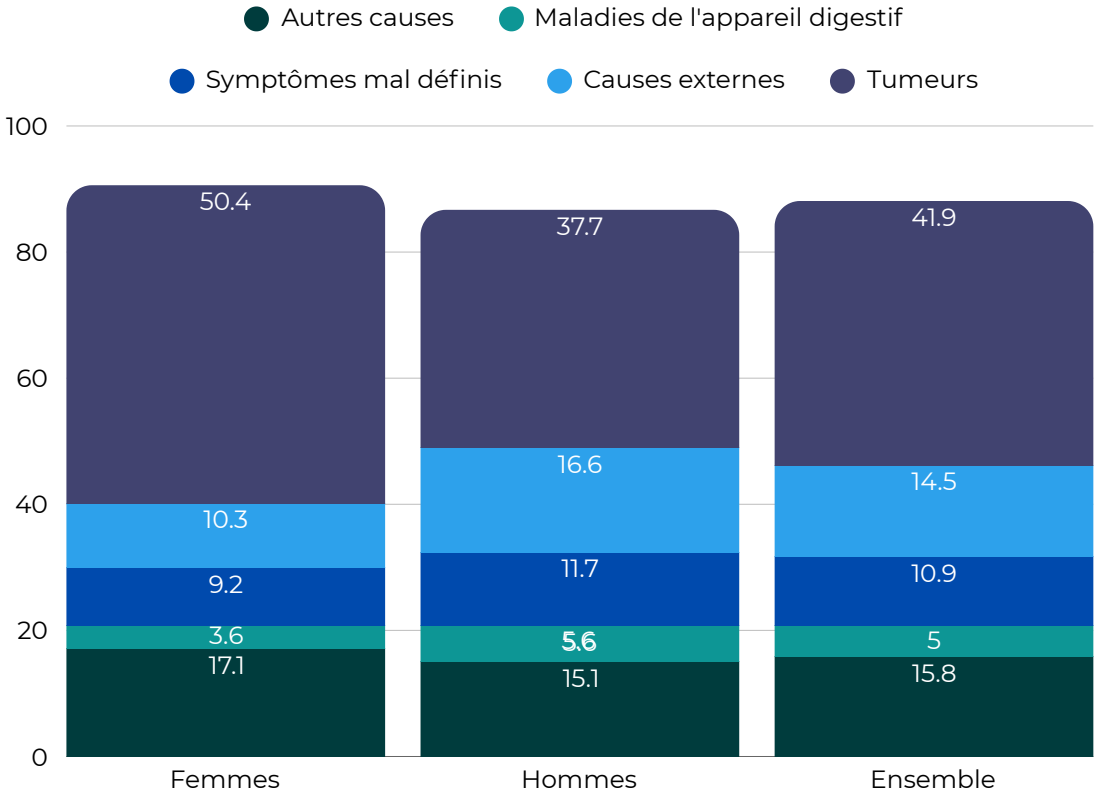
Taux standardisés annuels de mortalité prématurée par département, Auvergne Rhône Alpes, Périodes 2009-2013 et 2012-2016 :



→ Sources : Inserm CépiDc (BCMD), Insee (recensement 2011, 2012, 2014) exploitation ORS Auvergne Rhône Alpes

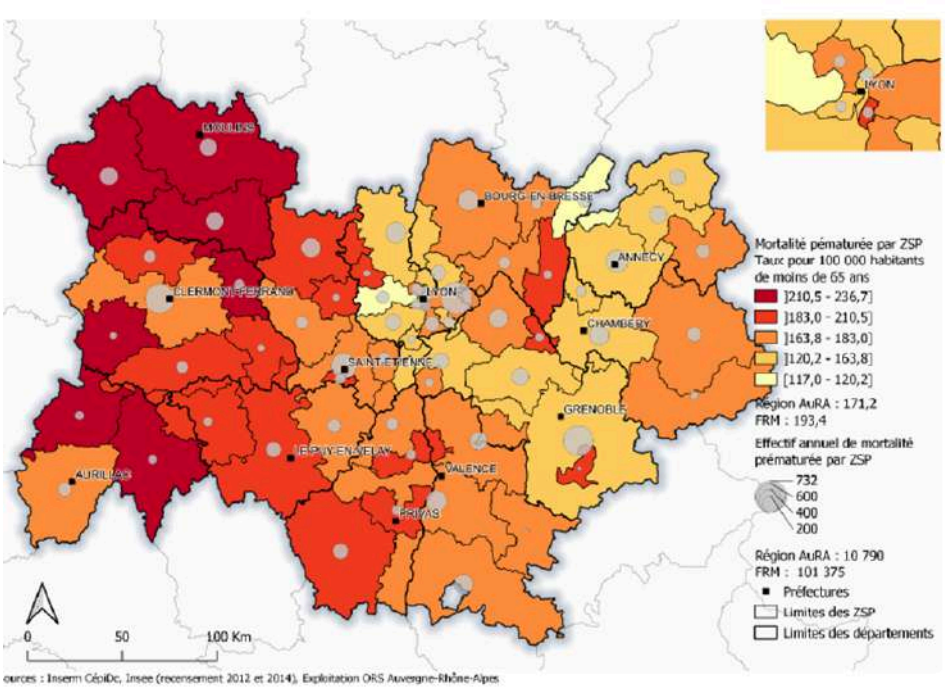
Les principales causes de décès prématurés sont les tumeurs (**42 %** des décès survenant avant 65 ans), les causes externes (**14.5 %**), les maladies cardio-vasculaires (**12 %**) et les maladies de l'appareil digestif (**5 %**).

Principales causes de décès prématurés - Période 2012-2016 - Auvergne Rhône Alpes :



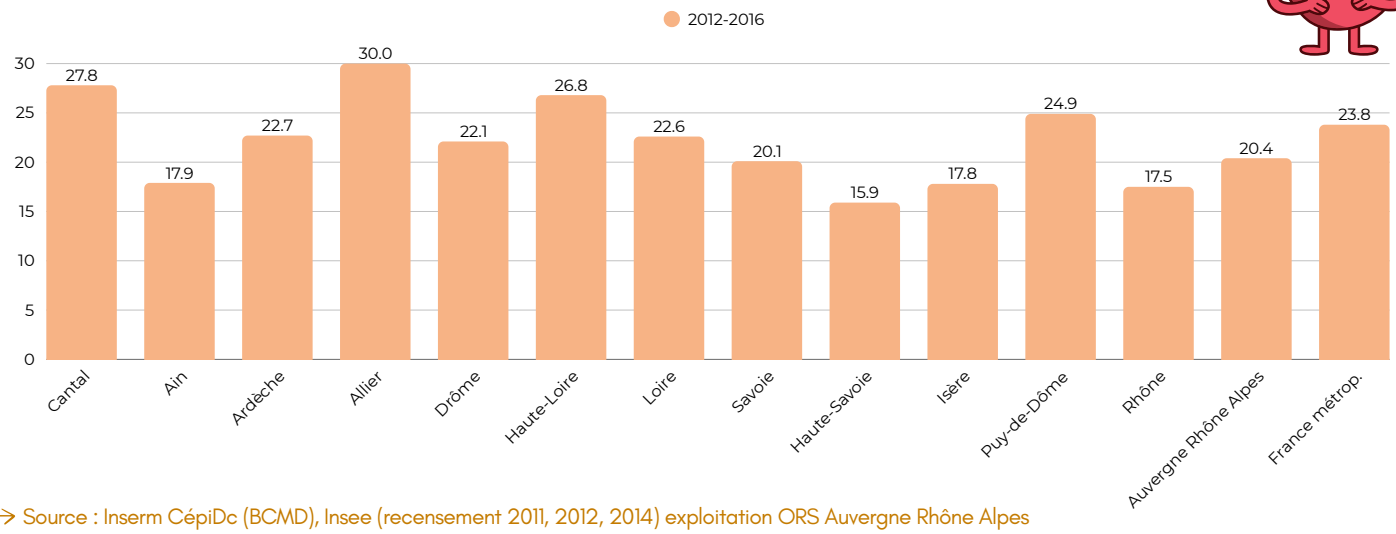
1: https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/prs-cadre-dorientation-strategique-2018-2028

Taux standardisés de mortalité prématurée par ZSP Auvergne Rhône Alpes, Période 2012-2016 :

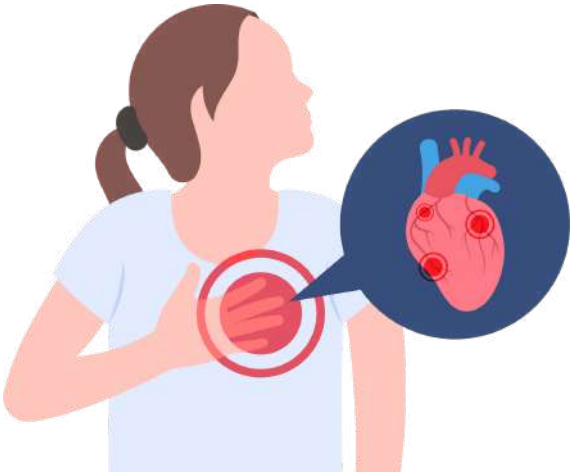


L'Allier présente le taux standardisé de décès prématuré par maladies cardiovasculaires le plus élevé de la région : 30 pour 100.000 habitants, très nettement supérieur aux moyennes régionale **(20,4)** et nationale **(23,8)**.

Taux standardisés de décès prématurés par maladie cardiovasculaire sur la période 2012-2016 selon les départements, Auvergne Rhône Alpes, et France métropolitaine :



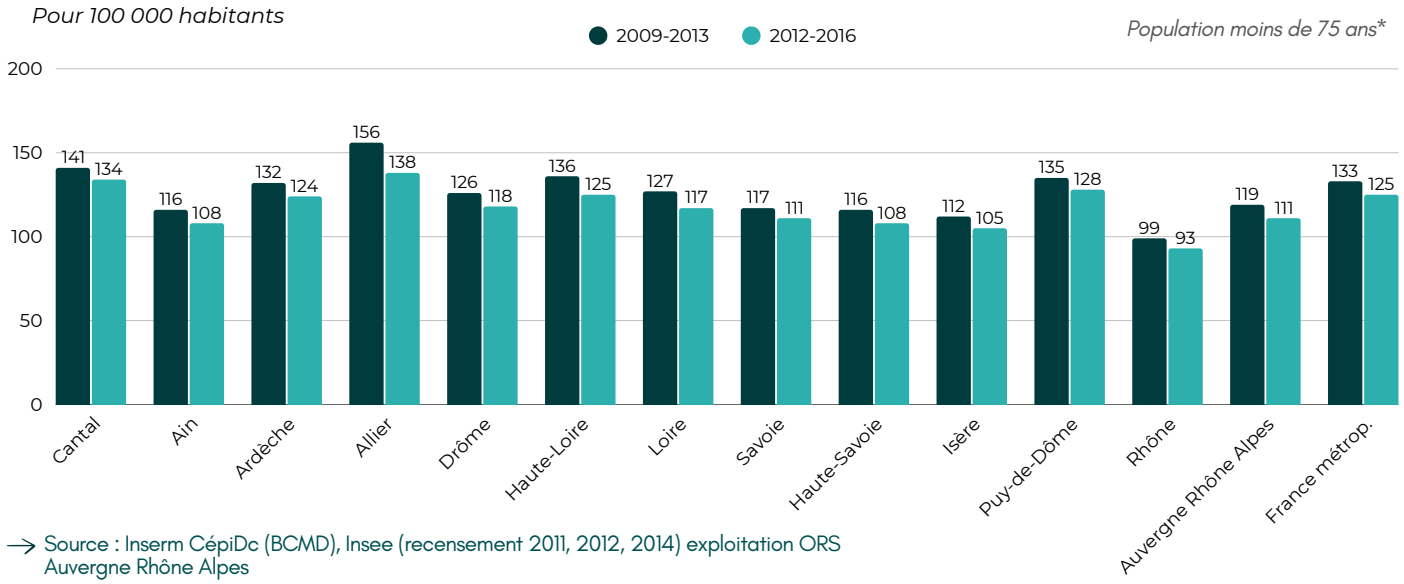
→ Source : Inserm CépiDc (BCMD), Insee (recensement 2011, 2012, 2014) exploitation ORS Auvergne Rhône Alpes



Le taux de mortalité évitable

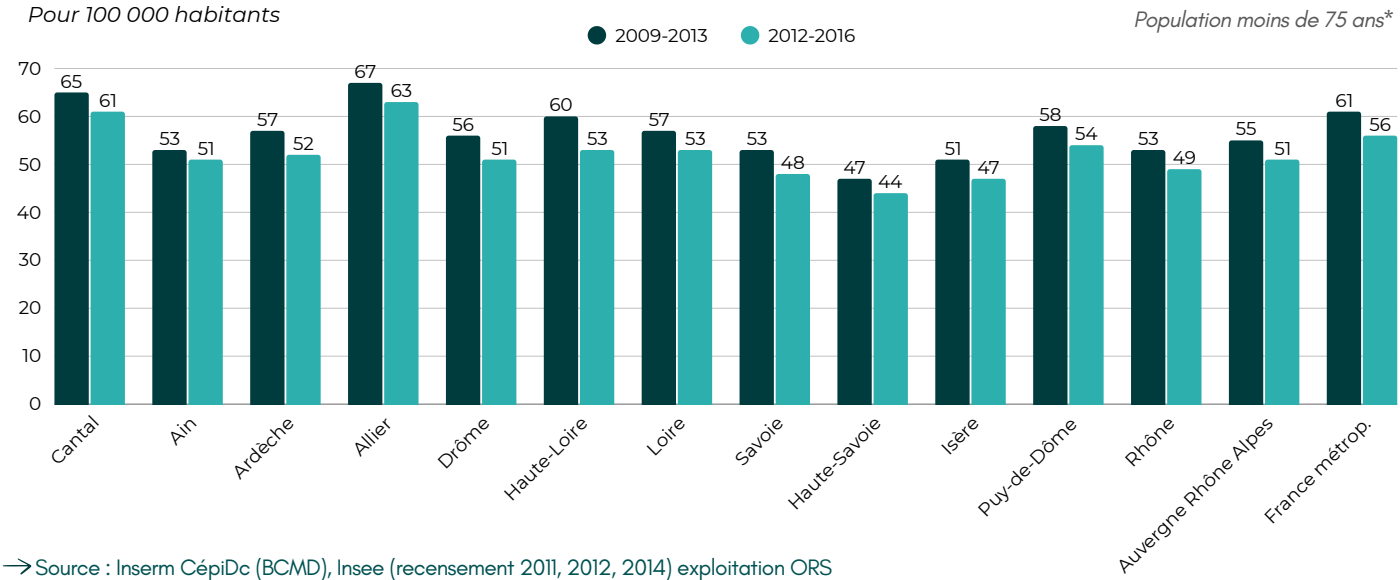
Même si ces données sont à interpréter avec prudence, il ressort des statistiques que le taux standardisé de mortalité évitable par prévention s'élevait à **138 / 100.000 habitants sur la période 2012 – 2016 dans l'Allier** (contre 111 au niveau régional et 135 au niveau France métropolitaine) et le taux standardisé de mortalité évitable par traitement à 63 (contre 51 au niveau régional et 56 au niveau France métropolitaine).

Taux standardisé de mortalité liée à des causes évitables par la prévention par département - Auvergne Rhône Alpes
Périodes 2009 - 2013 et 2012 - 2016 :



→ Source : Inserm CépiDc (BCMD), Insee (recensement 2011, 2012, 2014) exploitation ORS Auvergne Rhône Alpes

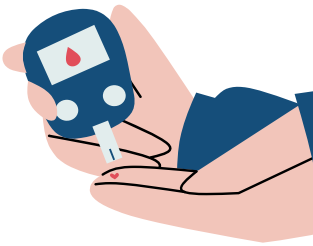
Taux standardisé de mortalité liée à des causes évitables -mortalité évitable par traitement - Auvergne Rhône Alpes
Périodes 2009 - 2013 et 2012 - 2016 :



→ Source : Inserm CépiDc (BCMD), Insee (recensement 2011, 2012, 2014) exploitation ORS Auvergne Rhône Alpes

Le territoire de l'Allier se distingue par la surreprésentation de pathologies liées à des conditions matérielles et sociales précaires, qui impactent la fréquentation des services du CHMN. Les données fournies par l'Assurance Maladie**(1)** pour l'année 2020 attestent d'une intensification de la charge pathologique moyenne au sein de l'Ouest de la région Auvergne-Rhône-Alpes, et notamment dans les extrémités Nord et Sud de cette dernière (Allier et Cantal).

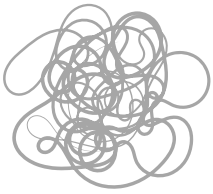
A l'échelle régionale, la zone de soins de proximité de Montluçon est une des seules, avec celles de Mauriac, du Mont-Dore et de Thiers a présenté une surmortalité de plus de 10 % à la moyenne régionale à la fois en termes de mortalité toutes causes, de mortalité prématurée, de mortalité par cancers et de mortalité liée aux maladies cardio-vasculaires.



- L'obésité constitue un cas emblématique, par sa propension à générer des complications médicales graves ; cette dernière frappe, selon les données de l'Assurance Maladie, 4% de la population de l'Allier (2ème plus fort taux régional) contre **3%** au sein de la région Auvergne-Rhône-Alpes ;
- Il en va de même pour le diabète, pathologie au sujet de laquelle l'Allier recense le plus haut taux régional de population affectée (**8%** contre une moyenne régionale de **5,7%**) ;

- En matière de maladies cardiovasculaires, le différentiel est également de 3,2 points de pourcentage en défaveur de l'Allier (10,9%) par rapport à la moyenne régionale constatée (7,7%),

- Sur le plan des soins en psychiatrie, **11%** de la population départementale était en situation de soins sous traitements psychotropes (2e taux régional, différentiel de **2,9 points** avec la moyenne régionale),



- La part des habitants atteints de troubles psychiatriques, ainsi que celle des individus affectés par des maladies neurodégénératives y était la plus élevée avec le Cantal.

- Les pratiques addictives (consommation d'alcool, tabagisme, consommation de stupéfiants ...) sont également prégnantes à l'échelle du bassin de Montluçon.

1: Profil des pathologies de la CPTS », Assurance Maladie, Service médical Auvergne-Rhône-Alpes, 2020

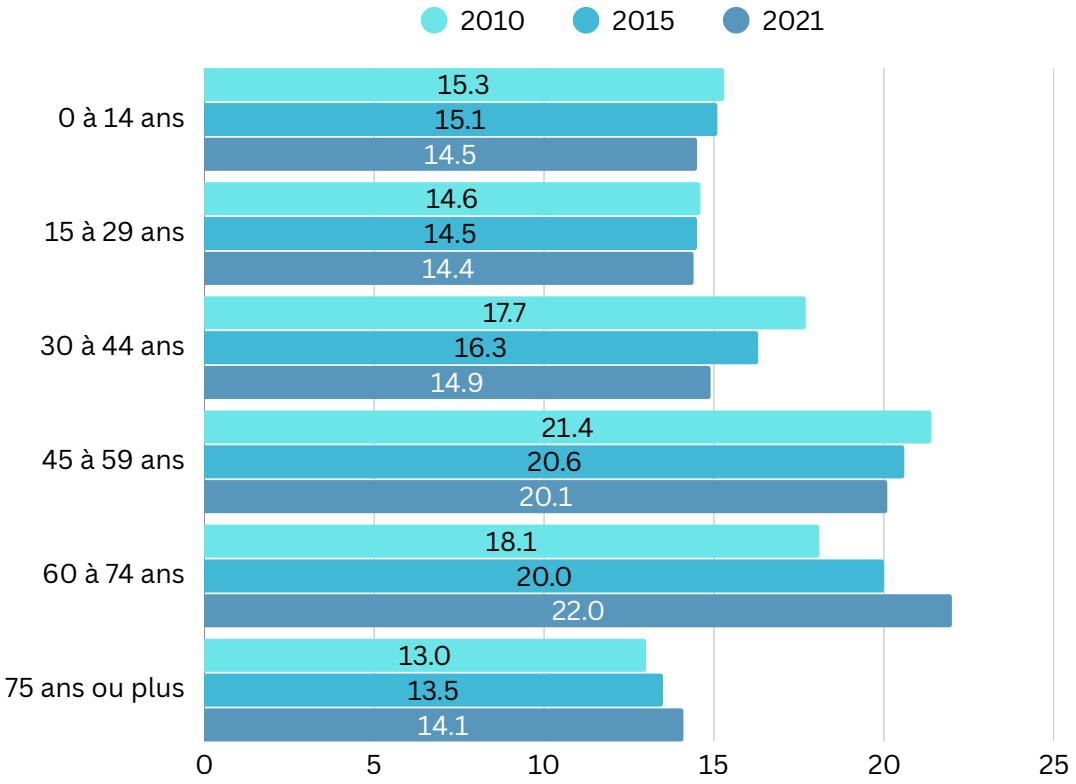
1.4 Le vieillissement démographique du bassin montluçonnais, facteur d'une transformation progressive de la demande de soins

Trois grandes matrices démographiques sont à l'œuvre au sein de la zone d'attractivité du CHMN, qui intensifient la polarisation des âges et modulent les demandes en soins de la population : la décroissance populationnelle, le vieillissement général et l'exode des individus les plus jeunes.

1ère matrice, le déclin démographique général :

L'arrondissement de Montluçon est marqué par un phénomène de dépeuplement soutenu et perceptible sur le long terme, qu'attestent les précédents recensements. Ce dépeuplement intéresse directement le CHMN, en raison du phénomène de déflation qu'il tend à exercer sur la demande en soins. Entre 2010 et 2021, l'arrondissement de Montluçon a ainsi **perdu environ 6.700 habitants**, soit près de **6 %** de sa population.

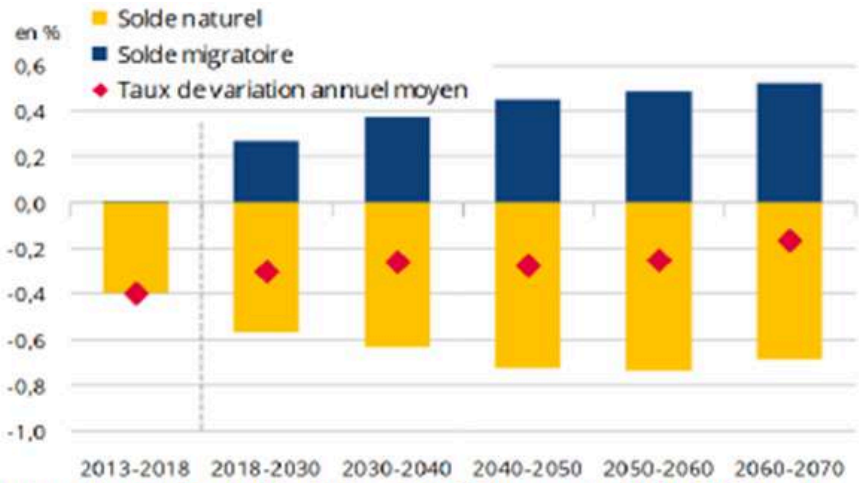
POP T0 – Population par grandes tranches d'âges :



→ Source : Insee, RP2010, RP2015 et RP2021, exploitations principales, géographie au 01/01/2024

A l'échelle départementale, si les tendances démographiques récentes se poursuivent, l'Allier serait le département de la région Auvergne – Rhône – Alpes dont la population diminuerait le plus : la chute représenterait environ **12 %** de la population d'ici 2070, soit une diminution de **0.26 %** par an. Contrairement à la région, dont le retournement démographique se situerait en 2056, l'Allier voit globalement sa population baisser depuis les années 1970, principalement en raison du déficit naturel. En effet, tout au long de la période 2018 – 2070, le nombre de décès serait supérieur au nombre de naissances et ne serait pas complètement compensé par le solde migratoire.

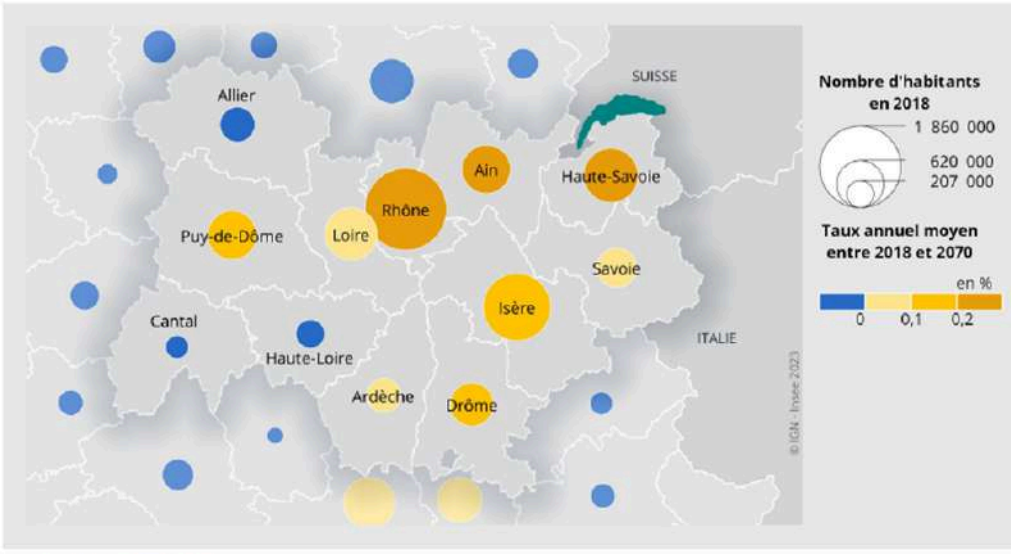
Composantes de l'évolution de la population dans l'Allier :



Lecture : la population de l'Allier diminuerait de 0,3 % par an entre 2018 et 2030. Le solde migratoire contribuerait à hauteur de + 0,26 %, ne compenserait pas le solde naturel de – 0,57 %.

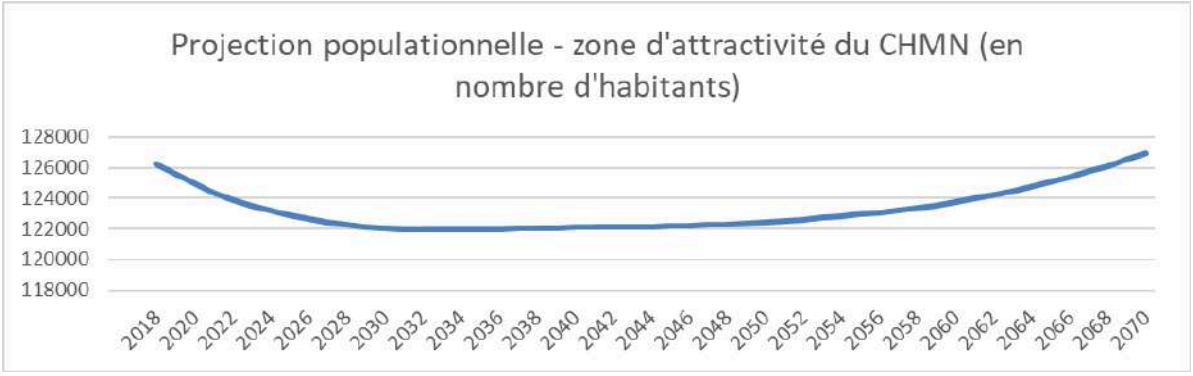
Source : Insee, recensements de la population 2013 et 2018, Omphale 2022, scénario central.

Évolution annuelle moyenne de la population entre 2018 et 2070 :



Source : Insee, Omphale 2022, scénario central.

La zone d'attractivité du CHMN – qui excède légèrement les frontières de l'arrondissement, en raison du recrutement de patientèle aux marges du Cher, de la Creuse et du Puy-de-Dôme – connaît une dynamique analogue. Une projection démographique réalisée par le programme Omphale de l'INSEE met en exergue le fait que le phénomène de dépeuplement pourrait suivre un cours continu jusque 2033 (scénario intermédiaire). Passé ce seuil, la population devrait en revanche connaître une phase de croissance compensatoire sur le long terme.



2ème matrice, le défi du vieillissement :

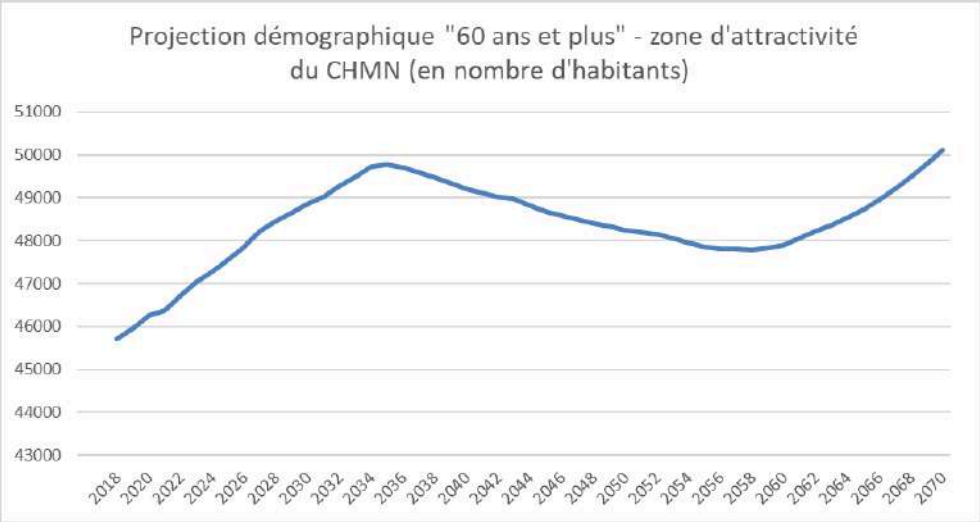
Une tendance constatée à l'échelle de la population globale : Le vieillissement au sein de la zone d'attractivité du CHMN constitue une tendance lourde que confirment les projections démographiques de l'INSEE. La moyenne d'âge nationale est estimée **à 40,9 ans pour les hommes et 43,7 ans pour les femmes** contre respectivement **45,5 ans et 49,5 ans sur la zone d'attractivité du CHMN.**
Cet écart avec la moyenne nationale est susceptible de s'accroître, du fait du processus de vieillissement déjà à l'œuvre. D'ici à 2040, l'âge moyen de la population de la zone d'attractivité du CHMN aura cru de 1 an et 8 mois, soit une évolution de 46,9 à 48,6 ans. Sur le long terme, l'âge moyen sur le territoire devrait tendre vers le seuil des 50 ans, et l'écart avec la moyenne nationale se creuser, compte tenu de la faiblesse du taux de natalité.

Une tendance qui s'accroît avec l'âge : Observé à l'échelle de l'ensemble de la zone d'attractivité du CHMN, le phénomène de vieillissement populationnel traverse les différentes catégories d'âge selon des degrés d'intensité inégaux. La croissance des populations dont l'âge excède les 60 ans transforme la structure démographique du bassin de vie montluçonnais. Les indicateurs les plus récents attestent d'une intensification du processus, aussi bien que d'un positionnement du département parmi les premiers en France en part de personnes âgées. Ainsi, le département de l'Allier figure-t-il au 9ème rang national, selon l'INSEE, en part d'habitants dont l'âge excède les 60 ans. Un positionnement démographique amplifié, en outre, par une tendance territoriale analogue : les départements de la Creuse et de la Nièvre, situés à quelques kilomètres du CHMN, se situe aux premier et troisième rangs nationaux. Il figure en sixième rang national pour la part des habitants de plus de 75 ans.

Rang	Département	Part des 60 ans ou plus (en %)
1	Creuse	40.1
2	Lot	39.6
3	Nièvre	39.1
4	Dordogne	38.7
5	Cantal	37.3
6	Indre	37.2
7	Gers	37.0
8	Charente-Maritime	36.7
9	Allier	36.5
10	Corrèze	36.4

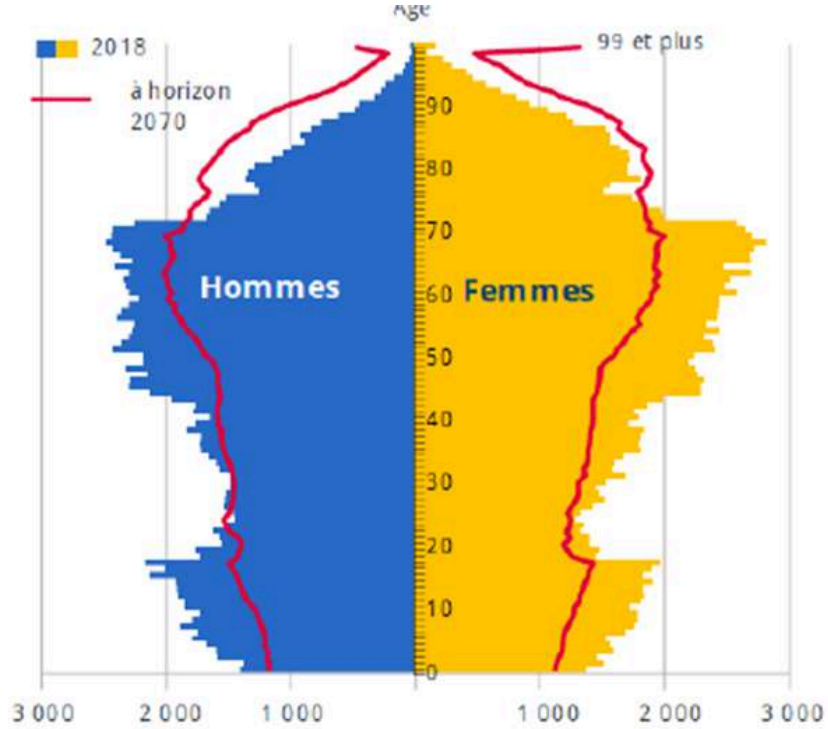
La part de la population âgée de 60 ans et plus est légèrement supérieure au sein de la zone d'attractivité du CHMN en 2023 **(38,1%)** ; cette dernière devrait suivre un court ascendant jusque 2035 **(40,9%)** avant de décroître très légèrement pendant 25 ans **(38,7%)**, puis de repartir à la hausse.

Davantage demandeuse de soins, la population de plus de 60 ans devrait ainsi connaitre une croissance numérique forte, sur deux périodes distinctes (de 2023 à 2035, puis à partir de 2059). Eu égard à l'importance du delta populationnel anticipé, les conséquences sur l'activité des services seront sensibles.



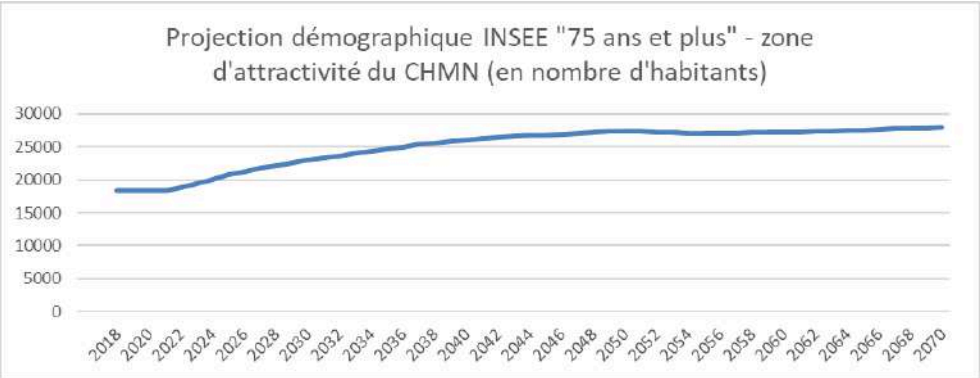
Le vieillissement de la population du département de l'Allier se manifesterait à la fois par une hausse du nombre **de personnes de 75 ans ou plus (+ 18.200)** et par une baisse de celles des moins de 20 ans (- 18.200). la part des personnes de 75 ans ou plus passerait **de 14 % en 2018 à 22 % en 2070**, proportion plus forte qu'au niveau régional **(9 % en 2018 et 18 % en 2070).**

Pyramide des âges de l'Allier en 2018 et 2070 :

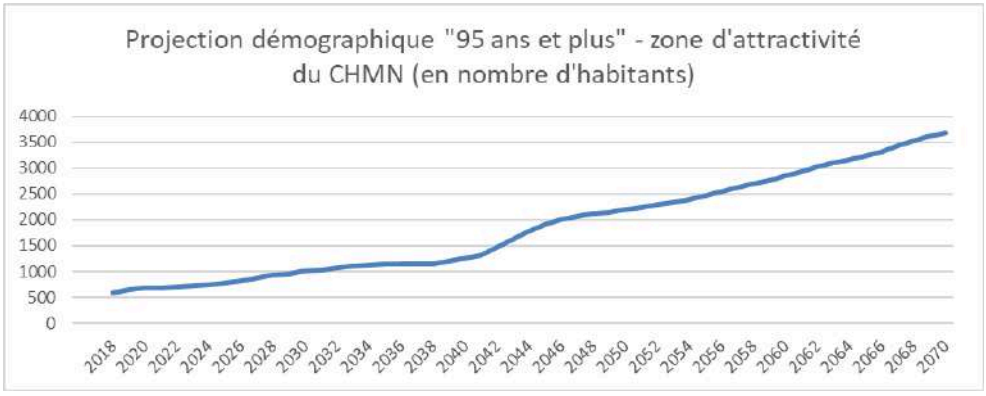


Lecture : l'Allier compterait 1 697 hommes et 1 817 femmes de 75 ans en 2070, contre 1 505 hommes et 1 745 femmes en 2018.
Avertissement : la dernière tranche n'est pas d'un an contrairement aux autres âges, mais cumule les personnes de 99 ans et plus.
Source : Insee, Omphale 2022, scénario central.

Sur la zone d'attractivité du CHMN, le nombre des habitants de plus de 75 ans (**15,8 %** de la population de la zone d'attractivité du CHMN en 2023) devrait, selon les projections de l'INSEE, connaître une croissance intensive de 2023 à 2050, en passant de **19 464 à 27 408 personnes** (soit une croissance de 40,8 %).



La tendance susmentionnée se caractérise d'autant plus que l'âge progresse. Très faible jusque 2031, la croissance prévisionnelle de la population de 85 ans et plus accélère à partir de 2032 (**+ 89 %** en 28 ans). Surtout, la population de 95 ans et plus – jusqu'à présent résiduelle sur la zone d'attractivité du CHMN – devrait devenir une catégorie fortement représentée dès les prochaines années (**+ 61,3 %** d'ici 2035 ; **+ 415,6 %** d'ici 2070). En filigrane, les manifestations de pathologies liées au très grand âge devraient croître au rythme de la progression quantitative des individus susceptibles de les contracter.



Il ressort de l'ensemble des projections que, sur fond de déclin démographique de moyen terme, le vieillissement de la population suivra un cours croissant et impactera à due proportion les services du CHMN. La croissance de la population la plus susceptible de demander des soins sera d'autant plus marquée que l'âge sera grand ; aussi la pression sera-t-elle d'autant forte sur l'offre de la filière gériatrique, ainsi que sur les filières connexes (oncologie, maladies cardio-vasculaires et métaboliques ...)**(1)**.

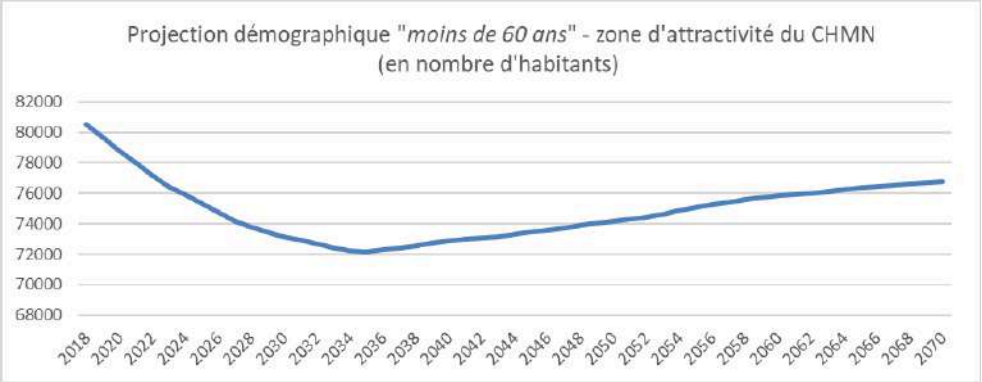
Au phénomène de vieillissement préalablement constaté se superpose une dynamique de décroissance quantitative de la population âgée de moins de soixante ans. Ce phénomène devrait accroître la célérité du processus de vieillissement au sein du bassin montluçonnais.

1: Ces constats sont retrouvés à l'identique dans le Cadre d'Orientation Stratégiques 2018-2028 (pages 9 et suivantes) https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/media/116041/download?inline

3ème matrice, affaiblissement numérique des populations les plus jeunes sur le territoire du CHMN

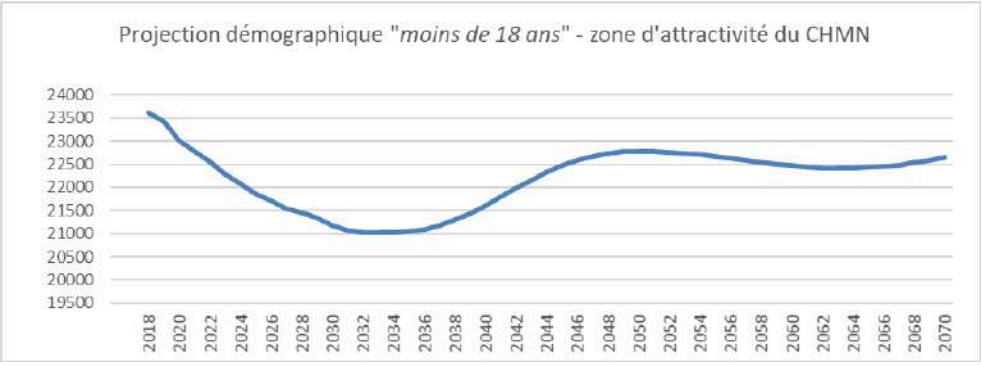
Conséquence de la proportion élevée de personnes âgées au sein du département de l'Allier, la part des populations les plus jeunes suit une dynamique inversement proportionnelle et se distingue par sa relative faiblesse au sein de la population.

Les projections de l'INSEE, appliquées à la zone d'attractivité du CHMN **anticipent une forte décroissance de la part des individus de moins de 60 ans jusque 2035** ; quoique moins demandeuse en soins, cette population est néanmoins plus diverse et structure une part déterminante de l'offre dans le territoire. En 2018, la population **âgée de moins de 60 ans était de 80 492 individus au sein de la zone d'attractivité du CHMN**. Cette dernière a décru en 5 ans, pour ne regrouper plus que 76 465 personnes en 2023 **(environ – 5 %).** Durant les douze prochaines années, la catégorie des moins de soixante ans devrait continuer à faire l'objet d'un déclin soutenu : le contingent devrait être de **72 183 individus** en 2035. La perte démographique estimée des moins de soixante ans pourrait donc être de 8 **309 individus** sur la période de 2018 à 2035 **(-10,3% au total).**

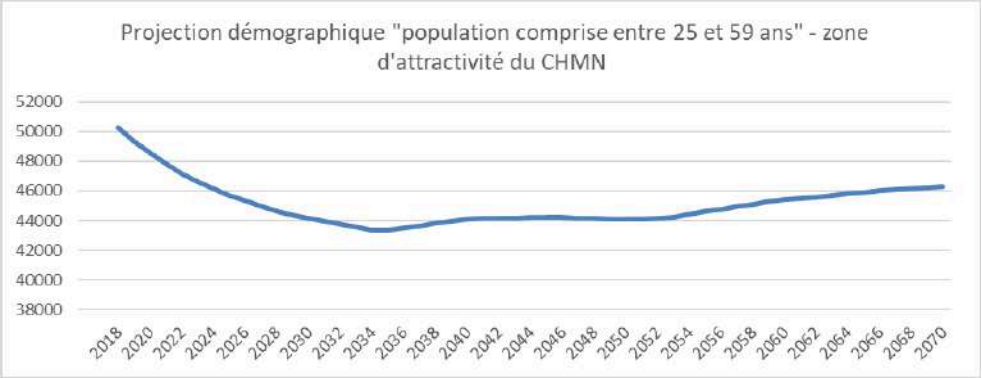


La découpe des projections pour l'ensemble des individus de moins de soixante ans met en lumière un jeu de dynamiques fortement dissemblables au sein des différentes catégories d'âges comprises au sein de l'effectif susmentionné.

En premier lieu, les projections de l'INSEE mettent en exergue une diminution de la population dite « pédiatrique » – selon l'acception de l'ANSM (- de 18 ans). La décroissance de son nombre pourrait être extrêmement marquée jusque 2034 ; elle se matérialiserait par un déclin démographique de **-5,7%** durant les 11 prochaines années, lequel serait partiellement compensé par un mouvement de rebond sur le long terme (de 2034 à 2050).



Une trajectoire comparable est observée au sein de la catégorie des 25-59 ans qui a amorcé son déclin durant la décennie précédente : de 2018 à 2021, les effectifs appréhendés ont en effet été diminués d'environ 3 650 individus. L'INSEE estime que le déclin de la population âgée entre 25 et 59 ans devrait se poursuivre au moins jusqu'en 2035, avant le début d'une longue phase de croissance légère (2035-2070). Durant la phase de déclin démographique à venir, prévue pour une durée de 12 ans, la catégorie 25-59 ans devrait encore être amputée de 3 258 individus, induisant une baisse de **7%** entre 2023 et 2035. Considéré dans l'intervalle 2018-2035, le taux de déclin démographique atteindrait la valeur de **13,77%.**



1.5 Le vieillissement du bassin montluçonnais sous la menace d'un affaiblissement quantitatif de l'offre médicale de ville

La structure de l'offre de soins de ville – et notamment en médecine générale – impacte directement le CHMN dans la mesure où cette dernière permet de réguler l'afflux de patients vers les urgences et/ou les services de médecine. Conformément au Plan du Gouvernement pour l'égal accès aux soins dans les territoires, les Agences Régionales de Santé ont été chargées de réaliser une cartographie de l'accès aux soins en médecine générale. Un zonage a été établi en tenant compte de la difficulté d'accès aux soins par les populations dans chaque territoire. Ce faisant, le zonage effectué par les ARS distingue deux grandes catégories de territoires :

- **Les zones d'action complémentaire (ZAC)** à faible densité médicale, où des moyens sont mis en œuvre afin de stabiliser la situation dans la mesure du possible et d'éviter que celle-ci ne se détériore.
- **Les zones d'intervention prioritaire (ZIP),** les plus confrontées au manque de médecins, et vers lesquelles convergent l'entièreté des aides Assurance Maladie/ARS, afin de conserver une offre de soins – cette dernière fut-elle réduite.

Les espaces dits « hors zones » se distinguent en miroir inverse des deux zonages susmentionnés : si ceux-ci ne disposent souvent pas d'une densité médicale pleinement satisfaisante, ils ne sont toutefois pas confrontés aux mêmes risques de désertification et disposent d'atouts qui leur permettent de renouveler les effectifs médicaux.

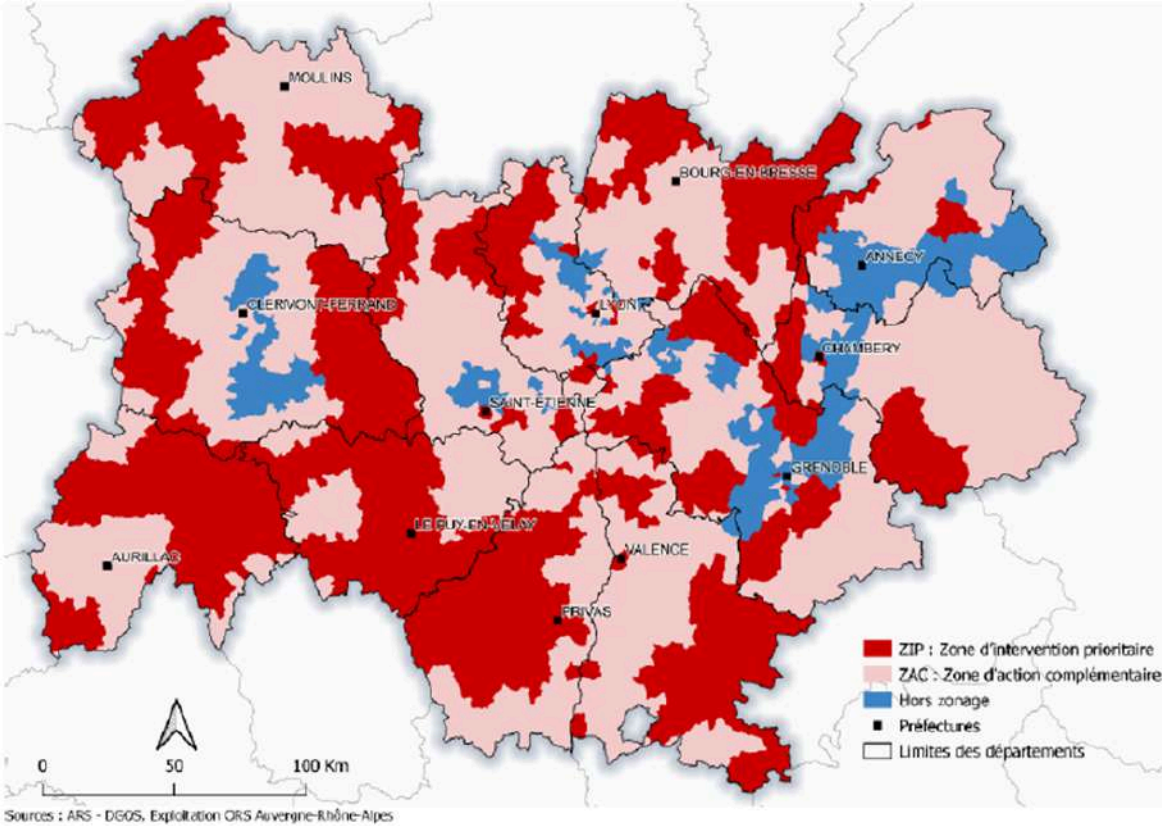
Plusieurs critères(1) sont pris en compte pour définir ce zonage, tels que :

- Le potentiel de consultations sur un an par habitant sur un territoire donné (Accessibilité potentielle localisée – APL) ;
- La densité de médecins généralistes sur le territoire ;
- Le taux de médecins généralistes libéraux âgés de plus de soixante ans ;
- La présence de structures d'exercice regroupé (soit un révélateur du volontarisme politique en matière d'accessibilité aux soins) ;
- La part de population n'ayant pas déclaré de médecin traitant ;
- La part de la population en affection longue durée (ALD) ;
- La part de population âgée de plus de 75 ans (et susceptible de rencontrer des difficultés essentielles de mobilité).

L'étude des zonages réalisés par les différentes ARS et intéressant la zone d'attractivité du CHMN (respectivement Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val-de-Loire et Nouvelle-Aquitaine) souligne les difficultés d'accès aux soins médicaux auxquelles fait face la patientèle du CHMN. Les communes intégrées aux territoires vie-santé de Montluçon, Commentry, Evaux-les-Bains et Boussac sont qualifiées de zones d'action complémentaires (ZAC) et font donc face à des risques caractérisés de rétractation de la population médicale. Une couronne de la précarité de l'offre de soins entoure cet espace, et dessine de grandes étendues territoriales que l'ARS AURA classe en zones d'intervention prioritaire (ZIP). Au sein de ces dernières, des politiques de soutien financier sont déjà employées afin de maintenir l'offre de soins minimale. Les territoires vie-santé de Domérat, Cosne-d 'Allier, Montmarault et Saint-Eloy-les-Mines font l'objet d'une telle classification. Dans ces espaces, le nombre d'omnipraticiens est en diminution constante, de même qu'en proie à un phénomène de vieillissement tendanciel.

C'est ce que fait apparaître la carte suivante : Zonage médecine générale de l'Allier et périphérie

Zonage en médecine générale – Auvergne Rhône Alpes – Janvier 2022 :

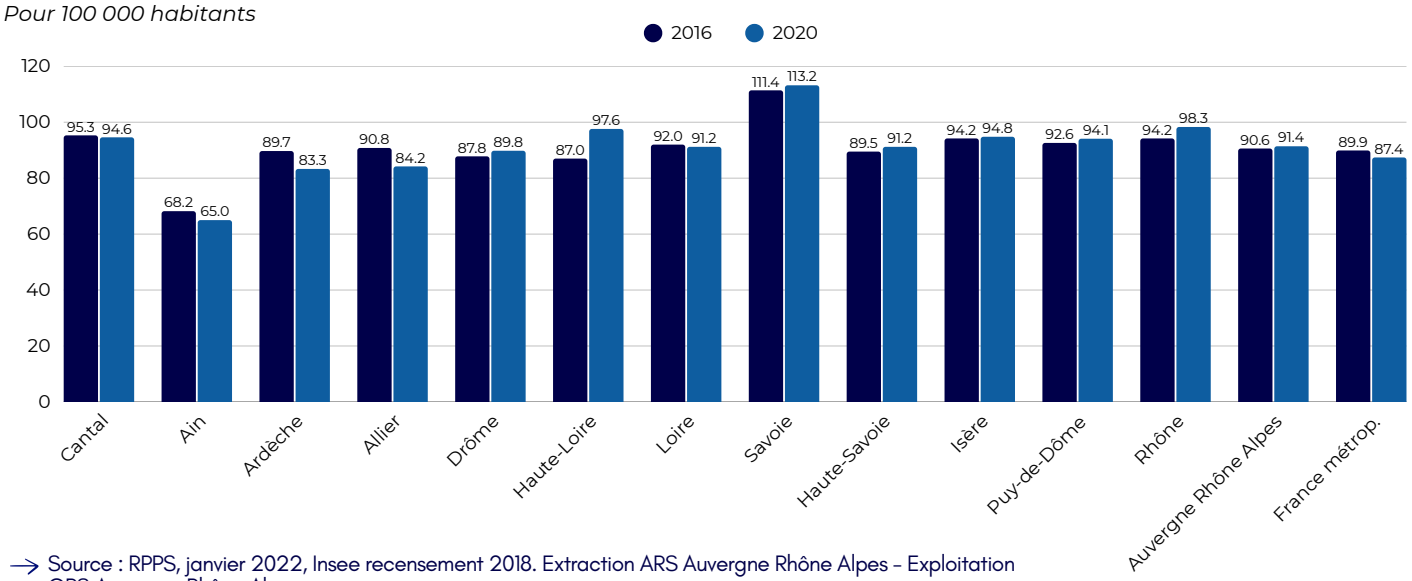


1: Arrêté du 1er octobre 2021 modifiant l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1er de l'article L. 11234-4 du CSP

Situés dans la zone d'attractivité du CHMN, les territoires de Chateaumeillant et Saint-Amand-Montrond ont été classés « zones d'intervention prioritaires » par l'ARS Centre-Val de Loire. Ces territoires vie-santé font également face à une forte précarisation en nombre et en âge de la ressource médicale. De même, les communes creusoises intégrées à la zone d'attractivité du CHMN autour d'Evaux les Bains, Boussac et Auzances sont toutes classées en ZIP ; elles répondent d'une dynamique médicale analogue à celle observée dans le Sud de l'agglomération de Montluçon.

En dix ans, la densité médicale de l'Allier a diminué de près de douze médecins généralistes par cent mille habitants – alors que dans le même temps, à l'échelle de la France entière, cette baisse a été contenue à moins de sept médecins par tranche de cent mille habitants –, selon les données de la Direction générale de l'offre de soins.
En 2020, le département de l'Allier comptait **84,2** médecins généralistes libéraux pour 100.000 habitants quand le chiffre national était de 87,4 et celui de la région ARA de **91,4(1).**
Ces analyses rejoignent celle de l'URPS en 2019**(2)** qui plaçait l'Allier en zone 3 avec un risque à moyen terme découlant du fait que 50 % des médecins libéraux sont âgés de 55 ans et plus.

Densité de médecins généralistes libéraux en 2016 et 2020, par département, Auvergne Rhône Alpes, France métropolitaine :



→ Source : RPPS, janvier 2022, Insee recensement 2018. Extraction ARS Auvergne Rhône Alpes - Exploitation ORS Auvergne Rhône Alpes

La menace d'une accentuation de l'affaiblissement territorial de l'offre de soins est très concrète pour le CHMN, dans la mesure où les services de l'hôpital vont être de plus en plus fréquemment amenés à se substituer à l'offre de ville. Il est à prévoir notamment que les urgences du CHMN soient sollicitées à proportion de la décroissance du nombre de médecins de ville présents au sein de la zone d'attraction de l'établissement.

1 : https://www.lamontagne.fr/montlucon-03100/actualites/deserts-medicaux-dans-l-allier-aucun-territoire-n-est-epargne-par-le-manque-de-generalistes_14098947/
2: https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/08/Allier_03_rapport_SDM_2018.pdf

2 Le Centre Hospitalier de Montluçon-Néris-les-Bains comme opérateur incontournable de coordination sanitaire

Le Centre Hospitalier de Montluçon Néris-les-Bains peut compter sur un ancrage territorial fort. Incontournable dans son bassin, il contribue largement au maintien du niveau de santé publique des populations résidentes de l'Allier.

2.1 L'atout d'un positionnement au carrefour de trois régions

La zone d'attractivité du CHMN est calculée selon la méthode Hospidiag/ATIH : elle consiste en la réunion de l'ensemble des communes qui fournissent au CHMN 80 % de sa patientèle. Cette zone constitue un indicateur fiable de la pénétration du CHMN au sein du territoire, dans la mesure où ses bornes sont induites par le positionnement des établissements concurrents.

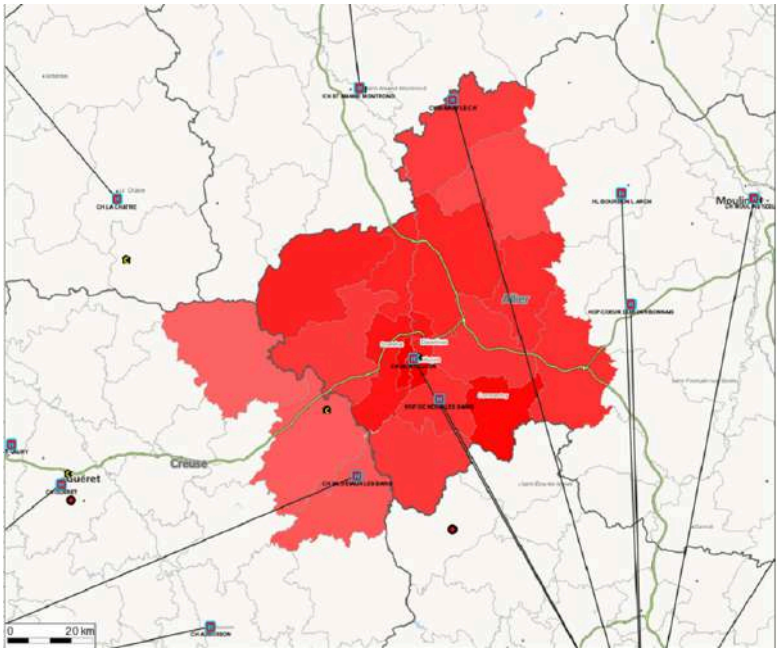
En ce sens, **153 communes** composent cette zone pour un total de 123 495 habitants en 2023. L'essentiel de la population est réparti sur le territoire de l'Allier, et notamment l'agglomération de Montluçon. La commune de Montluçon rassemble ainsi, à elle seule, **28 %** de la population totale de la zone d'attractivité du CHMN.

La zone d'attractivité du CHMN s'étend sur quatre départements répartis sur trois régions administratives :

- L'Allier sur sa partie occidentale, au sein des territoires vie-santé de Montluçon, Commentry, Domérat, Montmarault, Cosne-d 'Allier, Gannat et Saint-Pourçain-sur-Sioule ;
- L'extrémité Sud du département du Cher, au sein des territoires vie-santé de Chateaumeillant et Saint-Amand-Montrond ;
- Le Nord-Est du département de la Creuse, au sein des territoires vie-santé de Boussac et d'Evaux-les-Bains ;
- Une part du Nord du Puy-de-Dôme, au sein du territoire vie-santé de Saint-Eloy-les-Mines.

Les établissements de proximité de ces zones s'inscrivent dans des groupements hospitaliers de territoires dont le centre de gravité est très éloigné de la commune de Montluçon – en l'espèce Limoges pour le GHT du Limousin et Bourges pour le GHT du Cher. Situé à l'interface de ces trois espaces structurants pour l'offre de soins régionale, le CHMN doit user de sa position centrale pour initier un dialogue entre pairs et participer à la fluidification de la coordination inter-GHT.

Zone d'attractivité du Centre Hospitalier de Montluçon Néris-les-Bains :



→ Source : PMSI 2023 Atih – RGP Insee – FHF data

2.2 Une offre de soins solidement établie sur le territoire

Le CHMN est solidement intégré dans l'écosystème de santé de son territoire et constitue un opérateur de santé publique de premier plan pour les populations qui y résident.

La banque de données de la Fédération Hospitalière de France (FHF) indique en 2023 que **44%** de l'activité hospitalière de la zone d'attractivité du CHMN était réalisée en son sein. La part constatée était néanmoins déclinante par rapport à 2020. Cette tendance, observée sur la majorité des indicateurs, est une conséquence objective du phénomène de décroissance populationnelle préalablement observé et de la crise de la COVID-19, ainsi que des difficultés à maintenir en continu l'offre de soins sur certains services hospitaliers sur cette période (Pédiatrie ...)..
Le CHU de Clermont-Ferrand, établissement support du GHT « Territoires d'Auvergne » au sein duquel est intégré le CHMN, constitue en toute logique le principal recours public pour les patients de la zone d'attractivité.

C'est ce que font apparaître les tableaux qui suivent.

Parts de marché « activité totale » à l'échelle de la zone d'attractivité du CHMN :

TOTAL ACTIVITE — *Part du privé lucratif en 2023: 36.9% (37.8% en 2022)*

Etablissement	Type EJ	Nb séj. (issus de la zone)	PdM 2023	PdM 2022	PMCT relatif	*PdM séances 2023*	*Activité totale de l'établ. (*)*	*Détail nb séances*
CH MONTLUCON (030780100)	CH	15 558	43,8% ▽	44,0%	106	*51%*	*19 188*	9 165
CL ST-FRANC ST ANT -DESERTINE (030781116)	Privé	9 578	26,9% ▼	29,3%	85	*28%*	*13 461*	5 036
CHU CLERMOND - SITE MONTPIED (63a780989)	CHR	1 950	5,5%	5,3%	133	*2%*	*61 219*	281
CL CHATAIGNERAIE - BEAUMONT (630781839)	Privé	1 326	3,7% ▲	3,2%	78	*0%*	*45 163*	2
CHU CLERMOND - SITES ESTAING-CEBAZAT (63b780989)	CHR	1 324	3,7%	3,6%	115	*3%*	*37 638*	601
CLCC JEAN PERRIN (630000479)	CLCC	588	1,7%	1,6%	151	*8%*	*10 898*	1 409
CH GUERET (230780041)	CH	577	1,6% △	1,2%	111	*1%*	*11 234*	157
POLE SANTE REPUBLIQUE - CLERMONT (630780211)	Privé	555	1,6%	1,3%	117	*1%*	*25 405*	130
CH VICHY (030780118)	CH	424	1,2%	1,0%	68	*0%*	*28 140*	57
CH MOULINS YZEURE (030780092)	CH	316	0,9%	0,9%	113	*2%*	*19 233*	404
---Autres publics et parapublics---		*1 706*	*4,8%*	*4,6%*		*3%*		585
---Autres privés lucratifs---		*1 659*	*4,7%* ▲	*4,0%*		*1%*		247
TOTAL		35 561			100			*18 074*

Sources : PMSI Atih 2022-2023, FHF data

(*) quelle que soit l'origine géo. du patient

L'étude des parts de marché départementales dessine sans surprise un fractionnement territorial calibré sur les trois arrondissements (Moulins, Vichy et Montluçon) soit **51,5%** pour le secteur public bourbonnais et **24,7%** pour le secteur privé du département. Il est à noter que dans l'Allier, le CHMN a le PMCT relatif le plus élevé (112). Les sites du CHU de Clermont-Ferrand enregistre un PMCT relatif de 143 et de 121 montrant ainsi le rôle de recours pour les établissements de l'Allier.

Parts de marché « activité totale » à l'échelle départementale :

TOTAL ACTIVITE — *Part du privé lucratif en 2023: 32.8% (32.7% en 2022)*

Etablissement	Type EJ	Nb séj. (issus de la zone)	PdM 2023	PdM 2022	PMCT relatif	*PdM séances 2023*	*Activité totale de l'établ. (*)*	*Détail nb séances*
CH VICHY (030780118)	CH	24 934	23,0%	22,9%	98	*25%*	*28 140*	13 952
CH MOULINS YZEURE (030780092)	CH	15 741	14,5%	14,7%	104	*18%*	*19 233*	10 095
CH MONTLUCON (030780100)	CH	15 216	14,0% ▽	14,5%	112	*16%*	*19 188*	8 683
POLYC PERGOLA - VICHY (030780548)	Privé	9 402	8,7%	8,5%	67	*4%*	*11 760*	2 197
CL ST-FRANC ST ANT -DESERTINE (030781116)	Privé	9 350	8,6% ▼	9,6%	89	*9%*	*13 461*	4 999
POLYCL ST-ODILON - MOULINS (030785430)	Privé	7 975	7,4%	7,4%	66	*2%*	*10 384*	920
CHU CLERMOND - SITE MONTPIED (63a780989)	CHR	5 578	5,1%	4,9%	143	*2%*	*61 219*	1 326
CHU CLERMOND - SITES ESTAING-CEBAZAT (63b780989)	CHR	4 045	3,7%	3,6%	121	*3%*	*37 638*	1 745
CL CHATAIGNERAIE - BEAUMONT (630781839)	Privé	3 621	3,3% △	2,9%	81	*0%*	*45 163*	7
POLE SANTE REPUBLIQUE - CLERMONT (630780211)	Privé	1 814	1,7%	1,6%	124	*2%*	*25 405*	1 304
---Autres publics et parapublics---		*7 369*	*6,8%*	*6,8%*		*17%*		9 572
---Autres privés lucratifs---		*3 412*	*3,1%* △	*2,7%*		*1%*		396
TOTAL		108 457			100			*55 196*

Sources : PMSI Atih 2022-2023, FHF data

(*) quelle que soit l'origine géo. du patient

Un découpage de l'activité totale du CHMN est possible sous la forme « MCO » afin de caractériser au mieux le rapport de complémentarité des offres privé/public. En effet, d'importantes variations relatives au positionnement du CHMN sont observables, qui tracent les contours de l'apport du CHMN à son territoire sanitaire.

Le CHMN occupe une position largement majoritaire en matière de médecine au sein de sa zone d'attractivité. C'est ce que fait apparaître le tableau qui suit.

Parts de marché en médecine dans la zone d'attractivité du CHMN (découpage « MCO ») :

M-Médecine — *Part du privé lucratif en 2023: 23.3% (25.4% en 2022)*

Etablissement	Type EJ	Nb séj. (issus de la zone)	PdM 2023	PdM 2022	PMCT relatif	PdM séances 2023	Activité totale de l'établ. (*)	Détail nb séances
CH MONTLUCON (030780100)	CH	11 375	54,8% ▲	54,3%	110	*51%*	*14 103*	9 165
CL ST-FRANC ST ANT -DESERTINE (030781116)	Privé	3 705	17,9% ▼	21,2%	90	*28%*	*5 103*	5 036
CHU CLERMOND - SITE MONTPIED (63a780989)	CHR	1 215	5,9%	5,6%	85	*2%*	*44 264*	281
CHU CLERMOND - SITES ESTAING-CEBAZAT (63b780989)	CHR	871	4,2%	3,9%	97	*3%*	*24 037*	601
CH GUERET (230780041)	CH	380	1,8% △	1,4%	104	*1%*	*7 428*	157
CLCC JEAN PERRIN (630000479)	CLCC	348	1,7% △	1,4%	139	*8%*	*6 734*	1 409
CH VICHY (030780118)	CH	319	1,5%	1,3%	62	*0%*	*20 744*	57
POLE SANTE REPUBLIQUE - CLERMONT (630780211)	Privé	281	1,4%	1,2%	114	*1%*	*13 554*	130
CH MOULINS YZEURE (030780092)	CH	214	1,0%	1,0%	111	*2%*	*13 267*	404
CL CHATAIGNERAIE - BEAUMONT (630781839)	Privé	174	0,8%	0,6%	35	*0%*	*9 501*	2
---Autres publics et parapublics---		*1 188*	*5,7%*	*5,6%*		*3%*		585
---Autres privés lucratifs---		*680*	*3,3%* ▲	*2,3%*		*1%*		247
TOTAL		20 750			100			*18 074*

Sources : PMSI Atih 2022-2023, FHF data

(*) quelle que soit l'origine géo. du patient

L'étude des parts de marché départementales place le CHMN derrière le centre hospitalier de Vichy. Le secteur public représente **62,2%** des activités contre **17,7%** pour le secteur privé lucratif Bourbonnais.

Parts de marché en médecine à l'échelle du département de l'Allier (découpage « MCO ») :

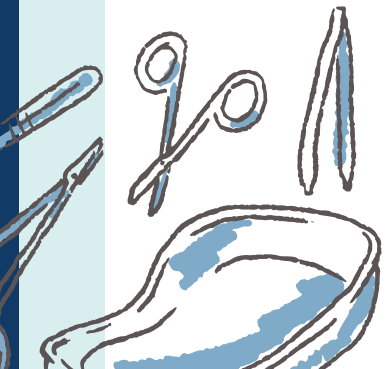
M-Médecine — *Part du privé lucratif en 2023: 21.5% (21.7% en 2022)*

Etablissement	Type EJ	Nb séj. (issus de la zone)	PdM 2023	PdM 2022	PMCT relatif	PdM séances 2023	Activité totale de l'établ. (*)	Détail nb séances
CH VICHY (030780118)	CH	18 415	28,3% ▲	27,6%	96	*25%*	*20 744*	13 952
CH MONTLUCON (030780100)	CH	11 161	17,1% ▼	17,7%	121	*16%*	*14 103*	8 683
CH MOULINS YZEURE (030780092)	CH	10 931	16,8%	17,0%	110	*18%*	*13 267*	10 095
POLYCL ST-ODILON - MOULINS (030785430)	Privé	4 883	7,5%	7,6%	51	*2%*	*6 557*	920
CL ST-FRANC ST ANT -DESERTINE (030781116)	Privé	3 549	5,4% ▼	6,8%	99	*9%*	*5 103*	4 999
CHU CLERMOND - SITE MONTPIED (63a780989)	CHR	3 441	5,3%	5,1%	92	*2%*	*44 264*	1 326
POLYC PERGOLA - VICHY (030780548)	Privé	3 159	4,8% ▲	4,0%	59	*4%*	*3 932*	2 197
CHU CLERMOND - SITES ESTAING-CEBAZAT (63b780989)	CHR	2 584	4,0%	3,7%	115	*3%*	*24 037*	1 745
CLCC JEAN PERRIN (630000479)	CLCC	1 049	1,6%	1,5%	203	*13%*	*6 734*	7 317
POLE SANTE REPUBLIQUE - CLERMONT (630780211)	Privé	910	1,4%	1,3%	149	*2%*	*13 554*	1 304
---Autres publics et parapublics---		*3 610*	*5,5%*	*5,6%*		*4%*		2 255
---Autres privés lucratifs---		*1 486*	*2,3%* △	*2,0%*		*1%*		403
TOTAL		65 178			100			*55 196*

Sources : PMSI Atih 2022-2023, FHF data

(*) quelle que soit l'origine géo. du patient

Concernant la chirurgie, le CHMN a, pour l'année 2023, enregistré une activité inférieure à celle de la clinique privée St-François (**21,6%** de l'activité chirurgicale pour la zone d'attractivité du CHMN, contre **44%** à St-François). En revanche le PMCT du CHMN est supérieur à celui de la clinique Saint-François (114 versus 77), reflétant bien les options de prise en charge de chaque établissement.



Parts de marché en chirurgie dans la zone d'attractivité du CHMN (découpage « MCO ») :

C-Chirurgie — *Part du privé lucratif en 2023: 61.9% (62.1% en 2022)*

Etablissement	Type EJ	Nb séj. (issus de la zone)	PdM 2023	PdM 2022	PMCT relatif	PdM séances 2023	Activité totale de l'établ. (*)
CL ST-FRANC ST ANT -DESERTINE (030781116)	Privé	5 872	44,0% ▼	45,7%	77		8 357
CH MONTLUCON (030780100)	CH	2 886	21,6% ▼	22,3%	114		3 515
CL CHATAIGNERAIE - BEAUMONT (630781839)	Privé	1 131	8,5% ▲	7,6%	78		33 558
CHU CLERMOND - SITE MONTPIED (63a780989)	CHR	735	5,5%	5,5%	200		16 952
CHU CLERMOND - SITES ESTAING-CEBAZAT (63b780989)	CHR	395	3,0%	3,0%	153		7 990
POLE SANTE REPUBLIQUE - CLERMONT (630780211)	Privé	274	2,1% △	1,7%	113		11 851
CLCC JEAN PERRIN (630000479)	CLCC	240	1,8% ▽	2,2%	160		4 164
POLYC PERGOLA - VICHY (030780548)	Privé	181	1,4%	1,4%	69		7 817
CH GUERET (230780041)	CH	167	1,3% ▲	0,7%	131		2 944
CL LA PLAINE - CLERMONT (630780369)	Privé	164	1,2% △	0,9%	51		8 428
---Autres publics et parapublics---		*659*	*4,9% ▲*	*4,1%*			
---Autres privés lucratifs---		*630*	*4,7%*	*4,8%*			
TOTAL		13 334			100		

Sources : PMSI Atih 2022-2023, FHF data

(*) quelle que soit l'origine géo. du patient

L'étude des parts de marché départementales place le CHMN au 7ème rang, marquant le fait que l'établissement doit mobiliser ses moyens pour retrouver le niveau des années d'avant COVID.

Parts de marché en chirurgie à l'échelle du département de l'Allier (découpage « MCO ») :

C-Chirurgie — *Part du privé lucratif en 2023: 54.7% (54.3% en 2022)*

Etablissement	Type EJ	Nb séj. (issus de la zone)	PdM 2023	PdM 2022	PMCT relatif	PdM séances 2023	Activité totale de l'établ. (*)
POLYC PERGOLA - VICHY (030780548)	Privé	6 233	15,8% ▼	16,8%	65		7 817
CL ST-FRANC ST ANT -DESERTINE (030781116)	Privé	5 800	14,7% ▼	15,4%	76		8 357
CH VICHY (030780118)	CH	5 414	13,8% ▼	14,3%	114		6 157
CH MOULINS YZEURE (030780092)	CH	3 654	9,3%	9,3%	108		4 468
CL CHATAIGNERAIE - BEAUMONT (630781839)	Privé	3 118	7,9% ▲	6,9%	77		33 558
POLYCL ST-ODILON - MOULINS (030785430)	Privé	3 092	7,9%	8,0%	84		3 827
CH MONTLUCON (030780100)	CH	2 811	7,1%	7,3%	117		3 515
CHU CLERMOND - SITE MONTPIED (63a780989)	CHR	2 137	5,4% △	5,1%	207		16 952
CHU CLERMOND - SITES ESTAING-CEBAZAT (63b780989)	CHR	1 231	3,1%	3,1%	138		7 990
POLE SANTE REPUBLIQUE - CLERMONT (630780211)	Privé	904	2,3%	2,2%	96		11 851
---Autres publics et parapublics---		*2 569*	*6,5%*	*6,5%*			
---Autres privés lucratifs---		*2 369*	*6,0% ▲*	*5,1%*			
TOTAL		39 332			100		

Sources : PMSI Atih 2022-2023, FHF data

(*) quelle que soit l'origine géo. du patient

En matière d'obstétrique, le CHMN assure **87,8%** des activités de sa zone d'attraction, et n'y est concurrencé qu'à la marge par le CHU de Clermont-Ferrand **(4,8%).** Ce quasi-monopole territorial atteste de la qualité du lien qu'a su tisser le CHMN avec sa patientèle. L'offre de soins en obstétrique n'est que marginalement assurée par les établissements privés.

Parts de marché en obstétrique dans la zone d'attractivité du CHMN (découpage « MCO ») :

O-Obstétrique — *Part du privé lucratif en 2023: 1.8% (1.6% en 2022)*

Etablissement	Type EJ	Nb séj. (issus de la zone)	PdM 2023	PdM 2022	PMCT relatif	PdM séances 2023	Activité totale de l'établ. (*)
CH MONTLUCON (030780100)	CH	1 297	87,8% ▲	86,6%	98		1 570
CHU CLERMOND - SITES ESTAING-CEBAZAT (63b780989)	CHR	58	3,9%	4,0%	132		5 611
CH GUERET (230780041)	CH	30	2,0%	2,1%	83		862
CH ST AMAND MONTROND (180000069)	CH	24	1,6% △	1,2%	106		410
CL CHATAIGNERAIE - BEAUMONT (630781839)	Privé	21	1,4% ▲	0,8%	136		2 104
CH MOULINS YZEURE (030780092)	CH	19	1,3% ▼	1,8%	126		1 498
CH VICHY (030780118)	CH	7	0,5%	0,6%	111		1 239
CHU LIMOGES (870000015)	CHR	4	0,3%	0,1%	142		4 335
CL GUILLAUME DE VARYE ST DOULCHARD (180004145)	Privé	2	0,1%	0,0%	176		804
CL ST-FRANC ST ANT -DESERTINE (030781116)	Privé	1	0,1% ▽	0,5%	47		1
---Autres publics et parapublics---		*12*	*0,8%* ▼	*2,0%*			
---Autres privés lucratifs---		*2*	*0,1%*	*0,3%*			
TOTAL		1 477			100		

Sources : PMSI Atih 2022-2023, FHF data

(*) quelle que soit l'origine géo. du patient

Cette situation confirmée à échelle départementale, où les centres hospitaliers de Vichy, Montluçon Néris-les-Bains et Moulins-Yzeure captent 88,1% des parts de marché à eux seuls, selon une distribution quasi-paritaire.

Parts de marché en obstétrique à l'échelle du département de l'Allier (découpage « MCO ») :

O-Obstétrique — *Part du privé lucratif en 2023: 1.8% (1.5% en 2022)*

Etablissement	Type EJ	Nb séj. (issus de la zone)	PdM 2023	PdM 2022	PMCT relatif	PdM séances 2023	Activité totale de l'établ. (*)
CH MONTLUCON (030780100)	CH	1 244	31,5% △	31,1%	91		1 570
CH MOULINS YZEURE (030780092)	CH	1 156	29,3% ▲	28,1%	93		1 498
CH VICHY (030780118)	CH	1 105	28,0% ▼	29,5%	115		1 239
CHU CLERMOND - SITES ESTAING-CEBAZAT (63b780989)	CHR	230	5,8% ▲	5,2%	119		5 611
CH PARAY (710780644)	CH	55	1,4%	1,5%	101		942
CL CHATAIGNERAIE - BEAUMONT (630781839)	Privé	54	1,4% △	1,0%	113		2 104
CH ST AMAND MONTROND (180000069)	CH	31	0,8%	0,5%	94		410
CH ROANNE (420780033)	CH	12	0,3% ▽	0,6%	129		2 183
POLYC PERGOLA - VICHY (030780548)	Privé	10	0,3%	0,2%	47		11
CH NEVERS (580780039)	CH	5	0,1%	0,1%	122		1 595
---Autres publics et parapublics---		*38*	*1,0%* ▼	*1,9%*			
---Autres privés lucratifs---		*7*	*0,2%*	*0,3%*			
TOTAL		3 947			100		

Sources : PMSI Atih 2022-2023, FHF data

(*) quelle que soit l'origine géo. du patient

2.3 Un établissement essentiel à la permanence des soins

La permanence des soins est une dimension obligatoire dans l'organisation de l'offre de soins, hospitalière et libérale pour assurer l'accès aux soins à tout moment, y compris aux horaires de fermeture des cabinets médicaux. Elevée au rang de mission de service public par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » du 21 juillet 2009, via l'article L.6314-1 du Code de la Santé Publique, la permanence des soins est notablement soutenue par les établissements publics de santé.

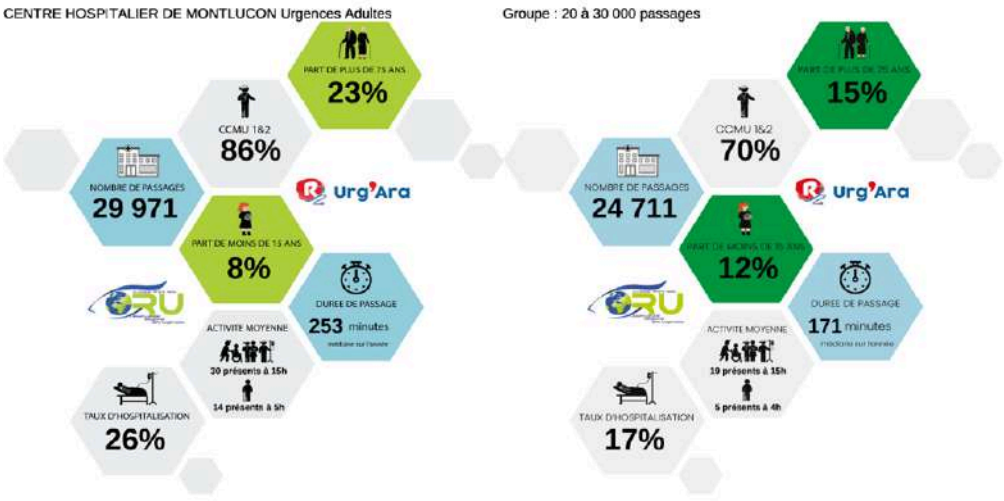
Le CHMN constitue à ce titre un acteur incontournable de la permanence des soins locale, comme en témoignent les chiffres de fréquentation de son service d'urgences, fournis par l'Observatoire Régional des Urgences (ORU) de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Se basant sur l'ensemble des services d'urgences des établissements qui enregistrent entre 20 000 et 30 00 passages annuels, l'ORU souligne que la fréquentation du service des urgences du CHMN excède très largement la moyenne des établissements de dimension comparable.

Dans le cadre de sa participation à la permanence de soins sur le territoire, le CHMN accueille, en outre, une patientèle structurellement plus âgée que la moyenne nationale des établissements de taille comparable. Ce phénomène est une conséquence logique des transformations démographiques constatées par l'INSEE. A ce titre, le CHMN figure au rang des établissements au sein desquels les services d'urgences accueillent la plus forte part de patients âgés de 75 ans et plus.

Tendanciellement plus âgés, les patients qui fréquentent les urgences du CHMN sont susceptibles d'être porteurs de pathologies plus lourdes que la moyenne, aussi bien que plurielles. Aussi le taux d'hospitalisation ultérieure au CHMN est-il largement supérieur à la moyenne nationale.

La place de l'hôpital est d'autant plus importante concernant les urgences que le secteur privé à travers la Clinique Saint-François a récemment abandonné ce segment d'activité. De 2015**(1)** à 2021, la clinique accueillait des urgences. Ainsi en 2017**(2)**, cette dernière enregistrait 7006 ATU**(3)** (passage aux urgences). Le centre de soins non programmés, ouvert en 2021 et « offre complémentaire au service des urgences du centre hospitalier de Montluçon**(4)** » a fermé au 1er semestre 2023**(5)**.



Au-delà de la place majeure des urgences de l'hôpital dans la PDS, il convient de rappeler que le CHMN assure une permanence sous forme de gardes et / ou astreintes dans tous ses secteurs d'activité (médecine, gériatrie chirurgie, gynécologie-obstétrique, hospitalisation à domicile, rééducation, laboratoires, imagerie médicale, pharmacie ...)

Comme le recommande l'Inspection Générale Des Affaires Sociales dans son rapport intitulé « La permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux, une nouvelle ambition collective et territoriale à porter**(6)** », le CHMN travaille en lien avec la CPTS du bassin de Montluçon dans le cadre de l'organisation territoriale existante dans l'Allier rappelée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins**(7)** :

Tableau de front de garde de régulation libérale réalisé à partir des dernières versions des cahiers des charges régionaux de la PDSA

Samedi matin	Samedi après-midi	Dimanche et jours fériés	Soirée semaine (20h-24h)	Nuit profonde (24h-8h)
1	2	2	1	1

Régulation libérale à partir de 19h en soirées de semaine - Régulation libérale du samedi matin non effective

1: https://www.elsan.care/fr/hopital-prive-saint-francois/nos-actualites/lhopital-prive-saint-francois-retrouve-son-service
2: https://hospidiag.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?_service=hospidiag&_debug=0&_program=hd.hospidiag.sas&finess=030781116&tab=0&anfocus=2021
3: Accueil et traitement des urgences
4: « SOS Premiers Soins : Un centre de soins sans rendez-vous à St François » - https://www.elsan.care/fr/hopital-prive-saint-francois/nos-actualites/sos-premiers-soins-un-centre-de-soins-sans-rendez-0
5: https://www.rjfm.net/news/a-l-hopital-prive-saint-francois-le-service-sos-premiers-soins-ferme-definitivement-ses-portes-demain-9208
6: RAPPORT IGAS N°2023-009R de juillet 2023
7: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/ryu87g/cnom_rapport_pdsa_2022.pdf

Les CADRES D'ÉLABORATION

Le projet médical du CHMN doit être en cohérence avec les documents de planification sanitaire, d'une part, et les orientations du Projet Médical Partagé du GHT « Territoires d'Auvergne », d'autre part. Dans le cas du CHMN, il doit également être tenu compte des axes de la convention de direction commune signée le 13 décembre 2022.

1 Les documents de planification sanitaire de la région Auvergne-Rhône-Alpes 2023

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes est chargée de piloter le système de santé dans la région au travers de la mise en œuvre de la politique de santé au plus près des besoins des habitants et de la régulation de l'offre en santé.
Dans cet objectif, l'Agence a élaboré en 2018, un projet régional de santé (PRS), valable pour une période de 10 ans. Le PRS est un outil de pilotage stratégique des actions de l'agence. Il définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs de l'Agence en matière de santé sur dix ans, ainsi que les objectifs opérationnels pour les atteindre.

Le PRS regroupe plusieurs documents :

- Un cadre d'orientation stratégique qui a notamment documenté les inégalités d'accès aux soins,
- Un schéma régional de santé (SRS) qui fixe par champ d'activité les objectifs qualitatifs et quantitatifs de l'offre de soins,
- Un programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

Le Cadre d'orientations stratégiques a été adopté en 2018 pour la période 2018-2028. Ses objectifs portent notamment sur :

- L'organisation des parcours de santé,
- Le renforcement de la pertinence, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de l'efficience des prises en charge et des accompagnements,
- L'action sur les déterminants de santé,
- Le respect et la promotion des droits des usagers.

Le Schéma Régional de Santé 2023-2028 est structuré autour des axes qui suivent :

OBJECTIFS DU SRS 2023-2028	DÉCLINAISON DES OBJECTIFS DU SRS
Placer l'usager au centre de la démocratie en santé	Identification de 6 profils de patients pour les parcours en santé et promotion de la démocratie sanitaire
Améliorer la qualité et l'efficience du système en santé	• Soutien à l'attractivité des métiers • Suivi de la démographie des professionnels de santé • Renforcement des investissements • Amélioration de la coordination des acteurs • Renforcement de la sécurité des soins • Adaptation des parcours en santé • Adaptation aux situations exceptionnelles
Développer la prévention et la promotion en santé	Action sur les déterminants de santé et les pratiques de prévention dans différents domaines
Renforcer l'accès aux soins et à l'offre médico-sociale en tout point du territoire	• Structuration de l'offre de 1er recours • Accessibilité aux soins non programmés • Organisation de la Permanence des soins en établissement de santé (PDES) • Prise en compte des problématiques de vieillissement, notamment dans le secteur médico-social

Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), établi pour 5 ans, est une déclinaison spécifique du schéma régional de santé visant à faciliter l'accès et l'égalité au système de santé dans toutes ses composantes et notamment le parcours de soins des personnes les plus démunies et les plus éloignées de la santé. Il s'est appuyé sur l'observation des points de ruptures dans les parcours de santé des personnes les plus vulnérables.

Le centre hospitalier de Montluçon-Néris –les-Bains prend en compte dans son projet médical les orientations du PRS Auvergne-Rhône-Alpes.

2 Le Projet Médical Partagé du GHT « *Territoires d'Auvergne* »

Le GHT s'est doté en 2018 d'un projet médical partagé (le PMP) couvrant **14 filières** avec des cibles de coopération et de structuration différenciées : création de pôles inter-hospitaliers, de fédérations médicales inter-hospitalières, de coopérations ciblées, de réseaux.

Les principes qui y étaient énoncées étaient les suivants :

- Principe n°1 : Promouvoir un service public hospitalier dynamique qui contribue à l'aménagement du territoire.
- Principe n°2 : Garantir la sécurité et la qualité des soins.
- Principe n°3 : Mettre en place des coopérations inter-hospitalières respectueuses des équilibres territoriaux.
- Principe n°4 : Simplifier le parcours du patient en renforçant l'insertion des hôpitaux publics dans un réseau territorial d'acteurs.

Pour tenir compte de la variété des situations, un schéma d'intégration à quatre degrés a été retenu :

- Des **pôles inter-établissements seront** créés dans certaines filières prioritaires, pour une partie seulement des établissements membres, autour du CHU de Clermont-Ferrand, lorsque la gestion centralisée d'une équipe médicale de territoire apparaît pertinente.
- Les **fédérations médicales inter-hospitalières** constituent l'outil de pilotage de droit commun pour les filières prioritaires. Elles servent notamment à :
  - Organiser une offre de soins publique complète et rationnelle (gradation des soins et politique d'adressage) ;
  - Optimiser la gestion des RH médicales ;
  - Harmoniser les pratiques.
- Un **socle minimal de coopération** est défini pour certaines filières lorsque la constitution d'une fédération n'est pas apparue nécessaire ou prioritaire. Ces spécialités sont déjà bien organisées sur le territoire et coordonnées par un chef de service (PU-PH ou PH) du CHU de Clermont-Ferrand. Ce dernier a la charge d'entretenir le dialogue entre les équipes et de garantir une continuité dans la prise en charge des patients.
- Les **réseaux** constitués pour certaines spécialités avant la création du GHT sont maintenus. Ils couvrent un espace plus large que les départements de l'Allier et du Puy-de-Dôme, qui correspond généralement à l'ancienne région Auvergne. Ils permettent l'harmonisation des pratiques et des protocoles entre professionnels hospitaliers et libéraux.

Les structures ne sont pas exclusives l'une de l'autre. Certaines filières sont ainsi structurées à la fois par une fédération, qui regroupe l'ensemble des établissements, par un pôle inter-établissements organisé autour d'un nombre restreint de membres et par un réseau dont le périmètre recouvre l'ancienne région auvergnate.

Un bilan du PMP 2018-2023 a été réalisé lors de la Commission Médicale de Groupement du 22 février 2024.

Il sera fait référence aux travaux en cours lorsqu'ils sont aboutis ou au PMP 2018-2023 à défaut dans la confection du projet médical du CHMN.

3 Le projet d'établissement du CHU construit avec la collaboration des établissements de santé de la direction commune

Dans la perspective de la refonte de son projet d'établissement, le CHU de Clermont-Ferrand a engagé une démarche associant les établissements en direction commune, dont fait partie le CHMN.

Les objectifs affichés de cette démarche sont les suivants :

- Avoir un positionnement cohérent de la gradation de soins entre les établissements de la direction commune pour le porter d'une même voix ;
- Avoir un socle commun renforcé d'actions à mener ;
- Mettre en cohérence des différents volets communs approuvés par les instances des établissements : projet médico soignant, projet social et managérial.

Il ne s'agit pas des projets d'établissement des hôpitaux en direction commune. Le projet est complémentaire des projets d'établissements des établissements de santé de la direction commune. Chaque établissement garde la charge de rédiger ou de mettre à jour son Projet d'Etablissement sur les sujets qui sont dans le champ de son organisation médicale, soignante et logistique. Ce n'est pas non plus le PMP du GHT « Territoires d'Auvergne ». Le projet ne prend pas en compte les interactions qu'ont les établissements de la direction commune avec d'autres établissements que le CHU de Clermont-Ferrand.

Le projet médical du centre hospitalier de Montluçon – Néris-les-Bains s'inscrit néanmoins dans cette démarche et s'attache à s'articuler avec les orientations du Projet d'Etablissement du CHU de Clermont-Ferrand le concernant.

Dans cette logique de direction commune, le projet médical du CHMN s'appuie sur la convention votée le 13 décembre 2022 par les Conseils de Surveillance du CHU de Clermont-Ferrand et du CHMN, et notamment son article premier qui rappelle les cinq objectifs fondant le partenariat entre les deux hôpitaux :

- «Favoriser, consolider et réorganiser l'offre de soins du bassin de Montluçon, dans ses différentes composantes.
- Renforcer l'attractivité médicale sur le territoire du montluçonnais.
- Renforcer le Centre Hospitalier de Montluçon-Néris-les-Bains dans un contexte de concurrence vive avec un établissement privé, implanté à proximité immédiate et de crise démographique médicale. Une offre de soins entre les deux structures doit être réfléchie et élaborée.
- Renforcer la dynamique de coopération entre le CHU de Clermont-Ferrand et le Centre Hospitalier de Montluçon-Néris-les-Bains et également les établissements de l'Allier.
- Optimiser les moyens logistiques et humains du Centre hospitalier de Montluçon-Néris-les-Bains pour renforcer ce service public. »

Les filières de soins sont au cœur de l'élaboration des projets médicaux et soignants partagés. Une approche par filière est la garantie que les projets organisent l'offre de soins dans une véritable logique de gradation des prises en charge.

Une filière pourrait être définie comme l'organisation de l'ensemble des activités qui concourent à la prise en charge d'un patient porteur d'une pathologie donnée dans un territoire de santé. Il ne s'agit donc pas d'une structuration par service mais de dispositifs organisés à partir des parcours repérés des patients.

Cette notion vient irriguer le projet médical du centre hospitalier de Montluçon-Néris-les-Bains mais aussi les documents cadres sur lesquels il s'appuie.

Des DES OBJECTIFS TRANSVERSAUX POUR UNE APPROCHE GLOBALE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Le Centre Hospitalier de Montluçon – Néris-les-Bains est un établissement public de santé issu de la fusion depuis 2021 des centres hospitaliers de Montluçon et de Néris-les-Bains. Situé dans la partie ouest de l'Allier, il est positionné aux confins de la région Auvergne – Rhône – Alpes, et au carrefour des régions Centre – Val de Loire et Nouvelle-Aquitaine. Il répond aux besoins de santé d'une population **de près de 140.000 habitants.**

Disposant d'une capacité d'accueil de 350 lits et places en Médecine, Chirurgie et Obstétrique, 90 lits et places en Psychiatrie, 94 lits et places en SMR, 30 places en HAD, 60 lits d'USLD et 395 lits d'hébergement en EHPAD, son offre de soins est structuré en neuf pôles :

01 Pôle Soins Critiques

02 Pôle Chirurgie

03 Pôle Femme - Enfant

04 Pôle Médecine Court - Séjour

05 Pôle Médecine - Réadaptation

06 Pôle Gériatrie

07 Pôle Santé Mentale

08 Pôle Médico-Technique

09 Pôle Santé Publique

Le Centre Hospitalier de Montluçon – Néris-les-Bains est doté d'un plateau technique complet et moderne avec notamment une maternité de niveau 2 B, un service de Réanimation, des soins intensifs cardiologiques et neuro-vasculaires, un bloc opératoire polyvalent, un service d'hémodialyse, un service d'Imagerie Médicale avec une IRM et deux scanners, un service de Médecine Nucléaire, an laboratoire de biologie médicale, une PUI et une stérilisation ...

Quelques Chiffres clés-2024 :

34 069 Séjours MCO

1234 lits, places et postes

101 533 Journées MCO

9 898 Séances de dialyse

3 426 séances de chimiothérapie

892 Séjours en SMR

198 Séjours HAD

6 661 Séjours Psychiatrie (HC et HJ)

147 228 Consultations MCO

41 241 Passages aux Urgences

932 Naissances

2 100 Professionnels
(1 900 non-médicaux et 200 médecins)

Comme démontré dans le diagnostic territorial, les enjeux sanitaires et populationnels et le positionnement géographique spécifique amènent le Centre Hospitalier de Montluçon – Néris-les-Bains à vouloir consolider son rôle d'établissement de proximité et également de recours sur le bassin de santé. Cette ambition se décline autour de neuf priorités stratégiques qui vont orienter le projet médical et irriguer sa déclinaison à l'échelle de chaque pôle d'activité :

1/ Renforcer les équipes médicales et les coopérations médicales

2/ Favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle

3/ Renforcer le lien Ville – Hôpital et structurer les parcours patients à l'échelle du territoire

4/ Renforcer la prise en charge oncologique

5/ Améliorer la prise en charge des personnes âgées

6/ Maintenir un haut niveau de technicité et de performance du plateau technique

7/ Poursuivre la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

8/ Développer la prévention, l'éducation thérapeutique du patient et promouvoir les droits des patients

9/ Se préparer à la gestion des situations sanitaires exceptionnels

10/ Renforcer encore la coopération avec le CHU et dans le cadre du GHT pour structurer les filières graduées de soins, structurer l'enseignement des jeunes médecins, et s'ouvrir aux démarches de recherche et d'innovation

Axe 1 : Renforcer les équipes médicales et les coopérations médicales.

- Favoriser le recrutement de praticiens hospitaliers (actuellement près de 60 % des postes de PH sont vacants) et la fidélisation des praticiens en parcours de consolidation,
- Poursuivre les coopérations médicales avec le CHU et les autres établissements du GHT Territoires d'Auvergne pour consolider les équipes, favoriser les échanges de pratiques et la formation continue et envisager la constitution d'équipes médicales de territoire,
- Conforter la dynamique du GHT dans une logique de complémentarité et en respectant le principe de subsidiarité dans la prise en charge et poursuivre la coopération avec les établissements de santé privés et ceux situés hors du territoire (Saint-Amand-Montrond, Guéret ..).

Axe 2 : Favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle.

- Favoriser les parcours de soins ambulatoires (chirurgie, médecine ...) et en adéquation avec les besoins des patients,
- Faciliter le parcours des patients en amont et en aval de leur hospitalisation, adapter les durées de séjour et favoriser un retour rapide à l'autonomie des patients, promouvoir la RAAC,
- Dynamiser les admissions en hospitalisation à domicile, en coordination avec les services hospitaliers et avec les professionnels de ville (médecins traitants, IDEL ...), et en réponse à la demande des patients, et diversifier les modes de prise en charge.

Axe 3 : Renforcer le lien Ville - Hôpital et structurer les parcours patients à l'échelle du territoire

- Poursuivre le développement des liens avec les professionnels de santé libéraux et les CPTS pour une plus grande connaissance mutuelle des acteurs et une meilleure coordination favorisant la fluidité des parcours des patients,
- Structurer le parcours des patients à l'échelle du territoire en fonction du niveau de soins requis et de la gradation de l'offre de soins,
- S'inscrire dans les projets innovants visant à améliorer la couverture médicale du territoire (Projet SAS, télémédecine ...) et à réduire les délais de rendez-vous et / ou d'admission,
- Accroître la lisibilité des parcours de soins, en particulier pour les personnes relevant de parcours spécifiques (personnes âgées, handicapées, poly-pathologiques, atteintes de pathologies chroniques, de troubles psychiques ...),
- Mieux accompagner les personnes en situation précarité dans leur parcours de soins,
- Finaliser le déploiement du dossier patient informatisé et promouvoir les outils numériques pour un plus grand partage des informations entre tous les professionnels de santé.

Axe 4 : Renforcer la prise en charge oncologique.

- Conforter la filière de prise en charge oncologique pour favoriser une prise en charge rapide et coordonnée des soins et faciliter l'accès aux traitements innovants, dans le respect de la gradation des soins sur le territoire, participer au projet de Comprehensive Cancer Center (CCC) porté par le CHU de Clermont-Ferrand,
- Promouvoir la prévention et le dépistage des cancers en participant aux différentes campagnes de dépistage organisé, développer une activité de mammographie pour favoriser le dépistage du cancer du sein,
- Développer les partenariats pour faciliter les parcours de soins des patients en proximité,
- S'appuyer sur un plateau technique performant pour traiter les cancers et assurer le suivi des patients (TEP-Scan, URC ...).

Axe 5 : Améliorer la prise en charge des personnes âgées.

- Renforcer l'équipe mobile de gériatrie pour favoriser les interventions sur l'ensemble de l'établissement, notamment aux Urgences, et hors les murs (domicile, EHPAD ...), et favoriser les bonnes pratiques gériatriques,
- Renforcer les échanges avec les établissements médico-sociaux du territoire via la création d'une fédération, afin de mieux prendre en compte les besoins singuliers des personnes accueillies dans ces structures,
- Conforter le positionnement du CH et valoriser l'expertise de ses professionnels au sein de la filière gériatrique du territoire,
- Soutenir la politique d'admission directe des personnes âgées, éviter les passages aux urgences et les hospitalisations inutiles, et faciliter l'orientation dans le bon service le cas échéant (rôle de la cellule de gestion des flux et de bed-management),
- Améliorer le repérage des signes de fragilité et de perte d'autonomie.

Axe 6 : Maintenir un haut niveau de technicité et de performance du plateau technique.

- Poursuivre la modernisation du plateau technique pour maintenir un haut niveau de technologie, facteur d'attractivité pour les patients et les professionnels de santé,
- Renforcer l'offre de soins en matière interventionnelle (chirurgie, cardiologie, vasculaire, gastro-entérologie ...),
- Favoriser les partenariats pour rendre possible l'installation d'équipements de pointe sur le bassin de santé,
- Veiller à l'ergonomie des équipements pour faciliter le travail des professionnels.

Axe 7 : Poursuivre la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et promouvoir les droits des patients

- Promouvoir la démarche qualité et gestion des risques en s'appuyant sur l'expérience patient,
- Renforcer la sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux,
- Améliorer la maîtrise du risque infectieux et maintenir le haut niveau de sécurité transfusionnelle,
- Conforter l'évaluation et la prise en charge de la douleur,
- Développer la culture palliative en intra et en extra-hospitalier et mieux accompagner les professionnels de premier recours et les aidants,
- Favoriser le questionnement éthique dans les pratiques soignantes pour éclairer et partager la prise de décision.

Axe 8 : Développer la prévention et l'éducation thérapeutique du patient

- Promouvoir la prévention et l'éducation à la santé, pour tous les publics,
- Favoriser le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient afin de rendre chaque patient acteur de sa santé,
- S'inscrire dans une démarche éco-responsable (juste prescription ...).

Axe 9 : Se préparer à la gestion de crise et aux situations sanitaires exceptionnelles

- Renforcer la capacité des équipes à faire face aux tensions sur l'activité (épisodes saisonniers de grippe, COVID ou autre épidémie) et aux situations exceptionnelles (attentat, accident ...),
- Favoriser la simulation en santé pour former les équipes à la gestion de crise,
- Mettre à jour régulièrement les plans de crise et en assurer la communication pour partager les informations et permettre à chaque professionnel de s'y préparer.

Axe 10 : Conforter la coopération avec le CHU de Clermont-Ferrand

- Développer les filières de soins avec le CHU afin de proposer en proximité de nouvelles activités sur le bassin permettant un accès aux soins simplifiés, et à la fois intégré à une gradation des soins organisée vers l'expertise des services du CHU (Chirurgie Vasculaire, Radiologie Interventionnelle, Ophtalmologie, Centre Expert de Psychiatrie, Equipe mobile de soins psychiatriques périnataux, recours aux IPA ...)
- Conforter l'enseignement auprès des plus jeunes médecins par l'organisation de formation par les médecins séniors de l'établissement, avec le soutien de PU-PH du CHU notamment via des postes de professeurs associés (psychiatrie, néphrologie...) notamment pour sécuriser la préparation des EVC et les parcours de consolidation des PADHUE, et préparer au mieux l'accueil des étudiants et internes en médecine appelés à venir en plus grand nombre sur le bassin.
- Valoriser les démarches d'inclusion à des protocoles de recherche déjà réalisés par les praticiens de l'établissement, et développer progressivement avec l'appui des PU-PH une politique de recherche et d'innovation au sein de l'établissement.

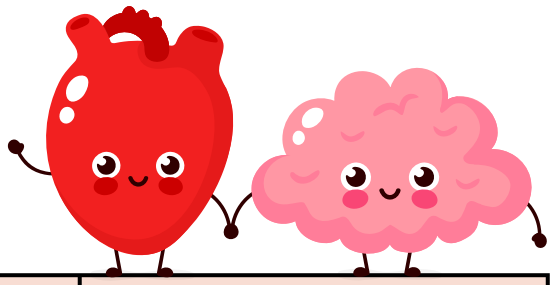
PÔLE SOINS CRITIQUES

01 PÔLE SOINS CRITIQUES

Carte d'identité du pôle :

Le pôle soins critiques regroupe les secteurs d'activités suivants :

Réanimation / Soins intensifs polyvalents
Cardiologie / Soins intensifs cardiologiques
Néphrologie / Hémodialyse
Urgences / SMUR / UHCD
Transfusion sanguine



Spécialités	Capacitaire	Équipe médicale
Réanimation et soins intensifs polyvalents	8 lits de réanimation et 4 lits de soins intensifs polyvalents	4,7 Praticiens
Néphrologie / Hémodialyse	14 lits de néphrologie 20 postes de dialyse	6 Praticiens
Cardiologie et soins intensifs cardiaques	19 lits de cardiologie 8 lits d'USIC 4 lits d'UTIC	8,7 Praticiens
Urgences / SMUR / UHCD	6 lits d'UHCD	12,3 Praticiens
Transfusion sanguine		0.5 Praticien

1.1 LA RÉANIMATION ET LES SOINS INTENSIFS POLYVALENTS

Initiée dès avant la crise sanitaire, la réforme de la filière des soins critiques a abouti au printemps 2022 avec la publication de nouveaux textes**(1)** modernisant le cadre de fonctionnement de ces unités et renforçant la qualité et la sécurité des soins. Ces unités, particulièrement sollicitées par la crise Covid-19, ont su faire preuve d'une très forte capacité d'adaptation.

Ces nouveaux textes visent à :

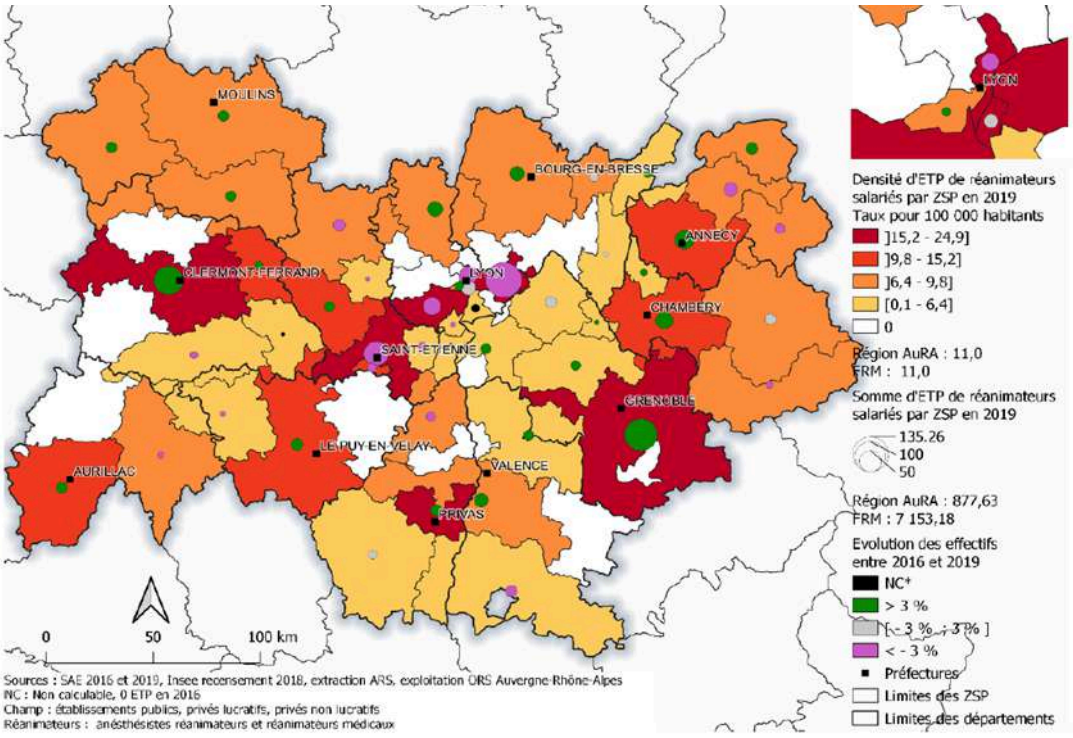
- Introduire une gradation des soins pour la prise en charge des soins critiques,
- Prévoir des futures unités de soins intensifs polyvalents (USIP) accolées aux unités de réanimation pouvant être converties en lits de réanimation en cas de besoins exceptionnels pour répondre à une gestion de crise,
- Mettre en avant l'importance d'avoir une filière territoriale de soins critiques graduée.

Outre les situations de crise sanitaire, cette filière particulièrement sensible devra répondre aux besoins prévisibles compte-tenu du vieillissement de la population, en favorisant aussi les unités d'aval pour fluidifier les parcours patients. Au vu de ces enjeux, elle bénéficiera d'un Dispositif spécifique régional (DSR) sous l'égide de l'ARS pour s'assurer de répondre aux besoins de santé.

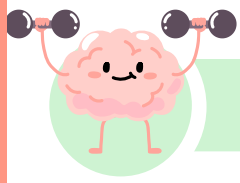
Diagnostic ciblé :

L'offre de soins critiques en réanimation sur le bassin de Montluçon est exclusivement publique et la démographie médicale dans cette spécialité constitue un point de fragilité particulièrement aigu. En effet, la densité de Médecins Anesthésistes Réanimateurs, comme le montre la carte ci-dessous, se situe en dessous des moyenne nationale et régionale et est, selon toute vraisemblance, amenée à se creuser encore dans les prochains mois.

Densité d'anesthésistes réanimateurs et réanimateurs médicaux salariés (ETP) en établissement de santé en 2019 et évolution de l'effectif entre 2016 et 2019, par ZSP, Auvergne Rhône Alpes :



1: Décret N°2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques.
Décret N°2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques.
Instruction N°DGOS/R3/2023/47 du 6 avril 2023 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de soins critiques.

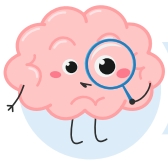


FORCES

- Equipe médicale compétente.
- Equipe paramédicale relativement stable.
- Equipements et locaux adaptés à l'activité, dans de bonnes conditions.
- Coopération solide avec le CHU (postes partagés, participation de longue date d'internes du CHU à la permanence des soins, parcours de formation des jeunes médecins en lien avec le CHU).

FAIBLESSES

- Démographie médicale fragile des MAR avec renfort d'autres établissements du GHT,
- Déficit en médecins généralistes sur le bassin, nombre croissant de patients en rupture de soins conduisant à accueillir des patients chroniques non suivis et non traités qui arrivent dans des états de décompensation extrêmes nécessitant d'emblée des soins critiques.
- Difficultés au niveau des effectifs médicaux du SAU SMUR avec une incidence sur la Réanimation car, en l'absence d'Urgentistes, les Réanimateurs prennent en charge les urgences vitales en première ligne.



OPPORTUNITÉS

- Autorisation en soins critiques validée par l'ARS le 23 décembre 2024.
- Dossier patient informatisé (logiciel ICCA) identique au CHU, facilitant les échanges entre les équipes médicales.

MENACES

- ! Nouveau cadre réglementaire (décrets du 26 avril 2022) imposant de nouvelles normes de fonctionnement : le capacitaire de l'USIP doit être étendu à 6 lits.
- ! Impact sur les locaux, les effectifs médicaux et paramédicaux.
- ! Départs prévisionnels à la retraite de certains praticiens dans les prochaines années.

Rappel des principaux objectifs du Schéma Régional de Santé 2023- 2028 :

1. **Adapter** l'offre de soins critiques pour répondre à l'évolution prévisible des besoins, rendue nécessaire par le vieillissement, et à l'aval de la réanimation pour permettre une fluidité des prises en charge.

2. **S'assurer** que les établissements se dotent d'un plan de montée en charge du nombre de lits de soins critiques permettant de connaître à l'avance les différents paliers d'augmentation des capacités aux niveaux régional et national en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

3. **Veiller** à ce que les réserves médicales et paramédicales en soins critiques soient constituées et entretenues dans chaque territoire en mettant en place un plan de formation professionnelle adapté.

Dans un contexte de ressources humaines rares, le schéma régional de santé 2023 – 2028 vise à trouver un équilibre pour bien mailler le territoire en unités de soins critiques, soulignant notamment que le délai de prise en charge peut être déterminant pour les patients. S'appuyant sur les enseignements de la crise sanitaire, il prévoit des unités de soins intensifs polyvalents (adultes ou pédiatriques) en situation d'augmenter le capacitaire de réanimation si besoin et demande aux établissements de se doter d'un plan de montée en charge avec constitution de réserves médicales et paramédicales formées régulièrement à cet effet.

Objectif 1 : Résoudre les problèmes de démographie, en particulier médicale

- Consolider l'équipe médicale en recrutant de nouveaux médecins spécialistes,
- Poursuivre la coopération médicale avec le CHU et les autres établissements du GHT pour favoriser les postes partagés.

Objectif 2 : Adapter le capacitaire de l'USIP et répondre aux nouvelles normes réglementaires

- Etendre le capacitaire de l'USIP de 4 à 6 lits dans les locaux actuels,
- Adapter les effectifs paramédicaux pour répondre aux normes réglementaires,
- Favoriser une prise en charge pluridiciplinaire avec l'intervention de masseur-kinésithérapeute, psychologue, diététicien, ergothérapeute ... ,
- Elaborer un plan de flexibilité des ressources humaines permettant d'anticiper un surcroît d'activité en réanimation dans un contexte de variations saisonnières et de situations sanitaires exceptionnelles.

Objectif 3 : Poursuivre la structuration territoriale des parcours des soins des patients

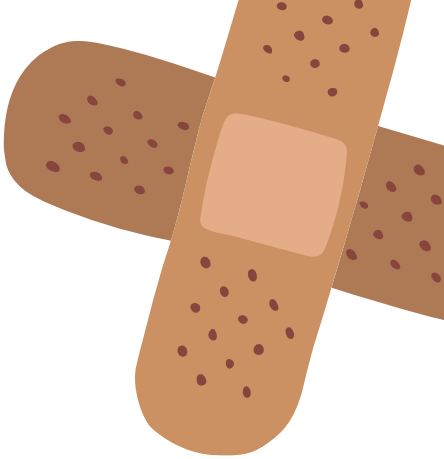
Cet objectif s'inscrit dans les orientations du projet médico-soignant du GHT visant à identifier les sous-filières de spécialités et de recours (femmes enceintes, traumatisés graves, recours aux techniques de circulation extra-corporelle ...).

Cette structuration du parcours de soins des patients est désormais bien établie, notamment avec le CHU (en chirurgie cardiaque avec l'équipe qui vient mettre en route les ECMO, en chirurgie digestive complexe) et avec le Centre Jean Perrin pour la chirurgie thoracique.

Avec les autres centres hospitaliers de l'Allier, prévaut un principe de solidarité qui permet d'accueillir des patients des autres bassins en cas d'indisponibilité de lits.

A noter avec le Centre Hospitalier de Moulins-Yzeure la mise en place d'une coopération entre les équipes médicales de réanimation pour les patients pouvant relever d'un prélèvement multi organes (PMO).

Le service de réanimation et soins intensifs polyvalents est et sera toujours un gage de qualité en permettant un recours immédiat en cas d'urgence vitale et en sécurisant la prise en charge des patients. Il intervient parfois en première ligne pour les urgences vitales en cas d'absence de médecin qualifié au SAU. La chirurgie digestive lourde, notamment carcinologique, peut bénéficier d'une filière sécurisée en post opératoire. La cardiologie interventionnelle peut compter dans les procédures délicates sur le soutien actif des réanimateurs. La néphrologie en cas de besoin de dialyse en urgence peut adresser ses patients en réanimation.

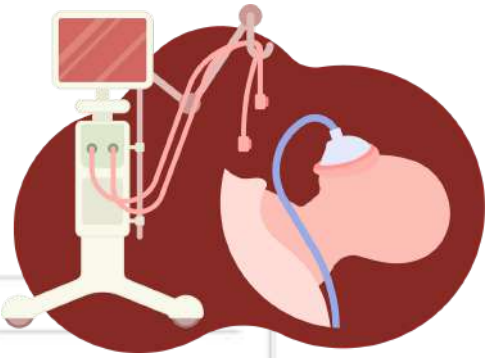


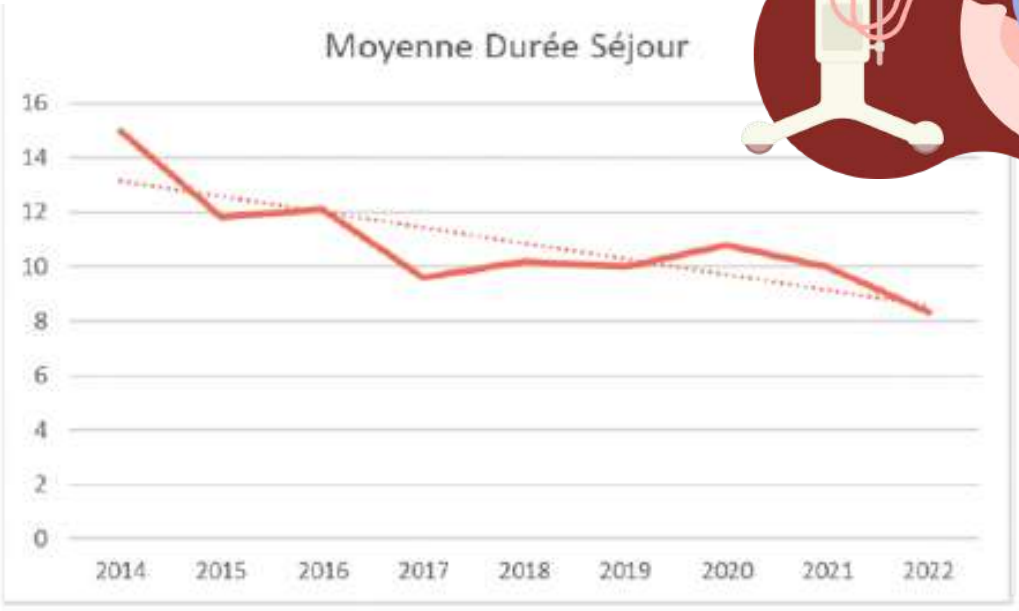
	2023	2024
File active	342	379
Nombre de Séjours	358	402
Nombre de jours réalisés	2 939	3 245
DMS du service	17,1	17,95
% séjours service > 15 jours	10,93%	11,14%
Âge moyen	64,97	65,76
% séjours avec âge >= 75 ans	32,79%	31,75%
% entrées via SAU	45,63%	46,92%
% décès	23,22%	20,62%

Les GHM les plus fréquents

		2023	2024
04M134	Oedème pulmonaire et détresse respiratoire, niveau 4	29	**39**
04M133	Oedème pulmonaire et détresse respiratoire, niveau 3	21	**22**
05M094	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 4	12	12
05M22E	Autres affections de la CMD 05 avec décès : séjours de moins de 2 jours	5	**9**
01M134	Troubles de la conscience et comas d''origine non traumatique, niveau 4	3	**8**
11M063	Insuffisance rénale, sans dialyse, niveau 3	4	**7**
01M304	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 4	--	7
06C043 [raac]	Interventions majeures sur l''intestin grêle et le côlon, niveau 3	3	**7**
05K051	Endoprothèses vasculaires avec infarctus du myocarde, niveau 1	2	**6**
06C044 [raac]	Interventions majeures sur l''intestin grêle et le côlon, niveau 4	7	**6**

Indicateurs	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Moyenne sur 9ans
Nombre de Séjours/an	298	366	318	376	376	375	346	292	357	345
Moyenne durée séjour	15	11.8	12,1	9,6	10,2	10	10,8	10	8,3	11
Âge moyen patient	66,7	67	65,6	66	67	65,6	65,7	64	64,5	66
% Hommes	57,4	59,8	56,6	61,8	63	64,5	59,8	64,3	63	61
% Femmes	42,6	40,2	43,4	38,2	37	35,5	40,2	35,7	37	39
% Décès	19,8	27	28	24,8	24,7	21,8	24,2	32,5	23,5	25
% Décès <48h admission	23,7	21,6	22,4	19,3	25,8	18,2	21,4	22	35	23
Moyenne IGS II	47,3	48	53	47,4	42	51	48	48.	49	48
Moyenne LODS	6	6,2	7	6,2	6	6,6	6	6	6,2	6
Moyenne Omega Total	159	155	179	152	131	137,5	156	147	140	151





1.2 LA CARDIOLOGIE ET LES SOINS INTENSIFS CARDIAQUES

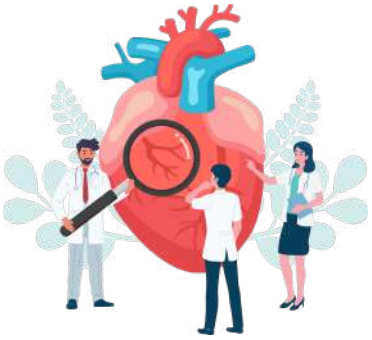
Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde et la deuxième en France après les cancers. Elles sont à l'origine **de près de 140.000 décès par an en France.** De plus, elles engendrent une consommation de soins parmi les plus importantes du pays en raison des pathologies et des comorbidités qui leur sont associées.

De fait, environ **15 millions de personnes** présentent un risque cardiovasculaire, ont développé une maladie cardiovasculaire ou un diabète. Outre les décès et notamment la mort subite, ces maladies cardiovasculaires exposent à de nombreuses complications aiguës : infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque, troubles du rythme notamment la fibrillation atriale, ou chroniques, atteintes des extrémités des membres inférieurs, insuffisance rénale chronique, troubles de la vue ou démence d'origine vasculaire.

Qu'elles soient aigues ou chroniques, les maladies cardiovasculaires sont fréquemment associées entre elles ou à d'autres pathologies chez un même patient. **En 2018, près de 40 % des patients insuffisants cardiaques chroniques** avaient au moins une comorbidité et près du tiers avait également un diabète.

Outre le suivi et le traitement des patients concernés, la prévention du risque cardiovasculaire constitue un axe stratégique pour la santé publique. Cela constitué également un enjeu en matière de dépenses de santé puisque les maladies cardiovasculaires font partie des pathologies les plus coûteuses pour l'assurance maladie. Les dépenses en rapport avec elles augmentent lentement mais de manière régulière, notamment du fait du vieillissement de la population. En 2018, elles sont estimées à 13,2 milliards d'euros.

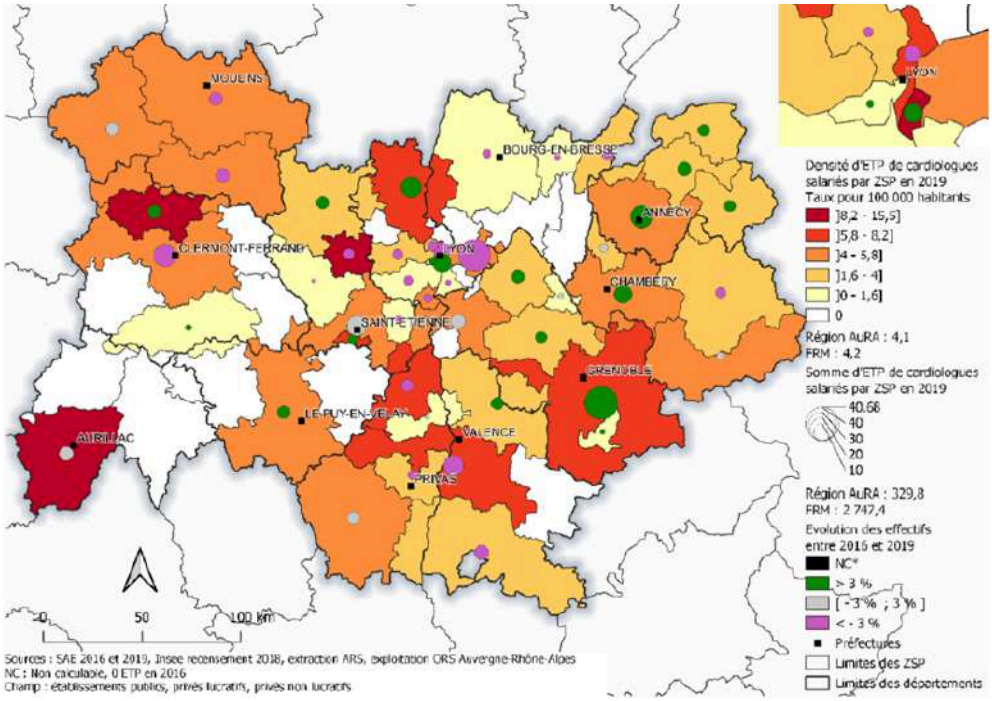
Diagnostic ciblé :



Sur le bassin de Montluçon, l'activité de Cardiologie est marquée par :

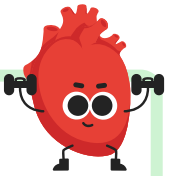
- Un faible maillage territorial,
- Une offre dans le secteur d'hospitalisation privé qui tend à s'éteindre,
- Une offre de cardiologie en ville presque inexistante,
- Une faiblesse de l'offre en médecins libéraux.

Densité de cardiologues salariés (ETP) en établissement de santé en 2019 et évolution des ETP entre 2016 et 2019, par ZSP, Auvergne Rhône Alpes :



Cette offre de soins doit apporter réponse à une population marquée par une sur-incidence de la cardiopathie ischémique et des comorbidités essentiellement diabétiques imputables aux caractéristiques sanitaires et sociales de ce bassin de vie.

FORCES

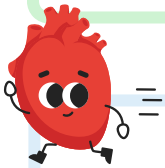


- Equipe médicale compétente,
- Présence d'un Médecin angiologue,
- Equipements modernes et locaux adaptés à l'activité,
- Coopération étroite avec le CHU (chirurgie cardiaque, expertise en cardiologie interventionnelle et rythmologie, cardiologie pédiatrique)
- Filière complète sur site (plateau de cardiologie interventionnelle, soins intensifs, UTIC, rééducation cardiaque ...),
- Articulation satisfaisante avec la Médecine libérale et filière d'adressage satisfaisante.

FAIBLESSE

- Démographie médicale à fidéliser et à inscrire sous statut hospitalier,
- Organisation des différentes activités à optimiser pour favoriser l'attractivité des professionnels.

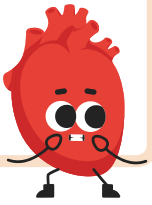
OPPORTUNITÉS

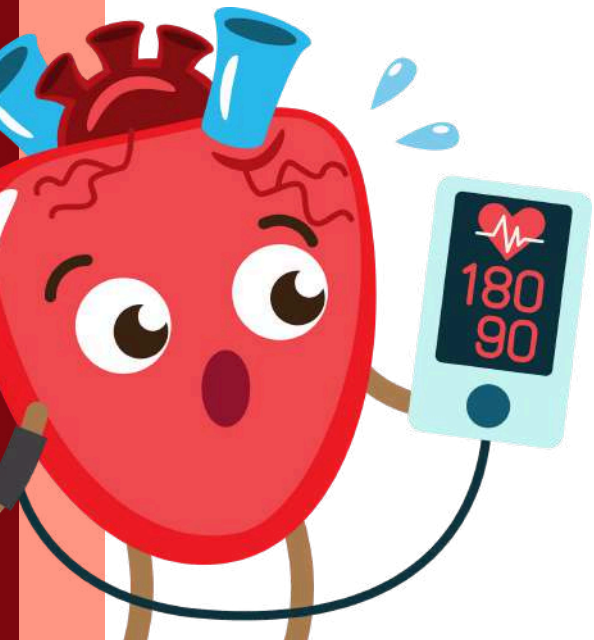


- Renouvellement récent du plateau de coronarographie,
- Installation d'une deuxième salle de cardiologie interventionnelle prévue mi-2025 permettant de mieux répondre à la demande et de développer de nouvelles activités (vasculaire périphérique notamment),
- Attractivité au-delà du bassin de Montluçon, notamment sur la Creuse qui ne dispose pas de plateau interventionnel,
- Autorisation en soins critiques validée par l'ARS le 23 décembre 2024.

MENACES

- Equipe paramédicale à consolider et à stabiliser pour mener à bien les différents projets,
- Mise aux normes des effectifs IDE de nuit à l'USIC au regard du nouveau cadre réglementaire (décrets du 26 avril 2022) imposant de nouvelles normes de fonctionnement.





	2023	2024
File active	2 435	2 519
Nombre de séances	16	9
Nombre de Séjours	3 026	3 019
Nombre de jours réalisés	10 028	12 095
DMS du service	4,6	5,59
% séjours service > 15 jours	2,41%	3,40%
Âge moyen	71,01	71,4
% séjours avec âge >= 75 ans	42,72%	44,98%
% entrées via SAU	28,98%	35,00%
% décès	1,29%	2,01%

Les principaux actes en hospit

		2023	2024
DDQH009	Artériographie coronaire sans ventriculographie gauche, par voie artérielle transcutanée	835	902
DDAF008	Dilatation intraluminale d'un vaisseau coronaire avec artériographie coronaire, avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	525	563
DDAF007	Dilatation intraluminale de 2 vaisseaux coronaires avec artériographie coronaire, avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	206	193
DDAF010	Dilatation intraluminale d'un vaisseau coronaire avec artériographie coronaire, sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	115	103
DDQF202	Mesure du flux de réserve coronarien [FFR] au cours d'une artériographie coronaire	74	68
DDPF002	Recanalisation d'artère coronaire avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	38	34
DDAF006	Dilatation intraluminale d'un vaisseau coronaire avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	34	25
DDAF009	Dilatation intraluminale de 3 vaisseaux coronaires ou plus avec artériographie coronaire, avec posed'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	34	19
DDNF775	lithotritie intraluminale d'artère coronaire avec artériographie coronaire, avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	5	15
DDQH012	Artériographie coronaire avec ventriculographie gauche, par voie artérielle transcutanée	29	14
DDAF004	Dilatation intraluminale de 2 vaisseaux coronaires avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	14	11
DDQH013	Artériographie coronaire avec angiographie de plusieurs pontages coronaires sans ventriculographie gauche, par voie artérielle transcutanée	7	10
DDFF001	Athérectomie intraluminale d'artère coronaire par méthode rotatoire [rotationnelle], par voie artérielle transcutanée	21	5
DDQH015	Artériographie coronaire avec angiographie de plusieurs pontages coronaires et ventriculographie gauche, par voie artérielle transcutanée	1	4

Les GHM les plus fréquents

		2023	2024
05K06T	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, très courte durée	481	**522**
05K10J	Actes diagnostiques par voie vasculaire, en ambulatoire	338	**374**
05K101	Actes diagnostiques par voie vasculaire, niveau 1	369	**351**
05K26J	Actes thérapeutiques sur les accès vasculaires ou les veines par voie vasculaire, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	224	**268**
05M093	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 3	69	**104**
05M092	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 2	67	**96**
05K051	Endoprothèses vasculaires avec infarctus du myocarde, niveau 1	98	**85**
05K241	Dilatations coronaires et autres actes thérapeutiques sur le coeur par voie vasculaire, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	70	**72**
05K102	Actes diagnostiques par voie vasculaire, niveau 2	56	**71**
05K052	Endoprothèses vasculaires avec infarctus du myocarde, niveau 2	56	**65**

	2023	2024
Consultations	17090	16657

Les principaux actes en externe

		2023	2024
DZQM006	Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques	7 537	**7 843**
EQQM006	Mesure de la pression intraartérielle d'un membre en au moins 3 points, par doppler transcutané ou pléthysmographie	2 672	**2 926**
EBQM002	Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, avec échographie-doppler des artères des membres inférieurs	1 592	**2 577**
DEQP003	Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations	1 012	**1 387**
DEQP005	Électrocardiographie sur au moins 2 dérivations, avec enregistrement continu pendant au moins 24 heures	1 333	**1 255**
EJQM003	Échographie-doppler des veines des membres inférieurs et des veines iliaques, pour recherche de thrombose veineuse profonde	743	**580**
DKRP004	Épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique, avec électrocardiographie discontinue	583	**520**
GLQP007	Polygraphie respiratoire nocturne	367	**382**
EJQM004	Échographie-doppler des veines des membres inférieurs et des veines iliaques, sans marquage cutané	848	**357**
DEMP002	Contrôle et réglage transcutané secondaires d'un stimulateur cardiaque	267	**275**

Rappel des principaux objectifs du Schéma Régional de Santé 2023- 2028 :

1. **Améliorer** l'équité d'accès à des soins sécurisés et de qualité pour les actes de cardiologie invasive et non invasive.

2. **Fluidifier** le parcours patient notamment dans le cadre de la pathologie coronaire aigue et optimiser les temps de transfert des transports (médicalisés ou non) vers les centres de cardiologie interventionnelle lors des prises en charge urgentes.

3. **Poursuivre** le maillage territorial des centres de rythmologie interventionnelle pratiquant les activités d'ablation droite et de pose de défibrillateurs.

4. **Améliorer** l'accès à la réadaptation cardio-vasculaire.

Objectif 1 : Consolider l'équipe médicale de cardiologie hospitalière et les activités existantes

- Favoriser la cardiologie publique et l'homogénéisation des statuts médicaux dans le but d'optimiser les temps de présence médicale et l'engagement hospitalier,
- Consolider la filière de prise en charge de l'insuffisance cardiaque en optimisant le recours à l'UTIC, à la réadaptation cardio-vasculaire et à la télésurveillance pour réévaluer les insuffisants cardiaques ou coronariens dans le but de prévenir les décompensations,
- Optimiser le fonctionnement du plateau technique de cardiologie interventionnelle et promouvoir le respect par l'ensemble des acteurs des règles de fonctionnement,
- Sécuriser la prise en charge en soins intensifs au regard des nouvelles dispositions réglementaires (présence médicale, encadrement infirmier la nuit, formation VNI ...),
- Poursuivre l'activité de rythmologie pour la pose de stimulateurs cardiaques.

Objectif 2 : Développer de nouveaux modes de prise en charge

- Ouverture d'une deuxième salle de cardiologie interventionnelle pour faire face à la demande croissante d'actes interventionnels,
- Développer l'activité vasculaire périphérique compte-tenu des besoins des patients et du défaut d'accessibilité à ces techniques sur le bassin montluçonnais. La deuxième salle de coronarographie devra donc permettre la réalisation des examens vasculaires périphériques et des angioplasties périphériques,
- Développer l'hospitalisation de jour en coronarographie,
- Développer la cardiologie du sport associée au développement des consultations de médecine du sport,
- Participer à la mise en place et au développement de l'IRM cardiaque,
- Développer la télémédecine, notamment la télésurveillance des patients souffrant d'insuffisance cardiaque et la télé-expertise au bénéfice des résidents en EHPAD ou à la demande des médecins libéraux.

Objectif 3 : Renforcer les coopérations avec les autres filières et / ou services :

- Renforcer les liens déjà étroits avec le CHU de Clermont-Ferrand :
  - Améliorer le traitement des dossiers complexes, en collaboration avec les équipes du CHU, Centre expert en Rythmologie et en Cardiologie Interventionnelle,
  - Etudier la pertinence de la création d'un Pôle Inter-Etablissements CHU – CHMN pour améliorer la gouvernance de la filière,
  - Favoriser l'accueil de médecins juniors et des postes partagés avec le CHU pour attirer de nouveaux cardiologues et favoriser la mobilité territoriale,
  - S'inscrire dans un programme régional : Le CHMN adhère au programme France PCI et les chiffres de l'activité sont en phase avec les procédures réalisées à l'échelle nationale.
- Fluidifier le parcours du patient notamment dans le cadre de la pathologie coronaire aigue (syndrome coronaire aigu à haut risque) et optimiser les temps de transfert (transports médicalisés ou non) vers les centres de cardiologie interventionnelle lors des prises en charge urgentes (infarctus notamment) par la poursuite d'une collaboration étroite avec le SAMU 03 et le SAU.

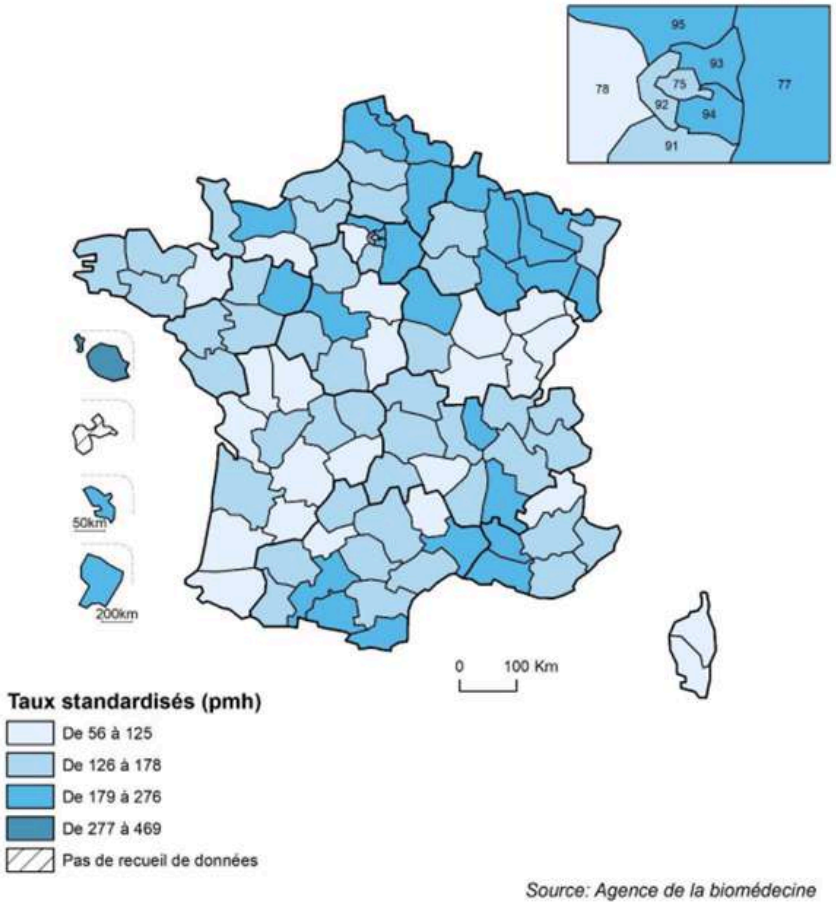
1.3 LA NÉPHROLOGIE ET L'HÉMODIALYSE

Les maladies chroniques surviennent plus fréquemment chez les personnes aux faibles revenus et conduisent à renforcer les inégalités d'espérance de vie observées entre les plus modestes et les plus aisés.

La fréquence des pathologies chroniques multiples augmente avec l'âge, mais la poly pathologie n'est pas limitée aux personnes âgées : **3 % de la population cumule trois pathologies ou traitement chronique dès 45-64 ans, 8 % à 65-74 ans et 21 % au-delà de 75 ans,** plus encore chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, au grand âge, dont la part est amenée à progresser fortement, le cumul de plusieurs de ces maladies est fréquent, d'où une future pression attendue sur l'offre de soins.

L'insuffisance rénale chronique (IRC) correspond à la destruction progressive et irréversible des reins. Ses causes sont diverses et parfois inconnues, mêlant des facteurs génétiques, environnementaux et physiologiques (comme le vieillissement) ou pathologiques (comme des maladies métaboliques ou auto-immunes).

Incidence de l'insuffisance rénale terminale traitée en 2021



Annexe Figure 1-1.Taux d'incidence standardisée de l'insuffisance rénale terminale par département (par million d'habitants)

La maladie rénale chronique se manifeste rarement avant 45 ans, et sa prévalence augmente avec l'âge, notamment après 65 ans. En raison du vieillissement de la population et de l'augmentation du nombre de personnes atteintes de diabète et/ou d'hypertension (les deux causes principales de la maladie), le nombre de patients qui souffrent d'insuffisance rénale chronique ne cesse d'augmenter. **À l'échelle mondiale, les maladies rénales sont devenues la 10ème cause de décès en 2019 et devraient devenir la 5ème cause d'ici 2040.**

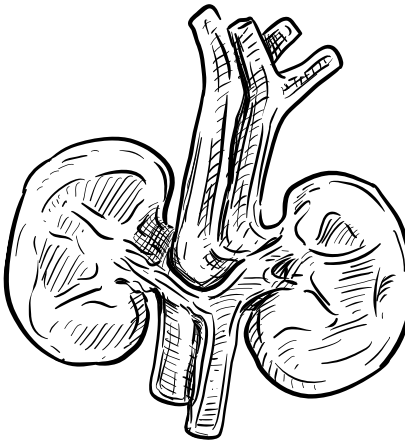
En France, le réseau épidémiologique et information en néphrologie (REIN) répertorie les patients atteints d'insuffisance rénale chronique terminale pris en charge par dialyse ou qui ont bénéficié d'une greffe rénale. Fin 2023, il recensait environ **90 000 patients.** Près de **10 000 nouveaux patients** sont pris en charge chaque année, dont un tiers reçoivent une greffe.

Mais la maladie rénale chronique reste longtemps asymptomatique, parfois des années, et sa prévalence à des stades qui ne nécessitent pas encore de traitement de suppléance (dialyse ou greffe) est difficile à évaluer. On estime **que 1,5 à 2,1 % des adultes, dont 6,5 à 9,9 % des 65–74 ans** seraient concernés, soit **environ 1,6 millions de Français**. Le dépistage de l'insuffisance rénale chronique est un enjeu majeur de santé publique et devrait être systématique chez les personnes à risque : hypertendus, diabétiques, obèses, insuffisants cardiaques...

La prévalence de l'insuffisance rénale chronique et l'évolution prévisionnelle de cette pathologie eu égard au vieillissement de la population et aux facteurs déterminants nécessite d'adapter l'offre de soins pour faire face à une demande croissante de prise en charge.

Diagnostic ciblé :

La prise en charge des patients atteints d'insuffisance rénale chronique sur le bassin de Montluçon est assurée par le Centre Hospitalier en Unité de dialyse médicalisée et par l'AURA, installée dans des locaux de l'établissement, pour les cas moins lourds.



D'une étude réalisée en 2022, il est ressorti une forte progression du nombre de patients dialysés **(+ 3,4 % chaque année)** avec un doublement du nombre de patients tous les 25 ans et une liste d'attente comptant alors 15 patients au stade terminal qui devaient entrer en dialyse dans les semaines à venir.

Le déficit de ressources humaines en néphrologie (médecins et IDE) rend complexe la réponse à ces besoins croissants. De ce fait, les mises en hémodialyse sont discutées au cas par cas en dehors des urgences vitales ce qui entraine malheureusement une perte de chance pour les patients. De plus, le poste de dialyse d'urgence est utilisée régulièrement en semaine pour absorber les cas incidents.

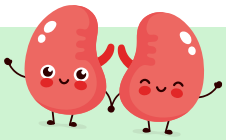
A partir de 2019 a été mise en place une rémunération forfaitaire annuelle matérialisant la prise en charge des patients atteints d'une maladie rénale chronique aux stades 4 et 5, dont le Débit de Filtration Glomérulaire (DFG) est inférieur à 30ml/min/1,73m2 selon la formule CKD-EPI, et à l'exclusion des patients dialysés, transplantés ou pris en charge par une équipe de soins palliatifs.

Ces forfaits ont vocation à permettre à chaque équipe spécialisée, de mettre en place ou de renforcer une prise en charge coordonnée et de qualité autour de ces patients. Les établissements éligibles à la rémunération forfaitaire sont les établissements qui prennent en charge annuellement au moins 220 patients. Le CHMN, éligible à la rémunération forfaitaire, a donc mis en place une équipe pluri-professionnelle comprenant :

- Un ou plusieurs médecins néphrologues
- Un ou plusieurs infirmiers exerçant des missions de coordination
- Un ou plusieurs diététiciens.

Recueil MRC	2020	2021	2022	2023	2024
Nb de patients	298	298	287	329	404
Néphrologue	456	435	439	308	404
Diététicien	108	122	230	244	310
IDE éducation	100	163	265	275	322

FORCES

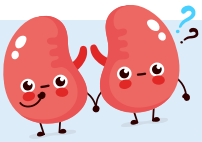


- Equipe médicale compétente, en cours de consolidation,
- Partenariat étroit sur site avec l'AURA (temps médical partagé),
- Coopération solide avec le CHU (parcours de formation des jeunes médecins en lien avec le CHU).

FAIBLESSES

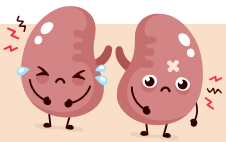
- Démographie médicale néanmoins fragile des néphrologues,
- Difficulté à faire face aux besoins croissants en dialyse,
- Réponse non-optimale aux besoins (liste d'attente, réduction du nombre de cycles de dialyse ...).

OPPORTUNITÉS



- Ouverture de 4 nouveaux postes de dialyse début 2024 et fonctionnement optimal début 2025 grâce au recrutement d'IDE
- Réflexion sur l'installation de l'AURA dans d'autres locaux hospitaliers, plus à proximité du service de Néphrologie
- Mise en place du recueil MRC avec rémunération forfaitaire annuelle
- Création des FAV et traitement de leurs complications réalisés sur site par les chirurgiens vasculaires du CHU depuis février 2025.

MENACES



- Equipe médicale et paramédicale à fidéliser.

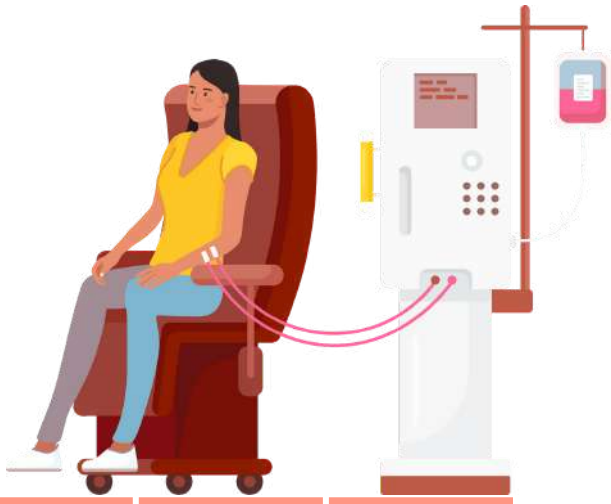
Rappel des principaux objectifs du Schéma Régional de Santé 2023- 2028 :

1. **Retarder** la progression et la survenue de l'insuffisance rénale.
2. **Diminuer** le nombre de patients dialysés en urgence.
3. **Conforter** l'équité d'accès aux différentes modalités de dialyse
4. **Améliorer** l'accès à l'expertise néphrologique par la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaire dématérialisées pour permettre d'améliorer l'accès à la dialyse et à la transplantation rénale (Web RCP) en ciblant leur utilisation dans les territoires où la ressource néphrologique est moins dense.

Le projet médical du service de Néphrologie s'appuie sur le PMP du GHT, le SRS Auvergne Rhône Alpes et les grandes orientations stratégiques nationales sur la MRC (maladie rénale chronique) et vise d'une part, à prendre en charge le plus précocement possible les patients insuffisants rénaux pour retarder le recours à la dialyse (par le biais du recueil des MRC notamment) et, d'autre part, à dépister les patients pour lesquels une greffe rénale pourrait être proposée. Ses objectifs sont les suivants :

	2023	2024
File active	471	481
Nombre de séances	8 518	10 000
Nombre de Séjours	9 086	10 564
Nombre de jours réalisés	13 133	15 240
DMS du service	9,53	10,44
% séjours service > 15 jours	0,75%	0,78%
Âge moyen	71,38	71,69
séjours avec âge >= 75 ans	42,86%	41,26%
% entrées via SAU	1,42%	1,06%
% décès	0,22%	0,15%

	2023	2024
Consultations	2 016	2 438



Les GHM les plus fréquents

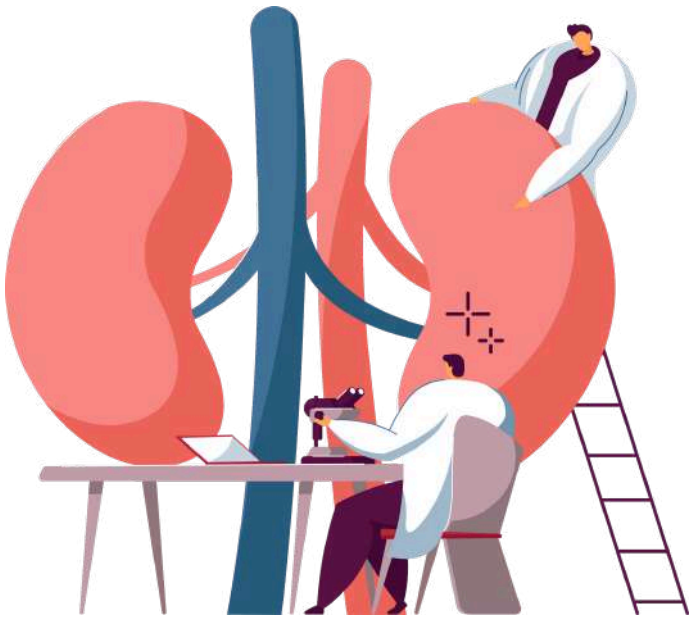
		2023	2024
28Z04Z	Hémodialyse, en séances	8 413	**9 898**
11M062	Insuffisance rénale, sans dialyse, niveau 2	112	**111**
28Z17Z	Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	38	**52**
11M063	Insuffisance rénale, sans dialyse, niveau 3	49	**51**
28Z14Z	Transfusions, en séances	67	**50**
10M163	Troubles métaboliques, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	18	**17**
11K023	Insuffisance rénale, avec dialyse, niveau 3	11	**17**
11M061	Insuffisance rénale, sans dialyse, niveau 1	18	**14**
11M064	Insuffisance rénale, sans dialyse, niveau 4	5	**12**
10M162	Troubles métaboliques, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	6	**10**

Objectif 1 : Prendre en charge le plus précocement possible les patients insuffisants rénaux pour retarder le recours à la dialyse

- Agir sur le parcours en amont du stade terminal de l'IRC avec pour objectif de diminuer le nombre de patients arrivant au stade de suppléance,
- Accentuer le développement de la prévention et de la promotion de la santé en prenant en charge de façon plus précoce les insuffisants rénaux,
- Réduire le nombre de patients dialysés en urgence,
- Développer la transplantation par augmentation de patients avec un bilan pré greffe et inscription sur la liste d'attente,
- Poursuivre et renforcer le recueil des MRC pour un dépistage plus précoce et une prise en charge globale en développant l'éducation et les mesures hygiéno-diététiques pour retarder le recours à la suppléance,
- Renforcer l'accès aux soins et l'offre grâce à une approche territoriale.

Objectif 2 : Anticiper la demande croissante en soins de dialyse

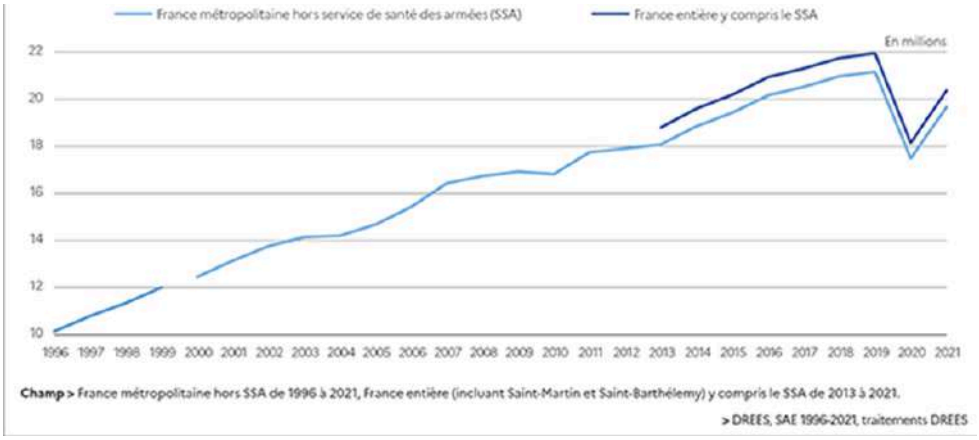
- Adapter les capacités d'accueil et de prise en charge pour faire face à la demande croissante en hémodialyse à réflexion sur l'ouverture d'un cycle de soirée,
- Poursuivre la coopération avec le CHU de Clermont Ferrand et le Centre Hospitalier de Vichy pour assurer une continuité des soins et la prise en charge du maximum de patients,
- Poursuivre les postes médicaux partagés avec le CHU pour la formation des médecins et leur parcours de consolidation,
- Poursuivre l'intervention au sein de l'AURA pour retarder le recours à l'hémodialyse en centre lourd et favoriser les mesures alternatives (auto dialyse, dialyse péritonéale ...),
- Transférer si possible sur le site central l'auto-dialyse gérée par l'AURA.



1.4 LES URGENCES, LE SMUR ET L'UHCD

Le service des Urgences est chargé d'assurer, sans interruption, la prise en charge de toute personne nécessitant des soins urgents, y compris psychiatriques. **La médecine d'urgence se caractérise par la fourniture de soins dans la limite des 24 premières heures suivant l'arrivée du patient.** Elle n'a pas vocation à garder les patients au-delà de cette période. La progression importante de la fréquentation des services d'urgence depuis 25 ans (graphique ci-dessous), conjuguée à la pénurie de professionnels médicaux et paramédicaux, a conduit à mettre ces services sous forte tension. Plusieurs plans d'actions ont été adoptés par les pouvoirs publics ces dernières années afin d'apporter des améliorations au fonctionnement de ces services : programme d'action « Ma Santé 2022 » adopté en juin 2018, complété par un plan d'action spécifique à la médecine d'urgence en décembre 2019, le « Pacte de refondation des urgences ».

Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996 :



Champ > France métropolitaine hors SSA de 1996 à 2021, France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy) y compris le SSA de 2013 à 2021.

> DREES, SAE 1996-2021, traitements DREES

Un récent rapport de la Cour des Comptes de novembre 2024 dresse à nouveau le constat des difficultés auxquelles sont confrontées ces structures du fait de l'afflux croissant de patients lié au manque de médecins de ville et au vieillissement de la population, de la pénurie de professionnels médicaux et du manque de lits d'hospitalisation dans les services spécialisés. Cela se traduit par un allongement des délais de prise en charge, par la régulation de l'accueil, et parfois par des fermetures partielles ou totales sur certaines périodes, donc globalement par une dégradation du service rendu à la population.

La médecine d'urgence est traditionnellement organisée en trois types de structures : le **SAMU** *« service d'aide médicale urgente »* qui recueille et régule les appels au centre 15, le **SMUR** *« structure mobile d'urgence et de réanimation »* qui se déplace pour prendre en charge et transporter, sur demande du SAMU, les personnes accidentées ou en détresse sanitaire et les *« structures de médecine d'urgence »* qui accueillent les patients et les prennent en charge dans les établissements de santé.

Depuis 2023, se sont ajoutés deux nouveaux dispositifs : le **SAS** *« service d'accès aux soins »* qui, en complément du SAMU, est un centre d'appel visant à répondre aux besoins de soins non programmés en médecine de ville, et les *« antennes de médecine d'urgence »* qui, rattachées à une structure des urgences, accueillent des patients en urgence sur une partie de la journée.

Sur la base de ce rapport, la Cour des comptes formule des recommandations articulées autour de quatre axes :

1. Coordonner la régulation des urgences avec la permanence des soins en ville, et simplifier l'accès direct à l'hospitalisation non programmée,
2. Connaître, répartir et mobiliser plus facilement les moyens disponibles et sécuriser la sortie vers l'hospitalisation,
3. Améliorer la fiabilité des données au service de la qualité et de l'efficacité de l'activité des urgences,
4. Informer le public sur la disponibilité des structures des urgences et sur la qualité du service rendu.

Diagnostic ciblé :

Désormais seule structure autorisée pour l'accueil des Urgences sur le bassin de Montluçon, l'activité du SAU du CHMN n'a cessé de s'accroitre depuis les dix dernières années, comme le montre le tableau ci-dessous. Le creux d'activité durant la période COVID-19 suit la courbe nationale. **La fermeture du service des urgences de la clinique voisine mi-avril 2023 s'est traduit par une augmentation moyenne de 20 à 25 passages journaliers.**

Au niveau du SMUR, une baisse de l'activité s'installe progressivement, en lien avec un sous-effectif médical urgentiste offrant des possibilités d'interventions pré-hospitalières plus souvent avec une équipe, mais rarement à deux.
A l'instar de nombreux services des urgences sur le territoire national, ce service connaît une forte tension sur les effectifs médicaux. Cela a conduit à recourir fréquemment à l'intérim médical pour assurer la continuité de service et à mettre en place, dans certains cas, des organisations dégradées avec régulation des passages à l'entrée des urgences ou par le biais du SAMU.

Année	Nb passages	/jour	Nb hospi/jour	%	SMUR	Nb UHCD/jour
2014	26 776	73,4	21,9	29,8	1 707	7,4
2015	30 259	82,9	27,3	32,9	1 843	9
2016	31 131	85	28,1	33,1	1 723	9,5
2017	32 905	90,1	28,4	31,5	1 580	10,4
2018	33 068	90,6	28,7	31,6	1 514	11,5
2019	33 891	92,9	30,5	32,8	1 592	13,1
2020	27 614	75,5	26,9	35,6	1 131	11,3
2021	29 168	79,9	27,7	34,6	1 116	11
2022	28 003	76,7	23,2	30,2	989	8,9
2023	29 941	82	19,9	22,83	948	6,15
2024	34 321	94	20,54	21,51	1 141	6,35

Le bassin de santé géré par le service SAU/SMUR représente environ 150 000 habitants. Il est centré sur Montluçon et s'étend bien au-delà des frontières de l'Allier. La population de patients prise en charge s'étend du Cher au Puy de Dôme (du nord au sud) et empiète largement sur la Creuse (à l'ouest).

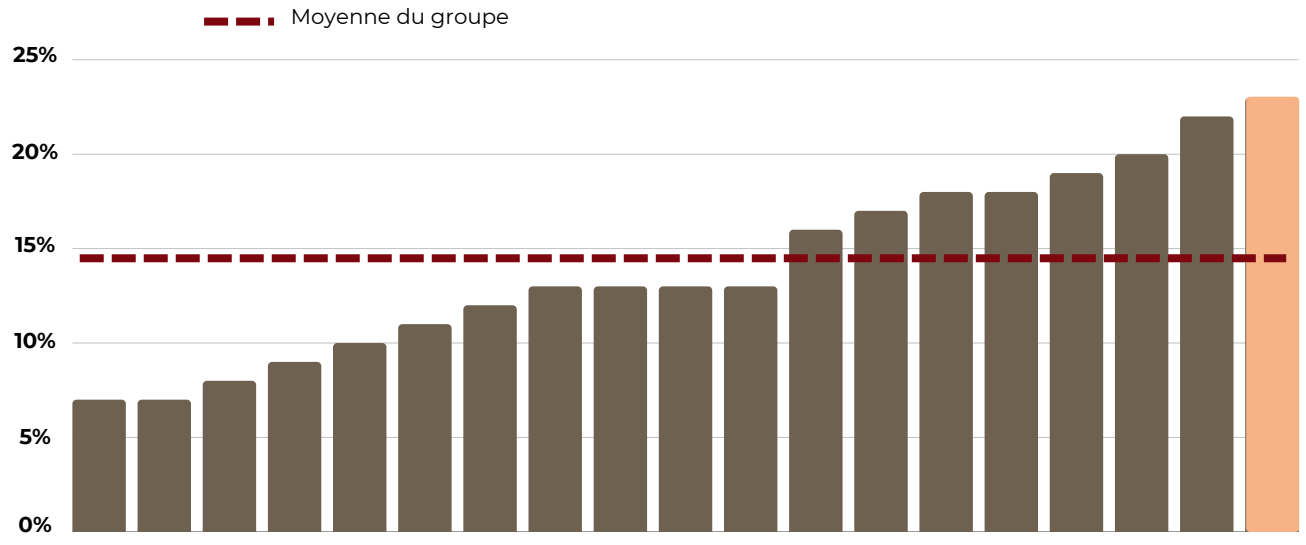
L'établissement participe au réseau régional des urgences Urg'ARA et dispose, par l'intermédiaire de l'**ORU** (**O**bservatoire **R**égional des **U**rgences), de données statistiques comparatives de son activité. L'établissement a transmis, en 2022, 29.971 RPU (résumés de passage aux urgences), classant le Centre Hospitalier dans le groupe des établissements comptant **de 20.000 à 30.000 passages annuels.**

Il en ressort :

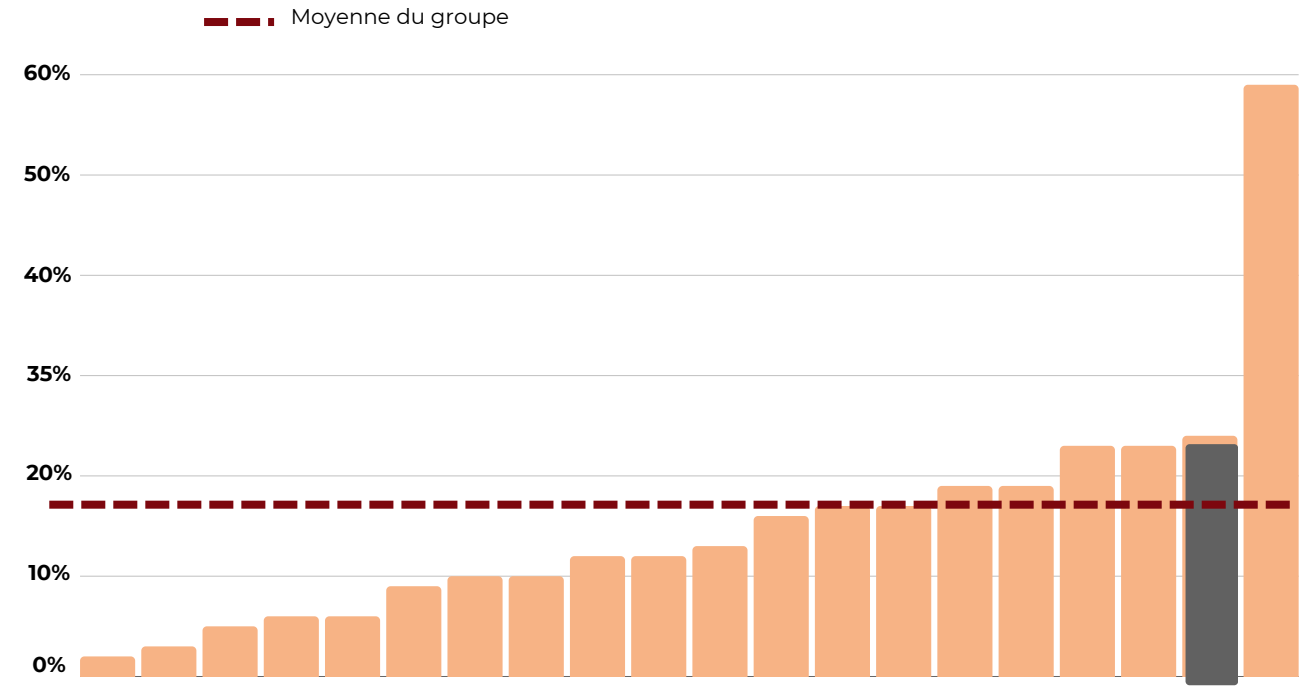
- Un nombre moyen de patients présents par heure très nettement supérieur à la moyenne des établissements de son groupe (tableau ci-dessous)

Population	Heure de la journée																							
	1h	2h	3h	4h	5h	6h	7h	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h	21h	22h	23h	24h
Service	23	17	16	15	14	15	15	15	16	19	22	25	27	29	30	30	30	30	30	29	27	26	24	21
Groupe	9	6	6	5	5	5	6	7	10	13	15	16	17	18	19	19	18	18	17	16	15	13	11	9

- Une part très élevée de patients âgés de plus de 75 ans (23,3 % contre une moyenne de 14,8 %) liée en grande partie aux caractéristiques démographiques du bassin.



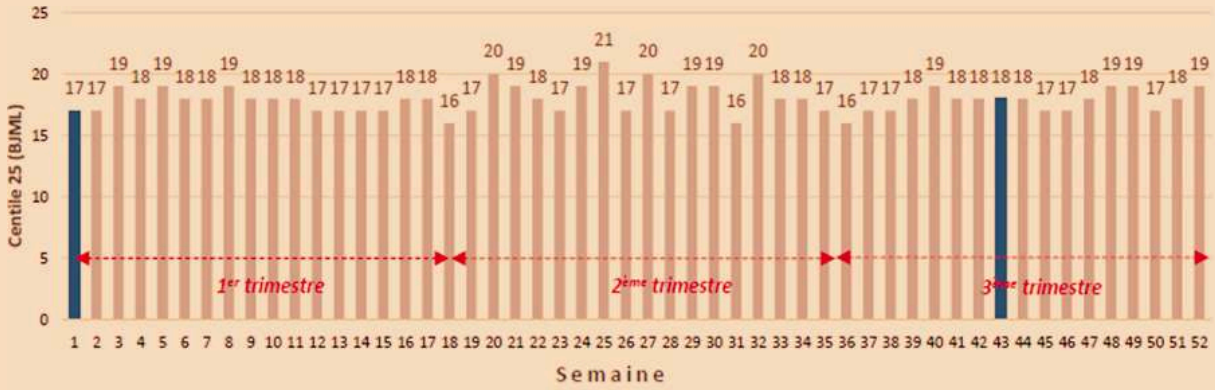
- Un taux d'hospitalisation supérieur à la moyenne des établissements de même catégorie (25,7 % contre 16,9 %),



Taux d'hospitalisation après passage aux urgences du CENTRE HOSPITALIER DE MONTLUCON - NERIS-LES-BAINS Urgences Adultes et les établissements du groupe 20 à 30 000 passages.

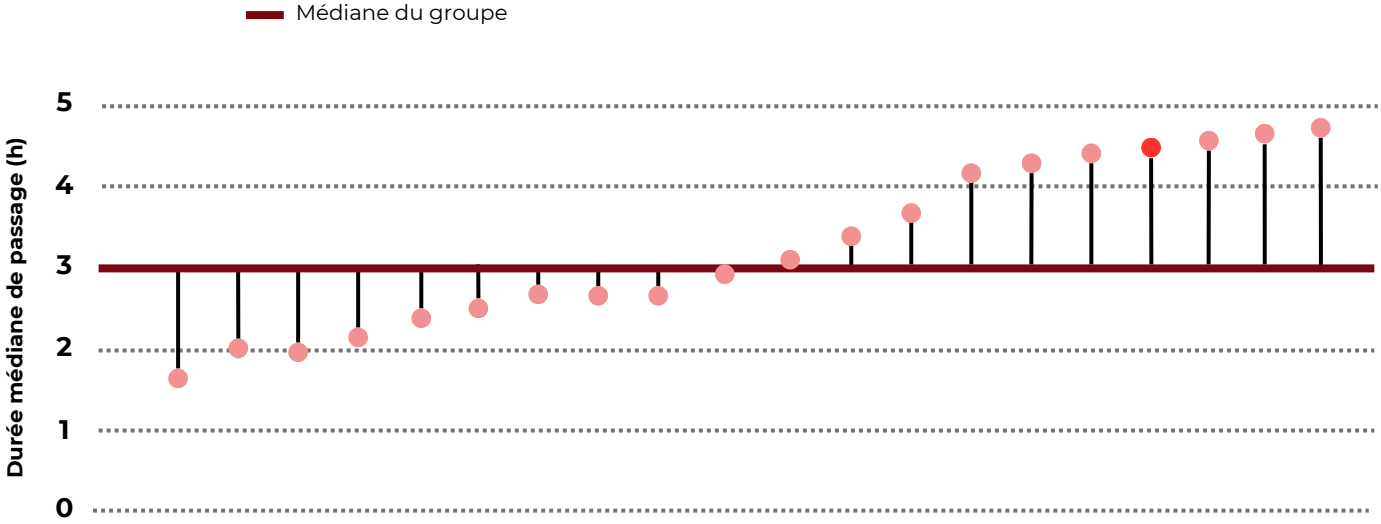
Un besoin journalier minimal en lits compris entre 17 et 20 lits :

Évolution hebdomadaire du Besoin Journalier Minimale en Lits



*Exemple : l'établissement a besoin de **17 lits** chaque jour de la semaine **N°1** ou de **18 lits** chaque jour de la semaine **N°43***

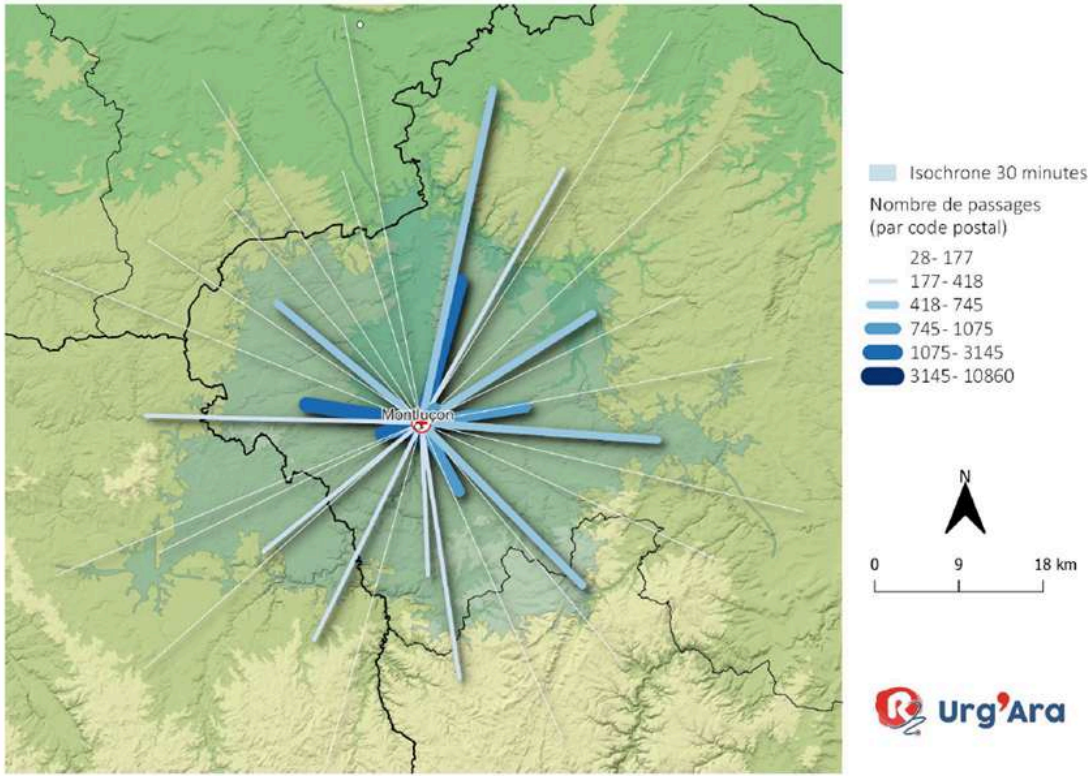
Une durée médiane de prise en charge de 4 h 20 contre 2 h 54 en moyenne pour les établissements du même groupe. Cette durée médiane s'élève à 8 h 13 pour les patients hospitalisés et 3 h 21 pour les patients externes.



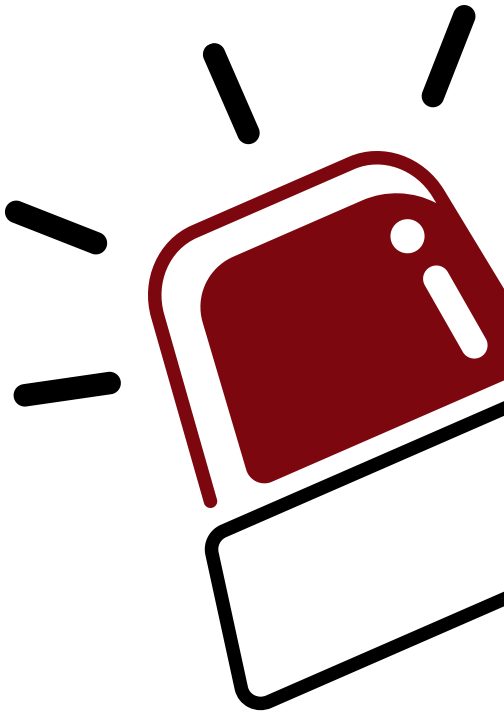
Durée médiane de passage pour CENTRE HOSPITALIER DE MONTLUCON NERIS-LES-BAINS Urgence Adultes et les établissement du groupe 20 à 30 passages

Une origine géographique des patients au-delà du bassin de Montluçon : 12,1 % des patients arrivant aux Urgences sont domiciliés en dehors du bassin d'attractivité du Centre Hospitalier (Est de la Creuse, Sud du Cher et Nord du Puy-de-Dôme).

Provenance des patients :



	2023	2024
File active	1 982	2 052
Nombre de Séjours	2 245	2 319
Nombre de jours réalisés	2 406	2 590
DMS du service	4,93	5,98
Âge moyen	63,82	65,68
% séjours avec âge >= 75 ans	37,71%	41,12%
% entrées via SAU	99,73%	99,61%
% décès	2,85%	2,84%



Les GHM les plus fréquents

		2023	2024
20Z051	Ethylisme aigu, niveau 1	166	164
01M201	Commotions cérébrales, niveau 1	119	76
21M10T	Effets toxiques des médicaments et substances biologiques, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	59	55
19M22T	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 19, très courte durée	63	51
09M031	Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	54	38
23M20T	Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée	35	38
11M12T	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	33	36
11M02T	Lithiases urinaires, très courte durée	39	36
11M041	Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	28	34
01M25T	Epilepsie, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	26	33

SAU	2023	2024
Externes	21 561	25 123
Passages suivis hospitalisation	7 409	7 659
TOTAL	29 941	34 321

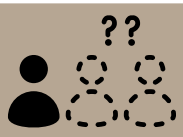
SMUR	2023	2024
Sorties primaires	869	963
Sorties secondaires	79	178
TOTAL	948	1 141

HELISMUR	2024
Sorties primaires	83
Sorties secondaires	61
TOTAL	144

FORCES

- Equipe paramédicale compétente,
- Coopération solide avec le CHU (parcours de formation des jeunes médecins en lien avec le CHU, participation de praticiens du CHU au tableau de service du CHMN), et avec les SAMU 03, 63 et 23 facilitant l'organisation et la régulation des soins ; fédération médicale inter-hospitalière entre les établissements du GHT disposant d'un service d'urgences,
- Présence d'une cellule de gestion des flux avec deux IDE,
- Bon niveau d'équipement médical du service,
- Proximité immédiate du service de réanimation, du plateau technique d'Imagerie Médicale, de la coronarographie et du bloc opératoire,
- Filière AVC avec l'UNV du Centre hospitalier et du CHU,
- Filière des patients polytraumatisés, avec le Trauma Center de référence au CHU.

FAIBLESSES



- Pénurie de Médecins Urgentistes,
- Recours régulier à l'intérim médical,
- Périodes de régulation / fermeture des urgences en 2022 / 2023,
- Délai moyen de prise en charge supérieur à la moyenne des établissements de même catégorie,
- Locaux inadaptés à l'augmentation de la fréquentation des Urgences (salle d'attente exiguë, accueil des patients couchés non optimal).

OPPORTUNITÉS

- Organisation des admissions directes des personnes âgées de plus de 75 ans par les IDE gestionnaires de flux,
- Réorganisation des services de Médecine avec la création d'unités d'aval / post Urgences,
- Mise en place du SAS dans l'Allier,
- Développement des interventions de l'HAD en EHPAD avec pour objectif de réduire le passage aux Urgences des résidents d'EHPAD,
- Présence d'un Hélismur 4 mois en 2023 et 6 mois de l'année en 2024,
- Réactivation de la Commission des Admissions Non Programmées.

MENACES

- Difficulté à gérer le flux en aval des Urgences du fait de tensions régulières sur les lits de médecine et de chirurgie,
- UHCD avec une capacité de 6 lits, régulièrement augmentée à 8 ou 10 lits, ce qui pénalise le circuit court des urgences,
- Manque de disponibilité de l'équipe mobile de gériatrie pour assurer une prise en charge optimale des personnes âgées,
- Psychiatrie sans consentement réalisée au CH de Moulins-Yzeure, ce qui conduit à des délais de transfert souvent supérieurs à 24 h ou 48 h.

Rappel des principaux objectifs du Schéma Régional de Santé 2023- 2028 :

CONCERNANT LES SMUR :

1. **Généraliser** le déploiement des équipes paramédicales de médecine d'urgence à l'ensemble du territoire régional.
2. **Généraliser** les équipes de TIIH (Transports Infirmiers Inter-Hospitaliers) à l'ensemble du territoire régional pour éviter le recours inadapté aux équipes SMUR.
3. **Avoir une stratégie héliportée** permettant la réponse territoriale H24 et 365/365, quand les conditions le permettent, afin d'assurer une couverture efficiente du territoire régional en intervention primaire et en intervention secondaire pour les transferts.
4. **Poursuivre** le regroupement des équipes SMUR et SAU afin d'augmenter la mutualisation des ressources.
5. **Poursuivre** l'organisation des transports néonataux et pédiatriques.
6. **Renforcer** dans chaque territoire les filières d'admission directe en particulier pour les filières déjà connues (cardiologie, neuro-vasculaire, traumatologie grave, soins critiques) mais surtout développer de nouvelles filières (personnes âgées, psychiatrie ...).

CONCERNANT LES SAU :

1. **Développer** les maisons médicales de garde, notamment à proximité des SAU, les centres de soins non-programmés et les centres de santé allant dans ce sens.
2. **Encourager** les initiatives de réorientation à l'entrée des urgences par les IOA et poursuivre le déploiement des IPA en structure de médecine d'urgence.
3. **Poursuivre** la mise en place des équipes médicales de territoire en particulier dans les nouveaux projets médicaux de GHT.
4. **Généraliser** le monitoring du besoin journalier de lits dans les établissements et les gestionnaires de lits.
5. **Développer** les services post-urgences.

Chaque habitant de la région de Montluçon doit être en mesure de recevoir une réponse à sa demande de soins, dans le meilleur délai, et d'accéder à un système de soins fournissant les services en terme de diagnostic et de traitement les mieux adaptés à son état lors d'une situation d'urgence.

La mission du service des urgences et du SMUR est de garantir la qualité, la coordination et la sécurité des soins que tout citoyen est en droit d'attendre dans le contexte particulier de l'urgence.

Objectif 1 : Améliorer l'offre de prise en charge

Sous objectif 1.1 : Réorganiser la prise en charge des Soins Non Programmés

- Définir les circuits les plus pertinents aux urgences :
  - Circuit court et circuit long,
  - Binôme IOA (infirmière orientation et accueil) MOA (médecin d'orientation et d'accueil),
  - Travailler avec le laboratoire et la radiologie pour réduire les délais d'attente aux urgences et sur la pertinence des prescriptions.

- Fluidifier le parcours patient :
  - Organiser un Bed management amont et aval (procédure gestion globalisée des lits, CANP, dépistage précoce des situations sociales complexes, anticipation des sorties),
  - Développer les relations avec la médecine ambulatoire (EHPAD, maison médicale, médecins de ville, HAD),
  - Améliorer les filières de prise en charge en gériatrie et en psychiatrie, en lien avec les services spécialisés.

Sous objectif 1.2 : Améliorer l'accès aux soins urgents (SMUR)

- Conventions avec les SAMU 63, 23, 03, 18 et la sécurité civile pour réduire les délais de prise en charge,
- Pérenniser à l'année l'HéliSMUR mis en place progressivement, depuis 2019, dans l'Allier : mutualisé en terme de moyens entre les trois établissements de santé disposant d'un service d'urgences (CH Moulins-Yzeure, CH Vichy et CH Montluçon), ce moyen de transport permet de faciliter le transfert des patients vers les plateaux techniques les plus adaptés à leur état de santé et de gagner en temps médical et paramédical,
- Poursuivre la mise en place des Transferts Infirmiers Inter Hospitaliers (depuis l'été 2022),
- Poursuivre la formalisation des Equipes ParaMédicales d'Urgence (EPMU).

Sous objectif 1.3 : Consolider les plans d'urgence

- Assurer la mise à jour régulière et la bonne connaissance des plans d'urgence par les professionnels (Plan blanc et ses annexes, PSM 1 et 2, chaine fixe de décontamination des NRBC), réaliser régulièrement des exercices de crise.

Objectif 2 : Ajuster les ressources pour mieux répondre aux besoins

Sous-objectif 2.1 : Favoriser les recrutements et la fidélisation des professionnels

- Recruter de nouveaux praticiens urgentistes pour garantir la continuité de service et limiter le recours à l'intérim,
- Poursuivre la coopération avec les autres établissements du GHT pour inciter les professionnels médicaux à s'inscrire dans des équipes territoriales dans le cadre de la fédération médicale inter-hospitalière,
- Stabiliser l'équipe paramédicale,
- Faciliter l'accès à la formation pour l'ensemble des professionnels.

Sous-objectif 2.2 : Adapter les locaux à l'accroissement de l'activité

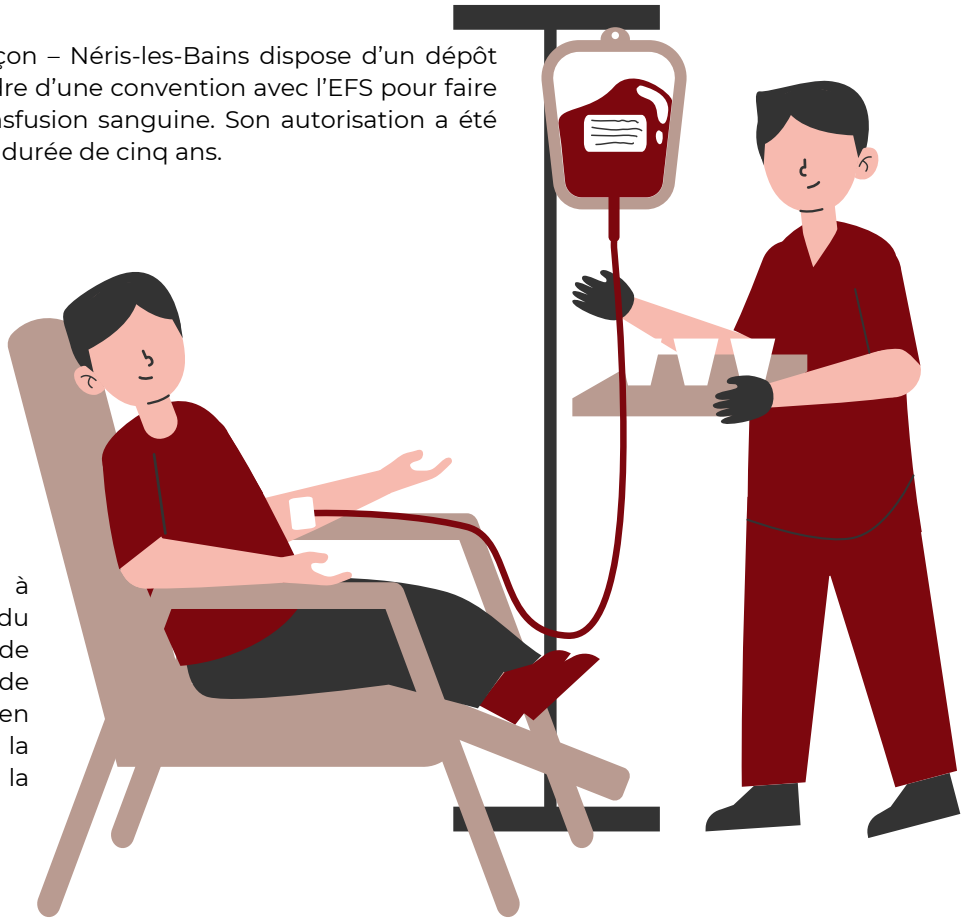
- Etudier la faisabilité d'un réaménagement de la salle d'attente et de l'accueil des patients en brancard.

Sous-objectif 2.3 : Poursuivre l'informatisation du service

- Déploiement d'Easily réalisé en 2024 avec interfaçage directement dans le DPI et intégration des services supports, le laboratoire et la radiologie, et les prescriptions,
- Intégrer les fiches d'intervention du SMUR au DPI du patient.

1.5 LA TRANSFUSION SANGUINE

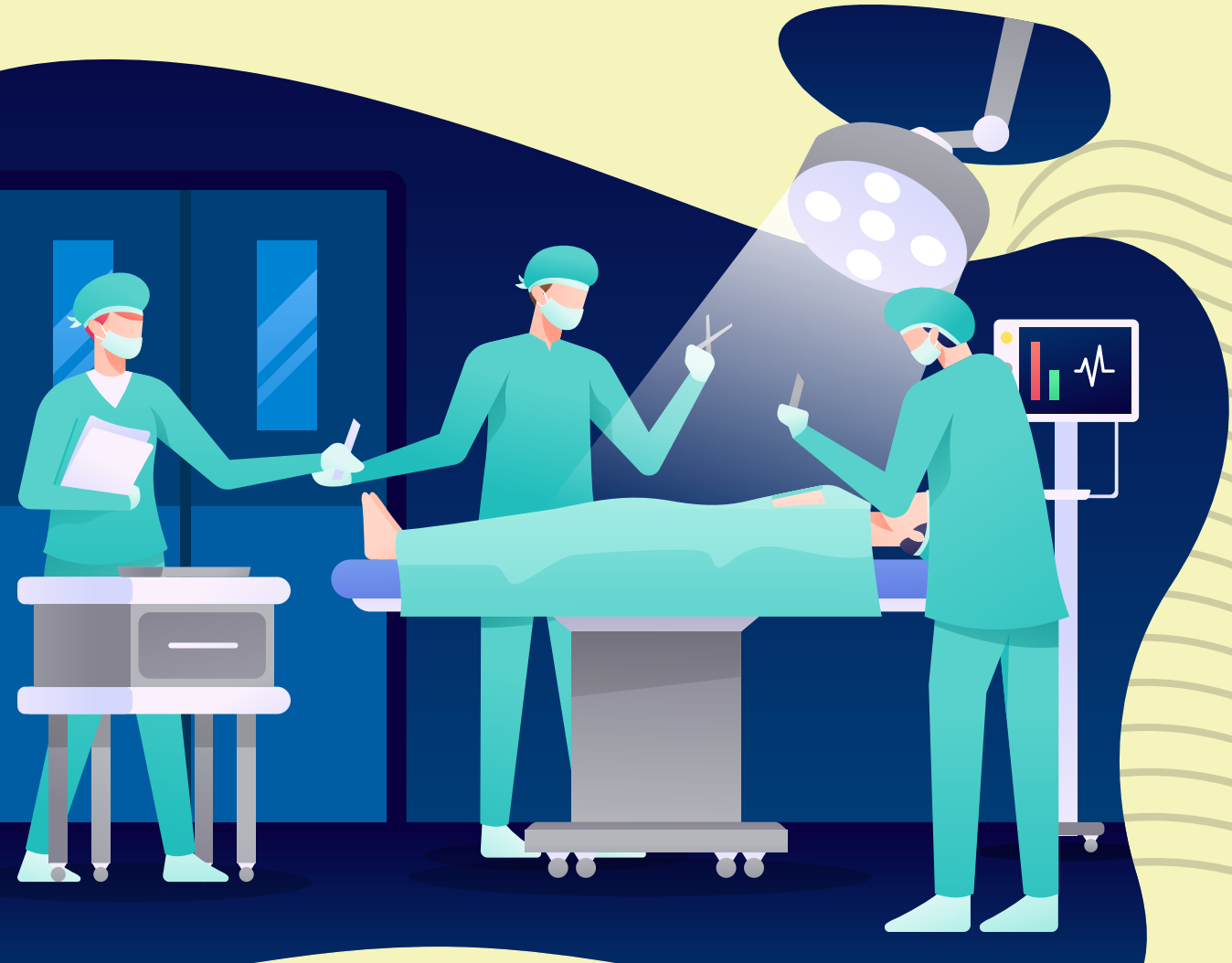
Le Centre Hospitalier de Montluçon – Néris-les-Bains dispose d'un dépôt de sang type urgence dans le cadre d'une convention avec l'EFS pour faire face aux besoins urgents de transfusion sanguine. Son autorisation a été récemment renouvelée pour une durée de cinq ans.



L'établissement bénéficie sur site d'une antenne de l'EFS qui permet la délivrance de produits sanguins pour les activités programmées du centre hospitalier ainsi que pour les autres établissements de santé du bassin, notamment l'HPSF.

L'objectif est de mettre à disposition de l'hémovigilance et du personnel médical et soignant de l'établissement les moyens de réaliser l'acte transfusionnel en toute sécurité de la prescription à la surveillance et d'en assurer la traçabilité et la formation.

PÔLE CHIRURGIE



02 FILIÈRE DE LA CHIRURGIE : UN FORT POTENTIEL D'ACTIVITÉ

Carte d'identité de la filière chirurgie :

- Chirurgie viscérale et digestive
- Chirurgie orthopédique et traumatologique
- Chirurgie ORL
- Chirurgie vasculaire
- Gastro-Entérologie - Endoscopie
- Anesthésie
- Unité ambulatoire chirurgicale

Spécialités	Capacitaire	Équipe médicale
Chirurgie viscérale et digestive	15 lits	2 Praticiens + 1 Dr junior
Chirurgie orthopédique et traumatologique	16 lits	4 Praticiens
Chirurgie ORL	2 lits	4 Praticiens (3,2 ETP)
Chirurgie vasculaire		4 Praticiens mis à disposition par le CHU de Clermont-Ferrand le mardi. Démarrage de l'activité début 2025
Gastro-enterologie / Endoscopie	14 lits	4 Praticiens (3 ETP)
Anesthésie		6,8 Praticiens
Unité ambulatoire chirurgicale	13 places	Chirurgiens, anesthésistes, cardiologues interventionnels, gastro-entérologues
Chirurgie gynécologique	CF : Pôle Mère-enfant	

Pratique médicale d'excellence qui contribue au rayonnement du Centre Hospitalier, l'activité de Chirurgie constitue un enjeu majeur pour l'établissement et mérite une attention particulière. L'activité de chirurgie est principalement organisée autour du bloc opératoire, composante essentielle de son plateau technique par sa technicité, l'importance des investissements nécessaires et la qualification des personnels qui y exercent. Soumise aux évolutions technologiques, aux nouvelles exigences des patients et aux modalités incitatives de tarification à l'activité, l'activité s'est profondément transformée depuis plusieurs années avec un tournant ambulatoire marqué et des durées de prise en charge de plus en plus brèves. Autant de facteurs qui ont considérablement influé le fonctionnement des services de chirurgie.

Comme le mentionne la Cour des Comptes dans son rapport sur les comptes de la sécurité sociale de 2017, « *l'imagerie interventionnelle a d'ores et déjà déplacé la ligne de partage entre la médecine et la chirurgie* », citant l'exemple de « *la cardiologie interventionnelle réalisée par des médecins cardiologues qui a largement fait diminuer le recours à la chirurgie coronarienne au point d'envisager la disparition à terme de cette chirurgie du fait du développement des approches endo-vasculaires ». Elle anticipe également le fait qu'à « l'avenir, des technologies de pointe diffusées de façon croissante permettront d'inclure des patients toujours plus âgés dans des protocoles chirurgicaux autrefois contre-indiqués. Les robots chirurgicaux ne constituent que les prémices de mutations de plus grande ampleur avec les techniques mini-invasives ou la reconstitution d'organes en trois dimensions ».*

Diagnostic ciblé :

Disposant d'un plateau technique moderne et d'équipes médicales compétentes, le CHMN propose une offre de soins en chirurgie de qualité et diversifiée pour répondre aux besoins de la population, de la petite enfance aux personnes âgées.

Dans un environnement fortement concurrentiel, l'objectif du pôle est de consolider son positionnement et de développer son offre en s'appuyant sur des partenariats avec les autres pôles de chirurgie du GHT et en maintenant un haut niveau de performance du plateau technique. Ce sont autant d'enjeux déterminants pour renforcer l'attractivité vis-à-vis des patients mais aussi des professionnels de santé exerçant dans ce domaine (chirurgiens, anesthésistes, IADE, IBODE ...).

L'analyse des parts de marchés en chirurgie sur le bassin de santé montluçonnais montre que l'Hôpital privé Saint-François est, de loin, le premier opérateur du territoire avec **5.872 séjours réalisés en 2023** au bénéfice de patients du territoire **contre 2.886 séjours pour le CHMN,** soit respectivement **44 % et 21,6%** des parts de marché.

Part du privé lucratif en 2023 (61,9% en 2022)

Etablissements	Type EJ	Nb Séj (issus de la zone)	PdM 2023	PdM 2022	PMCT relatif	PdM séances 2023	Activité totale de l'établissement*
CL ST-FRANC ST ANT - DESERTINES (030781116)	Privé	5 872	44% ↘	45,7%	77		8 357
CH MONTLUCON (030780100)	**CH**	**2 886**	**21,6%** ↘	**22,3%**	**114**		**3 515**
CL CHATAIGNERAIE - BEAUMONT (630781839)	Privé	1 131	8,5% ↗	7,6%	78		33 558
CHU CLF - SITE MONTPIED (63a780989)	CHR	735	5,5%	5,5%	200		16 952
CHU - CLF SITE ESTAING-CEBAZAT (63b780989)	CHR	395	3,0%	3,0%	153		7 990
POLE SANTE REPUBLIQUE - CLF (630780211)	Privé	274	2,1% ↗	1,7%	113		11 851
CLCC JEAN PERRIN (630000479)	CLCC	240	1,8% ↘	2,2%	160		4 164
POLY PERGOLA - VICHY (030780548)	Privé	181	1,4%	1,4%	69		7 817
CH GUERET (230780041)	CH	167	1,3% ↗	0,7%	131		2 944
CL LA PLAINE - CLF (630780369)	Privé	164	1,2% ↗	0,9%	51		8 428
Autres publics et parapublics		659	4,9% ↗	4,1%			
Autres privés lucratifs		630	4,7%	4,8%			
		13 334			**100**		

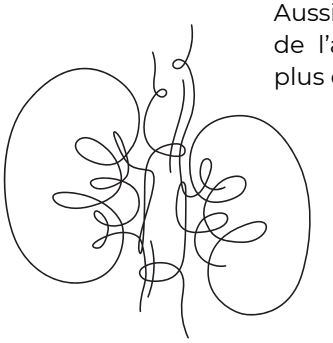
Sources : PMSI Atih 2022 - 2023, FHF data

** quelle que soit l'origine du patient*

Cette analyse faciale mérite cependant d'être nuancée dans la mesure où certaines spécialités chirurgicales sont pratiquées uniquement à l'HPSF.

C'est le cas par exemple de la chirurgie opthalmologique pour laquelle la clinique a assuré plus de 1.600 interventions, de la chirurgie vasculaire (près de 200 interventions chirurgicales) et l'Urologie (environ 1.200 opérations).

Aussi, à périmètre d'activité comparable, la répartition de l'activité entre les deux opérateurs est nettement plus équilibrée.



Par ailleurs, il est intéressant de souligner que les disciplines chirurgicales sus-mentionnéeset la nature des activités réalisées favorisent une prise en charge en ambulatoire, sans la nécessité d'un plateau technique lourd tel qu'une réanimation et / ou des soins intensifs. En atteste le PMCT(1) relatif qui traduit la lourdeur des prises en charge : celui-ci s'élève à 114 au CHMN contre 77 pour l'HPSF, soit près de 50 % supérieur.

L'activité chirurgicale des deux structures est en réalité assez dissemblable et, malgré quelques segments concurrentiels, **l'offre de soins en chirurgie est plutôt complémentaire sur le territoire.** C'est dans cet esprit et avec la volonté de maintenir une offre de soins chirurgicale de proximité la plus complète possible que le CHMN a sollicité, dans le cadre du nouveau régime des autorisations, et compte-tenu de la démographie médicale de l'HPSF, le droit d'exercer deux nouvelles pratiques thérapeutiques : l'ophtalmologie et la chirurgie vasculaire.

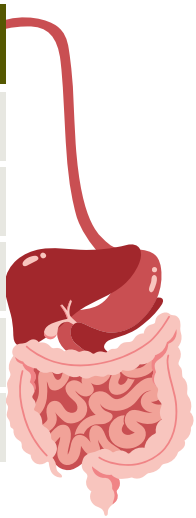
S'agissant de l'activité de chirurgie vasculaire, celle-ci s'inscrit dans un projet de coopération avec le CHU de Clermont-Ferrand qui met à disposition des praticiens de l'équipe médicale de Chirurgie vasculaire à hauteur d'une journée par semaine pour assurer des consultations externes et des interventions chirurgicales depuis fin janvier 2025.L'activité réalisée est essentiellement, dans l'immédiat, centrée sur la chirurgie veineuse périphérique et la création de fistules artério-veineuses pour les patients d'hémodialyse(2).

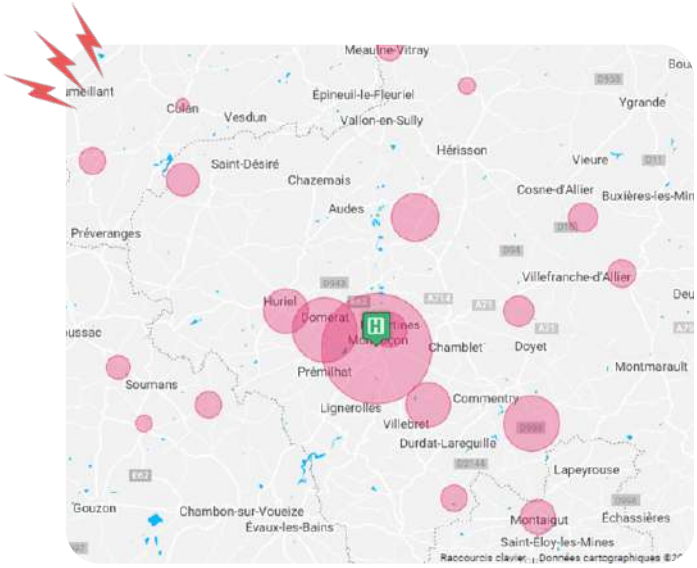
La perspective de développer dans les prochains mois une activité en chirurgie ophtalmologique répond au même souci de maintenir une offre en proximité et d'éviter aux patients du bassin montluçonnais des déplacements longs et fatigants, du fait des prochains départs à la retraite des Ophtalmologues libéraux et l'absence vraisemblable de remplaçants pour poursuivre cette activité. L'enjeu est de taille pour le CHMN dans la mesure où l'activité d'ophtalmologie est actuellement exclusivement portée par le secteur privé et nécessite donc la constitution d'un service complet, dans toutes ses dimensions (ressources médicales, paramédicales, équipements ...).

Il est aussi important de souligner que les équipes de chirurgie du CHMN traitent des patients sur un périmètre géographique élargi bien au-delà des limites du département, notamment la Creuse, le Cher, l'Indre et le Puy-de-Dôme.

Exemple : chirurgie digestive

Origine	
Allier	80.89
Puy de Dôme	4.19
Hors région	14.83
Limousin	7.16
Centre	6.81



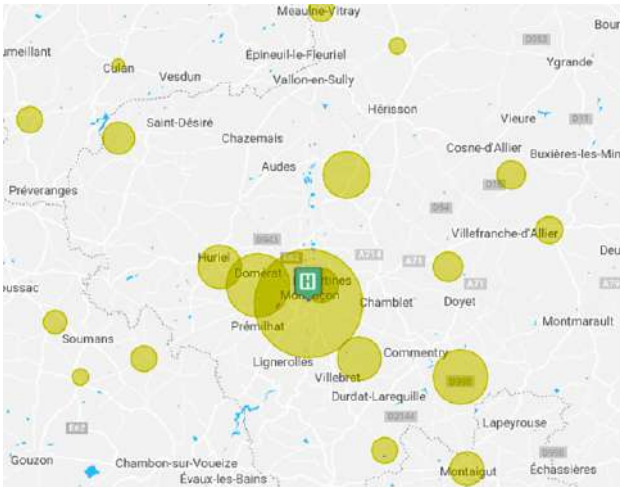


L'attractivité du recrutement des patients en chirurgie digestive et viscérale est identique à celle de la chirurgie orthopédique : 80 % des patients sont originaires du territoire de santé et un sur cinq provient des départements limitrophes.

1: PMCT : Poids Moyen du Cas Traité
2: Pathologies prises en charge par les chirurgiens vasculaires : anévrysmes des vaisseaux hors aorte ascendante et intracrânien, anévrysme thoracique et abdominal, artériopathie des membres, sténoses carotidiennes, varices, syndrome nutcracker, syndrome du défilé thoraco-brachial et ligament arqué du diaphragme.

Exemple : chirurgie orthopédique

Origine	
Allier	82.52
Puy de Dôme	4.55
Hors région	12.94
Limousin	6.64
Centre	5.07



Essentiellement tourné vers la chirurgie adulte, le CHMN accueille aussi des enfants pour des prises en charge chirurgicale, en coordination étroite entre les Pédiatres, les Anesthésistes et les Chirurgiens pour une sécurité maximale. La chirurgie pédiatrique, désormais encadrée par les nouveaux décrets définissant les conditions de réalisation de l'activité de chirurgie, concerne majoritairement l'ORL, et, dans une moindre mesure, les autres disciplines (Orthopédie / Traumatologie, chirurgie digestive) pour des actes pouvant être réalisés en proximité. La chirurgie pédiatrique de recours et de référence est réalisée par les équipes spécialisées du CHU de Clermont-Ferrand ou des Hospices Civils de Lyon selon les pathologies.

FORCES

- Equipes médicales compétentes,
- Un bloc opératoire très bien équipé,
- Un plateau technique support de qualité (Urgences, Réanimation, Laboratoires, Imagerie Médicale ...),
- Coopérations solides avec le CHU : postes de Docteurs juniors, filières de prise en charge bien définies avec rôle de recours du CHU, mises à disposition de chirurgiens vasculaires, projet de coopération en chirurgie carcinologique de l'estomac,
- Autorisation d'activité pour la chirurgie carcinologique (digestif, mammaire, gynécologique) avec un volume d'activité important et une expertise reconnue,

FAIBLESSES

- Démographie médicale fragile des Anesthésistes qui induit le recours régulier à l'intérim,
- Equipe médicale à conforter en chirurgie viscérale et en gastro-entérologie,
- Equipe médicale en ORL à fidéliser,
- Performance du bloc opératoire à optimiser,
- Activité ambulatoire insuffisamment développée,
- Absence de programmes RAAC (Récupération Améliorée Après Chirurgie),
- Réponse insatisfaisante du secteur privé sur la PDS, en Urologie en particulier, mais sur les autres disciplines également,

OPPORTUNITÉS

- Autorisation en chirurgie adulte et en chirurgie pédiatrique en cours de validée récemment par l'ARS,
- Potentiel d'activité à développer en Ophtalmologie,
- Développement d'une activité de chirurgie vasculaire, avec montée en charge progressive (veineux périphérique dans un premier temps, puis éventuelle activité artérielle et endovasculaire),
- Projet de rapprochement géographique du service de gastro-entérologie de celui de chirurgie viscérale, dans une logique de filière,
- Coopération médicale avec l'HPSF permettant d'envisager, dans les prochaines années, l'installation d'un robot chirurgical dans les locaux du CHMN,

MENACES

- Secteur concurrentiel (privé et autres établissements publics),
- Départs prévisionnels à la retraite de certains praticiens dans les prochaines années,
- Métiers paramédicaux en tension (IBODE, IADE),
- Capacités de financement limitées du CHMN pour maintenir un plateau technique de pointe (robot chirurgical).

Rappel des principaux objectifs du Schéma Régional de Santé 2023- 2028 :

1. **Améliorer** l'accessibilité aux soins par la coordination de l'offre chirurgicale : renforcer l'organisation de l'offre chirurgicale dans la région dans le cadre de coopération entre chirurgiens de différents établissements de santé et d'organisations médicales innovantes.

2. **Développer** des consultations spécialisées avancées dans les établissements de santé ne disposant pas d'un plateau technique de chirurgie.

3. **Maintenir** une offre de prise en charge de proximité en chirurgie ambulatoire.

4. **Assurer** la disponibilité de plateaux techniques chirurgicaux complets dans les établissements de santé sur chaque territoire de proximité, dans le cadre de parcours de soin assurant au patient un suivi coordonné.

5. **Conforter** les plateaux techniques de recours équipés des nouvelles technologies (robot notamment) en assurant leur accessibilité à tous les patients du territoire concerné ainsi que la possible coopération de chirurgiens d'autres établissements.

6. **Poursuivre** l'accompagnement du virage ambulatoire.

7. **Assurer** des parcours coordonnés pour les patients relevant de la chirurgie pédiatrique.

Objectifs du Projet Médical Partagé du GHT :

- Préserver une expertise en proximité en renforçant l'offre publique,
- Limiter les délais d'attente pour la chirurgie programmée,
- Développer la chirurgie ambulatoire,
- Maintenir sur le département de l'Allier une offre de soins chirurgicale diversifiée sur les trois établissements (Vichy, Moulins, Montluçon).

2.1 UN OUTIL COMMUN : LE BLOC OPÉRATOIRE

Le bloc opératoire est situé au niveau -1 du PT1, à proximité immédiate de l'unité chirurgicale ambulatoire. Il est constitué de trois modules de trois salles d'opération et une SSPI (salle de surveillance post-interventionnelle). Outil commun à tous les opérateurs, il constitue le pivot de l'activité de chirurgie. Secteur à haut risque, il fait l'objet de protocoles stricts, notamment en termes d'hygiène et d'asepsie, sous la supervision du CLIN, pour garantir une maîtrise maximale du risque infectieux. Des indicateurs de suivi spécifiques sont mis en place pour évaluer le niveau de gestion des risques.

Sur le plan organisationnel, une cellule de programmation a pour rôle de définir et arrêter, chaque semaine, le programme opératoire dans les différentes disciplines, en fonction des ressources disponibles (nombre de salles disponibles, personnels ...), des activités prévues et de la gestion des risques.
La gouvernance du bloc est placée sous la responsabilité des deux coordonnateurs médicaux et chirurgicaux du bloc, du cadre de bloc, avec l'appui du régulateur de bloc. Un conseil de bloc, associant les chirurgiens, les anesthésistes, des membres du personnel paramédical du bloc et la Direction, se réunit régulièrement avec pour missions de :

- **veiller** au respect de la Charte du bloc par tous les intervenants,
- **rappeler,** le cas échéant, les règles d'utilisation du bloc,
- **définir** la répartition des plages opératoires entre les différentes spécialités chirurgicales, au vu des besoins et des moyens disponibles,
- **s'assurer** de la performance globale du bloc et de la bonne utilisation des ressources, et prendre les mesures de réajustement nécessaires si besoin.

Ce dernier axe est essentiel compte-tenu de l'importance des moyens alloués pour le fonctionnement du bloc opératoire, tant en termes de personnels qualifiés affectés à cette unité, qu'en termes d'équipements et de matériels.

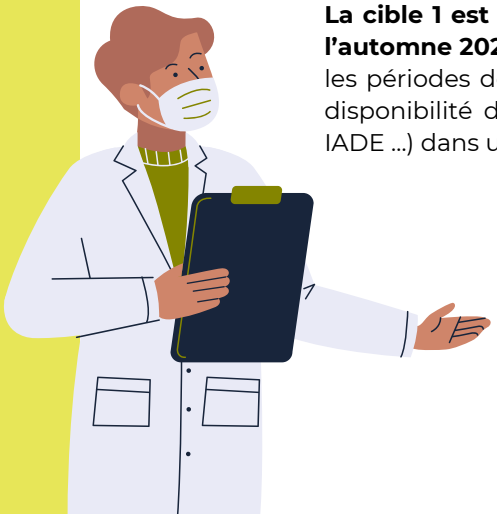
L'analyse des indicateurs, conjuguée à la nécessité de prévoir des plages opératoires pour de nouvelles disciplines et également d'apaiser les tensions internes, a conduit à une réorganisation globale du bloc opératoire, élaborée en concertation avec les différents acteurs. Validée par les instances, cette réorganisation, doublée d'une gouvernance réaffirmée, est déployée depuis janvier 2025. Elle s'inscrit en deux temps :

Cible 1 :

une nouvelle organisation, à moyens constants, permet une augmentation du temps hebdomadaire de vacation offert de 42 heures supplémentaires. Cette étape permet notamment de mettre à disposition des chirurgiens orthopédistes une vacation journalière, ce qui facilite la prise en charge des urgences traumatologiques, et de donner du temps supplémentaire aux Gastro-Entérologues pour la réalisation des actes de cathétérisme rétrograde pour des patients jusqu'alors transférés vers d'autres centres. Cette nouvelle organisation intègre également une vacation pour les chirurgiens vasculaires du CHU de Clermont-Ferrand désormais présents chaque mardi.

La cible 2 est conditionnée par le renforcement des moyens en effectifs paramédicaux du bloc, notamment des personnels IBODE. Cette cible 2 permet d'augmenter à nouveau de 40 heures supplémentaires le temps de vacation offert aux opérateurs. Dans ce schéma, une salle d'urgence avec une équipe dédiée sera ouverte du lundi au vendredi, facilitant ainsi la programmation au bloc opératoire tout en assurant la prise en charge des Urgences chirurgicales.

: Cible 2



La cible 1 est d'ores-et-déjà opérationnelle et la mise en place de la cible 2 est prévue pour l'automne 2025. En parallèle, une planification annuelle des capacités du bloc permet d'anticiper les périodes de congés notamment ceux de la période estivale, afin de mettre en cohérence la disponibilité des opérateurs et les moyens de fonctionnement du bloc (Anesthésistes, IBODE, IADE ...) dans un souci d'efficience et de continuité du service public.

Objectif 1 : Favoriser un fonctionnement optimal du bloc opératoire et une gouvernance équilibrée. Il s'agira de parachever le déploiement de la nouvelle organisation validée par les acteurs du bloc et les instances du CHMN, et de s'assurer du niveau de performance du bloc. Pour cela, la gouvernance du bloc pourra s'appuyer sur des indicateurs tels que le temps de vacation offert, le temps réel d'occupation des salles, le taux de débordement … que le module Easily Bloc, en cours d'installation, sera en mesure de fournir.

Objectif 2 : Faciliter l'accès au bloc pour tous les opérateurs, notamment dans la perspective du développement de nouvelles activités (Ophtalmologie).

Objectif 3 : Maintenir un haut niveau de technicité du bloc opératoire et étudier la faisabilité d'installer un robot chirurgical en partenariat avec les opérateurs du secteur privé afin de faciliter l'accès à ces nouvelles technologies pour les patients du bassin de Montluçon.

Zoom sur le robot chirurgical

La chirurgie robotique marque une avancée significative dans le domaine médical, touchant une diversité de spécialités chirurgicales. Très utilisée en urologie, cette technologie a rapidement trouvé sa place dans d'autres domaines (chirurgie digestive, gynécologique, pédiatrique …) et ne cesse de gagner du terrain.

Elle permet d'offrir au patient une alternative moins invasive, reproduisant les gestes de la cœlioscopie ou de la laparotomie, mais avec une précision et des résultats améliorés. Cette approche entraîne moins de complications pendant et après l'intervention, une convalescence plus rapide, et une réduction significative des douleurs postopératoires grâce à une moindre utilisation d'antalgiques. Pour les patients, cela signifie des procédures plus sûres, une récupération plus rapide et des risques réduits, marquant une étape significative vers des soins toujours plus améliorés et personnalisés.

Source : Hôpital Gustave Roussy

En permettant au chirurgien de travailler assis et dans une position ergonomique optimale, la technologie robotique facilite l'utilisation des bras et des poignets à tous les degrés de liberté articulaire nécessaires. Par ailleurs, la chirurgie assistée par robot offre une qualité d'exposition exceptionnelle grâce à l'utilisation de deux caméras qui projettent une vision tridimensionnelle, permettant ainsi une précision chirurgicale inégalée.

Grâce à une console de commande ergonomique, avec ses deux mains le chirurgien a le contrôle des mouvements de quatre instruments situés dans le patient, ce qui augmente ses compétences et sa dextérité.

2.2 DÉVELOPPER LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

Installée au niveau -1 du PT 1, à proximité du bloc opératoire et de la salle de cardiologie interventionnelle, l'unité de chirurgie ambulatoire comprend treize places. Les données d'activité de chirurgie ambulatoire sur la période 2019 – 2024 montre une légère augmentation, toutes spécialités confondues : le taux de chirurgie ambulatoire passe de 29,6 % en 2019 à 33 % en 2024.

Année	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Taux de chirurgie ambulatoire	29.6 %	30.66 %	35.3 %	35 %	32.7 %	33 %

Objectif 1: Développer la chirurgie ambulatoire et augmenter le taux de rotation sur les places d'ambulatoire pour accueillir jusqu'à deux patients / jour / place.

Objectif 2 : Réorganiser l'unité ambulatoire pour accompagner le développement de la chirurgie ambulatoire, d'une part, et, de la coronarographie en ambulatoire, d'autre part. En effet, l'installation de la deuxième salle de cardiologie interventionnelle, prévue en septembre 2025, va conduire à réaliser de plus en plus certaines activités sous forme de séjours ambulatoires.

De ce fait, l'organisation des prises en charge ambulatoires, qu'elles soient médicales ou chirurgicales, doit être réfléchie à l'échelle de l'établissement afin d'optimiser les parcours patients et les moyens dédiés, et éviter que cette activité mobilise des lits d'hospitalisation complète dont la vocation est différente. Un groupe de travail ad hoc a été constitué pour étudier cette problématique et formuler des propositions.

2.3 UNE ACTIVITÉ TRANSVERSALE : L'ANESTHÉSIE

L'unité médicale d'anesthésie est amenée à prendre en charge différentes activités. Sa fonction première est de réaliser les anesthésies générales et locorégionales au bloc opératoire pour les différentes spécialités chirurgicales et endoscopiques (chirurgie viscérale, gynécologique et obstétricale, orthopédique, ORL, endoscopies pulmonaire et gastro-entérologique). Les médecins anesthésistes assurent également des consultations pré-opératoires, en externe et au sein des unités d'hospitalisation. Conjointement avec les opérateurs, ils réalisent le suivi post-opératoire des patients. Certains actes sont également effectués en salle de réveil (SSPI), tels que les anesthésies pour les chocs électriques externes, les blood patchs, les poses de Picc-line et de voies centrales veineuses.

Discipline transversale et indispensable au développement des activités interventionnelles, l'Anesthésie fait face à une pénurie médicale importante qui conduit l'établissement a avoir régulièrement recours à des praticiens intérimaires.

Objectif 1 : Conforter l'équipe médicale composée actuellement de 6,8 Anesthésistes et identifier des référents en charge des différents projets (ambulatoire, ALR, gestion des risques, informatisation ...).

Objectif 2 : Améliorer la sécurité des patients, notamment pour les patients fragiles ou à risques, par la formation continue des Praticiens, la mise à jour régulière des procédures et protocoles en fonction de l'évolution des technologies et des connaissances médicales, les analyses de pratiques professionnelles (staffs, revues de mortalité et de morbidité ...).

Objectif 3 : Créer une unité d'accès vasculaire afin de structurer de façon optimale cette activité. Les indications et les demandes sont multiples : traitements anti-infectieux, chimiothérapies, soins palliatifs, nutrition entérale, thérapie de la douleur, difficultés d'accès veineux ... Une délégation de compétences vers les IADE pourrait être envisagée pour les poses de Midline et de Picc-line, sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste référent.

Objectif 4 : Développer la prise en charge de la douleur chronique et réfractaire par la mise en place d'un traitement par radiofréquence.

Objectif 5 : Participer au développement de la RAAC (récupération améliorée après chirurgie) dans le cadre de la rédaction des protocoles et leur déploiement.

Objectif 6 : Informatiser le dossier patient en Anesthésie, de la consultation à la sortie de SSPI, afin que le dossier soit accessible à tout moment pour tout praticien, et que la traçabilité de la surveillance per et post-opératoire en soit améliorée.

Zoom sur la RAAC :

La **R**écupération **A**méliorée **A**près **C**hirurgie **(RAAC)** constitue une modalité de prise en charge du patient opéré visant à faciliter le retour à l'autonomie et à réduire le taux de complications. Initialement développée pour des interventions lourdes en chirurgie digestive, elle tend à s'étendre à tous les patients et à toutes les spécialités chirurgicales.

La RAAC correspond à une organisation spécifique des soins selon la notion de « chemin clinique » centrée autour du patient qui devient acteur de sa prise en charge. L'ensemble des mesures qui interviennent sur les trois périodes pré-, per- et postopératoires doivent permettre une récupération améliorée et rapide du patient permettant une sortie anticipée.

Sa pratique est multidisciplinaire et nécessite donc des efforts combinés de l'ensemble des équipes (médecins anesthésistes, chirurgiens, rééducateurs, infirmiers, kinésithérapeutes, aides-soignants, etc.), ainsi qu'un environnement administratif et organisationnel favorable.

2.4 LA CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE

Les chirurgiens digestifs pratiquent la chirurgie pariétale (hernies, éventration...), viscérale (rectum, colon, foie et vésicule biliaire,...) et endocrinienne (thyroïde, parathyroïde), en hospitalisation complète et / ou en ambulatoire selon le type d'actes et l'état de santé général du patient. Il peut s'agir de chirurgie d'urgence ou programmée.

L'établissement est également autorisé à pratiquer la chirurgie carcinologique digestive, essentiellement colo-rectale et thyroïdienne. Les praticiens participent, dans ce cadre, aux réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) pour présenter leur dossier : RCP digestif hebdomadaire avec le CHU et RCP bimensuelle avec le Centre Jean Perrin pour les thyroïdes. Ils travaillent en étroite collaboration avec les Gastro-Entérologues qui leur adressent des patients ; le rapprochement géographique des deux services, envisagé en septembre 2025, renforcera encore davantage ce lien entre les équipes médicales.

Les filières de soins avec le CHU de Clermont-Ferrand, établissement de recours, sont bien établies et les malades complexes sont transférés.

	2023	2024
File active	985	978
Nombre de Séjours	1 113	1 100
Dont séjours ambulatoires	411	366
Nombre de jours réalisés	3 834	3 980
DMS du service	5,15	5,41
% séjours service > 15 jours	2,58%	3,15%
Âge moyen	60,94	61,53
% séjours avec âge >= 75 ans	25,71%	27,93%
% entrées via SAU	33,72%	38,83%
% décès	1,33%	0,99%

	2023	2024
Consultations	2 255	2 081

Les GHM les plus fréquents

		2023	2024
05K14Z	Mise en place de certains accès vasculaires pour des affections de la CMD 05, séjours de moins de 2 jours	108	**107**
06C12J	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	107	**81**
06C081	Appendicectomies compliquées, niveau 1	41	**48**
07C14J	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l''exception des affections aigües, en ambulatoire	65	**45**
06C25J	Interventions réparatrices pour hernies à l''exception des hernies inguinales, crurales, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	37	**43**
06C043 [raac]	Interventions majeures sur l''intestin grêle et le côlon, niveau 3	34	**43**
06C121	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	34	**40**
09C08J	Interventions sur la région anale et périanale, en ambulatoire	31	**40**
07C131	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aigües, niveau 1	27	**32**
07C141	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l''exception des affections aigües, niveau 1	27	**31**
07M021	Affections des voies biliaires, niveau 1	26	26

Les principaux actes

		2023	2024
HMFC004	Cholécystectomie, par coelioscopie	139	132
EBLA003	Pose d'un cathéter relié à une veine profonde du membre supérieur ou du cou par voie transcutanée, avec pose d'un système diffuseur implantable souscutané	124	113
LMMC002	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par vidéochirurgie	53	49
HHFA025	Appendicectomie avec toilette péritonéale pour péritonite aigüe généralisée, par coelioscopie ou parlaparotomie avec préparation par coelioscopie	46	60
LMMA012	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord inguinal	45	43
LMMA006	Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure après l'âge de 16 ans avec pose de prothèse, par abord direct	37	40
LMMA004	Cure d'éventration postopératoire de la paroi abdominale antérieure avec pose de prothèse, par aborddirect	28	24
LMMA008	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord prépéritonéal	28	26
KCFA005	Thyroïdectomie totale, par cervicotomie	28	16
QBFA007	Excision d'un sinus pilonidal périnéofessier	27	37

Objectif 1 : Consolider l'équipe médicale en recrutant un troisième chirurgien viscéral, pour faciliter l'organisation des soins, notamment dans le cadre de la permanence des soins, et maintenir une offre chirurgicale de proximité.

Objectif 2 : Poursuivre l'activité de chirurgie carcinologique colorectale et thyroïdienne dans l'objectif de dépasser les seuils d'activité. Renforcer les coopérations avec le CHU de Clermont-Ferrand pour favoriser les échanges de pratiques et envisager la réalisation de nouvelles thérapeutiques sur le bassin de Montluçon grâce à la venue de chirurgiens du CHU (exemple de la chirurgie du cancer de l'estomac).

Objectif 3 : Accentuer les prises en charge en ambulatoire et s'inscrire dans les programmes de RAAC

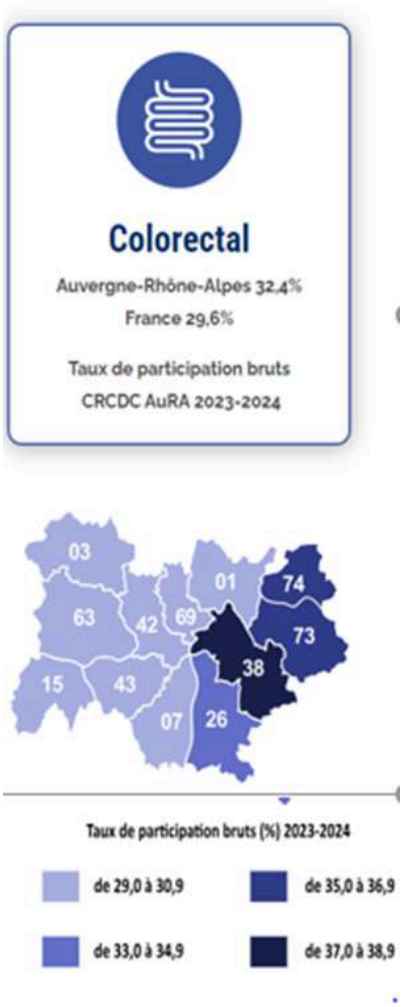
Objectif 4 : Améliorer la prise en charge des patients âgés, fragiles et dénutris, en lien avec les Gériatres.

2.5 LA GASTRO-ENTÉROLOGIE

Ce service, actuellement installé au 2ème étage du bâtiment A, se verra prochainement installé au 3ème étage du PT1, à proximité immédiate de la chirurgie viscérale et digestive (cf supra) et bénéficier ainsi de meilleures conditions d'accueil hôtelier pour les patients. Cela renforcera en outre la cohérence de la filière digestive, la Gastro-Entérologie étant une porte d'entrée fréquente en oncologie et en chirurgie digestive par les dépistages et examens qu'elle effectue. Une importante activité d'endoscopie digestive est réalisée dans l'établissement et elle se voit encore renforcée par l'attribution de plages supplémentaires au bloc opératoire.

Taux de participation ou de couverture du programme de dépistage organisé du cancer colorectal en Auvergne – Rhône –Alpes : l'Allier se situe en dessous de la moyenne régionale avec un taux de participation compris **entre 29 % et 30,9 %.**

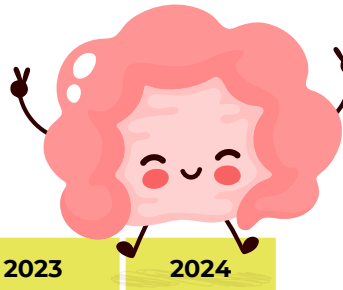
	2023	2024
File active	1 227	1 250
Nombre de séances	309	318
Nombre de Séjours	1 771	1 759
Nombre de jours réalisés	6 401	6 177
DMS du service	6,72	6,41
% séjours service > 15 jours	4,44%	4,25%
Âge moyen	61,75	62,93
% séjours avec âge >= 75 a	24,71%	28,54%
% entrées via SAU	16,23%	14,33%
% décès	2,19%	2,15%



	2023	2024
Consultations	2 811	2 688

Les actes les plus fréquents

		2023	2024
06K02Z	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	301	324
28Z17Z	Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	261	290
06K04J	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	253	263
07M14T	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 07, très courte durée	84	68
06M031	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	48	43
07K04J	Endoscopie biliaire diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	33	38
07M102	Pancréatites aigües, niveau 2	34	37
07M022	Affections des voies biliaires, niveau 2	19	29
28Z14Z	Transfusions, en séances	48	28
07M073	Cirrhoses alcooliques, niveau 3	15	26



Les principaux actes en externe

		2023	2024
HEQE002	Endoscopie oeso-gastro-duodénale	298	241
HJQE001	Rectosigmoïdoscopie	143	150
HLQM001	Échographie transcutanée du foie et des conduits biliaires	74	54
HLQM002	Mesure de l'élasticité du foie par élastographie impulsionnelle ultrasonore	71	33
HFKD001	Changement d'une sonde de gastrostomie, par voie externe sans guidage	9	8
FEJF003	Saignée thérapeutique	1	7
HHQE004	Coloscopie partielle au-delà du côlon sigmoïde	2	6
ZCQM006	Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen	6	6
HHSE004	Hémostase de lésion du côlon sans laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle	11	5
EGSP001	Séance de ligature élastique des hémorroïdes	5	3

Les actes les plus fréquents en hospit

		2023	2024
HEQE002	Endoscopie oeso-gastro-duodénale	633	653
HHFE002	Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre du côlon et/ou du rectum, par coloscopie totale	223	220
HHQE005	Coloscopie totale avec visualisation du bas-fond caecal, sans franchissement de l'orifice iléocolique	133	148
HMQJ001	Échoendoscopie biliopancréatique sans biopsie	126	148
HHQE002	Coloscopie totale avec franchissement de l'orifice iléocolique	154	147
HHFE004	Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus du côlon et/ou du rectum, parcoloscopie totale	89	126
HJQE001	Rectosigmoïdoscopie	89	90
HMQH007	Cholangiographie rétrograde, par oeso-gastro-duodénoscopie	79	77
HMQJ002	Échoendoscopie biliopancréatique avec biopsie transbiliopancréatique guidée	61	54
HMGE002	Ablation de calcul de la voie biliaire principale, par oeso-gastro-duodénoscopie	45	52
HESE002	Hémostase de lésion de l'oesophage, de l'estomac et/ou du duodénum sans laser, par oeso-gastro-duodénoscopie	48	44
HMLE002	Pose d'une endoprothèse biliaire, par oeso-gastro-duodénoscopie	42	38
HHQE004	Coloscopie partielle au-delà du côlon sigmoïde	33	32
EHNE001	Séance de sclérose et/ou de ligature de varices oesogastriques en dehors de la période hémorragique,par endoscopie	31	25
HFCB001	Gastrostomie, par voie transcutanée avec guidage endoscopique	17	23
HEFE002	Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre de l'oesophage, de l'estomac et/ou du duodénum,par oeso-gastro-duodénoscopie	13	21
HHJE001	Exsufflation du côlon, par endoscopie	9	19
HHFE006	Séance de mucosectomie rectocolique, par endoscopie	27	18
EHNE002	Sclérose et/ou ligature de varices oesogastriques en période hémorragique, par endoscopie	20	14

Objectif 1 : Réorganiser l'unité l'hospitalisation complète avec intégration des lits de gastro-entérologie au 3ème étage du PTI.

Objectif 2 : Développer la prise en charge en ambulatoire des patients d'endoscopie et favoriser l'accès à l'endoscopie pour un diagnostic rapide et améliorer les délais de prise en charge entre le diagnostic et le premier traitement.

Objectif 3 : Développer de nouvelles compétences en éco-endoscopie pour éviter les transferts de patients vers d'autres établissements (exemple : drainage bilio-digestif type choledoco-bulbaire).

Objectif 4 : Favoriser l'accès rapide des patients aux consultations externes en créant une plage dédiée aux « urgences » pour les patients adressés par leur médecin traitant.

Objectif 5 : Maintenir la participation aux RCP d'oncologie digestive et la coopération étroite avec l'unité mobile de soins palliatifs.

Objectif 6 : En hépatologie, développer l'activité d'éducation thérapeutique, faciliter l'accès à la transplantation hépatique en lien avec le CHU de Clermont-Ferrand et participer à la surveillance post-transplantation hépatique.

Objectif 7 : Pour les patients atteints de MICI (Maladies Chroniques Inflammatoires de l'Intestin) favoriser la prise en charge en ambulatoire et l'accès aux nouvelles thérapies sous-cutanées, élaborer un parcours de soins afin d'avoir plus facilement accès aux IRM de surveillance.

2.6 L'ORTHOPÉDIE – TRAUMATOLOGIE

Les chirurgiens orthopédistes assurent principalement en traumatologie les prises en charge suivantes :

- Traumatismes de la hanche intra /extra capsulaires par des prothèses intermédiaires ou prothèse totale de hanche ou plusieurs types d'ostéosynthèses,
- Chirurgie des complications prothétiques et péri prothétiques,
- Traumatismes des os longs du membre inferieur,
- Traumatismes du genou, osseux ou ligamentaire,
- Traumatismes au niveau du pied,
- Traumatismes de l'épaule avec tout type d'instabilité et les fractures de l'humérus,
- Traumatologie au niveau de l'avant-bras et certaines fractures au niveau de la main et des tarses niveau,
- Traumatologie du membre supérieur en général,
- Traumatismes tendineux,
- Sepsis articulaires, et osseux.

La traumatologie infantile est réalisée au sein de l'établissement après avis pris auprès du service référent du CHU de Clermont-Ferrand et de l'équipe d'anesthésie de garde.

Une activité orthopédique répondant aux critères de référence au niveau national notamment en matière de chirurgie du membre inférieur inclut :

- Chirurgie prothétique de la hanche,
- Chirurgie prothétique et arthroscopique du genou, dans le cadre de la pathologie du sportif, y compris les prothèses totales uni-compartimentaires du genou,
- Chirurgie du sport type ligamentoplastie et réparation de lésion méniscale sous arthroscopie,
- Ostéotomie du tibia de valgisation (OTV),
- Tout type de chirurgie de la cheville, du pied, et de l'avant-pied avec réalisation de voie d'abord mini invasive,
- Chirurgie prothétique de l'épaule.

	2023	2024
File active	1 038	996
Nombre de Séjours	1 152	1 104
Dont séjours ambulatoires	297	241
Nombre de jours réalisés	5 258	6 092
DMS du service	6,65	7,69
% séjours service > 15 jours	4,15%	6,14%
Âge moyen	68,52	69,33
% séjours avec âge >= 75 ans	44,82%	44,86%
% entrées via SAU	43,78%	45,22%
% décès	0,78%	0,90%

	2023	2024
Consultations	6 355	6 835

Les GHM les plus fréquents

		2023	2024
08C492	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	74	71
01C15J	Libérations du médian au canal carpien, en ambulatoire	86	68
08C14J	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d''une localisation autre que la hanche et le fémur, en ambulatoire	82	63
08C481 [raac]	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents, niveau 1	42	50
08C391	Interventions sur l''avant-bras, niveau 1	40	49
08C493	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	42	49
08C241 [raac]	Prothèses de genou, niveau 1	39	48
08C321	Interventions sur la jambe, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	46	46
08C472	Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 2	46	44
08C491	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	34	40

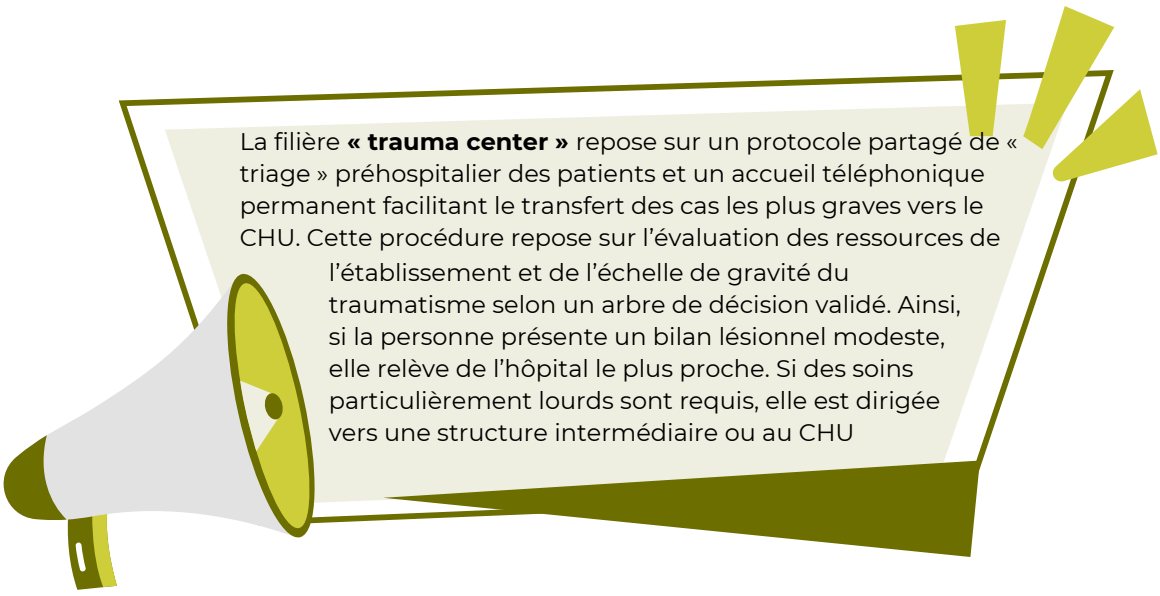
Les principaux actes en hospit

		2023	2024
AHPA009	Libération du nerf médian au canal carpien, par abord direct	96	77
PAGA011	Ablation de matériel d'ostéosynthèse des membres sur un site, par abord direct	88	66
NEKA014	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec renfort métallique acétabulaire	84	93
NBCA006	Ostéosynthèse de fracture infratrochantérienne ou trochantérodiaphysaire du fémur	83	84
NEKA011	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse fémorale cervicocéphalique et cupule mobile	58	54
NBCA010	Ostéosynthèse de fracture extracapsulaire du col du fémur	43	35
NCCA017	Ostéosynthèse de fracture bimalléolaire complexe, à foyer ouvert	43	45
NFKA008	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse tricompartimentaire sur une déformation supérieure à 10° dans le plan frontal	40	46
MCCA005	Ostéosynthèse de fracture de l'extrémité distale d'un os de l'avant-bras, à foyer ouvert	36	45
NFFC004	Méniscectomie latérale ou médiale du genou, par arthroscopie	36	25

Objectif 1 : Améliorer la prise en charge médicale des personnes âgées et fragiles afin d'optimiser leur récupération et leur ré-autonomisation par une rééducation la plus précoce possible.

Objectif 2 : Améliorer la prise en charge chirurgicale à travers la chirurgie assistée par Ordinateur (CAO) afin d'optimiser les résultats dans la chirurgie prothétique et ligamentaire, de la pathologie sportive de l'épaule et du genou. L'objectif est de proposer au patient l'intervention qui lui soit la plus adaptée, avec un geste le plus précis, le plus efficace et le moins invasif possible.

Objectif 3 : Améliorer la prise en charge des traumatisés dans l'esprit « Trauma center » et conforter celle des patients relevant de la chirurgie orthopédique dans l'esprit d'un « Ortho center ».



La filière **« trauma center »** repose sur un protocole partagé de « triage » préhospitalier des patients et un accueil téléphonique permanent facilitant le transfert des cas les plus graves vers le CHU. Cette procédure repose sur l'évaluation des ressources de l'établissement et de l'échelle de gravité du traumatisme selon un arbre de décision validé. Ainsi, si la personne présente un bilan lésionnel modeste, elle relève de l'hôpital le plus proche. Si des soins particulièrement lourds sont requis, elle est dirigée vers une structure intermédiaire ou au CHU

Objectif 4 : Développer la chirurgie de l'épaule surtout la chirurgie prothétique de type prothèse totale de l'épaule ou anatomique, et des prothèses traumatologiques, prothèses totales classiques ou inversées.

Objectif 5 : Promouvoir la RAAC aussi bien sur la traumatologie que sur la chirurgie réglée afin de réduire de façon significative la DMS, en s'approchant d'une chirurgie ambulatoire pour les prothèses et envisager dans les cas sélectifs une chirurgie ambulatoire prothétique et du pied.

Objectif 6 : Améliorer la prise en charge de la douleur.

Objectif 7 : Concevoir une prise en charge en chirurgie traumatologique et en programmé du rachis, à long terme, en adéquation avec le GHT.

2.7 L'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE (ORL)

L'ORL est une spécialité très vaste : elle est consacrée aux anomalies de l'oreille, du nez et des sinus, de la gorge et du cou et s'intéresse ainsi à l'ouïe, à la voix, à la respiration, à l'odorat et au goût, à l'équilibre et à l'esthétique du visage.

En 2020, selon l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), **2.809 médecins de moins de 70 ans** en activité déclaraient avoir un exercice principal en ORL et en chirurgie cervico-faciale. Cela représente seulement un peu plus de **1 %** du total des médecins en activité et une **densité de 4,2 ORL pour 100.000 habitants et de 15,7 ORL pour 100.000 habitants de plus de 60 ans,** soit deux fois moins que les ophtalmologistes.

L'ORL occupe une place importante dans l'offre de soins du CHMN, notamment au niveau des consultations externes, et répond à des problématiques de santé diversifiée : otologie, réalisation d'audiométrie, chirurgie des amygdales, chirurgie des végétations, paracentèse et drains transtympaniques, extractions dentaires, traitement de lésions cutanées et de tumeurs (travail en étroite collaboration avec la dermatologie, notamment une consultation mensuelle d'onco-dermatologie), tests de vertige, polygraphies du sommeil… L'ORL réalise une important activité de chirurgie pédiatrique.

Forte de trois praticiens et d'une solide coopération avec le CHU de Clermont-Ferrand (présence d'un praticien hospitalier du CHU et d'un docteur junior une journée par semaine), l'équipe médicale d'ORL assure seule la garde départementale pour sa discipline et draine, dans ce cadre, une patientèle de tout le département, ainsi que du Cher et de la Creuse. L'activité de cancérologie est référée au CHU de Clermont-Ferrand.

L'enjeu pour le CHMN est clairement de maintenir ce niveau d'activité à l'avenir, en dépit du prochain départ à la retraite du chef de service.

	2023	2024
File active	260	297
Nombre de Séjours	277	320
Dont séjours ambulatoires	113	143
Nombre de jours réalisés	390	474
DMS du service	1,79	2,58
% séjours service > 15 jours	0,00%	0,00%
Âge moyen	55,77	57,19
% séjours avec âge >= 75 ans	26,71%	29,38%
% entrées via SAU	11,19%	11,88%
% décès	0,00%	0,31%

	2023	2024
Consultations	6 843	7 648

Les GHM les plus fréquents

		2023	2024
09C25J	Autres interventions pour tumeur maligne de la peau, en ambulatoire	34	62
03K02J	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	36	26
09C251	Autres interventions pour tumeur maligne de la peau, niveau 1	28	23
03K03J	Séjours comprenant une endoscopie oto-rhino-laryngologique, en ambulatoire	9	16
03M131	Infections aigües sévères des voies aériennes supérieures, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	13	14
03C091	Rhinoplasties, niveau 1	16	12
03C16J	Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou, en ambulatoire	6	11
03M09T	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	17	10
03C201	Interventions de reconstruction de l''oreille moyenne, niveau 1	4	8
03C071	Interventions sur les sinus et l''apophyse mastoïde, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	6	8
03C15J	Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	4	7

Les principaux actes

		2023	2024
QZFA004	Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de 5 cm² à 10 cm²	75	87
QZEA031	Autogreffe de peau totale sur une localisation de surface inférieure à 10 cm²	44	42
HBGD038	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe	19	16
GAMA007	Septoplastie nasale	16	15
GEQE013	Examen panendoscopique des voies aérodigestives supérieures avec trachéoscopie et oesophagoscopie	14	15
QAMA002	Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique par lambeau local ou régional muqueux, cutané ou fasciocutané, à pédicule vasculonerveux non individualisé ou non	13	30
GDNE002	Destruction de lésion du larynx, par laryngoscopie directe sans laser	9	7
GAME001	Turbinoplastie ou turbinectomie inférieure et/ou moyenne unilatérale ou bilatérale, par endoscopie	9	8
GAMA012	Réparation de perte de substance du nez par lambeau régional	7	2
FAFA014	Amygdalectomie par dissection	7	4

Origine géographique :

Origine	
Allier	78.53
Puy de Dôme	4.29
Hors région	17.18
Limousin	7.36
Centre	8.59

Le recrutement des patients en ORL est similaire aux autres pratiques chirurgicales présentées précédemment.

Objectif 1 : Consolider et fidéliser l'équipe médicale en ORL dans les prochaines années.

Objectif 2 : Maintenir le niveau d'activité actuel et renforcer les partenariats et coopérations avec le CHU, les autres établissements de santé et les professionnels libéraux (médecins traitants, audioprothésistes, orthodontistes ...) pour mieux répondre à la demande et réduire les délais de rendez-vous.

Objectif 3 : Participer au dépistage de la surdité et développer la chirurgie orale.

Les principaux actes de chirurgie pédiatrique en ORL

		2023	2024
CBLD001	Pose bilatérale d'aérateur transtympanique	75	**87**
FAFA008	Adénoïdectomie	44	**42**
FAFA015	Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie	19	**16**
FAFA002	Adénoïdectomie avec pose bilatérale d'aérateur transtympanique	16	**15**
FAFA014	Amygdalectomie par dissection	14	**15**
CAMA013	Plastie bilatérale d'oreille décollée	13	**30**
HAMA028	Correction de rétractation de lèvre par autoplastie locale	9	**7**
CAGD001	Ablation unilatérale ou bilatérale de bouchon de cérumen ou de corps étrangers du méat acoustique externe.	9	**8**

PÔLE MÈRE-ENFANT

03 FILIÈRE FEMME – ENFANT : CONSOLIDER SA POSITION DE RECOURS

Carte d'identité de la filière mère-enfant :

- Gynécologie-Obstétrique
- Pédiatrie, néonatologie
- CAMSP
- UAPED

Spécialités	Capacitaire	Equipe médicale
Gynécologie-obstétrique	9 lits de gynécologie 24 lits d'obstétrique Accès à l'unité chirurgicale ambulatoire	4 ETP Praticiens + 1 Dr junior 20 ETP sages-femmes
Pédiatrie, soins intensifs pédiatriques, néonatologie	24 lits de Pédiatrie 2 lits USI pédiatriques 6 lits de néonatologie et 2 lits de soins intensifs néonatologie	9,5 ETP Praticiens
CAMSP	30 places	0,5 Praticien

3.1 GYNÉCOLOGIE- OBSTÉTRIQUE

La gynécologie-obstétrique comprend de nombreuses disciplines, toutes consacrées à la santé et au bien-être de la femme en dehors de la grossesse (gynécologie) ou pendant la grossesse et l'accouchement (obstétrique).

La démographie des Gynécologues-Obstétriciens (GO) en exercice en France métropolitaine est en augmentation régulière depuis 2012. Les projections à horizon 2030 sont également positives avec une perspective de plus de 6.600 GO alors en activité. La densité projetée de GO devrait augmenter sur la même période, **passant de 7,6 / 100.000 habitants en 2020 à 9,4 / 100.000 habitants en 2030.**

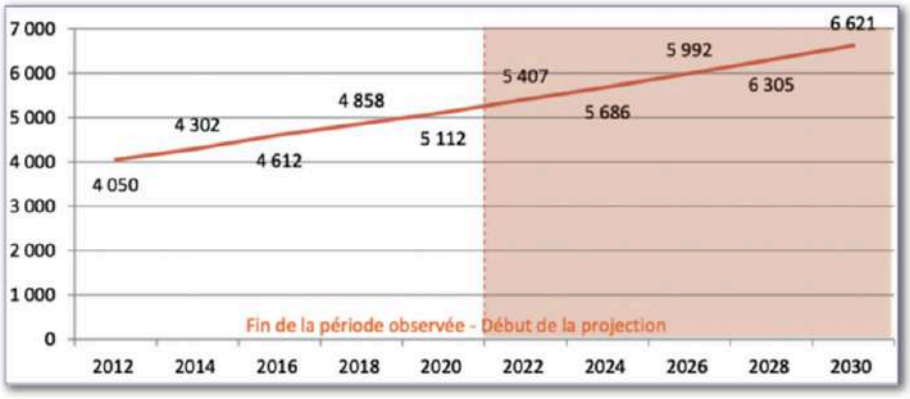
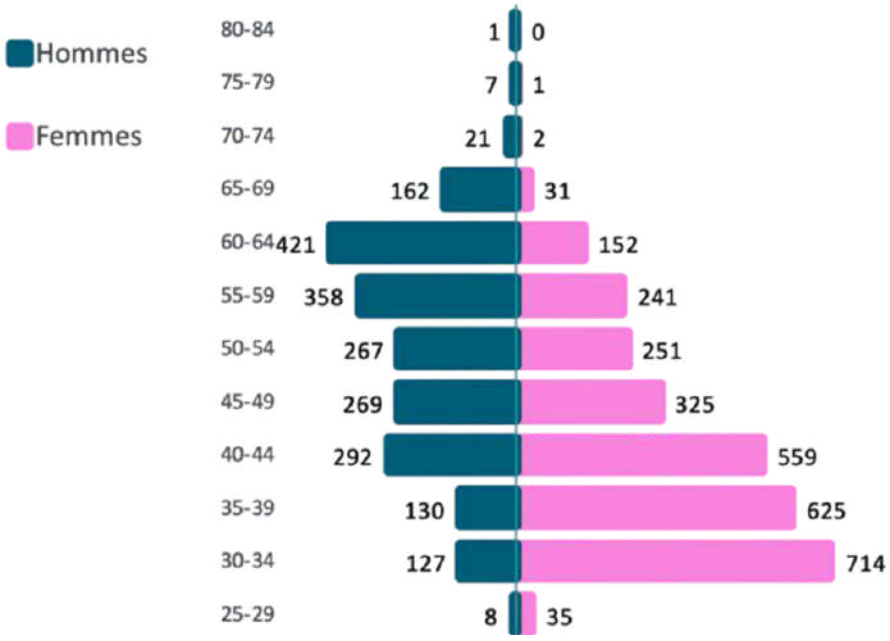


Figure 1 : effectifs et projections à 10 ans de médecins en gynécologie-obstétrique (source ONDPS).

Depuis 2018, les GO sont majoritairement des femmes : elles représentaient **56 %** de la profession en 2020.

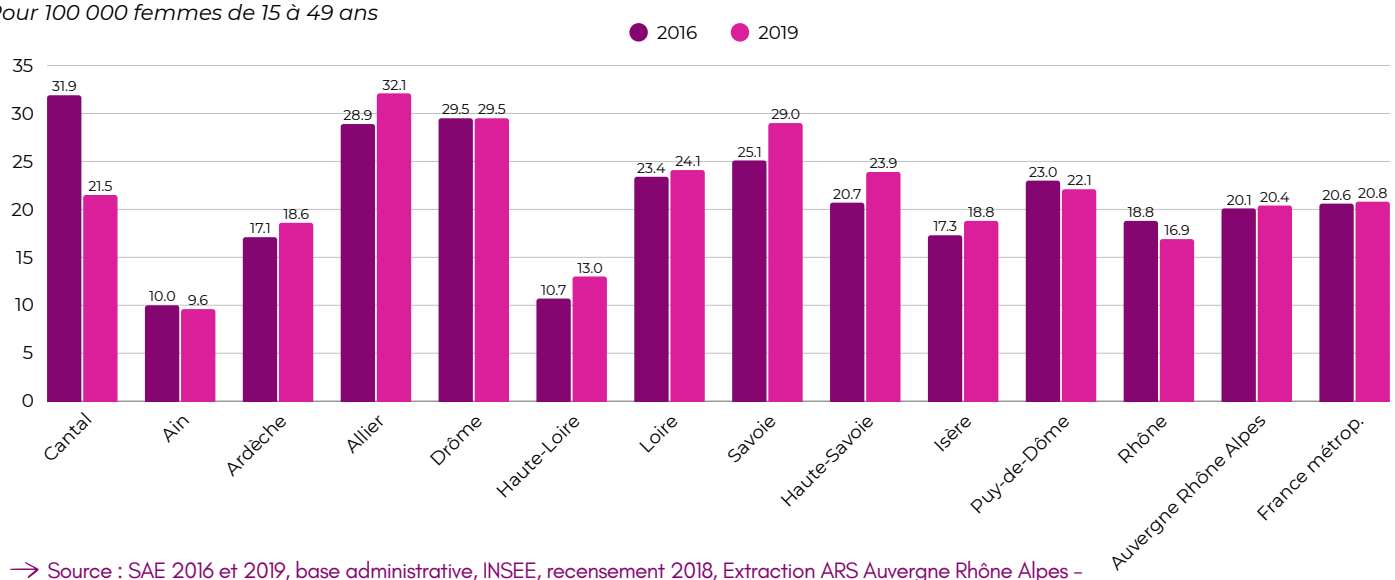
Répartition hommes-femmes de médecins en gynécologie-obstétrique en 2020 (source CNOM) :



Le département de l'Allier et le bassin montluçonnais sont relativement bien dotés en Gynécologues-Obstétriciens. Parmi les départements de la région ARA, l'Allier est même le département le mieux pourvu rapporté au nombre de femmes en âge de procréer.

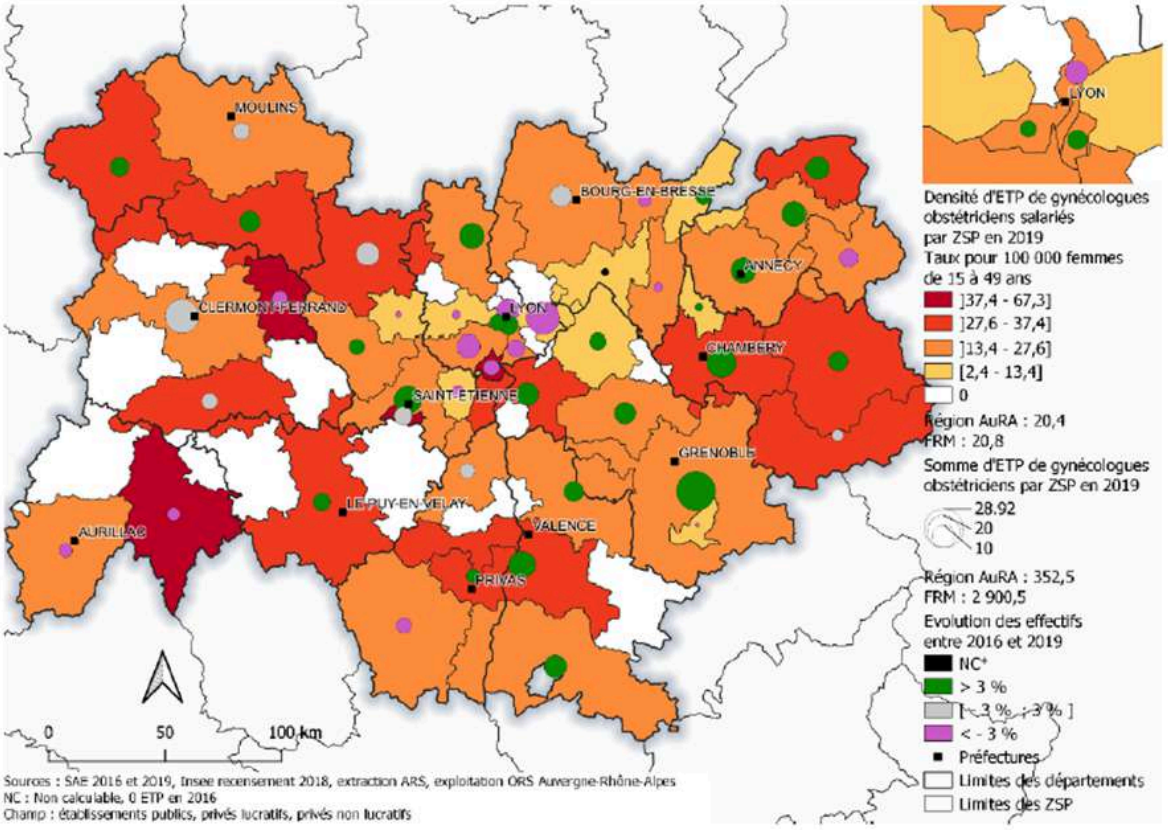
Densité d'ETP de gynécologie salariés en établissement en 2016 - 2019, par département, Auvergne-Rhône-Alpes :

Pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans



→ Source : SAE 2016 et 2019, base administrative, INSEE, recensement 2018, Extraction ARS Auvergne Rhône Alpes - Exploitation ORS Auvergne Rhône Alpes

Densité de médecins gynécologues salariés (ETP) en établissement de santé en 2019 et évolution des ETP entre 2016 et 2019, par ZSP, Auvergne-Rhône-Alpes :



FORCES

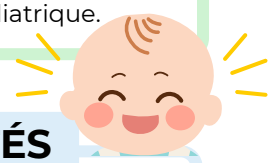
- Equipe médicale compétente,
- Equipe sage-femme complète et stable
- Terrain de stage agréé pour les élèves sages-femmes,
- Equipements et locaux adaptés à l'activité, dans de bonnes conditions,
- Activité chirurgicale gynécologique importante, dont une part ambulatoire conséquente,
- Activité carcinologique mammaire et gynécologique nettement au-dessus des seuils réglementaires,
- Service de médecine nucléaire permettant la technique du ganglions sentinelle par repérage isotopique dans le cancer du sein.
- Offre d'accompagnement diversifié (acupuncture, réflexologie ...),
- Accès à l'IVG organisé et permanent
- Autorisation en chirurgie pédiatrique.

FAIBLESSE

- Démographie médicale fragile des Gynécologues-obstétriciens qui induit le recours à l'intérim,
- Offre de dépistage en sénologie (mammographie) insuffisamment développée dans l'établissement.

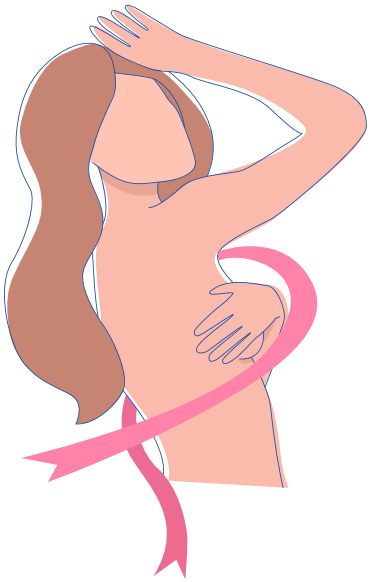
MENACES

- ! Vieillissement de la population du bassin de Montluçon --> baisse de la natalité,
- ! Cadre réglementaire issu des décrets du 9 octobre 1998 amené à être révisé --> impacts à évaluer.



OPPORTUNITÉS

- Autorisation en cancérologie à renouveler en 2025,
- Positionnement en tant que maternité-pivot pour un territoire élargi compte-tenu de la qualification de Maternité niveau 2B et des difficultés de démographie médicale des maternités périphériques.



3.1.1 LA GYNÉCOLOGIE

La gynécologie est à la fois une spécialité médico chirurgicale et obstétricale et prend en charge toute l'oncologie gynécologique. L'offre de soins en gynécologie est essentiellement publique sur le bassin. Le Centre Hospitalier de Montluçon – Néris-les-Bains est autorisé pour le traitement des cancers du sein et des cancers gynécologiques. Les cancers sont la première cause de décès avant 65 ans chez les femmes (près d'un décès prématuré sur deux est dû à un cancer).

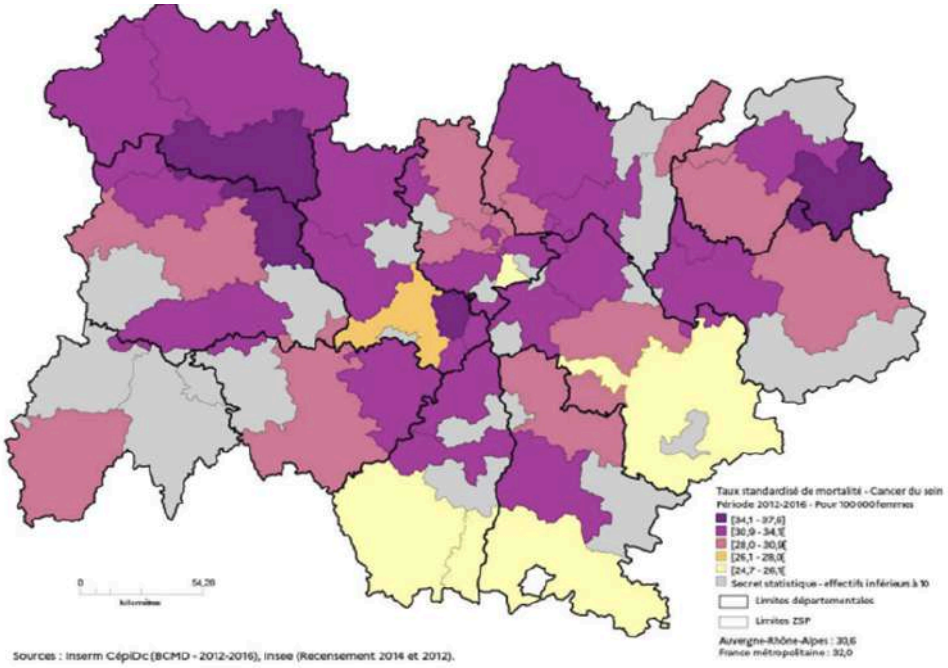
Le cancer du sein représente un tiers des nouveaux cas de cancers chez la femme. La mortalité (taux standardisé) est en baisse depuis les années 1990 alors que l'incidence (taux standardisé) est en augmentation. Toutefois, cette évolution de l'incidence n'a pas été régulière. La survie des personnes atteintes d'un cancer du sein s'est améliorée au cours du temps. Parmi les facteurs de risque connus du cancer du sein, des facteurs modifiables ayant trait au mode de vie ont été identifiés, notamment la consommation d'alcool et le tabagisme. Malgré une incidence parmi les plus faibles de la région ARA, le niveau de mortalité reste élevé dans l'Allier.

Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancer du sein en Auvergne-Rhône-Alpes, 2007-2016 :

SEIN				
	Incidence		Mortalité	
Département	Nb	Taux stand	Nb	Taux stand
Ain	446	89.8	92	14.01
Allier	324	91.2	87	15.08
Ardèche	286	93	66	13.8
Cantal	134	88.7	38	15.52
Drôme	429	94.2	95	14.89
Isère	961	95.8	183	13.88
Loire	641	93	148	14.02
Haute-Loire	194	91.5	52	15.17
Puy-de-Dôme	543	93.8	116	14.25
Rhône	1366	98.2	285	15.01
Savoie	334	89.4	78	14.65
Haute-Savoie	585	93.5	109	13.33
ARA	6243	94	1347	14.4
France métro	53172	97.7	11640	15.5

Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

Taux standardisés de mortalité par cancer du sein par ZSP en Auvergne-Rhône-Alpes, Période 2012-2016 :

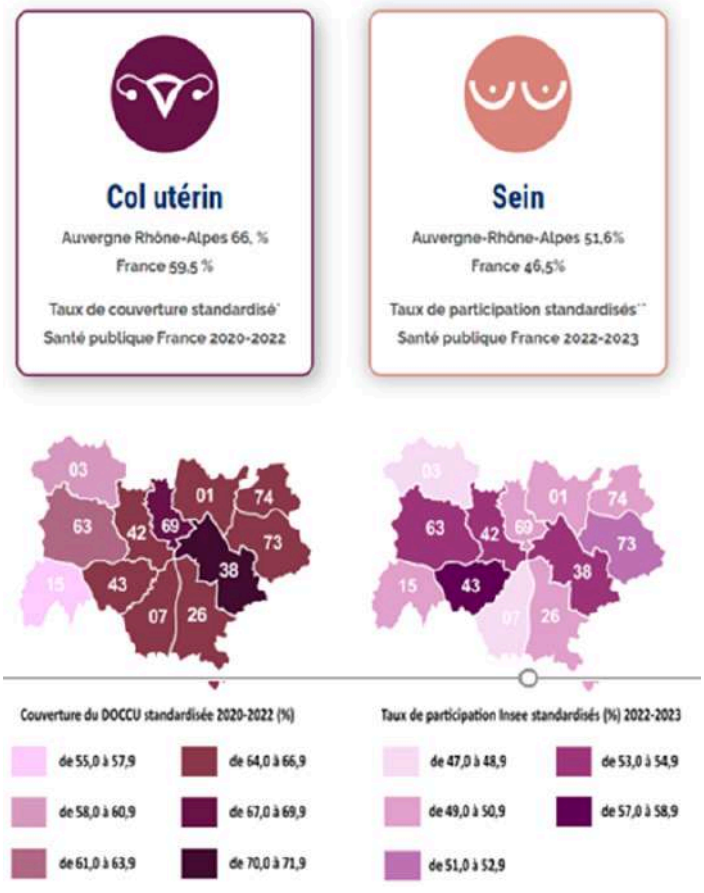


Le cancer du col de l'utérus enregistre dans l'Allier une incidence plus faible que la moyenne de France métropolitaine (5,8 pour 100.000 habitants contre 6,6 en France métropolitaine), à l'instar de la plupart des autres départements de la région ARA.

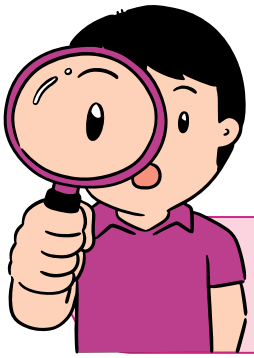
Dépistage du cancer

Le cancer du sein peut être découvert à un stade précoce grâce à un dépistage par mammographie. Un **programme de dépistage organisé** est proposé en France à toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans. L'incidence de ce cancer est par conséquent influencée par l'évolution des pratiques de dépistage.

Taux de participation ou de couverture (*) des programmes de dépistage organisé des cancers en Auvergne-Rhône-Alpes :



Les taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein et du cancer du col utérin sont inférieurs dans l'Allier à la moyenne régionale, facteurs probables du niveau plus élevé de mortalité.

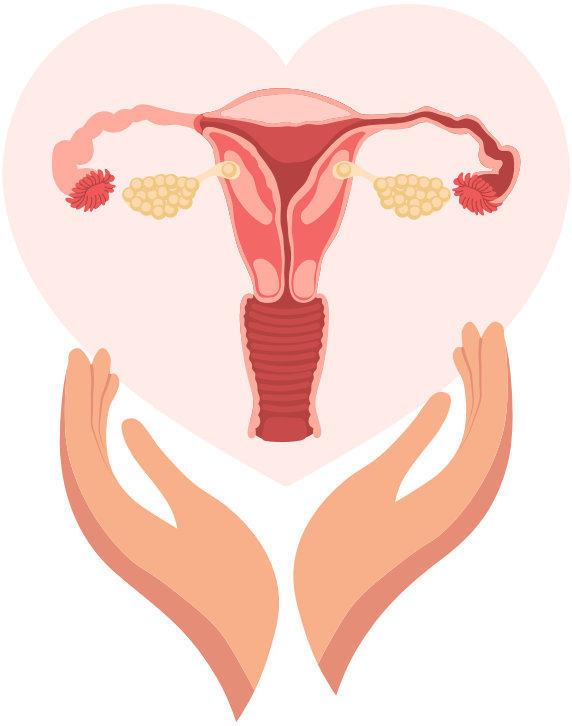


Zoom sur l'activité de Gynécologie

L'activité présentée est hors obstétrique : les IVG arrivent en premier en nombre de séjours, suivies par une importante activité chirurgicale, carcinologique ou non, puis par des prises en charge médicale, de l'ante partum et post partum.

	2023	2024
File active	998	1 030
Nombre de séances	11	11
Nombre de Séjours	1 102	1 153
Nombre de jours réalisés	1 728	1 670
DMS du service	1,24	1,17
% séjours service > 15 jours	0,09%	0,00%
Âge moyen	44,13	45,08
% séjours avec âge >= 75 ans	8,35%	8,73%
% entrées via SAU	10,07%	10,11%
% décès	0,00%	0,17%

	2023	2024
Consultations	14 957	16 636
Urgences	2 366	1 768



IVG

Caractéristiques des IVG réalisées en 2019 et 2020, Auvergne-Rhône-Alpes :

	Part des IVG instrumentales		Part des IVG tardives*		Part des IVG sur une mineure	
Département	**2019**	**2020**	**2019**	**2020**	**2019**	**2020**
Ain	30.7	20.7	30.7	20.7	30.7	20.7
Allier	29.2	21.1	29.2	21.1	29.2	21.1
Ardèche	30.4	21.5	30.4	21.5	30.4	21.5
Cantal	27.6	19.	27.6	19.	27.6	19.
Drôme	31.7	22	31.7	22	31.7	22
Isère	42.5	35.4	42.5	35.4	42.5	35.4
Loire	32.9	23.7	32.9	23.7	32.9	23.7
Haute-Loire	23.1	16.8	23.1	16.8	23.1	16.8
Puy-de-Dôme	43.9	30.7	43.9	30.7	43.9	30.7
Rhône	39.1	31.7	39.1	31.7	39.1	31.7
Savoie	30.5	23	30.5	23	30.5	23
Haute-Savoie	26.4	20.6	26.4	20.6	26.4	20.6
ARA	35.4	27.1	35.4	27.1	35.4	27.1
France métro	31.7	24.7	31.7	24.7	31.7	24.7

**IVG réalisée entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée*

→ Source : ATIH (PMSI), calculs DREES à partir du GHM d'IVG (14Z08Z) pour les IVG en établissements de santé (jusqu'en février 2019) GHM d'IVG ou les codes d'extension du diagnostic principal en O04 (O0400, O0410, O0420, O0430, O0440, O0450, O0460, O0470, O0480, et O0490) à partir de mars 2019, et uniquement les codes d'extension du DP en O04 - à partir de 2020, SNIIRAM (CNAMTS), calculs DREES à partir des forfaits médicamenteux de ville (FMV) remboursés et des préparations magistrales et officinales délivrées directement en pharmacie dans le cadre d'IVG en téléconsultation.

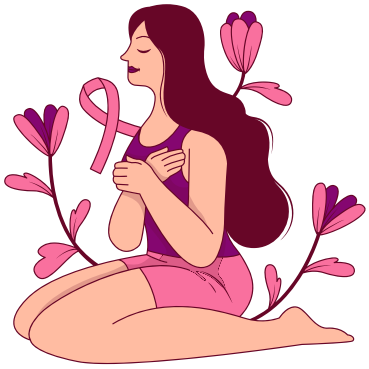
Le recours est plus faible au niveau de la région ARA que national.
Le service assure les IVG toute l'année, sans interruption pendant les congés.
Le taux d'IVG instrumentale est plus faible qu'au niveau de la région ARA (**27,1%** en 2020 en ARA).

IVG	2023	2024
A22 Nb total IVG	292	285
A23 Nb IVG médicamenteuses	220	215
A24 Nb IVG entre 12 et 14 SA	20	10
% instrumentales	24,5%	24,5%

Taux d'ambulatoire :

il est élevé dans cette discipline

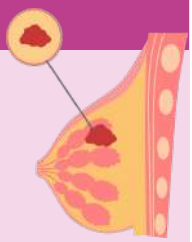
	2023	2024
Taux global chirurgie ambulatoire	28,8%	29,4%
Volume d'activité de chirurgie	1 613	1 627
Volume d'activité de chirurgie ambulatoire	641	677



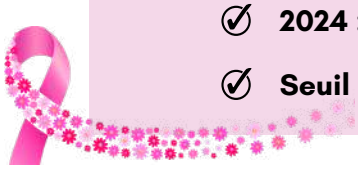
L'activité chirurgicale oncologique:

Les files actives, calculées sur une moyenne sur 4 ans, se situent au-dessus des seuils réglementaires.

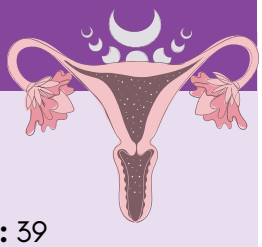
PATHOLOGIES MAMMAIRES (TUMEURS DU SEIN)



- **2022 :** 90
- **2023 :** 106
- **2024 :** 95
- **Seuil :** 70



PATHOLOGIES GYNÉCOLOGIQUES



- **2022 :** 39
- **2023 :** 21
- **2024 :** 17
- **Seuil :** 20

Les GHM les plus fréquents

		2023	2024
14Z08Z	Interruptions volontaires de grossesse : séjours de moins de 3 jours	281	**279**
13K02Z	Endoscopies génito-urinaires thérapeutiques et anesthésie : séjours de la CMD 13 et de moins de 2 jours	110	**126**
13C031 [raac]	Hystérectomies, niveau 1	53	**79**
09C201	Autres interventions pour tumeur maligne du sein, niveau 1	66	**61**
13C10J	Ligatures tubaires par laparoscopie ou coelioscopie, en ambulatoire	51	**46**
13C12J	Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes, en ambulatoire	32	**40**
14C05J	Avortements avec aspiration ou curetage ou hystérotomie, en ambulatoire	50	**35**
14Z15Z	Grossesses ectopiques sans intervention chirurgicale	24	**30**
13C07J	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, en ambulatoire	17	**26**
13K04Z	Endoscopies génito-urinaires diagnostiques et anesthésie : séjours de la CMD 13 et de moins de 2 jours	19	**22**

Les principaux actes en externe

		2023	2024
ZCQJ003 val.	Échographie du petit bassin [pelvis] féminin, par voie rectale et/ou vaginale [par voie cavitaire]: Activité valorisée	2 083	**2 303**
JKHD001 val.	Prélèvement cervicovaginal: Activité valorisée	1 715	**1 627**
JLQE002 val.	Colposcopie: Activité valorisée	372	**426**
ZCQM007 val.	Échographie du petit bassin [pelvis] féminin pour surveillance de l'ovulation: Activité valorisée	327	**341**
QZGA002 val.	Ablation ou changement d'implant pharmacologique souscutané: Activité valorisée	128	**168**
JKLD001 val.	Pose d'un dispositif intra-utérin: Activité valorisée	178	**153**
JKHA001 val.	Biopsie ou frottis de l'endomètre, sans hystéroscopie: Activité valorisée	259	**123**
ZCQM003 val.	Échographie transcutanée du petit bassin [pelvis] féminin: Activité valorisée	178	**100**
JKKD001 val.	Changement d'un dispositif intra-utérin: Activité valorisée	133	**83**
JKGD001 val.	Ablation d'un dispositif intra-utérin par un matériel intra-utérin de préhension, par voie vaginale: Activité valorisée	56	**43**
QZLA004 val.	Pose d'implant pharmacologique souscutané: Activité valorisée	19	**18**

Les actes classants

		2023	2024
JNJD002	Évacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage, au 1er trimestre de la grossesse	120	**115**
QEFA004	Tumorectomie du sein	96	**93**
JKNE001	Abrasion de la muqueuse de l'utérus [Endométrectomie], par hystéroscopie	67	**78**
JKFA031	Conisation du col de l'utérus	43	**54**
JJPC003	Interruption unilatérale ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines, par coelioscopie	57	**49**
JKFC005	Hystérectomie totale, par coelioscopie	33	**36**
FCFA021	Exérèse de noeud [ganglion] lymphatique des membres à visée diagnostique, par abord direct	29	**35**
JKFE001	Exérèse de polype de l'utérus, par hystéroscopie	35	35
JJFC006	Salpingectomie totale, par coelioscopie	28	**30**
JKQE001	Hystéroscopie avec curetage de la cavité de l'utérus	16	**25**

Objectif 1 : Maintenir le niveau d'activité en oncologie du sein et gynécologique, le CHMN étant l'établissement de référence pour l'oncologie mammaire, et réactiver une offre de dépistage du cancer du sein dans l'établissement, pour agir sur la file active le plus en amont possible. Favoriser la prévention par l'implication des équipes dans la vaccination HPV des élèves en classe de 5ème.

Objectif 2 : Privilégier l'ambulatoire et s'engager dans la démarche de RAAC. Maintenir une DMS basse. Etudier la possibilité d'ouverture d'une salle hors bloc pour la réalisation de gestes sous anesthésie locale et hypnose (hystéroscopie diagnostique, retrait DIU difficile, contrôle post-myomectomie ...).

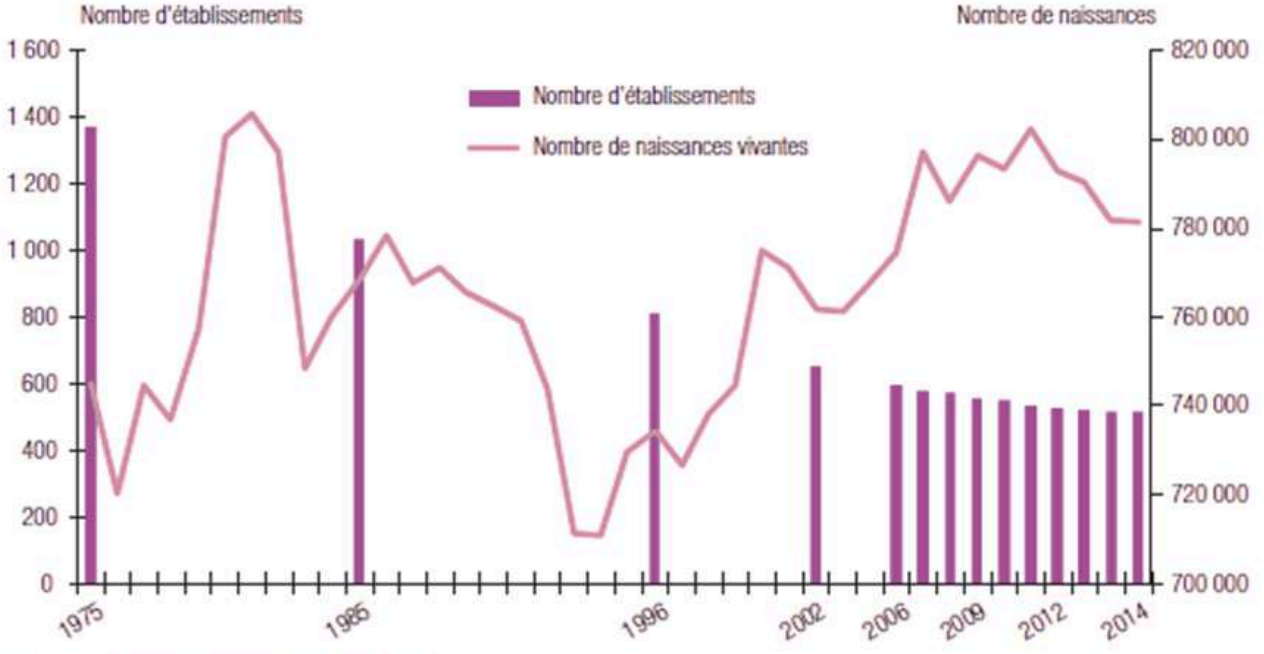
Objectif 3 : Garantir l'accès à l'IVG, quelle que soit la période de l'année.

3.1.2 L'OBSTÉTRIQUE

Le paysage d'offre sanitaire en matière d'obstétrique a été considérablement modifié depuis cinq décennies, d'abord sous l'effet du décret Dienesch de 1972 qui imposait aux cliniques privées d'accouchement des normes de sécurité très détaillées pour les locaux et le plateau technique, puis avec les décrets Périnatalité du 9 octobre 1998 qui ont mis en place la gradation des soins obstétricaux telle qu'elle existe encore aujourd'hui (Maternités niveau 1, 2A, 2B et 3)(1).

Cet encadrement de la pratique obstétricale, qui avait pour objectif de réduire les risques pour l'enfant et la mère, s'est traduit par un long processus de restructuration et de concentration des maternités dont le nombre a diminué en même temps que la taille augmentait. Le nombre de maternités est passé de 1.369 en 1975 à 814 en 1996 pour s'établir à 518 en 2014 en France métropolitaine, hors SSA(2).

Graphique 1 **Évolution du nombre des naissances vivantes et des maternités de 1975 à 2014**

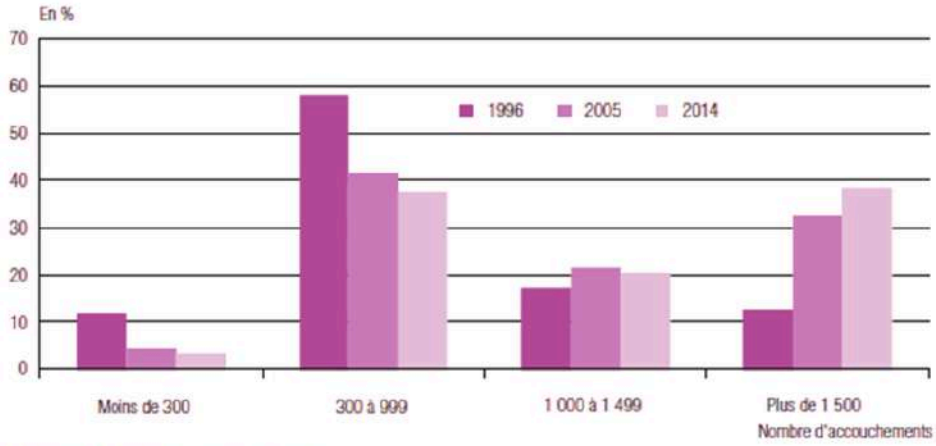


Champ > France métropolitaine hors SSA.
Sources > INSEE, état civil ; DREES, H74 et statistique des établissements hospitaliers privés pour 1975, EHP et H80 pour 1985, SAE 1996, 2002, 2005 à 2014, traitements DREES.

1: Les décrets de périnatalité du 9 octobre 1998 (désormais codifiés – Art. D 6124-35 et suivants du code de la santé publique) ont posé un cadre d'organisation des soins en réseau afin de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le type de maternité d'accueil. Quatre types de maternité sont ainsi définies : un établissement est dit de type 1 s'il possède une service d'obstétrique, de type 2a s'il dispose aussi d'un service de néonatologie, de type 2b s'il comprend en plus un service de soins intensifs de néonatologie et de type 3 s'il dispose d'un service de réanimation néonatale sur le même site que les trois services précédents (obstétrique, néonatologie et soins intensifs néonatals).
2: SSA : Service de Santé des Armées.

Les maternités disposant d'un service de néonatologie ou de réanimation néonatale (type 2 ou 3), qui représentent **56 %** des maternités, sont presque exclusivement publiques ou privées à but non lucratif (**80 %** des maternités de type 2 et **100 %** des maternités de type 3). Elles concentrent **71 %** des lits d'obstétrique et **76 %** des accouchements. La taille des maternités augmente avec leur niveau de spécialisation. Ainsi, en 2014, une maternité de type 1 réalise en moyenne 816 accouchements par an, une maternité de type 2 en effectue 1.724 et une maternité de type 3 en assure 3.076.

Graphique 2 **Répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2005 et 2014**

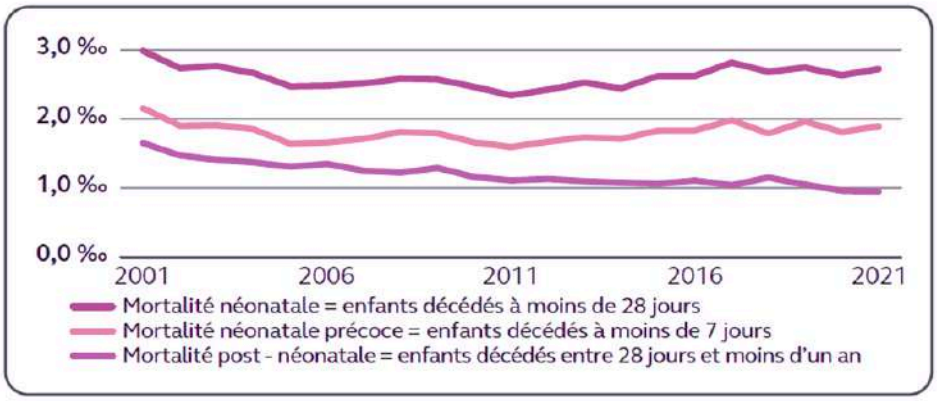


Champ > France métropolitaine hors SSA.
Sources > DREES, SAE 1996, 2005 et 2014, traitements DREES.

Baisse constante des naissances depuis 10 ans

Malgré cet effort de sécurisation et alors que des moyens conséquents sont alloués à la politique de périnatalité(1), les résultats sanitaires sont en-deçà des attentes(2). En effet, les principaux indicateurs de la santé périnatale – mortinatalité, mortalité néonatale et mortalité maternelle – mettent en évidence une performance médiocre de la France par rapport aux autres pays européens, qui s'est, en outre, dégradée dans la période récente(3).

Évolution de la mortalité néonatale en France entre 2001 et 2021



Champ : naissances vivantes en France hors Mayotte jusqu'en 2013, France entière à partir de 2014.
Source : Insee, statistiques de l'état civil, juin 2023

1: 9,3 Mds € en 2021, (+ 9 % par rapport à 2016).
2: Rapport de la Cour des Comptes, La politique de périnatalité – Des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier, Mai 2024
3: Le taux de mortinatalité, correspondant au rapport entre le nombre d'enfants nés sans vie et le nombre de naissances totales est, depuis vingt ans, parmi les plus élevés d'Europe (3,8 pour 1000 pour la période 2015 – 2020). En outre, la France est l'un des seuls pays dans lesquels il ne s'est pas amélioré depuis 2000.

La trajectoire de la mortalité néonatale (décès d'enfants intervenus au cours du premier mois de vie) est défavorable depuis 2012, après s'être améliorée entre 2001 et 2011. Si le taux de mortalité néonatale français avait été identique à celui des meilleurs pays européens, près de 40 % des décès enregistrés entre 2015 et 2017 auraient pu être évités, ce qui représente plus de 2.000 enfants.

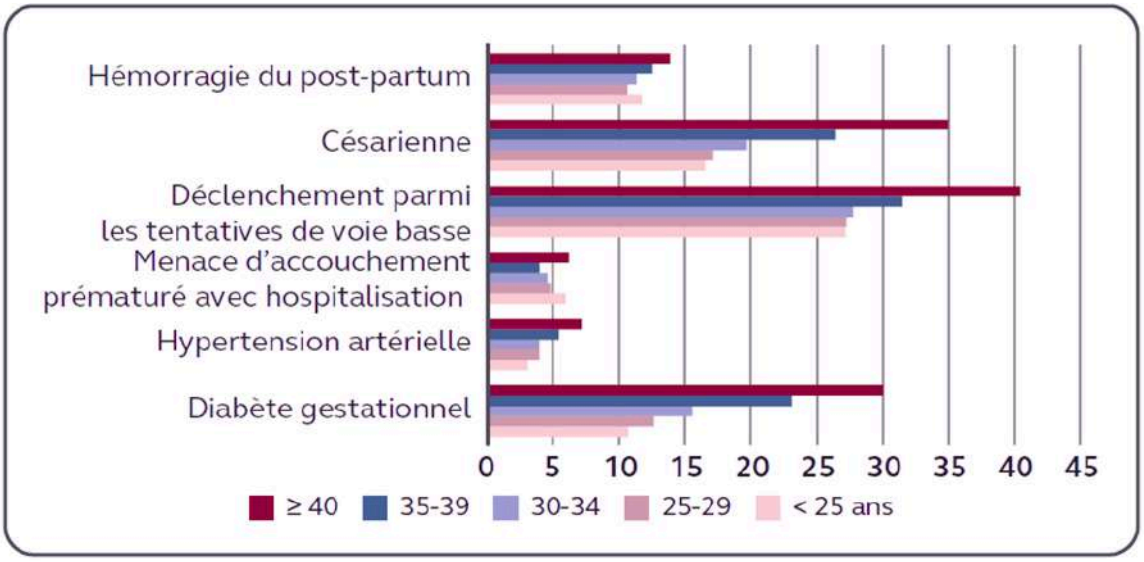
Parmi les mesures proposées pour améliorer la qualité du suivi de la santé périnatale et disposer d'indicateurs plus robustes : la mise en place d'un véritable registre des naissances recueillant des données démographiques, socio-économiques, médicales … pour mieux cibler les politiques publiques à mettre en œuvre.

Enquête nationale périnatale – résultats édition 2021 INSERM :

La périnatalité fait partie des secteurs régulièrement évalués avec des réseaux très présents pour améliorer constamment la prise en charge, en surveillant de nombreux indicateurs qualité (taux de césarienne, d'épisiotomie) et les facteurs de risque (surpoids, diabète, addictions …) pour réduire la mortalité.

La part des femmes âgées de 35 à 39 ans à l'accouchement et celle de 40 ans et plus sont en augmentation depuis 2016 (**19,2 %** en 2021 contre **17,2 %** en 2016 et **5,4 %** en 2021 contre **3,9 %**, respectivement). Cette part accrue des grossesses «tardives» est associée à des risques augmentés pour les mères comme pour les enfants, ainsi qu'à des complications obstétricales plus importantes.

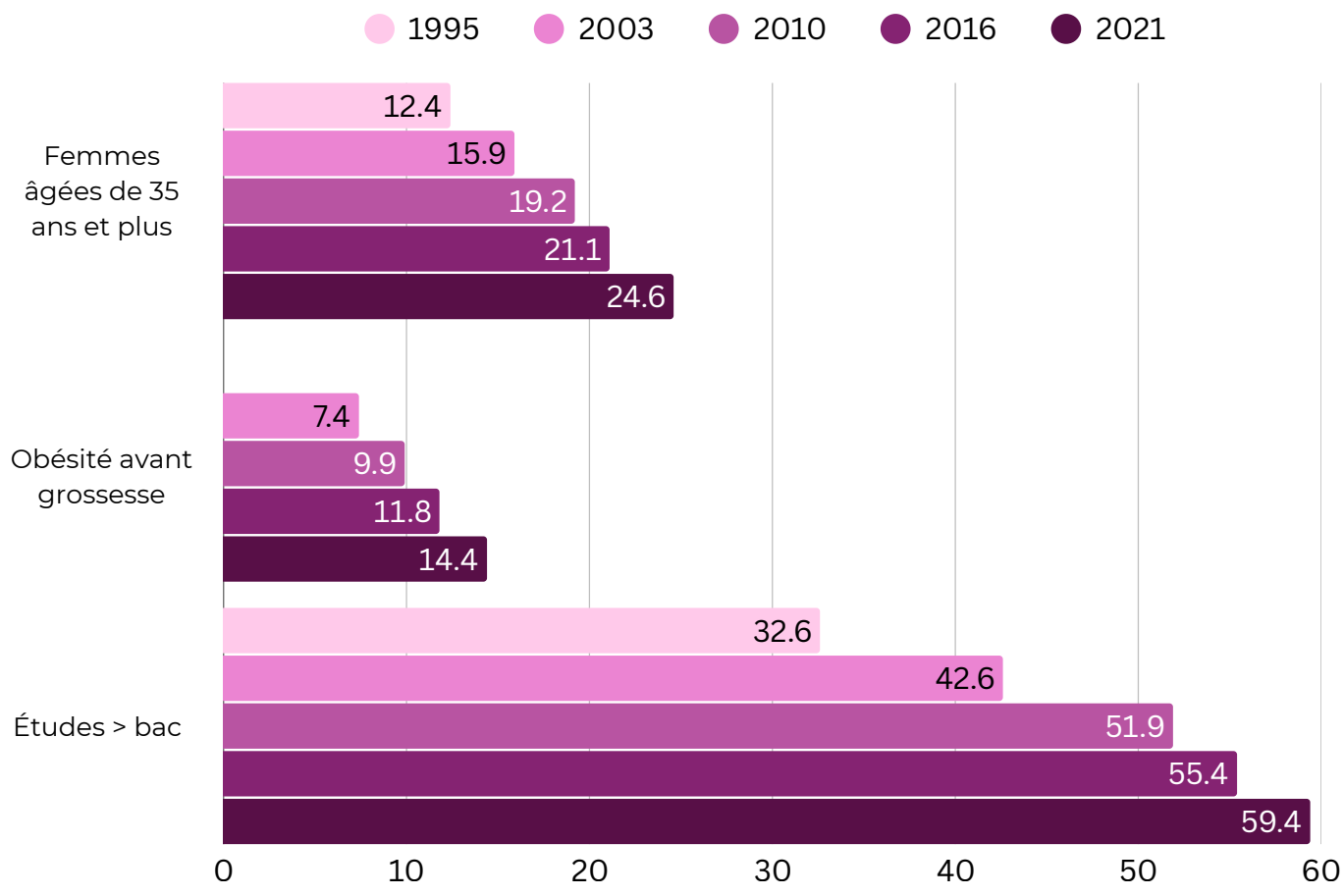
Complication durant la grossesse et caractéristiques de l'accouchement selon l'âge des femmes à la délivrance (en %) :



→ Source : Inserm, pour Cour des comptes

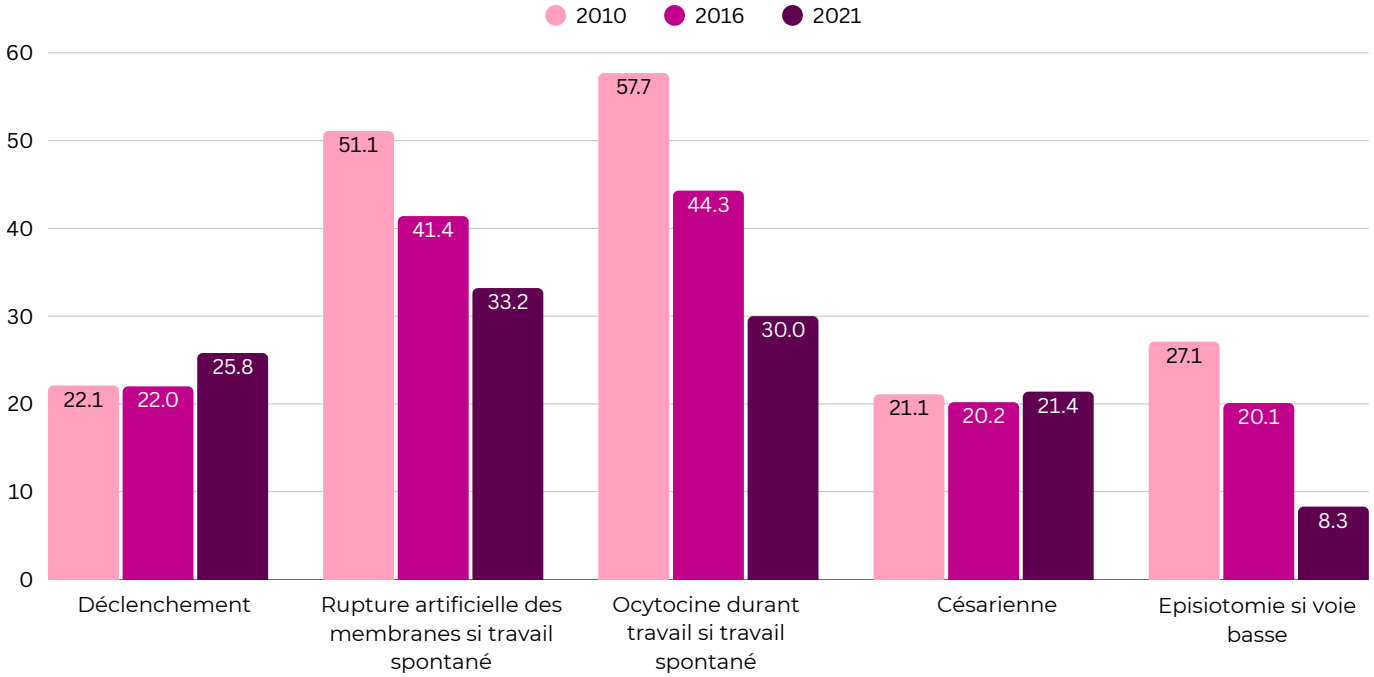
Par ailleurs, les données montrent aussi une augmentation du nombre de femmes en surpoids ou obèses avant la grossesse. En 2021, **23 %** des femmes interrogées étaient en surpoids et **14,4 %** obèses, contre respectivement 19,9 % et **11,8 %** en 2016.

Caractéristiques des femmes :



L'ENP s'est également penchée sur les conditions économiques et sociales des femmes. L'enquête révèle une augmentation du niveau d'études. En 2021, **59,4 %** des femmes enceintes ont un niveau d'études supérieur au baccalauréat (contre **55,4 %** en 2016) et **22,3 %** un niveau bac+5 ou plus (contre **17,9 %** en 2016). Entre 2016 et 2021, le taux de femmes sans couverture sociale en début de grossesse et/ou couverture maladie complémentaire a diminué. La précarité des familles et des mères est associée à une morbidité maternelle et infantile plus importante et des complications de la grossesse.

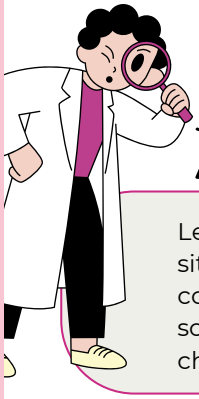
Médicalisation de l'accouchement, quelles évolutions ?



Les données suggèrent ainsi qu'il y a eu moins de rupture artificielle des membranes en 2021 qu'en 2016 (**33,2 %** parmi les femmes en travail spontané contre **41,4 %**) et moins d'administration d'ocytocine durant le travail (**30,0 %** parmi les femmes en travail spontané contre **44,3 %**).

De même, le taux d'épisiotomie, déjà en phase décroissante depuis plusieurs décennies, a encore fortement diminué, passant de **20,1 %** en 2016 à **8,3 %** en 2021.

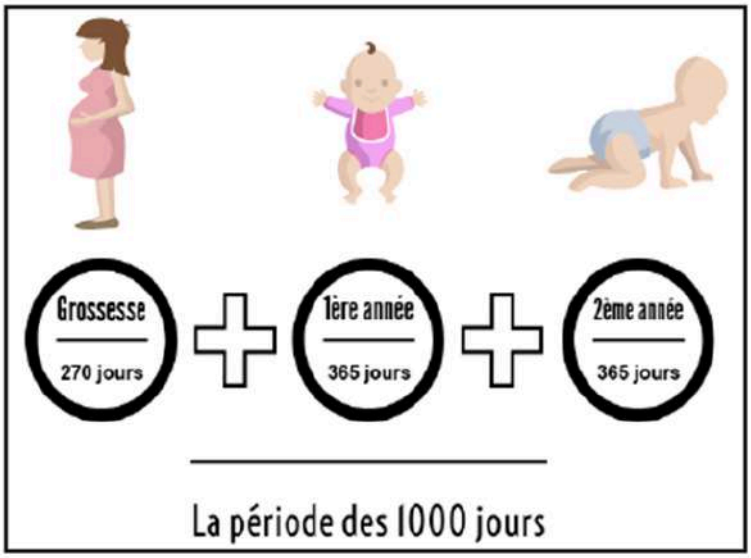
Par ailleurs, le taux de césarienne est stable depuis 2010 et concerne **21,4 %** des accouchements en 2021. Le fait d'avoir accouché par césarienne lors d'un précédent accouchement reste le facteur de risque majeur de césarienne.



Zoom sur la mortalité maternelle :

Les décès maternels sont des évènements rares (90 en moyenne chaque année). La France se situe dans la moyenne des pays européens. Néanmoins, **60 %** de ces décès sont considérés comme potentiellement évitables. Dans les deux tiers des cas, ils sont intervenus après des soins non optimaux, en raison notamment de dysfonctionnements dans le système de prise en charge et dans les parcours de soins périnatals(1).

Une ambition nouvelle des pouvoirs publics est en place depuis cinq ans : la **stratégie des « 1000 premiers jours »**(2) qui couvre la période allant des premiers mois de grossesse jusqu'au seuil de l'école maternelle. Ce plan comprend des dispositifs structurants, comme le soutien à la généralisation des entretiens prénatal et post-natal précoces, le renforcement des équipes médico-psycho-sociales dans les maternités ou encore l'expérimentation d'un référent parcours périnatalité (Répap)(3).



Source : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

1: Cf rapport Cour des Comptes Mai 2024.
2: Ce plan s'appuie sur les recommandations du rapport de la Commission des 1000 premiers jours présidée par Boris Cyrulnik remis en septembre 2020 au secrétaire d'Etat à l'enfance et aux familles.
3: La Cour des Comptes, dans son rapport précité, estime cependant que cette nouvelle approche « ne prend pas suffisamment en compte la qualité et la sécurité des soins périnatals, qui participent de la faible performance de notre pays. [...] Une gouvernance plus efficace pourrait découler d'un plan stratégique pluriannuel spécifiquement consacré à la périnatalité, couvrant à la fois les enjeux identifiés dans le cadre du projet des « 1000 premiers jours» et ceux liés à la qualité et à la sécurité des soins, insuffisamment pris en compte aujourd'hui. » (page 12 de la synthèse).

Rappel des principaux objectifs du Schéma Régional de Santé 2023- 2028 :

Maternité :

- Adapter l'offre à la baisse de la natalité et à l'inégale répartition des professionnels de santé qui fragilisent certaines maternités,
- Améliorer l'accès à la prévention, au soins et mieux coordonner le parcours de soins des femmes en situation de vulnérabilité et / ou de précarité dès le début de grossesse,
- Encourager l'orientation des femmes enceintes dès le début de grossesse dans un parcours gradué selon le niveau de risque médical et psychosocial,
- Conforter les maisons de naissance dans un cadre sécurisé,
- Développer le « aller vers » sous la forme de structures itinérantes en obstétrique,
- Encourager la prise en charge en secteur ambulatoire avec la diminution de la durée de séjour en maternité (sorties précoces) et les alternatives à l'hospitalisation en maternité (maisons de naissances) et en néonatologie (expérimentation d'équipes mobiles en néonatologie),
- Renforcer les réseaux de périnatalité, en mutualisant certaines procédures et en améliorant l'articulation ville – hôpital ; inciter les CPTS à s'emparer de la thématique périnatale et le lien sages-femmes libérales – maternités.

Néonatologie :

- Assurer une gradation territoriale cohérente et fluide des prises en charge et poursuivre la structuration des transferts néonataux par les SMUR pédiatriques,
- Sécuriser les sorties précoces de maternité : formation des sages-femmes libérales, travail en réseau,
- Prévenir la rupture du lien mère –enfant : éviter la séparation parents – enfants lors d'une hospitalisation en néonatologie (chambres mère ou parents / enfant)
- Améliorer l'accompagnement des projets d'allaitement des mères pour qu'elles puissent le mener à son terme.

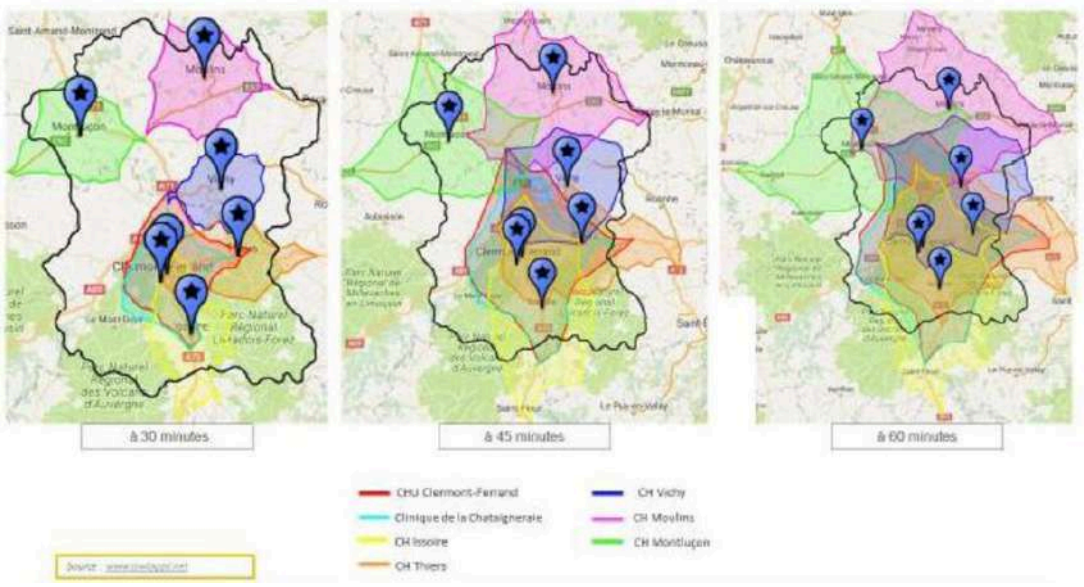
Endométriose :

- Poursuivre la structuration d'une offre de soins graduée via une filière dédiée à la prise en charge de l'endométriose.

Diagnostic ciblé :

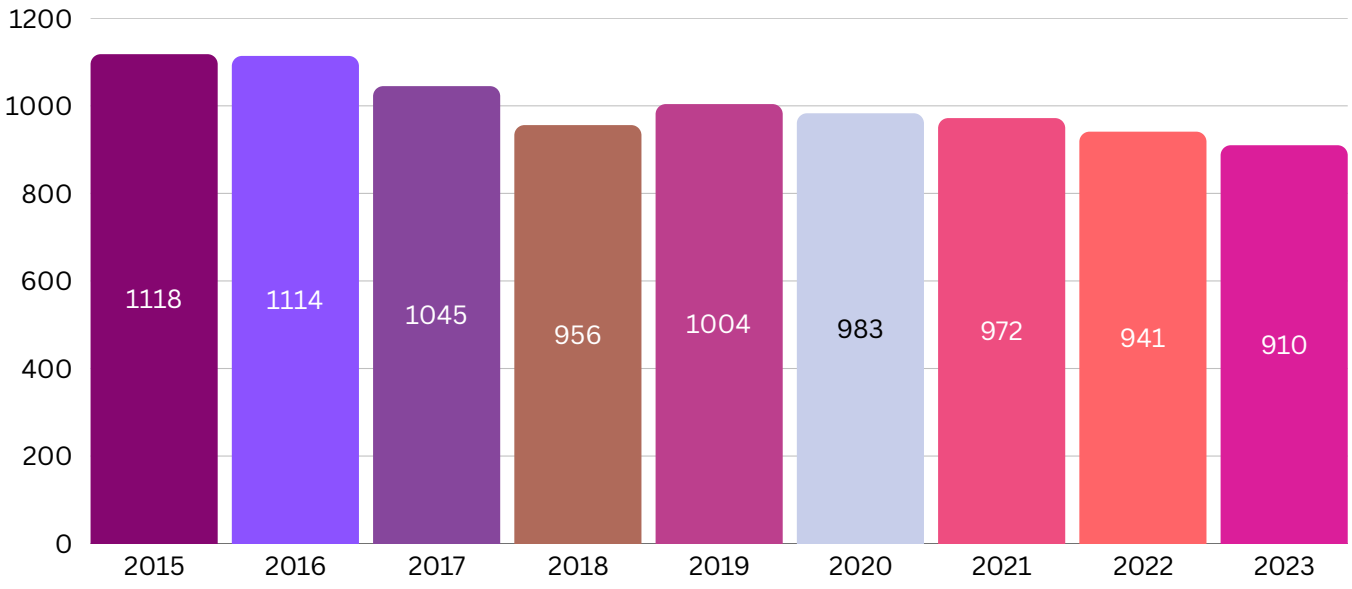
Les courbes isochrones (PMP) démontrent l'importance du maintien des trois maternités sur l'Allier :

Courbes isochrones à 30, 45 et 60 minutes des maternités du territoire du GHT

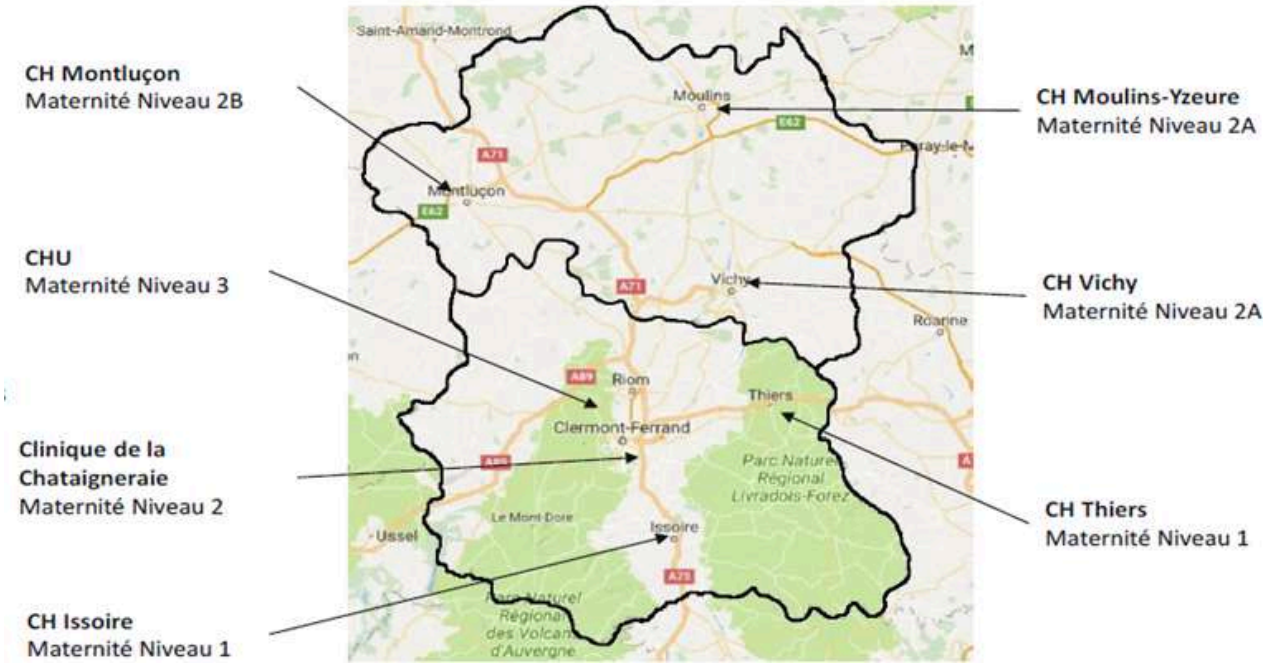


S'agissant du bassin montluçonnais, le constat est, à l'instar du niveau national, celui d'un infléchissement du nombre de naissances depuis 2011 – 2012, lié au vieillissement global de la population entre 2008 et 2022 avec une moyenne d'âge augmentée de 7 ans et à la baisse de la population sur le bassin.

Données nationales : 798 948 783 640 769 553 758 590 753 383 735 196 742 052 725 997 677 000

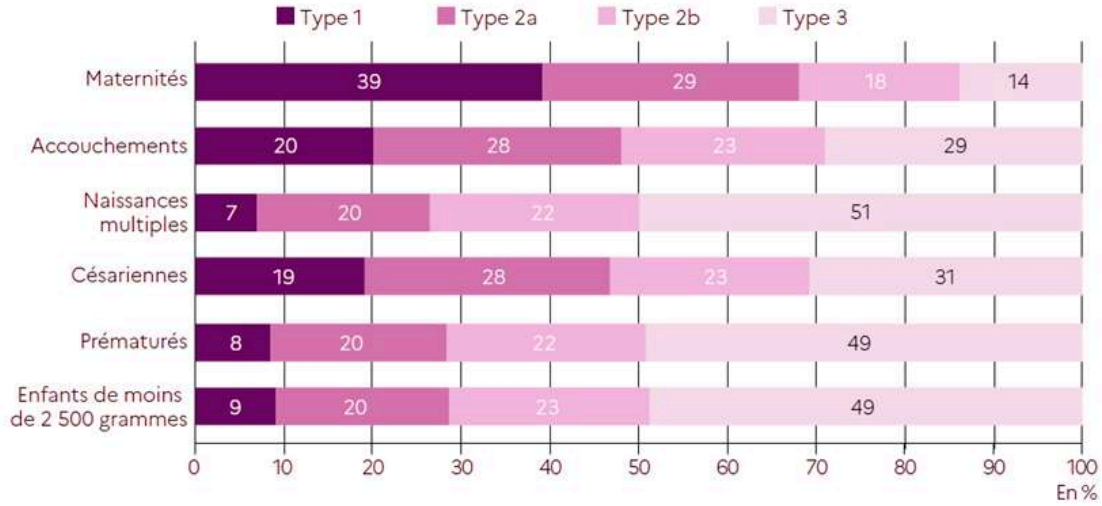


La maternité du CHMN dispose d'une autorisation de type 2b, la seule de l'ex-région Auvergne(1), avec deux lits de soins intensifs de néonatologie et six lits de néonatologie. Elle fait partie des **18 %** de maternités 2b au niveau national. Ce statut lui permet de prendre en charge des nouveaux nés à risque (prématurés, poids < 2500g...) nécessitant des soins intensifs. Elle est donc un établissement de recours hors bassin et même hors département.



1: La région ARA compte huit maternités de niveau 2b.

Graphique 1 Caractéristiques de l'activité par type de maternité en 2020



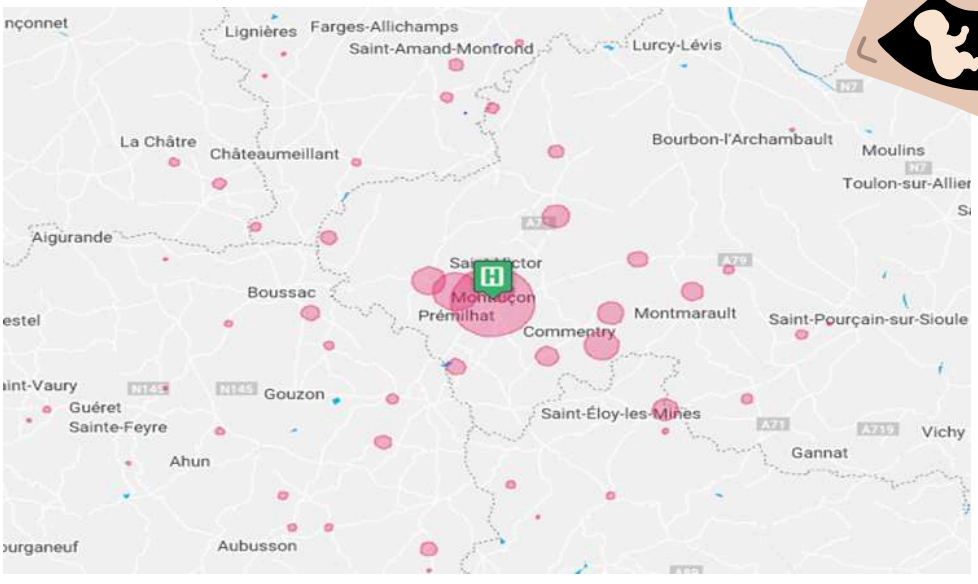
Note > Maternités ayant réalisé au moins un accouchement au cours de l'année 2020.
Champ > Ensemble des naissances en France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2020 ; ATIH, PMSI-MCO 2020, traitements DREES.

Le service d'obstétrique du CHMN dispose de 24 lits à la maternité et assure en hospitalisation de jour les suivis du diabète gestationnel, en lien avec la diabétologie.

Activité :

ORIGINE	EFF.		FREQ.	
	2023	2024	2023	2024
Allier	908	932	2,64%	79,44%
Puy-de-Dôme	49	49	0%	4,29%
Hors région	186	156	-16,13%	16,27%
Limousin	129	114	-11,63%	11,29%
Centre	47	39	-17,02%	4,11%

La carte montre l'attractivité de la maternité avec 13.88% de patientes hors région en lien avec le niveau de sa maternité et plus de 20% d'admission des nouveaux nés en néonatologie.



	2023	2024
File active	1 874	1 885
Nombre de Séjours	2 056	2 069
Nombre de jours réalisés	7 241	7 509
DMS du service	4,14	4,05
% séjours service > 15 jours	0,39%	0,10%
Âge moyen	28.30	29.14
% entrées via SAU	0,34%	0,63%
% décès	0,19%	0,39%

	2023	2024
Consultations	4 695	4 311

Les GHM les plus fréquents

		2023	2024
14Z14A	Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative	377	**389**
14Z13A	Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative	233	**247**
14C08A	Césariennes pour grossesse unique, sans complication significative	142	**143**
14M03T	Affections de l''ante partum sans intervention chirurgicale, très courte durée	120	**59**
14Z16Z	Faux travail et menaces d''accouchements prématurés	53	53
14Z13B	Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, avec autres complications	43	43
14M03A	Affections de l''ante partum sans intervention chirurgicale, sans complication significative	22	**41**
14Z14B	Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, avec autres complications	41	**32**
14Z16T	Faux travail et menaces d''accouchements prématurés, très courte durée	35	**30**
14C08B	Césariennes pour grossesse unique, avec autres complications	11	**12**

Les principaux actes

		2023	2024
JMCA002	Suture immédiate de déchirure obstétricale du vagin, de la vulve et/ou du périnée [périnée simple]	436	**460**
JQGD012	Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une multipare	427	**425**
JQGD010	Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une primipare	281	**307**
JQGD009	Extraction instrumentale au détroit moyen sur présentation céphalique	89	**106**
JMPA006	Épisiotomie	78	78
JQGA003	Accouchement par césarienne au cours du travail, par laparotomie	75	**82**
JNMD002	Révision de la cavité de l'utérus après délivrance naturelle	69	**70**
JQGA002	Accouchement par césarienne programmée, par laparotomie	63	**55**
JQGA004	Accouchement par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie	30	**32**
JQGD006	Extraction instrumentale au détroit inférieur sur présentation céphalique	20	**26**

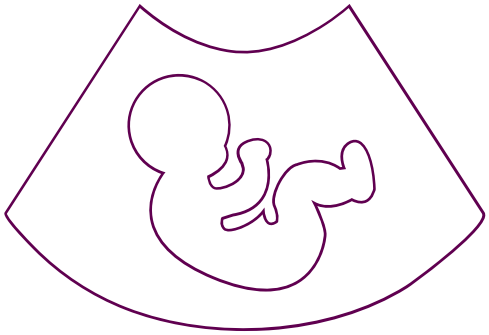
Les actes les plus fréquents en externe

		2023	2024
JNQM001	Échographie non morphologique de la grossesse avant 11 semaines d'aménorrhée: Activité e	605	**570**
YYYY088	Échographie de contrôle ou surveillance de pathologie gravidique foetale ou maternelle au cours d'une grossesse unifoetale: Activité e	569	**418**
JQQM018	Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse unifoetale au 2ème trimestre: Activité e	461	**409**
JQQM016	Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse unifoetale au 3ème trimestre: Activité e	446	**401**
JQQM010	Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse uniembryonnaire au 1er trimestre: Activité e	424	**360**
JQQM001	Échographie de surveillance de la croissance foetale: Activité e	133	**189**
JQQM003	Échographie de surveillance de la croissance foetale avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du foetus: Activité e	77	**148**
YYYY075	Échographie de contrôle ou surveillance de pathologie gravidique foetale ou maternelle au cours d'une grossesse multifoetale: Activité e	40	40
JQQJ037	Mesure de la longueur du canal cervical du col de l'utérus, par échographie par voie vaginale: Activité e	13	**23**

% césariennes /accouchement voie basse :

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Accouchements	971	972	957	918	890	916
Césariennes	125	157	156	161	168	169
	14,6%	**19,1%**	**19,4%**	**21,0%**	**18,8%**	**18,4%**

La maternité est proche du taux national situé à **20%.** Le taux a augmenté avec l'arrivée de femmes migrantes non suivies médicalement.



Episiotomie :

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Accouchements	**937**	**971**	**972**	**957**	**918**	**890**	**916**
Episiotomie	**118**	**97**	**106**	**91**	**102**	**78**	**78**
%	**12,6%**	**10,0%**	**10,9%**	**9,5%**	**11,1%**	**8,8%**	**8,5%**

Le Taux est stable et proche du taux national.

Objectif 1 : Consolider l'équipe médicale de Gynécologues-Obstétriciens pour assurer la poursuite dans de bonnes conditions de l'ensemble des activités, et notamment la permanence des soins.

Objectif 2 : Préserver les liens avec les territoires de proximité et continuer à proposer un recours en conservant l'autorisation 2b dans un cadre sécurisé.

Objectif 3 : Améliorer l'accès à la prévention et aux soins et mieux coordonner les parcours de soins, notamment des femmes en situation de vulnérabilité et/ou de précarité dès le début de grossesse. Mettre en place les entretiens prénatals et post-natals pour tous les suivis de grossesse, poursuivre les échographies de dépistage pour les grossesses physiologiques et pathologiques. Dépister et prendre en charge les addictions tabac, alcool, cannabis... et développer l'accompagnement parental.

Objectif 4 : Création d'une consultation de grossesse pathologique dédiée avec une prise en charge psychologique et un suivi rapproché pour ces patientes par les sages-femmes. Activité de jour pour le diabète gestationnel.

Objectif 5 : Développer le recours à la salle d'accouchement physiologique et les consultations avec une conseillère formée en lactation.

Objectif 6 : Développer une maternité éco responsable (chambre témoin, lutte contre les perturbateurs endocriniens ...).

Objectif 7 : Poursuivre la coopération territoriale avec le CHU de Clermont-Ferrand : inclusion dans les protocoles du CHU afin de valoriser l'activité, participation aux staffs du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) du CHU, poursuite de l'organisation des transports néonataux vers le CHU avec le SAMU SMUR et participation au RSPA (Réseau de santé en Périnatalité d'Auvergne) regroupant l'ensemble des maternités de la région.

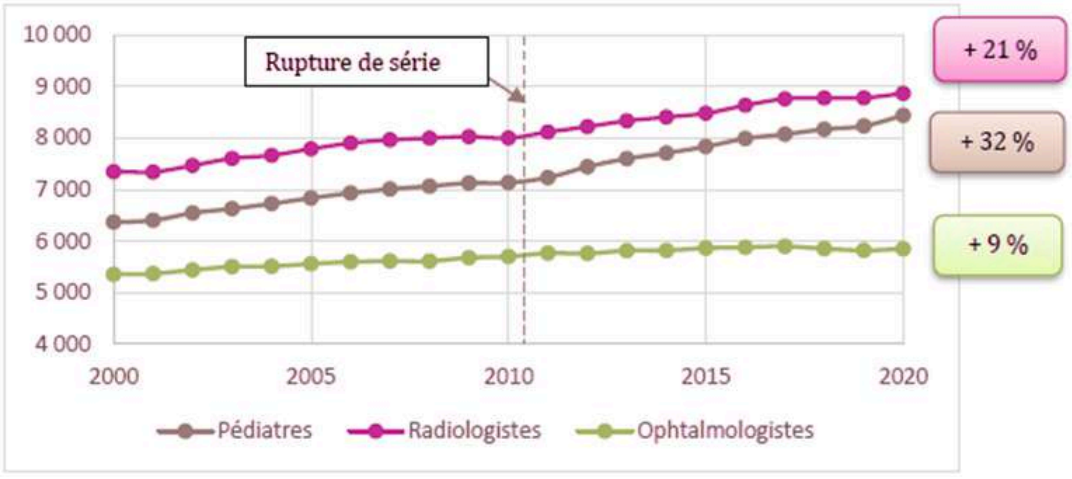
Objectif 8 : Poursuivre la collaboration étroite avec les sages-femmes libérales pour les suivis de grossesse grâce à un outil informatique commun ICOS ou autre. Favoriser les interventions de ces mêmes sages-femmes à l'activité hospitalière (salle de naissance).

3.2 LA PÉDIATRIE - NÉONATOLOGIE

Dans un rapport paru en 2021, l'IGAS(1) faisait le constat d'une évolution très contrastée de la Pédiatrie en France avec un exercice libéral en crise et une pédiatrie hospitalière en croissance et qui se surspécialise. La pédiatrie se caractérise par la diversité de son champ d'action : surveillance, prévention, dépistage, conseils éducatifs ou prise en charge de maladies aigues et chroniques. Le développement de surspécialités depuis quelques années, dont certaines font l'objet d'une qualification depuis la réforme du troisième cycle des études médicales de 2017, répond à l'évolution des besoins avec la prise en charge croissante de pathologies complexes ou chroniques spécifiques à l'enfant, la disparition de certaines maladies, l'identification de maladies rares ou génétiques ...

Le nombre de pédiatres est en augmentation depuis plusieurs années : **+ 32 %** entre 1999 et 2020, soit **1 %** par an. Plus de la moitié **(53 %)** exercent exclusivement en tant que salariés à l'hôpital. Ces effectifs ne tiennent cependant pas compte de l'évolution du temps de travail des médecins qui tend à diminuer.

Graphique : Evolution de la démographie des pédiatres, des radiologistes et des ophtalmologistes entre 2000 et 2020 :

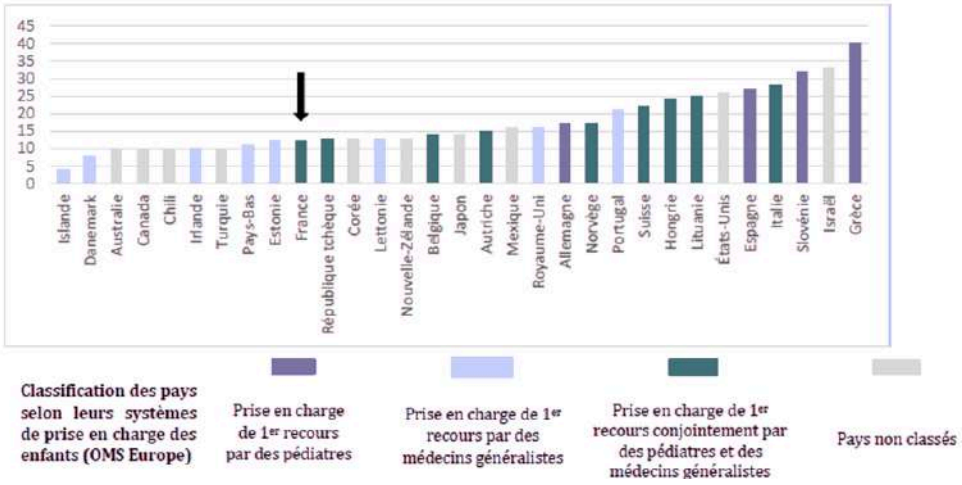


→ Source : DREES

La densité de pédiatres est cependant plus faible en France qu'à l'étranger et l'attractivité de cette discipline décline.

1: Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France, Professeur Bertrand FENOLL et Emilie FAUCHIER-MAGNAN, avec le concours de la Pr Brigitte CHABROL, Mai 2021.

Nombre de pédiatres pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE en 2018, selon le système de soins pédiatriques :



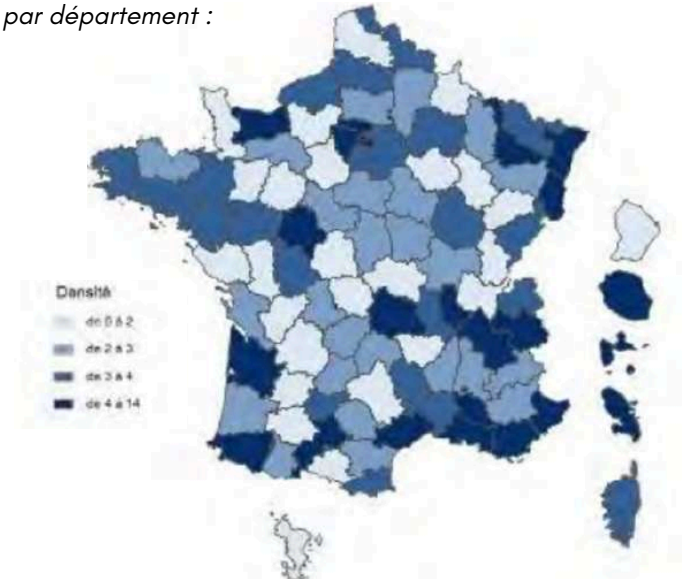
La pédiatrie libérale est peu attractive, notamment en raison d'un niveau de rémunération plus faible que d'autres spécialités médicales, et de fortes disparités géographiques sont constatées, ce qui pose la question de l'égalité d'accès aux soins. Cette tendance risque de s'accentuer dans les prochaines années compte-tenu de la pyramide des âges des pédiatres libéraux : 44 % d'entre eux avaient plus de 60 ans en 2020.

→ Source : Données de densités issues de l'OCDE ; classification des systèmes pédiatriques par l'OMS Europe (rapport Situation of child and adolescent health in Europe 2018)

Densité de pédiatres libéraux pour 100 000 habitants en 2020, par département :

→ Source : Données DREES, mise en forme IGAS

L'Allier figure parmi les départements les plus faiblement dotés en nombre de pédiatres libéraux pour 100.000 habitants. Sur le bassin de Montluçon, deux praticiens exercent en libéral.



Diagnostic ciblé :

Le service de pédiatrie a été en grande difficulté ces dernières années conduisant l'établissement à une restructuration de ce secteur. Il a bénéficié de l'apport de la filière pédiatrique du CHU avec la création d'une équipe médicale territoriale qui a permis de maintenir l'activité et le niveau 2b de la maternité.

Dans le cadre de la récente réforme des autorisations en soins critiques, le CHMN s'est vu confirmer par l'ARS l'autorisation d'exercer des soins intensifs polyvalents pédiatriques, seule unité de ce type autorisée dans l'Allier. Cette unité compte deux lits, et deux chambres supplémentaires peuvent être armées si besoin.

Il est à noter que l'activité du service de Pédiatrie est marquée par la saisonnalité de certaines pathologies (grippes, bronchiolites ...) et par l'accueil régulier des enfants et adolescents en crise et nécessitant une prise en charge pédopsychiatrique, compte-tenu de l'insuffisance en lits de pédopsychiatrie dans l'Allier. Les prises en charge chirurgicales sont organisées en lien étroit entre les équipes médicales de Pédiatrie, de Chirurgie et d'Anesthésie, les enfants étant hospitalisés en service de pédiatrie jusqu'à l'âge de 18 ans, sauf exceptions. Une activité importante d'allergologie est réalisée en hôpital de jour pédiatrique.

	2023	2024
File active	1 184	1 203
Nombre de séances	14	12
Nombre de Séjours	1 450	1 497
Nombre de jours réalisés	4 218	4 350
DMS du service	3,1	3,11
% séjours service > 15 jours	2,07%	1,75%
Âge moyen	5,81	6,45
% entrées via SAU	62,57%	54,03%
% décès	0,06%	0,00%

	2023	2024
Pédiatrie	3 237	4 819
Urgences pédiatriques	5 711	5 797

Les GHM les plus fréquents

		2023	2024
23M21T	Désensibilisations et tests allergologiques nécessitant une hospitalisation, très courte durée	82	**84**
23K02Z	Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours	48	**65**
06M02T	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans, très courte durée	53	**49**
18M021	Maladies virales et fièvres d''étiologie indéterminée, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	53	**43**
01M201	Commotions cérébrales, niveau 1	43	**40**
03C101	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	16	**37**
10M201	Problèmes alimentaires du nouveau-né et du nourrisson, niveau 1	23	**30**
03C14J	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	20	**28**
06M021	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	28	**26**
03C28J	Interventions sur les végétations adénoïdes, en ambulatoire	20	**25**
06C081	Appendicectomies compliquées, niveau 1	20	**23**

Les principaux actes

		2023	2024
GLQP005	Enregistrement continu de la saturation sanguine en oxygène par mesure transcutanée [SpO2] [Oxymétrie de pouls], pendant au moins 6 heures	52	**66**
FGRD003	Test de provocation par ingestion d'un allergène administré à concentration croissante	65	**53**
AAQP350	Electroencéphalographie sur 14 dérivations ou plus avec enregistrement d'une durée minimale de 20 minutes, avec numérisation chez un patient de 6 ans ou plus	43	**37**
CBLD001	Pose bilatérale d'aérateur transtympanique	21	**30**
FGRB001	Test allergologique par injection intradermique de plusieurs substances administrées à concentrationcroissante avec au moins 2 dilutions	16	**27**
FAFA015	Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie	14	**23**
AAQP129	Electroencéphalographie sur 8 dérivations ou plus avec enregistrement d'une durée minimale de 30 minutes, avec numérisation et enregistrement vidéo, chez un patient de moins de 6 ans	18	**20**
HHFA025	Appendicectomie avec toilette péritonéale pour péritonite aigüe généralisée, par coelioscopie ou parlaparotomie avec préparation par coelioscopie	19	19
FAFA014	Amygdalectomie par dissection	3	**13**
FAFA002	Adénoïdectomie avec pose bilatérale d'aérateur transtympanique	8	**13**

Objectif 1 : Stabiliser et fidéliser l'équipe médicale de pédiatrie afin de maintenir prioritairement une structure d'accueil de pédiatrie générale de proximité.

Objectif 2 : Renforcer le lien du service de pédiatrie du CHMN avec les spécialités du CHU, et conforter les partenariats avec la médecine de ville. Ouvrir des plages de consultations semi programmées pour soulager la médecine de ville (DOCTOLIB).

Objectif 3 : Développer l'activité de l'hôpital de jour pour répondre à la demande croissante de prises en charge spécialisées. Envisager la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique.

Objectif 4 : Fluidifier le parcours des patients pris en charge en post-chirurgie.

Objectif 5 : Développer l'activité de prévention et d'accompagnement des mères et nouveaux nés à risque, de la maternité à l'école maternelle. Ouvrir une consultation pour les nouveaux nés à un mois et favoriser le suivi des enfants vulnérables via le réseau REVA en partenariat avec la PMI.

Objectif 6 : Améliorer la prise en charge des patients relevant de la pédopsychiatrie, en lien avec le CMPEA et la MDA par la mise en place d'une équipe de liaison en pédo-psychiatrie.

3.3 LE CAMSP

Structure médico-sociale, le CAMSP prend en charge les enfants de 0 à 6 ans présentant des troubles du neuro-développement (retard mental, déficience motrice ou sensorielle, troubles de l'apprentissage ...) coexistant avec une forte prévalence de troubles psycho-sociaux et une nette progression des troubles du spectre autistique. Les enfants inscrits dans le réseau REVA sont également accueillis au sein de cette structure.

Le développement des prises en charge en partenariat avec le milieu scolaire, les partenaires sociaux et les professionnels libéraux est un enjeu majeur dans le dépistage et l'inclusion de ces jeunes patients.
La file active est en progression régulière, avec **plus de 300 enfants suivis dans ce cadre.**

Un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens sera prochainement signé avec l'ARS et le Conseil Départemental fixant les orientations stratégiques suivantes :

- Développer la politique d'accueil de l'enfant et des parents,
- Favoriser le dépistage spécifique et précoce des troubles du spectre autistique,
- Favoriser le dépistage précoce des troubles du développement et / ou de l'apprentissage,
- Développer la démarche d'amélioration continue de la qualité (évaluation des pratiques professionnelles, implication des professionnels, QVT),
- Mettre en place une organisation efficiente pour évaluer les besoins de l'enfant et organiser le suivi post-CAMSP,
- Sensibiliser les partenaires extérieurs et acteurs de la petite enfance.

Centre Hospitalier Montluçon - Néris-les-Bains

PÔLE MÉDECINE COURT SÉJOUR

04 FILIÈRE DE LA MÉDECINE DE COURT SÉJOUR : UNE OFFRE DIVERSIFIÉE ET UNE PRISE EN CHARGE COORDONNÉE DU PATIENT

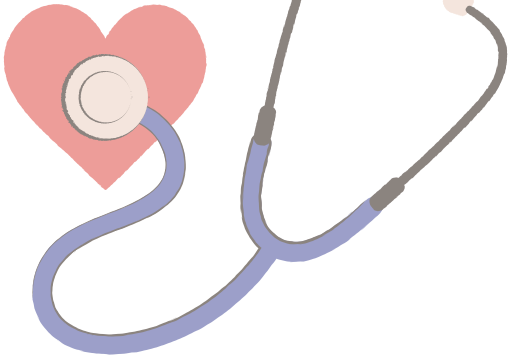
Carte d'identité de la filière Médecine court séjour :

- Allergologie
- Dermatologie
- Endocrinologie
- Oncologie – Hématologie
- Pneumologie
- Médecine polyvalente d'aval
- Service médical d'accueil
- Médecine pénitentiaire

Spécialités	Capacitaire	Equipe médicale
Allergologie	2 places	0,5 Praticien
Dermatologie	1 place	2 Praticiens
Endocrinologie	3 places	2 Praticiens
Oncologie / Hématologie	11 lits, 9 places et 4 lits LISP	4 Praticiens
Pneumologie	12 lits	2,8 Praticiens
Médecine Polyvalente d'Aval	4 places et 12 lits	
Service Médical d'Accueil	26 lits (dont 3 lits addicto)	2,8 Praticiens
Médecine pénitentiaire	Maison d'arrêt de Montluçon – 20 places 1 chambre sécurisée	0,5 ETP Praticien

Diagnostic ciblé :

Le CHMN propose une offre de soins diversifiée dans les spécialités de Médecine, dans un cadre programmé ou non, favorisant une prise en charge de proximité et de qualité pour la population de la zone de santé de Montluçon.



FORCES

- Equipes médicales compétentes,
- Offre de soins diversifiée,
- Positionnement solide sur le territoire,
- Coopérations médicales solides avec le CHU en Oncologie – Hématologie, Dermatologie … ,
- Filières de soins bien établies sur le territoire, notamment sur la cancérologie avec le Centre Jean Perrin et le CHU,
- Capacité à assurer la prise en charge de patients d'autres territoires en cas de carence de l'offre de soins (exemple : Patients d'Oncologie de Moulins depuis fin 2024),
- Liens étroits avec les professionnels libéraux,
- Agrément pour l'accueil d'internes.

OPPORTUNITÉS

- Mise en place d'une unité ambulatoire dédiée pour la Médecine,
- Présence d'un service hospitalier d'HAD permettant de construire des parcours patients pour certaines prises en charge.

ANALYSE

FAIBLESSES

- Démographie médicale fragile à consolider,
- Praticiens en parcours de consolidation à fidéliser,
- Hospitalisation à temps partiel à développer,
- IPDMS à améliorer dans certaines unités.

- ! Densité médicale faible en médecins spécialistes (dermatologie …) en ville et à l'hôpital.

Rappel des principaux objectifs du SRS et de la stratégie régionale de lutte contre les cancers :

Médecine :

- Développer l'offre en hospitalisation à temps partiel,
- 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,
- Poursuivre l'adaptation de l'offre de médecine à la polypathologie et au vieillissement,
- Poursuivre l'adaptation capacitaire au post-urgence.

Traitement du cancer :

- Mener une politique intégrée et territorialisée de prévention primaire des cancers ciblée par public : poursuite des actions de prévention des addictions, alimentation et activité physique, et développement privilégié de trois axes d'intervention : intégration de l'alcool, prévention santé-environnement, vaccination anti-papillomavirus humains (HPV) : **amorcer le « virage préventif »,**
- Améliorer la détection des cancers via les dépistages des personnes à hauts risques et les dépistages organisés le plus tôt possible, plus particulièrement à destination des publics vulnérables et ciblée selon les territoires,
- Favoriser des parcours cancer personnalisés, fluides et coordonnés avec les acteurs de santé de ville, hospitaliers et le secteur médico-social et conforter le virage ambulatoire,
- Mieux prendre en compte les parcours complexes des personnes âgées, jeunes adultes et des personnes vulnérables.
- Faciliter l'accès à tous les patients aux innovations thérapeutiques, organisationnelles, aux technologies de pointe et d'excellence, notamment **via la e-santé.**

Objectifs du Projet Médical Partagé du GHT sur la filière Cancérologie :

- Adapter les installations et organisations aux parcours patients
- Renforcer le temps médical
- Améliorer le diagnostic du cancer
- Créer une filière Adolescents / jeunes adultes
- Identifier les nouveaux parcours patients pour les cancers gynécologiques
- Améliorer la relation Ville / Hôpital
- Réorganiser les unités d'oncologie médicale et d'hématologie clinique
- Créer une fédération de Cancérologie.

4.1 L'ALLERGOLOGIE ET LA PNEUMOLOGIE

4.1.1 L'allergologie

L'allergie est un dérèglement du système immunitaire qui correspond à une perte de la tolérance vis-à-vis de substances a priori inoffensives : les allergènes. Les allergies peuvent avoir des manifestations **cutanées** (urticaire, dermatite), **respiratoires** (rhinite, asthme) ou **généralisées** (anaphylaxie). Le nombre de personnes allergiques semble avoir considérablement augmenté depuis plusieurs décennies : selon la société française d'allergologie, 25 à 30% de la population serait allergique à quelque chose. Les allergies sont particulièrement fréquentes chez les enfants et les jeunes adultes, tout le monde peut en souffrir.

Aujourd'hui, la prévalence de la dermatite atopique est évaluée à 15–20%, celle de l'asthme à 7–10 %, celle de la rhinite et de la conjonctivite allergique autour de 15–20%. La prévalence des allergies alimentaires oscillerait entre 2% chez l'adulte et 5% chez les enfants.

Une allergie est diagnostiquée par un médecin allergologue. Au-delà du diagnostic, le médecin identifiera l'allergène responsable de l'allergie.

Au CHMN, les patients peuvent bénéficier d'une prise en charge en hôpital de jour pour la réalisation des tests cutanés et épicutanés, les explorations d'allergies alimentaires, aux venins d'hyménoptère, induction de tolérance et action de désensibilisation. L'équipe médicale participe aux RCP avec le CHU.

L'allergologie pour les enfants est réalisée en pédiatrie.

Objectif 1 : Poursuivre l'activité d'allergologie et développer la prise en charge des allergies aux produits de chimiothérapie.

Objectif 2 : Favoriser l'accueil d'internes de spécialités ou de Docteurs juniors.

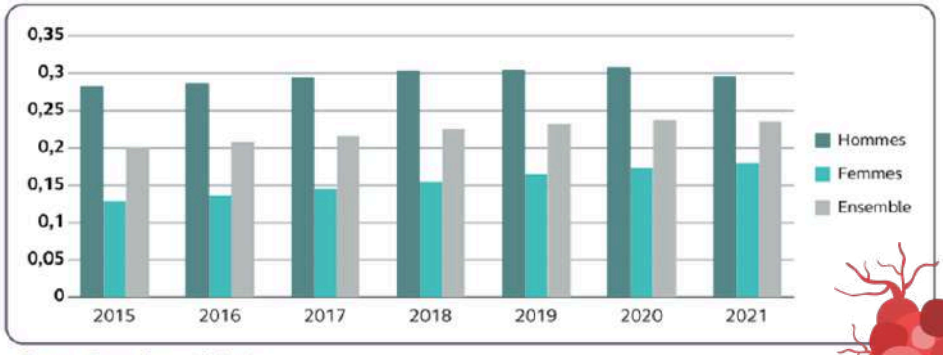
4.1.1 La pneumologie

Dans son rapport sur la santé respiratoire publié en 2024, la Cour des Comptes relevait que *« en France, plus de 10 % de la population est atteint d'une pathologie affectant le système respiratoire. Il s'agit principalement des maladies chroniques que sont l'asthme, qui touche quatre millions de personnes, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), qui concerne 3,5 millions de patients et le cancer du poumon qui affecte 160 000 individus.*

Le nombre de malades est en augmentation depuis au moins deux décennies, tout particulièrement pour le cancer du poumon et la BPCO sous l'effet du tabagisme et du vieillissement de la population ; l'asthme s'est, quant à lui, développé sous l'effet du facteur environnemental. Conséquence de leur consommation de tabac depuis les années 70, les femmes sont de plus en plus touchées par la BPCO et le cancer du poumon ; elles sont également davantage affectées par l'asthme » ***(1)***.

Le nombre de personnes souffrant d'un cancer du poumon a progressé de **25 %** depuis 2015, passant de 129 700 à 161 670 en 2021 ; le taux de prévalence dans la population est ainsi passé de **0,2 % à 0,24 %.**

Evolution de la prévalence du cancer du poumon de 2015 à 2021 dans l'ensemble de la population et par sexe :



Source : Cnam, data pathologies

Le cancer du poumon, qui représente la première cause de décès par cancer chez l'homme et dont la fréquence progresse chez la femme, présente des indicateurs plutôt favorables dans la région ARA.

Cependant, la situation de l'Allier se démarque par un niveau de mortalité supérieure à la moyenne régionale, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, et, pour ces dernières, une incidence parmi les plus élevées de la région.

Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité de cancer du poumon en Auvergne-Rhône-Alpes :

	POUMON							
	Hommes				Femmes			
	Incidence		Mortalité		Incidence		Mortalité	
Département	Nb	Taux stand	Nb	Taux stand	Nb	Taux stand	Nb	Taux stand
Ain	244	47,4	183	33,8	87	16,1	54	9,1
Allier	173	47,9	151	38,6	77	19,1	55	11,9
Ardèche	154	47,7	122	35,3	56	16,9	43	10,6
Cantal	73	43,6	61	34,6	28	16,6	24	12,0
Drôme	228	49,4	178	36,5	85	16,6	58	10,2
Isère	521	50,6	380	35,2	185	16,2	120	9,8
Loire	343	48,3	271	36,6	111	14,0	88	9,6
Haute-Loire	94	41,5	85	34,9	29	13,6	22	8,1
Puy-de-Dôme	293	49,3	222	35,7	123	19,3	81	11,6
Rhône	730	53,5	548	38,2	279	17,3	173	9,6
Savoie	156	40,7	126	31,1	60	13,7	45	9,3
Haute-Savoie	268	43,0	204	31,7	113	16,3	79	10,7
ARA	3276	48,4	2531	35,5	1234	16,4	842	10,0
France métro	28614	51,8	22253	38,2	11021	17,9	7593	11,1

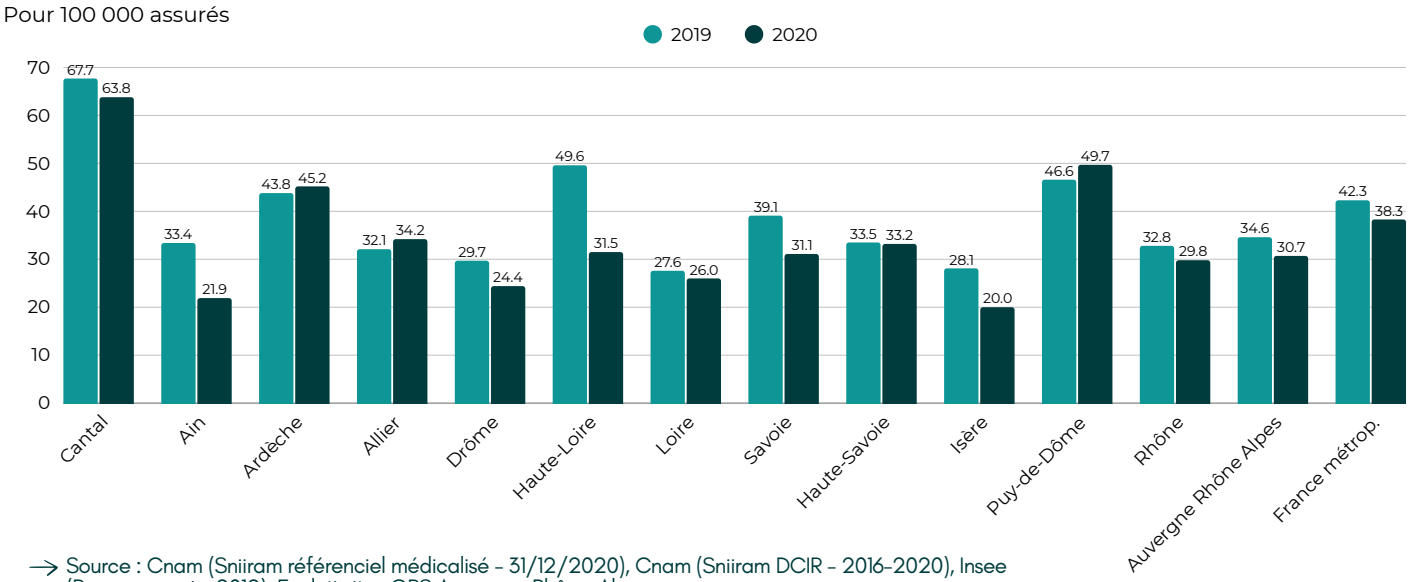
Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

→ Sources : Registres des cancers du réseau Francim, SNDS, Insee, exploitation Santé Publique France

1: *La santé respiratoire – Un enjeu de « santé environnement » insuffisamment pris en considération 2017 – 2022,* Cour des Comptes, Communication à la Commission des affaires sociales du Sénat, mai 2024.

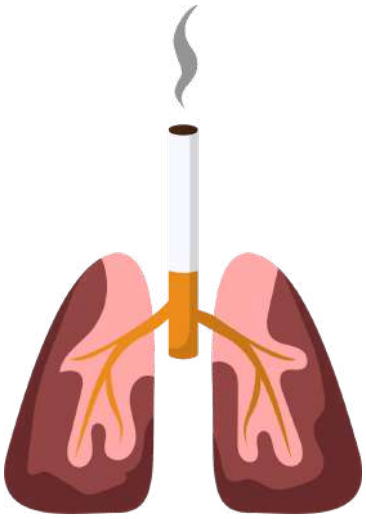
Le taux d'admission en ALD pour insuffisances respiratoires chroniques graves est inférieur dans l'Allier à la moyenne nationale. Cependant, alors que ce taux tend à diminuer au niveau national et régional entre 2019 et 2020, il augmente dans l'Allier. Les patients souffrant d'asthme persistant sévère ou de bronchite chronique obstructive (ou BPCO) peuvent bénéficier de cette ALD.

Taux standardisés d'admissions en ALD pour insuffisances respiratoires chroniques graves par département, Auvergne-Rhône-Alpes, 2019-2020 :



→ Source : Cnam (Sniiram référenciel médicalisé - 31/12/2020), Cnam (Sniiram DCIR - 2016-2020), Insee (Recensement - 2012). Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Un facteur de risque majeur : le tabac



Malgré la réduction de sa consommation quotidienne depuis une cinquantaine d'années (de 42 % en 1974 à 24,5 % en 2022), **le tabac constitue la cause principale de la mortalité par cancer du poumon et par maladies chroniques respiratoires :** il est responsable de près de 80 % des cancers du poumon et des BPCO, même si les effets délétères du tabac sur la santé sont multiples et dépassent largement la sphère respiratoire.

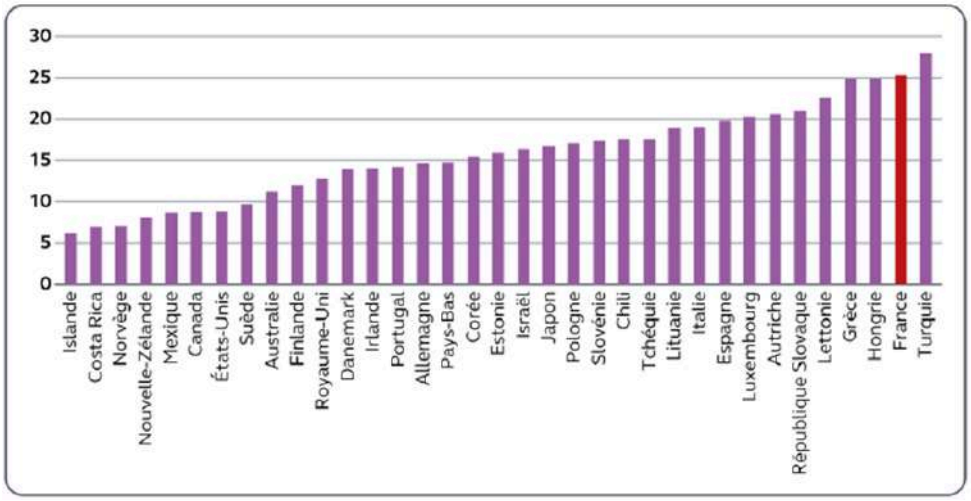
Taux d'usage quotidien du tabac parmi les adultes de 18 à 75 ans selon le sexe entre 2014 et 2022

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Femmes	24.4%	25.8%	26%	24.2%	22.9%	20.7%	22%	23%	21.7%
Hommes	32.9%	33.1%	33%	29.8%	28.2%	27.5%	29.1%	27.8%	27.4%
Ensemble	28.5%	29.4%	29.4%	27%	25.4%	24%	25.5%	25.3%	24.5%

→ Source : SpF

Malgré son recul et en dépit des efforts de prévention réalisés, le tabagisme quotidien demeure à un niveau supérieur à la moyenne des autres pays de l'OCDE, avec un fumeur régulier pour quatre habitants, contre un pour six (16,5 %) en moyenne dans les pays occidentaux.

Taux d'usage quotidien de tabac parmi la population âgée de 15 ans et plus en 2021 dans les pays de l'OCDE :

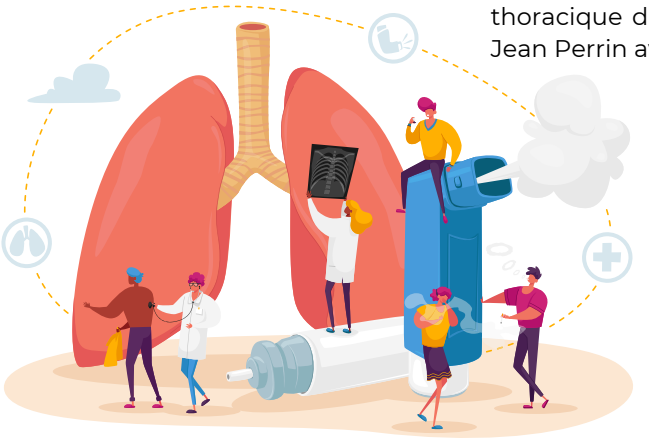


→ Source : Site "datas" de l'OCDE Risques pour la santé – Fumeurs quotidiens –OCDEData.

Le service de Pneumologie prend en charge les patients atteints des maladies respiratoires suivantes :

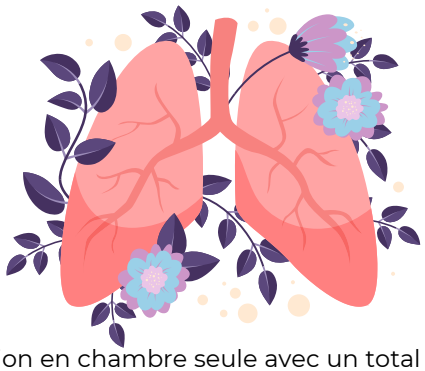
Le service de Pneumologie prend en charge les patients atteints des maladies respiratoires suivantes :

- Les pathologies pulmonaires et pleurales aiguës ou chroniques, d'origine infectieuse, inflammatoire, cancéreuse : pleurésie, pneumothorax, traumatismes thoraciques, fibroses pulmonaires, dilatation des bronches tuberculose pulmonaire, mucoviscidose, pneumopathies..
- L'insuffisance respiratoire aigüe et chronique avec mise en route de ventilation non invasive (VNI), et OPTIFLOW (BPCO, séquelles de tuberculose pulmonaire, pneumopathie, infection virale à covid 19 ...)
- Les pathologies de l'asthme avec prise en charge éducative et mise sous biothérapie.
- Les syndromes d'apnée du sommeil, la somnolence et l'insomnie avec enregistrement par polygraphie et polysomnographie,
- Les pathologies allergiques avec réalisation de bilans avec tests cutanées, bilans sanguins et mise sous traitement par biothérapie et désensibilisation.
- Bilan de broncho-pneumopathie chronique obstructive avec prise en charge éducative
- Endoscopie bronchique sous anesthésie locale ou générale (diagnostique et thérapeutique y compris le retrait de corps étrangers).



- Les pathologies pulmonaires cancéreuses pouvant bénéficier de chirurgie thoracique diagnostique et thérapeutique en collaboration avec le Centre Jean Perrin avec RCP ONCO THORAX

- Activité de sevrage tabagique dans le cadre de la prévention et prise en charge.



Objectif 1 : Conforter l'équipe médicale en Pneumologie pour assurer la poursuite et le développement de l'activité et répondre aux besoins du bassin de Montluçon et des alentours.

Objectif 2 : Favoriser la prévention, le dépistage, l'éducation thérapeutique qui est indissociable du traitement et des soins (BPCO, asthme, syndrome d'apnée du sommeil, sevrage tabagique).

Objectif 3 : Développer l'activité en augmentant le nombre de lits d'hospitalisation en chambre seule avec un total de 18 lits. Envisager la création de deux lits de surveillance rapprochée de pneumologie (surveillance sous VNI, drainage de pneumothorax, surveillance de décompensation de BPCO, neutropénie fébrile, infection virale à covid 19 sous VNI et optiflow,...) pour des patients qui ne nécessitent pas de la réanimation et qui sont lourds pour un service de médecine. Développer l'échographie en Pneumologie voire l'écho-endoscopie à moyen et à long terme

Objectif 4 : Poursuivre la prise en charge des enregistrements du sommeil

Objectif 5 : Favoriser les prises en charge pluriprofessionnelles pour une approche globale du patient :

- développer la prise en charge nutritionnelle à travers le CLAN et l'éducation alimentaire,
- développer le bilan et la prise en charge de l'activité physique et de la nutrition en ambulatoire avec orientation vers les kinésithérapeutes, nutritionnistes et psychologues ainsi que vers les centres d'activité physique,
- créer des groupes de travail avec la participation des usagers pour l'amélioration de la prise en charge des patients et pour la motivation des équipes de soins.

Objectif 6 : Renforcer les coopérations :

- développer les RCP en visio avec le CHU Clermont Ferrand, Centre Jean Perrin et la clinique Saint François,
- développer la prise en charge ambulatoire en collaboration avec les médecins traitants et les Urgences,
- travailler en collaboration avec les centres de réhabilitation respiratoire (Sainte-Feyre, Durtol)
- développer l'intelligence artificielle et la télémédecine en consultation et en télé expertise.

	2023	2024
Pneumologie	2 803	3 041
Allergologie	2 131	2 139

	2023	2024
File active	806	893
Nombre de séances	3	4
Nombre de Séjours	614	653
dont ambulatoire	63	50
HJ allergologie	345	454
Nombre de jours réalisés	5 278	5 699
DMS du service	10,67	10,32
% séjours service > 15 jours	7,34%	5,88%
Âge moyen	65,22	65,47
% séjours avec âge >= 75 ans	30,53%	32,24%
% entrées via SAU	23,97%	27,66%
% décès	3,52%	3,37%

Les GHM les plus fréquents

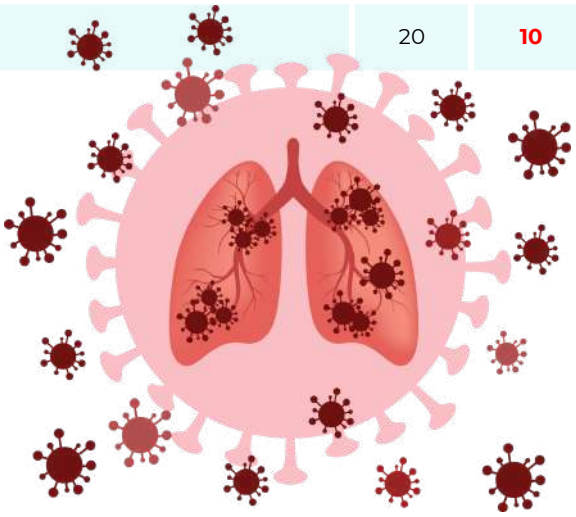
		2023	2024
23M21T	Désensibilisations et tests allergologiques nécessitant une hospitalisation, très courte durée	333	**442**
23K02Z	Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours	152	**98**
04M053	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	48	**54**
04M052	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	31	**43**
04K02J	Séjours comprenant une endoscopie bronchique, en ambulatoire	43	**42**
04M202	Bronchopneumopathies chroniques surinfectées, niveau 2	25	**40**
04M203	Bronchopneumopathies chroniques surinfectées, niveau 3	22	**25**
04M133	Oedème pulmonaire et détresse respiratoire, niveau 3	15	**24**
04M073	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	20	**24**
04M134	Oedème pulmonaire et détresse respiratoire, niveau 4	7	**16**

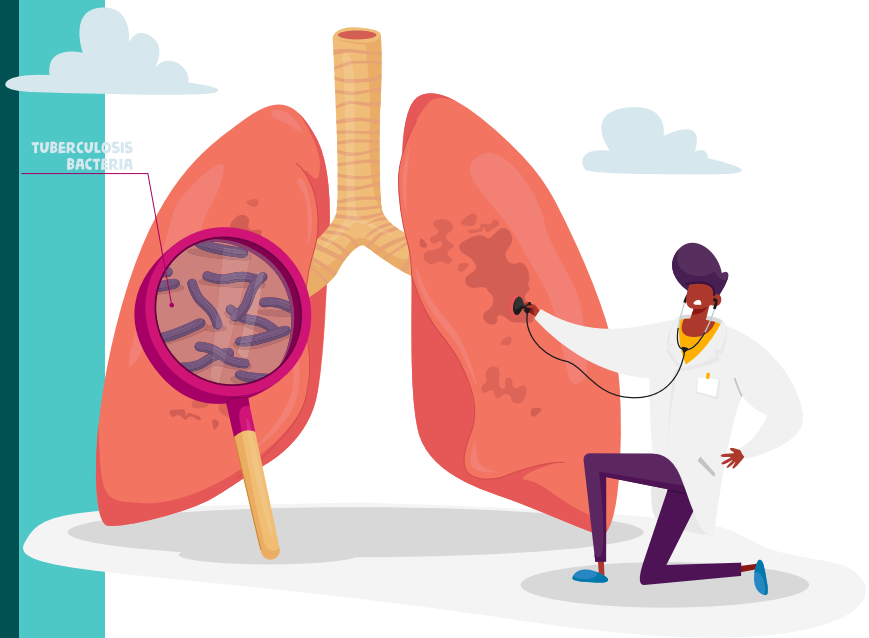
Les principaux actes

		2023	2024
FGRB001	Test allergologique par injection intradermique de plusieurs substances administrées à concentrationcroissante avec au moins 2 dilutions	182	**258**
FGRB007	Test d'introduction ou de réintroduction d'un allergène par injection à concentration croissante	76	**93**
GEQE007	Fibroscopie bronchique	103	**85**
AMQP011	Polysomnographie de 4 à 8 heures, avec enregistrement vidéo	132	**82**
FGRB003	Test allergologique par piqûre épidermique avec des substances administrées à concentration fixe	51	**65**
FGRB002	Test allergologique par injection intradermique d'une substance administrée à concentration croissante	27	**47**
FGLB002	Injection d'extrait allergénique à concentration croissante par voie souscutanée, jusqu'à obtentionde la dose d'entretien pour désensibilisation spécifique par méthode semiaccélérée ou accélérée [semirush ou rush]	45	**41**
GGJB001	Drainage d'un épanchement de la cavité pleurale, par voie transcutanée sans guidage	44	**38**

Les actes les plus fréquents en externe

		2023	2024
GLQP002	Mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée, avec mesure des volumes pulmonaires mobilisables et non mobilisables par pléthysmographie	828	**972**
FGRB003	Test allergologique par piqûre épidermique avec des substances administrées à concentration fixe	293	**296**
YYYY076	Mesure du transfert de monoxyde de carbone, en état stable, en apnée, en inspiration unique ou en réinspiration	215	**168**
GLHF002	Prélèvement de sang artériel avec gazométrie sanguine et mesure du pH, avec épreuve d'hyperoxie	151	**164**
FGRD003	Test de provocation par ingestion d'un allergène administré à concentration croissante	105	**142**
FGRP007	Test allergologique épicutané en chambre close [Patch test] par batterie standard et/ou batterie complémentaire	32	32
FGRB004	Test allergologique par piqûre épidermique avec des aliments natifs	31	**22**
FGRP003	Test allergologique épicutané en chambre close [Patch test] par tests orientés	25	**21**
FGRP005	Test allergologique épicutané en chambre close [Patch test] par batterie standard et tests orientés	22	**16**
GEQE007	Fibroscopie bronchique	20	**10**





4.2 LA DERMATOLOGIE

	2023	2024
Consultations	2 829	3 272

Selon une enquête de la Société Française de Dermatologie, près d'un tiers des Français souffrent d'une maladie de peau. Les femmes sont plus touchées que les hommes **(33 % contre 28 %)**. Parmi ces maladies : l'acné, l'eczéma, le psoriasis, les mycoses, les taches brunes, les verrues, l'herpès … Si ces maladies affectent moins souvent le pronostic vital, elles n'en affectent pas moins les patient en termes de qualité de vie. Parce que souvent visibles, elles peuvent engendrer du stress, de l'anxiété, un sentiment de stigmatisation pour les patients.

Mais les maladies de peau concernent aussi des patients atteints de pathologies cancéreuses : carcinomes basocellulaires ou épidermoïdes, lymphomes cutanés, mélanomes. Des filières de soins sont mises en place au niveau du GHT pour assurer la prise en charge la plus adaptée pour ces patients, avec les différents établissements : CHU de Clermont-Ferrand, Centre Jean Perrin, Centres Hospitaliers de proximité …
Le traitement et le suivi de ces patients sont aussi réalisés en étroite collaboration avec les dermatologues libéraux qui constituent souvent la **« porte d'entrée »** du patient dans la filière de soins en cancérologie cutanée.

L'équipe de Dermatologie du CHMN assure, en consultations externes, le diagnostic, le traitement et le suivi de ces différentes pathologies. Elle donne aussi des avis sur la prise en charge de patients hospitalisés, sur sollicitation des équipes médicales des autres services.

Actuellement, les activités suivantes sont réalisées : consultation de dépistage des lésions suspectes, consultation conjointe avec les ORL, suivi des cancers cutanés sous traitement, chirurgie carcinologique, suivi des dermatoses inflammatoires et bulleuses, initiation et suivi des patients sous biothérapie, consultation pansement pour plaies chroniques et complexes, suivi brûlures, photothérapie dynamique, ionophorèse, séances de photothérapie (UVB TL01 + UVA) et hospitalisation de jour de dermatologie générale.

Le service de dermatologie a démarré une activité de télé-expertise pour les lésions cutanées suspectes avec les médecins traitants et les infirmières libérales.

Le CHMN s'est doté récemment de nouveaux équipements de pointe tels qu'un laser dermatologique, des lampes de photothérapie dynamique conventionnelle et à la lumière du jour, ainsi qu'une nouvelle cabine de Puvathérapie pour permettre le développement de l'activité de dermatologie et répondre aux besoins de la population.

Zoom sur la démographie médicale en dermatologie sur le territoire :

D'après les données du CNOM en 2024, la densité en Dermatologues s'élevait dans l'Allier à **2,4** pour 100.000 habitants contre une moyenne nationale à **3,4**. En 2010, l'Allier comptait **4,1** dermatologues pour 100.000 habitants, soit une diminution de **41,6 %.**
Il est à noter que les départements limitrophes sont dans une situation encore plus critique : zéro dermatologue recensé en Creuse et dans l'Indre et une densité de **1,7** / 100.000 habitants dans le Cher, ce qui induit une sollicitation du CHMN par des patients au-delà des limites du département. Sur le bassin de Montluçon, un seul dermatologue exerce en libéral.

Objectif 1 : Consolider l'équipe médicale de dermatologie.

Objectif 2 : Créer une consultation trimestrielle de dépistage au sein des EHPAD du CH en collaboration avec le Pôle Gériatrie.

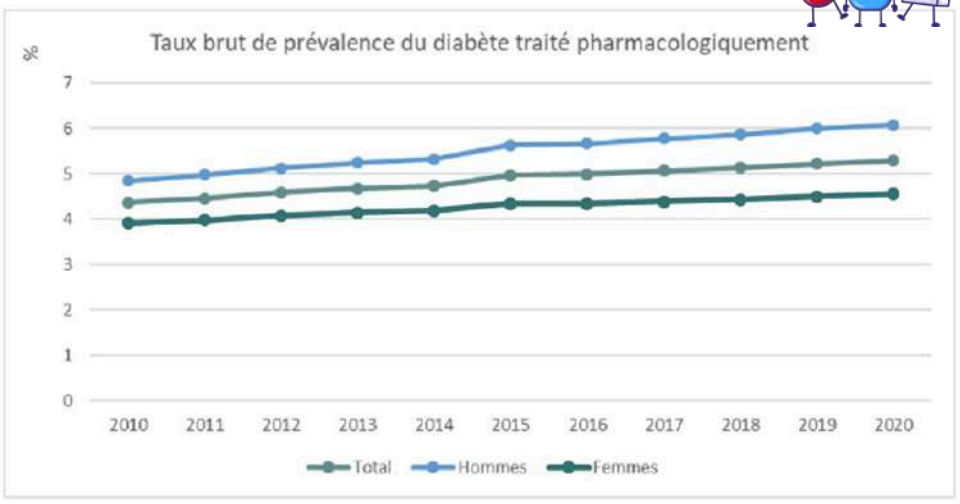
Objectif 3 : Installer une plateforme de télé-expertise pour lésion cutanée suspecte en collaboration avec les médecins traitants et les infirmières libérales.

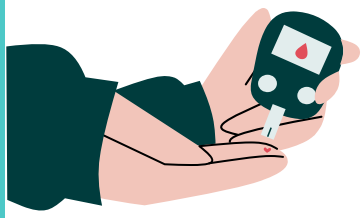
Objectif 4 : Développer les prises en charge en hôpital de jour notamment en onco-dermatologie.

Objectif 5 : Initier ou renouveler les thérapies ciblées en dermatologie.

4.3 L'ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE

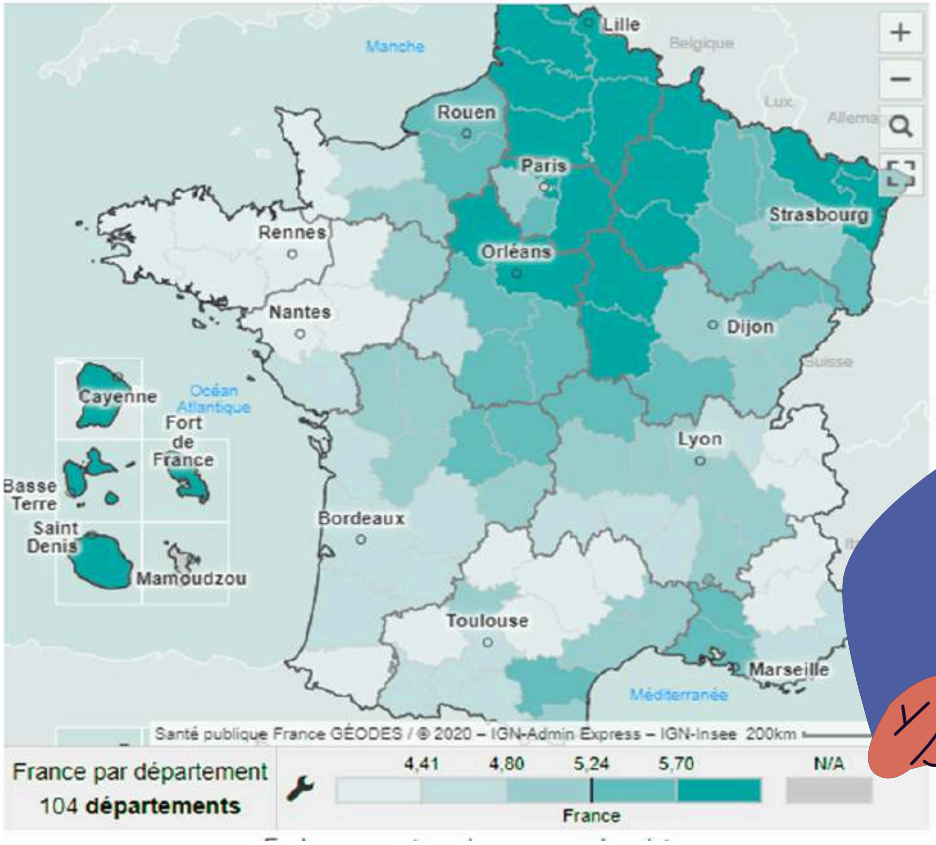
Selon Santé Publique France, en 2020, le diabète a continué sa progression avec quasiment le même niveau de croissance que les années précédentes. **Plus de 3,5 millions** de personnes sont traitées par médicament pour un diabète, soit **5,3 %** de la population. La prévalence est plus élevée chez les hommes et augmente avec l'âge.





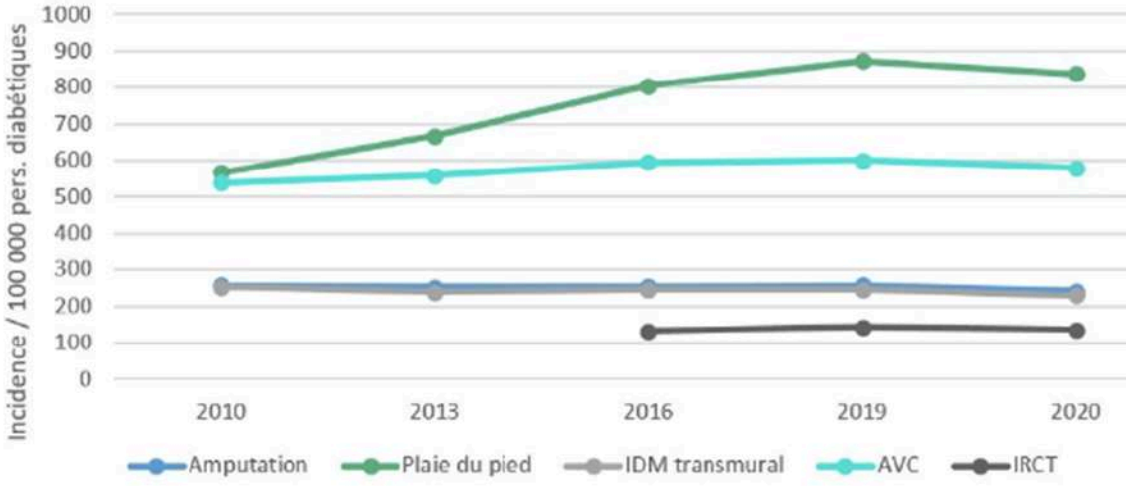
Les disparités territoriales restent très marquées avec une fréquence du **diabète** beaucoup plus élevée dans les départements d'Outre-mer et du quart nord-ouest de la Métropole. A l'inverse, la zone du Grand Ouest enregistre les fréquences les plus faibles.

Taux de prévalence standardisés du diabète traité pharmacologiquement (tous types) (%) - hommes et femmes 2023 :



En 2020, les complications chroniques liées au diabète restent très fréquentes. Néanmoins, pour la première fois depuis le début du suivi en 2010, les hospitalisations pour plaies du pied et accident vasculaire cérébral ont diminué mais de façon modérée. La survenue des amputations de membre inférieur, des infarctus du myocarde transmuraux et de l'insuffisance rénale chronique terminale, qui étaient relativement stables depuis le début du suivi, diminuent également mais de façon modeste. Le diabète est souvent associé à d'autres pathologies ou, à tout le moins, présente un facteur de risque accru pour les patients.

Évolution de l'incidence des hospitalisations pour complications liées au diabète en France entre 2010 et 2020 :



Le terme de diabète recouvre en fait plusieurs maladies :

- **le diabète insulino-dépendant (type 1),** qui survient le plus souvent avant l'âge de 20 ans et représente **10 à 15 %** des diabètes. Il est dû à une destruction auto-immune des cellules du pancréas spécialisées dans la production d'insuline. Il survient le plus souvent chez le sujet jeune mais de plus en plus fréquemment des diabètes de type 1 à marche lente sont constatés à des âges plus tardifs.

- **le diabète non insulino-dépendant (type 2) et insulino-nécéssitant,** qui survient le plus souvent après l'âge de 50 ans et représente **85 à 90 %** des diabètes. Il est dû à une insulino résistance. Sa progression continue au sein de la population pose un problème de santé publique.

- **le diabète gestationnel,** qui survient chez des femmes au cours de la grossesse, il s'agit d'une intolérance au glucose due aux hormones placentaires.

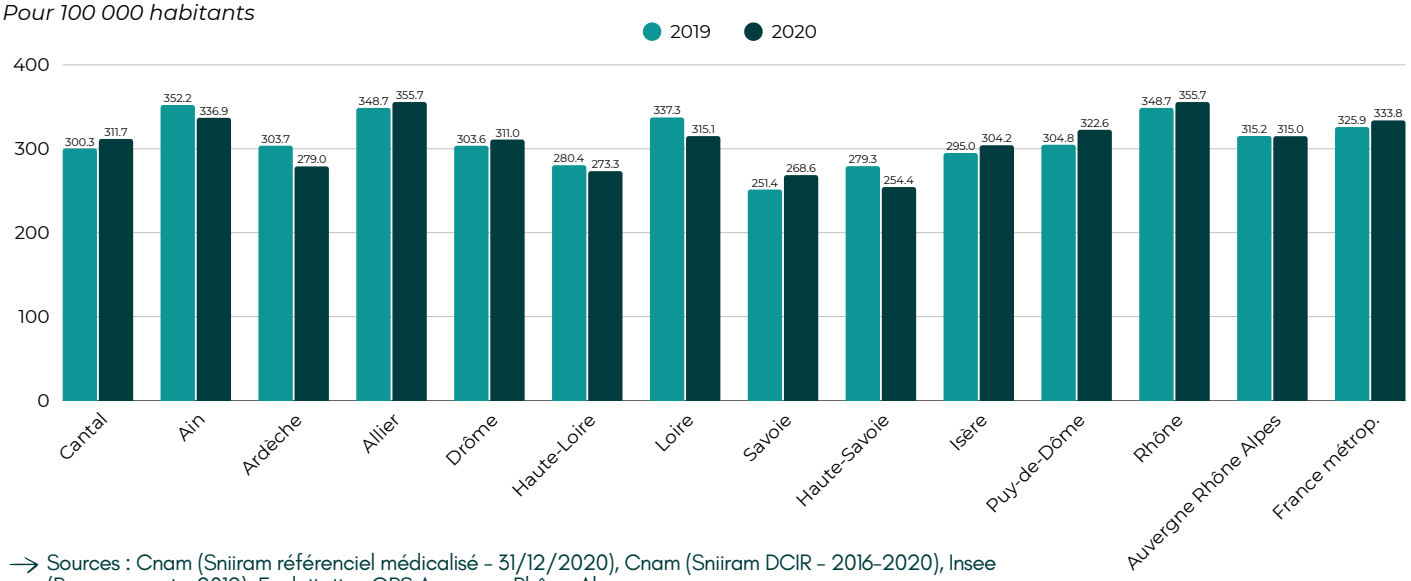
Les principaux facteurs de risque du diabète de type 2 sont identifiés : l'âge, le surpoids et l'obésité, la sédentarité, une mauvaise hygiène alimentaire ...

Le diabète de type 2 voit également sa prévalence augmenter depuis plusieurs années chez les enfants, en lien avec l'augmentation de l'obésité infantile.

La région ARA enregistre un taux d'ALD pour diabète inférieur à la moyenne nationale mais le département de l'Allier figure parmi ceux qui ont le taux d'ALD le plus élevé.

Taux standardisés d'admissions ALD pour diabète par département, Auvergne-Rhône-Alpes, 2019 - 2020 :

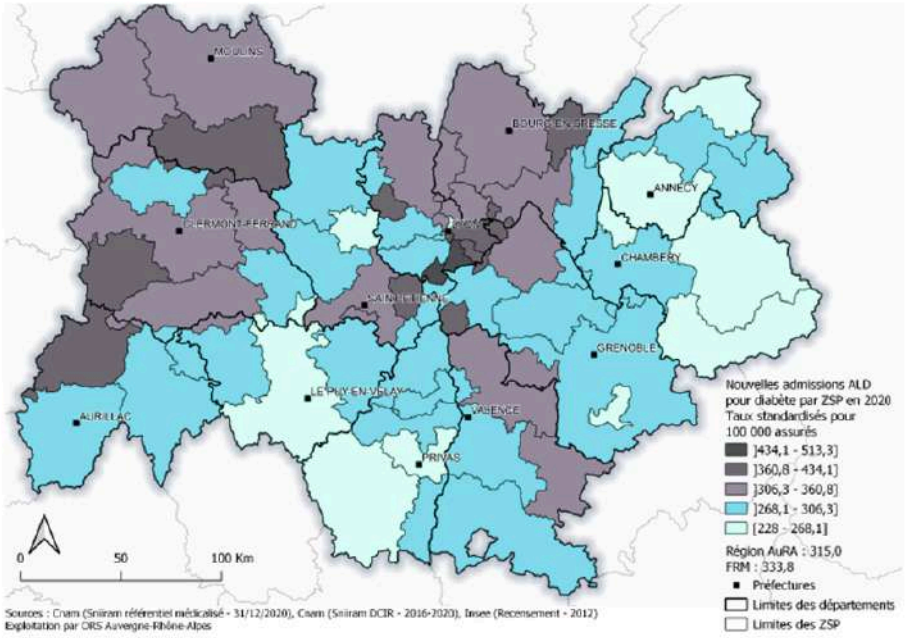
Pour 100 000 habitants



→ Sources : Cnam (Sniiram référenciel médicalisé - 31/12/2020), Cnam (Sniiram DCIR - 2016-2020), Insee (Recensement - 2012). Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Le Projet régional de santé ARA rappelle que *« Les études menées par Santé publique France indiquent que la prévalence du diabète est plus élevée dans les communes les plus défavorisées socio économiquement, chez les personnes d'un niveau socio-économique moins favorisé et dans certaines catégories socio-professionnelles. Ces éléments peuvent en partie expliquer la répartition par ZSP des taux d'admissions en ALD pour diabète. »*

Taux standardisés d'admissions ALD pour diabète par ZSP, Auvergne-Rhône-Alpes, 2020 :

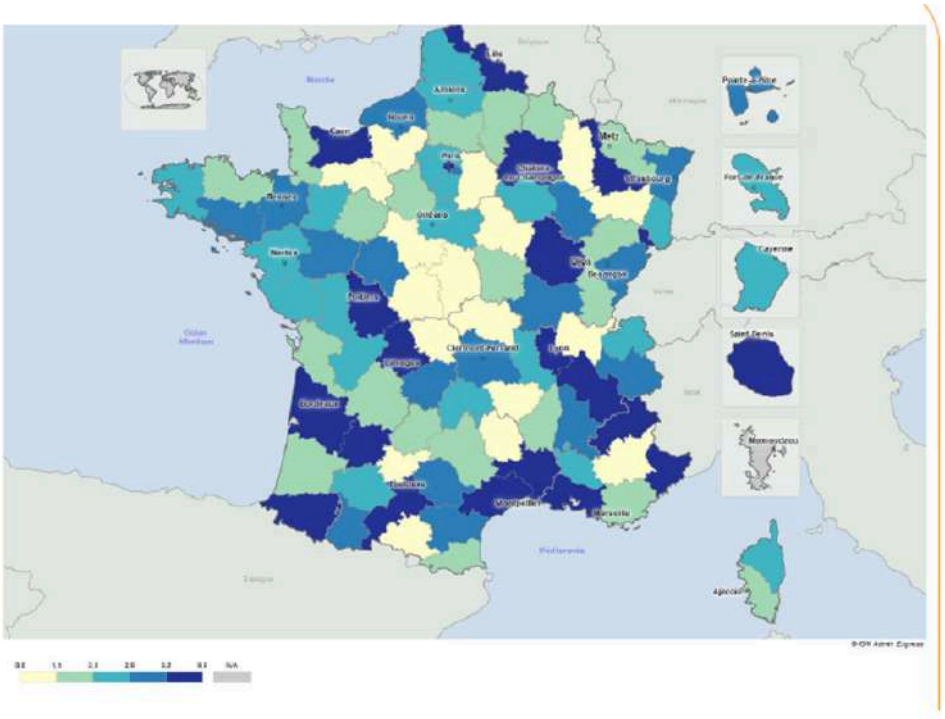


La ZSP de Montluçon se situe parmi les plus touchées au niveau régional.

Zoom sur la spécialité médicale d'endocrinologie - diabétologie

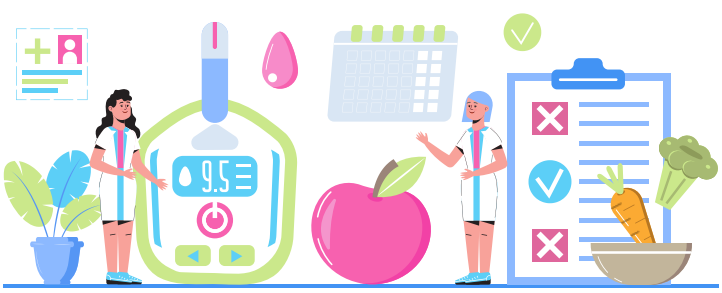
Cette discipline compte un faible effectif de praticiens : 1.865 praticiens en 2016 selon la DREES, exerçant à **57 %** en secteur hospitalier.

La densité moyenne sur l'ensemble du territoire est de 2.8 endocrinologues/100 000 habitants avec d'énormes disparités en métropole : de 0/100 000 hab. en Lozère, dans la Creuse et dans l'Yonne à 8.6/100 000 hab. à Paris, 4.9 dans l'Hérault, 4.8 dans les Hautes-Alpes. Le département de l'Allier apparaît très peu doté d'endocrinologues et diabétologues.

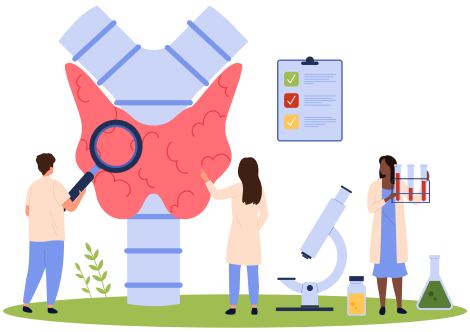


Cette maladie pandémique si grave présente malgré tout l'avantage de pouvoir être prise en charge avec des résultats excellents en cas d'équilibrage des patients diabétiques. Des outils thérapeutiques très avancés permettent d'obtenir l'équilibre du diabète et par conséquent de réduire son taux de complications ainsi que le coût de sa prise en charge.

Cependant, de tels résultats nécessitent que le patient diabétique soit bien impliqué dans la prise en charge de sa maladie. Cela passe par l'éducation thérapeutique du patient diabétique sur le plan nutritionnel, autonomie dans son auto-contrôle, ses injections d'insuline et dans l'utilisation de tous les outils thérapeutiques disponible).



	2023	2024
File active	605	624
Nombre de Séjours ambulatoire	718	698
Nombre de jours réalisés	724	698
Âge moyen	59,64	59,21
% séjours avec âge >= 75 ans	16,85%	20,20%



Les GHM les plus fréquents

		2023	2024
10M02T	Diabète, âge supérieur à 35 ans, très courte durée	346	355
10M13T	Explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques, très courte durée	105	90
23M08J	Autres motifs de recours chez un patient diabétique, en ambulatoire	99	77
14M03T	Affections de l'ante partum sans intervention chirurgicale, très courte durée	2	52
11M15T	Autres affections des reins et des voies urinaires d''origine diabétique, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	37	46
05M12T	Troubles vasculaires périphériques, très courte durée	8	21
10M03T	Diabète, âge inférieur à 36 ans, très courte durée	25	17
02M07T	Autres affections oculaires d'origine diabétique, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	12	14
05M17T	Autres affections de l''appareil circulatoire, très courte durée	11	9
01M11T	Affections des nerfs crâniens et rachidiens, très courte durée	23	7

Objectif 1 : Poursuivre le développement de l'hospitalisation de jour afin d'éviter les décompensations qui conduisent les patients aux Urgences et nécessitent des hospitalisations d'en moyenne 10 jours au lieu d'une demi-journée d'hôpital de jour.

Objectif 2 : Développer la pompe à insuline et la boucle fermée. Ces deux outils rendent un immense service aux patients diabétiques notamment de type 1.

Objectif 3 : Développer la télémédecine (télé-expertises, télésurveillance ...) pour éviter les déplacements et le temps d'attente, notamment pour les patients âgés, et assurer un meilleur suivi des patients.

Objectif 4 : Poursuivre la participation au réseau d'éducation métabolique, en partenariat avec l'équipe du Centre Hospitalier de Vichy.

Objectif 5 : Développer un programme d'éducation thérapeutique du patient diabétique autorisé par l'ARS.

Objectif 6 : Mettre en place une activité transversale (voire une équipe mobile) pour voir les patients diabétiques hospitalisés dans d'autres services, qui posent un problème aigu et dont l'équilibre du diabète permettra d'améliorer le pronostic ainsi que de diminuer la durée moyenne de séjour.

Objectif 7 : Participer à la prise en charge du diabète gestationnel et surtout la prise en charge des patientes diabétiques enceintes et les suivre ensuite via la télémédecine ou en consultation selon le besoin.

Objectif 8 : Structurer la prise en charge des consultations des pieds diabétiques évitant leur aggravation et réduisant ainsi le taux d'amputation et le coût de la prise en charge post-amputation (arrêt maladie, prothèse ...).

Objectif 9 : Continuer à répondre à la demande croissante de consultations pour motif de pathologies endocriniennes.

4.4 L'ONCOLOGIE – HÉMATOLOGIE

L'académie nationale de Médecine estime que nombre de nouveaux cas de cancers a doublé entre 1990 et 2023, avec une augmentation de 98 % des cancers chez l'homme et de 104 % chez la femme, toutes localisations confondues. Le nombre de nouveaux cas était de 433.136 en 2023 dont 245.610 hommes et 187.526 femmes. Cette progression est principalement liée à des évolutions démographiques (en taille et en structure) et secondairement à une augmentation du risque de cancer(1).

Plusieurs Plans cancers se sont succédés depuis 2003 et ont permis d'organiser et de mieux structurer la prise en charge des cancers en France. L'encadrement de l'offre de soins par le biais des critères d'autorisation à la pratique de la cancérologie et par le respect de cahiers des charges précis définis par l'INCA(2)et les ARS ont permis une amélioration de la qualité de la prise en charge : mise en place des consultations d'annonce, des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), des soins de support, des plans personnalisés de soins, des plans personnalisés d'après-cancer ...

Dans l'évaluation du Plan cancer 3 (2014 – 2019) réalisée par l'IGAS en 2020(3), il était relevé des avancées majeures dans un grand nombre de domaines dont les progrès en matière de recherche (sites de recherche intégrée sur le cancer – SIRIC, implication de la recherche en sciences humaines et sociales, mobilisation sur les enjeux de la science ouverte)(4), le développement des thérapies innovantes, l'essor d'anticancéreux novateurs, en hématologie, de l'immunothérapie et des thérapies ciblées, une plus grande survie des malades, le développement de la chirurgie ambulatoire et l'accès à la technique de radiothérapie la plus adaptée, la préservation de la fertilité, le droit à l'oubli (dans le cadre des prêts bancaires) ...

Mais l'IGAS constatait également des résultats insuffisants en matière de dépistages organisés(5), de parcours encore complexes pour les patients, avec des difficultés d'accès aux soins de support (conseils diététiques, activité physique adaptée, soins esthétiques ...) et parfois des ruptures, l'enjeu des soins palliatifs et de fin de vie, l'insuffisance réduction des inégalités, territoriales et sociales, voire leur aggravation, problèmes d'accès aux médicaments et actes innovants ...
La stratégie décennale 2021- 2030 poursuit cette ambition, notamment par ses volets portant sur la prévention, les traitements et l'accompagnement des malades, ainsi que la recherche et l'accès aux soins innovants.

La démographie médicale des médecins oncologues et des oncohématologues est, à l'instar d'autres disciplines médicales, en berne avec de nombreux départs en retraite non remplacés. L'absence de praticiens disposant de ces expertises dans nombre de centres hospitaliers généraux empêche la prescription de traitements oncologiques, notamment cytotoxiques, l'accueil d'étudiants en formation et conduisent les patients à se déplacer dans des centres spécialisés parfois distants.

1: L'augmentation de 104 % des cas chez la femme est due respectivement à 30 % et 27 % pour l'augmentation et le vieillissement de la population et à 47 % au risque de cancer. Chez l'homme, l'augmentation de 98 % du nombre de cas est liée essentiellement à l'augmentation (30 %) et au vieillissement (48 %) de la population entre 1990 et 2023 tandis que la part attribuable au risque de cancer est de 20 % sur la même période. Académie nationale de Médecine, Rapport sur l'offre de soins en cancérologie adulte, novembre 2024.
2: Institut National du Cancer
3: Evaluation du 3ème Plan Cancer (2014 – 2019), IGAS, juillet 2020
4: Plan national Science ouverte
5: La mission de l'IGAS considère comme un « échec » les résultats des dépistages organisés (cancer du sein, cancer colorectal et cancer du col de l'utérus), page 6 du rapport.

Le service d'Oncologie – Hématologie, installé au 2ème étage du PTI, est composé d'une unité de 14 lits d'hospitalisation complète dont 4 lits identifiés de soins palliatifs et d'une unité d'hôpital de jour de 10 places. Il accueille et prend en charge les patients nécessitant des traitements et suivi en oncologie médicale et en oncohématologie. L'équipe médicale travaille de façon étroite avec le CHU de Clermont-Ferrand et des consultations avancées sont réalisées régulièrement sur site par les responsables médicaux en hématologie clinique du CHU. Le dispositif des consultations d'annonce est déployé et des infirmiers assurent des missions de coordination des parcours patients.

Des freins à la prise en charge sont néanmoins identifiés tels que :

- Des difficultés d'accès aux soins du fait de la pénurie de médecins généralistes et spécialistes,
- Des difficultés sociales en augmentation
- La pénurie de lits d'aval susceptibles de répondre aux besoins d'une population âgée et polypathologique.

La coordination de la prise en charge des pathologies onco-hématologiques avec les différentes spécialités reste un objectif majeur :

- Participation des médecins de pneumologie, gastro-entérologie, chirurgie viscérale et gynécologiques aux RCP,
- Participation aux RCP du CHU,
- Possibilité d'accès à des soins de support et soins palliatifs si nécessaire.

	2023	2024
File active	544	598
Nombre de séances	3 485	3 890
Nombre de Séjours	3 931	4 345
Nombre de jours réalisés	8 539	8 673
DMS du service	17,36	15,69
% séjours service > 15 jours	2,76%	2,46%
Âge moyen	68	68,34
% séjours avec âge >= 75 ans	33,68%	36,38%
% entrées via SAU	2,89%	3,01%
% décès	1,19%	1,00%

	2023	2024
Consultations	3 217	3 091

Les GHM les plus fréquents

		2023	2024
28Z07Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	3 023	**3 405**
28Z14Z	Transfusions, en séances	313	**351**
28Z17Z	Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	149	**134**
17M16T	Hémopathies myéloïdes chroniques, très courte durée	15	**22**
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	30	**21**
10M183	Troubles nutritionnels divers, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	15	**14**
04M093	Tumeurs de l''appareil respiratoire, niveau 3	19	**14**
07M063	Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas, niveau 3	6	**13**
04M094	Tumeurs de l''appareil respiratoire, niveau 4	7	**11**
17M153	Lymphomes et autres affections malignes lymphoïdes, niveau 3	9	9

Objectif 1 : Conforter et stabiliser les effectifs médicaux pour assurer la continuité des soins et répondre à la croissance de la demande. Améliorer l'attractivité de la filière hémato-oncologique pour permettre des recrutements et l'accueil d'internes ou de docteurs Juniors de spécialité. Accompagner les praticiens attachés dans leur parcours de consolidation avec le concours du CHU.

Objectif 2 : Développer la prise en charge globale des patients hospitalisés par le recrutement de médecins à orientation de médecine polyvalente pour le service d'hospitalisation conventionnelle (nombreuses complications somatiques au cours des prises en charge). Développer les chimiothérapies orales. Renforcer les liens avec l'HAD et avec l'EMSA en activant davantage les LISP.

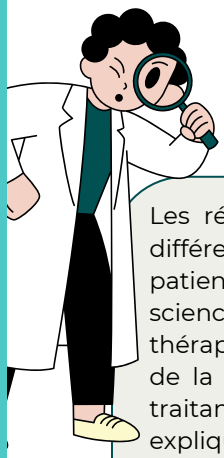
Objectif 3 : Organiser et développer les filières d'onco-dermatologie, ORL et oncologie thoracique.

Objectif 4 : Consolider les consultations tripartites (Médecin Oncologue, Pharmacien, IDEC).

Objectif 5 : Engager une réflexion architecturale et capacitaire du service d'onco-hématologie, les locaux de l'hôpital de jour étant devenus trop exigus avec l'augmentation de l'activité. Etre associés à la réflexion concernant la mise aux normes de l'URC**.**

Objectif 6 : Appuyer les projets de nouvelles activités du CH pour faciliter l'accès aux soins et aux différents examens (projet d'implantation du TEP-scan, projet de développement de la radiologie interventionnelle pour la réalisation de biopsies ...).

Objectif 7 : Poursuivre la collaboration avec les associations de patients et participer aux actions de prévention.



Zoom sur les RCP :

Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour émettre un avis accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction des données du dossier patient, de l'état de la science et des référentiels de prise en charge. Au cours de la RCP, les stratégies de diagnostic et / ou thérapeutique de prise en charge des patients sont discutées et / ou validées de façon collégiale. L'avis de la RCP est tracé, transmis à l'ensemble des correspondants médicaux, en particulier médecin traitant et médecin référent, et intégré dans le Dossier Patient Informatisé (DPI). L'avis est soumis et expliqué au patient par le médecin référent. Sur la base de la stratégie de prise en charge validée par le patient, un Programme Personnalisé de Soins (PPS) est ensuite élaboré et remis au patient. La RCP doit être organisée pour décider de la prise en charge thérapeutique concernant tous les malades, nouveau cancer ou évolution significative de la maladie ou de la prise en charge. Elle constitue une garantie de la qualité de la prise en charge ultérieure.

4.5 LA MÉDECINE POLYVALENTE D'AVAL ET MÉDECINE AMBULATOIRE

Suite à des départs médicaux en 2024, des unités médicales appelées UTE (unités temporaires exceptionnelles) avec responsabilités médicales réparties entre les praticiens des autres services avaient été organisées dans le but de maintenir un capacitaire suffisant pour héberger les patients issus des urgences.

Le 6 janvier 2025, l'unité dite UTE Gastro a été restructurée pour former une unité de Médecine Polyvalente d'Aval de 16 lits dont 5 lits sous la responsabilité du Court Séjour Gériatrique, 2 lits sous la responsabilité de la Néphrologie et 9 autres lits d'attente d'aval sous responsabilité affectée par les urgences.

A compter du mois d'avril 2025, deux chambres triples ont été transformées en 4 à 6 places d'ambulatoire médicale permettant ainsi de libérer le capacitaire de l'unité ambulatoire de chirurgie. Ces places d'hospitalisation de jour sont accessibles à toutes les disciplines médicales.
Les RDV sont organisés par les secrétariats des services demandeurs via Doctolib paramétré pour différents actes (Injection Ferinject, saignée, immunoglobuline, immunothérapie, transfusion, ponction ascite, ponction pleurale...).

Dans la perspective du déménagement du service de gastroentérologie en chirurgie, la médecine polyvalente d'aval assurera une complémentarité pour les prises en charge de gastroentérologie en accueillant les patients nécessitant une préparation avant un geste interventionnel (4 à 5 lits).

Objectif 1 : Finaliser la mise en place organisationnelle de cette nouvelle unité, notamment pour les prises en charge en ambulatoire.

Objectif 2 : Structurer de façon pérenne les prises en charge médicales de cette unité polyvalente.

Objectif 3 : Assurer une complémentarité avec le service de gastroentérologie lorsque celui ci aura déménagé en chirurgie.

4.6 LE SERVICE MÉDICAL D'ACCUEIL (SMA) ET D'ADDICTOLOGIE

Le SMA est un service de médecine polyvalente de 26 lits (dont trois lits à orientation addictologie pour des préparations de cure (sevrage) et un lit identifié de soins palliatifs) et est installé au 2ème étage du PT 1, à proximité des services de Pneumologie et d'Oncologie – Hématologie.

Le service accueille des patients polypathologiques, quelque soit leur âge, après un passage au SAU. Des entrées directes à la demande des médecins libéraux sont également possibles dans le but de désengorger le service d'urgence du CH. Les relations avec les médecins généralistes de ville sont donc présentes et encouragées.

	2023	2024
File active	1 015	918
Nombre de séances	26	10
Nombre de Séjours	1 119	1 007
Nombre de jours réalisés	10 999	11 362
DMS du service	12,4	14,23
% séjours service > 15 jours	15,32%	19,17%
Âge moyen	71,36	71,4
% séjours avec âge >= 75 ans	50,22%	48,57%
% entrées via SAU	61,29%	50,74%
% décès	4,43%	5,11%

Les GHM les plus fréquents

		2023	2024
20Z042	Ethylisme avec dépendance, niveau 2	50	**43**
04M073	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	29	**30**
05M093	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 3	13	**25**
04M053	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	25	**23**
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	27	**21**
08M193	Autres pathologies de l"appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, niveau 3	29	**21**
09M053	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	16	**20**
06M032	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	10	**20**
04M052	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	18	**19**
16M113	Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	9	**15**

Objectif 1 : Poursuivre les prises en charge en addictologie : développer le partenariat avec les associations néphalistes, mettre en place des groupes de parole pour les patients et les entourages, développer les prises en charge pour les personnels hospitaliers ayant un trouble d'utilisation de l'alcool en coopération avec le service de santé au travail.

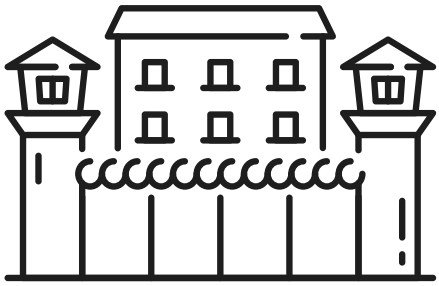
Objectif 2 : Accompagner les patients en fin de vie, en lien avec l'EMSA, et réfléchir à la possibilité d'accueil d'un animal en chambre au moment de la fin de vie.

Objectif 3 : Développer les admissions directes en s'appuyant sur la cellule Gestion des Flux et en renforçant le partenariat avec les médecins libéraux.

Objectif 4 : Améliorer les prises en charge en Médecine polyvalente en développant les échanges avec les Praticiens rééducateurs.

Objectif 5 : Développer de nouvelles compétences (réalisation d'échographies, infectiologie ...).

4.7 LA MÉDECINE PÉNITENTIAIRE



Les personnes placées sous main de justice (dont les personnes détenues) doivent avoir accès à une qualité et une continuité de soins identiques à celles de la population générale.

La stratégie Santé des personnesplacées sous main de justice, élaborée par les Ministères de la Santé et de la Justice, rappelait en introduction les données suivantes :

« Les personnes placées sous main de justice, particulièrement les personnes détenues et bien qu'il s'agisse d'une population relativement jeune, cumulent un certain nombre de surexpositions aux risques en santé, préexistant généralement à leur entrée en détention, et/ou déclenchés ou majorés par l'incarcération elle-même.

Les personnes placées sous main de justice (dont les personnes détenues) doivent avoir accès à une qualité et une continuité de soins identiques à celles de la population générale.

La stratégie Santé des personnesplacées sous main de justice, élaborée par les Ministères de la Santé et de la Justice, rappelait en introduction les données suivantes :

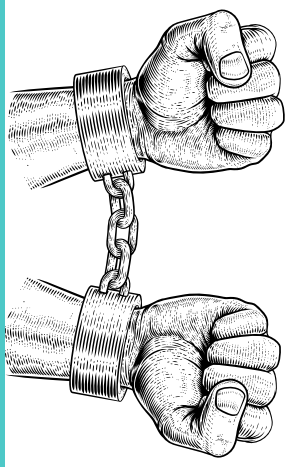
« Les personnes placées sous main de justice, particulièrement les personnes détenues et bien qu'il s'agisse d'une population relativement jeune, cumulent un certain nombre de surexpositions aux risques en santé, préexistant généralement à leur entrée en détention, et/ou déclenchés ou majorés par l'incarcération elle-même.

Cette surreprésentation de certaines pathologies, notamment mentales et infectieuses, tient essentiellement à l'importance relative des catégories sociales défavorisées accueillies en détention. Les addictions (alcool, tabac, drogues, etc.) et leurs conséquences, la souffrance psychique et les actes auto-agressifs, les pathologies psychiatriques, bucco-dentaires, infectieuses, chroniques, y sont plus fréquents qu'en population générale.

C'est ainsi que, par exemple, les prévalences des infections à VIH ou à VHC sont six fois plus élevées qu'en population générale (hommes et femmes confondus). Pour la santé mentale, plus de la moitié des personnes détenues en France ont des antécédents psychiatriques avant leur entrée en détention, une sur six a déjà été hospitalisée en psychiatrie. Les troubles psychotiques en détention ont une prévalence 5 à 10 fois plus importante qu'en population générale, les dépressions majeures sont multipliées par 4. Le taux de suicide des hommes incarcérés majeurs est sept fois supérieur à la moyenne nationale (autour de 15/10 000 en détention, contre moins de 2 pour 10 000 en population générale)(1) ».

Les unités Sanitaires de niveau 1 (USMP) comme celle de Montluçon - Néris les Bains assurent les soins relevant de consultations et actes externes. Elles incluent un dispositif de soins somatiques (DSS) et un dispositif de soins psychiatriques (DSP).

1: Stratégie Santé des personnes placées sous main de justice, Ministère de la Santé, Ministère de la Justice, 2017.



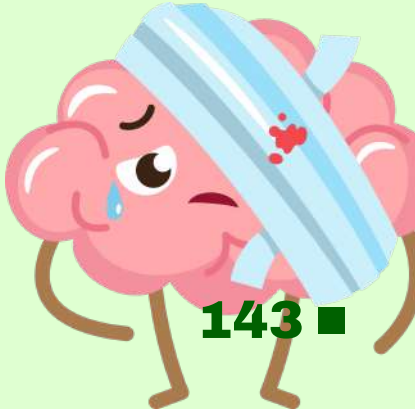
Ces soins peuvent également être assurés (pour les soins somatiques) en milieu hospitalier, lorsqu'ils requièrent des examens spécialisés ne pouvant être réalisés au sein de ces unités.

L'USMP est uniquement une unité de consultations. A ce titre, elle ne permet pas l'hospitalisation de personnes détenues. Lorsque celle-ci s'avère nécessaire, pour des motifs somatiques, le détenu est transféré au sein de la chambre sécurisée installée au 2ème étage du PTI, dans le service médical d'accueil, en principe pour un séjour inférieur à 48 heures. Au-delà de 48 heures, le patient relève de l'Unité Hospitalière Sécurisée Inter-régionale de Lyon. Les patients détenus nécessitant une hospitalisation en psychiatrie sont transférés en SPDRE**(1)** vers le Centre Hospitalier de Moulins-Yzeure ou vers l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée au Centre Hospitalier du Vinatier.

1: *SPDRE : Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat.*

Centre Hospitalier Montluçon - Néris-les-Bains

PÔLE MÉDECINE ET RÉADAPTATION



05 FILIÈRE DE LA MÉDECINE ET RÉADAPTATION : UNE PLACE INCONTOURNABLE DANS LE PARCOURS DU PATIENT

Carte d'identité de la filière médecine et réadaptation :

- Neurologie
- Rhumatologie
- Médecine interne
- Médecine Physique et Réadaptation : SMR système nerveux, SMR appareil locomoteur, SMR Cardiologie
- EMSA
- Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (UETD)
- Hospitalisation A Domicile (HAD)
- Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)

Spécialités	Capacitaire	Equipe médicale
Neurologie	8 lits d'hospitalisation complète 14 lits d'UNV 4 lits d'USINV	6 Praticiens
Rhumatologie	9 lits	1 Praticien
Médecine interne	9 lits	2 Praticiens
MPR	59 lits d'hospitalisation complète 15 places d'HDJ Mention appareil locomoteur, système nerveux et cardio vasculaire	3 ETP Praticiens (4 Praticiens)
EMSA	8 lits identifiés soins palliatifs répartis dans les services du CH	0,6 Praticien
UETD		0,5 Praticien
HAD	30 lits	0,5 Praticien
SSIAD	171 places	

FORCES

- Equipe médicale compétente
- Offre de soins diversifiée
- Liens étroits avec le CHU dans les différentes disciplines (formation, filières de soins ...)
- Filière AVC structurée de la phase pré-hospitalière jusqu'à la réadaptation fonctionnelle : télé-AVC aux Urgences, UNV et USINV, réadaptation système nerveux, participation à la garde régionale en Neuro-vasculaire
- Renouvellement récent des autorisations (HAD, USINV ...)
- Equipements et locaux adaptés à l'activité, dans de bonnes conditions
- Plateau technique de rééducation de qualité

FAIBLESSES

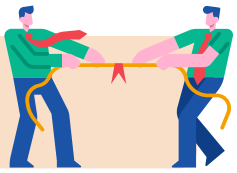
- Démographie médicale fragile des médecins spécialistes avec des départs prévisionnels à la retraite, à l'hôpital et en ville
- Durée moyenne de séjour élevé dans certains secteurs
- Recours à l'HAD insuffisamment développé en intra-hospitalier
- Culture de soins palliatifs à développer

OPPORTUNITÉS

- Equipe mobile de soins palliatifs amenée à se développer pour réaliser des interventions à l'extérieur
- Développement du suivi post-AVC
- Développement de programmes d'éducation thérapeutique
- Fort potentiel de développement en HAD, le CHMN étant le seul opérateur HAD sur son territoire.

MENACES

- Réforme des SSIAD
- Offre de soins concurrente pour certaines activités (exemple : troubles du sommeil ...)



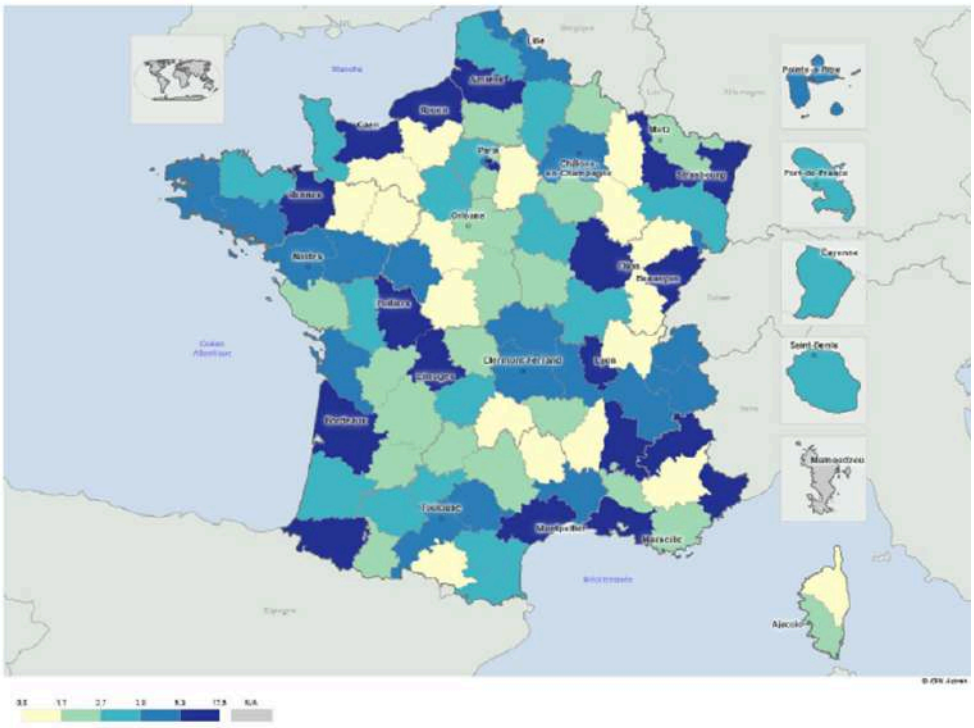
5.1 LA NEUROLOGIE

La Neurologie bénéficie des progrès récents et exponentiels en neurosciences, permettant un important élargissement du champ des connaissances, associé à de nombreuses innovations des techniques diagnostiques et thérapeutiques.

Les champs d'investigation en neurologie sont larges : les pathologies vasculaires (accidents vasculaires cérébraux, hémorragies méningées...), l'épilepsie, les maladies systémiques du système nerveux central, la neuropsychologie (troubles cognitifs et démences), les troubles du sommeil, les céphalées (migraine, algies vasculaires), les douleurs chroniques, la pathologie du mouvement (Parkinson, chorée), la pathologie neuromusculaire, la neuro-oncologie, les maladies infectieuses (méningites, encéphalites...), l'électrophysiologie (EEG, EMG) ...

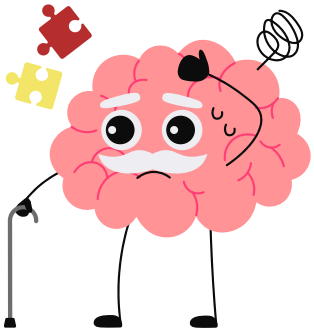
En raison de l'étendue des pathologies traitées, les neurologues se trouvent confrontés à une demande de soins très soutenue avec une implication croissante dans l'urgence et les prises en charge pluridisciplinaires.

Densité moyenne France entière : 3.5 médecins pour 100 000 habitants :



L'Allier apparaît comme un département assez bien doté en Neurologues avec u**ne moyenne de 3,9 médecins pour 100.000 habitants,** qui s'explique principalement par la présence de services de Neurologie dans les trois principaux CH de l'Allier, et, pour deux d'entre eux (Vichy et Montluçon) l'existence d'unités neuro-vasculaires avec soins intensifs qui nécessitent des équipes suffisamment étoffés en Neurologues pour assurer la continuité et la permanence des soins. Cependant, les départements limitrophes du bassin de santé de Montluçon sont confrontés à une pénurie de Neurologues (la Creuse, l'Indre et le Cher enregistrent respectivement une densité de 1,7, 1,4 et 2 neurologues pour 100.000 habitants) conduisant à une sollicitation forte du service de Neurologie du CHMN.

Structuré autour d'une unité neuro-vasculaire de **14 lits** et des soins intensifs neuro-vasculaires de **4 lits**, le service de Neurologie consacre une part importante de son activité à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC).



L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est un problème de santé publique majeur dans notre pays qui touche **100.000 à 145.000 personnes par an**. Il représente la première cause de handicap acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer et l'une des principales causes de mortalité. Les AVC sont d'origine ischémique dans 80 % des cas(1).

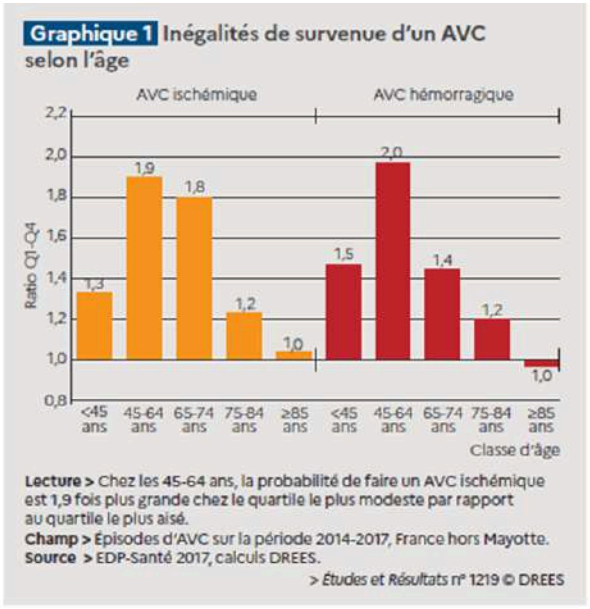
La prise en charge en urgence des AVC a pour objectifs d'initier au plus tôt les traitements spécifiques, de prévenir et traiter les complications, et d'initier la prévention secondaire et la rééducation. La France a développé depuis le début des années 2000, un maillage territorial en unités neuro-vasculaires (UNV), unité de référence de la prise en charge hospitalière des AVC à la phase aiguë.

Il était relevé en 2015 que la moitié des patients victimes d'AVC avaient eu accès aux UNV. L'autre moitié est souvent prise en charge dans des services d'hospitalisation conventionnelle. Or, la prise en charge des AVC au sein de structures spécialisées telles que les UNV contribue à améliorer le pronostic des patients victimes d'AVC et leur prise en charge en diminuant le risque de séquelles.

1: Rapport Fery-Lemonnier, La prévention et la prise en charge des AVC en France, juin 2009

Selon les études menées, la quasi-totalité des patients présentant un AVC ischémique(1) pourrait justifier d'une prise en charge initiale en UNV. Ces unités offrent un accès à certaines thérapeutiques spécifiques permettant de détruire le thrombus à l'origine de l'AVC (thrombolyse intraveineuse ou thrombectomie). Par ailleurs, de nombreuses études ont fait état d'un moindre accès aux unités spécialisées type UNV chez les patients âgés, chez les patients ayant les niveaux de vie les plus modestes et aussi chez les femmes(2). Il est observé que la probabilité d'être pris en charge en **UNV augmente avec le nombre de lits d'UNV par département, ce qui atteste de l'existence d'un effet d'offre de soins.**

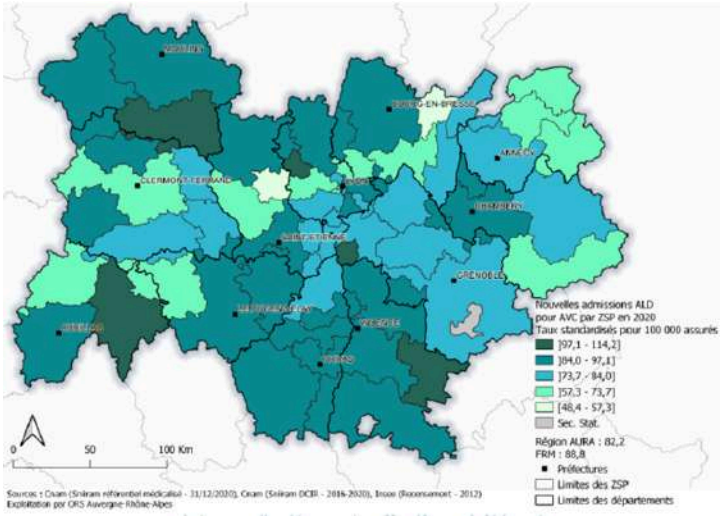
Inégalités sociales et risque de survenue d'un AVC :



Comme évoqué dans le diagnostic territorial, le département de l'Allier est particulièrement impacté par le niveau de mortalité par AVC : **53,5 décès pour 100.000 habitants contre 44,2 au niveau régional et 47,9 au niveau national.** C'est sur l'arrondissement de Vichy que ce taux est le plus élevé, suivi par celui de Moulins puis de Montluçon.

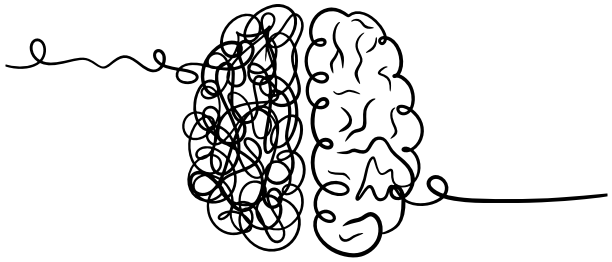
Le taux d'admission en ALD pour un AVC est dans l'Allier le taux le plus élevé de la région Auvergne – Rhône-Alpes : **94,3** pour 100.000 assurés dans l'Allier contre **82,2** au niveau régional.

Taux standardisés d'admissions en ALD pour AVC par ZSP Auvergne-Rhône-Alpes, 2020 :



1: Un AVC ischémique résulte le plus souvent de l'occlusion d'une artère cérébrale par un caillot sanguin (thrombus). Les causes les plus fréquentes de formation de thrombus sont les arythmies cardiaques ou la rupture d'une plaque d'athérome.
2: Un AVC hémorragique correspond à la rupture d'une artère cérébrale, provoquant un saignement au niveau du cortex cérébral ou des méninges.
Etude DREES, En France, les AVC sont plus fréquents, plus graves et moins souvent pris en charge en unité spécialisée pour les personnes les plus modestes, N°1219, février 2022.

La filière de prise en charge des AVC est structurée de façon efficiente sur le CHMN, de la phase pré-hospitalière (SMUR, Urgences, Imagerie) à la phase de rééducation (SMR des affections du système nerveux) en passant par l'UNV et les soins intensifs neuro-vasculaires, favorisant ainsi une prise en charge rapide et adaptée du patient. Elle s'inscrit dans le dispositif régional de prise en charge des AVC, en lien avec la garde régionale de neurologie auquel des praticiens de l'établissement participe, et en coordination avec les services de neurochirurgie et de neuroradiologie interventionnelle, notamment pour les actes de thrombectomie. L'objectif est de poursuivre la consolidation de cette filière essentielle pour la survie des patients et la limitation des séquelles et de développer les consultations post-AVC et les programmes d'éducation thérapeutique pour les personnes ayant été victimes d'un AVC.

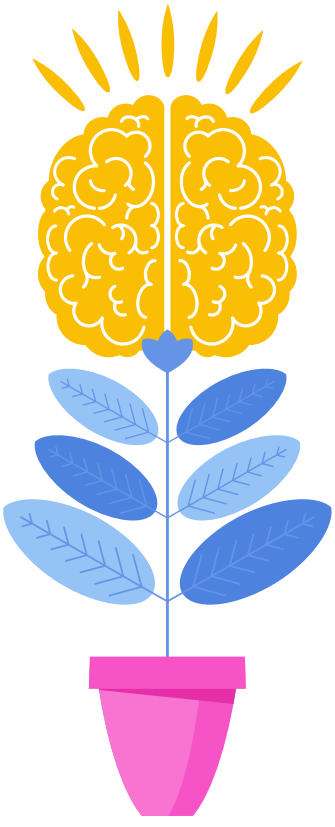


	2023	2024
File active	1 039	970
Nombre de séances	279	293
Nombre de Séjours	1 412	1 356
Nombre de jours réalisés	7 328	7 454
DMS du service	7,89	8,17
% séjours service > 15 jours	5,81%	6,09%
Âge moyen	65,45	63,43
% séjours avec âge >= 75 ans	36,85%	30,90%
% entrées via SAU	35,23%	35,28%
% décès	2,46%	2,28%

	2023	2024
Consultations	3 297	3 862

Les actes les plus fréquents en externe

		2023	2024
AAQP350	Electroencéphalographie sur 14 dérivations ou plus avec enregistrement d'une durée minimale de 20 minutes, avec numérisation chez un patient de 6 ans ou plus	446	**417**
AMQP013	Polysomnographie de 8 à 12 heures, avec enregistrement vidéo	271	**181**
AMQP011	Polysomnographie de 4 à 8 heures, avec enregistrement vidéo	139	**85**
GLQP007	Polygraphie respiratoire nocturne	63	**54**
AAQP010	Electroencéphalographie de longue durée de plus de 4 heures sur 8 dérivations ou plus, avec enregistrement vidéo	34	**36**
AAQP011	Electroencéphalographie sur 8 dérivations ou plus avec enregistrement d'une durée minimale de 20 minutes, au lit du malade	29	**26**
AMQP009	Évaluation diurne de la vigilance ou de l'endormissement par épreuves itératives	19	**22**
AAQP129	Electroencéphalographie sur 8 dérivations ou plus avec enregistrement d'une durée minimale de 30 minutes, avec numérisation et enregistrement vidéo, chez un patient de moins de 6 ans	18	**20**
AHQP008	Mesure des vitesses de conduction motrice et de l'amplitude des réponses musculaires de 2 à 4 nerfs,avec étude de la conduction proximale sur au moins 2 nerfs	14	**13**
AHQB024	Électromyographie de 3 à 6 muscles striés au repos et à l'effort sans stimulodétection, par électrode aiguille	8	**10**



Les GHM les plus fréquents

		2023	2024
28Z17Z	Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	278	293
23K02Z	Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours	269	197
01M303	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 3	119	99
01M302	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 2	43	47
23M092	Chimiothérapie pour affections non tumorales, niveau 2	5	28
01M252	Epilepsie, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	20	28
01M301	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 1	21	26
01M304	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 4	13	22
01M251	Epilepsie, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	18	20
01M162	Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge inférieur à 80 ans, niveau 2	23	16

			Effectif Séjours 2022	Effectif Séjours 2023	%neuro / CHMN 2022	%neuro / CHMN 2023
01M30	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	Neurologie	196	199		
		CHMN	229	217		
01M16	Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge inférieur à 80 ans	Neurologie	47	34		
		CHMN	61	46		
01M15	Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge supérieur à 79 ans	Neurologie	25	21		
		CHMN	41	34		
01M31	Autres accidents vasculaires cérébraux non transitoires	Neurologie	7	10		
		CHMN	13	15		
Total AVC		Neurologie	275	264	79,84%	84,62%
		CHMN	344	312		

Les actes les plus fréquents en externe

		2023	2024
AAQP350	Electroencéphalographie sur 14 dérivations ou plus avec enregistrement d'une durée minimale de 20 minutes, avec numérisation chez un patient de 6 ans ou plus: Activité valorisée	334	**338**
AHQP008	Mesure des vitesses de conduction motrice et de l'amplitude des réponses musculaires de 2 à 4 nerfs,avec étude de la conduction proximale sur au moins 2 nerfs: Activité valorisée	118	**196**
AHQB024	Électromyographie de 3 à 6 muscles striés au repos et à l'effort sans stimulodétection, par électrode aiguille: Activité valorisée	107	**158**
AHQP011	Mesure des vitesses de la conduction sensitive et de l'amplitude du potentiel sensitif de 2 à 4 nerfs: Activité valorisée	100	**152**
AAQP129	Electroencéphalographie sur 8 dérivations ou plus avec enregistrement d'une durée minimale de 30 minutes, avec numérisation et enregistrement vidéo, chez un patient de moins de 6 ans: Activité valorisée	21	**46**
AHQP012	Mesure des vitesses de la conduction sensitive et de l'amplitude du potentiel sensitif de 5 nerfs ouplus: Activité valorisée	15	**33**
AHQB013	Électromyographie de 7 muscles striés ou plus au repos et à l'effort, par électrode aiguille: Activité valorisée	1	**9**
AHQB032	Électromyographie de 3 à 6 muscles striés au repos et à l'effort par électrode aiguille, avec mesuredes vitesses de conduction motrice et de l'amplitude des réponses musculaires de 2 à 4 nerfs sans étude de la conduction proximale par électrode de surface, et mesure des vitesses de la conduction sensitive et de l'amplitude du potentiel sensitif de 2 à 4 nerfs: Activité valorisée	8	8
AHQP009	Mesure des vitesses de conduction motrice et de l'amplitude des réponses musculaires de 5 nerfs ou plus, avec étude de la conduction proximale sur au moins 4 nerfs: Activité valorisée	6	**5**
AHQP003	Mesure des vitesses de conduction motrice et de l'amplitude des réponses musculaires de 2 à 4 nerfs,sans étude de la conduction proximale: Activité valorisée	3	**4**

Outre le traitement des pathologies neurovasculaires, le service de Neurologie assure aussi la prise en charge des troubles du sommeil avec deux lits sont consacrés à ces pathologies, les maladies neurodégénératives telles que le Parkinson, la sclérose latérale amyotrophique, la sclérose en plaques, ...

Objectif 1 : Poursuivre la consolidation de la filière de prise en charge des AVC, en développant des consultations pluridisciplinaires post-AVC et un programme d'éducation thérapeutique du patient victime d'un AVC. Favoriser le recours au PRADO pour les patients autonomes.

Objectif 2 : Assurer la continuité de l'activité du sommeil (polysomnographies du sommeil), dans la perspective du départ à la retraite prochaine du praticien en charge de cette activité. Formation d'un autre praticien.

Objectif 3 : Travailler de façon étroite avec les autres spécialités et les associations de patients pour la prise en charge des maladies neurodégénératives, compte-tenu des besoins croissants et des innovations thérapeutiques (exemple : anticorps monoclonaux pour les malades d'Alzheimer).

5.2 LA RHUMATOLOGIE ET LA MÉDECINE INTERNE

Les services de rhumatologie et de médecine interne partagent une unité de 18 lits d'hospitalisation complète installée au 1er étage du PT 1.

Les principales pathologies traitées en rhumatologie sont les suivantes :

- Ostéoporose et toutes les complications fracturaires
- Chutes chez les personnes âgées souvent associées à une perte d'autonomie et à des troubles de la marche
- Diagnostic de rhumatisme inflammatoire avec bilan d'arthrite et de polyarthrite
- Bilan de radiculalgie
- Arthrose et complications

En ce qui concerne la médecine interne :

- Diagnostics difficiles (fièvres prolongées, syndrome inflammatoire, amaigrissement…)
- Polypathologies intriquées ou non
- Maladies auto-immunes et auto-inflammatoires parfois rares
- Infections complexes
- Maladies vasculaires
- Terrains particuliers (patients immunodéprimés, diabétiques, hypertendus…)

Les patients sont adressés par leur médecin traitant, par un médecin spécialiste ou arrivent parfois par les urgences. La rhumatologie et la médecine interne favorisent les prises en charge multidisciplinaires du patient, favorisant les interactions et le partage d'expertise entre professionnels de santé.

Les activités de rhumatologie et de de médecine interne sont réalisées sous forme de consultations externes, d'hospitalisation de jour ou d'hospitalisation complète. L'équipe médicale travaille en collaboration avec le CHU de Clermont-Ferrand : consultations avancées de médecins internistes du CHU, participation aux RCP du Centre régional de compétences des maladies systémiques et auto-immunes rares chez l'adulte.

Rhumatologie

	2023	2024
File active	398	338
Nombre de séances	153	156
Nombre de Séjours	546	480
Nombre de jours réalisés	5 073	4 701
DMS du service	15,79	16,2
% séjours service > 15 jours	19,16%	19,75%
Âge moyen	70,71	69,23
% séjours avec âge >= 75 ans	49,45%	43,57%
% entrées via SAU	39,60%	35,27%
% décès	2,01%	5,39%

	2023	2024
Consultations	1 378	964

Les GHM les plus fréquents

		2023	2024
08M263	Fractures du rachis, niveau 3	28	25
08M103	Maladies osseuses et arthropathies spécifiques, niveau 3	16	10
08M253	Fractures pathologiques et autres tumeurs malignes de l''appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, niveau 3	9	8
08M102	Maladies osseuses et arthropathies spécifiques, niveau 2	8	7
08K051	Spondyloplasties, niveau 1	1	7
08M262	Fractures du rachis, niveau 2	2	6
09M063	Ulcères cutanés, niveau 3	2	6
08M313	Ostéomyélites aigües (y compris vertébrales) et arthrites septiques, niveau 3	2	6
08M293	Autres pathologies rachidiennes relevant d''un traitement médical, niveau 3	17	5
08M264	Fractures du rachis, niveau 4	3	5

Médecine interne

	2023	2024
File active	266	284
Nombre de séances	32	10
Nombre de Séjours	298	302
Nombre de jours réalisés	3 649	4 080
DMS du service	16,45	17,02
% séjours service > 15 jours	25,25%	30,39%
Âge moyen	70,76	73,36
% séjours avec âge >= 75 ans	50,66%	55,88%
% entrées via SAU	58,61%	60,13%
% décès	6,62%	5,23%

	2023	2024
Med Interne	295	287

Les GHM les plus fréquents

		2023	2024
16M112	Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	2	**9**
04M053	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	3	**8**
04M073	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	8	**7**
08M193	Autres pathologies de l''appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, niveau 3	2	**7**
09M053	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	8	**7**
08M103	Maladies osseuses et arthropathies spécifiques, niveau 3	4	**6**
04M052	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	7	**6**
11M043	Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	1	**6**
08M263	Fractures du rachis, niveau 3	5	5
04M074	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	1	**4**

Objectif 1 : Consolider l'équipe médicale en favorisant le recrutement de médecins spécialistes internistes et rhumatologues, afin de mieux répondre aux besoins des patients du bassin de Montluçon (pénurie de spécialistes en libéral) et réduire les délais de rendez-vous. Développer des compétences en échographie, permettant de réaliser certains gestes interventionnels.

Objectif 2 : Développer les prises en charge en ambulatoire et réduire la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète. Favoriser un accès plus rapide aux examens (imagerie, examens fonctionnels – biopsie de l'artère temporale…) et faciliter l'aval (SMR et EHPAD).

Objectif 3 : Développer la télé-expertise pour répondre aux sollicitations des médecins traitants et des médecins coordonnateurs en EHPAD.

Objectif 4 : Etudier la possibilité de mettre en place une activité d'ostéodensitométrie.

5.3. LA MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION

(SMR SYSTÈME NERVEUX, SMR APPAREIL LOCOMOTEUR, SMR CARDIOLOGIE) : UN SECTEUR INCONTOURNABLE DANS LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT

Les soins médicaux et de réadaptation ont pour *« objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, déficiences et limitations d'activité, soit dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, soit en amont ou dans les suites d'épisodes de soins aigus, que ces conséquences soient physiques, cognitives, psychologiques ou sociales. Cette activité comprend des actes à visée diagnostique et thérapeutique, des actions à visée préventive et d'éducation thérapeutique et de réinsertion dans le cadre du projet thérapeutique du patient.(1) »*

Sous forme d'hospitalisation complète ou partielle, selon les pathologies et l'état de santé des patients, les soins médicaux et de réadaptation constituent une étape essentielle du parcours des patients, en amont et / ou en aval d'un épisode de soins aigus. Ils se sont progressivement spécialisés pour apporter des réponses aux besoins spécifiques des patients, adaptant plateaux techniques, équipements et compétences à des niveaux élevés d'expertise. Les évolutions réglementaires, couplées à une réforme du financement de ce secteur, conduisent à une attention particulière portée à ces activités.

1: Article R.6123-118 du code de la santé publique.

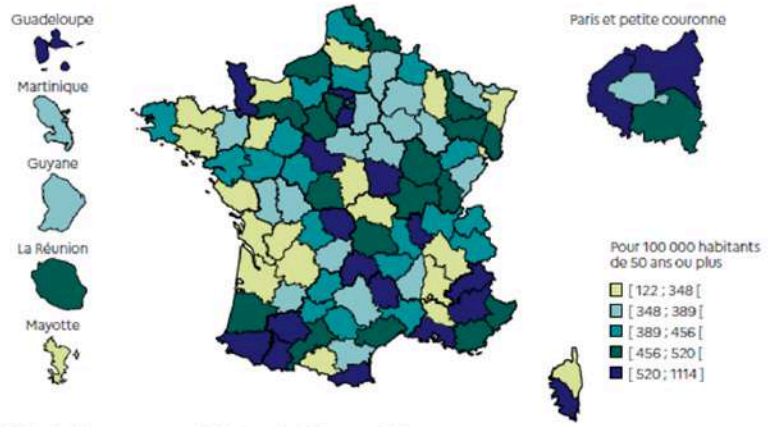
Rappel des principaux objectifs du Schéma Régional de Santé 2023- 2028 :

Stratégie régionale de l'offre de soins en SMR :

1. **Adapter** l'offre de proximité aux besoins liés au vieillissement de la population
2. **Amplifier** les prises en charge en ambulatoire
3. **Structurer** des filières, notamment autour des mentions spécialisées, et liées à l'augmentation de certaines pathologies (oncologie, endocrinologie-obésité
4. **Développer** la télé-réadaptation
5. **Poursuivre** le développement de services de réadaptation post-réanimation
6. **Améliorer** les délais d'admission en SMR

Le département de l'Allier présente un taux d'équipement en SSR, toutes mentions confondues, parmi les plus faibles de la région Auvergne – Rhône –Alpes alors que l'indice de vieillissement de la population figure parmi les plus élevés.

Carte 1 Densité de capacités en lits et places de SSR par département au 31 décembre 2022



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles.
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisations confondus. Les données sur la Guadeloupe incluent Saint-Martin et Saint-Barthélemy.
Sources > DREES, SAE 2022, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2022.

Le CHMN propose une offre de soins médicaux et réadaptation spécialisés sur le site de Néris-les-Bains, en hospitalisation complète et en hospitalisation partielle :

- Affections de l'appareil locomoteur
- Affections du système nerveux
- Réadaptation cardiaque.

5.3.1. Le SMR locomoteur et le SMR système nerveux

L'unité accueille l'ensemble des patients du territoire géographique en provenance des établissements de santé périphériques, plus particulièrement des services aigus du Centre Hospitalier de Montluçon mais aussi des différentes cliniques de l'Allier, des établissements du Puy de Dôme, CHU et cliniques privées.

Elle prend en charge les soins de rééducation propre aux affections suivantes, de façon non exhaustive :

- Traumatologie : accident de la voie publique, de sport, du travail ;
- Orthopédie : chirurgicale ou non, prothèse de hanche, de genou, d'épaule ;
- Rhumatologie : pathologies rhumatismales chroniques, algodystrophie ;
- Neurologie : accidents vasculaires cérébraux, sclérose en plaques, maladie de Parkinson ;
- Appareillage : prothèses et orthèses de membres et colonne vertébrale.

Le service dispose d'un plateau technique complet permettant des prises en charge adaptées aux pathologies des patients : salles de kinésithérapie, d'ergothérapie, appartement thérapeutique, atelier d'activités, unité d'appareillage, balnéothérapie). Une équipe médicale et paramédicale pluridisciplinaire (IDE, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, psychologue, neuropsychologue, diététicien, assistant social, professeur d'APA, moniteur d'atelier ...) est présente pour dispenser les soins.

L'établissement dispose d'une reconnaissance spécifique pour les plateaux techniques de balnéothérapie et de rééducation assistée du membre supérieur.
Des consultations spécialisées sont également réalisées pour l'évaluation, la proposition puis la mise en œuvre de parcours de soins en SMR pour des patients non hospitalisés, à la demande de leur médecin traitant ou de médecins spécialistes.

Des consultations sont réalisées à visée diagnostique et de prise en charge de troubles de l'appareil locomoteur (pouvant inclure des gestes thérapeutiques comme des infiltrations articulaires des membres, du rachis par la voie du hiatus sacro-coccygien, de la mésothérapie) ou neurologique, y compris des prises en charge en hospitalisation de jour pour évaluation clinique et injections de toxine botulinique dans l'indication de prise en charge de la spasticité.

Des consultations pluridisciplinaires sont réalisées :

- Une demi-journée par semaine est dédiée à l'appareillage par prothèses de membres ou orthèses de membres ou de tronc en présence d'un orthoprothésiste et/ou d'appareillage du pied par orthèses ou chaussures orthopédiques en présence d'un podo-orthésiste.

- Des consultations avec médecin de MPR et ergothérapeute sont dédiées à l'évaluation de patients avec handicap moteur pour la prescription de Véhicules pour Personnes en situation de Handicap (VPH) en particulier les fauteuils roulants électriques.

A l'admission dans le service, les patients bénéficient d'une évaluation médicale qui va permettre d'établir le projet thérapeutique en hospitalisation complète ou de jour. Le patient bénéficie d'un suivi médical continu au cours de son séjour d'hospitalisation et son programme de rééducation est régulièrement actualisé. Pour les séjours prolongés supérieurs à trois mois, une synthèse pluridisciplinaire individuelle de l'évolution du patient ou P3I est réalisée dans l'objectif principal d'assurer au patient le devenir le plus adapté à un éventuel handicap résiduel.

A sa sortie d'hospitalisation, chaque patient bénéficie de bilans de rééducation qui permettent de conclure à son évolution sur le plan rééducatif en favorisant le maximum d'autonomie du patient à sa sortie pour une meilleure réintégration sociale et/ou professionnelle.

98,4 % des patients bénéficient de deux ou trois activités de rééducation individuelle, et **45 %** des prises en charge se font également dans le cadre d'ateliers collectifs.

Objectif 1 : Développer les consultations spécialisées tant dans le domaine de la MPR que de la médecine du sport, renforcer les partenariats existants avec les services et les structures proches et en créer de nouveaux. Améliorer sa visibilité en communiquant sur les activités de consultations spécialisées en MPR et médecine du sport. Maintenir un plateau technique de haut niveau et prévoir l'acquisition de supports de rééducation tels que machine d'isocinétisme, d'un Alter G pour la rééducation des sportifs et des polytraumatisés, d'une plate-forme de bilan et de rééducation des troubles de l'équilibre.

Objectif 2 : Développer une filière de rééducation du sportif qui permettrait de conforter la spécialisation dans la prise en charge des affections de l'appareil locomoteur tout en élargissant l'offre de soin. Développer une consultation de cardiologie du sport, en lien avec le service de cardiologie et de réadaptation cardiaque.

Objectif 3 : Envisager l'installation d'un laboratoire d'analyse du mouvement de niveau 1 afin de conforter le plateau technique pour les bilans et la rééducation des troubles cognitifs, de l'équilibre et de la marche.

Objectif 4 : Développer l'activité de bilans urodynamiques pour l'évaluation et la prise en charge des troubles vésico-sphinctériens.

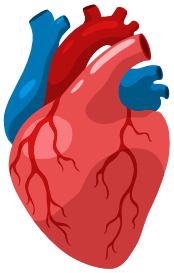
Objectif 5 : Créer une filière de prise en charge rééducative intensive et multidisciplinaire de trois semaines en hospitalisation de jour pour des groupes de patients atteints de la maladie de Parkinson à un stade précoce et en bonne forme physique tel que le programme Park-APA du CHU de Clermont Ferrand.

Objectif 6 : Développer le partenariat avec le réseau COMETE pour favoriser la réinsertion socio-professionnelle des patients actifs.

Objectif 7 : Développer un projet conduite automobile.

Objectif 8 : Assurer des actions de prévention et d'éducation et développer l'auto-rééducation visant à permettre au patient l'acquisition de compétences afin de pouvoir prendre en charge de manière active sa maladie, son handicap, ses soins, son traitement et sa surveillance.

5.3.2. La réadaptation cardiaque



La réadaptation cardio-vasculaire (RCV) tient une place prépondérante dans la prévention secondaire de la maladie coronarienne er de l'insuffisance cardiaque car c'est un lieu et un moment privilégié pour instaurer des modifications du mode de vie, la poursuite et l'explication des différentes thérapeutiques médicamenteuses et l'éducation du patient à sa maladie.

La réadaptation cardio-vasculaire se compose de trois phases :

- **Phase I (phase hospitalière)** dont la durée ne cesse de diminuer : le but de cette phase est de lutter contre les complications de décubitus et le déconditionnement, d'initier un traitement médicamenteux mais aussi de débuter la prise en charge des facteurs de risque.

- **Phase II (phase post-hospitalière immédiate),** dite phase de convalescence active durant 3 à 6 semaines ; elle s'effectue en unité de réadaptation cardiovasculaire, soit en hospitalisation complète, soit en ambulatoire.

- **Phase III (phase de maintenance),** débutant avec la reprise d'une vie active pour le patient : durant cette phase, le suivi est assuré par les praticiens habituels du patient à savoir le cardiologue et le médecin traitant ; elle est déterminante pour l'évolution ultérieure de la maladie car largement conditionnée par l'observance des conseils hygiéno-diététiques et des thérapeutiques prescrits.

Le reconditionnement à l'effort a de nombreux effets bénéfiques aussi bien sur le système cardio-vasculaire que sur la correction des facteurs de risque cardio-vasculaire. Les principales indications sont la maladie coronaire et l'insuffisance cardiaque.

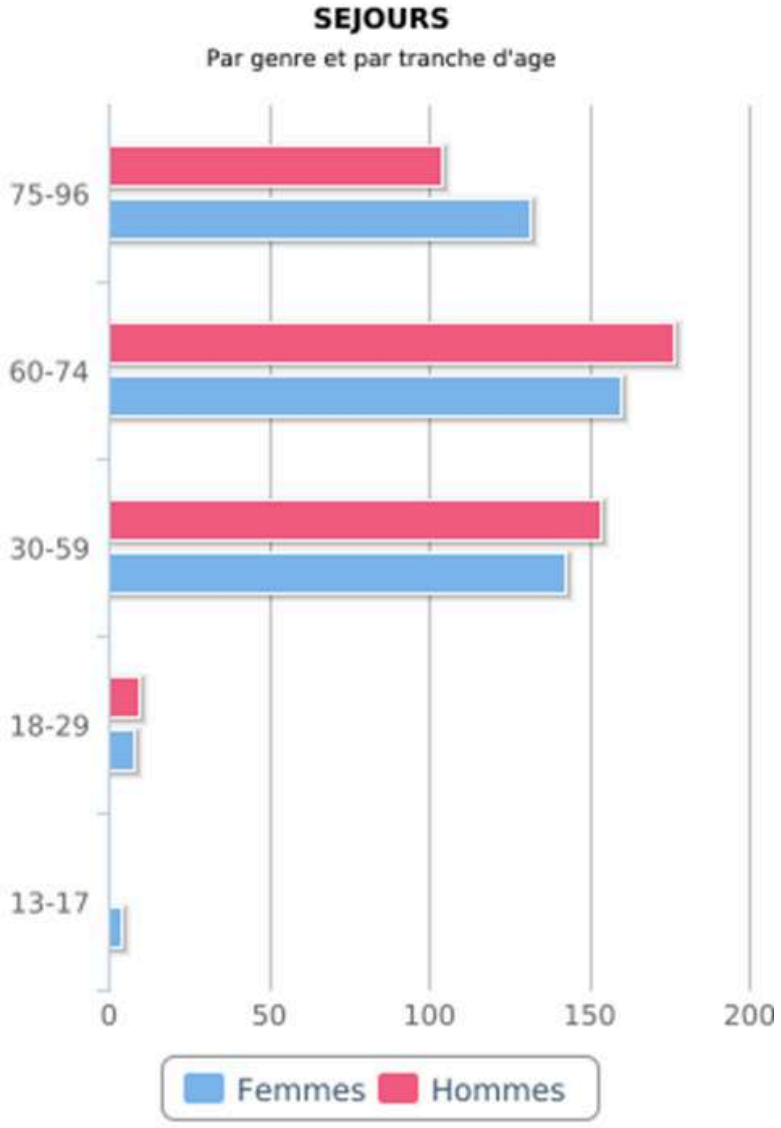
La réadaptation cardio-vasculaire comporte un versant intitulé « Education thérapeutique du Patient » (ETP) qui est fondamentale pour donner aux patients les moyens d'améliorer son pronostic par des comportements adaptés : éducation nutritionnelle, sevrage tabagique, gestion du traitement ...

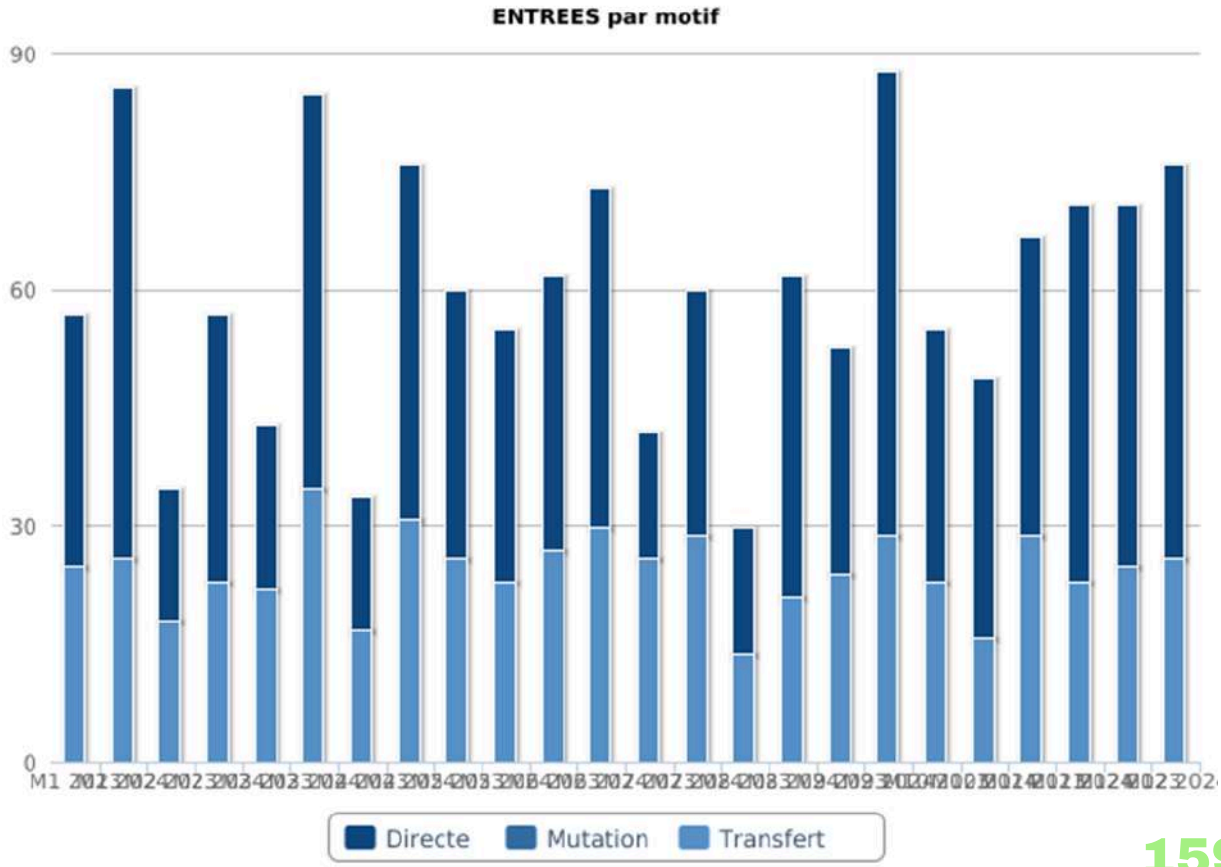
Objectif 1 : conforter les partenariats pour favoriser les recrutements dans des indications variées (la chirurgie cardiaque, l'insuffisance cardiaque, la transplantation cardiaque, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs et depuis ces dernières années, après pose d'un défibrillateur automatique implantable, cardiopathies congénitales de l'adulte ou dans le cadre de la prévention primaire chez les patients à haut risque cardio-vasculaire).

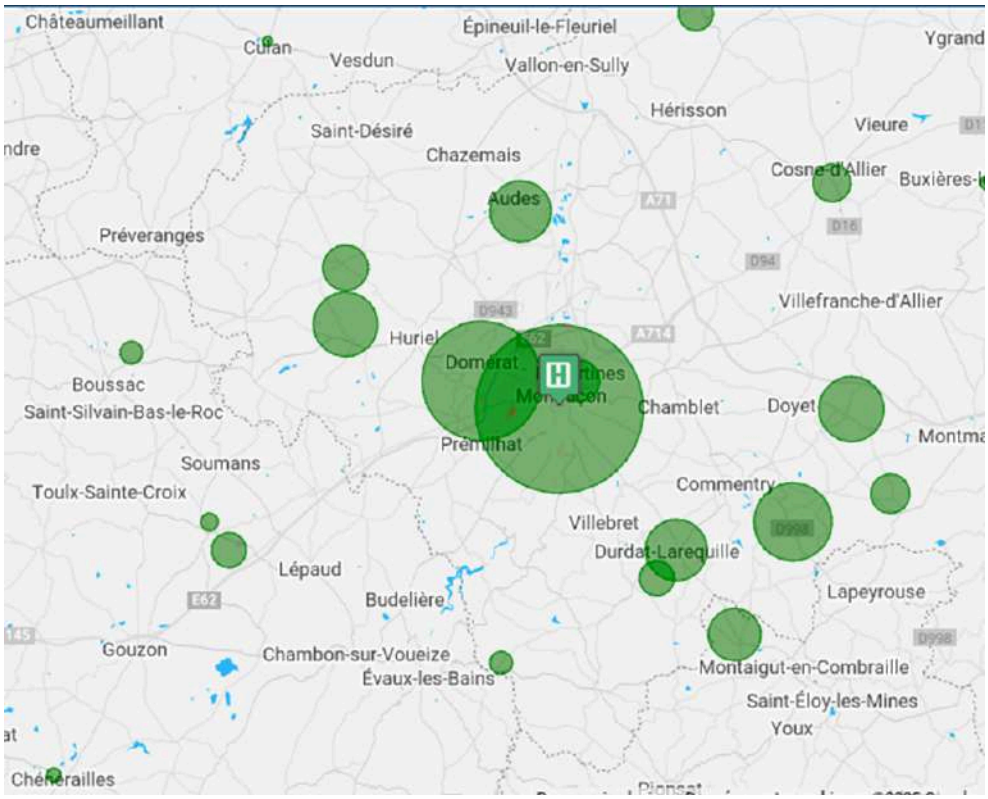
Objectif 2 : Mettre en place le programme d'éducation thérapeutique du patient.

Les données d'activité

	2023	2024
RH	3 107	**4 092**
Patients	486	**657**
Séjours	639	**892**
dont Séjours en hospit. complète	391	**472**
dont Séjours en hospit. à tps partiel	248	**420**
dont Séjours avec pours. proj. thérap.	18	**3**
dont Séjours HC non clos < 90 jours (v2024)	0	**42**
dont Séjours HC non clos < 70 jours (v2023)	40	**0**
dont Séjours HC non clos >= 70 jours (v2023)	3	**0**
dont Séjours entiers	540	**773**
dont Séjours en cours	54	**64**
dont Séjours à cheval	24	**43**
dont Séjours avec pours. proj. thérap.	18	**3**
Jours de présence	17 187	**21 144**
dont jours Hospitalisation complète	14 279	**16 561**
dont jours Hospitalisation de jour	2 908	**4 583**
DMS Séj. entiers en hospit. complète	41,84	**39,23**
DMS Séj. clos en hospit. complète	44,15	**40,44**
DMS Séj. entiers en hospit. à tps partiel	17,35	**18,64**
DMS Séj. clos en hospit. à tps partiel	18,31	**20,05**


SEJOURS
Par genre et par tranche d'age
75-96
60-74
30-59
18-29
13-17
0
50
100
150
200
Femmes
Hommes


ENTREES par motif
90
60
30
0
Directe
Mutation
Transfert

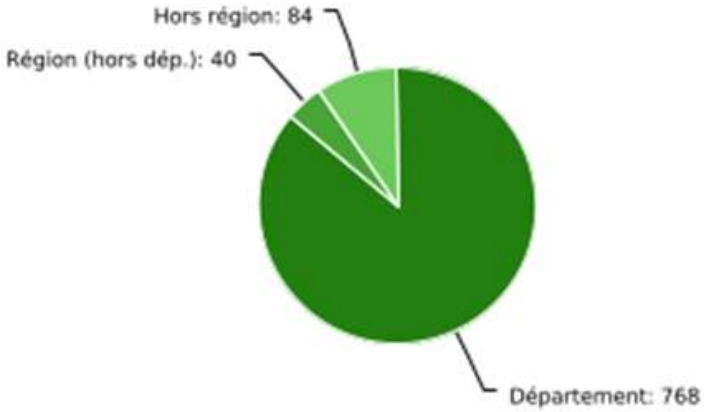


Filières

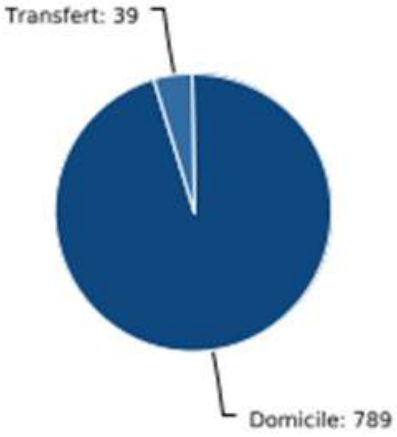
	Eff. Patients		Freq. Patients		Eff. Séjours		Moy. Dép. Phys.		Moy. Dép. Cogn.	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024
SSR HJ cardiovasculaire	54	**96**	11,11%	**14,61%**	72	**132**	4	4	2	2
SSR AP LOCOMOTEUR	272	**292**	55,97%	**44,44%**	301	**332**	8,54	**8,41**	2,87	**2,8**
SSR SYSTEME NERVEUX	75	**109**	15,43%	**16,59%**	90	**141**	10,11	**10,38**	3,44	**3,94**
HJ SSR AP LOCOMOTEUR	67	**88**	13,79%	**13,39%**	76	**110**	4,82	**4,48**	2,43	**2,06**
HJ SSR SYSTEME NERVEUX	70	**127**	14,40%	**19,33%**	100	**179**	6,35	**6,23**	2,58	**2,62**
TOTAL	**486**	**657**	**--**	**--**	**639**	**892**	**7,96**	**7,59**	**2,84**	**2,82**

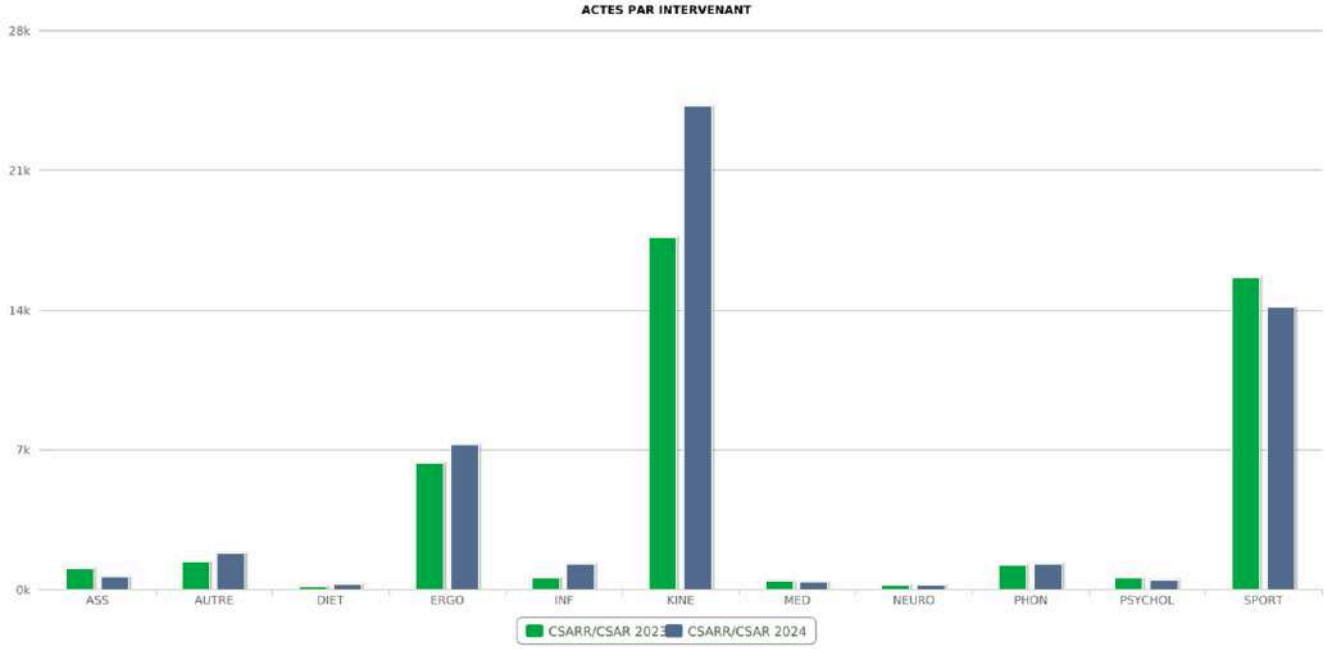
PROVENANCE

des séjours



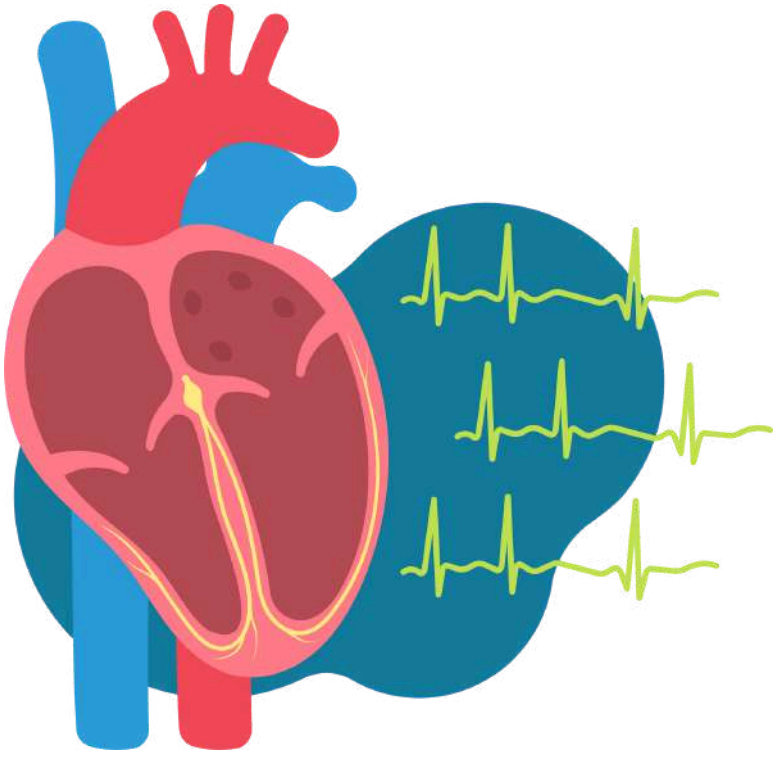
SORTIES





Chapitre CSARR

Chapître CSARR	Eff. Actes		Moy. Actes / Jour	
	2023	2024	2023	2024
Fonction de l'appareil locomoteur et liées au mouvement	37 679	**43 066**	2,23	**2,08**
Appareillage	1 787	**2 734**	0,78	**0,84**
Éducation et information	926	**1 955**	0,88	**1,26**
Fonctions cérébrales	1 558	**1 510**	0,34	**0,35**
Activité et participation	1 641	**1 134**	0,35	**0,28**
Fonctions de la voix et de la parole	667	**546**	0,52	**0,4**
Fonctions cardiaques, vasculaires et respiratoires	334	**488**	0,35	**0,54**
Fonctions sensorielles et douleurs	573	**405**	0,74	**0,82**
Fonctions de la peau et des phanères	285	**256**	0,18	**0,18**
Fonctions digestives et nutrition	137	**204**	0,17	**0,2**



Les actes CSARR

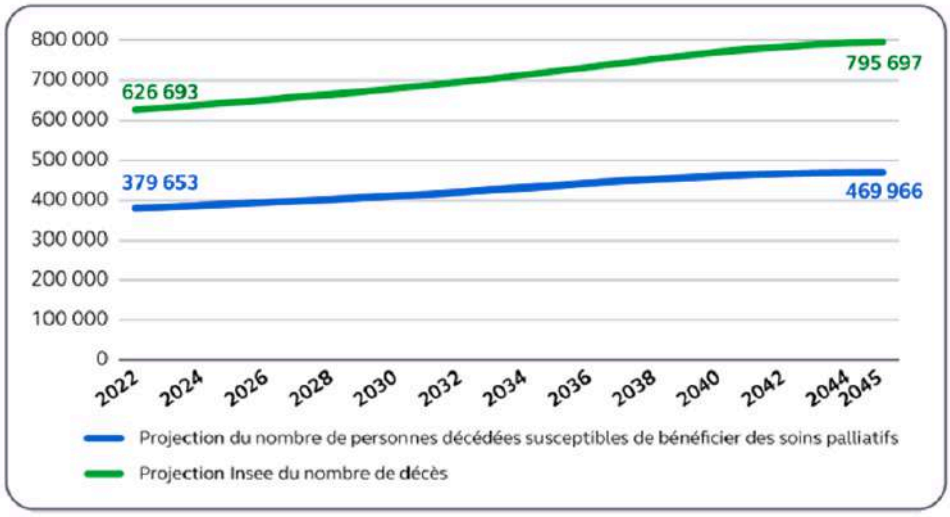
		2023	2024
PER+285	Séance collective de gymnastique	3 278	**4 324**
DKR+061	Séance individuelle de réentrainement à l'effort aérobie avec 1 ergomètre	3 849	**4 133**
ANM+009	Séance de développement d'une fonction sensitive et/ou motrice du membre supérieur par réalisation de plusieurs tâches élémentaires combinées et	3 262	**3 682**
NKR+130	Séance de rééducation postopératoire des fonctions ostéoarticulaires du membre inférieur après correction de lésion dégénérative	3 316	**3 294**
PER+118	Séance collective de gymnastique aquatique [aquagym]	2 454	**3 048**
NKR+010	Séance individuelle de rééducation et/ou réadaptation à la marche	3 429	**2 952**
NKR+204	Séance de rééducation postopératoire des fonctions ostéoarticulaires du membre inférieur après réparation de lésion traumatique ou correction de vice architectural	2 726	**2 220**
AGR+102	Séance de rééducation des fonctions neuromusculaires pour affection neurologique centrale, en phase de récupération	1 623	**2 176**
ZZM+013	Fourniture avec adaptation initiale de dispositif technique de compensation ou d'orthèse, de série	1 501	**1 888**
ANM+093	Séance de restauration ou éducation analytique d'une fonction sensitive et/ou motrice du membre supérieur par réalisation d'1 tâche élémentaire	1 031	**1 800**
PZL+212	Mise en place de dispositif générateur d'agent physique à visée thérapeutique	291	**1 794**
ZZR+293	Séance collective d'éducation, en dehors d'un programme d'éducation thérapeutique	718	**1 681**
AGR+047	Séance de rééducation des fonctions neuromusculaires pour affection neurologique centrale dégénérative	1 026	**1 337**
PCM+064	Séance individuelle de renforcement musculaire contre résistance avec matériel [Circuit training musculaire individuel]	997	**1 145**
MKR+287	Séance de rééducation postopératoire des fonctions ostéoarticulaires du membre supérieur après correction de lésion dégénérative	289	**961**
MKR+248	Séance de rééducation postopératoire des fonctions ostéoarticulaires du membre supérieur après réparation de lésion traumatique ou correction de vice architectural	695	**702**
PCM+253	Séance collective de renforcement musculaire contre résistance avec matériel [Circuit training musculaire collectif]	251	**649**
PZL+208	Séance d'application d'agent physique à visée thérapeutique	666	**635**
GKR+181	Séance individuelle de rééducation du langage oral	468	**615**
DKR+182	Séance collective de réentrainement à l'effort aérobie en piscine sans ergomètre	306	**601**

5.4 EQUIPE MOBILE DE SOUTIEN ET D'APPUI EN SOINS PALLIATIFS (EMSA)

Depuis la fin des années 1980, une politique active en faveur du développement de structures de soins palliatifs a été conduite en France et l'offre de soins palliatifs, à l'hôpital, est aujourd'hui graduée pour répondre aux besoins des patients en fonction de la gravité, de la complexité et du degré de stabilité de leur état. Les cas les plus complexes et instables sont pris en charge dans des lits au sein d'unités de soins palliatifs (USP). Lorsque les situations nécessitent de fréquents ajustements thérapeutiques et des éclairages pluridisciplinaires, la prise en charge peut avoir lieu sur des lits « identifiés » en soins palliatifs (LISP). Les LISP sont installés dans des services qui sont confrontés à des fins de vie ou à des décès fréquents mais dont l'activité n'est pas exclusivement dédiée aux soins palliatifs.

Le droit à l'accès aux soins palliatifs a été inscrit dans la loi dès la fin des années 1990(1) et toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à un accompagnement. Les perspectives démographiques laissent présager une augmentation significative du nombre de personnes susceptibles d'y avoir recours du fait du vieillissement de la population. Cela reste cependant difficile à estimer du fait des innovations en santé qui peuvent influer sur l'espérance de vie et les prises en charge de certaines pathologies, et donc sur la typologie des causes de décès.

La Cour des Comptes, dans son rapport consacré à cette thématique en juillet 2023(2), évaluait la hausse du nombre de personnes susceptibles de bénéficier des soins palliatifs à 23 % sur les 20 prochaines années.



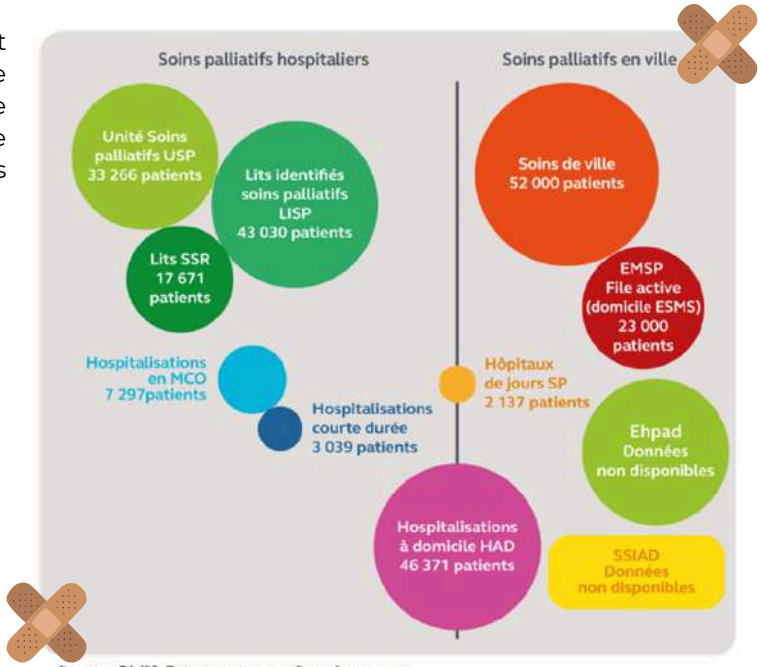
Source : CépiDC (INSERM) et INSEE, personnes de plus de 18 ans, calcul Cour des comptes (Dnum). France entière

De même que l'estimation des besoins en soins palliatifs est difficile, la mesure de l'offre et des prises en charge effectives reste lacunaire du fait des limites dans le recueil et le traitement des informations, notamment pour les soins de ville et en EHPAD et du risque de double décompte.

Malgré les efforts entrepris, la culture palliative peine à se diffuser pour sensibiliser l'opinion à la notion d'accompagnement palliatif de la fin de vie. En atteste le faible pourcentage de personnes majeures ayant rédigé ses directives anticipées.

Estimation du nombre de patients pris en charge en soins palliatifs en 2021 :

Si l'offre en soins palliatifs a globalement progressé en milieu hospitalier, elle reste insuffisante pour les prises en charge à domicile et en EHPAD, du fait notamment du manque de médecins généralistes traitants et de médecins coordonnateurs en EHPAD.



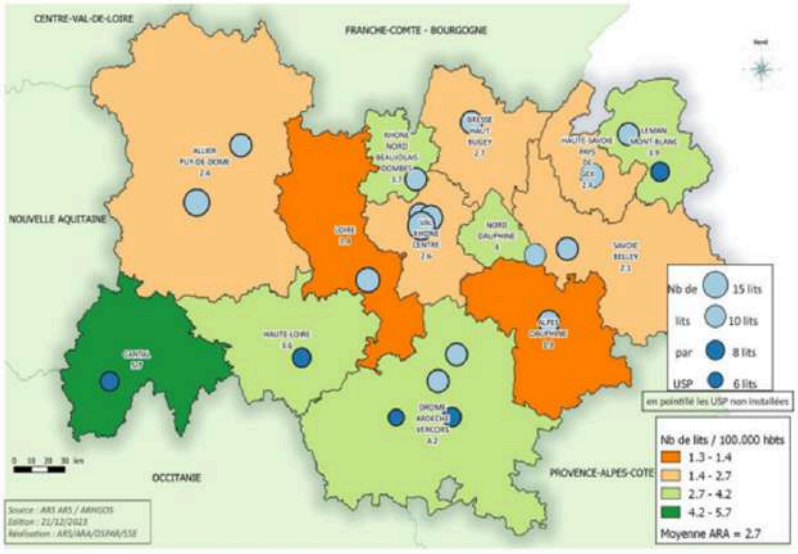
Source : PMSI, Dcir, retraitement Cour des comptes
Note : patients bénéficiant de séjours codés en GHS soins palliatifs.

1: Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs.
2: Les soins palliatifs, une offre de soins à renforcer, Cour des Comptes, juillet 2023, Communication à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale.

L'ARS Auvergne – Rhône – Alpes a posé les objectifs suivants dans la feuille de route 2024 – 2028 sur les soins palliatifs :

- Développer l'offre en renforçant notamment les soins palliatifs à domicile,
- Favoriser l'accès à des soins palliatifs précoces en proximité et diffuser la culture palliative à travers l'organisation de séances d'information des professionnels,
- Améliorer la prise en charge de manière adaptée à chaque patient. Déployer des équipes mobiles en soins palliatifs en extra-hospitalier pour favoriser le maintien à domicile quand c'est possible,
- Optimiser la coordination entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, hospitaliers et de ville,
- Former des professionnels de santé libéraux et le personnel des EHPAD.

La cartographie régionale des unités de soins palliatifs montre que le GHT Territoires d'Auvergne se situe en dessous de la moyenne régionale en termes de taux d'équipement pour 100.000 habitants malgré la présence de deux unités de soins palliatifs à Clermont-Ferrand et à Vichy.



Le territoire de santé de Montluçon, éloigné de ces deux unités, est encore moins bien doté. L'offre en soins palliatifs sur le CHMN est constituée d'une équipe mobile intra-hospitalière et de huit lits identifiés en soins palliatifs répartis sur les trois services suivants : court séjour gériatrique (3 lits), oncologie – hématologie (4 lits) et service médical d'accueil (un lit).

L'équipe mobile de soins palliatifs intervient auprès des patients en complément et en appui des équipes des services d'hospitalisation, participe aux staffs et aux RCP de cancérologie, apporte des avis spécialisés, dispense des formations pour sensibiliser les professionnels et intervient ponctuellement au domicile des patients et en structures médico-sociales. En 2023, la file active de patients suivis par l'EMSA s'élevait à 715 patients, dont 643 nouveaux patients.

	2023	2024
File active	148	153
Nombre de Séjours	155	156
Nombre de jours réalisés	1 653	1 563
DMS du service	22,25	20,97
% séjours service > 15 jours	23,08%	22,44%
Âge moyen	78,9	79,18
% séjours avec âge >= 75 ans	68,59%	67,95%
% entrées via SAU	7,69%	5,13%
% décès	85,26%	85,90%

Objectif 1 : Poursuivre la diffusion de la culture palliative, par le biais de séquences thématiques d'information auprès des équipes (directives anticipées, personne de confiance, prises en charge spécifiques telles que les soins de bouche, la prise en charge de la douleur, les modalités d'application des prescriptions sur sédation ...).

Objectif 2 : Développer une activité extra-hospitalière pour permettre des accompagnements au plus près des lieux de vie des patients (domicile, EHPAD ...), sous réserve de moyens adéquats.

Objectif 3 : Renforcer les liens avec les professionnels libéraux

Objectif 4 : Développer les actions de formation et favoriser les stages inter-services IDE et AS, notamment avec les équipes où des LISP sont installés.

5.5 L'UNITÉ D'EVALUATION ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR

L'évaluation et la prise en charge de la douleur constituent un véritable enjeu de santé publique en tant que critère de qualité. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne.

Comme le soulignait le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 – 2010 dans sa préface : « la lutte contre la douleur répond avant tout à un objectif humaniste, éthique et de dignité de l'homme. La douleur physique et la souffrance morale ressenties à tous les âges de la vie rendent plus vulnérables encore les personnes fragilisées par la maladie ».

Plusieurs plans d'actions ont été successivement élaborés par les pouvoirs publics pour améliorer la prise en charge de la douleur au sein des établissements de santé et des réseaux de soins : formation des professionnels de santé, mise en place des CLUD, information des patients, reconnaissance de structures spécialisées dans le traitement des douleurs chroniques rebelles et orientation facilitée vers ces unités, meilleure prise en charge de la douleur de certains publics (enfants et adolescents, personnes âgées ...) ...

L'unité d'évaluation et de traitement de la douleur du CHMN reçoit en consultation ou en hospitalisation de jour les adultes souffrant de douleurs chroniques ou douleurs aigues rebelles, c'est-à-dire évoluant depuis plus de 6 mois et n'ayant pas trouvé de solutions thérapeutiques qu'elles soient médicamenteuses ou non médicamenteuses. Les patients requérants sont adressés par leur médecin traitant. Les prises en charges sont pluridisciplinaires (médecin, IDE ...) et diversifiées (hypnose, sophrologie ...).

Objectif 1 : Favoriser les prises en charge multidisciplinaires de la douleur, l'ouverture vers l'extérieur, pour trouver des solutions alternatives spécifiques au CETD pour améliorer le bien-être des patients (APA, associations).

Objectif 2 : Maintenir le niveau de Centre de ressources local pour les professionnels du premier recours, et renforcer les liens avec les centres de recours régionaux (Clermont-Ferrand et Limoges).

	2023	2024
File active	116	114
Nombre de Séjours	288	309
Nombre de jours réalisés	288	309
Âge moyen	59,2	60,51
% séjours avec âge >= 75 ans	10,07%	15,86%

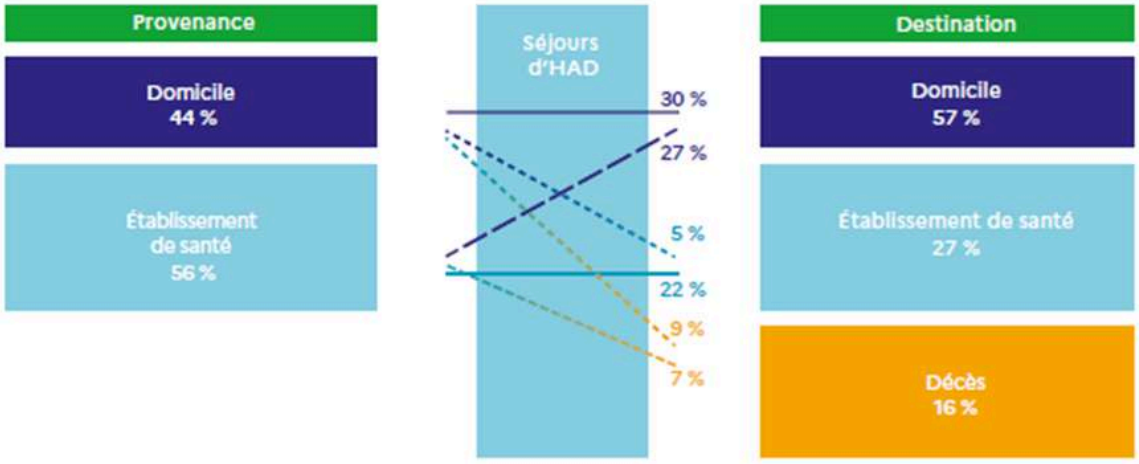
	2023	2024
Consultations	1 940	1 041

5.6 L'HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD), UN PONT ENTRE L'HÔPITAL ET LA CITÉ

L'Hospitalisation A Domicile a connu un développement important depuis le début des années 2000, et plus particulièrement entre 2013 et 2019 avec une croissance annuelle moyenne de 5 %, et en 2020 et 2021 dans le contexte de la crise sanitaire liée à l'épidémie du COVID-19 avec respectivement une hausse de 12,9 % et 6,8 %. Cette croissance tend à ralentir depuis 2022. Fin 2022, l'HAD représentait 7,3 % des capacités d'hospitalisation complète en MCO et SMR sur le territoire national. Bien que minoritaire, la part des cliniques privées dans les capacités de prise en charge en HAD a été quasiment multipliée par quatre depuis 2006(1).

L'HAD propose un système coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant : elle permet d'assurer, sur le lieu de vie du patient, des soins médicaux et paramédicaux, afin d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en MCO ou en SMR.

Trajectoires de soins des patients ayant effectué un séjour d'HAD en 2022 :



Note > En 2020, 5 700 séjours ont été exclus du graphique, car il n'est pas possible de connaître la provenance ni la destination des patients correspondants, ni de savoir si les séjours sont terminés.
Lecture > En 2020, 56 % des séjours en HAD sont précédés d'un séjour en établissement de santé, 57 % des séjours en HAD se terminent par un retour à domicile. Pour 30 % des séjours, l'hospitalisation a été totalement évitée, puisque les patients ont eu une trajectoire domicile-HAD-domicile.
Champ > Les 234 000 séjours en HAD terminés en 2020 en France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA, pour lesquels les informations sur la provenance et la destination sont disponibles dans le PMSI-HAD (98 % des séjours terminés).
Source > ATIH, PMSI-HAD 2020, traitements DREES.

Si, avec **14.701 patients admis en HAD en 2022**, la région Auvergne – Rhône-Alpes connaît une augmentation régulière du nombre de séjours en HAD, cette progression reste néanmoins en-dessous de la moyenne nationale.

Le Projet Régional de Santé de la région ARA relève **un sous-recours régional à l'hospitalisation à domicile de 8 % par rapport au niveau national,** tant en termes de nombre de patients que de nombre de journées d'hospitalisation. De ce fait, l'indice de recours régional s'établit à **0,85** (contre 1 au plan national). Cet indice de recours est encore plus faible sur la zone géographique relevant du CHMN à seulement 0,7.

Au plan régional, le sous-recours est particulièrement marqué pour les soins palliatifs et il s'accroît depuis quelques années : **- 28 %** en 2022 contre **– 22 %** en 2019. A noter que l'indice de recours sur la zone Allier – PDD est de 0,81 pour ce mode de prise en charge.

Ces données, analysées à l'aulne de l'objectif national fixé à 30 à 35 lits pour 100.000 habitants, montrent un axe de progression important pour l'hospitalisation à domicile à l'échelle régionale, et sur le bassin montluçonnais en particulier.

De même, comparativement à la moyenne nationale, la part d'intervention en EHPAD est plus faible qu'au niveau national : **5,7 % des interventions contre 10,3 % au niveau national en 2022.**

1: Les établissements d'hospitalisation à domicile, DREES, Edition 2024.

Rappel des principaux objectifs du Schéma Régional de Santé 2023- 2028 :

1. **Renforcer** le recours à l'HAD, en favorisant la communication auprès des prescripteurs sur les modalités d'admission et de prise en charge des patients

2. **Assurer** une équité d'accès aux soins d'hospitalisation à domicile en assurant l'ensemble de ses missions sur l'intégralité de son aire géographique d'intervention,

3. **Renforcer** la place de l'HAD dans l'organisation territoriale sanitaire et développer son articulation avec le secteur social et médico-social, et notamment permettre aux EHPAD du territoire de solliciter l'HAD afin d'éviter aux résidents une hospitalisation conventionnelle lorsqu'elle peut être évitée

4. **Renforcer** l'articulation avec les équipes mobiles et dispositifs d'appui à la coordination

Le service d'HAD du CHMN réalise environ 250 entrées par an pour une capacité d'accueil de 30 patients par jour. Il intervient pour les patients de l'ensemble du bassin de Montluçon et également dans des communes du Puy-de-Dôme (Montaigut, Pionsat, Saint-Eloy-les-Mines ...), soit un périmètre géographique de plus de 120 communes. Ce niveau d'activité place l'HAD du CHMN nettement en-deçà de la moyenne et de la médiane régionales respectivement à 623 et 287 patients admis en 2022.

Ce secteur d'activité constitue pourtant un acteur essentiel dans le lien avec les acteurs de santé de ville compte-tenu de son articulation autour du binôme médecin coordonnateur / médecin traitant et des interventions au domicile de professionnels de santé libéraux (IDEL, MK ...) ainsi que comme substitut à part entière à l'hospitalisation conventionnelle.

Les principaux modes de prise en charge en HAD étaient en 2023 :

- Soins palliatifs
- Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)
- Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse
- Traitements intraveineux.

La place de l'HAD au sein de l'offre de soins du CHMN doit être consolidée pour mieux répondre aux attentes des patients et des professionnels de santé, d'une part, et venir efficacement en appui aux services hospitaliers, dès les Urgences, pour fluidifier les parcours patients et améliorer la gestion des lits en intra-hospitalier.

Les objectifs poursuivis par le service HAD s'inscrivent dans les perspectives définies par la feuille de route HAD 2021 – 2026.

De façon plus précise, le projet de développement de l'hospitalisation à domicile vise à :

Objectif 1 : Développer les admissions directes en HAD dès les Urgences (SAU, UHCD), en renforçant la coordination avec les IDE gestionnaires des flux et y compris pour les résidents d'EHPAD qui font de nombreux passages aux Urgences.

Objectif 2 : Renforcer les liens avec les différentes filières territoriales de soins (Gériatrie, Oncologie, Chirurgie, Cardiologie, Neuro-vasculaire, Réadaptation, Soins Palliatifs ...) pour offrir aux patients une alternative à l'hospitalisation conventionnelle.

Objectif 3 : Développer les évaluations anticipées des résidents en EHPAD.

Au regard de la réforme des autorisations sanitaires, le CHMN a sollicité une autorisation d'activité en HAD avec la Mention socle, confortant ainsi son caractère d'HAD polyvalente, et la Mention « Enfants de moins de trois ans », dans le cadre d'une collaboration avec les services de Pédiatrie du CHMN et du CHU de Clermont-Ferrand. Une réflexion devra être conduite sur l'opportunité de solliciter les mentions « Réadaptation » et « Ante et Post-Partum » en partenariat avec les acteurs de santé impliqués dans ces filières de prise en charge.

5.7 LES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE (SSIAD)

Le CHMN assure la gestion de deux SSIAD :

- Le SSIAD de Montluçon dispose d'une capacité de **137 places** et intervient sur les communes de Montluçon, Domérat, Désertines et Saint-Victor
- Le SSIAD de Néris-les-Bains dispose d'une capacité de **34 places** et intervient sur les communes de Chamblet, Colombier, Commentry, Hyds, Lavault-Sainte-Anne, Malicorne, Néris-les-Bains, Saint-Angel.

Les SSIAD constituent un maillon important dans le parcours patient des personnes âgées, en amont et / ou en aval d'une hospitalisation et s'avèrent indispensable dans le cadre du maintien à domicile de personnes âgées malades et / ou dépendantes.

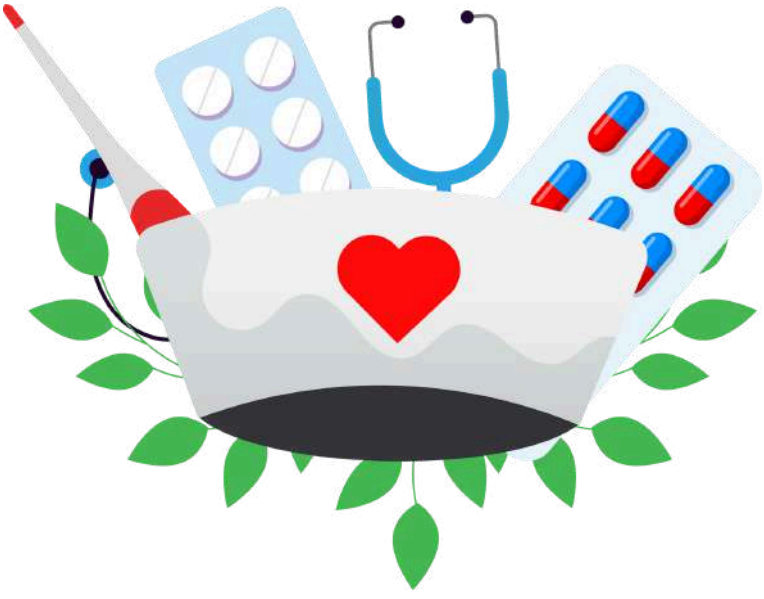
Ces deux entités sont placées sous la responsabilité directe d'un cadre de santé, et de façon opérationnelle d'IDE coordinatrices, sans temps médical, et travaillent de façon étroite avec les professionnels libéraux (médecins traitants, IDEL ...).

La réforme des services d'autonomie à domicile (SAD)(1) vise à :

- Renforcer le secteur du domicile, dans le cadre du « virage domiciliaire » en rapprochant l'aide et le soin (articulation des intervenants, partage d'informations ...) et en investissant les services autonomie dans la sécurisation des sorties d'hospitalisation et les actions de prévention
- Simplifier le parcours des personnes accompagnées et de leurs aidants : interlocuteur unique, coordination de l'aide et du soin ...
- Enrichir les parcours professionnels des intervenants des services à domicile, développer les perspectives d'évolution, rendre le métier moins solitaire,
- Apporter les compléments qui manquaient aux SPASAD(2) intégrés, notamment le financement du temps de coordination et des systèmes d'information partagés.

Objectif 1 : Conduire la réforme des SSIAD en Services Autonomies à Domicile, dans le respect du calendrier réglementaire.

Objectif 2 : S'inscrire en appui du projet de Centre de Ressources Territorial porté par la Filière gériatrique.



1: Décret n°2023-608 du 13 juillet 2023 et loi n°2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie.
2: SPASAD : Service Polyvalent de Soins et d'Aide A Domicile.

PÔLE GÉRIATRIE

06 FILIÈRE GÉRIATRIQUE : RÉPONDRE AU DÉFI DU VIEILLISSEMENT

Carte d'identité de la filière gériatrique :

- Le court séjour gériatrique
- L'unité de médecine polyvalente à orientation gériatrique
- Les soins médicaux et de réadaptation gériatriques
- Consultation d'évaluation gériatrique standardisée et de bilan de chutes
- Consultation mémoire
- Equipe mobile gériatrique intra-hospitalière
- Unités de soins de longue durée
- EHPAD répartis sur cinq sites (Montluçon et Néris-les-Bains)

En outre, le Centre Hospitalier dispose de services de géronto-psychiatrie (hospitalisation complète, hospitalisation de jour, ambulatoire) rattachés à la filière de la santé mentale et de SSIAD rattaché au Pôle Médecine réadaptation

Spécialités	Capacitaire	Équipe médicale
Court séjour gériatrique	29 lits dont 3 LISP	4 praticiens
Soins médicaux et de réadaptation gériatriques	20 lits	2,1 praticiens
Unité de médecine polyvalente à orientation gériatrique	16 lits	1,4 praticiens
USLD / EHPAD	60 lits USLD 391 places d'hébergement permanent et 4 places d'hébergement temporaire	5,2 praticiens
Equipe mobile de gériatrie		0.20 praticien

Dès le plan Solidarité Grand Age 2007 – 1012, le système hospitalier était invité à prendre les mesures pour faire face non seulement à l'accroissement du nombre de personnes âgées, notamment les personnes de plus de 75 ans, mais aussi répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées, souvent polypathologiques, fragiles et vulnérables et ainsi **prévenir la perte d'autonomie qui touchait alors entre 6 et 7 % des personnes âgées de plus de 60 ans.**

Les mesures visaient à une structuration territoriale de la prise en charge des personnes âgées grâce au développement de filières gériatriques hospitalières intégrant les hôpitaux locaux (devenus depuis des hôpitaux de proximité) en amont et en aval des plateaux techniques gériatriques et très fortement maillées avec les professionnels intervenant au domicile et les EHPAD.
Le rapport cadre Parcours de la personne âgée, publié par le Conseil Départemental de l'Allier en 2022, apporte également des données socio-démographiques complémentaires sur la population âgée vivant dans le département, notamment :

- **La part des personnes âgées vivant seules dans l'Allier** est plus importante qu'au niveau métropolitain : **32 % des personnes âgées de plus de 60 ans vivent seules et 39,7 % pour les plus de 75 ans, contre respectivement 29,8 % et 38,4 %.**

- **Une fragilité socio-économique :** le département est marqué par un taux de pauvreté monétaire de 15,5 %, supérieur au taux métropolitain **(14,6 %)**, d'où un niveau de vie plus faible que la moyenne.

- **L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA),** versée par le Département, concernait en 2022, 5.775 bénéficiaires vivant à leur domicile et 5.472 vivant en EHPAD(1). Les bénéficiaires APA à domicile sont majoritairement évalués en GIR 4.

Les acteurs de santé, du médico-social et du social du territoire sont donc amenés à répondre à des besoins accrus en soins, en aides et en accompagnement d'une population vieillissante, rencontrant des situations accrues de dépendance, confrontée à des risques d'isolement social du fait de nombreuses personnes vivant seules et marquée par une relative précarité économique (notamment due à une surreprésentation des retraités du monde agricole).
L'enjeu est de répondre au mieux à l'ensemble de ces demandes, dès aujourd'hui et en prévision de leur croissance demain.

L'enjeu est de répondre au mieux à l'ensemble de ces demandes, dès aujourd'hui et en prévision de leur croissance demain.

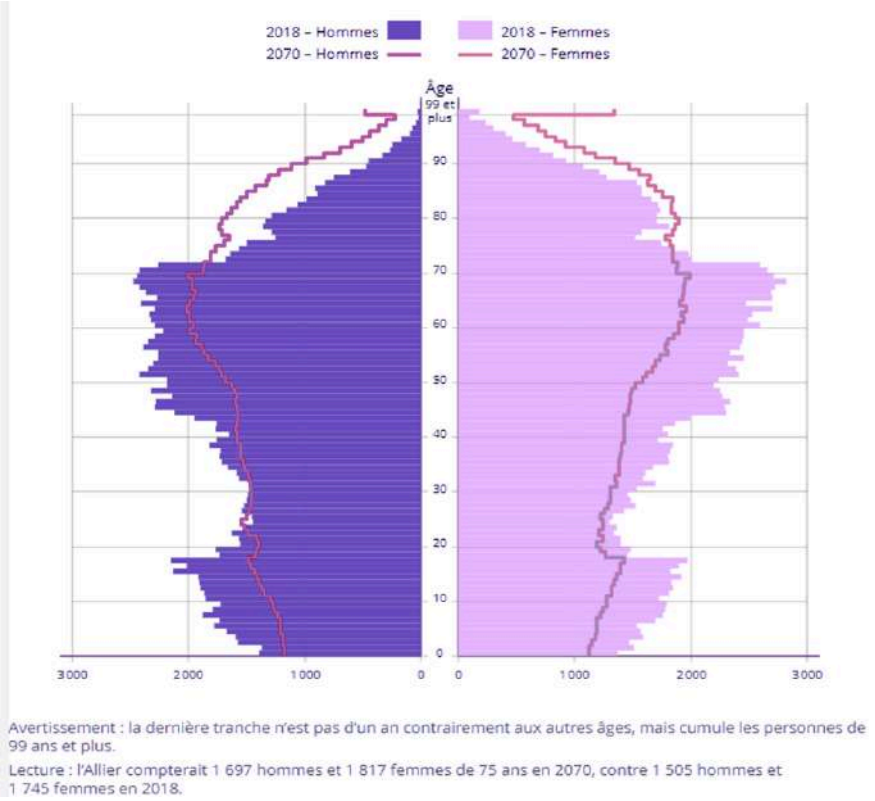
Sous l'effet de l'augmentation de l'espérance de vie, la population continuerait de vieillir d'ici 2070, modifiant la structure par âge des habitants du département.

Le vieillissement se manifesterait à la fois par une hausse du nombre de personnes de 75 ans ou plus (+ 18 200) et par une baisse de celles des moins de 20 ans (– 18 200). La part des personnes de 75 ans ou plus passerait **de 14 % en 2018 à 22 % en 2070**, proportion plus forte qu'au niveau régional **(9 % en 2018 et 18 % en 2070).**

L'âge moyen de la population du département s'élèverait de quatre ans (45,9 ans en 2018 contre 49,9 ans en 2070).

1: Rapport d'activité 2022 du Conseil Départemental de l'Allier, page 25.

Pyramide des âges de l'Allier en 2018 et 2070 :



Avertissement : la dernière tranche n'est pas d'un an contrairement aux autres âges, mais cumule les personnes de 99 ans et plus.

Lecture : l'Allier compterait 1 697 hommes et 1 817 femmes de 75 ans en 2070, contre 1 505 hommes et 1 745 femmes en 2018.

→ Source : Insee, Omphale 2022, scénario central.

Les personnes âgées souhaitent rester le plus longtemps possible à leur domicile, voire y finir leurs jours. La part des personnes dépendantes vivant à domicile pourrait atteindre **80 %** et le nombre de dépendants les plus âgés (75 ans et plus) à domicile **passerait de 11.000 à 16.800 en 35 ans**, selon le rapport cadre précité du Conseil départemental 03.

Plusieurs axes sont essentiels pour cela : la construction de parcours de santé fluides et coordonnés, la prévention de la perte d'autonomie, le repérage des fragilités et la prévention des risques.

La coordination des différents acteurs, qu'ils relèvent du champ sanitaire, médico-social ou social, est indispensable pour parvenir à apporter une réponse satisfaisante à ces besoins, d'autant plus dans le contexte de pénurie et de tensions sur de nombreuses professions médicales et paramédicales.

Diagnostic ciblé :

La population du bassin de Montluçon est d'ores-et-déjà confronté au vieillissement comme le montrent le tableau et le graphique ci-dessous.

La part des personnes âgées de 60 à 74 ans a progressé de près de quatre points entre 2010 et 2021 (22 % de la population totale en 2021 contre **18,1 %** en 2010) et celle des plus de 75 ans de plus d'un point (14,1 % de la population totale en 2021 contre 13 % en 2010).

Évolution et structure de la population en 2021

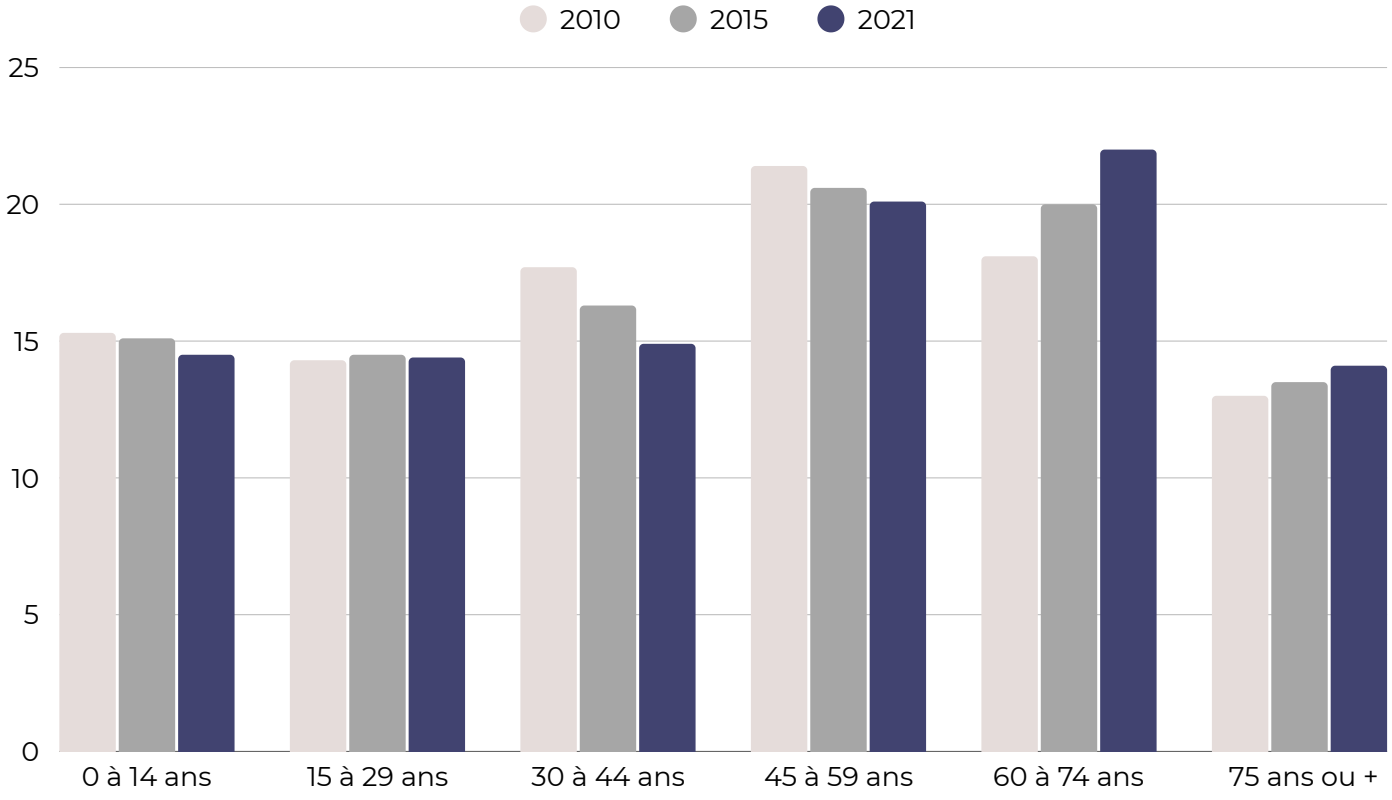
Arrondissement de Montluçon (031)

POP T0 - Population par grandes tranches d'âges

Âge	2010	%	2015	%	2021	%
Ensemble	112 044	100,0	110 365	100,0	105 282	100,0
0 à 14 ans	17 147	15,3	16 668	15,1	15 318	14,5
15 à 29 ans	16 311	14,3	16 031	14,5	15 110	14,4
30 à 44 ans	19 821	17,7	18 003	16,3	15 732	14,9
45 à 59 ans	23 930	21,4	22 752	20,6	21 147	20,1
60 à 74 ans	20 236	18,1	22 024	20,0	23 142	22,0
75 ans ou plus	14 598	13,0	14 886	13,5	14 830	14,1

→ Source : Insee, RP2010, RP2015 et RP2021, exploitations principales, géographie au 01/01/2024

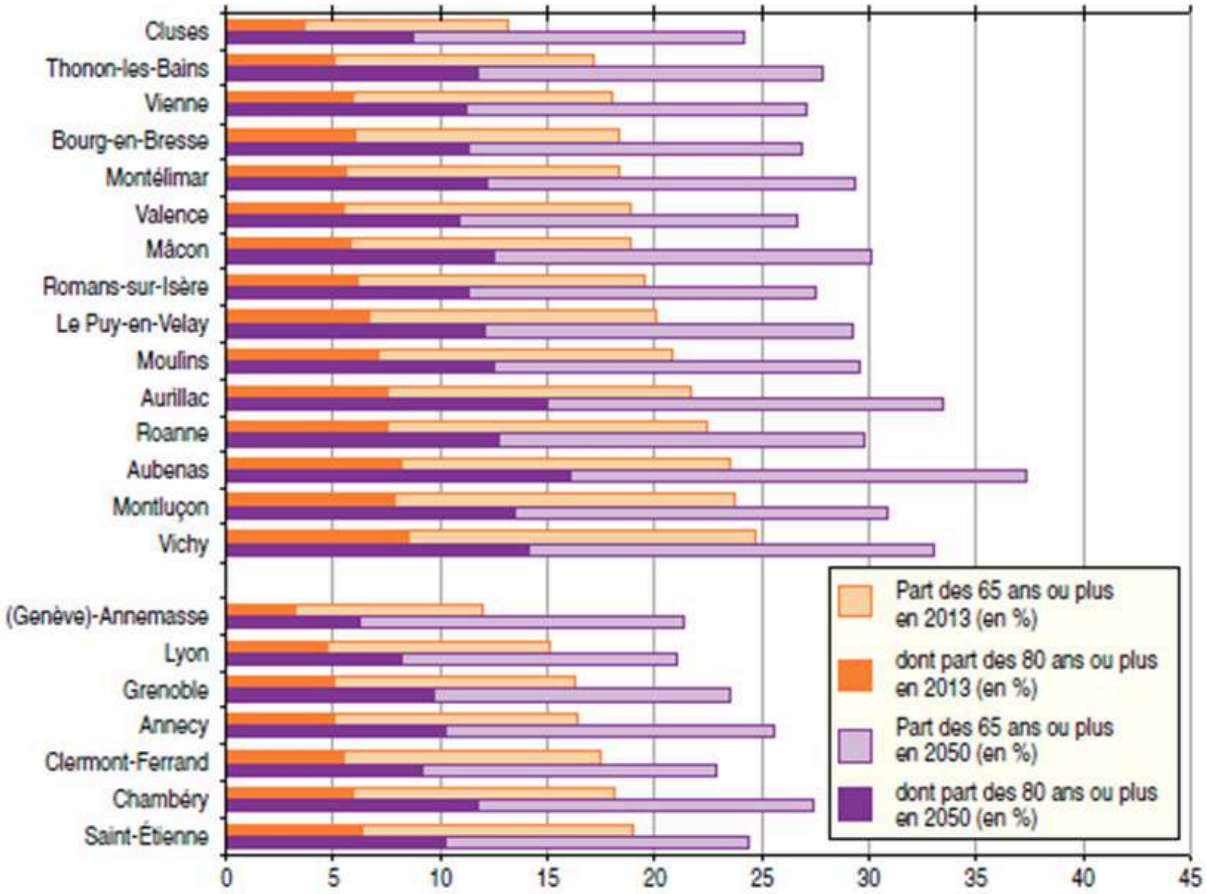
POP G2 - Population par grandes tranches d'âges



→ Source : Insee, RP2010, RP2015 et RP2021, exploitations principales, géographie au 01/01/2024

Cette progression va se poursuivre sur les prochaines années comme le projette une étude de l'INSEE sur la population des villes moyennes de la région ARA (cf graphique ci-dessous).

Part des personnes âgées dans la population des aires urbaines en 2013 et en 2050



Note de lecture : dans l'aire urbaine de Cluses, en 2013, 13 % de la population a 65 ans ou plus et 4 % a 80 ans ou plus. Ces parts atteindraient 24 % et 9 % en 2050.
Champ : aires urbaines de plus de 50 000 habitants en 2013
Sources : Insee, Recensement de la population 2013 et Omphale 2017 (scénario central)

Cette étude montre que si le rythme de croissance des villes moyennes diffère selon leur structure par âge et leur attractivité résidentielle, toutes sont confrontées au vieillissement de leur population.

Les personnes âgées de 65 ans ou plus augmentent à la fois en nombre et en proportion. Ce vieillissement se poursuivra nécessairement d'ici 2050, comme dans l'ensemble du pays et de la région, avec l'arrivée aux âges élevés des dernières générations du baby-boom, plus nombreuses que les suivantes. Il sera plus marqué dans les villes moyennes que dans les grandes agglomérations et son impact sur le solde naturel devrait contribuer à diminuer leurs gains de population.

La part des personnes âgées de plus de 65 ans dans l'aire urbaine de Montluçon devrait atteindre **31 % en 2050 contre 24 % en 2013**, et parmi elles, celle des plus de 80 ans s'élèverait à **14 % en 2050 contre 7,5 % en 2013.**

Le Centre Hospitalier est régulièrement confronté à des situations de rupture de parcours chez des personnes âgées dépendantes vivant à leur domicile, du fait d'un maintien à domicile de plus en plus difficile, de l'épuisement de l'entourage ou de la survenue d'un épisode aigu, qui conduisent à une hospitalisation malheureusement trop souvent en urgence.

Ces situations génèrent un stress important pour la personne prise en charge, des risques accrus d'aggravation de sa dépendance et souvent des difficultés en sortie d'hospitalisation pour préparer le retour à domicile. Ces situations sont traitées avec toute l'attention nécessaire mais elles se heurtent néanmoins à des difficultés importantes qui conduisent aujourd'hui les acteurs à tenter de mieux les anticiper en développant une meilleure coordination de leurs actions respectives, au bénéfice des personnes âgées.

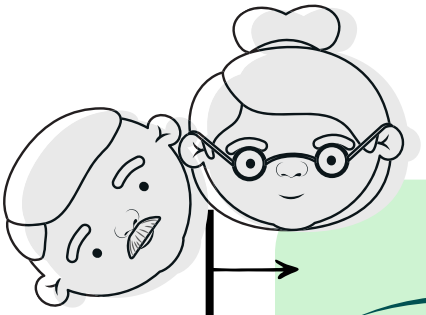
Le Centre Hospitalier de Montluçon – Néris-les-Bains propose une offre de soins structurée et étoffée au niveau de sa filière gériatrique, tant sur le volet sanitaire que médico-social. Cela constitue un atout majeur pour faire face au vieillissement de la population du bassin de Montluçon. Pour autant, la structuration de cette filière à l'échelle du territoire reste à parfaire, et les partenariats avec les professionnels de premier recours, et notamment ceux intervenant au domicile des personnes âgées, devront être consolidés pour apporter la réponse la plus pertinente aux besoins des patients et s'adapter aux souhaits de ces derniers de rester le plus longtemps possible à leur domicile et limiter la perte d'autonomie.

Le principal objectif est donc de construire des parcours de soins coordonnés intégrant l'ensemble de la filière gériatrique, y compris les composantes médico-sociales (Service de Soin Infirmier À Domicile – SSIAD, EHPAD) et aussi les services du CH accueillant des patients âgés polypathologiques.

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que l'amélioration de l'efficience (diminution des hospitalisations injustifiées, fluidification de la filière de prise en charge, coopérations entre les différents intervenants pour éviter les redondances…) sont inscrites à chaque étape de ce parcours de soins.

A l'échelle du GHT, des orientations ont également été arrêtées pour favoriser la réponse au vieillissement de la population :

- Maintenir les équipes gériatriques,
- Renforcer le temps médical des équipes mobiles de gériatrie,
- 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,
- Construire une filière universitaire gériatrique,
- Construire une filière gérontopsychiatrique.



FORCES

- Filière gériatrique complète,
- Collaboration étroite avec les autres services (Médecine, Chirurgie) du CH,
- Maillage territorial dense sur le bassin de Montluçon (EHPAD, accueil de jour, hébergement temporaire ...), conventions de coopération avec le CH,
- Développement des parcours d'admissions directes des personnes âgées de plus de 75ans,
- Lien étroit avec les professionnels libéraux, CPTS,
- Présence d'une cellule de gestion des flux avec deux IDE,
- Interventions de l'HAD en EHPAD,
- Présence du service social pour anticipation des sorties et gestion en lien avec le DAC des cas complexes,
- Accompagnement soins palliatifs avec trois LISP installés au CSG et appui de l'EMSA.

FAIBLESSES

- Equipes médicales de Gériatrie à conforter,
- Equipe mobile de gériatrie à renforcer pour être en capacité d'assurer des interventions auprès de tous les services demandeurs, notamment les Urgences, et également en extra-hospitalier,
- Absence d'unités adaptés à la prise en charge des résidents atteints de troubles cognitifs (UHR, UVP, UCC, PASA), refus de certaines admissions compte-tenu des locaux non adaptés pour leur sécurité,
- Locaux vétustes de l'EHPAD Cuvelier à Néris-les-Bains et du bâtiment Agate à Courtais,
- Capacités en lits EHPAD et USLD non réparties géographiquement sur le site de Courtais,
- Absence de plate-forme de répit pour les aidants sur le territoire.

OPPORTUNITÉS

- Positionnement territorial de la filière gériatrique du CH à parachever et attentes fortes des partenaires médico-sociaux et sociaux,
- Projet de fédération médicale avec les structures médico-sociales et sociales du bassin,
- Projet architectural de restructuration des EHPAD en cours de négociation avec les autorités de tarification,
- Développement de la télémédecine vers les EHPAD,
- Rapprochement avec les SAD,
- Projet de centre de ressources territorial
- Formation d'une IPA sur les pathologies chroniques,
- Projet de places d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation pour faciliter la gestion des sorties de court séjour,
- Renouvellement à venir des CPOM.

MENACES

- Offre concurrentielle en EHPAD,
- Situation financière dégradée des EHPAD et de l'USLD,
- Soutenabilité du plan de financement du projet de restructuration des EHPAD dans le contexte financier dégradé du CH,
- Impossibilité de développer l'EMG faute de moyens financiers alloués par l'ARS.

6.1 LE COURT SÉJOUR GÉRIATRIQUE ET LES CONSULTATIONS GÉRIATRIQUES ET MÉMOIRE

Pilier central de la filière gériatrique, le service de court séjour gériatrique prend en charge en hospitalisation complète, conformément au référentiel issu de la circulaire du 28 mars 2007(1), des patients gériatriques, généralement âgés de 75 ans et plus, se caractérisant par la présence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et / ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure, et par l'intrication fréquente des pathologies neuro-dégénératives et somatiques, et des problèmes sociaux surajoutés. Ces patients sont hospitalisés en raison d'une aggravation d'une de ces pathologies ou de la survenue d'une affection aigue.

Ce service dispose également de trois lits identifiés en soins palliatifs ce qui permet, en collaboration avec l'EMSA, d'accompagner les patients en fin de vie.

Les praticiens du service assurent également des consultations d'évaluation gériatrique (notamment bilans de chute) et des consultations mémoire. Un praticien neurologue réalise aussi des consultations mémoire. Des neuropsychologues interviennent lors de ces consultations et un bilan d'orthophonie est réalisé. Les cas difficiles sont référés au CM2R (Centre Mémoire Ressources et Recherche) du CHU de Clermont-Ferrand.

	2023	2024
File active	694	648
Nombre de séances	15	23
Nombre de Séjours	771	737
Nombre de jours réalisés	10 228	9 893
DMS du service	14,75	15,08
% séjours service > 15 jours	30,40%	27,95%
Âge moyen	86,73	86,91
% séjours avec âge >= 75 ans	97,28%	97,83%
% entrées via SAU	65,07%	57,39%
% décès	12,03%	11,26%

1: Circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

Les GHM les plus fréquents

		2023	2024
05M093	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 3	36	34
19M063	Troubles mentaux d''origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans, niveau 3	20	32
04M053	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	23	25
08M193	Autres pathologies de l''appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, niveau 3	30	24
19M203	Autres troubles mentaux, niveau 3	15	18
28Z17Z	Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	8	14
23M064	Autres facteurs influant sur l''état de santé, niveau 4	18	14
04M052	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	9	13
05M092	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 2	11	13
08M263	Fractures du rachis, niveau 3	11	12

Consultations Mémoire

Bilan d'activité	2019	2020	2021	2022	2023	2024
File active	199	225	216	371	448	**428**
Nouveaux patients	65	95	82	216	250	**234**
Nb de consultations médicales	231	257	277	197	253	**337**
Délai de consultation (en jours)	56	60	216	270	448	**180**
Nombre de bilans neuro-psychologiques	442	442	518*	280	297	**178**
Âge moyen	83.4	80	82	76	77.8	**80.1**

Objectif 1 : Poursuivre le développement des consultations gériatriques

Sous objectif 1.1 : Développer les consultations d'évaluation gériatrique (bilan de chutes notamment) et les consultations mémoire,

Sous objectif 1.2 : Mettre en place une consultation d'évaluation gériatrique pour les patients pour lesquels se pose une indication de réalisation d'un TAVI ou d'une fermeture de l'auricule gauche.
Ce geste est réalisé par les cardiologues interventionnels et impose au préalable une consultation d'évaluation gériatrique. Les patients sont actuellement orientés vers le CHU de Clermont-Ferrand.

Objectif 2 : Diversifier les modes de prise en charge

Sous objectif 2.1 : Mettre en place un hôpital de jour gériatrique pour la réalisation de bilans, examens ou soins nécessitant la proximité d'un plateau technique, avec la réalisation, par une équipe pluridisciplinaire d'une évaluation gérontologique.
Cela peut notamment concerner : des bilans cognitifs, des bilans de chute, des bilans iatrogéniques ...
Une telle unité est à l'interface entre la médecine hospitalière et la médecine de ville et constitue une porte d'entrée privilégiée de la personne âgée dans la filière de soins gériatriques.

Sous objectif 2.2 : Poursuivre les admissions directes des personnes âgées de plus de 75 ans sans passer par les urgences (mesure 5 du plan de refondation des urgences de 2019).

Zoom sur le parcours d'admissions directes des personnes âgées de plus de 75ans :

Initiées depuis 2020, les organisations d'admissions directes en services de médecine ou de chirurgie des établissements de santé contribuent à la limitation des passages aux urgences des personnes âgées lorsqu'ils sont évitables et permettent ainsi de réserver les prises en charge aux urgences aux situations qui le nécessitent. Ces organisations sont déployées par les acteurs du territoire, sous la coordination des agences régionales de santé (ARS), et ont bénéficié d'un soutien financier.

La mise en place au CHMN d'une cellule de gestion des flux dès 2022, renforcée avec une deuxième infirmière en 2024, a permis d'organiser de façon très opérationnelle les parcours d'admissions directes des personnes de plus de 75 ans, en coordination étroite entre les services hospitaliers et les acteurs libéraux (CPTS ...).

En 2024, 252 demandes de prises en charge ont été traitées par cette cellule, dont près de 70 % concernent des personnes âgées de plus de 75 ans. Les demandes émanent très majoritairement des médecins traitants (55 %). Près de 42 % de ces demandes sont orientés vers le service du court séjour gériatrique.

6.2 SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION GÉRIATRIQUES

Initialement définies par des décrets de 2008, les soins de suite et de réadaptation (SSR) sont désormais dénommés soins médicaux et de réadaptation (SMR) suite à la réforme des autorisations et à la publication des décrets du 11 janvier 2022. Les SMR ont pour objet de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, sociales des déficiences et limitations de capacités et de promouvoir la réadaptation des patients.

Cette réforme doit permettre l'émergence d'une logique globale de gradation de l'offre de soins, avec notamment un rôle de recours des établissements SMR « spécialisés » vis-à-vis des « polyvalents » et/ou autorisés pour d'autres mentions spécialisées. Elle renforce la médicalisation de la prise en charge et le nombre de séquences de prise en charge par les paramédicaux. Elle incite également au développement des prises en charge ambulatoires en rendant obligatoire, pour chaque structure autorisée, de proposer, soit sur site soit par convention, de l'hospitalisation conventionnelle et à temps partiel.

Par ailleurs, ce secteur d'activité connaît une réforme de son financement depuis quelques années, avec une part de tarification à l'activité, mais aussi une reconnaissance de plateaux techniques et, dans certains cas, d'expertise.

Rappel des principaux objectifs du Schéma Régional de Santé 2023- 2028 :

Stratégie régionale de l'offre de soins en SMR :

1. **Adapter** l'offre de proximité aux besoins liés au vieillissement de la population.
2. **Pérenniser** l'offre de SMR polyvalents indispensable aux filières d'aval du MCO.
3. **Amplifier** les prises en charge en ambulatoire.
4. **Développer** la télé-réadaptation.
5. **Améliorer** les délais d'admission en SMR.

Diagnostic ciblé :

Le service de SMR gériatrique est situé au premier étage du PT1, sur le même plateau que le service de médecine à orientation gériatrique récemment mis en place (janvier 2025). L'équipe paramédicale est mutualisée entre les deux services, fruit de l'organisation historique de ce secteur et facilitant ainsi le partage d'une culture gériatrique pour la prise en charge des patients.

Objectif 1 : Stabiliser l'équipe médicale du SMR gériatrique afin de favoriser la prise en charge des patients et le déploiement des projets.

Objectif 2 : Mettre en place un hôpital de jour SMR gériatrique pour favoriser les prises en charge en alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, et conformément aux orientations nationales et au SRS. Cette structure permettrait d'assurer un suivi régulier des patients dans leur parcours de rééducation en favorisant l'accès au plateau technique.

Objectif 3 : Renforcer les prises en charge pluridisciplinaires en consolidant l'équipe médicale et paramédicale, notamment en rééducation (orthophonie, kinésithérapie, psychologie ...) permettant ainsi d'offrir à chaque patient des séquences journalières de traitement adaptées, sous forme individuel et / ou collective.

Objectif 4 : S'inscrire dans le projet de développement de la RAAC (réhabilitation améliorée après chirurgie), notamment en Orthopédie, dans le but de diminuer les risques opératoires en réévaluant les traitements et / ou en stabilisant des pathologies médicales, afin de limiter les durées d'hospitalisation pour les patients.

Objectif 5 : Renforcer la coopération avec l'EMSA pour adapter les soins et conforter l'expertise pour les patients en fin de vie et améliorer leur accompagnement et celui des familles.

6.3 EQUIPE MOBILE DE GÉRIATRIE

Le développement et la structuration d'une offre de soins non programmés adaptée aux personnes âgées pour prévenir leur passage inadéquat aux urgences implique une structuration de la filière gériatrique pour organiser l'accès à l'expertise gériatrique sur le territoire tant en intra qu'en extra hospitalier, de manière à ce que les médecins traitants puissent y recourir.

L'équipe mobile de gériatrie assure un rôle d'équipe hospitalière experte. Elle contribue à une prise en charge adaptée du patient âgé hospitalisé et joue un rôle d'interface avec les acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes âgées sur leurs lieux de vie afin de fluidifier les parcours de santé.

Il s'agit pour cette équipe de déployer ses interventions sur les lieux de vie des personnes âgées fragiles pour limiter les hospitalisations évitables et les hospitalisations en urgence ainsi que de développer sa mission d'acculturation gérontologique des acteurs du premier recours. Au sein du centre hospitalier l'équipe mobile apporte une compétence et une expertise gériatrique. Elle permet de fluidifier le parcours hospitalier et d'améliorer la prise en charge en vue de réduire le risque de dépendance nosocomiale, source de prolongation des séjours, de réhospitalisation et de perte durable de l'autonomie.

Diagnostic ciblé :

Actuellement, le centre hospitalier ne dispose pas d'une équipe mobile gériatrique autonome. Cette dernière fonctionne avec un temps limité de praticien gériatre du court séjour gériatrique et répond aux demandes d'avis des services MCO de l'établissement, hormis le service des urgences. Par ailleurs, elle n'intervient pas en dehors de l'établissement.

Compte-tenu du nombre croissant de personnes âgées dépendantes sur le territoire, de la politique en faveur du soutien au domicile et de la diversification des lieux de vie des personnes âgées en perte d'autonomie (EHPAD, résidences autonomie, résidences services ou dans le futur EHPAD hors les murs, habitats inclusifs ...), du mouvement d'intégration des actions de l'aide et du soin à domicile, il devient indispensable d'adapter l'offre de soins sanitaire et de développer l'accès à l'expertise gériatrique hospitalière au travers le déploiement de l'équipe mobile gériatrique en extra-hospitalier.

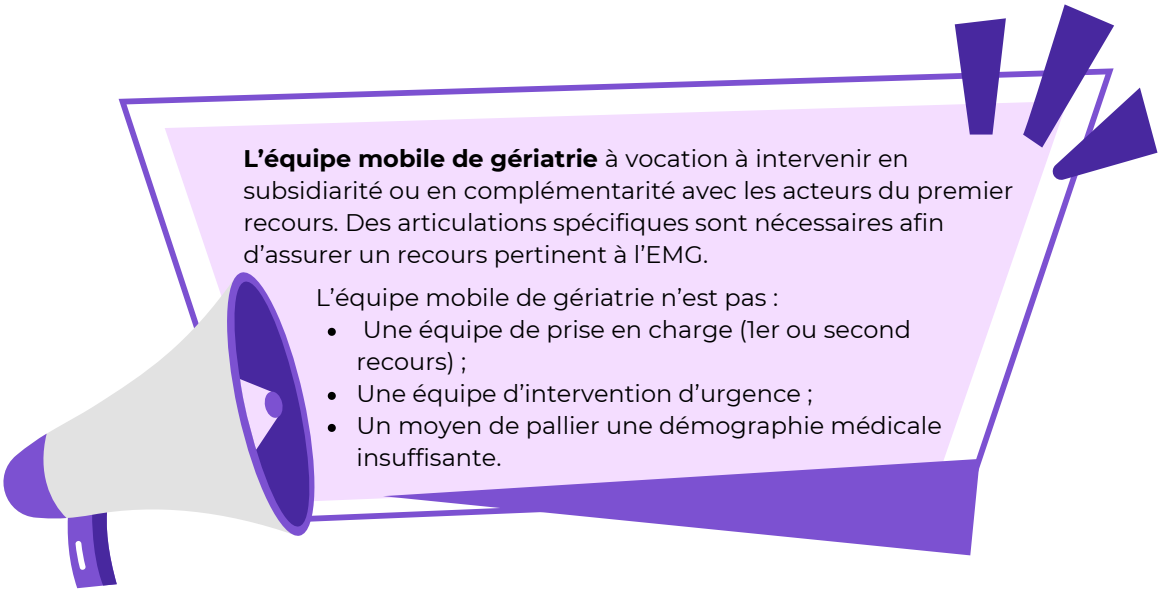
En 2023, l'équipe mobile intra-hospitalière a assuré une centaine d'interventions et donné près de 150 avis téléphoniques.

Objectif 1 : Consolider l'équipe mobile gériatrique intra-hospitalière pour permettre son intervention dans tous les services demandeurs au sein de l'établissement, et notamment au niveau de l'accueil des urgences qui constitue une porte d'entrée encore trop importante des personnes âgées à l'hôpital.

Objectif 2 : Favoriser la pluridisciplinarité de l'équipe mobile gériatrique, conformément au cahier des charges, pour appréhender la personne âgée dans la globalité de ses besoins et prendre en compte les différentes formes de vulnérabilité (somatique, sociale, psychique ...).
L'objectif est de disposer au sein de cette équipe de temps Praticien gériatre, IDE ou IPA, ergothérapeute, psychologue, assistante sociale ...

Objectif 3 : Développer les interventions de l'équipe mobile gériatrique sur le territoire de santé, en extra-hospitalier, de façon graduée, d'abord vers les EHPAD et autres structures hébergeant des personnes âgées, puis vers les autres lieux de vie (domicile notamment).

Cette orientation doit s'articuler étroitement avec les dispositifs existants, tels que le DAC, les services intervenant déjà au domicile (HAD, offre en psychiatrie de proximité ...) et les professionnels de premier recours (médecin traitant ...) afin de ne pas créer de redondances mais bien de contribuer à assurer l'évaluation gériatrique des personnes âgées présentant des situations complexes, à renforcer la culture gériatrique des acteurs du parcours de santé des personnes âgées et à les aider dans l'appropriation des bonnes pratiques de soins.



De façon générale, l'atteinte de ces objectifs nécessite un renfort conséquent des moyens de l'équipe mobile gériatrique qui ne pourra être effective sans un accompagnement financier de l'Agence régionale de santé.

6.4 EHPAD ET USLD

Le secteur d'hébergement accueille des personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie physique et/ou intellectuelle. Les pathologies démentielles sont de plus en plus nombreuses et les différents stades de cette maladie sont rencontrés dans l'établissement.
Le secteur hébergement (USLD et EHPAD) occupe une place importante au sein du Centre Hospitalier de Montluçon – Néris-les-Bains. Il dispose en effet d'une capacité d'accueil de 453 lits répartis de la façon suivante :

- **EHPAD / USLD de Courtais (Montluçon) : 60 lits d'USLD et 199 lits d'EHPAD** installés au sein d'un même site. Ce nombre est en adéquation avec les besoins de la population en modifiant la prise en charge pour les résidents atteints de maladie Alzheimer ou maladies apparentées,

- **EHPAD Lakanal (Montluçon) : 62 lits** à maintenir comme tels,

- **EHPAD Chant'Alouette (Montluçon) : 32 lits** dans une structure peu adaptée à une prise en charge de la dépendance physique et psychique. Cette structure sera transférée sur le site de Courtais, dans le cadre du projet immobilier,

- **EHPAD Cuvelier (Néris-les-Bains) : 36 lits** d'hébergement permanent et **4 places d'hébergement temporaire,** dans des locaux inadaptés à la prise en charge des personnes âgées. Cette structure a vocation à être définitivement fermée,

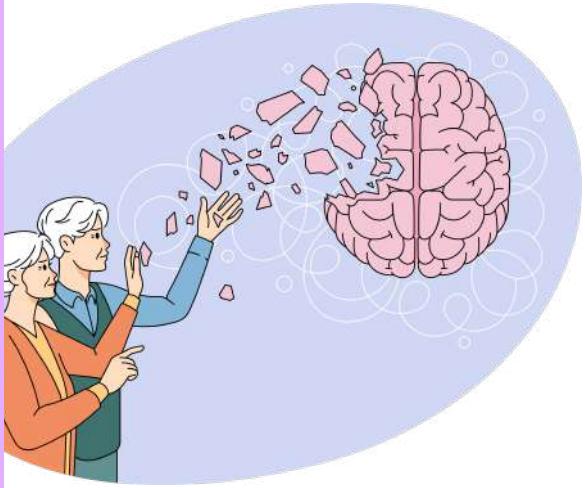
- **EHPAD Les Hirondelles (Néris-les-Bains) : 60 lits** à maintenir comme tels.

Ce nombre de lits est le reflet des besoins accrus de la population âgée, en augmentation croissante avec notamment l'apparition **de « supers séniors » au-delà de 90 ans, voire 100 ans**.

Le projet médical vise à mieux répondre aux besoins de la population accueillie en offrant des prises en charge adaptées et conformes aux recommandations actuelles à travers plusieurs objectifs.

Objectif 1 : Mettre en place des prises en charge adaptées aux besoins de la personne accueillie

Objectif 1.1 : Créer des unités adaptées aux besoins des résidents atteints de maladie Alzheimer ou apparentée.
Cela s'inscrit dans le cadre du projet de restructuration immobilière des EHPAD (cf encadré) : création de deux unités de vie protégée et d'un PASA.



Objectif 1.2 : Organiser le rapatriement des 32 lits de l'EHPAD Chant'Alouette sur le site de Courtais pour une meilleure prise en charge de leur dépendance.

Objectif 1.3 : Regrouper les 60 lits d'USLD sur une même entité géographique et en deux sous unités. Actuellement la dispersion de ces lits USLD sur les deux étages des bâtiments Cristal et Opale est préjudiciable à la prise en charge de ces résidents, très dépendants sur le plan autonomie (GMP 890) et porteurs de pathologies chroniques potentiellement instables (PMP 320).

Objectif 2 : Diversifier les modes de prises en charge

Objectif 2.1 : Développer les liens avec la géronto-psychiatrie : installée au sein du pôle de psychiatrie, l'unité de géronto-psychiatrie peut organiser des hospitalisations de répit pour des résidents confus ou très agités.

Objectif 2.2 : Développer des alternatives non médicamenteuses (espace Snoezelen – animaux – objets occupationnels). Les thérapeutiques non médicamenteuses (TNM) sont un ensemble de techniques de soins, d'approches environnementales, humaines. Elles ont pour objectifs le traitement et/ou le soulagement de certains symptômes et l'amélioration de la qualité de vie, la recherche d'un état de bien-être, ainsi que la prévention de l'iatrogénie.

Objectif 2.3 : Proposer deux lits d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation et deux lits de répit pour les aidants naturels.. Ces lits permettraient un désengorgement des services d'urgences par des sorties plus rapides des services de médecine aigue vers les structures d'aval.

Objectif 3 : Renforcer l'ancrage territorial des EHPAD et les adapter aux attentes des résidents et des familles (« transformation domiciliaire des EHPAD »)

Objectif 3.1 : Installer un tiers-lieu au sein des EHPAD. Un tiers lieu est un lieu inspirant et stimulant pour les résidents de l'EHPAD, une « place du village » qui fait entrer dans l'établissement des personnes et des activités inédites. Le principe est de chercher des "complices" locaux, un partenariat avec la ville et d'imaginer ensemble un lieu dans l'enceinte de l'établissement, librement accessible aux résidents comme aux habitants des environs et du quartier. Ce lieu permet les échanges, les rencontres, les animations entre personnes de tous âges. Il favorise le lien social. *Exemple : gymnastique douce, marché de produits locaux, jardinage ou maraîchage, expositions, répétitions de chorale ou groupe de théâtre, crèche associative, rencontres inter générationnelles, restaurant pour tous, Web café, café associatif des aidants...*

Objectif 3.2 : Envisager la création d'un centre de ressources territorial, porté par l'EHPAD et en appui des SSIAD et des SAD, dans l'optique de renforcer le lien domicile –EHPAD, mieux faire connaître les EHPAD et favoriser le maintien à domicile autant que possible.

Projet de création d'un Centre de Ressources Territorial (CRT)

Les enjeux du vieillissement et le virage domiciliaire, engendrent un changement de paradigme vers une prise en charge plus tournée vers le maintien à domicile.

En 2023, la majorité des personnes âgées dépendantes vivent chez elles. De façon plus précise, **76%** des personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4) vivent dans un domicile ordinaire et **22%** en EHPAD – USLD. Parmi les personnes les plus dépendantes (GIR 1 – 2), **53%** vivent dans un domicile ordinaire et **46,5%** en EHPAD / USLD. Le domicile alternatif reste très marginal (entre 0,5 et **2%**).

Le Centre de Ressources Territorial vise à proposer une solution alternative à l'EHPAD, permettant de sécuriser la prise en charge, de coordonner les actions des professionnels et d'offrir une solution à domicile, permettant ainsi de soulager les aidants.

De façon opérationnelle, le CRT permet un accompagnement renforcé de la personne âgée et un soutien aux aidants à domicile lorsque l'accompagnement classique déjà assuré par un service proposant de l'aide et ou des soins à domicile n'est plus suffisant.

Deux modalités d'intervention sont proposées par le CRT :

Le volet 1 porte sur « la mission d'appui aux professionnels du territoire, afin de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées» (formation, appui administratif et logistique ...).

Le volet 2 propose « une mission d'accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD ».

Le CRT peut être porté par un EHPAD ou un service à domicile.

Projet de restructuration des EHPAD

Le Centre Hospitalier de Montluçon – Néris-les-Bains a engagé une réflexion, en concertation avec le Conseil Départemental de l'Allier et l'Agence Régionale de Santé, sur un projet de restructuration du secteur EHPAD.

Le projet médical repose principalement sur la nécessité de disposer de locaux adaptés à la prise en charge de la grande dépendance et des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

Par ailleurs, l'établissement souhaite améliorer le confort hôtelier pour les résidents, et sécuriser l'exploitation technique des bâtiments (informatique, téléphonie, gestion bâtimentaire).

Les principaux points à retenir du Programme Technique Détaillé sont :

- La construction d'un bâtiment de 68 lits, répartis en plusieurs unités de vie : une unité de 28 lits, une UHR de 12 lits, deux Unités de Vie Protégée de 14 lits,
- La localisation de ce nouveau bâtiment sur un espace disponible sur le site de Courtais,
- La mise en place d'un Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) de 14 places pour les personnes souffrant de troubles du cognitifs modérés,
- La création d'un tiers lieu pour l'ouverture sur l'extérieur,
- Une logistique intégrée aux circuits du Centre Hospitalier pour une mutualisation des coûts d'exploitation (blanchisserie, restauration, magasin, déchets, transports internes).

Projet d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation

De quoi s'agit-il ?

Le dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation a été expérimenté à plusieurs reprises, avec l'autorisation de l'ARS, pour fluidifier le parcours des patients et faciliter les sorties, notamment dans des périodes de fortes tensions hospitalières saisonnières (période estivale notamment).

A qui s'adresse-t-il ?

Il consiste à proposer aux personnes âgées de plus de 60 ans et en perte d'autonomie, sortant des urgences ou d'une hospitalisation en court séjour ou en service de SMR, et ne relevant plus de soins médicaux hospitaliers, un hébergement temporaire en EHPAD d'une durée maximale de 30 jours, avant la réintégration de leur domicile dans un cadre sécurisé, ou, à défaut, leur orientation vers une nouvelles structure d'accueil. La poursuite du séjour hospitalier n'est plus justifiée pour ces personnes mais un retour à domicile est immédiatement impossible, ou risquerait, sans précaution, une nouvelle hospitalisation dans des délais courts.

Ce dispositif peut également bénéficier aux personnes âgées vivant à domicile, en cas de carence imprévue de leur aidant principal (décès ou problème grave ou imprévu de santé, avec ou sans hospitalisation).

Comment fonctionne-t-il ?

L'usager ne finance qu'un reste à charge de 20 euros par jours, correspondant au forfait hospitalier qu'il aurait à verser si son hospitalisation devait se poursuivre.

L'admission de la personne âgée donne lieu à l'établissement d'un document individuel de prise en charge. Le projet de vie en sortie du dispositif doit être travaillé dès l'admission, en lien avec les différents partenaires impliqués (médecin traitant, services à domicile, DAC, CRT ...).

PÔLE PSYCHIATRIE / SANTÉ MENTALE

Centre Hospitalier Montluçon - Néris-les-Bains

07 FILIÈRE DE LA SANTE MENTALE : LA PREVENTION ET LE SOIN

Déclarée Grande cause nationale 2025 par les pouvoirs publics, la santé mentale représente un enjeu majeur de santé publique. Les chiffres sont alarmants : selon l'UNAFAM(1), **plus d'un tiers** de la population sera touché par une maladie psychiatrique au cours de sa vie. Chaque année, 13 millions de personnes, soit 1 personne sur 5, souffrent d'un trouble psychique.

Les jeunes sont en première ligne : **75 % des troubles psychiques se déclenchent avant l'âge de 24 ans.** En 2021, les admissions aux urgences pour tentative de suicide chez les adolescents ont augmenté **de plus de 40 %.** Pourtant, cet enjeu de santé publique reste largement méconnu et affecte toutes les sphères de la société : l'école, le travail, la vie sociale et familiale.

L'impact économique est tout aussi préoccupant. Les troubles psychiques représentent un coût global pour la société de **163 milliards d'euros annuel** et constituent le premier poste de dépenses de l'Assurance maladie (25 milliards).

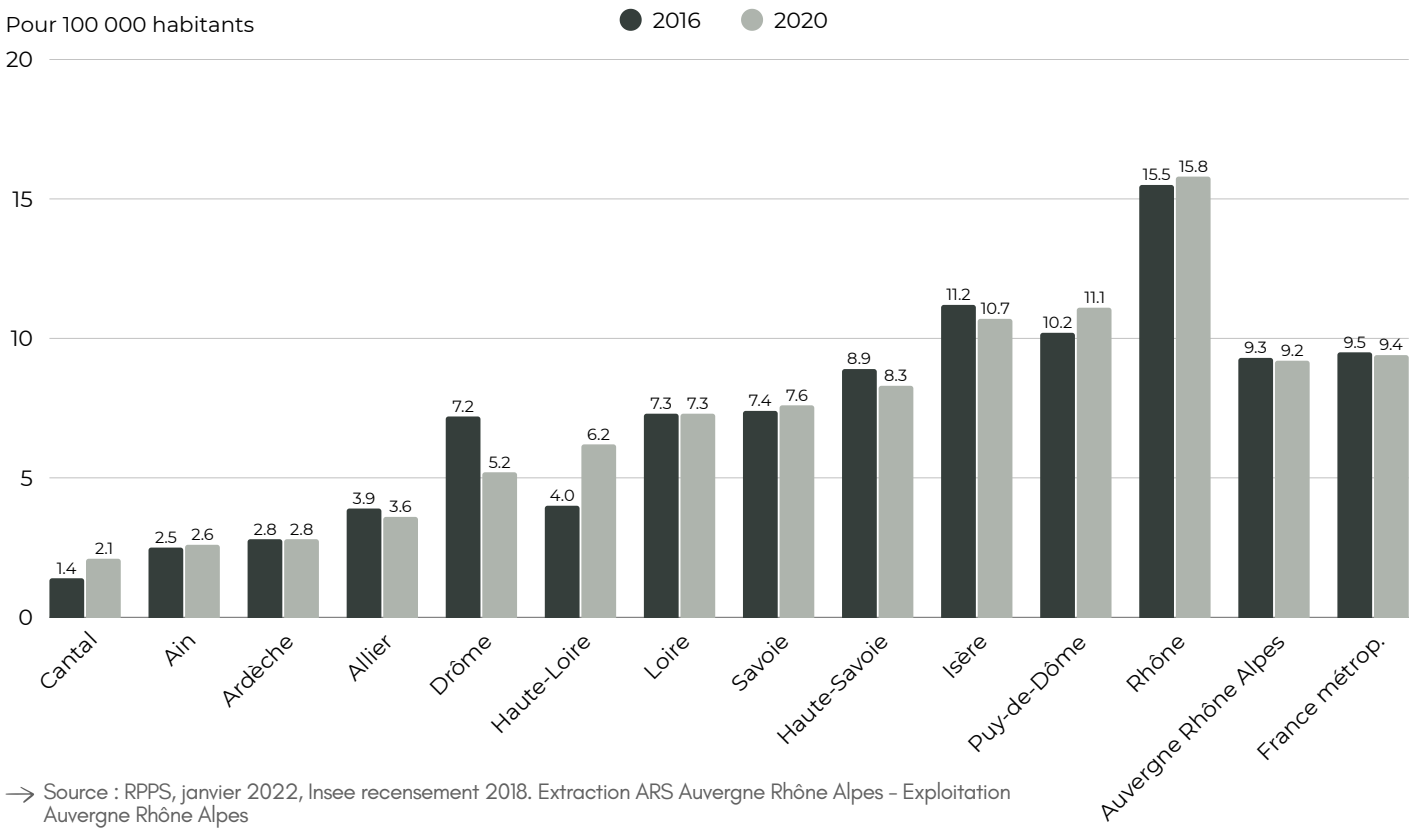
Malgré ces données frappantes, la santé mentale reste méconnue et souvent stigmatisée. **50 %** des personnes concernées préfèrent se taire, par crainte du jugement. Un tiers des Français considèrent encore les troubles psychiques comme synonymes de dangerosité. Ce tabou persistant freine le dépistage précoce, l'accès aux soins et les chances de rétablissement.

Faute d'une prise en charge adaptée, l'espérance de vie des personnes souffrant de troubles psychiatriques est réduite de 15 ans par rapport à celle de la population générale et **une personne se suicide toutes les heures en France.** Ce sont **les personnes âgées** qui ont le taux de suicide le plus élevé (35,2 pour 100.000 habitants en 2022 pour les personnes de 85 ans et plus, contre 13,3 pour 100.000 habitants pour l'ensemble de la population) et **les jeunes femmes de moins de 25 ans** qui enregistrent la plus forte progression même si leur taux reste inférieur à celui des hommes pour la même tranche d'âge. **Le suicide reste la deuxième cause de mortalité chez les jeunes, après les accidents**, même si le taux de suicide des moins de 25 ans reste le moins élevé parmi toutes les tranches d'âge (2,7 pour 100.000 habitants).

L'atlas régional de santé publié en juillet 2022 par l'ARS ARA présente la démographie médicale en psychiatres, libéraux et salariés. Si la densité régionale est assez proche de la moyenne nationale, elle masque de très fortes disparités intra-régionales. Ainsi, l'Allier figure parmi les départements de la région ARA qui ont une densité en Psychiatres nettement inférieure à la moyenne régionale (**3,6** psychiatres libéraux pour 100.000 habitants contre **9,2** en moyenne régionale) que ne compense pas la densité des psychiatres salariés exerçant en établissements de santé. Ces densités sont par ailleurs en diminution comparativement à 2016. Cette pénurie de professionnels médicaux constitue un frein évident à l'accès aux soins.

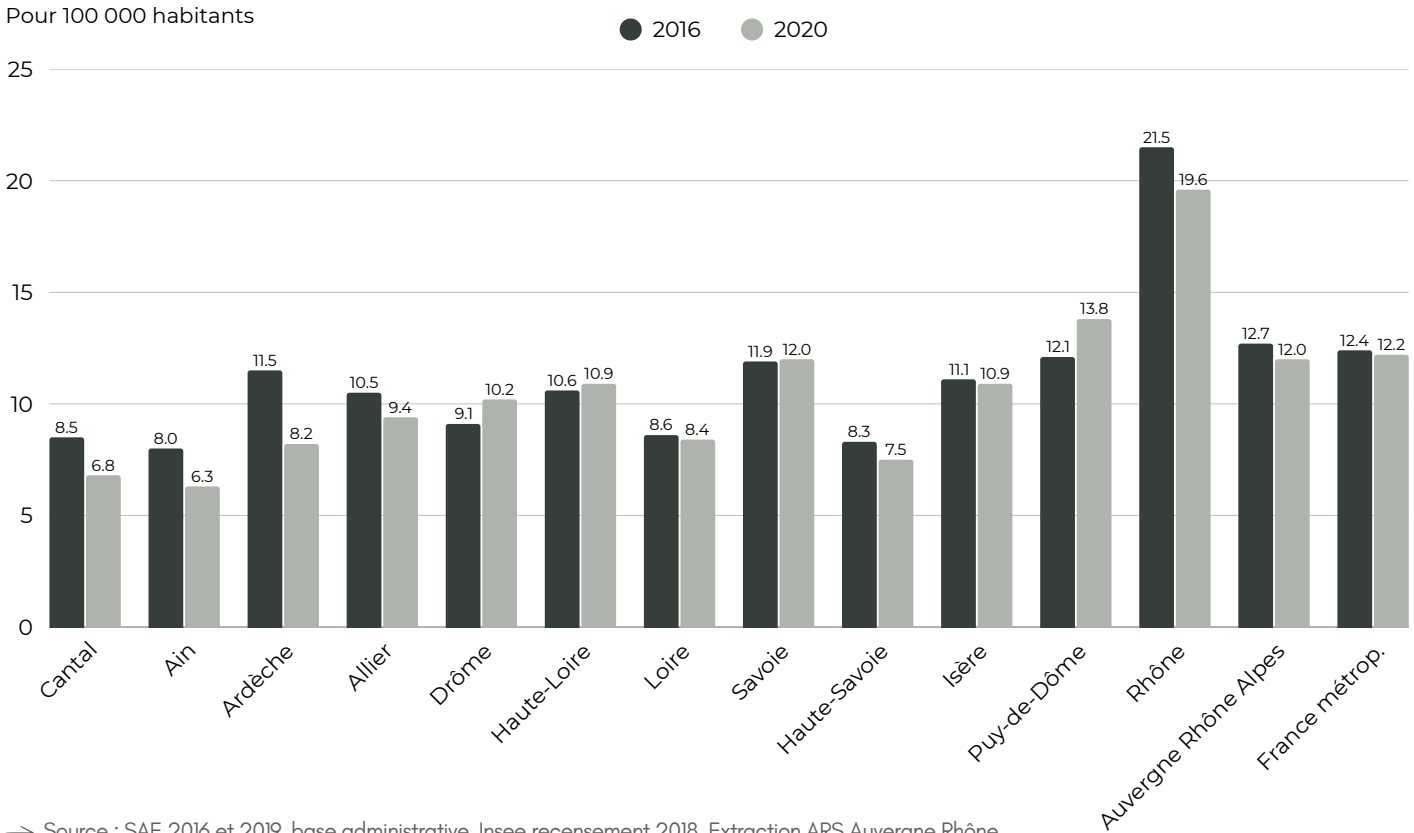
1: UNAFAM : Union Nationale des Familles et Amis de personnes Malades et / ou handicapés psychiques. Dossier La Santé Mentale : Grande cause nationale 2025.

Densité de médecins psychiatres libéraux en 2016 et 2020, par département, Auvergne-Rhône-Alpes, France métropolitaine :



→ Source : RPPS, janvier 2022, Insee recensement 2018. Extraction ARS Auvergne Rhône Alpes - Exploitation Auvergne Rhône Alpes

Densité de médecins psychiatres salariés en 2016 et 2020, par département, Auvergne-Rhône-Alpes, France métropolitaine :



→ Source : SAE 2016 et 2019, base administrative, Insee recensement 2018. Extraction ARS Auvergne Rhône Alpes - Exploitation Auvergne Rhône Alpes

Malgré le fait que la prévalence pour 100 000 personnes des ALD psychiatriques soit plutôt stable dans le département, l'Allier figure dans le décile le plus élevé de prévalence d'ALD psychiatrique, comparativement aux autres départements (Assurance Maladie, 2018) ; le bassin Montluçonnais présente un grand besoin de soins psychiatriques.

Rappel des principaux objectifs du Schéma Régional de Santé 2023- 2028 :

1

Préserver/maintenir l'offre existant tout en renforçant son décloisonnement et sa gradation.

Renforcer la gradation des soins en favorisant les alternatives à l'hospitalisation et l'ambulatoire, en incluant les soins intensifs à domicile.

Limiter chaque fois que possible les ré-hospitalisations.

Offrir des soins de second recours rapidement accessibles.

Déployer les équipes mobiles de crise.

2

Favoriser la logique de parcours de prise en charge

Réduire les inégalités de moyens entre territoires dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme du financement.

Formaliser dans chaque territoire sectorisé, le parcours de prise en charge des crises et des urgences psychiatriques entre les partenaires par une convention.

3

Garantir l'accès aux soins somatiques pendant la durée de l'hospitalisation en psychiatrie.

4

Continuer à renforcer le respect des droits des patients.

5

Développer la réhabilitation psycho-sociale et l'aide aux aidants.

A l'échelle du Département, le **Projet Territorial de Santé Mentale 03** auquel les professionnels du pôle de Psychiatrie ont été associés, définit les axes prioritaires suivants :

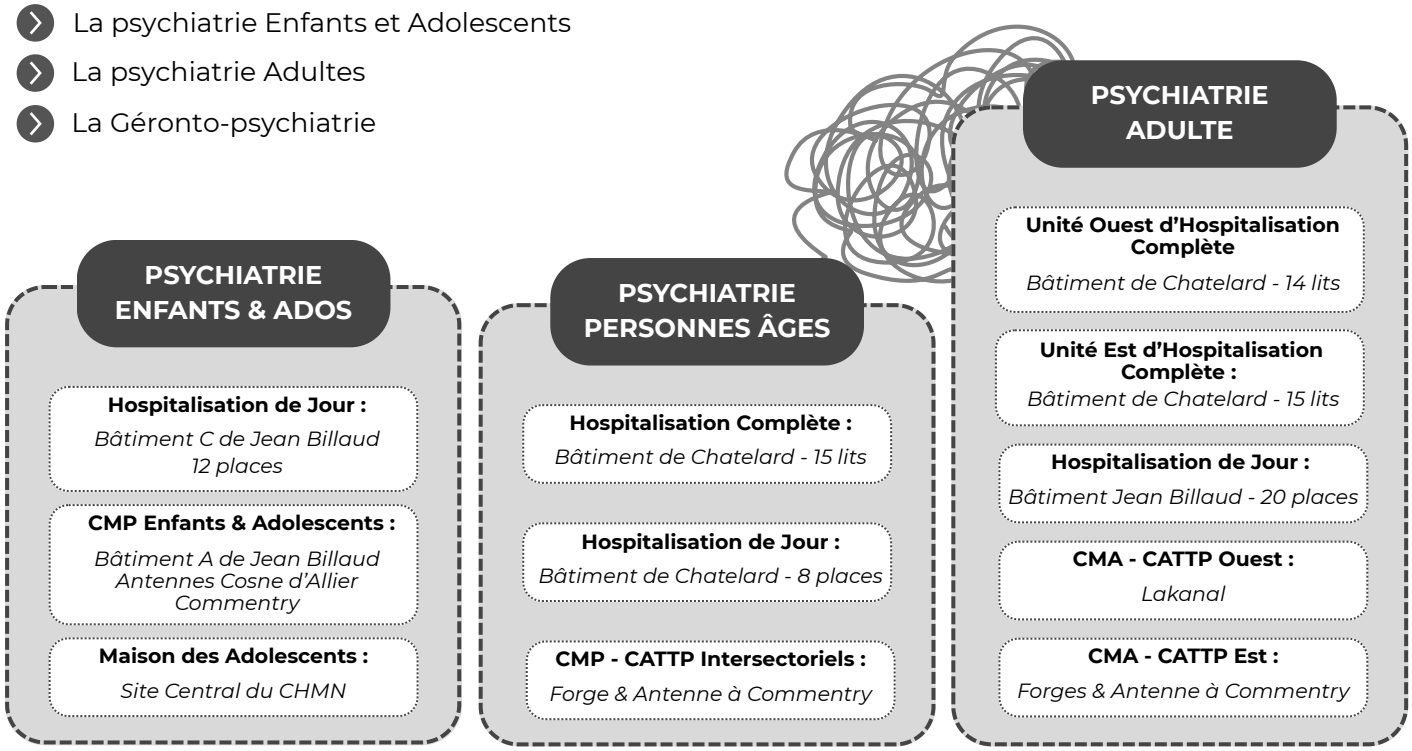
- **Axes 1 et 2 :** Les conditions de repérage précoce, de diagnostic et d'accès aux soins pour permettre des parcours de santé et de vie sans rupture.
- **Axes 3 et 4 :** Les conditions de prévention, d'accès aux soins somatiques et de prise en charge des situations de crise pour les personnes présentant des troubles psychiques.
- **Axe 5 :** Renforcer le respect des droits et le pouvoir de décider, lutter contre la stigmatisation.
- **Axes transversaux :** La prévention du risque suicidaire et des conduites addictives comme transversale.

Qu'est ce que le Ptsm ?

La démarche PTSM (Projet Territorial en Santé Mentale) permet aux différents acteurs, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, les médecins libéraux, les psychologues, l'ensemble des acteurs de la prévention, du médico-social, du social (éducation, logement, hébergement, insertion, etc.) des usagers et des aidants,.sur un territoire donné, d'œuvrer collectivement pour promouvoir la santé mentale, agir sur la prévention de la souffrance et des troubles psychiques et pour améliorer le parcours de santé et de vie des personnes qui en sont atteintes, par une prise en charge coordonnée, sans rupture et centrée sur leurs capacités d'agir et leurs aspirations.

Carte d'identité de la filière psychiatrie :

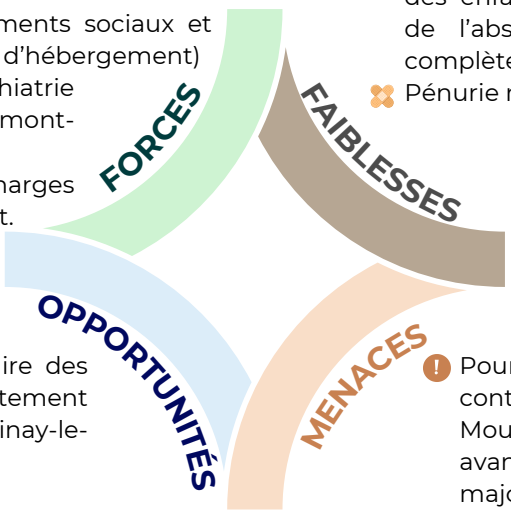
- La psychiatrie Enfants et Adolescents
- La psychiatrie Adultes
- La Géronto-psychiatrie



Equipe Mobile Psychiatrie Précarité et équipe Mobile psychiatrie de Liaison

L'équipe médicale est composée de 5,5 psychiatres pour la psychiatrie Adultes et la Géronto-psychiatrie et de 1,4 Pédo-psychiatres pour la Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent. Un praticien somaticien exerce également à mi-temps au sein du Pôle.

Les équipes de psychiatrie s'attachent à favoriser une approche globale dans leur prise en soin des patients et s'inscrivent donc dans une dimension territoriale forte. Ils ont ainsi développé des partenariats solides avec les acteurs de premier recours, les structures sociales et médico-sociales, le tissu associatif, ainsi qu'avec les autres institutions telles que l'Education Nationale, la PMI, France Travail, les collectivités locales ...



- Offre de soins complète (enfants / adolescents, adultes et personnes âgées) et diversifiée (HC, HDJ, consultations ...),
- Présence de la Maison des Adolescents sur le site de l'hôpital,
- Nombreux partenariats développés sur le territoire (Education Nationale, PMI, établissements sociaux et médico-sociaux, associations, centres d'hébergement)
- Projet de développer la psychiatrie périnatale en lien avec le CHU de Clermont-Ferrand.
- Projet de développer les prises en charges des troubles du neuro-développement.

- Difficultés récurrentes pour hospitaliser des enfants en pédopsychiatrie du fait de l'absence d'unité d'hospitalisation complète sur le site,
- Pénurie médicale.

- Partenariat à consolider pour conduire des projets communs (exemple : appartement thérapeutique avec le CH d'Ainay-le-château).

- Pour les patients hospitalisés sous contraintes au centre hospitalier Moulins-Yzeure, délais d'attente avant transfert trop long, ce qui majore les risques.

7.1 PSYCHIATRIE ENFANTS ET ADOLESCENTS

La Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent prend en charge sur la zone intersectorielle correspondant aux deux secteurs de Montluçon (Est et Ouest) ainsi que le secteur d'Ainay le Château, les enfants et adolescents de 0 à 18 ans nécessitant des soins psychiatriques.

L'offre de soins en Pédopsychiatrie proposée par le CHMN s'articule essentiellement sur l'hospitalisation de jour et la prise en charge ambulatoire. Des familles d'accueil thérapeutiques interviennent également pour des enfants ayant besoin d'un soutien aux soins H 24 sans pour autant relever d'un besoin d'hospitalisation. Une Maison des Adolescents est implantée sur le site principal du CHMN depuis 2011 : elle accueille et oriente les adolescents à partir de 12 ans et les jeunes adultes jusqu'à 21 ans, en offrant un lieu d'accueil confidentiel et gratuit.

L'établissement ne dispose pas de lits d'hospitalisation complète en pédopsychiatrie. Sur le département de l'Allier, seul le CH de Moulins-Yzeure dispose d'une unité d'HC pour les patients à partir de 12 ans. En cas d'indisponibilité de lits au CHMY et d'un besoin d'hospitalisation pour un adolescent, il arrive fréquemment que ce dernier soit pris en charge dans le service de Pédiatrie du CHMN.

Objectif 1 : Renforcer l'équipe médicale de Pédopsychiatrie afin d'assurer un accès aux soins dans des délais raisonnables, notamment pour les premiers rendez-vous, et faciliter le suivi des patients.

Objectif 2 : Développer les différents modes de prise en charge : CMPEA, HDJ, AFT, suivi individuel et / ou collectif ; créer de nouveaux dispositifs pour les enfants et adolescents présentant des troubles du spectre autistique ou des troubles neuro-développementaux.

Objectif 3 : Prévenir les situations de crise et organiser la prise en charge rapide, en lien avec les Urgentistes et les Pédiatres. Projet d'équipe mobile intra-hospitalière pour venir en appui à l'équipe de Pédiatrie dans l'évaluation et le suivi des patients hospitalisés dans ce service.

Objectif 4 : Renforcer les partenariats dans un objectif de repérage et de diagnostic précoces, et de prise en charge globale de l'enfant (Education Nationale, PMI, structures médico-sociales, associations ...).

Objectif 5 : Poursuivre les missions de guidance parentale pour donner aux parents des outils de compréhension des difficultés de l'enfant, des interactions, avec des notions d'alertes cliniques pour aider les parents à savoir quand solliciter de l'aide

7.2 PSYCHIATRIE ADULTES ET PERSONNES ÂGÉES

Les unités de Psychiatrie Adultes assurent les soins, en hospitalisation complète, de jour et en ambulatoire dans le cadre des soins libres, pour les patients des secteurs de Montluçon Ouest (03G05) et Montluçon Est (03G06), soit une patientèle d'environ 95.000 habitants.

Les patients nécessitant une hospitalisation complète pour des soins sans consentement sont transférés au Centre Hospitalier de Moulins-Yzeure, souvent après un passage aux Urgences du CHMN où ils sont évalués par le psychiatre de permanence. Le CHMN assure le suivi de ces patients lors de leur sortie d'hospitalisation complète, dans le cadre de programme de soins, en hospitalisation de jour et / ou en ambulatoire, dans la logique de proximité instituée par la sectorisation en psychiatrie.

Objectif 1 : Stabiliser et fidéliser l'équipe médicale, afin de pouvoir construire et mettre en place les projets d'activités et d'assurer une continuité dans la prise en charge des patients. Réfléchir à la formation d'IPA en Psychiatrie.

Objectif 2 : Promouvoir l'évaluation et l'adaptation régulière des pratiques de prise en charge des patients : favoriser une posture réflexive au sein du pôle et permettre une évaluation critique des pratiques, conformément aux recommandations de la HAS.

Objectif 3 : Améliorer la coordination territoriale de l'offre de soins : consolider l'équipe de liaison (intervention aux Urgences et dans les services MCO) et l'équipe mobile de psychiatrie précarité (EMPP), développer le « Aller vers » en prévention primaire (potentiels patients) ou secondaire (patients ayant déjà bénéficié d'un suivi psychiatrique), en particulier les publics en situation de précarité et d'exclusion sociale.

Objectif 4 : S'inscrire dans la démarche territoriale du développement de la psychiatrie périnatale portée par le CHU de Clermont-Ferrand.

Objectif 5 : Participer à l'évaluation des patients à problématique addictologique avec comorbidités psychiatriques pris en charge par l'UAL, le CSAPA ou le CAARUDE.

Objectif 6 : Fluidifier les parcours de soins et prévenir les ruptures, notamment par l'élaboration de projets de soins personnalisés, la coordination pluridisciplinaire du parcours (médecin, cadre, IDE, Psychologue, assistante sociale, ergothérapeute ...)

Objectif 7 : Améliorer l'accueil et la place des familles lors des visites et au cours des prises en charge. L'alliance avec la personne de confiance et l'entourage, instituée avec l'accord du patient, est essentiel dans le parcours de soin de ce dernier. Projet de déploiement du programme BREF à destination des aidants.

Objectif 8 : Rendre plus lisible l'offre de soins en ambulatoire (HdJ, CMP, CATTP, VAD ...) et optimiser l'organisation des ressources afin de mieux répondre aux besoins du territoire. Une réflexion est à conduire sur le rapprochement géographique des deux CMP sur le site Jean Billaud où se situe l'hôpital de jour de psychiatrie adulte afin d'envisager des mutualisations de ressources.

Objectif 9 : Développer une filière de réhabilitation psychosociale et favoriser l'ouverture d'une maison thérapeutique, afin de permettre aux patients de progresser vers l'autonomie.

Objectif 10 : Développer les consultations de télémédecine en psychiatrie.

Objectif 11 : Renforcer la prise en charge somatique des patients suivis en psychiatrie.

Qu'est-ce que la réhabilitation psychosociale ?

La réhabilitation s'adresse à des personnes avec une maladie mentale sévère (schizophrénie, troubles bipolaires, certains troubles de personnalité sévères ...) **qui connaissent des limitations fonctionnelles en raison de cette maladie.** Ces pathologies connaissent des évolutions variables avec le temps et nécessitent des traitements sur le long terme, avec des adaptations régulières. Les personnes concernées auront besoin d'un traitement à long terme. Toutefois, le traitement est très souvent insuffisant pour que la personne se rétablisse et joue un rôle actif dans la société. C'est à ces personnes-là que s'adresse la réhabilitation psycho-sociale.

La réhabilitation repose sur l'idée que toute personne est capable d'évoluer vers un projet de vie choisi. Elle concerne différents champs de la personne : clinique (symptômes, traitements), fonctionnel (capacités cognitives, relationnelles, autonomie) et social (logement, gestion du budget, retour à l'emploi). La réhabilitation se base toujours sur les capacités préservées des personnes et les utilise pour pallier au mieux aux déficits.

	Eff. Patients Amb.		Eff. Actes	
	2023	2024	2023	2024
Psychiatrie infanto juvénile	924	599	7 848	5 549
Psychiatrie Adulte	1 372	1 288	38 457	31 548
TOTAL	**2 332**	**1 932**	**46 454**	**37 251**

Effectifs patients

	2023	2024
Hospitalisation à temps plein	242	268
Séjour thérapeutique	11	5
Placement familial thérapeutique	5	4
Hospitalisation à temps partiel de jour	155	148
Accueil et soins - Prise en charge par le centre médicopsychologique (CMP)	1 887	1 867
Prise en charge en ambulatoire par d□autres dispositifs que le CMP et le CATTP	704	319
Accueil et soins - Prise en charge par le centre d□accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)	136	135

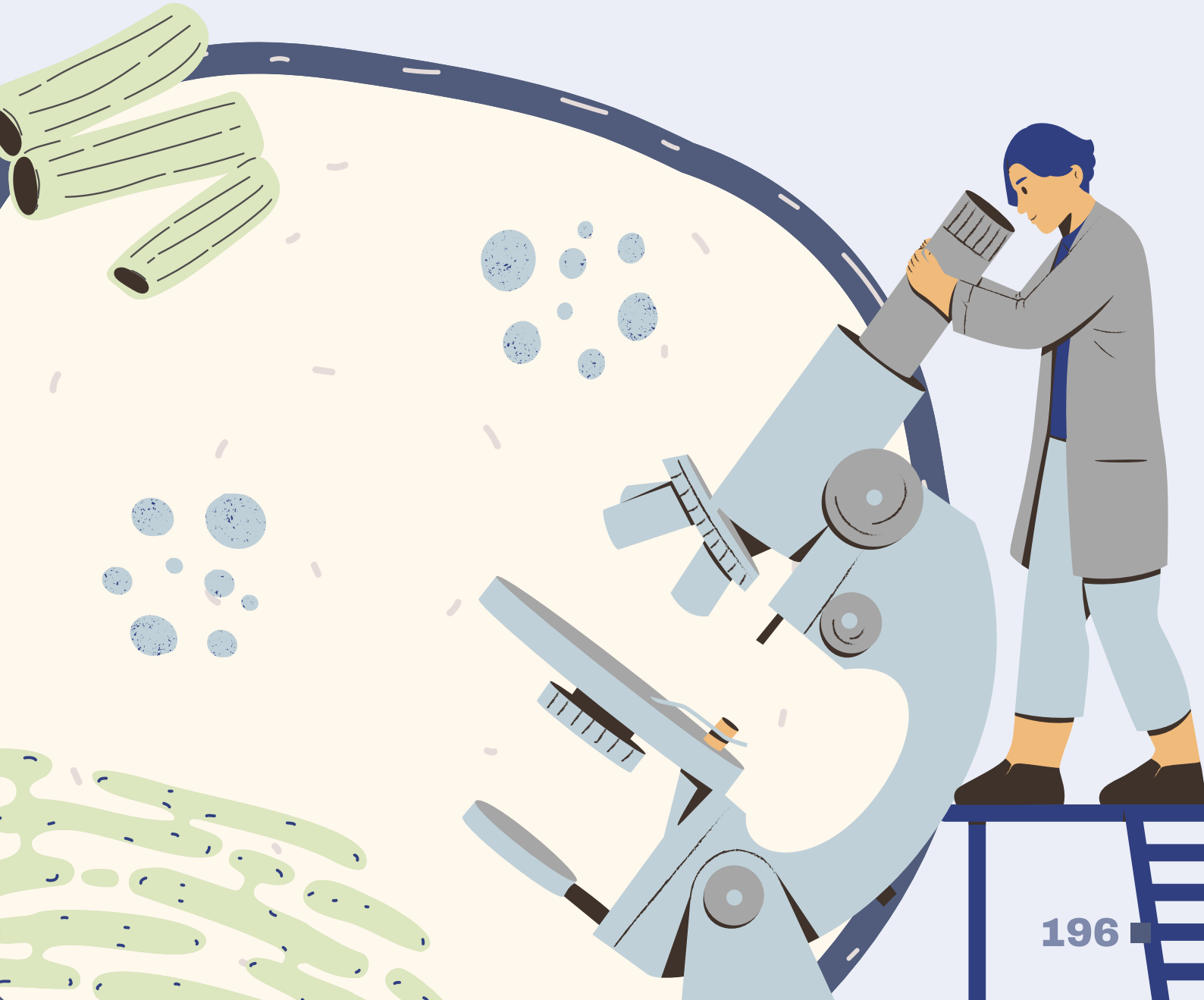
Effectifs actes

	2023	2024
Hospitalisation à temps plein	2	0
Accueil et soins - Prise en charge par le centre médicopsychologique (CMP)	26 883	22 998
Prise en charge en ambulatoire par d□autres dispositifs que le CMP et le CATTP	8 520	4 777
Accueil et soins - Prise en charge par le centre d□accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)	11 048	9 476

Eff. Jrs Prés.

	2023	2024
Hospitalisation à temps plein	10 652	9 624
Séjour thérapeutique	27	20
Placement familial thérapeutique	975	1 001

PÔLE MÉDICO-TECHNIQUE



08 FILIÈRE MÉDICO-TECHNIQUE

Carte d'identité de la filière médico-technique :

- Département de l'Information Médicale (DIM)
- Hygiène hospitalière
- Imagerie médicale
- Laboratoire de biologie médicale
- Médecine nucléaire
- Pharmacie à usage intérieur (PUI) et stérilisation

Spécialités	Équipe médicale	Activité 2024
Département de l'information médicale	2 ETP praticiens	34 069 séjours
Hygiène hospitalière	1,1 ETP praticiens	
Imagerie Médicale	5 ETP praticiens	Près de 15 000 scanners. Plus de 5 500 IRM et près de 35 000 examens de radiologie conventionnelle
Laboratoire de biologie médicale	4,8 ETP praticiens	29.7 Millions de B
Médecine nucléaire	1 ETP praticien	3 500 actes
PUI et stérilisation	6,3 ETP praticiens (dont 0,5 ETP radiopharmacien)	Plus de 17 000 prescriptions analysées et 5 800 interventions pharmaceutiques

Les services médico-techniques ont en commun de participer, par les examens qu'ils réalisent, à la prise en charge des patients tout au long de leur séjour hospitalier, tant pour le diagnostic que pour le suivi des traitements. Une part importante de leur activité est également consacrée aux patients externes.

La crise sanitaire COVID-19 a mis en lumière certaines de ces activités, souvent peu connues du grand public : le laboratoire de biologie médicale pour la détection du virus (analyses RT-PCR, test antigénique), l'hygiène hospitalière pour les mesures de protection permettant de limiter la propagation du virus et pour la gestion des « clusters », l'imagerie médicale pour la réalisation des scanners pulmonaires et la pharmacie pour la gestion des stocks de vaccins.

Ces services, par leur plateau technique de haut niveau et les compétences des professionnels qui y exercent, contribuent de façon décisive à la qualité et à la sécurité des soins dispensés dans l'établissement. Le renouvellement et l'acquisition de nouveaux équipements constituent donc un enjeu essentiel pour le CHMN, tant en termes médico-économiques que de réponse aux besoins de santé de la population du bassin de Montluçon.

Cette filière porte par ailleurs l'une des orientations majeures du projet médical avec la perspective d'installation d'un Tep-Scan sur le bassin de Montluçon.

8.1 LE DÉPARTEMENT D'INFORMATION MÉDICALE (DIM)

Le département d'information médicale est un service transversal dont la mission principale est le recueil et l'analyse des informations médicales relatives aux patients et à l'activité des unités dans le cadre du PMSI(1). Le déploiement d'un financement à l'activité dans les établissements de santé depuis vingt ans a positionné le DIM comme un service central, au cœur du réacteur institutionnel.

Depuis la loi du 20 janvier 2016 de modernisation du système de santé instaurant les Groupements Hospitaliers de Territoire, le DIM est une des fonctions support du GHT, au même titre que les systèmes d'information, les achats, la coordination des instituts de formation, les activités d'imagerie médicale et de laboratoire. Les projets sont donc élaborés après concertation au sein du GHT « Territoires d'Auvergne » entre les médecins DIM des quatorze établissements constituant ce GHT.

Chaque service du DIM est autonome dans son établissement dans la collecte et le traitement des données mais travaille à un partage des données au sein du territoire.

Chaque établissement a mis en place une cellule d'Identitovigilance (CIV) et il existe une CIV de territoire qui a pour but essentiel de disposer d'une base commune à l'échelle du GHT. Une charte d'Identitovigilance du GHT a été écrite en collaboration et révisée en 2023.

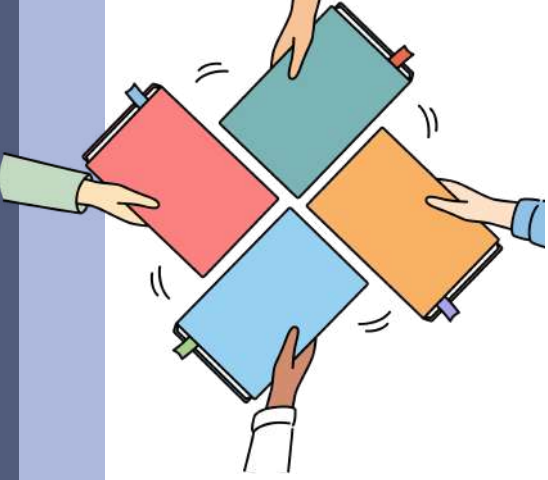
Les DIM du GHT Territoires d'Auvergne participent aux réunions de la grande région notamment les réunions du CRAIM (Collège Rhône Alpes Auvergne de l'Information Médicale) ce qui permet de bénéficier d'une veille réglementaire transmise en ligne en continu et d'échanger sur les problématiques métiers. Ce collège propose des formations à destination des médecins et des techniciens de l'information médicale.

Les médecins DIM du CHMN interviennent également au CH d'Ainay le Château et au MPR de Néris les Bains depuis la fusion avec Montluçon.

Objectif 1 : Maintien d'un haut niveau de compétences de l'équipe médicale du DIM et TIM : mise à jour régulière des connaissances pour être autonomes et performants. La multiplicité des champs d'activité (MCO, HAD, SSR et psychiatrie) impose une certaine spécialisation des TIM.

Objectif 2 : Favoriser un travail en étroite coopération avec le bureau des entrées, le service facturation et la direction des affaires financières, afin de permettre la mise en place d'une facturation « au fil de l'eau ». Un travail collaboratif avec la direction des systèmes d'information est essentiel notamment pour le paramétrage des logiciels pour le dossier patient et la réalisation des différentes requêtes, ainsi qu'avec le contrôle de gestion pour l'élaboration des tableaux de bord des pôles, le suivi de l'activité et diverses études médico-économiques.

1: PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.



Objectif 3 : Faciliter le partage des données patients au sein du GHT qu'elles soient médicales ou PMSI. Le flux de données médicales est essentiel entre les établissements périphériques et leur CHU de recours pour de nombreuses prises en charge et avis d'expert. Ce flux existe déjà de façon structurée et ancienne au SAU pour l'imagerie notamment pour la neurologie/neurochirurgie et la filière AVC. Pour le reste l'édition du dossier papier est encore la règle en cas de transfert du patient. Le but ultime serait de partager les données du patient sur la base d'un dossier informatisé unique au sein du GHT avec des accès contrôlés.

Objectif 4 : Participer aux différents travaux du GHT :

- Sur la mise en place d'une base commune d'identités. Le prérequis est de disposer d'identités validées au sein de chaque établissement, d'avoir traité les doublons d'identité pour s'assurer de donner le bon soin au bon patient.
- Sur l'informatisation du dossier patient. Un travail de convergence et d'uniformisation du dossier patient est en cours avec l'objectif d'un seul dossier patient au sein du GHT. Le paramétrage est réalisé au sein de chaque établissement ; le dossier n'est pas parfaitement identique mais devra cependant être utilisable par tous.
- Chaque établissement s'efforce au fil du temps de migrer vers les mêmes logiciels métiers plus spécifiques (réanimation, anesthésie, dialyse…), ainsi l'intervention des médecins exerçant leur activité entre plusieurs établissements sera facilité.
- Le partage des données issues du PMSI au sein du GHT permettra d'avoir une vue plus précise des parcours patients, de l'attractivité, des fuites au sein du territoire et de la répartition entre établissements privés et publics. Les grandes orientations territoriales découleront de cette analyse des besoins de soins de la population du territoire et de l'offre qui pourra être mise à disposition par les établissements. Cet outil est à mettre en place.

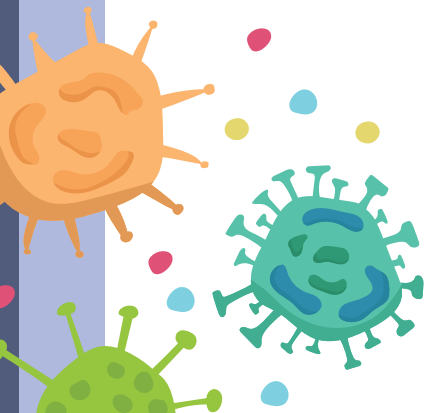
8.2 L'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

L'hygiène hospitalière consiste à mettre en place les actions pour prévenir les infections associées aux soins et la diffusion des bactéries multi ou hautement résistantes aux antibiotiques émergentes ou des infections contagieuses. Cette démarche est essentielle à la qualité et à la sécurité des soins.

La dernière enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissement de santé (ENP) menée en 2022 montre une prévalence des patients infectés de **5,71%,** soit un patient hospitalisé sur 18 présentant au moins une infection nosocomiale. Les infections à SARS-CoV-2 (COVID-19) nosocomiales représentaient la moitié de cette augmentation. En excluant ces dernières, la prévalence des patients infectés était de **5,35%,** relativement stable par rapport à celle estimée en 2017 **(4,98 %).**

Les résultats de l'enquête montrent qu'un patient sur six hospitalisé en établissement de santé recevait au moins un traitement antibiotique à usage systémique en 2022, soit une prévalence de **16,24%.** La prévalence des patients traités par antibiotiques a augmenté de **7,5%** entre 2017 et 2022.

Le CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales), composé de différentes catégories de professionnels, a pour mission d'élaborer un programme d'actions qui sera mis en œuvre par l'ensemble des professionnels et de coordonner l'action des professionnels dans les domaines de la prévention et la surveillance des infections nosocomiales. Il s'appuie sur l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène. Le CPIAS (Centre régional d'Appui à la prévention des infections associés aux soins) peut apporter son concours aux professionnels de terrain dans cette mission.



L'établissement a également mis en place une Equipe Mobile d'Hygiène (EMH) qui se déplace dans les établissements sociaux et médico-sociaux conventionnés pour apporter conseils et expertises aux professionnels de ces structures dans le déploiement de mesures de prévention des infections.

Objectif 1 : Poursuivre la politique de maitrise du risque infectieux (BMR / BHRe CD/épidémies/DARI…) en lien avec le CLIN. Améliorer le signalement interne des infections associées aux soins et à risque épidémique afin de permettre au service d'évaluer le risque infectieux potentiel et de mieux le maitriser. Maitriser l'environnement (eau, air, surface) dans les services de soins, médico techniques en routine et lors de travaux ou maintenances techniques.

Objectif 2 : Promouvoir et renforcer le bon usage des antibiotiques et lutte contre l'antibiorésistance en lien avec la pharmacie et les unités de soins. Promouvoir et assurer la formation sur le risque infectieux et la bonne utilisation des antibiotiques.

Objectif 3 : Promouvoir les bonnes pratiques en hygiène hospitalière, « Gestion des excréta », « Gestion des déchets ». Développer le Projet « Bio-nettoyage à l'éco-nettoyage ».

Objectif 4 : Poursuivre et développer l'activité de l'EMH sur le territoire du CHMN.

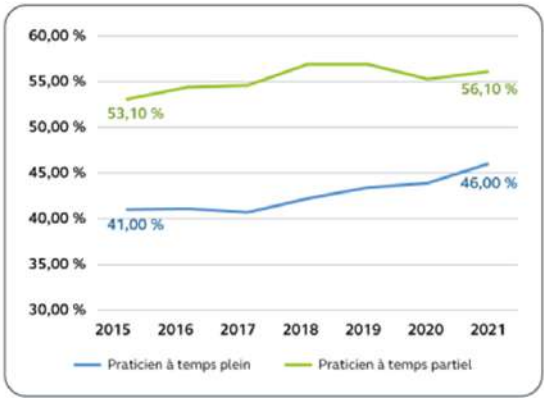
Objectif 5 : Renforcer le partage de données de santé et de surveillance.

8.3 L'IMAGERIE MÉDICALE

L'Imagerie médicale comprend l'ensemble des techniques permettant d'obtenir une représentation, soit morphologique, soit fonctionnelle, d'une région anatomique ou d'un organe, dans un but de diagnostic médical ou de surveillance thérapeutique. Elle s'appuie sur une gamme étendue d'équipements faisant appel à différentes technologies : radiologie conventionnelle, scanner, IRM, échographie, mammographie, radiologie interventionnelle. Ces technologies évoluent aujourd'hui très rapidement et offrent une amélioration du dépistage et du diagnostic, voire du traitement de certaines maladies : arrivée d'équipements de plus en plus puissants (IRM par exemple), développement de techniques de pointe (imagerie moléculaire ou cellulaire …), du numérique et du champ de l'intelligence artificielle …

Cette discipline fait face à plusieurs enjeux, et en premier lieu dans le cadre hospitalier, celui de la démographie médicale et paramédicale. En effet, tant sur la profession de radiologues que sur celle des manipulateurs en électro-radiologie médicale (MERM), la plupart des établissements publics de santé est aujourd'hui confrontée à une démographie très tendue. Seuls **22 %** des radiologues exercent dans le secteur public contre **41 %**, en moyenne, pour l'ensemble des spécialistes médicaux.

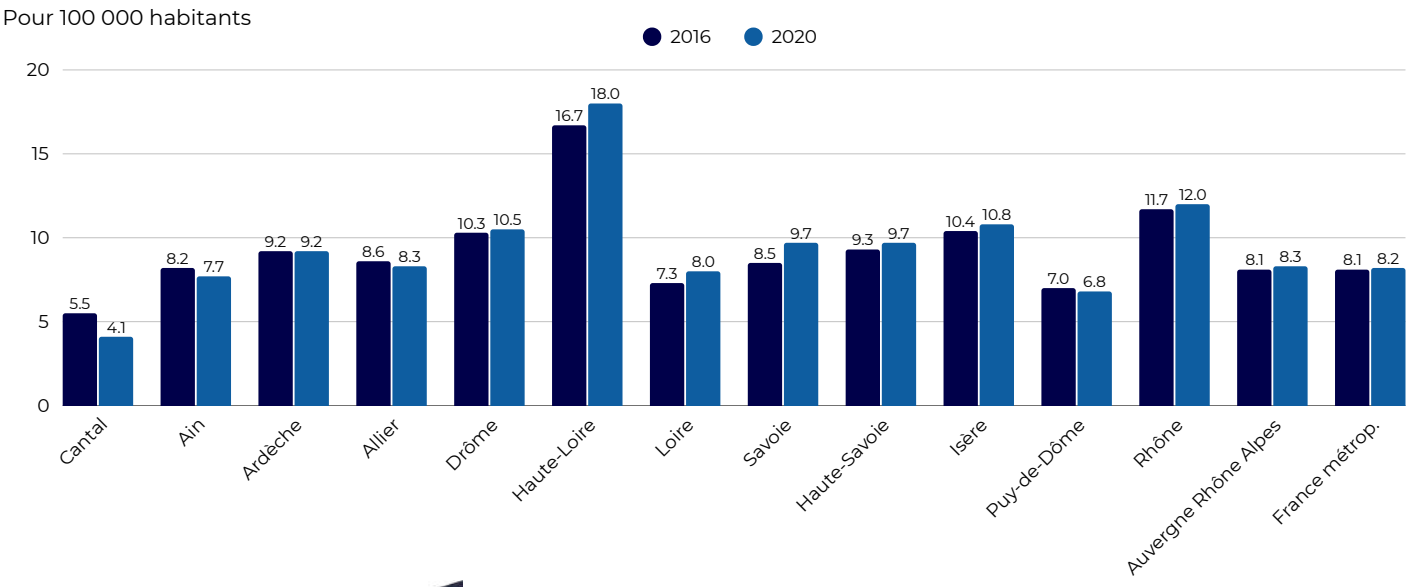
Evolution des taux de vacances des radiologues dans les établissements publics de santé :



Ces difficultés, qui ne cessent de croitre depuis 2015, conduisent les établissements de santé à recourir régulièrement à l'intérim médical pour assurer la continuité et la permanence des soins et à adhérer à des dispositifs de télé-radiologie, pratique en fort développement.

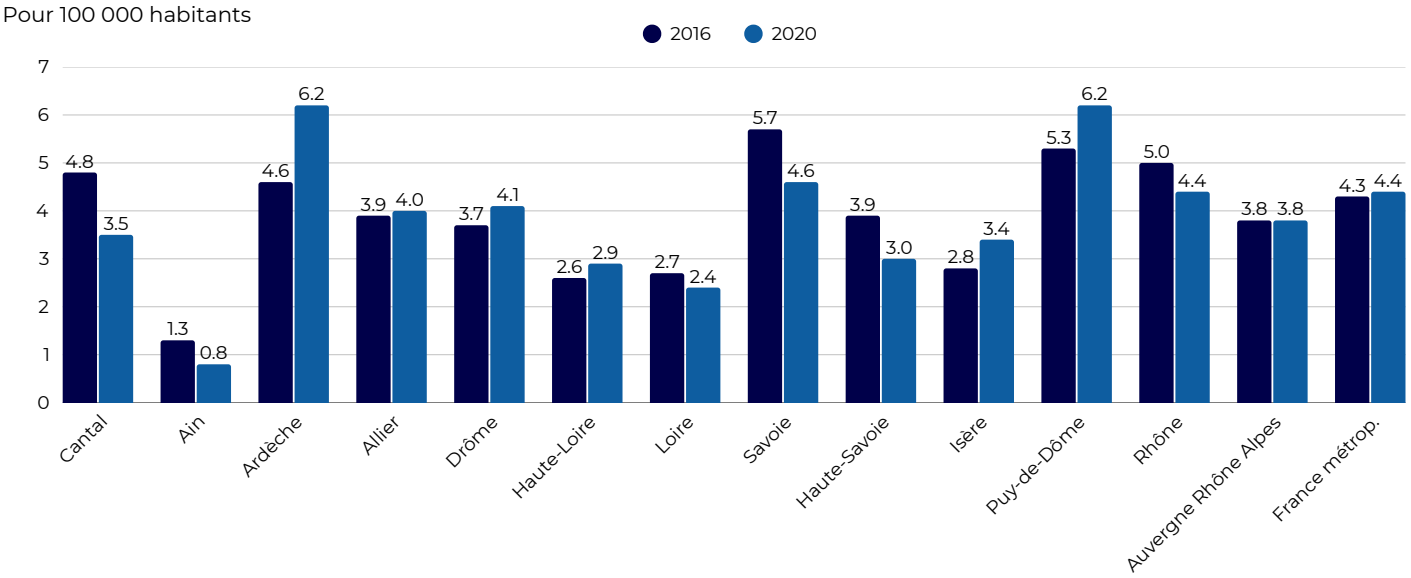
→ Source : Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG)

Densité de radiologues libéraux en 2016 et 2020, par département, Auvergne-Rhône-Alpes, France métropolitaine



Si le département de l'Allier présente un taux de radiologues libéraux identique à celui de la moyenne régionale (8,3 pour 100.000 habitants), le PRS relève néanmoins que le territoire de santé de Montluçon figure parmi les zones les plus faiblement dotés avec moins de six radiologues libéraux pour 100.000 habitants. Le département se situe dans la moyenne régionale en termes de densité de radiologues salariés dans les ES.

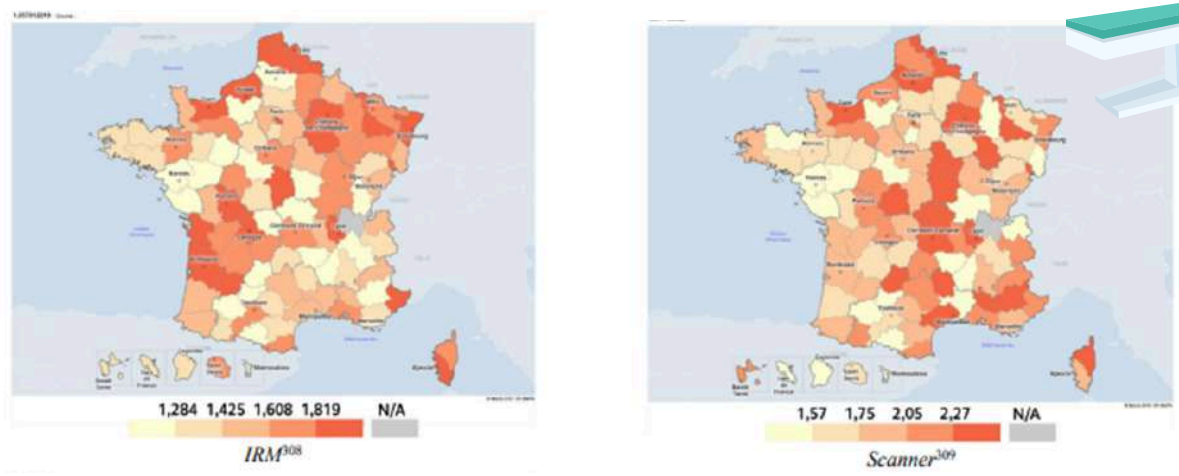
Densité d'ETP de radiologues salariés en établissement en 2016 et 2020, par département, Auvergne-Rhône-Alpes, France métropolitaine



La Cour des Comptes relevait également, en 2016, « un parc d'équipements en scanners et IRM numériquement moins important, en moyenne, que dans les pays membres de l'OCDE et inégalement réparti sur le territoire »(1).
Le département de l'Allier apparaît comme favorablement équipé en scanner mais nettement moins bien doté en IRM.

1: Cour des Comptes, Sécurité sociale, Octobre 2022, p. 166 et suivantes.

Cartes : densité en IRM et en scanner en nombre pour 100 000 habitants (2021)



→ Sources : Coeur des comptes à partir des données de la DGOS (Arghos) et de l'Insee (population)

Le nouveau régime des autorisations, tels qu'issu des décrets du 16 septembre 2022, maintient des autorisations pour les équipements matériels lourds (scanners, IRM) mais impose un seuil plancher à trois appareils sur un même site géographique. Selon les estimations de la FHF(1), la simple application de ce seuil plancher va entrainer des conséquences majeures en termes d'augmentation du nombre d'équipements : environ 1.000 nouveaux appareils pourraient être installés dès la mise en œuvre de la réforme. Si cette disposition permettra de répondre au « sous-équipement » de certains territoires et de réduire les délais d'attente pour certains examens, elle aura aussi vraisemblablement des impacts en termes de ressources humaines, médicales et paramédicales, et leur répartition public / privé, ainsi que sur les dépenses sociales.

Par ailleurs, cette réforme érige en activité de soins soumise à autorisation, la radiologie interventionnelle dans une logique de gradation territoriale des soins(2). La radiologie interventionnelle s'est fortement développée ces dernières années, notamment dans le domaine de la cancérologie où elle permet, par des méthodes "mini-invasives", d'accéder à une cible tumorale en profondeur en utilisant les voies naturelles (système urinaire, tube digestif...), le réseau vasculaire (artères ou veines) ou en choisissant un chemin court et sans risque au travers d'un organe (foie par exemple).

Rappel des principaux objectifs du Schéma Régional de Santé 2023- 2028 :

1. **Poursuivre** l'amélioration de la pertinence des prescriptions et renforcer l'accès direct aux examens en coupe non irradiants (IRM)

2. **Poursuivre** le déploiement des EML (équipements matériels lourds – scanners et IRM) pour répondre à la croissance des besoins et réduire les délais d'attente

3. **Identifier** dans chaque zone de santé un nombre de sites – publics ou privés – participant à la permanence des soins et pouvant mutualiser la permanence sur un territoire en liant l'autorisation à une proposition de participation à la permanence des soins pour le scanner et / ou l'IRM

4. **Développer** la permanence des soins communes à plusieurs sites.

1: Fédération Hospitalière de France
2: A noter que la cardiologie interventionnelle et la neuroradiologie interventionnelle font l'objet d'autorisations distinctes de la radiologie interventionnelle.

Objectifs du PMP du GHT :

- Mettre en place une fédération médicale d'Imagerie.
- S'accorder sur les investissements nécessaires pour développer la filière publique « Imagerie » sur le territoire.

Diagnostic ciblé :

Le service d'Imagerie Médicale est installé au niveau -1 du bâtiment A, à proximité immédiate des Urgences, de la Réanimation et du plateau technique du bloc opératoire et de la salle de cardiologie interventionnelle. Il dispose des équipements suivants : deux scanners (GE-SIEMENS), une IRM, deux échographes, un mammographe, deux tables de radiologie PRIMAX, une table de radiologie FUJI et deux portatifs radio marque FUJI. Les autorisations pour les équipements lourds ont été accordés par l'ARS fin 2024, pour une durée de sept ans.

A l'instar des autres établissements de santé, dans le contexte de la démographie médicale et paramédicale décrit supra, le service d'Imagerie a régulièrement recours à l'intérim médical et a mis en place des solutions de télé-radiologie, notamment pendant la période de permanence des soins.

Objectif 1 : Consolider l'offre médicale d'imagerie

- Améliorer l'accès à l'IRM en augmentant le volume de l'activité pour diminuer les délais de rendez-vous, en réduisant le temps d'acquisition par l'utilisation de l'Intelligence Artificielle, et en récupérant les quatre plages de vacations privées en faveur du CH, avec l'ouverture de l'IRM privé à la clinique,
- Optimiser le fonctionnement du deuxième scanner et pérenniser la Télé Imagerie,
- Réactiver l'activité de sénologie par le recrutement de personnel médical formé en sénologie et de MERM,
- Pérenniser et développer l'activité de radiologie conventionnelle, surtout spécialisée, et l'échographie ostéo-articulaire,
- Répondre aux besoins d'examens échographiques, de radiologie spécialisée et d'imagerie en coupes :
- Introduire l'Intelligence Artificielle (type PIXYL MILLVUE…) comme aide au diagnostic pour améliorer la qualité du diagnostic et permettre d'avoir des comptes rendus uniformes et de qualité,
- Renforcer la compétence médicale par des formations, des abonnements à des revues médicales, collaboration avec le CHU (PACS et Xplore), l'utilisation des algorithmes d'IA et autres type IMAOS (pour radiologie conventionnelle).
- Développer les formations et maintenir la polyvalence et les compétences des MERM.
- Préparer l'audit par les pairs (Normes NF-S99-300) et conduire des travaux de rénovation des locaux,
- Développer la radiologie interventionnelle premier niveau en coopération avec l'équipe médicale de Radiologie interventionnelle du CHU de Clermont-Ferrand.

Objectif 2 : Ajuster les ressources pour répondre aux besoins.

- Maintenir à niveau les équipement biomédicaux (appareils de radiologie, les échographes, l'IRM, les deux scanners et le mammographe), changement de PACS avec une harmonisation de l'interface RIS (logiciel Xplore),
- Améliorer la gestion prévisionnelle de la maintenance des équipements et des contrôles qualités par le service biomédical,
- Renforcer les effectifs :
  - personnel médical, pour diversifier l'activité avec la mammographie et réaliser des activités interventionnelles,
  - personnel non médical : MERM, IDE, en tenant compte des besoins à venir sur la cardiologie interventionnelle et la médecine nucléaire, ASH et le brancardage dédié à la radiologie.

8.4 LE LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

La biologie médicale est un maillon indispensable à la prise en charge des patients, tant pour le diagnostic que pour le suivi des pathologies. L'Académie nationale de médecine, dans un rapport publié en 2022, rappelait « qu'environ **70 %** des décisions médicales sont prises à partir des résultats d'analyses biologiques » et le rôle indispensable de la biologie médicale « pour certaines avancées thérapeutiques(1) comme l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP), l'utilisation des cellules souches ou des CAR-T cells en onco-hématologie ». Elle relevait les enjeux suivants :

- La financiarisation croissante de la biologie médicale conduisant à des regroupements massifs des laboratoires privés. Six grands groupes de laboratoires concentraient, en 2021, **62 %** des sites de biologie médicale sur le territoire national. Le paysage de la biologie médicale a, de ce fait, fortement évolué depuis plusieurs années : environ **4.000 LBM** étaient comptabilisés au début des années 2010 et il n'en restait en 2022 qu'environ **400**. La majorité des sites sont devenus de simples centres de prélèvement, sans exécution du moindre examen de biologie médicale, envoyant ceux-ci à des plateaux techniques parfois très éloignés. Il en résulte souvent une dégradation du service rendu aux patients, une prestation apportée de moins en moins médicale, en l'absence de biologistes sur site.

- La désaffection des jeunes médecins et, dans une moindre mesure, des jeunes pharmaciens pour la spécialité,

- La forte diminution des praticiens hospitalo-universitaires en charge de la formation de la génération future et acteurs de la recherche en biologie médicale.

Objectifs du PMP du GHT :

- Renforcer l'offre publique en matière de biologie médicale et
- Améliorer la gestion des ressources humaines médicales au niveau du territoire
- Maintenir un niveau d'exigence élevé en matière de qualité et de sécurité des activités de laboratoire
- Assurer l'excellence de l'offre publique en matière de biologie médicale.

Le service de biologie médicale du CHMN dispose d'un parc d'équipements et d'automates performants, régulièrement renouvelés, pour assurer qualité et sécurité des résultats d'analyses biologiques aux prescripteurs. Il est engagé dans la démarche qualité COFRAC et **99.9%** des examens du laboratoire sont aujourd'hui accrédités.

Objectif 1 : Maintenir le haut niveau de qualité des prestations fournies et l'accréditation COFRAC du laboratoire.

Objectif 2 : Poursuivre la démarche d'intégration au GHT et maintenir le partenariat avec l'AURA et le CH d'Ainay-le-Château, développer de nouvelles coopérations (EHPAD ...).

Objectif 3 : Développer la biologie moléculaire infectieuse.

Objectif 4 : Développer et harmoniser les prestations de conseils des biologistes médicaux.

Objectif 5 : Développer les formations et maintenir la polyvalence et les compétences des techniciens en adaptant leurs effectifs aux évolutions.

Objectif 6 : Optimiser la sous-traitance et internaliser les examens dont le prix du B est trop élevé.

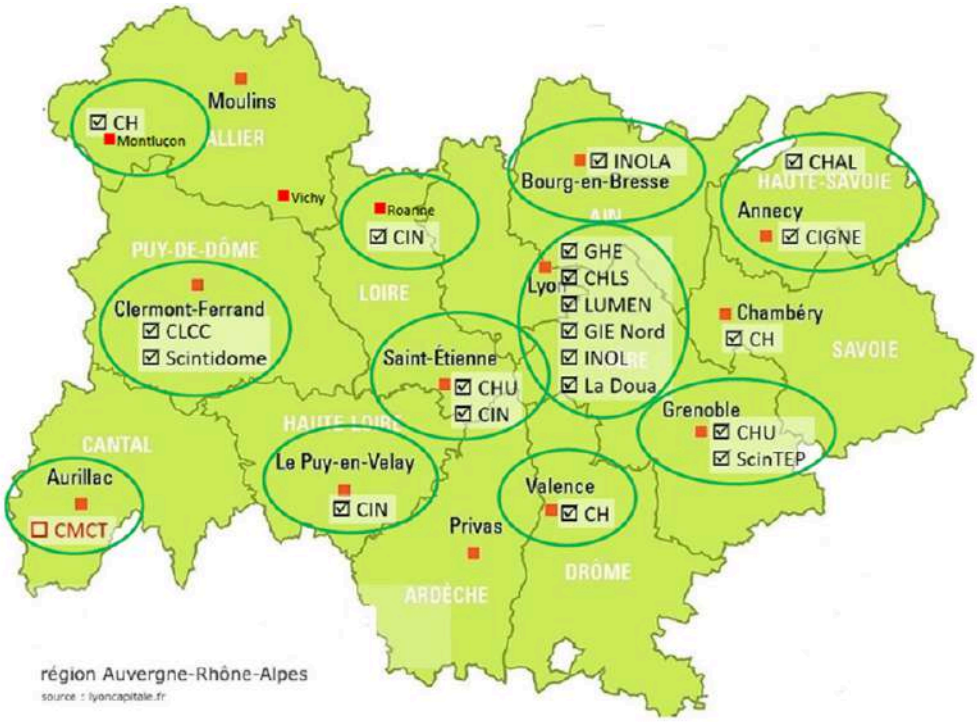
1: Rapport 22-12, La biologie médicale en France : évolution et enjeux. Académie nationale de médecine, 2022.

8.5 LA MÉDECINE NUCLÉAIRE

La médecine nucléaire consiste à administrer aux patients, en quantités faibles et sans danger des composés contenant des matières radioactives — les radiopharmaceutiques — qui peuvent servir à des fins de diagnostic et de traitement. Ces examens sont particulièrement indiqués dans le cadre des pathologies cancéreuses et cardiovasculaires, deux domaines où l'incidence est plus forte sur le bassin montluçonnais que dans le reste du territoire de la région ARA.

Le territoire Allier-Puy-De-Dôme comprend à ce jour trois établissements disposant d'un service de Médecine nucléaire : à Clermont-Ferrand, le Centre Jean Perrin (CLCC) et le service Scintidome situé dans les locaux du Pôle Santé République (Etablissement privé) et dans le département de l'Allier, le Centre hospitalier de Montluçon-Néris les Bains.

Le Centre Hospitalier de Montluçon – Néris-les-Bains est actuellement le seul établissement public porteur d'une autorisation de médecine nucléaire au sein du GHT Territoires d'Auvergne.



Reconnaissant l'existence d'un besoin exceptionnel sur le bassin montluçonnais, l'ARS a accordé par arrêté en date du 24 février 2022, au CHMN l'autorisation d'installation d'un tomographe à émission de positons, en cohérence avec les objectifs du SRS 2023-2028 :

- Améliorer l'équité d'accès à l'imagerie nucléaire (scintigraphies et TEP-Scan) et aux applications thérapeutiques,
- Améliorer le maillage territorial des implantations de médecine nucléaire.

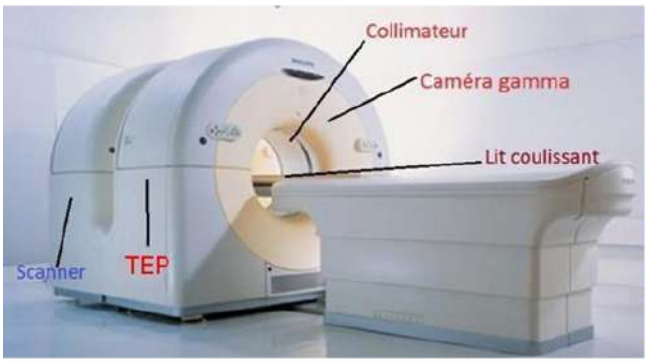
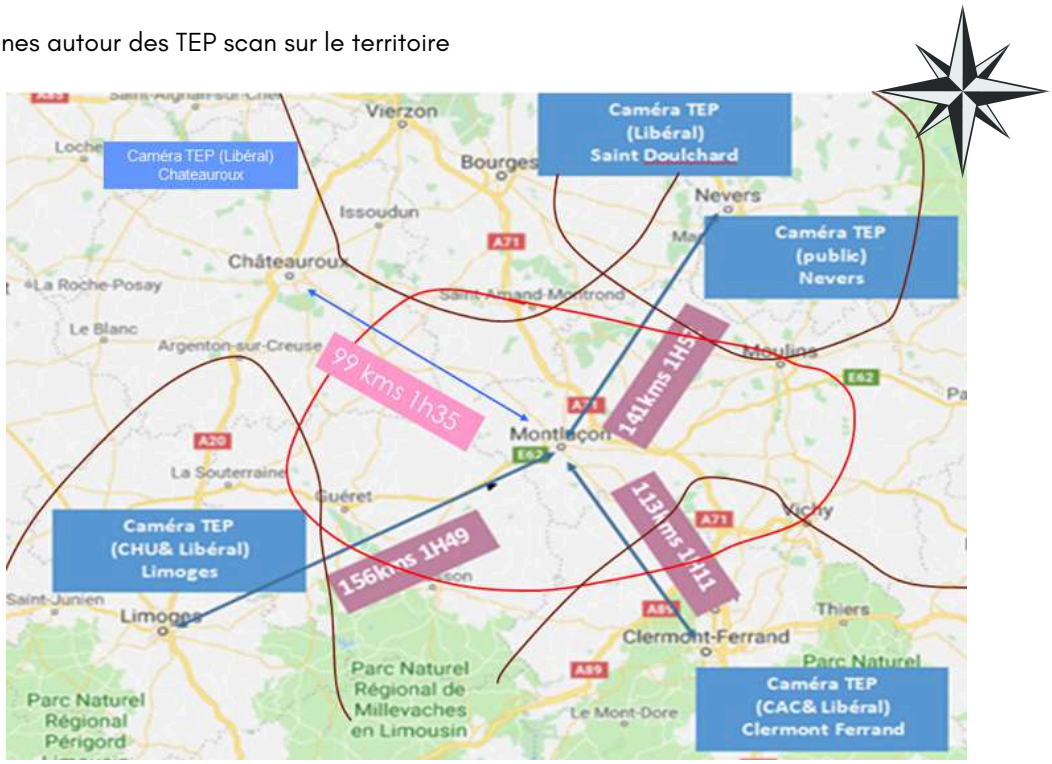


Illustration d'un Tomographe à Emission de Positons (TEP) couplé à un scanner

L'implantation des nouveaux équipements (TEP-Scan et gamma caméra dédiée cœur) est prévue dans les locaux actuels de la médecine nucléaire et de la radiopharmacie pour profiter des infrastructures en place et des compétences spécifiques à la médecine nucléaire. L'externalisation de l'accueil administratif et des bureaux dans un petit bâtiment d'archivage situé à proximité et l'étude des contraintes de circulation et de radioprotection permettent d'optimiser les espaces pour accueillir toutes les activités.

Selon l'étude isochrone, près de 390 000 habitants pourraient bénéficier de la proximité de la TEP de Montluçon.

Courbes isochrones autour des TEP scan sur le territoire



Le projet de développement de la médecine nucléaire s'inscrit dans le cadre d'une coopération médicale renforcée avec le Centre de Lutte Contre le Cancer Jean Perrin qui intervient déjà en soutien du service aujourd'hui. Il est envisagé la création d'un Pôle d'Imagerie Médicale Mutualisé entre les deux établissements pour asseoir cette démarche collaborative et fidéliser les équipes médicales dans un contexte de forte concurrence avec le secteur libéral.

Objectif 1 : Pérenniser et développer l'activité de médecine nucléaire, notamment en favorisant les recrutements médicaux (médecins nucléaires, radiopharmaciens, MERM ...), et en coopération avec le Centre Jean Perrin dans le cadre d'un PIMM.

Objectif 2 : Mener à bien le projet d'implantation du TEP SCAN et de la deuxième gamma caméra en vue de la mise en service mi-2026 pour le TEP et fin 2026 pour la nouvelle gamma caméra dédiée cœur.

Objectif 3 : Adapter les effectifs MERM et IDE au regarde de l'activité et développer les formations afin de maintenir un niveau de compétence en adéquation avec les évolutions.

8.6 LA PHARMACIE À USAGE INTÉRIEUR (PUI) ET LA STÉRILISATION

La Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) répond aux besoins pharmaceutiques des personnes et assure notamment les missions de gestion, d'approvisionnement, de vérification des dispositifs de sécurité, de préparation, de contrôle, de détention, d'évaluation et de dispensation des médicaments produits et objets relevant du monopole pharmaceutique ainsi que des dispositifs médicaux stériles.

La PUI est également chargée de mener des actions de pharmacie clinique ou de promotion du bon usage des produits de santé. Elle concourt à la pharmacovigilance et à la matériovigilance.

La PUI a en charge la reconstitution des chimiothérapies anti-cancéreuses à l'URC (Unité de Reconstitution des Chimiothérapies anti-cancéreuses).

La stérilisation assure la préparation de dispositifs médicaux stériles (DMS), utilisés dans les blocs opératoires et les services de soins, en vue de supprimer tout risque infectieux qui leur soit imputable.
Dans le cadre de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SSE), la pharmacie du CHMN est également en charge d'un PSM niveau 2 (Poste Sanitaire Mobile).

Objectifs du PMP du GHT :

- Etablir un livret thérapeutique commun
- Adhérer au même groupement d'achat
- Mettre en place une convention prêt – emprunt pour les médicaments
- Mettre en place une politique commune pour éviter les péremptions de médicaments
- Déterminer le schéma cible des systèmes d'information de pharmacie
- Etablir une convention pour le fonctionnement en mode dégradé de la stérilisation
- Développer la pharmacie clinique
- Généraliser la pratique des pleins / vides dans les services.

Le service de la PUI / stérilisation est implanté sur plusieurs sites du CHMN :

- Bâtiment PUI-Médecine Nucléaire, sur le site central : Pharmacie, Unité de Reconstitution des Cytotoxiques (URC) et Radiopharmacie,
- PT1 niveau -3 du site central : local de stockage des solutés, stérilisation centrale et local PSM
- Bâtiment Rue Béranger : Local de stockage des dispositifs médicaux (DM).

Objectif 1 : Concevoir une PUI fonctionnelle dans le respect des circuits et permettant de développer de nouveaux projets :

- Déménagement du stock de DM et des solutés dans un lieu unique sur le site central
- Automatisation des activités de PDA (Préparation des Doses à Administrer) et de préparation de piluliers
- Mise en conformité de la rétrocession (respect de la confidentialité) et de l'URC,
- Augmenter les surfaces des locaux pour la réception/sérialisation des médicaments, pour la PDA et la préparation des piluliers, les bureaux pharmaciens et préparateurs en Pharmacie Hospitalière (PPH).

Objectif 2 : Développer et pérenniser l'activité de la pharmacie clinique (consultations tripartites, Education Thérapeutique, conciliation médicamenteuse…)

Objectif 3 : Optimiser la Sérialisation des médicaments en intégrant le code consolidé et prévoir la Sérialisation des Dispositifs Médicaux.

Objectif 4 : Poursuivre la sécurisation des circuits des produits pharmaceutiques en les organisant et en les formalisant et optimiser l'informatisation des prescriptions, faire évoluer la dématérialisation. Acquérir un logiciel métier complet type PHARMA y compris pour les stupéfiants. Optimiser le stockage et la dispensation des médicaments stupéfiants. Projet de marquage des instruments / ancillaires. Optimiser et informatiser le suivi des transports et des livraisons des produits de santé dans les services de soins.

Objectif 5 : Développer l'activité de l'URC avec mise en conformité selon les Bonnes Pratiques de BonneS Préprations de 2023.

Objectif 6 : Assurer une sécurisation du circuit des produits de santé dans le cadre d'une mobilisation opérationnelle et efficiente du PSM2

Objectif 7 : Développer le secteur de la radiopharmacie pour accompagner le projet de la Médecine Nucléaire. Obtenir un agrément d'interne en radiopharmacie (2026)

Objectif 8 : Poursuivre la formation et pérenniser les habilitations PPH, notamment pour les activités spécifiques (URC, radiopharmacie, bloc opératoire, PDA…). Formaliser les habilitations pour le personnel de la stérilisation. Mettre en adéquation les effectifs avec l'évolution des activités.

Objectif 9 : Développer le management par la qualité (tendre vers une certification ISO 13485 - Dispositifs médicaux et/ou ISO 9001 pour la stérilisation, PAQSS, EPP, Audit, CREX…)

Objectif 10 : Participation à la Fédération pharmaceutique de GHT.

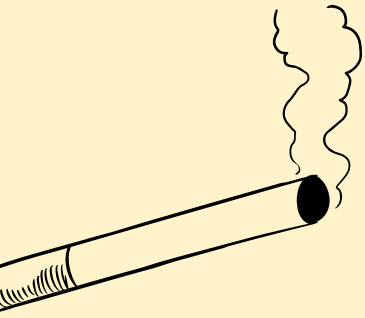
Zoom sur le PSM2 ?

Qu'est-ce qu'un PSM ? Les postes sanitaires mobiles (PSM) sont des dispositifs conçus pour intervenir rapidement en cas de catastrophe ou d'événements majeurs nécessitant une prise en charge médicale d'urgence. Ils s'inscrivent dans le cadre des Plans ORSAN et SSE mobilisant différents professionnels (urgentistes, pharmaciens, ...). Chaque PSM2 permet de prendre en charge 500 victimes pendant 24 heures. Leur modularité, leur standardisation et leur réactivité en font un outil essentiel pour renforcer les capacités de secours sur le terrain.

Etant l'un des trois établissements de la zone de défense Sud-Est (Grenoble, Lyon, Montluçon) disposant de PSM2, le Centre Hospitalier Montluçon - Néris-les-Bains a su démontrer son efficacité et sa rigueur.

A titre d'exemple le PSM2 a été envoyé à Mayotte en décembre 2024. 176 malles médicales, dont 11 malles de PSM pédiatrique ont été expédiées, représentant un total d'environ 6 tonnes de matériel et produits pharmaceutiques.

Ces dispositifs, accompagnés de matériel médical et de stocks pharmaceutiques essentiels, jouent un rôle clé dans la gestion des crises sanitaires.

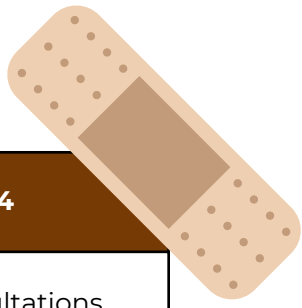


PÔLE SANTÉ PUBLIQUE

09 FILIÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Carte d'identité de la filière Santé Publique :

- Consultations médecine polyvalente
- Consultations de Gynécologie-médicale, centre de santé sexuelle
- CEGIDD
- PASS
- UTEP
- CLAT
- Addictologie



Spécialités	Equipe médicale	Activité 2024
Consultations de médecine polyvalente	0,3 ETP praticien	Plus de 1.000 consultations
Consultations de Gynécologie-médicale, centre de santé sexuelle	0,3 ETP praticien	664 consultations
CEGIDD	0,4 praticien	Plus de 1.550 consultations dont 619 consultations de dépistage Vaccinations : 137 hépatite B, 29 hépatite A, 47 MPK, 105 HPV
PASS	0,2 ETP Praticien	317 consultations
UTEP	0,2 ETP Praticien	
CLAT	0,2 ETP Praticien	Demander à Mélanie
Addictologie	0,3 ETP Praticien	1 352 consultations + 153 tabacologie
UAPED / Maison des femmes		

Qu'est ce que la Santé Publique ?

Selon la définition donnée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en 1988 : *La santé publique est un concept social et politique qui vise une amélioration de la santé, une plus grande longévité et un accroissement de la qualité de la vie de toutes les populations par le biais de la promotion de la santé, de la prévention des maladies ainsi que par d'autres interventions afférentes à la santé.*

La santé publique est aujourd'hui une discipline autonome qui s'occupe de l'état sanitaire d'une collectivité, de la santé globale des populations sous tous ces aspects : curatif, préventif, éducatif et social.

Le champ de la santé publique concerne : la prévention, la surveillance et le contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles, la surveillance de l'état sanitaire de la population, la promotion de la santé, la santé au travail, la protection de l'environnement, les services de santé auprès des groupes vulnérables et à risque.

Le pôle de Santé Publique assure une mission de prévention, de dépistage, de soins mais aussi d'information du public grâce à des missions « hors les murs » vers des publics cibles : jeunesse, précarité...
Ces interactions avec le public permettent de développer une collaboration active avec les acteurs du soin en ville et à l'hôpital.

9.1 UNITE FONCTIONNELLE DE MEDECINE POLYVALENTE

Ces consultations concernent principalement des patients polypathologiques et des patients suivis pour le VIH ou d'IST.

9.1.1 Suivi de patients polypathologiques

La file active des patients s'est progressivement constituée à l'hôpital par des spécialistes du CH adressant de lourds patients sans médecin traitant, des patients en provenance de la ville écartés du soin socialement et par manque de médecins sur le bassin de santé.
Une collaboration se fait avec la médecine générale de ville dès installation de nouveaux praticiens ou de nouvelles structures (maison médicale ou MEDIC SOINS au CH de Montluçon).
La collaboration se fait également avec les spécialistes en réseau (diabétologues, neurologues...), les infirmières libérales et l'HAD.
Certains patients de la PASS viennent intégrer les consultations de médecine polyvalente lorsque leurs droits sont ouverts.
Ces patients bénéficient du Pôle santé publique dans son ensemble et d'une structure hospitalière facilitant les explorations complémentaires et les différents avis spécialisés sur le même site.

Les patientes poly-pathologiques, c'est-à-dire ceux qui souffrent de plusieurs maladies chroniques ou conditions de santé précaires, rencontrent souvent diverses difficultés :

- **Complexité des soins :** la gestion de plusieurs affections peut rendre le traitement compliqué.

Les patients doivent souvent suivre plusieurs traitements, ce qui peut entraîner des interactions médicamenteuses et des effets secondaires.

- **Coordination des soins :** les patients poly-pathologiques doivent consulter plusieurs spécialistes, ce qui peut rendre la coordination des soins difficiles. Il est essentiel que tous les professionnels de santé impliqués communiquent pour éviter les doublons ou les contradictions dans les traitements d'où l'intérêt de cette consultation au sein d'un centre hospitalier offrant un plateau technique et spécialistes sur le même site.

- Adhésion au traitement : suivre plusieurs régimes de traitement peut être accablant pour les patients. Cela peut entraîner des problèmes d'adhésion, où les patients ne prennent pas leurs médicaments comme prescrit ou oublient certaines recommandations.

- **Impact sur la qualité de vie :** les maladies chroniques peuvent affecter la qualité de vie des patients, tant sur le plan physique que mental. La douleur, la fatigue et l'anxiété peuvent être exacerbées par la présence de plusieurs conditions.

- **Soutien social et émotionnel :** les patients poly-pathologiques peuvent ressentir un isolement social et un stress émotionnel accru. Ils peuvent avoir besoin de soutien non seulement pour leurs soins médicaux, mais aussi pour faire face aux aspects psychologiques de leur situation.

- **Coût des soins :** les frais médicaux peuvent s'accumuler rapidement pour les patients atteints de plusieurs maladies, ce qui peut créer des difficultés financières et un accès limité aux soins.

- **Education et information :** les patients peuvent avoir besoin d'une éducation accrue sur la gestion de leurs diverses conditions.

Comprendre comment chaque maladie interagit avec les autres est crucial pour une gestion efficace.

En résumé, les patients poly pathologiques font face à des défis uniques qui nécessitent une approche de soins intégrée et personnalisée.
Une bonne communication entre les professionnels de santé et un soutien adéquat sont essentiels pour améliorer leur prise en charge.

9.1.2 Suivi de patients atteints de VIH ou d'IST

Le suivi des patients en consultations spécialisées VIH et IST (infections sexuellement transmissibles) est un processus essentiel qui vise à assurer une prise en charge complète et adaptée aux besoins des individus vivant avec le VIH ou souffrant d'IST.
Ces consultations font parfois suite à un dépistage CEGIDD ou à la demande extérieure (laboratoire, médecins généralistes, spécialistes).

EVALUATION INTIALE :
- ANAMNESE : collecte des antécédents médicaux, des comportements à risques et des symptômes éventuels.
- EXAMEN CLINIQUE : Evaluation de l'état de santé général et des signes cliniques d'IST.
- TESTS de DEPISTAGE : réalisation de tests pour le VIH et d'autres IST, ainsi que des analyses de laboratoire pour évaluer la santé globale.

MISE EN PLACE D'un PLAN de TRAITEMENT :
- ANTIRETROVIRAUX (ARV) : prescription d'un traitement antirétroviral pour les patients VIH positifs, avec des ajustements basés sur les résultats des tests et les effets secondaires
- TRAITEMENT des IST : administration de traitements appropriés pour toute IST diagnostiquée. Traitement des co-infections → exemple de tuberculose et VIH, hépatites et VIH.

SUIVI REGULIER :
- Consultations régulières : rendez-vous programmés pour évaluer l'efficacité du traitement et surveiller les effets secondaires et ajuster les prescriptions si nécessaires.
- Tests de charge virale → réalisation régulière de tests pour mesurer la charge virale du VIH, afin de s'assurer que le traitement est efficace.
- Mise à jour des vaccinations selon le calendrier vaccinal des immunodéprimés.
- Adaptation des traitements en cas d'échec virologique selon recommandations de la HAS.

Les populations précaires peuvent cumuler obésité, diabète (insulino résistance) et autres facteurs de risques cardiovasculaires (sédentarité, tabac, drogues) et le VIH.
L'orientation vers les structures d'addictologie, tabacologie se fait au sein du Pôle de santé publique.
Les patients sont régulièrement suivis notamment en cardiologie et incités à l'activité sportive.

SOUTIEN PSYCHOSOCIAL :

- Conseil et soutien : offrir un accompagnement psychologique et social pour aider les patients à faire face à la stigmatisation, à l'anxiété et à d'autres défis émotionnels.
- Groupes de soutien : encourager la participation à des groupes de soutien pour favoriser l'échange d'expériences et le partage d'informations (groupe de parole à étudier dans un futur proche).

PREVENTION et EDUCATION :

- Sensibilisation : Eduquer les patients sur la transmission du VIH et des IST, les méthodes de prévention et l'importance du dépistage régulier
- PROGRAMME ETP en cours d'élaboration avec les 2 infirmières du Pôle santé publique travaillant sur la consultation VIH (injection des traitements anti rétroviraux) et le CEGIDD.
- PrEP : Discuter des options de PROPHYLAXIE pré-exposition pour personnes à risque.

La PrEP ?

L'objectif de l'OMS était de 3 millions de PrEP en 2020 et 10 millions en 2025
Fin 2021, on compte 1,6 million de PrEP, majoritairement aux Etats-Unis et en Afrique australe.

En France :
Au 1er semestre 2022 : 42 000 traitements distribués (40% d'augmentation/2021) surtout la population urbaine, à 97 % des hommes, avec un âge moyen de 36 ans

Les femmes représentent 36 % des nouveaux diagnostics VIH et seulement 2,6 % des mises sous PrEP.

Estimation à environ 10.700 le nombre de personnes vivant en France avec un VIH non diagnostiqué, fin 2023, et 3.650 nouvelles contaminations en 2023.

COORDINATION des SOINS :

- Collaboration interdisciplinaire : Travailler avec d'autres professionnels de santé (infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux) pour offrir une prise en charge globale.
- Orientation des patients vers d'autres services de santé si nécessaire, comme la santé mentale ou les soins spécialisés.

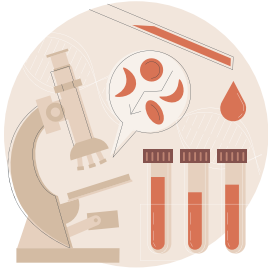
SUIVI EPIDEMIOLOGIQUE :

- Collecte de données : participer à des études et à la collecte de données pour surveiller les tendances épidémiologiques et améliorer les politiques de santé publique.

9.2 CONSULTATIONS DE GYNÉCOLOGIE-MÉDICALE, CENTRE DE SANTÉ SEXUELLE

Le Pôle de Santé publique propose des consultations de dépistage, de prévention primaire et secondaire en particulier en santé sexuelle.

Ces consultations sont accessibles à tous mais une attention particulière est portée pour faciliter l'accès au soin de publics parfois vulnérables comme les usagers de la PASS, les mineures au centre de santé sexuelle ou des populations à risque d'IST comme les usagers du CeGIDD.



La gynécologie médicale est une spécialité médicale axée sur le dépistage et la prévention allant du dépistage des maladies liées au HPV aux cancers gynécologiques en passant par la contraception, au dépistage des maladies métaboliques liées au vieillissement sans oublier le repérage des violences conjugales et sexuelles.

La médecine sexuelle est une offre de soin qui s'inscrit dans le prolongement naturel de l'activité du CeGIDD partenaire des anciens COREVIH devenus CoReSS (comités régionaux de coordination de la Santé Sexuelle).Les CoReSS ont la mission de dépister, orienter et prendre en charge les violences sexistes et sexuelles, la contraception et les dysfonctions sexuelles.

Le "Centre de Santé Sexuelle" (CSS) remplace dorénavant l'ancien centre de planification familiale avec des missions assez superposables de prise en charge de la santé sexuelle et reproductive et une mission d'éducation sur diverses questions de santé sexuelle.

Particularité notable de l'action du Pôle de Santé Publique, les équipes médicales et paramédicales se déplacent régulièrement hors les murs pour des actions de prévention, de dépistage et d'animations de stands pour des Journées Nationales (VIH, Santé sexuelle), actions dans différents collèges et lycées de la région, au CRP La Mothe auprès de publics en situation de handicaps, auprès de centres d'hébergement de demandeurs d'asile.

Activité de gynécologie médicale :

- Contraceptions, conseil, suivi et avis spécialisés pour la ville et le CEGIDD
- Endocrinologie gynécologique
- Infertilité
- Pathologies vulvaires
- Ménopause et dépistage du risque cardio-vasculaire
- Suivi des cancers gynécologiques
- Gynécologie de l'enfant
- Échographie gynécologique
- Colposcopies et suivi des infections à HPV
- Consultations gynécologiques à la PASS pour le public en précarité

Activité de médecine sexuelle :

- Planification familiale
- Transitions de genre
- Repérage des violences sexuelles, sexistes et conjugales en partenariat avec les associations extérieures (JEC03 et CIDFF) et le pôle de victimologie du CHU
- Information sur la santé sexuelle, le consentement, les prises de risque
- Consultations pour les dysfonctions sexuelles

9.3 CEGIDD- CENTRE GRATUIT D'INFORMATION, DE DÉPISTAGE ET DE DIAGNOSTIC DU VIH, DES HÉPATITES ET DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.

Les missions du CEGIDD sont les suivantes :

1- Accueil et information de l'usager
2- Entretien personnalisé et évaluation de ses facteurs d'exposition
3- Élaboration avec l'usager de son parcours de santé
4- Dépistage et/ou examens clinique et biologique de diagnostic réalisés chez l'usager et, le cas échéant, chez ses partenaires, sous réserve de leur accord
5- Conseil personnalisé dans un but de prévention primaire et secondaire et distribution de matériels de prévention (préservatifs, autotests, gels, digues dentaires...)
6- Prise en charge et suivi d'un accident d'exposition au VIH, au virus de l'hépatite B (VHB) et au virus de l'hépatite C (VHC), conformément à la règlementation en vigueur sur la dispensation des antirétroviraux ou des immunoglobulines pour l'hépatite B, ou orientation vers une structure autorisée
7- Prise en charge médicale de l'usager porteur d'une chlamydiose, d'une gonococcie, d'une syphilis ou de toute autre IST ne nécessitant pas une prise en charge spécialisée.

8- Orientation (voire accompagnement si nécessaire) de l'usager porteur du VIH ou d'une hépatite virale après confirmation vers une consultation médicale adaptée
9- Orientation de l'usager porteur d'une IST compliquée dont le traitement nécessite une prise en charge spécialisée vers une structure de santé ou d'un professionnel ayant compétence pour la réaliser
10- Prise en charge psychologique et sociale de première intention de l'usager pour l'ensemble de ces infections et orientation en cas de besoin
11- Vaccination contre les virus de l'hépatite B, de l'hépatite A (hors indications pour les voyageurs) et du papillomavirus selon les recommandations du calendrier vaccinal, et le cas échéant les vaccinations recommandées par les autorités sanitaires pour les publics cibles.
12- Réalisation d'activités hors les murs en direction de publics cibles pour l'information, la prévention et le dépistage
13- Conseil et expertise auprès des professionnels locaux
14- Information et éducation à la sexualité
15- Information sur la grossesse et orientation pour sa prise en charge
16- Prévention des grossesses non désirées notamment par : la prescription de contraception y compris la contraception d'urgence et la délivrance de celle-ci dans certaines situations d'urgence sanitaire ou sociale; l'orientation des demandes de l'interruption volontaire de grossesse vers une structure de santé ou un professionnel compétente.
17- Prévention et détection des violences sexuelles ou des violences liées à l'orientation sexuelle et à l'identité du genre, des troubles et dysfonctions sexuels, par la proposition d'une orientation vers une prise en charge adéquate.

9.4 LA PASS – PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS EN SANTÉ

Le dispositif de la PASS est essentiel pour favoriser l'accès aux soins des populations les plus précaires. La PASS offre des vacations médicales (médecine générale et gynécologie) tous les jeudis, et travaille en étroite collaboration avec les autres acteurs de santé, notamment l'Equipe Mobile Précarité Psychiatrie (EMPP) pour les publics les plus en difficulté. Le recours à l'interprétariat est possible pour faciliter les échanges et la compréhension réciproque.
La PASS travaille également en réseau avec les assistants sociaux du CH, des centres d'hébergement d'urgence et de demandeurs d'asile pour favoriser l'ouverture des droits de ces publics défavorisés.

9.5 L'UTEP – UNITÉ TRANSVERSALE D'EDUCATION DU PATIENT

L'ETP s'inscrit dans une démarche centrée sur le patient. Elle contribue à une approche personnalisée, à renforcer les **capacités d'auto-détermination de la personne et son rôle en tant qu'acteur de sa santé.**

L'éducation thérapeutique du patient s'inscrit dans le cadre d'un dispositif départemental coordonné par le Centre Hospitalier de Moulins-Yzeure et décliné dans les différents établissements de santé de l'Allier.

Rôle et missions de l'UTEP :

- Etre identifié comme centre ressources
- Assurer un accompagnement méthodologique auprès des équipes de soins
- Aide à la création d'outils pédagogiques, conception et développement des techniques d'animation
- Proposer une offre de formation
- Promouvoir l'ETP et les programmes existants sur le territoire
- Collaborer avec les associations de patients, les patients experts
-

Plusieurs programmes d'éducation thérapeutique sont mis en œuvre par les équipes du CHMN (en Néphrologie, Psychiatrie) et d'autres sont en projet (Cardiologie, Neurologie, Infectiologie, Endocrinologie, Pédiatrie ...).

9.6 CLAT – CENTRE DE LUTTE ANTI-TUBERCULOSE

La feuille de route ministériel Tuberculose 2019 – 2023 établissait le constat que l'incidence de la tuberculose en France était aujourd'hui faible (inférieure à 5 cas pour 100.000 habitants) mais relevait des disparités régionales et la persistance de cette maladie au sein de communautés vulnérables.

Cinq axes de travail étaient fixés :

1. Renouveler le pilotage et renforcer les missions des CLAT pour assurer une réponse homogène sur tout le territoire,
2. Renforcer les stratégies de prévention et de dépistage de la tuberculose,
3. Garantir la qualité et la continuité de la prise en charge de la tuberculose en plaçant chaque patient au centre de son parcours de soins,
4. Contrôler la diffusion des tuberculoses pharmaco-résistantes
5. Maintenir la solidarité internationale pour un contrôle global de la tuberculose.

Le CLAT assure des consultations externes et des consultations internes, pour les patients externes ou hospitalisés et hors les murs. Il assure des campagnes de prévention et de sensibilisation auprès des écoles, médecine du travail et grand public.

Le CLAT prend en charge les patients atteints d'une tuberculose, réalise les enquêtes atour du cas index et organise le dépistage. Il prend en charge les infections tuberculeuses latentes, propose des dépistages ciblés pour les populations à risque. Il peut aussi offrir aux patients suivis des consultations de sevrage tabagique (prescription possible de substituts nicotiniques).

9.7 ADDICTOLOGIE

L'organisation des soins en addictologie offre aux patients dépendants une permanence de soins, un accès aux plateaux techniques et une prise en charge pluridisciplinaire.Le but de l'unité est de favoriser la prise en charge optimale des personnes en difficulté avec une ou plusieurs addictions (tabac, alcool, drogue ...).

L'addictologie est structurée autour de consultations externes et d'une équipe de liaison. Des lits de préparation au sevrage alcoolique sont également installés au sein du service de SMA.

L'ELSA

L'équipe de liaison et soins en addictologie a pour mission de sensibiliser et former les équipes hospitalières à l'addictologie, d'aider lors de la prise en charge les patients à l'évaluation, la mise en place d'un projet de soins, d'aider à la prescription d'un traitement. Le but est également de favoriser le repérage précoce des conduites addictives, quel que soit le motif du recours à l'hôpital.

La prise en charge peut débuter dès le passage aux Urgences, puis dans un des services de l'hôpital.

- Au SAU et à l'UHCD le dépistage et le repérage des abus, des conduites à risque avant la dépendance est fait par une infirmière d'addictologie chaque matin.
- Des lits de sevrage simples sont actuellement dédiés au SMA (3 lits) avec possibilité de consultation par l'infirmière de l'unité de liaison en addictologie dans ces lits de sevrage.

Les **CONSULTATIONS AMBULATOIRES** sont proposées à l'unité d'addictologie pour une prise en charge avec un projet de soins adapté et personnalisé pour traiter une addiction (alcool, tabac et produits illicites). Des consultations et entretiens pluri-disciplinaires individuels sont alors proposés.
Il n'y a pas d'initialisation à l'Unité d'Addictologie de produits de substitution pour les opiacés.

Objectif 1 : Poursuivre la lutte contre le tabac (charte HOPITAL SANS TABAC)

- Formation des personnels paramédicaux au repérage et au sevrage tabagique temporaire dans les unités de soins par les infirmières d'addictologie.
- Prise en charge spécifique des patients en cardiologie et neurologie avec consultation au lit du malade en USIC et en UNV et aussi dans les autres services de médecine et de chirurgie.
- Création d'une consultation tabacologie et enfance pour améliorer la prévention et le dépistage des poly-addictions dès l'adolescence. Proposition d'intervention à la Maison des Adolescents et sensibilisation aux addictions.
- Améliorer la consultation tabac-grossesse actuellement présente avec suivi des femmes enceinte, en pré-grossesse et post-partum.
- Création d'un groupe de paroles une fois par mois, aide à l'arrêt et renforcement au sevrage.

Objectif 2 : Poursuivre la lutte contre la consommation d'alcool

- Prise en charge au lit des patients hospitalisés ayant une problématique d'alcool.
- Elaboration de protocoles de soins et de sevrage,
- Assister et former les équipes au suivi du syndrome de manque,
- Améliorer et valoriser la prise en charge au lit du patient au SMA, en sevrage simple : entretien motivationnel et motivation à l'arrêt, avec réévaluation paramédicale pendant la cure.

Objectif 3 : Amélioration de la prise en charge des patients ayant des conduites addictives et relevant de la justice. Travail spécifique pour les patients sous obligation de soins (SPIP et Justice) avec l'organisation de réunions trimestrielles.

Objectif 4 : Etudier la faisabilité d'un projet d'unité mobile d'addictologie : possibilité d'évaluation standardisée et orientation thérapeutique au domicile pour améliorer l'accès aux soins dans le cadre des patients précaires, isolés ou en retrait ou polypathologiques, le but étant d'améliorer la prise en charge des troubles de l'usage d'alcool et la toxicomanie chez ces patients refusant les hospitalisations ou les prises en charge spécifiques des patients en rechute.

Objectif 5 : Développer les interventions dans les collèges et les lycées : repérage des addictions, information, sensibilisation, aide à l'arrêt, prévention de soin et proposition de suivi ambulatoire.

Objectif 6 : Renforcer la coordination avec la psychiatrie

- Consultation pour comorbidités psychiatriques et addictions.
- Amélioration de la prise en charge des patients suivis en Hôpital de jour et aide au sevrage ou intervention dans les CMP.
- Formation sur l'aide au sevrage et ses produits pour le personnel paramédical de psychiatrie

9.8 L'UNITÉ D'ACCUEIL PÉDIATRIQUE ENFANCE EN DANGER (UAPED)

Dans les pays occidentaux, on considère que :

- environ **10 %** des mineurs sont victimes de violences psychologiques ou de négligence ;
- **4 à 16 %** des mineurs sont victimes de violences physiques ;
- **15 à 30 %** des filles et jusqu'à 15 % des garçons sont exposés à des violences sexuelles.

L'UAPED permet de prendre en charge les mineurs victimes de toute forme de violence, incluant les maltraitances et négligences dans le cas de suspicion de violence ou de violence avérée, afin qu'ils bénéficient de la mise en place d'un parcours de soins pédiatriques adapté à leurs besoins.

Il s'agit plus précisément d'organiser et de faciliter, pour un mineur victime ou présumé victime, l'accès aux soins et la mise en place d'un parcours de soins si nécessaire, en s'assurant également que les autres volets de sa prise en charge sont bien prévus ou en cours de mise en place (protection judiciaire, aide éducative, accompagnement…). Les enfants pris en charge sont adressés par les autorités judiciaires ou par des professionnels de santé.

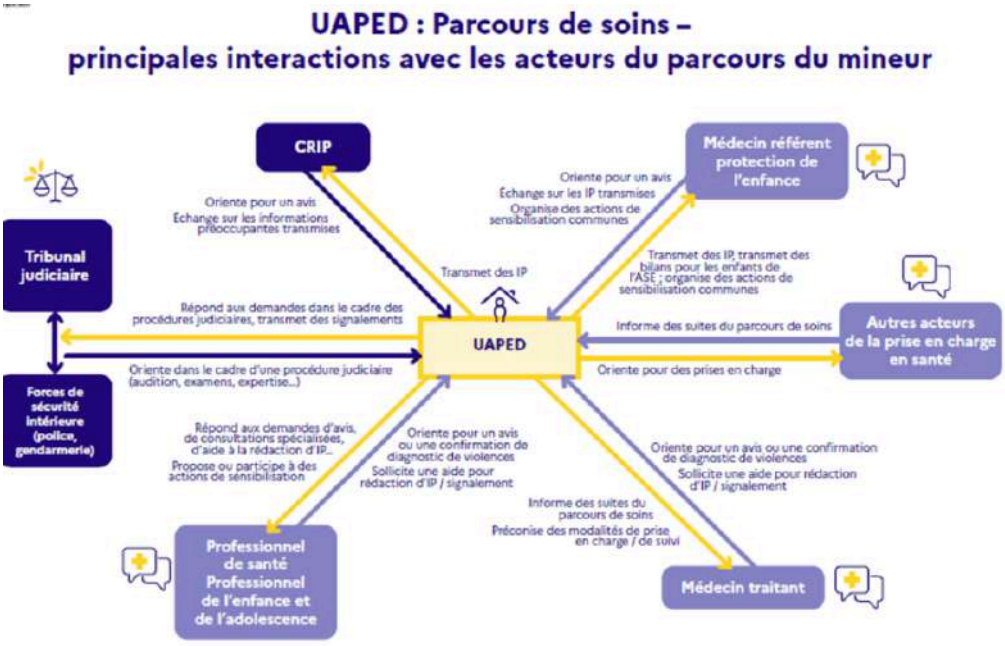
L'objectif est celui d'un meilleur repérage des violences et d'une meilleure prise en charge précoce des enfants victimes

La structuration territoriale d'une offre de soins spécialisée, lisible, accessible pour les mineurs, graduée et coordonnée a pour premier objectif d'offrir une meilleure prise en charge des mineurs et de leurs proches, et ainsi de tenter de réduire les effets négatifs des violences à court, moyen et long terme sur la santé des personnes.

Le CHMN a été désigné par l'Agence Régionale de Santé en tant qu'établissement coordonnateur pour le département de l'Allier avec une antenne UAPED dans les deux autres centres hospitaliers.
Les trois établissements de santé de l'Allier travaillent en collaboration étroite et en lien avec l'UAPED du CHU de Clermont-Ferrand, établissement de recours régional, et avec l'ensemble de partenaires (Justice, Police, Gendarmerie, Education Nationale, Conseil Départemental ...) afin de finaliser une unité d'accueil pédiatrique enfants en danger (UAPED) sur les trois sites.

Objectif 1 : Finaliser la mise en place de l'UAPED d'ici juin 2025 (signature de la convention avec les partenaires, formation des professionnels, information / sensibilisation des acteurs de premier recours ...).

Par ailleurs, un projet de maison des femmes sera prochainement envisagé par les partenaires sur le territoire.



En CONCLUSION

Rappel sur la méthodologie d'élaboration du projet médical

Lorsque le Centre Hospitalier de Montluçon –Néris-les-Bains a décidé d'écrire le nouveau projet médical, courant 2023, l'établissement retrouvait progressivement un mode de fonctionnement normalisé après les vagues successives liées à l'épidémie du COVID-19. Celles-ci avaient bouleversé les organisations hospitalières mais avaient aussi démontré la capacité de l'hôpital public, malgré ses faiblesses, à mobiliser toutes les énergies pour faire face à ce défi sanitaire.

Confronté par ailleurs à de graves difficultés de gouvernance et à une forte pénurie médicale, l'établissement avait choisi d'ancrer sa politique de manière volontariste dans un rapprochement avec le CHU de Clermont-Ferrand se traduisant concrètement par une convention de direction commune signée pour une période de trois ans (2023 – 2025). Cette orientation permettait, d'une part, de stabiliser l'organisation administrative de l'Etablissement et, d'autre part, de s'inscrire dans une coopération médicale renforcée pour soutenir les équipes du Centre Hospitalier et garantir la continuité de service et de l'accueil des patients.

C'est dans ce contexte particulier que la Gouvernance du Centre Hospitalier de Montluçon – Néris-les-Bains, représentée par le Directeur Délégué et la Présidente de Commission Médicale d'Etablissement, a piloté la démarche d'élaboration du Projet Médical, faisant le choix d'un process exclusivement interne, sans recourir à un cabinet de conseil et d'accompagnement, convaincue que l'établissement possédait la capacité et l'envie de mener à bien ce projet, en associant activement l'ensemble des responsables médicaux.

La méthodologie d'élaboration de ce projet s'appuyait sur trois préceptes :

- Prendre en compte le passé et capitaliser sur ce qui avait déjà été fait et qui fonctionnait bien,
- Rédiger un projet résolument porté sur l'avenir, à la fois ambitieux, pour répondre aux besoins de la population de notre territoire, et réaliste, pour tenir compte des capacités des professionnels à porter collectivement ces enjeux,
- Produire un projet pragmatique et tracer une feuille de route compréhensible et accessible par tous, professionnels et usagers. Cela a largement guidé le choix d'une déclinaison de ce projet par pôle et par filière afin de développer concrètement les différents axes retenus.

Mise en œuvre et communication du projet médical

La plaisante sagesse lyonnaise : « Le tout c'est pas d'y faire, c'est d'y penser ; mais le difficile, c'est pas d'y penser, c'est d'y faire ».

Passées les phases de rédaction puis de présentation et de validation du projet médical auprès des différentes Instances et Autorités, l'enjeu est désormais d'en assurer **la mise en œuvre** et le portage des projets par les équipes au plus près des besoins des patients.

Le projet médical s'accompagne **d'une démarche continue de communication**, tant en interne qu'en externe :

- **En interne :** auprès de tous les professionnels pour que chacun s'approprie les axes majeurs du projet, partage la stratégie de l'établissement, développe son sentiment d'appartenance à la communauté hospitalière dans son ensemble et inscrive le sens de son action quotidienne à l'aune de ces ambitions. La communication interne est une dimension essentielle pour fédérer, créer des passerelles, décloisonner les unités et faire connaître les ressources et compétences internes. Chaque professionnel est un ambassadeur de l'hôpital.

- **En externe :** auprès de nos usagers, de leur entourage, de la population, des professionnels de santé libéraux, les CPTS et tous les acteurs du soin et de la prévention qui agissent en première ligne, et de façon plus large toutes les institutions, élus, partenaires et média.

La communication s'attache à apporter l'information utile au public, valoriser le savoir-faire, donner de la visibilité à l'offre de soins et au plateau technique pour renforcer l'attractivité de l'hôpital pour les patients et le personnel et se positionner sur le territoire. Cette communication externe sera encore accentuée à l'avenir dans un souci de coopération renforcée avec l'ensemble de nos partenaires, au bénéfice des patients et pour une couverture optimale des besoins de santé.

Une ligne de force essentielle : la coopération et l'ancrage territorial

Une relation de communication privilégiée existe déjà avec les professionnels de santé de proximité et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), directement entre Professionnels ou par l'intermédiaire de la cellule de gestion des flux qui facilite le lien Ville – Hôpital et les parcours des patients.

L'ouverture du Centre Médic'soins est également le signe d'une ouverture forte de l'hôpital sur son territoire et vis-à-vis des partenaires libéraux afin d'apporter soutien à la médecine libérale dans un contexte de désertification forte sur le bassin de Montluçon, laissant des milliers de patients sans solution de premier recours. Cette expérience, menée en concertation avec les partenaires libéraux, est le témoignage d'un établissement connecté à son territoire et en capacité de répondre aux besoins nouveaux.
Ces actions concrètes et adaptées à la réalité du terrain renforcent la crédibilité de l'action publique et donnent un sens à la démarche collective.

De nombreux projets pourront être concrétisés dans le cadre d'une coopération accrue avec les partenaires de l'hôpital, y compris avec les autres opérateurs hospitaliers, publics ou privés.
Cette complémentarité vise à favoriser l'accès pour les habitants du bassin aux évolutions technologiques toujours plus pointues et exigeantes de la Médecine, dans le contexte de tensions sur les ressources médicales et de contraintes économiques et financières. La perspective d'installer un robot chirurgical sur le territoire en est une illustration.

Suivi et évaluation

Une évaluation annuelle sera conduite et présentée aux différentes instances afin de disposer d'un bilan régulier sur l'état d'avancement du projet médical. Cette évaluation associera plusieurs acteurs, dont les chefs de pôles, les chefs de service ou responsables de structures internes impliqués dans les projets, ainsi que le département de l'information médicale.

L'évaluation annuelle permettra, le cas échéant, de procéder à des ajustements et à d'éventuelles réorientations stratégiques. Le projet médical constitue une priorisation sur lequel aujourd'hui tous les acteurs s'engagent. Pour autant, il évoluera de façon dynamique. De nouveaux projets émergeront nécessairement qu'il faudra savoir intégrer tout en maintenant la soutenabilité de nos actions.

Le LEXIQUE

A

ALD : Affectation Longue Durée.
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé.
ARA : Auvergne-Rhône-Alpes.
ARS : Agence Régionale de Santé.
ATU : Accueil et Traitement des Urgences.

C-D

CEGIDD : Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections.
CIDFF : Centre d'Information sur les Droits de La Femme et des Familles.
CLAN : Comité de Liaison en Alimentation Nutrition.
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.
CMPEA : Centre Médico-Psychologique Enfants Adolescents.
CoReSS : Comités Régionaux de Coordination de la Santé Sexuelle.
COREVIH : Coordination Régionale de la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles.
CRT : Centre de Ressources Territoriales pour les personnes âgées.
DIM : Département d'Information Médicale.

E-F

EMH : Équipe Mobile d'Hygiène.
EMPP : Équipe Mobile Précarité Psychiatrie.
EMSA : Équipe Mobile de Soins et d'Accompagnement en soins palliatifs.
FHF : Fédération Hospitalière de France.

G-H-I

GHM : Groupes Homogènes de Malades
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire.
HPV/VPH : Virus du Papillomavirus.
IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat.
IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat.
INCA : Institut National du Cancer.
IOA : Infirmier d'orientation et d'accueil.
IPA : Infirmier en Pratique Avancée.
IRC : Insuffisance Rénale Chronique.

L-M-O

LISP : Lits Identifiés de Soins Palliatifs.
MERM : Manipulateurs en Électroradiologie Médicale.
MPR : Médecine Physique et de Réadaptation.
ORU : Observatoire Régional des Urgences.

P

PASA : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés.
PMCT : Poids Moyen de Cas Traités.
PMP : Projet Médical Partagé.
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins.
PRS : Projet Régional de Santé.
PU-PH : Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

R-S

RAAC : Récupération Améliorée Après Chirurgie.
RCP : Réunions de Concertation Pluridisciplinaire.
SAU : Service d'Accueil des Urgences.
SMA : Service Médical d'Accueil.
SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation.
SMUR : Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation.
SPDRE : Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'État.
SPDT : Soins Psychiatriques à la demande d'un tiers.
SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile.
SSPI : Salle de Surveillance Post Interventionnelle.
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation.

T-U

TIM : Technicien d'Information Médicale.
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.
UNV : Unités Neuro-Vasculaires.
URC : Unité de Reconstitution des Cytotoxiques.
USIC : Unité de Soins Intensifs en Cardiologie.
USINV : Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaires.
UTEP : Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique du Patient.
UTIC : Unité Thérapeutique de l'Insuffisance Cardiaque.

2025 2029

18 avenue du 8 mai 1945
BP1148
03100 Montluçon cedex

direction.generale@ch-montlucon.fr

04 70 02 30 30

www.ch-montlucon.fr

Centre Hospitalier Montluçon - Néris-les-Bains