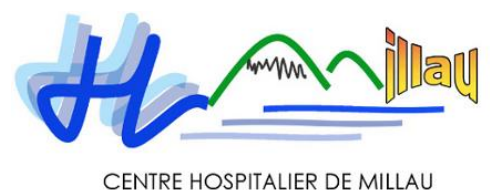




Le Projet Médical du Sud Aveyron CH de Millau et de Saint Affrique



1. PREAMBULE	3
1.1 LE MOT DU DIRECTEUR ET DES PCME	3
1.2. UN PROJET TERRITORIAL AMBITIEUX POUR LE SUD AVEYRON	4
2. LES ENJEUX DU PROJET MEDICAL DU SUD-AVEYRON DANS LA PERSPECTIVE DE L'HOPITAL COMMUN	10
2.1. LE SOUTIEN DU CHU DE MONTPELLIER PERMET DE REpondRE EN PARTIE A L'ENJEU D'ATTRACTIVITE DU PERSONNEL MEDICAL	10
2.2. LE RENFORCEMENT DE L'ATTRACTIVITE DE L'HOPITAL DU SUD AVEYRON SUR LES ACTIVITES DEJA EXISTANTES EST POSSIBLE ET PERMETTRA DE MIEUX REpondRE AUX BESOINS DE LA POPULATION	10
2.3. L'ELARGISSEMENT DE L'OFFRE DANS UNE LOGIQUE DE GRADATION ET D'ACCESSIBILITE BENEFICIERAIT A LA POPULATION DU SUD AVEYRON	14
2.4. UNE ADAPTATION INDISPENSABLE DE L'OFFRE DE SOINS AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION	16
3. LA TRADUCTION CAPACITAIRE DE CETTE AMBITION	18
4. LES ACTIVITES CLINIQUES DE DEMAIN	19
ANNEXES :	85
1. Annexe 1 : Synthèse de l'étude de faisabilité et de pré-programmation stratégique, capacitaire et financière du futur hôpital médian Sud Aveyron - MuPy	86
2. Annexe 2 : Méthodologie	93
3. Annexe 3 : Cibles d'actiité par filière	96

1. Préambule

1.1. Le mot du Directeur et des PCME

Le Projet Médical du Sud-Aveyron (PMSA), porté par l'ensemble des médecins des 2 structures hospitalières, a pour ambition de structurer de façon conjointe la prise en charge des patients avec, en perspective, la construction d'un hôpital unique. Cet hôpital offrira à la population du Sud-Aveyron un plateau technique performant nécessaire à une prise en charge de qualité. Il permettra aux professionnels de santé de travailler dans de meilleures conditions, gage d'attractivité pour les futurs recrutements.

Ce projet médical est un projet ambitieux puisqu'il démontre la nécessité d'une offre médicale plus large, au plus proche des besoins impliquant une augmentation capacitaire de la nouvelle structure.

Il se déploie en partenariat avec le CHU de Montpellier, hôpital support du GHT, pour établir une gradation des prises en charge dans chaque filière médicale, préfaçant ainsi le Projet Médical Partagé du Groupement Hospitalier de Territoire Est-Hérault-Sud-Aveyron.

En attendant cette nouvelle structure, le développement de nouvelles activités détaillées dans ce projet permettra de répondre aux besoins non couverts et de fédérer les équipes médicales et soignantes autour d'un projet commun et ce, en lien étroit avec les demandes d'amélioration formulées par les professionnels libéraux.

Il nécessite l'implication de vous tous et nous comptons sur vous pour y parvenir.

Sylvie MARTY
Directrice

Dr Francois JACOB
PCME - CH de Millau

Dr Mohamed ZOUANI
PCME - CH de Saint-Affrique

1.2. Un projet territorial ambitieux pour le Sud Aveyron

Les établissements de Millau et Saint-Affrique disposent d'un profil d'offre similaire, sans atteindre l'un comme l'autre la taille critique

Les Centres Hospitaliers de Millau et de Saint-Affrique sont des établissements publics de santé, distants de 29 kilomètres (30 minutes en voiture). Ils desservent ensemble un bassin de population de 75.000 habitants.

Ces deux CH appartiennent au Groupement Hospitalier de Territoire Est-Hérault et Sud-Aveyron, composé de 10 établissements dont l'établissement support est le CHU de Montpellier.

Le CH de Millau dispose d'une capacité de 233 lits et places, y compris SSR et USLD. De son côté, le CH de Saint-Affrique propose 130 lits et places y compris SSR et USLD.

Réunis, les deux établissements disposent d'une capacité autorisée de 357 lits et places se décomposant globalement en :

- 120 lits et 30 places MCO
- 70 lits de SSR : 40 lits sur le CH de Millau et 30 sur le CH de St-Affrique
- 90 lits d'USLD : 50 lits sur le CH de Millau et 40 sur le CH de St-Affrique
- 130 lits d'EHPAD exclusivement à St Affrique

Et par établissement et pour chacun des deux CH pour ce qui concerne les activités MCO :

HC	CH St-Affrique	CH Millau	CH Millau & St-Affrique
Médecine polyvalente	22	17	39
Médecine Gériatrique	13	13	26
Chirurgie	5	20	25
UHCD	2	3	5
USC	4	5	9
Gynéco-obst	6	10	16
Sous-total lits	52	68	120

HDJ	CH St-Affrique	CH Millau	CH Millau & St-Affrique
Médecine	1	6	7
Chirurgie	5	14	19
Gynéco-obstétrique	2	2	4
Sous total places	8	22	30
Total lits et place	60	90	150

Les deux établissements présentent un profil d'activité assez proche : 41% des racines de GHM sont communes entre les deux établissements (hors séances). Le CH de Millau présente une activité dans 81 racines de GHM non proposées par le CH de Saint-Affrique. A contrario, le CH de Saint-Affrique assure une activité dans 16 racines de GHM non proposées par le CH de Millau.

Le CH de Millau accueille également l'ensemble des activités de santé mentale du secteur 5 qui couvre le sud Aveyron, pour la Psychiatrie adulte et le secteur du Sud-Aveyron pour la pédopsychiatrie (2 secteurs sur le département) à savoir 22 lits d'hospitalisation complète pour adulte et 29 places dont 6 dédiées à la pédo psychiatrie. Cette activité ayant déjà bénéficié d'une modernisation de ses locaux à l'exception de ceux affectés à la pédopsychiatrie.

Les CH de Millau et de Saint-Affrique rencontrent, de longue date, les mêmes difficultés, sans être en mesure, seuls, d'y répondre

- **La visibilité, la notoriété, l'image et l'attractivité des deux établissements restent insuffisantes** (taux de fuite total de 43 % de l'ensemble de la demande de soins). Sur le périmètre de l'offre actuelle des deux établissements, cette fuite est de 29% ;
- **Les ressources médicales restent insuffisantes** pour répondre aux besoins du Sud Aveyron, malgré le soutien du CHU de Montpellier. Le déficit d'attractivité médicale obère la capacité des établissements à faire évoluer l'offre de soins alors même qu'elle devrait être renforcée et mieux positionnée pour répondre aux besoins de la population et mieux s'insérer dans le projet médical partagé du GHT ;
- **Les difficultés de recrutement de personnel paramédical et médico-technique**, par exemple parmi les étudiants de l'IFSI et de l'IFAS, **dénotent également un déficit d'attractivité pour ces professions ;**
- **L'organisation actuelle des prises en charge est encore trop hospitalo-centrée.** La relation ville-hôpital doit être repensée pour tenir compte des nouveaux modes d'exercices de la nouvelle génération de généralistes et des spécialistes mais également de l'intérêt, pour le futur établissement, d'assurer une prise en charge pertinente, sans se substituer aux professionnels de ville ;
- Les deux établissements connaissent des **situations financières structurellement déficitaires**, handicapant largement leur capacité à investir ;
- Les restructurations de l'organisation des soins ont été réels (bascule ambulatoire largement réalisée, unités de soins régulièrement revues ...) mais **le volume d'activité et le maintien de deux établissements empêchent d'atteindre la taille critique.**

Malgré les efforts des deux établissements, cette situation ancienne perdure.

Elle a conduit l'ensemble des acteurs du territoire, réunis au sein d'un Comité de pilotage du projet d'hôpital public du Sud Aveyron, à s'accorder sur la nécessité de s'engager résolument dans **un projet d'hôpital du Sud Aveyron** et d'élaborer un **projet médical territorial**, qui couvre les différentes filières de soins, de la médecine de ville au retour au domicile, afin d'inverser durablement cette tendance.

Un établissement unique situé au point d'équilibre le plus juste par rapport aux deux sites actuels

Compte tenu de ce contexte difficile pour les deux établissements de Millau et Saint-Affrique, des réflexions ont été engagées pour structurer l'offre de soins sur le territoire du Sud Aveyron. Ces travaux ont permis de conduire une étude de faisabilité, effectuée en 2018 à la demande de l'ARS Occitanie (Etude de faisabilité et de préprogrammation stratégique, capacitaire et financière du futur Hôpital médian Sud Aveyron – MUPY – juillet 2018).

Cette étude, dont une synthèse figure en annexe, s'appuie sur une analyse du bassin de santé du Sud Aveyron et de l'évolution des besoins de sa population à 20 ans. En tenant compte du potentiel actuel des deux sites, **l'étude a cherché à déterminer le scénario d'implantation le plus adapté pour le futur hôpital unique du Sud Aveyron.**

L'étude envisage trois scénarios d'implantation :

- Scénario 1 : Hôpital unique sur le site actuel du CH Emile Borel de Saint-Affrique ;
- Scénario 2 : Hôpital unique sur le site du CH de Millau ;
- Scénario 3 : Hôpital unique sur un point d'équilibre, qui reste à déterminer précisément, situé géographiquement entre les deux communes.

Le scénario 1, étudie le positionnement de l'hôpital unique sur le site actuel du CH Emile Borel de Saint-Affrique. Ce scénario se heurte à deux limites : d'une part, il majore la fuite vers le CHU de Montpellier, le CH de Rodez et d'autre part, il rend nécessaire une offre de proximité renforcée sur la commune de Millau, compte tenu du fait que ce secteur est le plus dense en population. Il conviendrait alors de mettre en place un « accueil non programmé », avec un risque de confusion avec les urgences situées sur l'hôpital unique. *« Il s'ensuivra une diminution des urgences (et des actes en conséquence). Cet accueil non programmé au plus près de la grande concentration de population induira également des lits de médecine, avec pour conséquence une diminution de l'attractivité de l'hôpital unique »*¹. De plus, le foncier bâti et non bâti (zone inondable notamment) actuel ne permet pas d'accueillir, de façon conforme à la réglementation et à l'état de l'art des prises en charge, l'ensemble des activités de l'hôpital unique. **Ce scénario est ainsi écarté.**

L'hypothèse d'un positionnement de l'hôpital unique sur la commune de Millau (scénario 2) a également pour conséquence de renforcer le risque de fuite sur le CHU de Montpellier, les CH de Rodez et d'Albi et d'isoler les activités demeurant sur la commune de Saint Affrique. De plus, le site du Puits de Calès, bâtiment principal du CH de Millau, souffre de problèmes fonctionnels (bâtiment trop exigu et « inscrit » à l'envers du réseau viaire logique du site et contraint dans sa fonctionnalité par la topographie) et techniques (locaux vétustes, installations techniques obsolètes et isolation thermique déficiente). Ce scénario nécessiterait des transformations profondes pour accueillir les activités envisagées par le projet médical de l'Hôpital unique et développer les nouveaux modes de prise en charge caractérisés par le développement de l'ambulatoire. La crise sanitaire de la Covid-19 a mis en exergue cette obsolescence fonctionnelle et technique. **Ce scénario est également écarté.**

¹ Voir synthèse de l'étude en annexe

Le positionnement de l'hôpital unique appelé Hôpital commun, sur un point d'équilibre, qui reste à déterminer précisément, situé géographiquement entre les deux communes (scénario 3) est alors l'hypothèse privilégiée, sous condition du maintien d'une offre de consultation avancée de proximité qui n'aurait pas besoin de plateaux techniques. L'offre de longue durée (EHPAD, USLD, SSR sans besoin de plateaux techniques dit « froids ») est également maintenue sur chacun de ces sites.

C'est ce scénario qui minimise le plus la fuite vers le CHU de Montpellier et les CH de Rodez et d'Albi et qui permet ainsi de disposer d'un plateau technique moderne susceptible d'atteindre une taille suffisante pour être viable et attractif. Il faudrait le compléter par des antennes de proximité, articulées avec la médecine de ville, dans le cadre d'une Communauté Professionnelle de Territoire de Santé (CPTS), dans chacune des deux communes principales.

Un établissement composé d'un plateau médicoteknique unique et de deux sites de proximité

Le futur Hôpital du Sud-Aveyron, tel que défini dans le scénario 3, sera composé d'une plateforme hospitalière unique épaulée par des antennes de proximité. Il devra assurer durablement la qualité des prises en charge dans le Sud Aveyron en lien avec les professionnels libéraux du territoire. Cette plateforme réunira les compétences des deux hôpitaux avec un service d'urgence, un pôle d'activités chirurgicales, un pôle d'activités de médecine et de court séjour gériatrique avec de nombreuses spécialités, des activités de SSR, un pôle médico technique (PUI, Biologie médicale et imagerie médicale) et un pôle de périnatalité avec une maternité.

Les antennes de proximité proposeront des consultations de spécialités avancées ne nécessitant pas de plateau technique. Une activité de prélèvement biologique serait mise en place afin de permettre à la population de bénéficier des prestations de l'hôpital commun pour la réalisation d'analyses de biologie médicale. Les consultations non programmées seront assurées en lien avec les médecins généralistes et le Service d'Accès aux Soins (SAS) en cours de déploiement sur le territoire dans le cadre du pacte de refondation des urgences. Ces antennes, comme actuellement, offriront des activités de psychiatrie de proximité, des prises en charge en SSR de froid ainsi qu'un hébergement de soins de longue durée et un EHPAD public pour le site de St-Affrique.

C'est la réalisation et le financement de ce scénario, qui, à la demande du Comité de Pilotage du projet d'hôpital public du Sud Aveyron, ont été confirmés par l'Etat par un courrier de la Ministre des Solidarités et de la Santé de décembre 2019. Ce courrier précise qu'« ***au vu de l'activité et des conditions de fonctionnement des deux plateaux techniques actuels ... il est urgent, pour garantir la sécurité sanitaire des activités et la qualité de la prise en charge de la population du Sud Aveyron, d'engager le projet de construction du plateau technique unique médian et de préparer sa mise en œuvre*** ».

Le courrier confirme également que l'Etat est prêt à financer une partie très significative de l'investissement estimé à 40 M€ pour la plateforme unique et à 15 M€ pour l'aménagement des deux sites de proximité. Cette estimation n'intègre ni les coûts de viabilisation du terrain,

ce dernier n'étant pas connu à ce jour, ni ceux de la restructuration de l'EHPAD du CH Emile Borel, situé actuellement pour partie en zone inondable.

Le 1^{er} ministre a réitéré le soutien de l'état le 5 novembre 2021 en positionnant la mise en place d'un hôpital commun comme une priorité des investissements hospitaliers au niveau de l'Occitanie.

Un projet médical territorial pour donner du sens et préciser les activités du futur hôpital commun en articulation avec la CPTS et ses acteurs

Le Projet Médical du Sud Aveyron (PMSA) s'inscrit dans la continuité des décisions du Comité de Pilotage du projet d'hôpital public du Sud Aveyron et du soutien de l'Etat.

Ce projet porte ainsi une double ambition :

1. **Concevoir d'emblée les filières de prise en charge, autour du parcours du patient, de la ville au retour au domicile, en passant par l'établissement commun, les services hospitaliers de proximité et les structures médico-sociales liée à l'hôpital;** c'est en ce sens que les médecins généralistes dans le cadre des CPTS continueront à être associés aux travaux sur chacune des filières examinées (voir ci-dessous) ; c'est également en ce sens qu'ils pourront par exemple proposer des consultations non programmées dans les antennes de proximité et que le futur système d'information leur permettra d'être informé du parcours de leurs patients pour sa partie hospitalière et médico-sociale ;
2. **Attirer les médecins autour d'un projet ambitieux et réaliste,** permettant le développement de l'offre hospitalière dans le Sud Aveyron, le CHU jouant son rôle de recours dans le cadre du GHT. Par comparaison avec des établissements de taille et d'environnement territorial et concurrentiel analogues, des activités nouvelles peuvent légitimement être proposées au plus près de la population du Sud Aveyron. Ainsi le projet médical territorial propose-t-il notamment un développement de l'offre de cancérologie, un élargissement de la filière chirurgicale et de la filière médicale, la structuration d'une filière personnes âgées et la poursuite de la bascule ambulatoire en chirurgie comme en médecine.

Un Projet Médical résolument territorial

Le Projet Médical territorial du Sud Aveyron a été élaboré par des groupes de travail territoriaux, organisés par filière de prise en charge, et réunissant, les chirurgiens, médecins, le DIM et le DIM de territoire, les responsables médicotechniques et cadres de santé exerçant dans les deux établissements, et les PUPH du CHU de Montpellier.

Sur chacune de ces filières, les groupes ont abordé trois questions :

1. Par comparaison avec des établissements de taille et d'environnement territorial et concurrentiel analogues, quelles activités nouvelles peuvent légitimement être proposées au plus près de la population du Sud Aveyron, avec quelles ressources, notamment médicales, en coopération avec le CHRU de Montpellier ?
2. Comment doit être organisé le parcours du patient en lien avec la médecine de ville et dans une logique graduée en étroite coopération avec le CHRU de Montpellier ?
3. Quelles sont les actions que les deux établissements peuvent mettre en œuvre immédiatement ou à un horizon proche, sans attendre la finalisation immobilière de l'hôpital commun ?

Le projet médical territorial présenté dans ce document décrit ainsi les filières de prise en charge qui seront mises en place, filières conçues d'emblée en complémentarité forte avec les acteurs du territoire dans une articulation harmonieuse avec la communauté professionnelle de territoire du Sud Aveyron.

Une préfiguration déjà engagée opérationnellement

Afin de matérialiser l'intérêt de l'hôpital commun, une organisation de la gestion commune des prises en charge est déjà engagée :

- Le découpage en pôles quasi « similaire » des deux établissements est déjà réalisé et validé par leurs instances respectives (CME, CTE). Il permet d'imaginer rapidement une gestion en pôles inter-établissements. Les équipes de gestion (cadre administratif et cadre supérieur de soins) sont déjà partagées.
- Des projets médicaux de pôles seront élaborés dès 2021 comportant des actions communes aux deux CH. La gestion de la pandémie de la COVID 19 a illustré la capacité des deux établissements à gérer des parcours de soin partagés et intégrés.
- Le pôle inter-établissements Digestif mis en place avec le soutien du CHU de Montpellier illustre la capacité du futur Hôpital unique à développer l'offre de prise en charge.
- Les quinze Assistants à Temps Partiel (ATP) de spécialité qui partagent leur temps avec le CHU, ont déjà contribué à élargir l'offre et facilité le recrutement de PH contractuels (endocrinologie, cardiologie et chirurgie digestive et urologique) qui, pour certains, continuent à partager leur temps avec le CHU de Montpellier afin d'y pratiquer des activités de recours.
- Un système d'information médicale commun au GHT est également en cours de développement.

2. Les enjeux du projet médical du Sud-Aveyron dans la perspective de l'hôpital commun

2.1. Le soutien du CHU de Montpellier permet de répondre en partie à l'enjeu d'attractivité du personnel médical

Au niveau des deux Centres Hospitaliers, exercent :

- Sur le CH Millau : 646 professionnels (soit 594,12 ETP)² mettent leurs compétences au service des patients dont 59 ETP de personnels médicaux, et 5 ETP d'internes.
- Sur le CH St-Affrique : 352 professionnels (soit 313,18 ETP)³ mettent leurs compétences au service des patients dont 18,47 ETP de personnels médicaux.

Comme évoqué plus haut, les deux établissements sont confrontés à de fortes tensions pour le recrutement du personnel, notamment médical.

Ainsi, la politique de recrutement d'assistants à temps partagé (déjà mentionnée ci-dessus) en coopération avec le CHU de Montpellier a permis de compenser les difficultés de recrutement et de maintenir et enrichir l'offre de soins des CH. Cette politique a fortement contribué à maintenir l'offre de soins dans le Sud-Aveyron et devra probablement concerner de nouvelles disciplines.

Dans le cadre de la gestion en pôles évoquée précédemment, une gestion prévisionnelle des besoins médicaux est en cours d'élaboration.

Le renforcement de l'attractivité pour les professionnels de santé du futur hôpital commun constitue ainsi le premier enjeu stratégique de ce projet médical. La définition d'une stratégie médicale commune visant à proposer une offre de soin renforcée et graduée avec le CHU devrait constituer un levier de développement de l'attractivité pour les professionnels tant destinés à venir travailler au sein du CHSA que pour ses partenaires de ville et bien sûr plus largement envers la population du territoire.

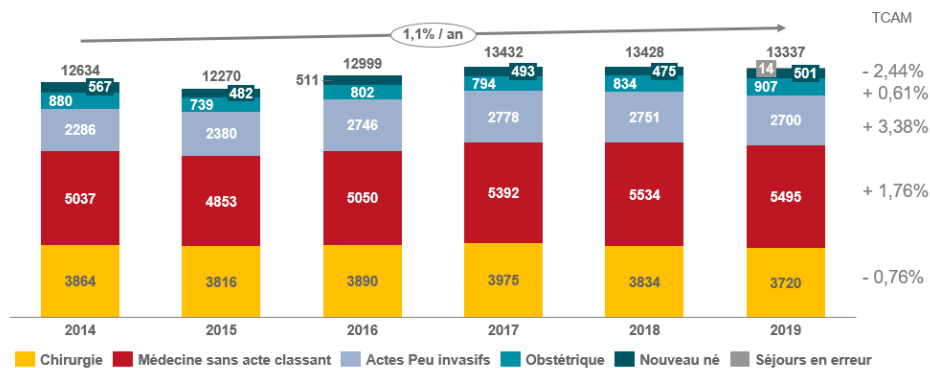
2.2. Le renforcement de l'attractivité de l'hôpital du Sud Aveyron sur les activités déjà existantes est possible et permettra de mieux répondre aux besoins de la population

Entre 2014 et 2019, l'activité connaît une croissance de 1,1% par an, masquant une situation contrastée. Alors que les activités de médecine, d'actes peu invasifs et d'obstétrique sont en hausse, celles de chirurgie et de néonatalogie sont en baisse sur cette même période. Sur la période plus récente, l'activité est stable, autour de 13.400 séjours.

² Source : SAE 2020

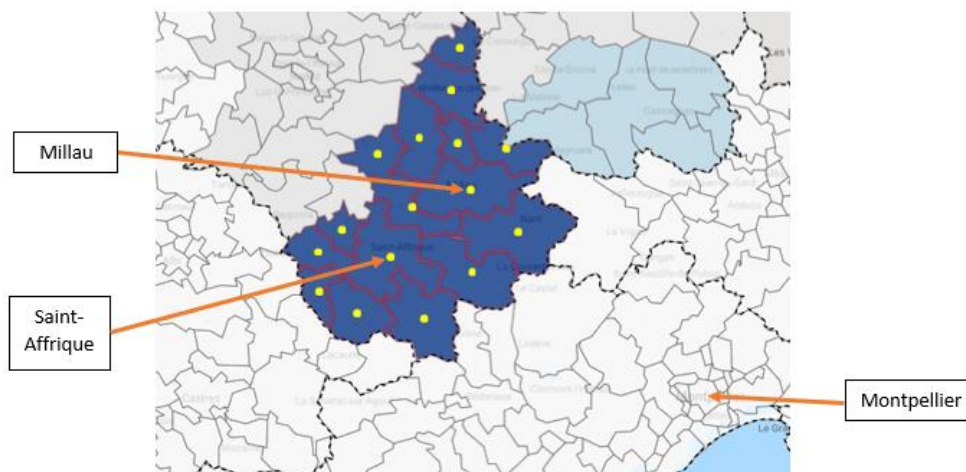
³ Source : SAE 2020

Evolution de l'activité MCO combinée des CH Millau et St-Affrique par CAS entre 2014 et 2019, en nombre de séjours (hors séances)



La zone d'attractivité (cette zone est définie par les communes de résidence des patients pour lesquels le CHSA effectue 80% de ses séjours) du CHSA comprend un bassin de population de plus de 68 000 habitants (à noter que 75 000 habitants sont répartis sur le territoire). Elle s'étend sur une zone au Nord de laquelle se trouve la commune de Campagnac et au Sud les communes de Belmont-sur-Rance et Camarès.

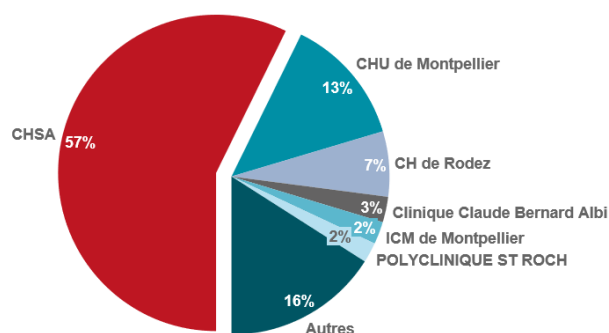
Sur cette zone, les CH de Millau et de Saint-Affrique sont les **seuls établissements proposant une offre MCO**. Ainsi, toute demande de médecine, chirurgie ou obstétrique non satisfaite au sein d'un des deux centres hospitaliers se traduit par une fuite du patient hors du territoire où il réside.



Zone d'attractivité du CHSA (points en jaune)

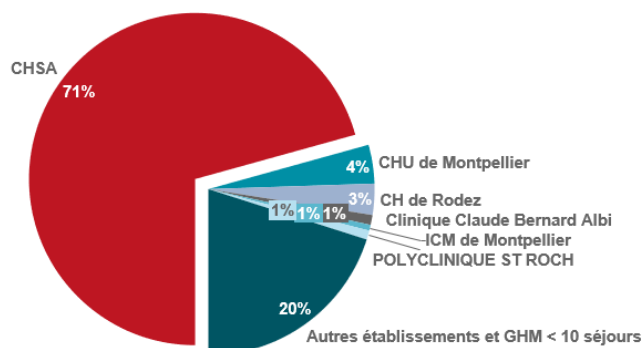
En considérant l'ensemble de la demande de soins de la population résidant sur cette zone d'attractivité, le CHSA détient une part de marché de 57% sur les activités MCO, alors même qu'il n'offre pas l'ensemble des activités demandées par la population, pour une part pour des raisons de gradation de l'offre de soins, pour une autre part du fait de difficultés à recruter les compétences médicales nécessaires. Le taux de fuite total est donc de 43%.

Parts de marché MCO, en 2018 (hors séances), sur l'ensemble des activités faisant l'objet d'une demande sur la zone d'attractivité



Sur le seul périmètre des activités actuellement proposées par le CHSA, le taux de fuite est encore de 29% des séjours MCO en 2018, année représentative des activités des établissements du Sud Aveyron, (hors séances réalisées en HDJ) sur le territoire du Sud Aveyron. Cela signifie que 29% des patients résidant dans le Sud Aveyron choisissent de se déplacer hors du territoire, alors même que l'offre existe sur le territoire. Cette fuite est **majorée** sur les Catégories d'Activité de Soins (CAS) de **chirurgie** et de **médecine** avec respectivement 36% et 31%. Avec 20% pour les actes peu invasifs, 19% pour la néonatalogie et 15% pour l'obstétrique, l'enjeu est moindre sur ces 3 autres Catégories.

Parts de marché MCO, en 2018 (hors séances), sur l'ensemble des activités effectuées par le CHSA sur la zone d'attractivité



Sur les activités de chimiothérapie tumorale que le CHSA réalise déjà sur sa zone d'attractivité et qui constitue une des priorités du projet médical, la fuite est de 88%.

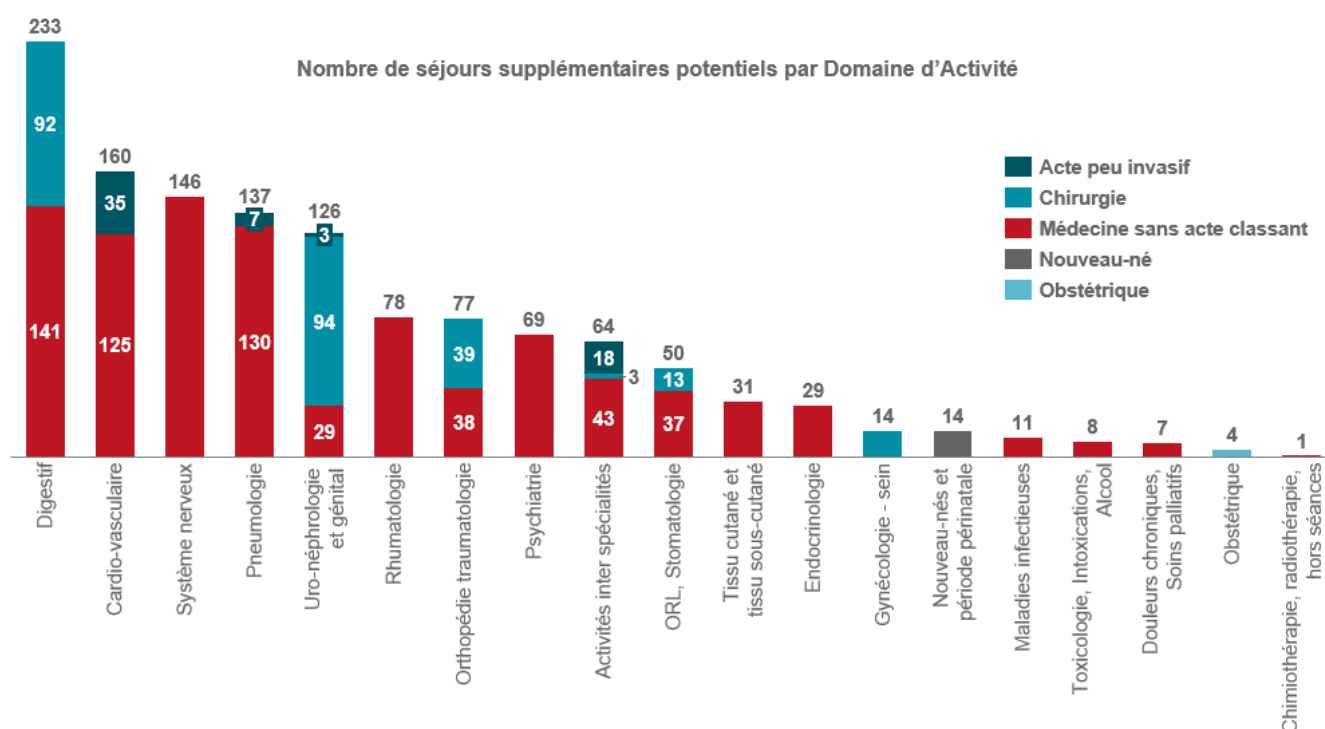
Ainsi, le deuxième enjeu stratégique du projet médical du Sud Aveyron est-il, sur l'offre déjà existante, de renforcer sa capacité à attirer les patients de son territoire, tant à travers ses partenariats avec le CHU de Montpellier et les professionnels de ville, qu'à travers le potentiel d'attractivité du futur hôpital médian.

Nous avons, avec les professionnels du CHSA fait l'hypothèse que le futur hôpital médian sera en mesure (sous réserve de la disponibilité des ressources notamment médicales) de répondre aux besoins de la population sud aveyronnaise dans les mêmes termes que les meilleurs établissements du panel d'établissements comparables au CHSA en termes d'activité et de situation géographique que nous avons constitué⁴.

⁴ Voir partie méthodologie annexe 2

L'étude fine des parts de marché HC et HDJ de chacun des établissements de ce panel sur les activités actuellement réalisées par le CHSA sur sa zone d'attractivité permet de déceler initialement un **potentiel d'accroissement d'environ 1300 séjours supplémentaires** (hors séances), soit **12%** d'accroissement de l'activité 2018 du CHSA sur la Zone d'Attractivité. **Le potentiel de baisse de la fuite sur les activités MCO est ainsi de 8 points** (hors séances).

Les domaines d'activité présentant le potentiel le plus important sont le digestif (plus de 230 séjours), le cardio-vasculaire ou encore la pneumologie (avec environ 150 séjours chacun) ainsi que l'urologie (environ 120 séjours).



Néanmoins, en tenant compte des projets portés par les professionnels de santé de l'établissement en lien avec ses partenaires clés, des ajustements ont été opérés pour définir le portefeuille d'activité cible du futur hôpital sur son périmètre d'activité actuel. **Le potentiel de développement a été ajusté de plus de 100 séjours supplémentaires.**

En effet, le développement de la chirurgie digestive dans le cadre de la création du premier pôle médico-chirurgical inter-Etablissement entre le futur CHSA et le CHRU de Montpellier est une ambition forte de ce projet médical.

Par ailleurs, le développement de l'offre de prise en charge palliative dans le cadre du plan national soins palliatifs est envisagé. Il serait accompagné du déploiement d'une offre dédiée aux prises en charge des douleurs chroniques.

Concernant les séances de **chimiothérapie pour affection tumorale**, le futur établissement a pour objectif de réaliser **1 400 séances supplémentaires**, dans le cadre d'une reprise de cette activité relancée progressivement depuis fin 2019 en partenariat avec le CHRU de Montpellier.

Il existe donc un potentiel réel d'accroissement de l'activité du CHSA, sur le périmètre de l'offre existante. Les conditions permettant de mieux répondre à la demande de la population sud-aveyronnaise sur ces activités existantes sont détaillées dans les fiches par filière dans le cadre de l'élaboration des projets médicaux détaillés de chacun des pôles. Ainsi la mise en place du PIE Digestif, les recrutements de PH, la perspective d'accueillir un interniste en liaison étroite avec la médecine interne du CHU de Montpellier, un allergologue, voire un infectiologue, et les nouveaux ATP, notamment en cancérologie (digestif et pneumologie), préparent ces développements et confortent d'ores et déjà leur faisabilité.

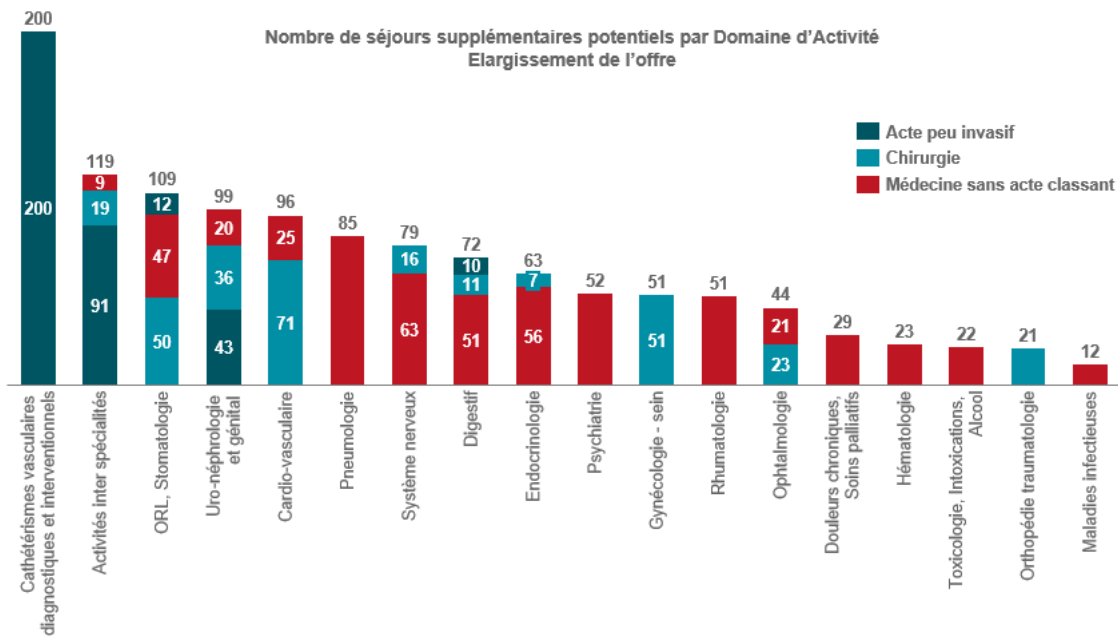
Au total, sur les activités actuelles, l'hôpital commun pourrait réaliser plus de 1.400 séjours et 1 600 séances supplémentaires (dont 1 400 de chimiothérapie tumorale).

Au-delà, en partenariat avec le CHU de Montpellier, le futur hôpital médian doit être en capacité d'élargir son offre, tout en respectant la logique de gradation de l'offre de soins mise en place par le GHT Est-Hérault et Sud Aveyron. L'évaluation de ce potentiel est l'objet de la section suivante.

2.3. L'élargissement de l'offre dans une logique de gradation et d'accessibilité bénéficierait à la population du Sud Aveyron

L'analyse de l'offre du CHSA et du panel d'établissements comparables ainsi que les travaux conduits avec les PU-PH du CHU de Montpellier montre qu'il existe des activités qu'il serait pertinent de proposer, en proximité, à la population sud-aveyronnaise.

Ces travaux ont permis d'estimer le potentiel d'activité à environ 1400 séjours (hors séances), concentrés sur 77 racines de GHM.



Ainsi, le développement de l'offre en cancérologie permet d'identifier un potentiel de séjours en chirurgie carcinologique digestive, uro-néphrologique et gynécologique non proposées par le CHSA actuellement. **Néanmoins à ce stade, le CHSA souhaite concentrer ses efforts sur le développement de la chirurgie carcinologique sur les organes digestifs en partenariat avec le CHU de Montpellier. Cet objectif pourra être complété dans un second temps par la prise en charge chirurgicale du cancer du sein chez le sujet âgé** dans le cadre d'une expérimentation portée par le CHU car la chirurgie carcinologique fait l'objet de seuil d'activité.

Ce potentiel ne se limite pas à l'activité cancérologique, et comprend également de la chirurgie non tumorale et des activités vasculaires dont la faisabilité reste à établir au regard des ressources médicales. Néanmoins les recrutements réalisés récemment devraient pouvoir initier ces développements qui souvent nécessitent des compétences médicales quasiment identiques.

Concernant la médecine polyvalente, le potentiel identifié a été accru en hématologie en tenant compte du renforcement de l'équipe médicale, mais ajusté à la baisse en neurologie, pneumologie et cardio-vasculaire au regard du niveau de spécialisation soutenable par le futur CHSA.

Parallèlement l'établissement développe une offre structurée de bilans gériatriques en HDJ en cohérence avec l'objectif de renforcement de la filière gériatrique. En particulier, dans le cadre de l'adaptation de la prise en charge aux personnes âgées poly pathologiques, sera mis en place des bilans pré et post opératoire afin d'évaluer la « fragilité » des futurs opérés, pour une activité prévisionnelle de 800 séjours.

Enfin, le déploiement de nouveaux programmes de prise en charge en addictologie et nutrition permettra également de renforcer l'offre ambulatoire.

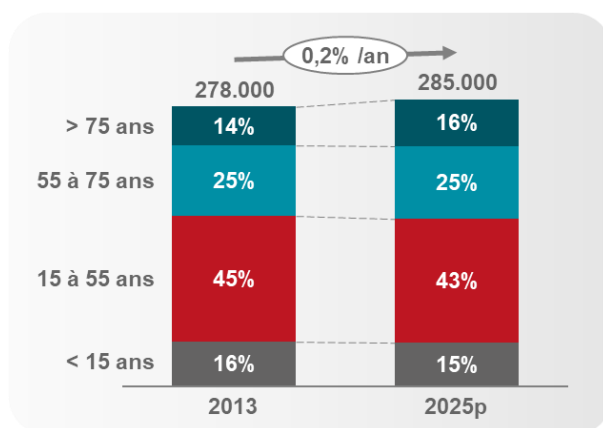
Au total, le potentiel de développement par diversification de l'offre serait de plus de 2 000 séjours dont près de 50% en ambulatoire.

Ainsi, le troisième enjeu stratégique du projet médical du Sud Aveyron est-il, en s'appuyant sur le CHU de Montpellier, de renforcer le spectre de l'offre de soins du futur hôpital commun, contribuant ainsi à une meilleure gradation de la prise en charge des patients dans le GHT.

2.4. Une adaptation indispensable de l'offre de soins au vieillissement de la population

Les projections de population et de demande en soins ont été effectuées à partir du modèle Omphale de l'INSEE. Ce dernier permet de déterminer l'évolution de la population d'un territoire donné, par tranche d'âges. La projection de la population aveyronnaise indique une croissance globale de 0,2% par an d'ici 2025, atteignant plus de 285 000 habitants. Cette croissance se traduira notamment par le vieillissement de la population de l'Aveyron. Ainsi, **41% des habitants de ce territoire auront plus de 55 ans en 2025, dont 16% plus de 75 ans**, alors que ces tranches d'âge représentent respectivement 39% et 14% des Aveyronnais en 2013. Ces tendances devraient se prolonger jusqu'en 2030 d'après les projections proposées par le modèle Omphale.

Evolution de la population de l'Aveyron et projection à 2025
(en nombre d'habitants)

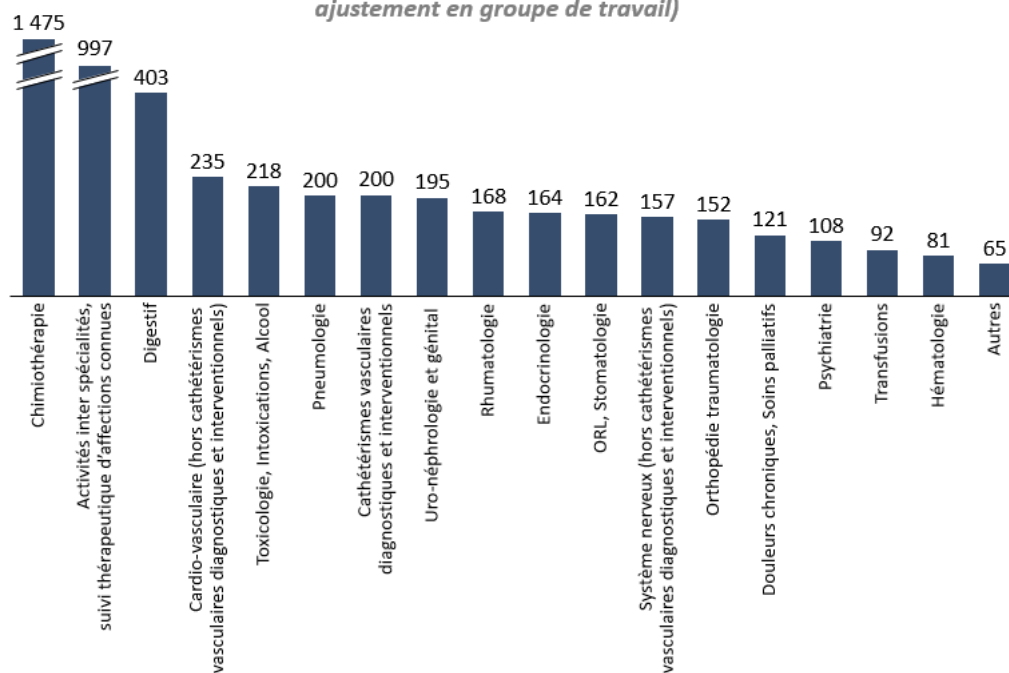


Sur le territoire du Sud-Aveyron, cette évolution démographique se traduirait par une demande en légère croissance, qui passerait de 33.600 séjours en 2018 à 34.400 séjours en 2025, soit + 800 séjours. Cette croissance serait cependant très inégale suivant les tranches d'âge. **Les personnes de plus de 75 ans** en seront les principales contributrices avec une croissance de la demande de 900 séjours. La demande de l'ensemble des autres tranches d'âge diminuerait, elle, de 100 séjours.

Compte tenu du case mix et de la structure par âge des patients du CHSA, en prenant l'hypothèse d'un taux de fuite moyen de 50%, il est raisonnable d'estimer le potentiel d'activité supplémentaire dû à la croissance démographique et au vieillissement de la population à environ 200 séjours.

En conclusion, le CHSA dispose d'un potentiel de développement de son activité au bénéfice d'une meilleure réponse de proximité aux besoins de la population sud-aveyronnaise dans le respect de la gradation de l'offre de soins du GHT. Ce potentiel pourrait représenter un total d'environ 3.600 séjours et environ 1600 séances (dont 1400 séances pour chimiothérapie tumorale).

Répartition des séjours supplémentaires potentiels par Domaine d'Activité
(par gain de PDM, élargissement de l'offre, croissance démographique et après ajustement en groupe de travail)



Cible d'activité additionnel estimé	Nombre de séjours conventionnels	Nombre de séjours HdJ	Nombre de séances
Renforcement de l'attractivité de l'offre existante	1 200	200	1 600 (dont 1 400 pour chimiothérapie tumorale)
Élargissement de l'offre	1 000	1 000	
Impact de la démographie du territoire		200	
Potentiel Total estimé		3 600	1 600

3. La traduction capacitaire de cette ambition

Le projet médical conduirait donc à un accroissement de 3.600 séjours et de 1600 séances.

Afin de traduire cette ambition en capacitaire cible, nous avons pris les hypothèses suivantes :

- Un taux d'occupation cible de 95% en hospitalisation conventionnelle hors chirurgie et maternité et de 85% en chirurgie et maternité ;
- Un taux de rotation de l'HdJ de médecine de 100% et de 130% pour l'HdJ de chirurgie
- Une ouverture de 365 jours par an en hospitalisation conventionnelle et de 250 jours par an en HdJ
- Un IPDMS identique à la situation actuelle qui est caractérisée par des IPDMS performants.

Compte tenu de ces hypothèses, le capacitaire cible est estimé à 126 lits et 33 places ce qui traduit un accroissement très significatif de l'efficacité du futur établissement commun, ainsi que l'indique la comparaison ci-dessous.

1. Situation actuelle : 120 lits et 25 places pour 14.500 séjours
2. Scénario de référence MUPY (S2) : 118 lits et 33 places
3. **Scénario cible projet médical :**
 - 125 lits et 36 places pour 19 600 séjours avec 9 000 séjours HC et 8 000 séjours HdJ et 2 600 séances
 - Si la dynamique d'accroissement de l'activité MCO se confirme, un besoin supplémentaire de lits d'aval semble nécessaire pour maintenir une bonne fluidité du parcours patient. Ainsi, le Projet Médical Sud Aveyron prévoit la création d'une Unité Cognitivo-Comportementale de 10 lits sur l'hôpital de Fenaille et la création de 10 lits sur le futur CHSA pour couvrir les besoins des autres patients ; soit 91 lits en SSR (+ 21 lits en SSR pour couvrir le besoin en lits d'aval).

Type d'activité	Nombre de lits		Nombre de places		PMSA 2025		
	Avant projet ¹	MUPY	Avant projet ¹	MUPY	Après projet	Lits	Places
MCO							
UHCD	5	10			7	7	
Unité de Surveillance Continue	9	8			9	9	
Médecine gériatrique	26	30			38	38	
Médecine polyvalente	39	30			32	32	
HDJ médical (dont chimiothérapies et bilans gériatriques)			7	14	17		17
Médico-chirurgical (à orientation gériatrique)	25	15			28	28	
Chirurgie		15			12		
HDJ chirurgical			19	19	17		17
Maternité	16	10	4		13	11	2
TOTAL MCO	120	118	30	33	161	125	36
SSR	70	70	0	0	0	0	0

Le Projet médical du Sud-Aveyron prévoit donc une augmentation de 5 lits et de 6 places en MCO, soit une augmentation de capacité de 11 lits et places en MCO, auxquels s'ajoutent 10 lits SSR.

4. Les activités cliniques de demain

L'accroissement et l'élargissement de l'offre répond à un enjeu d'attractivité pour la population du territoire comme pour les professionnels de santé des établissements.

Le Projet Médical Sud Aveyron est décliné au sein de 6 filières complémentaires, auxquelles s'ajoutent un projet spécifique à la coordination avec la médecine de ville et le projet des structures médicales d'appui :

- Les filières médicales
- Les filières chirurgicales
- La filière Femme-Mère-Enfant
- La filière gériatrique
- La filière SSR
- La filière psychiatrie
- La coordination avec la médecine de ville
- Les structures médicales d'appui

L'intégralité des évolutions au sein des filières est détaillée dans les pages suivantes.

Présentation de l'offre et de l'activité actuelles

Les CH de Millau et de Saint-Affrique disposent de nombreuses spécialités de médecine, pouvant accueillir **patients diabétiques, patients avec pathologies pulmonaires, cardiaques, vasculaires**, ou présentant **un syndrome infectieux**, comme ceux souffrant de **pathologies hépatiques (biliaires ou gastro-duodénales)**. Les établissements disposent également de deux **services d'urgences**, et le **taux d'admission direct en médecine est de près de 30%**. L'hôpital de jour propose notamment des **séances de chimiothérapie**.

Enfin, dans l'**unité de surveillance continue**, sont hospitalisés les patients nécessitant en raison de la gravité de leur état, ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique.

Dans un contexte d'augmentation de la demande en médecine sur la zone d'attractivité (+2% par an), le CHSA a perdu des parts de marché (-1,3% par an).

Potentiel de développement de l'activité de la filière Médicale

La comparaison des parts de marché actuelles du CHSA avec celles d'établissements présentant des caractéristiques proches et l'estimation de l'impact démographique à horizon 2025 permet de déceler un **potentiel de plus de 2500 séjours additionnels**.

Axe prioritaire de développement, la poursuite des activités de chimiothérapie, avec plus de 1800 séjours potentiels estimés pour 2025 pour les affections tumorales. Le deuxième enjeu de la filière médicale du CHSA se situe au niveau du développement des activités exploratoires, et cela quel que soit le domaine d'activités (appareil circulatoire, appareil respiratoire, appareil digestif, affections du rein et des voies urinaires, affections endocriniennes et métaboliques et affections du système nerveux). **Enfin, la comparaison du top 10 des activités de médecine réalisées en ambulatoire** avec celles d'établissements présentant des caractéristiques proches permet de déceler un potentiel de 300 séjours relevant d'une prise en charge en HDJ.

Nouvelles activités envisagées par la filière Médicale dans le cadre du futur hôpital médian

Le futur hôpital médian **proposera des activités digestives au sein d'un pôle médico-chirurgical en partenariat avec le CHU de Montpellier voire avec l'ICM**. En oncologie, les **activités de chimiothérapie seront développées, principalement au niveau des organes digestifs, gynécologique, urologique et respiratoires**.

Les effectifs seront à adapter en fonction de l'activité du CHSA, notamment concernant les activités d'oncologie médicale en partenariat étroit avec le CHU de Montpellier.

Présentation de l'offre et de l'activité actuelle des Centres Hospitaliers de Millau et Saint-Affrique

Les CH de Millau et de Saint-Affrique réalisent des **activités de médecine principalement au niveau digestif, uro-néphrologique et génital, cardiovasculaire, endocrinologique, respiratoire et neuronal. Le CH de Millau est site associé du CHU afin de procéder au traitement des cancers par chimiothérapie.**

Pour réaliser ces activités, **les CH de Millau et de Saint-Affrique disposent de 69 lits de médecine et de 7 places** dédiées aux activités de médecine en **hospitalisation partielle ou ambulatoire. 9 lits sont dédiés à l'unité de surveillance continue et 5 lits à l'UHCD** ². Les deux établissements disposent également de **deux services d'urgences**, et le taux d'admission direct en médecine est variable selon les établissements.

L'activité décroît légèrement depuis 2017 (-1,3% par an)⁴ avec 5870 séjours réalisés en 2019. Le CHSA réalise **48% des séjours de son territoire**, avec une part de marché en décroissance (-1,3% par an) malgré une demande en évolution (+2% par an.)⁴. **Le taux de fuite est élevé, dénotant un enjeu d'attractivité de l'offre des CH pour la population de son territoire.**

CH de Millau

30 lits² en filière Médecine dont :

- 17 lits de médecine polyvalente
- 13 lits de court séjour gériatrique* depuis le 1/11/2021
- **6 places²** en HDJ
- **5 lits²** pour l'unité de surveillance continue
- **3 lits²** en UHCD

CH de Saint-Affrique

- **35 lits** en filière médecine² dont :
 - 22 lits de Médecine polyvalente (dont prise en charge des Soins palliatifs)
 - 13 lits de court séjour gériatrique *
- **1 lit²** en HDJ
- **4 lits²** pour l'unité de surveillance continue
- **2 lits²** en UHCD

**La prise en charge des patients de plus de 75 ans est explicitée dans la fiche « filière gériatrique »*

La **performance** des unités d'hospitalisation est **bonne en termes de durée moyenne de séjour**, avec un indice de performance inférieur à 1. Toutefois, le **taux d'occupation des unités peut être optimisé**, notamment au sein du service du CH de Millau (TO de 67%²) et du service médical de Saint-Affrique (TO de 81%²). Les Unités de Soins Continues présentent un taux d'occupation de 81%² sur les deux CH.

- **13 Médecins urgentistes** = 11,29 ETP¹
- **7 Anesthésistes** = 4,42 ETP¹
- **2 Médecins généralistes** = 2 ETP¹
- **2 Cardiologues** = 1,53 ETP¹
- **0 Dermatologues** = 0 ETP¹
- **4 Pédiatres** = 1,56 ETP¹
- **2 Rhumatologues** = 1,03 ETP¹
- **3 Radiologues** = 2,44 ETP¹
- **4 Gastro-entérologues** = 0,93 ETP¹
- **1 Pneumologue** = 1,0 ETP¹

- **7 Médecins urgentistes** = 4,98 ETP¹
- **5 Médecins généralistes** = 3,11 ETP¹
- **1 Anesthésistes** = 1,88 ETP¹
- **3 Pédiatres** = 1,32 ETP¹
- **1 Cardiologue** = 0,60 ETP¹
- **2 Gastro-entérologues** = 0,20 ETP¹
- **1 Pneumologue** = 0,2 ETP¹

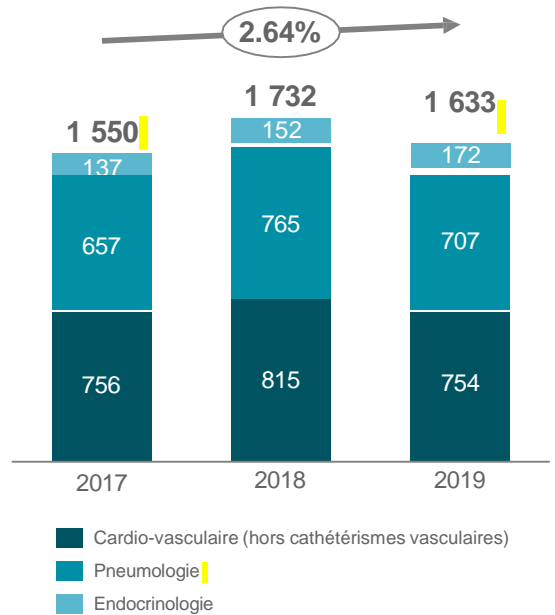
Présentation de l'offre et de l'activité actuelle des Centres Hospitaliers de Millau et Saint-Affrique

Une activité relevant principalement de la médecine polyvalente, avec des patients atteints de pathologies cardiovasculaires, respiratoires et métaboliques.

Les deux CH prennent en charge les pathologies cardiovasculaires, notamment les insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, les douleurs thoraciques, arythmies et les troubles de la conduction cardiaque. Au niveau respiratoire, ils accueillent principalement les patients avec pneumonies, pleurésies banales et bronchopneumopathies chroniques surinfectées. On estime que plus de la moitié des patients atteints d'affections respiratoires relève d'une prise en charge en lien avec le service d'urgences. Enfin en endocrinologie, sont pris en charge les troubles métaboliques.

Le CHSA effectue 53,1% des séjours médicaux en cardiologie, pneumologie et endocrinologie de sa zone d'attractivité en 2019. Une activité totale en croissance depuis 2017 (+2,7%/an) pour atteindre plus de 1600 séjours en 2019. Cela est insuffisant pour maintenir sa part de marché (-3,5%) sur sa zone d'attractivité, du fait d'une hausse de la demande supérieure à l'activité du CHSA sur ce territoire.

Evolution du nombre de séjours en médecine polyvalente⁴

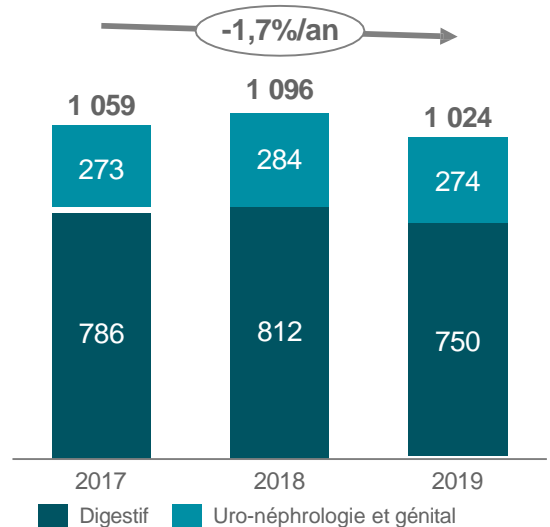


Une activité de médecine viscérale très développée, malgré une légère décroissance depuis 2017

Les deux CH réalisent des activités de médecine digestive avec par exemple la prise en charge des douleurs abdominales, des affections des voies biliaires et des hémorragies digestives. Au niveau uro-néphrologie, les CH traitent les infections des reins, des voies urinaires et les lithiases urinaires. On estime qu'un patient sur huit a été pris en charge au sein des services d'urgences, principalement pour la prise en charge de gastroentérites et de maladies diverses du tube digestif.

Depuis 2017, l'activité du CHSA sur sa zone d'attractivité décroît (-4,4%/ an) plus rapidement que la demande de soin (-2,4%), induisant une perte de part de marché du CHSA (-2,0%). En 2019, le CHSA a réalisé plus de 1000 séjours et détient une part de marché de 53,3% sur sa zone d'attractivité.

Evolution du nombre de séjours de médecine viscérale⁴



Présentation de l'offre et de l'activité actuelle des Centres Hospitaliers de Millau et Saint-Affrique

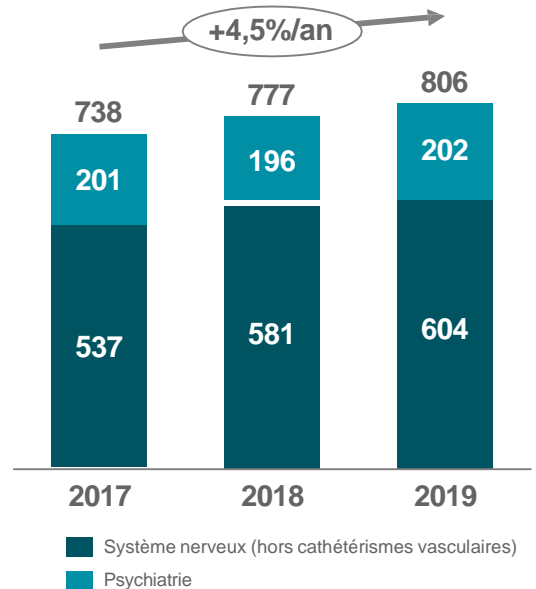
Une activité médicale en forte croissance sur les atteintes neuronales et les troubles psychiatriques

Les établissements assurent la prise en charge des affections du système nerveux, tels que les commotions cérébrales, les accidents vasculaires intracérébraux non transitoires et les anomalies de la démarche d'origine neurologique. Concernant les troubles psychiatriques, sont pris en charge les troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial et les troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux. Le CH de Millau dispose par ailleurs d'une activité de psychiatrie. On estime qu'un patient sur 5 a été pris en charge au sein du service des urgences, principalement pour la prise en charge de commotions cérébrales. **La croissance de cette activité, de +4,5% par an depuis 2017 est réalisée en dehors de la zone d'attractivité.** Sur ce territoire, l'activité réalisée est en décroissance (-7,2%/an), tout comme la demande en soins (-1,4% par an).

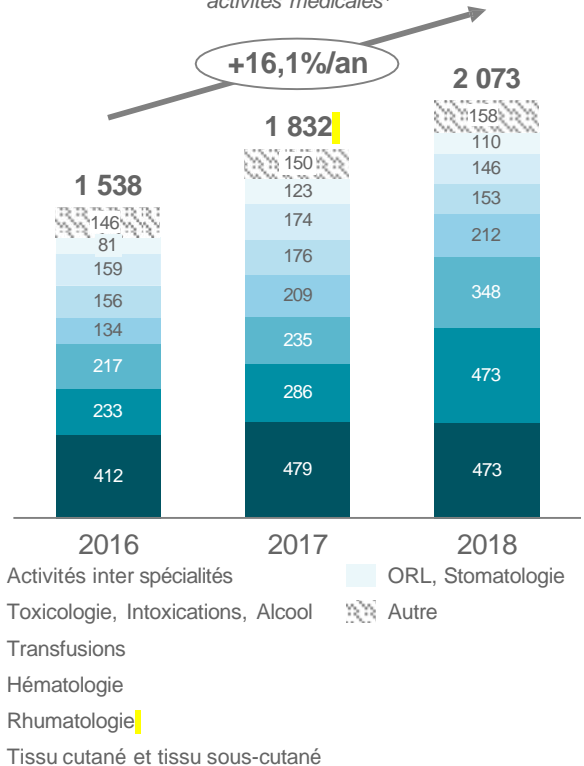
L'activité sur les autres disciplines est en forte croissance, boostée par les séances de transfusions et les séjours en hématologie

Les 2 établissements effectuent des séjours en activités médicales inter spécialités, notamment en HDJ pour des désensibilisations et des tests allergologiques. Ils accueillent des patients en situation d'éthylisme aigu ou avec dépendance. Ils effectuent également des activités en hématologie et rhumatologie. **Près de 350 séances de transfusion ont été réalisées en 2019, une activité en croissance de +27% par an depuis 2017.** On estime qu'un patient sur 4 a été pris en charge au sein du service des urgences, principalement concernant des troubles d'ordre hématologiques et ORL. **Depuis 2017, l'activité est en croissance (+16%/an) et le CHSA gagne des parts de marché (+4,4% par an) pour atteindre 51,6% des séjours de la ZA en 2019.**

Evolution du nombre de séjours en neurologie et psychiatrie⁴



Evolution du nombre de séjours des autres activités médicales⁴



Présentation de l'offre et de l'activité actuelle des Centres Hospitaliers de Millau et Saint-Affrique

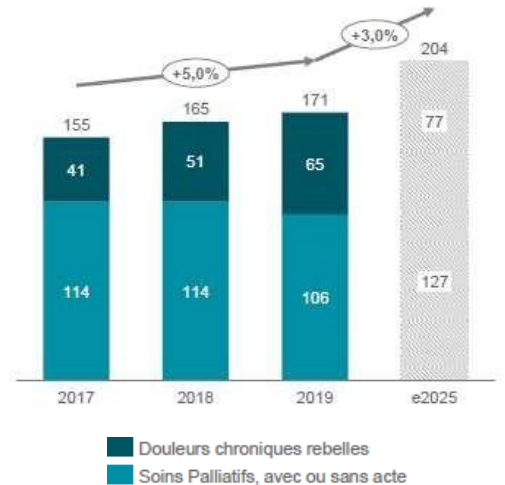
Une organisation dédiée à la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs

Les deux établissements disposent de 3 lits dédiés à la prise en charge palliative sur les autorisations de médecine et de SSR et d'un CLUD partagé.

La demande de séjours en douleurs et soins palliatifs est **en forte croissance avec une moyenne de 5% par an entre 2017 et 2019**. Cette augmentation pourrait se poursuivre sur un rythme moindre d'ici 2025 compte tenu d'un **Taux d'Hospitalisation Standardisé très faible à 0,66**.

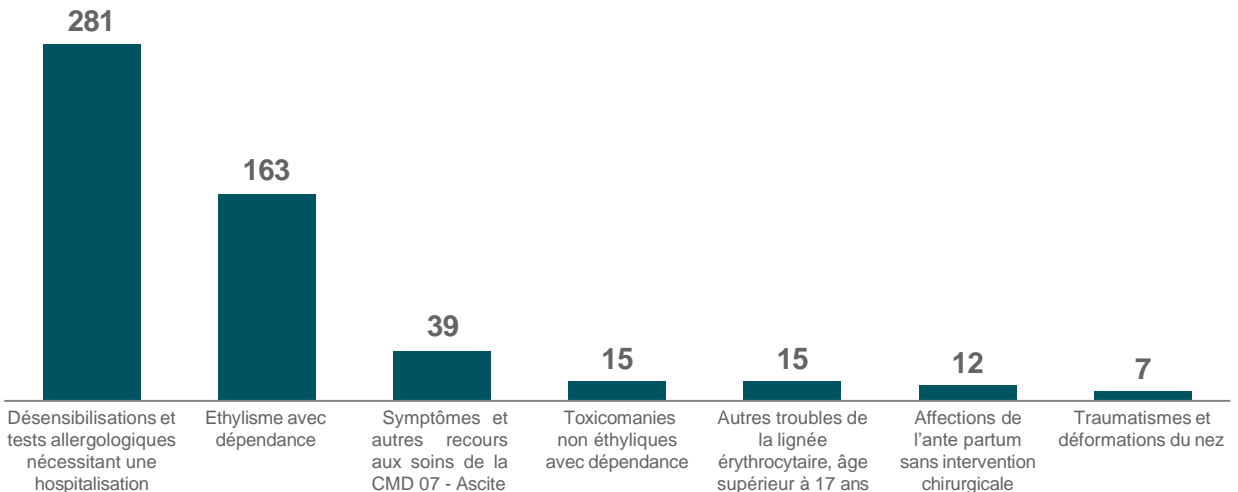
La part de marché des établissements est en moyenne de 40% sur ce segment d'activité.

Evolution de la demande (en séjours) sur la ZA entre 2017 et 2025



Une activité actuelle en ambulatoire très ciblée, d'environ 500 séjours.

Sans compter les séances de chimiothérapie et de transfusion, **l'activité ambulatoire du CHSA concerne principalement la réalisation d'actes de désensibilisations et de tests allergologiques et la prise en charge de l'éthylisme avec dépendance.**



Présentation de l'offre et de l'activité actuelles des Centres Hospitaliers de Millau et Saint-Affrique

La filière urgences et soins critiques

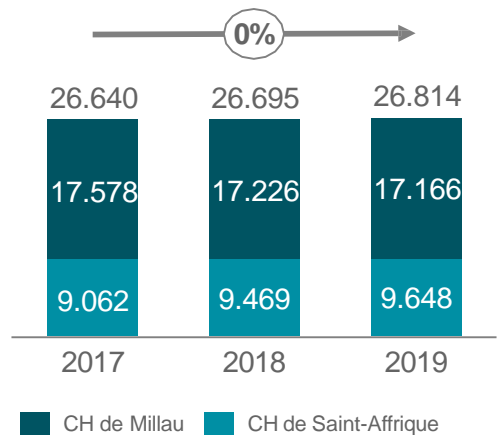
1 Les Services d'Accueil d'Urgence et des soins continus

Les 2 CH réalisent plus de 25 000 passages aux urgences¹ avec 9 box (dont 1 double sur Saint-Affrique). Cette tendance est stable depuis 2017.

Les deux établissements ont un taux moyen d'hospitalisation post-urgence à 21%. En outre, les 2 CH réalisent plus de 2 000 séjours en UHCD sur les 5 lits autorisés. Parmi les séjours en UHCD, plus d'un quart des patients sont ensuite hospitalisés sur un service MCO.

Les deux établissements réunis disposent de 9 lits de soins continus. En 2019, les 2 CH réalisent près de 600 RUM de plus de 24h soit 8% des RUM de plus de 24h des 2 CH.

Nombre de passages aux urgences



Une analyse du casemix du CHSA révèle que plus de 1200 séjours médicaux relèvent de la médecine d'urgence. Il s'agit principalement des activités inter spécialités, des troubles hématologiques, des troubles buccaux, des épistaxis et otites, des pneumonies et bronchites, des gastroentérites et des commotions cérébrales.

2 Les prises en charge par les SAMU et SMUR

Les équipes des 2 CH réalisent près de **600 sorties par an** (250 pour le CH de Saint-Affrique et 350 pour le CH de Millau), ce qui représente environ **2 sorties par jour**.

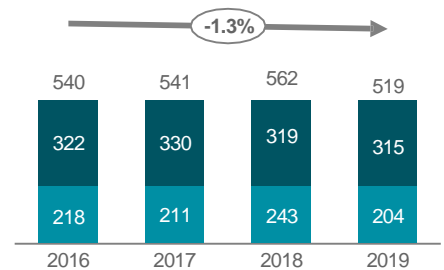
Les SMUR primaires sont en légère baisse depuis 2016, avec une moyenne totale de 520 sur la période.

Les SMUR secondaires sont en forte augmentation (+26% par an) avec une moyenne totale de 43 sur la période

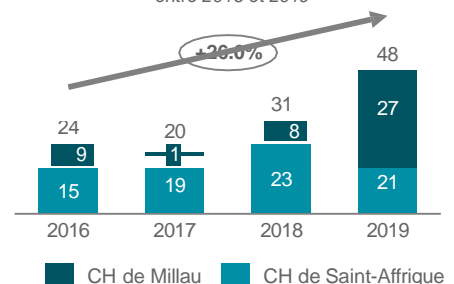
Pour le CH de Millau, 63,5% des SMUR sont réalisés entre 8h et 20h, et 36,5% entre 20h et 8h.

Pour le CH de Saint-Affrique, 59,5% sont réalisés entre 8h et 20h, et 40,5% entre 20h et 8h.

Evolution du nombre de **SMUR primaires** entre 2016 et 2019



Evolution du nombre de **SMUR secondaires** entre 2016 et 2019



Présentation de l'offre et de l'activité actuelle des Centres Hospitaliers de Millau et Saint-Affrique

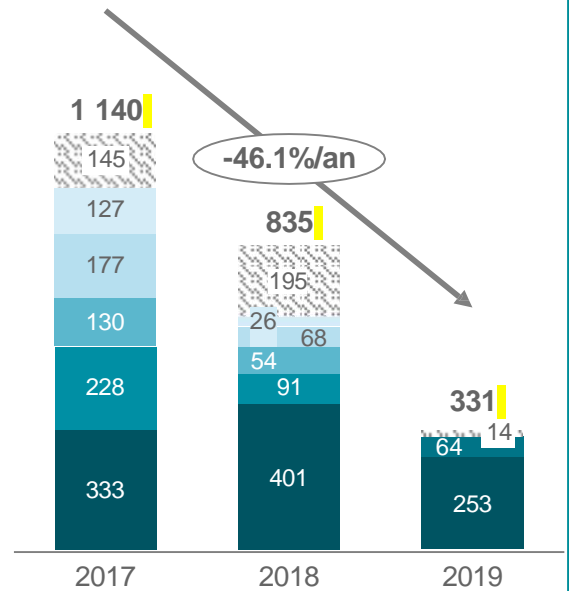
La reprise de l'offre de chimiothérapie en 2019

L'activité de préparation des chimiothérapies au CH de Millau s'est arrêtée fin 2018 pour reprendre en novembre 2019. En 2017, les affections non tumorales représentaient 29% des séjours de chimiothérapie et les tumeurs affectant organes et tissus 71%, notamment relevant de l'urologie. **En 2019, 76% des séjours concernaient des affections non tumorales et 24% des affections tumorales relevant des voies urinaires.**

La reprise de l'activité de chimiothérapie a permis au CHSA de limiter la diminution de ses parts de marché (-10% entre 2017 et 2019), mais la fuite reste supérieure à 80%.

En 2021, le nombre de séances de chimiothérapies fin octobre est de 559 séances, soit en extrapolant sur l'année, 672 séances.

Evolution du nombre de séances de chimiothérapie ⁴



- Autre
- Chimiothérapie : Voies urinaires
- Chimiothérapie : Organes respiratoires et intrathoraciques
- Chimiothérapie : Organes génitaux de la femme
- Chimiothérapie : Sein
- Chimiothérapie : Tumeurs des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés
- Chimiothérapie : Organes digestifs
- Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances

Potentiel de développement de l'activité de la filière médicale

Le potentiel de développement a été estimé en fonction de deux variables, d'une part la demande sur la zone d'attractivité du CHSA et d'autre part, l'écart en nombre de point entre la part de marché actuelle du CHSA comparée à celles d'établissements de taille comparable pour une activité donnée (méthode 1 : cf annexe 2). Puis il a été ajusté en prenant en compte l'évolution de la demande prospective (méthode 2)

1

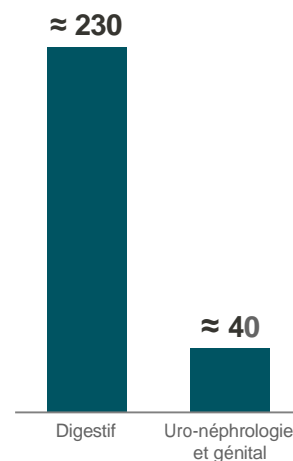
Un potentiel de développement de l'activité médicale en digestif et uro-néphro génital masculin d'environ 250 à 300 séjours soit une croissance d'environ 30 à 35% par rapport à l'activité de 2019

En **digestif**, le CHSA pourrait développer la **prise en charge des gastroentérites**, ce qui représenterait une trentaine de séjours additionnels, soit $\approx +200\%$ de croissance par rapport à 2019.

Au niveau **uro – néphrologie et génital**, le **développement des séjours pour insuffisance rénale sans dialyse** représente environ 10 séjours additionnels, soit environ $+150\%$ de croissance par rapport à l'activité réalisée en 2019. Enfin, en **oncologie**, la **prise en charge des tumeurs malignes du tube digestif** représente un potentiel de développement d'environ 20 séjours additionnels, soit près de 40% de croissance vis-à-vis de 2019.

En termes de nouvelles activités à développer, les activités d'**exploration et de surveillance de l'affection de l'appareil digestif, des reins et des voies urinaires, de prise en charge des maladies inflammatoires de l'intestin et, en oncologie, des tumeurs de l'appareil digestif, des reins et des voies urinaires** représentent un enjeu de développement important. Au sein de ce potentiel, une trentaine de séjours est due à l'impact de l'évolution de la démographie du territoire.

Nombre de séjours supplémentaires potentiels par DA



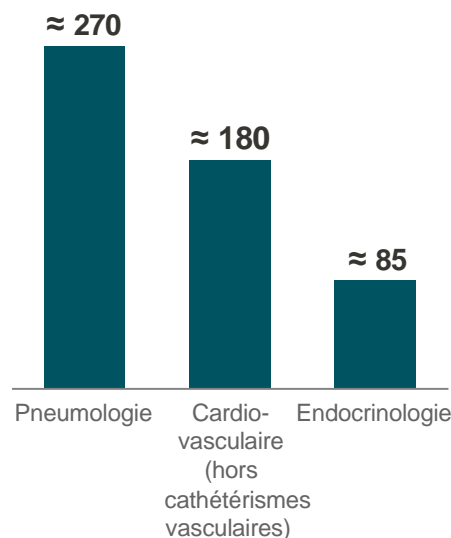
2

Un potentiel de développement de l'activité médicales en cardiologie, pneumologie et endocrinologie de plus de 500 séjours soit une croissance d'au moins 35% par rapport à l'activité de 2019

En **pneumologie**, le **potentiel de développement est important**, avec plus de 250 séjours additionnels. Il comprend le développement de la **prise en charge des épanchements pleuraux et des bronchopneumopathies chroniques surinfectées**, mais également des **tumeurs de l'appareil respiratoire** (entre 20 et 30 séjours additionnels chacun). En **cardiologie**, le **développement de la prise en charge des autres affections de l'appareil circulatoire** représente à lui seul entre 80 et 100 séjours additionnels soit activité multipliée par 5 par rapport à 2019.

Enfin, les **activités d'exploration et surveillance de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire et des affections endocriniennes et métaboliques, peu réalisées à l'heure actuelle, représentent un enjeu de développement important d'environ 100 séjours**. L'impact de la démographie est positif et a été estimé à environ 70 séjours.

Nombre de séjours supplémentaires potentiels par DA méthode1



Potentiel de développement de l'activité de la filière médicale

Le potentiel de développement a été estimé en fonction de deux variables, d'une part la demande sur la zone d'attractivité du CHSA et d'autre part, l'écart en nombre de point entre la part de marché actuelle du CHSA comparée à celles d'établissements de taille comparable pour une activité donnée (méthode 1 : cf annexe 2). Puis il a été ajusté en prenant en compte l'évolution de la demande prospective (méthode 2)

3 Un potentiel de développement de l'activité de médecine en neurologie et psychiatrie supérieur à 300 séjours, soit une croissance de plus de 35% par rapport à 2019.

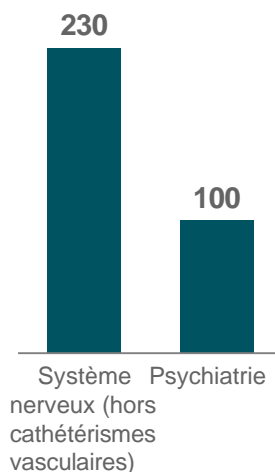
En **neurologie**, certaines activités pourraient être développées, notamment concernant la prise en charge des **accidents vasculaires intracérébraux non transitoires (environ 40 séjours)** et des **affections des nerfs crâniens et rachidiens (30 séjours)**.

En psychiatrie, un potentiel d'environ 40 séjours concernent les névroses dépressives (soit une activité multipliée par 3 par rapport à 2019).

En termes de nouvelles activités à développer, la mise en place de la prise en charge des **anorexies mentales et boulimies et des troubles bipolaires** en psychiatrie et le traitement des **lésions traumatiques intracrâniennes sévères comme la réalisation d'explorations et surveillance pour affections du système nerveux en neurologie** représentent un enjeu de développement important.

Au sein de ce potentiel, l'évolution de la démographie du territoire projetée en 2025 aurait un impact négatif de -30 séjours.

Nombre de séjours supplémentaires potentiels par DA méthode1



4 Un potentiel de plus de 650 séjours concernant les autres activités médicales

Pour les activités concernant les autres domaines d'activités médicales, **4 domaines se démarquent par leur potentiel de développement : la rhumatologie, la toxicologie, les transfusions et l'ORL.**

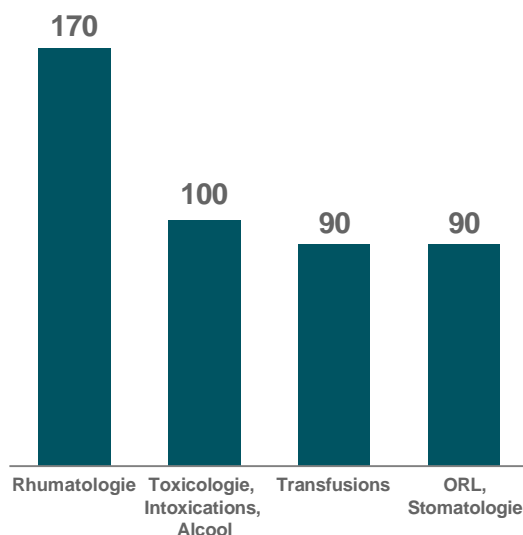
En rhumatologie, les affections du **tissu conjonctif et autres pathologies rachidiennes** relevant d'un traitement médical représentent un potentiel de 30 séjours additionnels.

En toxicologie, 50 séjours supplémentaires pourraient être réalisés pour la prise en charge de **l'éthylisme**. Par ailleurs, en **ORL**, les **affections de la bouche et des dents et les otites chez l'adulte** pourraient être développées. Enfin, 90 séances de transfusion supplémentaires pourraient être réalisées en 2025.

En termes de nouvelles activités à développer, deux d'entre elles se démarquent par leur potentiel : **le traitement des douleurs chroniques rebelles et les affections du tissu conjonctif en rhumatologie.**

Au sein de ce potentiel, environ 140 séjours seraient dus à l'évolution de la démographie du territoire.

Nombre de séjours supplémentaires potentiels par DA méthode1



Potentiel de développement de l'activité de la filière médicale

Le potentiel de développement a été estimé en fonction de deux variables, d'une part la demande sur la zone d'attractivité du CHSA et d'autre part, l'écart en nombre de point entre la part de marché actuelle du CHSA comparée à celles d'établissements de taille comparable pour une activité donnée (méthode 1 : cf annexe 2). Puis il a été ajusté en prenant en compte l'évolution de la demande prospective (méthode 2)

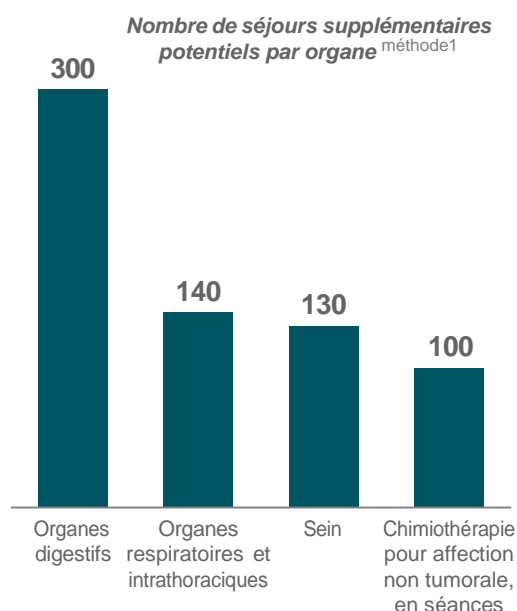
5 Le développement de la chimiothérapie représente un potentiel de près de 900 séjours

Le développement des activités de cancérologie et plus précisément de chimiothérapie est une priorité pour le CHSA.

Au total, un potentiel d'environ 900 séjours a été identifié, les principaux organes concernés sont les organes digestifs, respiratoires et les seins. De plus, environ 100 séjours potentiels concernent les affections non tumorales.

Les nouvelles activités non réalisées jusqu'à présent et pouvant être développées concernent les chimiothérapies de l'œil, du cerveau et d'autres parties du système nerveux central (environ 20 séjours). Ces estimations seront à ajuster en tenant compte des nouvelles modalités de prise en charge.

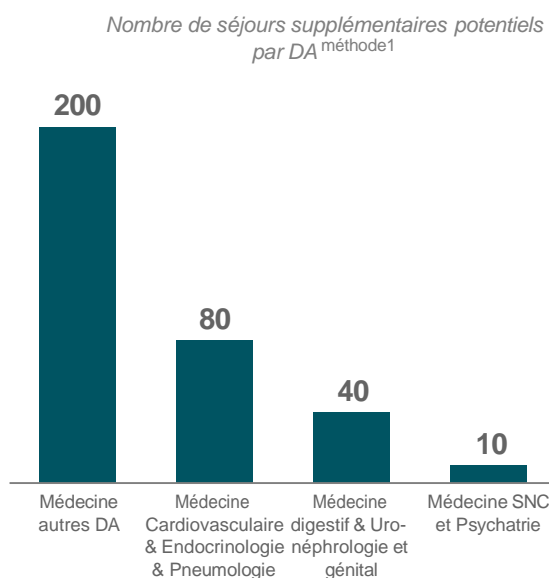
L'évolution de la démographie à horizon 2025 n'aurait pas d'impact sur les activités de chimiothérapie.



6 Au sein de ce potentiel, la médecine d'urgence représente plus de 300 séjours

Les activités du CHSA relevant de la médecine d'urgence représentent un potentiel de plus de 300 séjours, notamment avec la prise en charge des gastro-entérites, des bronchiolites, des gripes et des otites.

Toutes activités confondues, le potentiel de développement d'activité identifié pourrait générer 800 hospitalisations supplémentaires en UHCD en 2025.



Potentiel de développement de l'activité de la filière médicale

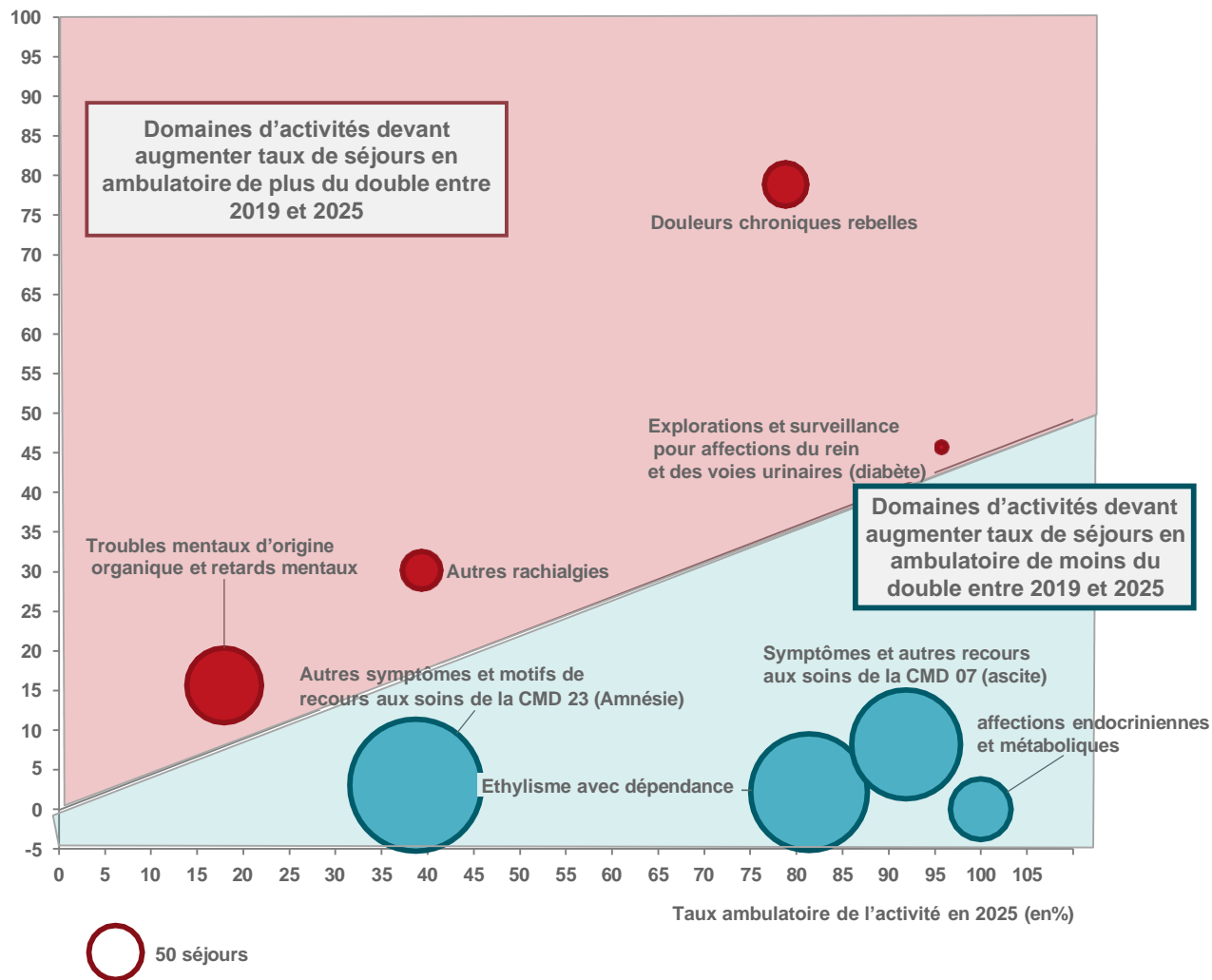
Le potentiel de développement a été estimé en fonction de deux variables, d'une part la demande sur la zone d'attractivité du CHSA et d'autre part, l'écart en nombre de point entre la part de marché actuelle du CHSA comparée à celles d'établissements de taille comparable pour une activité donnée (méthode 1 : cf annexe 2). Puis il a été ajusté en prenant en compte l'évolution de la demande prospective (méthode 2)

7 La poursuite de la bascule ambulatoire concerne environ 300 séjours.

La poursuite de la bascule ambulatoire est un enjeu de développement pour le CHSA. En plus du développement de la prise en charge en HDJ du diabète, des surveillances post-traitement (digestif et urologie) et de l'addictologie, sont concernés en priorité les bilans pour les personnes âgées (cf filière gériatrique) et la prise en charge des douleurs chroniques.

Croisement entre l'évolution du taux ambulatoire entre 2019 et 2025 et le taux ambulatoire réalisé en 2019. La taille de la bulle est proportionnelle au nombre de séjours réalisés en 2025⁴

Ecart entre le taux ambulatoire 2019 et 2025 (en %)



Nouvelles activités envisagées par la filière médicale dans le cadre du futur hôpital médian

1 Médecine digestive et uro-néphrologie

Développer l'activité en partenariat avec le CHUM

- **Sur la filière digestive, un partenariat avec le CHU de Montpellier a déjà permis de créer un premier pôle médico-chirurgical inter-Etablissement (CHUM/CHSA) afin d'organiser et de développer la prise en charge.** L'objectif est d'organiser le parcours des patients sur certaines activités, ce qui inclus le déploiement de nouvelles activités.
- **Les activités d'exploration et ambulatoires pourront se développer avec le soutien du CHUM**
- La filière de cancérologie digestive est déjà en place avec comme objectif de proposer une prise en charge complète : endoscopie digestive, chirurgie et chimiothérapies réalisés au CH de Millau puis sur l'hôpital médian (pour les chimiothérapies, cf page suivante).
- **La prise en charge des pathologies inflammatoires (MICI)** est en pleine transformation avec une prise en charge ambulatoire qui tend vers les thérapies orales ou sous-cutanées

Conditions de mise en œuvre et organisation en filière / parcours

- Développement d'un pôle opérationnel avec des moyens dédiés mutualisés sur le pôle digestif pour expérimenter dès à présent ces nouvelles modalités de fonctionnement avec l'appui et l'organisation de praticiens du CHU de Montpellier :
- Accès à une imagerie en coupe de qualité pour la prise en charge des pathologies digestives
- Maintien et développement d'une offre de gastroentérologie sur le territoire estimée à au moins 2 PH en privilégiant les temps partagés soit avec le CHUM, soit avec l'exercice libéral et de façon plus générale en proposant l'exercice mixte

2 Pathologies cardiovasculaires, respiratoires et métaboliques

Développer la pneumologie générale sur le territoire

- **Un développement d'activité limité par les moyens disponibles** : Pas de VNI en médecine pour l'insuffisance respiratoire ; absence de réanimation, absence de pédiatrie, pas d'astreinte de pneumologue
- **Un besoin sur le territoire comblé par la Clinique du Souffle de Lodève en l'absence d'offre suffisante** sur les établissements publics (CHSA et Rodez)
- **Trois activités peuvent être développées en pneumologie générale** : les BPCO (bilans, surveillance et décompensation), la réalisation du diagnostic en cas de suspicion de tumeur respiratoire et l'accroissement des endoscopies en HDJ

Conditions de mise en œuvre et organisation en filière / parcours

- Capacité en lits en soins intensifs plus importantes pour limiter les transferts
- Temps médical de pneumologue supplémentaire, notamment pour les HDJ
- Gradation de la prise en charge avec le CHUM et la Clinique du souffle afin d'avoir un retour du patient après phase aiguë

Nouvelles activités envisagées par la filière médicale dans le cadre du futur hôpital médian

3 Pathologies cardiovasculaires, respiratoires et métaboliques (suite)

Diversifier l'activité de cardiologie vasculaire

Deux nouvelles activités sont envisagées sur le CHSA :

- **Le projet de relance la pose de pacemaker simple et double chambre**
- **Le projet d'arthroscanner pour prise en charge coronographie sur patient âgé**

Conditions de mise en œuvre et organisation en filière / parcours

- Recrutement d'un angiologue sur site pour développer l'activité
- Accroître le temps de cardiologie pour la permanence des soins (2 ETP)
- Mettre en place un partenariat avec les cardiologues libéraux du territoire

Développer l'ambulatoire en endocrinologie

- L'objectif est d'accroître la file active de patients en accroissant le nombre de vacations qui est actuellement de 4 à 5 par mois.
- La prise en charge des patients diabétique est prioritaire

Conditions de mise en œuvre et organisation en filière / parcours

- Disposer de temps médical supplémentaire en libérant du temps consacré actuellement à la consultation

4 Autres spécialités médicales

Des projets de développement sur l'addictologie et en rhumatologie

- **Le développement de l'HDJ d'addictologie et la prise en charge en médecine polyvalente des sevrages simples des alcooliques** en lien avec l'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA (fonction de coordination avec la ville et soutien des équipes)
- **En rhumatologie, la prise en charge des arthrites septiques** est envisagée pour limiter les transferts vers Rodez. Elle implique une coopération avec la chirurgie orthopédique de Millau et l'infectiologue (recrutement possible)

Conditions de mise en œuvre et organisation en filière / parcours

- Transformer le poste d'Assistant en Temps Partagé de rhumatologue en recrutement en tant que PH
- Recruter un PH infectiologue
- Obtenir l'accord de l'ARS pour la mise en place de l'ELSA

Nouvelles activités envisagées par la filière médicale dans le cadre du futur hôpital médian

5 Autres spécialités médicales (suite)

Un enjeu d'accroissement de l'activité de soins palliatifs sur les patients hospitalisés et de création d'un HDJ douleur chronique pour répondre à la demande du territoire

- Le futur CHSA pourrait disposer de 6 lits de soins palliatifs (au lieu de 3 actuellement) pour répondre à la demande prospective et diminuer la fuite de 10 points.
- La cible d'activité serait alors de 200 séjours par an en 2025 pour la prise en charge de la douleur chronique et des soins palliatifs.
- **L'offre de soins palliatifs dans le futur Hôpital médian se mettra en place en plusieurs étapes**
 1. **Une première étape** serait la **mise en place d'une EMSP** pour soutenir les équipes du CHSA. La demande de création d'une EMSP est portée par CH Saint-Affrique pour le SA et sera soumise à l'ARS dès que l'opportunité se présentera. Cette équipe prendra en charge les Lits Indifférenciés de Soins Palliatifs (LISP) et apportera son soutien au personnel des EHPAD ;
 2. **Dans une deuxième étape, l'ouverture vers l'extérieur** sera engagée en soutien des professionnels et du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) qui coordonne les soins à domicile. Il reviendra à l'EMSP d'apprécier la complexité de la situation et des besoins de coordination avant de déterminer les modalités d'intervention (déplacements, télémédecine)
 3. Enfin, une étude médico-économique sur la transformation des LISP en Unité de Soins Palliatifs (USP) sera conduite compte tenu du développement des activités d'oncologie envisagée au CHSA.
- **Développement de d'hôpital de jour sur la douleur rebelle chronique à compter de septembre 2021** sur les 2 Centres Hospitaliers et **en partenariat, avec le CHU pour les RCP**, et avec l'hospitalisation en hôpital de semaine pour les prises en charge complexes

Conditions de mise en œuvre et organisation en filière / parcours

- Création d'une EMSP
- Accroissement du nombre de LISP puis transformation des LISP en USP

Nouvelles activités envisagées par la filière médicale dans le cadre du futur hôpital médian

6 Urgences et soins critiques

Concentrer les ressources hospitalières sur l'hôpital médian et organiser la prise en charge non programmée en lien avec les CPTS

- Il est nécessaire de regrouper toutes les compétences sur un site unique sans antennes de proximité, Cependant, le nombre actuel de médecins généralistes sur le Saint-Affricain justifie de proposer un accueil pour les soins non programmés (CCMU 1 voire 2) sur la commune de Saint Affrique, en sus du SAU et du SMUR basé sur l'hôpital médian.. **Cette prise en charge devra se faire dans le cadre d'une CPTS avec le soutien de médecins salariés du CH, si nécessaire.**
- Le Projet Médical a pour objectif d'ouvrir les échanges avec la CPTS afin d'organiser cette prise en charge des soins non programmés ne relevant pas de l'hospitalier et de mettre **en place le Service d'Accès aux Soins (SAS)**. Le SAS est un dispositif innovant prévu par le Pacte de refondation des urgences en 2019 et dont l'importance a été réaffirmée lors du Ségur de la Santé en 2020. Ce nouveau service, en cours d'expérimentation au sein de territoires pilotes et qui sera généralisé à partir de 2022 sur le territoire national, a pour objectif **d'orienter les patients en demande de soins non programmés vers des rendez-vous d'effectif en ville**. A la faveur de l'organisation d'une régulation médicale à double niveaux, avec d'une part un front office commun SAMU et régulation médicale libérale, et d'autre part, l'organisation d'une offre de soins de ville en lien avec les CPTS et les médecins généralistes en cabinet individuel ; le SAS a pour principal objectif de désengorger les urgences et permettre au patient de bénéficier d'une réponse rapide aux besoins.

Conditions de mise en œuvre et organisation en filière / parcours

- Un support des praticiens hospitaliers du CH pourra se mettre en place pour la prise en charge des soins non programmés sur Saint-Affrique en fonction des besoins médicaux
- Une organisation de cette filière en lien avec la CPTS est nécessaire pour améliorer les prises en charge.

A la cible, il conviendrait que le CHSA dispose de 2 lits supplémentaires en UHCD et maintienne en USC une capacité de 9 lits optimisés

En 2025, au regard de l'accroissement de l'activité en HC portée par le présent projet médical, le potentiel d'activité en UHCD est estimé à 2 300 séjours en mono RUM et près de 900 RUM en USC

Cet accroissement d'activité n'aura pas d'impact capacitaire aura un impact sur l'UHCD avec un besoin de 7 lits pour le CHSA (+ 2 lits) et un maintien de la capacité d'USC dans le cadre d'une optimisation du taux d'occupation, pour le passer de 80,5% en 2019 à 95% en 2025.

Pour permettre cette optimisation, il est nécessaire de travailler dans la cadre d'une **filière de prise en charge graduée au niveau du plateau technique du CHU**, afin d'alimenter l'USC et permettre un rattachement avec un service de réanimation. Un partenariat avec la Clinique du Souffle pourrait également être mis en place.

Nouvelles activités envisagées par la filière médicale dans le cadre du futur hôpital médian

6 Urgence et soins critiques (suite)

Conditions de mise en œuvre et organisation en filière / parcours

- Un accroissement de la criticité des prises en charge et de l'attractivité de l'unité pour le personnel médical grâce à la création d'une unité commune de 9 lits.
- Une compensation du manque de personnel ayant des compétences médicales en réanimation et soins critiques par recrutement et la recherche d'assistantat
- L'approfondissement de la coopération avec le CHUM : Staffs communs pour analyser les prises en charge actuelles et proposer des protocoles communs qualitatifs par le biais d'une présence toutes les quinze semaines d'un praticien du CHUM (en alternance CHM/CHEB)

Mettre en place de 2 lignes SMUR pour assurer une continuité des prises en charge sur le territoire

Bien que le CHU reste le niveau de recours, des actions seront mises en œuvre pour couvrir les zones grises (> 30 min) :

- Des coopérations avec le SDIS et la CPTS afin de mettre en place un maillage du territoire et former des médecins correspondants SAMU
- Un travail avec Mende ou Rodez pour les accroître, en journée, les interventions hélicoptérées sur les zones situées au-delà de 30 mn.

Conditions de mise en œuvre et organisation en filière / parcours

- Une équipe commune à la filière à dimensionner au niveau du CHSA pour le fonctionnement de l'ensemble des unités : SMUR/SAU/UHCD/USC. Pour le SMUR, prévoir une équipe complète pour la ligne active (Médecin, IDE et chauffeur) et une équipe de veille (avec Médecin + IDE qui peuvent s'extraire rapidement des autres services de la filière)
- Approfondir le partenariat avec le CHUM à moyen terme :
 - Sur la base du volontariat recruter des assistants en temps partagé dans le cadre du GHT
 - Développer des Staffs communs et des Formations, faire bénéficier les CH d'aides ponctuelles (temps additionnels) et élaborer une cartographie des postes pour identifier les besoins et mettre en place progressivement une équipe territoriale.

Nouvelles activités envisagées par la filière médicale dans le cadre du futur hôpital médian

7 Les activités de chimiothérapie

- Les activités de chimiothérapie seront développées principalement au niveau des organes **digestifs, gynécologiques, urologiques et thoraciques**, en partenariat avec le **CHU de Montpellier**. Dans un second temps, et dans la mesure du possible, un partenariat avec l'**ICM** permettra d'élargir l'offre à l'ensemble des patients du Sud Aveyron, pour atteindre une activité prévisionnelle de **1800 séances de chimiothérapies tumorales en 2025**.
- Ce développement portera dans un premier temps sur les prises en charge déjà réalisées (digestifs, gynécologiques, urologiques) puis s'étendra éventuellement au thoracique d'ici 2023 toujours en partenariat avec le CHU de Montpellier.
- Des discussions avec l'ICM seront alors organisées pour élargir la file active en proposant une prise en charge de proximité également pour leurs patients dans le cadre d'un partenariat à construire.
- **L'accroissement d'activité sera progressif** et accompagné d'un ajustement des ressources humaines paramédicales et médicales. De même, l'amélioration des conditions de prise en charge, dans l'attente de l'installation dans l'hôpital médian, avec la recherche de locaux plus adaptés, est souhaité.

Conditions de mise en œuvre et organisation en filière / parcours

- Le recrutement d'une IDE de coordination pour soutenir le développement de l'activité est une priorité. Il est également envisagé de recruter une IPA pour réaliser les chimiothérapies orales simples et les chimiothérapies adjuvantes simples sur prescription médicale.
 - Le recrutement d'un PH en temps partagé, ou d'un 2^{ème} Assistant à Temps Partagé, est également une priorité pour développer l'activité. A la cible, l'activité pourrait être portée par 2 PH à temps partagé, idéalement avec le CHU de Montpellier voire l'ICM pour faciliter le suivi des patients.
 - L'accroissement des ressources humaines au niveau de la pharmacie est également à prévoir avec le recrutement d'un temps de préparateur en pharmacie.
 - Le capacitaire cible sera de 12 patients/jour et offrira des conditions de prise en charge adaptées à la fragilité des patients, ce qui implique pour un bon dimensionnement des chambres individuelles dans le cadre du projet architectural.
- Les activités de chimiothérapie non tumorale seraient maintenues avec une cible d'activité de près de 500 séances en 2025.

Présentation de l'offre et de l'activité actuelle

La filière chirurgie comporte principalement, **en hospitalisation complète**, les activités de **chirurgie viscérale, orthopédique et gynécologique**. En chirurgie ambulatoire, les CH effectuent également des interventions notamment **ophtalmiques et cardio-vasculaires**. Pour la chirurgie gynécologique, l'activité est également présentée dans la filière femme mère enfant. En plus de ces activités, le CH de Millau détient **l'autorisation de procéder au traitement par chirurgie des cancers digestifs et effectue également de la chirurgie en ORL et stomatologie**.

L'activité chirurgicale du CHSA est relativement stable depuis 2017, toutefois le CHSA connaît une baisse de ses parts de marché sur son territoire. Il est donc primordial de mettre en adéquation son offre chirurgicale aux besoins de santé du territoire et d'approfondir **les partenariats avec le CHU de Montpellier afin d'organiser et de développer la prise en charge chirurgicale des patients du territoire**.

Potentiel de développement de l'activité de la filière Chirurgie

La comparaison des parts de marché actuelles du CHSA avec celles d'établissements présentant des caractéristiques proches et l'évaluation de l'impact démographique permettent de déceler un **potentiel d'environ 1000 séjours supplémentaires** en chirurgie, dont environ **250 en chirurgie viscérale, 150 en orthopédie, 60 en gynécologie et 450 concernant les autres activités de chirurgie**.

Ainsi, un potentiel existe **en oncologie⁽¹⁾** notamment en **chirurgie carcinologique uro-néphrologique et gynécologique non proposées par le CHSA actuellement**, comme pour les interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes, interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale et les mastectomies subtotaux pour tumeur maligne.

Ce potentiel ne se limite pas à l'activité oncologique, et comprend également de la chirurgie non tumorale et des activités vasculaires, avec notamment la pose d'endoprothèses pour les cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels.

L'impact de la démographie sur les activités chirurgicales a été intégré lors de l'estimation du potentiel et représente une diminution de l'activité d'environ 40 séjours.

Nouvelles activités envisagées par la filière Chirurgie dans le cadre du futur hôpital médian

En chirurgie, le futur hôpital médian **proposera des activités de chirurgie en hospitalisation complète et en chirurgie ambulatoire**. En ambulatoire, les activités concerneront **l'orthopédie, l'ORL, la stomatologie, la chirurgie viscérale, la chirurgie vasculaire périphérique et l'ophtalmologie**.

Le développement de spécialités autour de la cancérologie (urologie, ORL, viscéral), est actuellement en cours de discussion en lien avec le CHU et dépendra de la réforme des autorisations d'activité en cours. Sur la filière digestive, un partenariat avec le CHU de Montpellier a permis de créer un premier pôle médico-chirurgical inter-Etablissement (CHUM/CHSA), d'organiser et de développer **la prise en charge en chirurgie digestive telle que les hernies, la chirurgie bariatrique, les endoscopies interventionnelles**.

⁽¹⁾ Sous réserve de partenariat avec le CHU de Montpellier

Présentation de l'offre et de l'activité actuelle des Centres Hospitaliers de Millau et Saint-Affrique

Les CH de Millau et de Saint-Affrique réalisent des **activités de chirurgie viscérale, orthopédique et traumatologique, gynécologique et ambulatoire**. En ambulatoire, les actes concernent l'ophtalmologie, l'ORL, la stomatologie et la gastroentérologie. Le CH de Millau se distingue par la détention d'une autorisation de procéder au traitement par chirurgie pour les cancers digestifs et par la présence d'une offre dans les domaines de la chirurgie cardio-vasculaire et ORL – Stomatologie.

Pour réaliser ces activités, la **filière chirurgie, les CH de Millau et Saint-Affrique disposent de 28 lits de chirurgie et de 16 places** pour la **chirurgie ambulatoire**. Concernant l'**organisation des blocs opératoires, 6 salles sont installées permettant la réalisation de la chirurgie classique, des actes obstétricaux** (hors salle de naissance) et **deux salles sont dédiées aux endoscopies**.¹

L'**activité est stable depuis 2017 (-0,4% par an)**² avec 6 682 séjours réalisés en 2019. Le CHSA réalise **51% des séjours de son territoire**, avec un part de marché en décroissance (-3,2% par an), alors que la **demande diminue seulement 1,3% par an**⁴. **Le taux de fuite est élevé, dénotant un enjeu d'attractivité de l'offre des CH pour la population de son territoire**.⁴

CH de Millau¹

- **20 lits** : Ortho-trauma et Viscérale
- **10 lits** de Gynécologie- Obstétrique
- **14 places** dédiées à la chirurgie ambulatoire
- **2 places** de gynécologie obstétrique
- **5 salles destinées à la chirurgie classique**
- **1 salle dédiée aux endoscopies**

CH de Saint-Affrique¹

- **5 lits en chirurgie**
- **6 lits** en gynécologie-obstétrique
- **3 places** dédiées à la chirurgie ambulatoire
- **2 places** de gynécologie obstétrique
- **1 salle destinée à la chirurgie classique et aux actes d'obstétrique hors salle de naissance**
- **1 salle dédiée aux endoscopies**

La **performance** des unités d'hospitalisation est **bonne en termes de durée moyenne de séjour**, avec un indice de performance inférieur à 1 sur le CH de Millau et de 1,06 sur Saint Affrique². Toutefois, le **taux d'occupation des unités peut être optimisé** avec 71% et 73% sur le CH de Millau en HC et ambulatoire et moins de 65% sur le CH de Saint-Affrique en HC².

Le personnel médical est essentiellement en temps partagé et intervient pour effectuer des vacations, révélant l'enjeu d'attractivité du recrutement et des coopérations territoriales.

- **15 chirurgiens** dont G.O = 2,50 ETP¹
- **6 anesthésistes-réanimateurs : 3 ETP¹**
- **2 médecins spécialiste = 0,20 ETP¹**
- 10 IADE = 9,40 ETP¹
- 6 IBODE = 5,54 ETP¹
- 14 infirmières = 14,41 ETP¹

- **2 chirurgiens** dont G.O = 0,22 ETP¹
- **1 anesthésistes-réanimateurs : 0,60 ETP¹**
- 5 IADE = 3,74 ETP¹
- 1 IBODE = 1,84 ETP¹
- 7 infirmières = 5,26 ETP¹
- 2 aides-soignants = 1,20 ETP¹

- **Garde¹ : Anesthésistes-réanimateurs**
- **Astreinte¹ : Chirurgiens, Médecins de spécialités, infirmiers, IBODE, Aides-soignants**

- **Garde¹ : Non**
- **Astreinte¹ : Chirurgiens, Infirmiers, IBODE, Anesthésistes-réanimateurs**

Présentation de l'offre et de l'activité actuelle des Centres Hospitaliers de Millau et Saint-Affrique

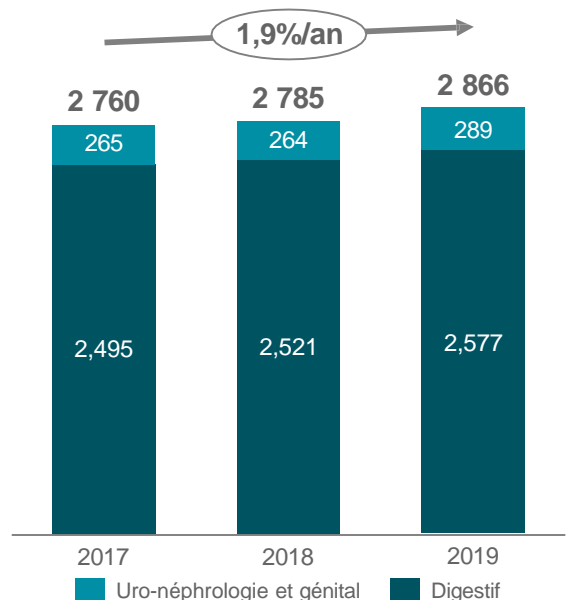
La chirurgie viscérale est l'activité maîtresse du CHSA

Les deux CH réalisent des activités de chirurgie viscérale, avec principalement, au niveau digestif, **les endoscopies et les opérations d'hernies**, et au niveau uro-néphrologie et génital, **les interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques et circoncisions**.

L'activité totale est en croissance depuis 2017, de près de 2% par an, avec plus de 2800 séjours réalisés en 2019. Le CHSA réalise 65% des séjours de sa zone d'attractivité, une part de marché relativement stable (-1,4%/an) alignée avec une baisse de la demande sur le territoire (-0,7%/an), du fait d'une baisse d'activité sur sa ZA.

En cancérologie, le CHSA a réalisé 20 séjours en chirurgie digestif et uro-néphrologie soumis à seuil pour une demande de 135 séjours sur le territoire.

Evolution du nombre de séjours de chirurgie viscérale au sein des CH de Millau et Saint-Affrique⁴

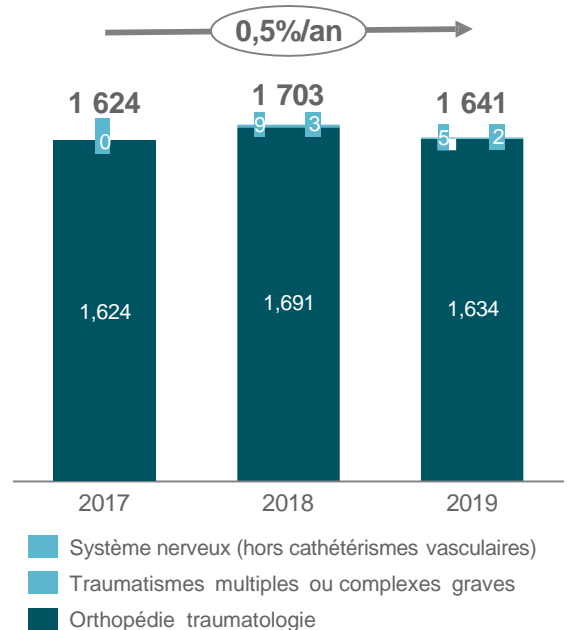


Deuxième pilier, l'activité de chirurgie orthopédique traumatologique est stable

En chirurgie orthopédique, les CH effectuent la prise en charge chirurgicale de la hanche, du fémur, du genou, des mains et des poignets. Les chirurgies de la colonne vertébrale et les chirurgies orthopédiques programmées complexes des affections de l'enfant sont orientées vers le CHU de Montpellier.

En traumatologie, les CH prennent en charge les traumatismes dus aux accidents de la route et aux accidents domestiques et ceux du jeune, du sportif et des personnels âgés. Le CHSA effectue 54% des séjours de chirurgie orthopédique, traumatologique et système nerveux de sa zone d'attractivité. Une activité totale globalement stable depuis 2017 en nombre de séjours (+0,5%/an), mais la diminution sur sa zone d'attractivité (-3,1% par an) et supérieure à la celle de la demande sur la zone d'attractivité, ce qui induit une légère baisse de part de marché.

Evolution du nombre de séjours de chirurgie orthopédique et traumatologique au sein des CH de Millau et Saint-Affrique⁴



Présentation de l'offre et de l'activité actuelle des Centres Hospitaliers de Millau et Saint-Affrique

Le fort dynamisme de l'activité de chirurgie gynécologique

Les deux établissements assurent la prise en charge des affections gynécologiques d'ordre chirurgicale.

Cette activité est en croissance depuis 2017 (+12% par an), liée en partie aux chirurgies de l'utérus⁴.

A noter, en 2019, le CH de Millau a réalisé une vingtaine de séjours pour dilatations et curetages, conisations pour tumeurs malignes, activité non réalisée jusque-là.

Malgré cela, la part de marché du CHSA recule (-2,8% par an), due à diminution d'activité sur sa zone d'attractivité malgré une hausse de la demande de soins.

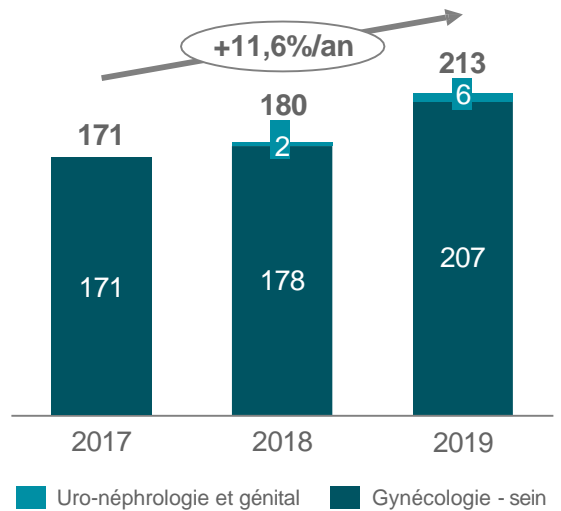
Une activité en décroissance sur les autres spécialités chirurgicales

Les CH réalisent d'autres activités de chirurgie pour près de 2 000 séjours, principalement en ophtalmologie et en ORL, mais cette activité décroît de 5% par an depuis 2017.

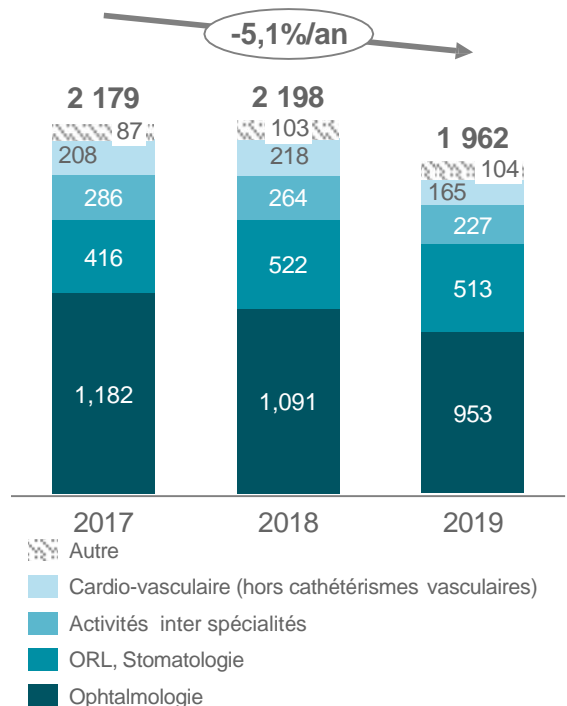
Au niveau ophtalmologique par exemple plus de 900 séjours pour intervention sur le cristallin ont été réalisés en 2019. Au niveau ORL, sont pris en charge des affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires.

Le CHSA réalise 38% des séjours de son territoire, une part de marché en décroissance (-6,6% par an) dans un contexte de diminution de la demande de la zone d'attractivité (-2,3% par an).

Evolution du nombre de séjours en chirurgie gynécologique⁴



Evolution du nombre de séjours des autres activités de chirurgie⁴



Présentation de l'offre et de l'activité actuelle des Centres Hospitaliers de Millau et Saint-Affrique

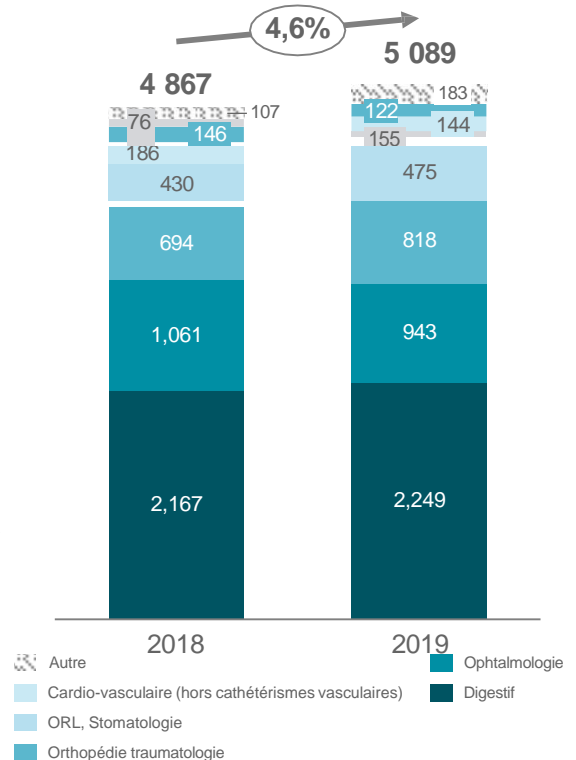
La chirurgie ambulatoire représente les 3/4 des séjours de chirurgie

Les 2 établissements réalisent des activités de chirurgie ambulatoire, principalement en chirurgie digestive, ophtalmologique et ORL.

En 2019, les CH ont réalisé plus de 5 000 séjours en chirurgie ambulatoire, dont près de 2000 endoscopies, près de 1000 interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie et plus de 450 interventions pour des affections de la bouche et des dents.

Une activité ambulatoire en croissance de 5% versus 2018, en partie liée à l'augmentation des activités de chirurgie ambulatoire uro-néphrologie et génital qui ont doublé en un an. En effet, l'arrivée de nouveaux ATP en urologie a permis cette augmentation. Le CH a investi dans l'achat d'un laser en 2021,

Nombre de séjours de chirurgie ambulatoire ⁴



Sources : (1) SAE 2019 ; (2) Etablissement 2019 ; (3) Hospidiag ; (4) PMSI (nombre de séjours hors séances), Analyses CMI

Potentiel de développement de l'activité de la filière Chirurgie

Le potentiel de développement a été estimé en fonction de deux variables, d'une part la demande sur la zone d'attractivité du CHSA et d'autre part, l'écart en nombre de point entre la part de marché actuelle du CHSA comparée à celles d'établissements de taille comparable pour une activité donnée (méthode 1 : cf annexe 2). Puis il a été ajusté en prenant en compte l'évolution de la demande prospective (méthode 2)

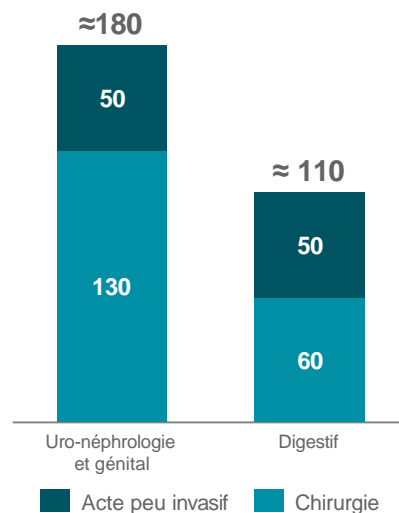
1 Un potentiel de développement de l'activité de chirurgie viscérale estimé à environ 250 séjours

En chirurgie par exemple, le développement de la prise en charge **des séjours uro-néphrologiques et génitaux, représentent 130 séjours additionnels, soit +30 à 40 %** par rapport à 2019, avec par exemple la réalisation d'interventions pour lithiases urinaires.

Le développement des séjours en chirurgie digestive représente **103 séjours supplémentaires, soit +19%** de croissance par rapport à l'activité réalisée en 2019. Il s'agit notamment de chirurgies de l'intestin grêle et du côlon. En cancérologie, le potentiel est d'une dizaine de séjours au plus.

Pour les actes peu invasifs, le potentiel de développement se situe principalement dans la réalisation **d'endoscopies** aussi bien au niveau digestif, biliaire et génito-urinaire. Pour le développement de l'offre **en cancérologie en partenariat avec le CHU**, un potentiel de séjours en **chirurgie carcinologique à seuil uro-néphrologique a été identifié**, comme la réalisation d'interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes et sur les reins et les uretères et la chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale.

Nombre de séjours supplémentaires potentiels par DA méthode 1 et 2



Ce potentiel de séjours comprend l'estimation de la demande prospective en 2025 qui induit une diminution d'une dizaine de séjours. Méthode 2

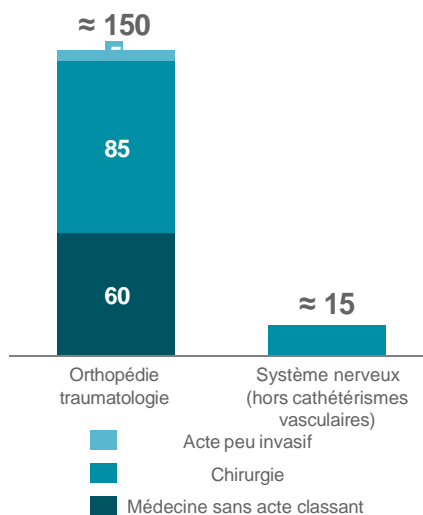
2 Un potentiel de développement de l'activité de chirurgie orthopédique et traumatologique estimé à environ 150 séjours

En chirurgie orthopédique et traumatologique, le **potentiel de développement de l'activité est élevé et représente environ 150 séjours additionnels soit une croissance de 10 à 15% par rapport à 2019**, avec le développement par exemple d'interventions sur la hanche et le fémur pour traumatisme récent et la prise en charge des fractures, entorses, luxations et dislocations du bras et de l'avant-bras des personnes âgés de moins de 18 ans.

Concernant le système nerveux, des chirurgies au niveau du rachis pourraient être réalisées et représenteraient une **activité nouvelle** pour les CH avec un **potentiel d'une quinzaine de séjours additionnels. Cette activité semble cependant peu probable.**

Portée par le **vieillissement de la population, la demande de soins prospective** a été incluse dans ces estimations et **représente un potentiel d'une cinquantaine de séjours additionnels.**

Nombre de séjours supplémentaires potentiels par DA méthode 1 et 2



Potentiel de développement de l'activité du filière Chirurgie

Le potentiel de développement a été estimé en fonction de deux variables, d'une part la demande sur la zone d'attractivité du CHSA et d'autre part, l'écart en nombre de point entre la part de marché actuelle du CHSA comparée à celles d'établissements de taille comparable pour une activité donnée (méthode 1 : cf annexe 2). Puis il a été ajusté en prenant en compte l'évolution de la demande prospective (méthode 2)

3 Le potentiel de développement de l'activité chirurgicale gynécologique reste limité

En gynécologie, la demande est très limitée sur le territoire.

Compte tenu de l'évolution des autorisations en chirurgie sénologique, l'hôpital médian ne prévoit pas le développement de cette activité.. La croissance provient des activités existantes sur lesquelles la part de marché pourrait s'accroître. Au sein de ce potentiel, l'évolution de la démographie du territoire a un impact neutre.

Néanmoins, une organisation de la filière cancérologique pourrait être mise en place, avec un dépistage sur site dans le cadre d'une convention avec le CHUM. Les praticiens de l'Hôpital Médian pourraient prendre en charge leurs patientes sur le plateau technique du CHUM, avec participation à distance aux RCP. Les séances de chimiothérapies seraient également réalisées en proximité. Il est également envisagé de déposer une demande d'expérimentation qui serait portée par le CHU pour la réalisation sur le CH de Millau des tumorectomies chez les patients âgés.

Nombre de séjours supplémentaires potentiels par DA méthode 1 et 2



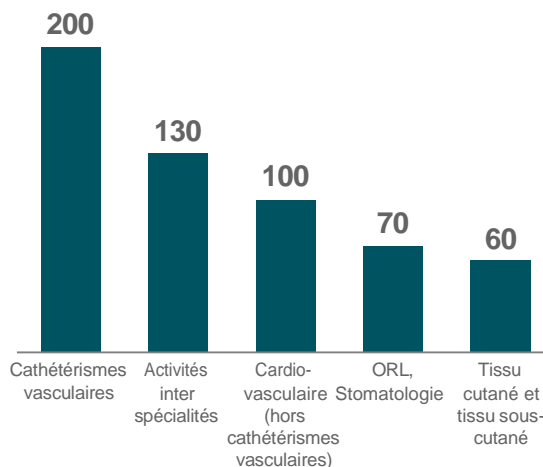
4 Un potentiel important de développement des autres activités de chirurgie, d'environ 450 séjours, dont 200 sur la mise en place d'activités de cathétérismes vasculaires

Pour les autres activités chirurgicales, le potentiel est estimé à environ 450 séjours supplémentaires et 5 domaines d'activité se démarquent : Cathétérismes vasculaires, chirurgie cardiovasculaire, chirurgie inter spécialités, chirurgie ORL et stomatologie, et chirurgie des tissus cutanés et sous cutanés.

Ce potentiel concerne principalement la mise en place de nouvelles activités pour le CHSA, telles que la réalisation d'activité cathétérismes vasculaires, la pose de stimulateurs cardiaques permanents simple et double chambre et la réalisation d'explorations nocturnes.

Au sein de ce potentiel, globalement l'impact de l'évolution de la démographie sur le territoire a un impact neutre, même si une baisse de la demande en chirurgie ophtalmologique est à prévoir (environ 80 séjours).

Nombre de séjours supplémentaires potentiels par DA méthode 1 et 2



Potentiel de développement de l'activité du filière Chirurgie

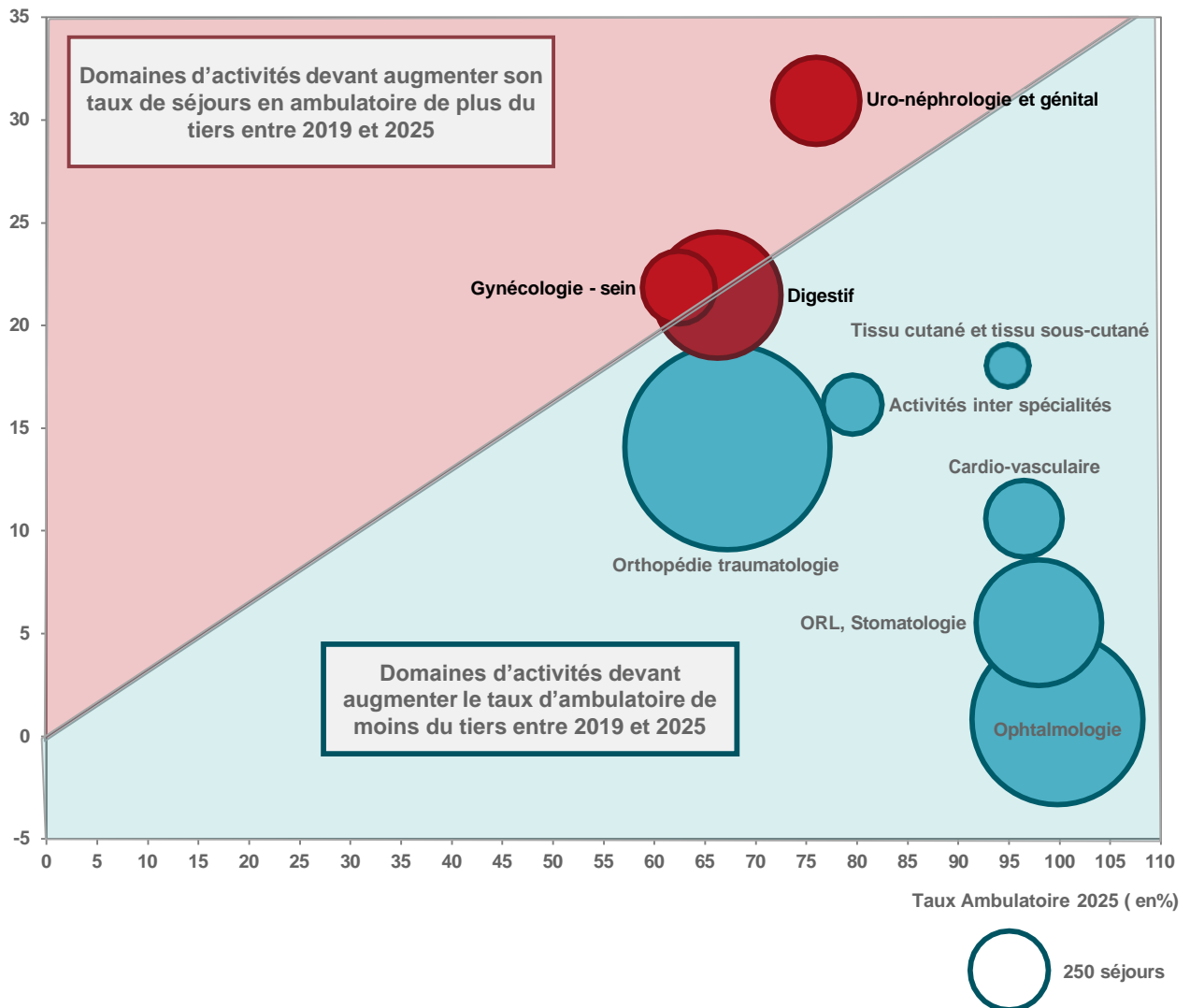
5 Bascule chirurgie ambulatoire

L'estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire a été établie à partir de l'instruction de la DGOS du 28/09/2015, dans la limite du potentiel de bascule estimée par le nouvel algorithme de l'ATIH. La méthode de redressement a consisté à supprimer de la bascule les séjours de plus longue durée, jusqu'à ce que le taux de transférabilité calculé lors de la 1ère étape corresponde au **taux du potentiel CHSA de 15,9%**

Le potentiel de développement est très marqué dans les opérations les plus courantes relevant de la chirurgie orthopédique traumatologique, de la gynécologie-sénologie, et de la dermatologie.

*Croisement entre l'évolution du taux ambulatoire entre 2019 et 2025 et le taux ambulatoire réalisé en 2025.
La taille de la bulle est proportionnelle au nombre de séjours réalisés en 2025⁴*

Ecart entre le taux d'ambulatoire 2025 et le taux d'ambulatoire 2019 (en %)



Sources : (1) SAE 2019 ; (2) Etablissement 2019 ; (3) Hospidiag ; (4) PMSI (nombre de séjours hors séances), Analyses CMI

Nouvelles activités envisagées par la filière Chirurgie dans le cadre du futur hôpital médian

1 Chirurgie viscérale

Développer l'activité de chirurgie digestive en partenariat avec le CHUM

- **Sur la filière digestive, un partenariat avec le CHU de Montpellier a permis de créer fin 2020 un premier pôle médico-chirurgical inter-Etablissement (CHUM/CHSA) afin d'organiser et de développer la prise en charge en chirurgie digestive.** L'objectif est d'organiser le parcours des patients sur certaines activités et le déploiement de nouvelles activités. Par exemple, sur le digestif, sont envisagées la prise en charge des hernies, la réalisation de chirurgie bariatrique, d'endoscopies interventionnelles... |

Conditions de mise en œuvre et organisation en filière / parcours

- **Développement du pôle opérationnel avec des moyens dédiés mutualisés sur le pôle digestif pour expérimenter dès à présent ces nouvelles modalités de fonctionnement :**
 - Avec l'appui et l'organisation de praticiens du CHU de Montpellier
 - Avec des moyens techniques permettant de sécuriser les actes

Les parcours de soins d'endoscopie ont été décrits et mis en œuvre. Les consultations et les endoscopies ont démarré. La démarche de communication se met en place avec un premier EPU fin 2021. Un EPU spécifique aux infirmières sur la chirurgie pariétale est programmé en décembre 2021 et un autre en direction des kinésithérapeutes sera réalisé au 1^{er} trimestre 2022.

Sur la chirurgie pariétale, le CHUM adresse progressivement les patients du Sud-Aveyron sont progressivement adressés aux deux Centres Hospitaliers.

L'activité de chirurgie colorectale a connu une forte croissance au CH de Millau

Les patients lourds qui nécessitent un plateau lourd post-opératoire sont opérés au CHU puis ré adressés au CH de Millau.

La mise en place d'une infirmière coordinatrice a permis de faire le lien entre les praticiens prescripteurs et les opérateurs. Ce soutien co-financé par l'ARS est essentiel de la construction d'une relation de confiance entre les acteurs.

Un assistant du CHUM viendra renforcer, dans le cadre de ce pôle, les activités de chirurgie vasculaire : il assurera une consultation de chirurgie vasculaire et pourra envisager un temps partagé en chirurgie vasculaire.

La clé de cette réussite est de fédérer la totalité des MG du Sud Aveyron en personnalisant la relation avec eux via l'infirmière de coordination qui leur permet un accès rapide aux avis de spécialistes et à la programmation d'examen complémentaires et de séjours.

Nouvelles activités envisagées par la filière Chirurgie dans le cadre du futur hôpital médian

Développer l'activité de chirurgie uro-néphrologique en partenariat avec le CHUM

- Un potentiel d'environ 130 séjours en chirurgie sur 8 racines de GHM ayant une demande sur la zone d'attractivité a été identifié
- Le CHSA est actif sur 5 d'entre elles

Conditions de mise en œuvre et organisation en filière / parcours

- Recrutement d'un PH contractuel pour accroître l'activité en octobre 2021 en partenariat avec le CHUM pour une prise en charge en Sud Aveyron.

2 Chirurgie orthopédie traumatologie

- Face à la forte concurrence sur l'activité orthopédique, le Projet Médical a pour objectif d'améliorer la lisibilité et la continuité de son offre notamment sur le membre supérieur.
- L'autre axe prioritaire de développement consiste à réactiver la filière en organisation des EPU pour dynamiser l'adressage des médecins traitants,
- Le développement de la Restauration Améliorée Après Chirurgie (RAAC) est retenu afin d'accroître l'attractivité et la qualité de la prise en charge. La mise en place de consultations avancées reste à l'étude au regard du bilan mitigé sur Lodève.

Conditions de mise en œuvre et organisation en filière / parcours

- **Création une offre de soins continue sur le membre supérieur**
 - Maintenir et fidéliser les assistants temps partagés en partenariat avec le CHUM
 - Mettre à disposition de temps de praticiens permanents du CHUM pour assurer la continuité en l'absence d'assistants
 - Travailler pour le recrutement d'un chirurgien épaulé par un nombre d'assistants sur le futur CHSA
- **Réactivation de la filière :**
 - Organiser des EPU pour dynamiser l'adressage des médecins traitants, avec participation des PH du CHSA, des assistants & séniors du CHUM notamment membres sup
 - En fonction du lieu de l'hôpital médian, analyser l'opportunité de maintenir des consultations avancées au plus près de la population
- **Développement de la RAAC :** Optimiser l'organisation médico-soignante (prescription anticipée,...) et disposer du réseau libéral (IDE/kiné/ MG)

Nouvelles activités envisagées par la filière Chirurgie dans le cadre du futur hôpital médian

3 Chirurgie gynécologique-sénologique

Développer l'activité de cancérologie de proximité en partenariat avec le CHUM

En gynécologie/sein, le CHSA ne sera pas en mesure de développer une activité de chirurgie carcinologique, à l'exception de prises en charge très spécifiques en cours d'étude en partenariat avec le CHU de Montpellier.

Le projet vise à réaliser les tumorectomies sur les personnes âgées, en qualité de site associé bénéficiant d'un accompagnement spécifique du CHU dans le cadre d'une expérimentation soumise à l'approbation de l'ARS. Une filière de proximité sera néanmoins mise en place, dans le cadre d'une convention avec le CHUM, permettant une organisation du dépistage et des chimiothérapies en proximité.

Développer les activités de sénologie et de chirurgie gynécologique bénigne

La mise en place d'une filière identifiée en cancérologie en partenariat avec le CHUM aura pour bénéfice secondaire de **développer les activités de sénologie et de chirurgie gynécologique bénigne**. Cette diversification de l'offre permettra également d'accroître l'attractivité pour les praticiens.

Conditions de mise en œuvre et organisation en filière / parcours

- Convention avec le CHU de Montpellier afin de mettre en place une filière de prise en charge
- Dans ce cadre, accès au plateau technique du CHUM pour les praticiens du CHSA ainsi qu'à la RCP en visio

Etapes intermédiaires envisagées

Le CH de Millau réalise les activités chirurgicales conventionnelles et ambulatoires, le CH de Saint-Affrique maintient ses activités existantes

- **Durant la phase intermédiaire et dans l'attente de la création de la plateforme hospitalière, le CH de Saint-Affrique maintient ses activités porteuses en ambulatoire : ophtalmologie, explorations fonctionnelles en gastro-entérologie et gynécologie**
- **Le CH St-Affrique maintient l'activité ambulatoire orthopédique si les conditions matérielles le permettent, chirurgie du canal carpien notamment.** Face à la perspective d'arrêt de l'activité de chirurgie de moins de 48h au CHEB avec le départ à la retraite à venir du seul chirurgien viscéraliste, il est convenu de maintenir les consultations avancées sur Saint-Affrique durant la période intermédiaire

Présentation de l'offre et de l'activité actuelle

La filière Femme-Mère-Enfant comporte les activités d'obstétrique, de pédiatrie et de gynécologie. Pour la gynécologie, l'activité chirurgicale est également présentée dans la filière éponyme.

Au niveau de la **maternité**, les CH ont à cœur d'offrir à chaque mère et à chaque couple parental un accompagnement global personnalisé, **dès les consultations prénatales, lors de l'accouchement et jusqu'à la sortie de la maternité. Ces maternités de niveau 1 disposent de conventions avec la maternité de l'hôpital de Rodez pour le niveau 2 et la néonatalogie et avec celle du CHU de Montpellier pour le niveau 3 et la réanimation néonatale. Dans le cadre du parcours coordonné avec la ville, les 2 CH font partie du Réseau de Périnatalité Occitanie et travaillent en collaboration avec les sages femmes libérales via le programme PRADO. Des staffs trimestriels sont organisés avec le secteur libéral : médecins de ville et sages-femmes.**

Les deux établissements accueillent également les patients de moins de 15 ans (hors néonatalité) notamment via le service des urgences permettant aux enfants du bassin de vie d'avoir un accès facilité et rapide à un médecin. Enfin, la gynécologie est tournée vers la chirurgie, le CHSA connaît une perte de ses parts de marché (33,8%) au profit du secteur privé et du CHU de Montpellier.

Les professionnels s'accordent sur le double enjeu d'attractivité de cette filière Femme-Mère-Enfant, d'une part au sujet du recrutement des patientes et de leurs enfants mais également au niveau du recrutement des professionnels de santé pour l'établissement.

Potentiel de développement de l'activité de la filière Femme – Mère – Enfant

La comparaison des parts de marché actuelles du CHSA avec celles d'établissements présentant des caractéristiques proches, permet de déceler un **potentiel d'environ 65 séjours supplémentaires** en gynécologie. Même si la **demande reste très limitée sur le territoire** du fait de sa **démographie vieillissante, certaines activités** pourraient être développées, notamment **une filière de cancérologie gynécologique et sénologique de proximité** (en partenariat avec le CHU) dans le cadre d'une expérimentation. **A défaut le CHSA ne pourra développer les activités de dépistage et de séances de chimiothérapie en partenariat avec le CHUM.**

Pour la pédiatrie, le potentiel de développement identifié pour les enfants de moins de 15 ans, correspond à un niveau de spécialisation trop important au regard du projet médical.

Nouvelles activités envisagées par la filière Femme – Mère – Enfant dans le cadre du futur hôpital médian

En gynécologie et obstétrique, le futur hôpital médian **disposera d'une seule maternité de niveau 1 réalisant 500 naissances**, ce qui contribuera à **améliorer l'attractivité auprès des professionnels et des patientes, et facilitera le maintien de la PDS.** L'offre sera maintenue concernant les **accouchements physiologiques** ce qui permettra de conserver une **forte attractivité** auprès des patientes. En complément, l'activité de **consultation d'Assistance Médicale à la Procréation** sera maintenue, voire renforcée, pour répondre à la demande sur le territoire, notamment concernant le **diagnostic.** Le monitoring de l'ovulation pourrait être réalisé dans le cadre de la PMA en partenariat avec le CHU pour limiter les déplacements.

La reprise de l'activité du CPEF à l'instar de ce qui se fait à Saint-Affrique sous l'égide de la PMI est envisagée dans le futur CHSA. Enfin, **en pédiatrie, le maintien d'une offre de pédiatrie générale et le développement de la prise en charge médicale des épidémies sont prévus.**

Présentation de l'offre et de l'activité actuelle des Centres Hospitaliers de Millau et Saint-Affrique

La filière **Femme – Mère – Enfant** des CH de Millau et Saint-Affrique propose actuellement une offre **gynécologique, obstétrique** (16 lits et 4 salles de naissance) et **orthogénique** (4 places).¹

L'**activité** est globalement **stable depuis 2016** avec environ 1750 séjours **gynécologiques, obstétriques, nouveau-nés et de périnatalité** réalisés en 2019⁴. **Les taux d'occupation (TO) sont relativement faibles, inférieurs à 55%, néanmoins les taux de fuite sont également bas²**, révélant une bonne attractivité des services. En effet, une partie du **taux de fuite est incompressible** : les maternités des CH de Millau et de Saint-Affrique étant de niveau 1, la prise en charge de certains nouveaux nés et de leurs mamans nécessitera un **transfert vers des maternités de niveaux 2 ou 3**. En 2019, la maternité du **CH de Millau** a réalisé **307 naissances** (dont 24% de césariennes) et 119 IVG. Celle du **CH de Saint-Affrique** a réalisé **194 naissances**, (dont 19% césariennes) et 57 IVG².

En pédiatrie, même si **aucun des CH de Millau et Saint-Affrique ne dispose actuellement d'une unité dédiée**, ce qui génère une moindre attractivité, les deux établissements accueillent des patients de moins de 15 ans notamment **via le service des urgences ou directement en chirurgie**.

Les ressources humaines sont en adéquation avec les besoins, 6 gynécologues (4,62 ETP), 18 sages-femmes, (16,56 ETP), 4 pédiatres (2,34 ETP) et 2 anesthésistes (0,34 ETP) travaillent pour cette filière. La permanence et la continuité des soins sont assurées au prix d'un **nombre important d'astreintes**, du fait notamment d'un dédoublement sur chaque CH. La **vulnérabilité de cette filière réside dans le renouvellement à venir** des praticiens qui feront valoir leurs droits à la retraite (gynécologue-obstétriciens en juin 2022, pédiatres en décembre 2022 et été 2023).

CH de Millau

- **12 lits²** : 6 en obstétrique et 6 en gynécologie
- **2 places¹** en orthogénie
- **2 salles de naissance**, dont une équipée pour réaliser des césariennes en urgence
- **1 salle de naissance physiologique**
- Accueil pédiatrique spécifique aux urgences

Ob. **TO = 54%²**
IP-DMS = 0.97²

Gyn. **TO = 33,9%²**
IP-DMS = 0.88²

- **5 gynécologues = 3,94 ETP¹**
- **9 sages-femmes = 8,82 ETP¹**
- 1 cadre sage-femme = 1 ETP
- **2 pédiatres = 1,2 ETP¹**

- Garde : anesthésiste pour l'établissement
- Astreinte : gynéco-obstétricien, pédiatre (maternité et urgence)

CH de Saint-Affrique

- **6 lits²** en gynécologie-obstétrique
- **2 places¹** en orthogénie
- **2 salles de naissance**
- 0 bloc dédié aux actes d'obstétrique
- Accueil pédiatrique spécifique aux urgences

Ob./Gyn. **TO = 49,7%²**
IP-DMS = 1.02²

- **2 gynécologues = 0,68 ETP¹**
- **9 sages-femmes = 7,74 ETP¹ dont**
- **1 cadre sage-femme = 0,67 ETP¹**
- **4 pédiatres = 1,14 ETP¹**

- Garde : Non
- Astreinte : anesthésiste pour l'étab., gynéco-obstétricien, pédiatre (maternité et urgence)

Présentation de l'offre et de l'activité actuelle des Centres Hospitaliers de Millau et Saint-Affrique

Une offre globale et personnalisée en obstétrique

En obstétrique, les 2 CH prennent en charge les accouchements, interruptions volontaires et médicales de grossesse, césariennes et affections ante et post-partum. Au niveau de la maternité, les CH ont pour priorité d'offrir à chaque mère et à chaque couple parental un accompagnement global personnalisé, dès les consultations prénatales, lors de l'accouchement et jusqu'à la sortie de la maternité.

Pour cela, le CH de Millau a mis en place une salle de naissance « physiologique » ou « espace « nature » à des destinations des parturientes souhaitant accoucher le plus naturellement possible (sans péridurale), et possède différents espaces relaxants. Le CH de Saint-Affrique, quant à lui, est labélisé

« hôpital ami bébé » garantissant une qualité d'accueil et de prise en charge du nouveau-né et de ses parents.

Les activités autour de la préparation de la naissance sont également développées, parmi lesquelles la préparation aquatique, psychocorporelle, l'haptonomie et les ateliers autour du bébé (massage, allaitement et portage).

L'activité d'obstétrique est globalement en croissance entre 2017 et 2019, liée à la croissance des IVG et malgré la baisse du nombre d'accouchements au CHEB⁴. Les établissements disposent d'une bonne attractivité puisqu'en 2019 80,4%⁴ des séjours obstétriques provenant de la zone d'attractivité, ont été réalisés sur ces deux CH (les deux seuls de la zone d'attractivité). Toutefois, les taux d'occupation restent faibles (inférieurs à 55%)².

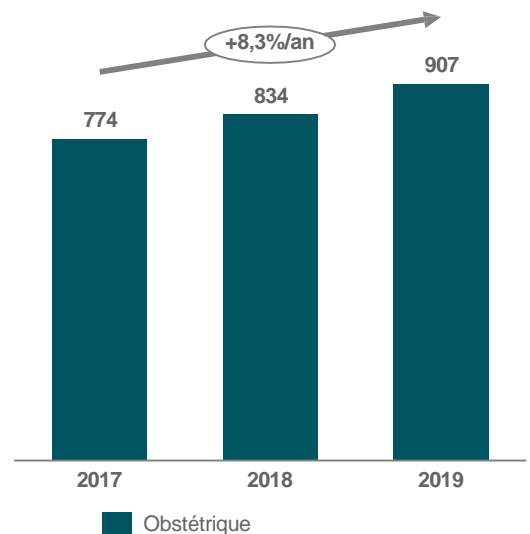
Une offre en néonatalogie adaptée à la prise en charge des nouveaux nés de groupe 1

Les 2 établissements prennent en charge les affections médicales du nouveau né, principalement celles concernant les nouveaux nés du groupe 1 (3300g et âge gestationnel de 40 SA).

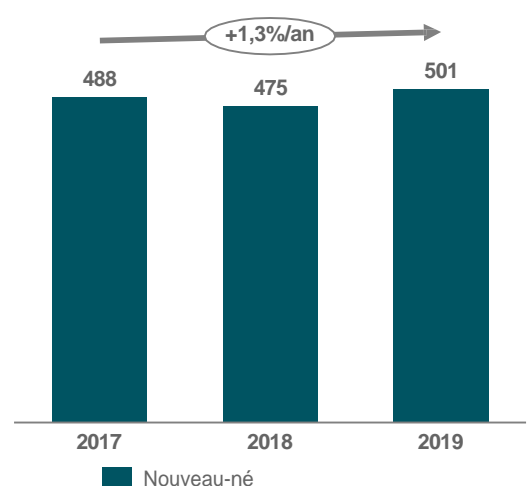
L'activité de néonatalogie est en légère baisse depuis 2016, marquée par une baisse de la demande sur cette période.

En 2019, les CH sont attractifs, puisqu'ils prennent en charge plus de 3 nouveau-nés sur 4 sur son territoire en 2019, soit un taux de fuite de seulement 24,1%⁴

Evolution du nombre de séjours d'obstétrique du CHSA regroupé¹



Evolution du nombre de séjours de néonatalogie du CHSA regroupé⁴

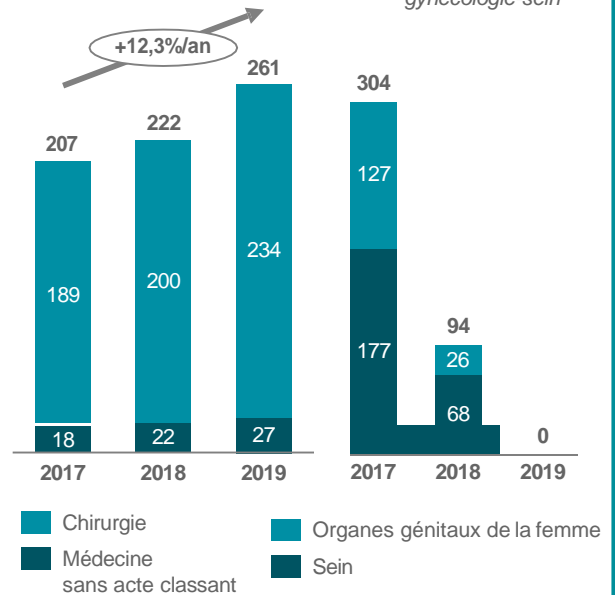


Présentation de l'offre et de l'activité actuelle des Centres Hospitaliers de Millau et Saint-Affrique

Une activité en gynécologie principalement d'ordre chirurgicale et très disputée

Les établissements assurent la prise en charge médicale des affections, infections et tumeurs gynécologiques. Les principales interventions gynécologiques réalisées sont d'ordre chirurgicale avec par exemple les hystérectomies et les interventions réparatrice de l'appareil génital. Les difficultés de recrutement limitent l'offre sur cette spécialité. Malgré une activité totale chirurgicale en croissance (+11,3% par an), le CHSA perd des parts de marche sur son territoire **au profit au secteur privé et du CHU de Montpellier**. (25,6% en 2019 soit une diminution de 2,7% par an depuis 2017). Concernant l'activité de cancérologie, les séances de chimiothérapie se sont arrêtées au courant de l'année 2018 pour reprendre fin 2019.

Evolution du nombre de séjours patients en gynécologie⁴



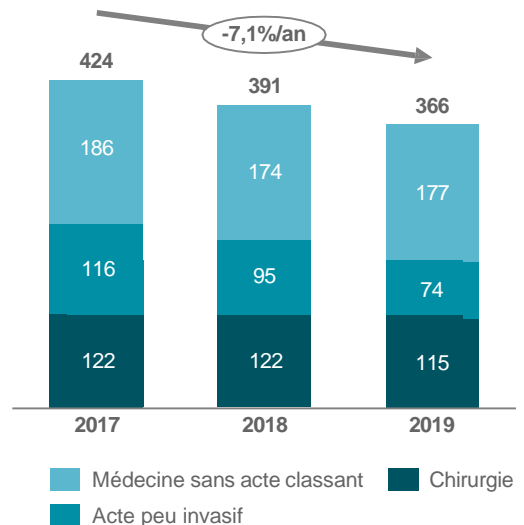
Evolution du nombre de séances en gynécologie-sein⁴

Un accès facilité et rapide à un pédiatre pour les enfants du territoire

Le CHSA a réalisé 366⁴ séjours en 2019 (hors séjour en néonatalité), une activité en baisse depuis 2017 (-7,1% par an). Ne disposant pas de services pédiatriques dédiés, cette activité est **fortement dépendante des urgences**.

En effet, en 2019, le **CH de Millau** a réalisé **2 995 passages aux urgences** pour des patients de moins de 15 ans, dont **3% ont donné suite à une hospitalisation (85 séjours)**, représentant un peu moins d'un quart de l'activité d'hospitalisation pédiatrique^{1,2}

Evolution du nombre de séjours patients de moins de 15 ans et hors néonatalité⁴



En 2019, le **CH de Saint-Affrique** a réalisé **1 649 passages aux urgences** pour des patients de moins de 15 ans, dont 4% ont données suite à une hospitalisation (**57 séjours**) représentant **deux tiers de l'activité d'hospitalisation pédiatrique**.²

Les CH de Millau et de Saint-Affrique ont réalisé respectivement 61 séjours et 51 séjours en Zone de Soins de Courte Durée (ZSCD) en 2018^{1,2}, soit 5,5% de l'activité totale en ZSCD.²

Potentiel de développement de l'activité du filière Femme – Mère – Enfant

Le potentiel de développement a été estimé en fonction de trois variables, d'une part la demande sur la zone d'attractivité du CHSA et d'autre part, l'écart en nombre de point entre la part de marché actuelle du CHSA comparée à celles d'établissements de taille comparable pour une activité donnée (a = méthode 1 : cf annexe 2). Puis il a été ajusté en prenant en compte l'évolution de la demande prospective (b = méthode 2)

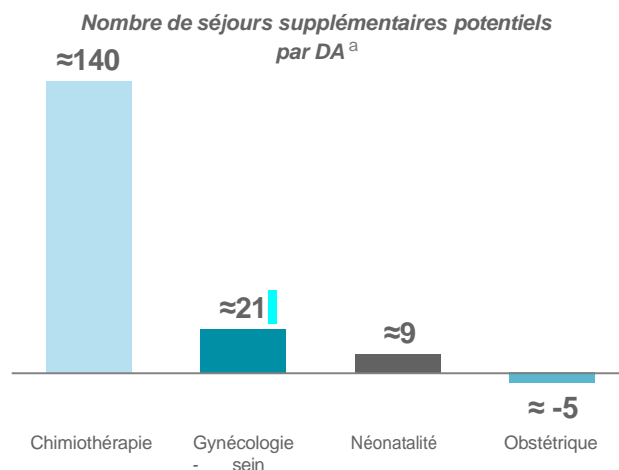
1 Un potentiel de développement limité en gynécologie, obstétrique et néonatalité

En obstétrique et en néonatalité, le potentiel de développement de l'activité est faible. Pour la prise en charge des nouveaux nés de groupe 1 et 2, il représente 2% de l'activité 2019 avec environ 10 séjours.

En gynécologie, certaines activités de chirurgie bénigne pourraient être développées,

Une filière de prise en charge dans le cadre d'une convention avec le CHUM sera mise en place pour réaliser les activités de proximité et prendre en charge les patientes en chirurgie sur le plateau technique du CHUM (voir ci-dessus en chirurgie).

Concernant les séances de chimiothérapie, la reprise de l'activité pour les cancers de la femme représente un potentiel de 140 séances.



Portée par le vieillissement de la population, la demande de soins n'augmentera que très lentement en diminuant la part des personnes de moins de 55 ans. Pour les activités gynécologiques, obstétriques et nouveaux nés; la croissance démographique projetée en 2025 a un impact négatif estimé à une dizaine de séjours. ^b

2 Un potentiel de développement limité sur l'activité de pédiatrie compte tenu des enjeux de recrutement médical

Pour les patients pédiatriques (âgés de moins de 15 ans – hors néonatalogie), l'enjeu est de maintenir une offre de pédiatrie générale.

Afin d'anticiper les pics épidémiques, des lits d'UHCD seront priorisés pour les patients pédiatriques, pris en charge par des urgentistes disposant d'une compétence pédiatrique. Une formation des équipes soignantes sera également nécessaire en complément.

La mise en place de consultations avancées sur certaines sur-spécialités est envisagée avec le CHUM.

Nouvelles activités envisagées par la filière Femme – Mère – Enfant dans le cadre du futur hôpital médian

1 Obstétrique, Nouveaux nés et Gynécologie

Le futur hôpital médian disposera d'une maternité de niveau 1

La **création d'une maternité unique** au sein du futur hôpital médian permettra de disposer d'un plateau réalisant **500 accouchements annuels**. Le CHSA **maintiendra son activité de périnatalité** existante. Les professionnels s'accordent sur le **double enjeu d'attractivité** de cette futur maternité, d'une part au sujet du **recrutement des patientes mais également au niveau du recrutement des professionnels de santé pour l'établissement**.

Pour les patientes, la création de salles « nature » ou espaces physiologiques (sur le modèle de celle du CH de Millau disposant d'un espace aquatique, d'un espace confort et d'un espace d'accouchement sécurisé) et l'obtention de la labellisation HAB (Hôpital Ami des Bébé), déjà détenue par le CH de Saint-Affrique permettront de gagner en attractivité.

Pour les professionnels de santé, le regroupement sur un site permettant de réaliser 500 accouchements annuels sera plus attractif pour un obstétricien que les 300 et 200 accouchements respectifs du CH de Millau et du CH de Saint-Affrique réalisés annuellement à ce jour, mais cela ne constituera pas un levier suffisant. Le renforcement du rôle des sages-femmes sur certains gestes de dépistage, d'échographie, de suivi de la grossesse, d'IVG médicamenteuse, de pose de stérilets, sera favorisé. Le monitoring de l'ovulation pourrait également être mis en place en collaboration avec le CHU dans le cadre de la PMA.

D'autres leviers ont été identifiés par le groupe de travail :

Le développement de la coopération avec le CHU de Montpellier avec le recours à la télémedecine et à la téléexpertise facilitera la prise en charge de certaines typologies de patientes et de leurs nouveaux nés.

Enfin, le soutien **du CHU de Montpellier à travers la mise à disposition d'assistants en temps partagé**, et à plus long terme, **de temps de praticien hospitalier** est hautement indispensable pour maintenir l'offre et répondre aux difficultés de recrutement de Gynécologues-Obstétriciens.

Un programme d'EPU avec le CHUM pour renforcer le lien avec les médecins traitants sera mis en place : formation en distanciel sur le suivi de la grossesse normale, par exemple.

Conditions de mise en œuvre et organisation en filière / parcours

- Le **développement de la coopération avec le CHU de Montpellier** est indispensable et pourra faire appel à :
 - Des **assistants partagés** avec le CHU, avec un objectif de fidélisation
 - Du temps de praticien hospitalier du CHU, hautement indispensable à moyen terme
 - La télémedecine et la téléexpertise

Nouvelles activités envisagées par la filière Femme – Mère – Enfant dans le cadre du futur hôpital médian

Développer l'activité de cancérologie de proximité en partenariat avec le CHUM

En gynécologie/sein, le CHSA ne sera pas en mesure de développer une activité de chirurgie carcinologique, à l'exception tumorectomies sur les personnes âgées en partenariat avec le CHU de Montpellier (cf. Fiche sur la filière chirurgicale). Dans le cadre d'une expérimentation soumise à l'ARS, l'accès au plateau technique du CHU sera privilégié.

Concernant l'activité de chimiothérapie, deux étapes de mise en œuvre ont été identifiées : D'une part, définir les protocoles de chimiothérapie conjointement avec le CHU de Montpellier et d'autre part, **déployer la télémedecine (télésurveillance, téléconsultation et téléexpertise) avec le CHU** pour une prise en charge graduée des patientes. (cf. Fiche sur la filière médicale).

Conditions de mise en œuvre et organisation en filière / parcours

- Convention avec le CHU de Montpellier afin de mettre en place la filière et permettre aux praticiens du CHSA de prendre en charge leurs patientes sur le plateau technique du CHUM
- Définir un parcours patient avec le CHUM voire avec l'ICM dans un deuxième temps
- Définir des **protocoles de chimiothérapie conjointement avec le CHU** de Montpellier
- Déployer la **téléconsultation / télé-expertise avec le CHUM** pour une prise en charge graduée

Développer les activités de sénologie et de chirurgie gynécologique bénigne

La mise en place d'une offre identifiée en cancérologie aura pour bénéfice secondaire de **développer les activités de sénologie et de chirurgie gynécologique bénigne** (cf. Fiche sur la filière chirurgicale). Cette diversification de l'offre permettra également d'accroître l'attractivité pour les praticiens.

Répondre à la demande en termes d'Assistance Médicale à la Procréation et de prise en charge des violences faites aux femmes

L'activité de **consultation d'Assistance Médicale à la Procréation** sera maintenue voire renforcée pour répondre à la demande sur le territoire, notamment concernant le diagnostic.

La reprise de l'activité du CPEF à l'instar de ce qui se fait à Saint-Affrique sous l'égide de la PMI est envisagée dans le futur CHSA.

Une activité de consultation et d'information en matière de violences faites aux femmes sera proposée.

Conditions de mise en œuvre et organisation en filière / parcours

- L'activité de PMA pourra également s'appuyer sur la ressource médicale d'**assistant partagé avec le CHU de Montpellier**

Nouvelles activités envisagées par la filière Femme – Mère – Enfant dans le cadre du futur hôpital médian (suite)

2 Pédiatrie

Développer la prise en charge médicale des épidémies

Concernant les activités de médecine, le groupe de travail a identifié la **prise en charge médicale des épidémies infantiles** (notamment bronchiolites et gastro-entérites) comme une activité à développer au sein du futur hôpital médian. Elle sera mise en place **en lien avec la filière Médecine mais également en lien avec les urgences**. En particulier, des lits d'UHCD pédiatrique seront identifiés lors des épidémies, pris en charge par des urgentistes disposant d'une compétence pédiatrique. Une formation des équipes soignantes sera également nécessaire.

Pour cela, un juste dimensionnement des urgences et du post-urgence est nécessaire pour couvrir les pics épidémiques, avec notamment l'identification de **lits dédiés à la pédiatrie en UHCD** polyvalent. A noter que les maladies chroniques de l'enfant ne seront pas prises en charge au sein du CHSA. Des consultations avancées dans certaines surspécialités seront proposées en lien avec le CHUM.

Conditions de mise en œuvre et organisation en filière / parcours

- Un juste dimensionnement des urgences et du post-urgence est nécessaire pour couvrir les pics épidémiques, avec notamment la **création ou l'identification de 2 à 3 lits dédiés à la pédiatrie en UHCD** polyvalent.
- Le **maintien des ressources médicales dans le cadre d'une activité mixte**, plus adaptée au niveau d'activité

Actions de coopération à mettre en place à court terme entre les CH de Millau et Saint-Affrique

Les deux établissements ont défini ensemble **les actions de coopération à mettre en place à court terme**, c'est-à-dire à **mettre en œuvre ou à lancer d'ici 2022**, pour se rapprocher de la **cible de fonctionnement projetée sur le long terme**.

Dans un objectif **d'amélioration de la qualité des soins et de la promotion des bonnes pratiques en obstétrique**, les actions de coopération les plus saillantes sont **la réalisation d'une cartographie commune des risques à partir des chemins cliniques de l'accouchement par voie basse et par césarienne** (en anticipation de la visite de l'HAS) et **l'évaluation des pratiques professionnelles réalisée** de manière commune entre les deux établissements **pour la pathogénie et les césariennes et l'élaboration de protocoles et procédures communes mais tenant compte des spécialités liées aux locaux notamment**.

Au niveau gynécologique, des discussions **au sujet des effets indésirables graves** seront organisées dans un premier temps entre les deux établissements, puis dans un second temps **en lien avec le CHU de Montpellier**.

Dans une logique d'amélioration de **la collaboration inter-établissements et avec la médecine de ville**, **les établissements** ont décidé de créer des groupes de travail qui auront pour objectif de **réfléchir aux parcours patients partagés pour les thématiques suivantes : cancer du sein, bilan uro-dynamique, monitoring de l'échographie en PMA, colposcopie**.

Les CH de Millau et de Saint-Affrique s'engagent dans le **développement de la démocratie sanitaire et dans l'information à destination des patients**. Deux projets phares à ce sujet, d'une part, organiser **l'accès à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du CH Millau pour les patients du CH de Saint-Affrique** et, d'autre part, constituer un groupe inter-établissement pour la mise en place d'un **programme de santé environnementale au sujet de l'allaitement, des perturbateurs endocriniens et de l'alimentation, en lien avec le Plan Régional Santé et Environnement (PRSE) et le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) de l'ARS Occitanie**.

Enfin, les établissements mettent en œuvre **une réflexion commune pour assurer la permanence des soins**. 3 points ont été mis en avant : optimiser la gestion des remplacements en **utilisant le même vivier de remplaçants, rédiger la fiche de poste détaillée d'un assistant partagé aux 2 CH** en gynécologie-obstétrique et **embaucher 1 pédiatre à temps partiel sur les 2 structures**.

N.B: L'intégralité des actions court terme identifiées par le groupe de travail est disponible en annexe 4.

Présentation de l'offre et de l'activité actuelle des Centres Hospitaliers de Millau et Saint-Affrique

Les CH de Millau et Saint-Affrique sont des **acteurs prépondérants** au sein de la filière gériatrique du Sud Aveyron de par leur offre sanitaire et médico-sociale.

Cette filière vise à organiser la **prise en charge globale des personnes âgées en lien avec l'ensemble des acteurs concernés** : professionnels de la ville, MAIA, établissements de santé dont le CH de Fenaille et les autres EHPAD du territoire.

Avec une **demande de soins des personnes âgées de plus de 75 ans en croissance** sur sa zone d'attractivité (+3% en MCO entre 2017 et 2019), le CHSA maintient des **parts de marché stables** sur les activités gériatriques au cours des dernières années (65% en 2019 en MCO).

Afin de rester un acteur de choix auprès de la patientèle âgée, vouée à croître avec le **vieillessement de la population** (14% de la population âgée de plus de 75 ans en 2013, 16% en 2025), le PMSA a pour enjeu majeur de **développer le parcours de soin de ces patients, en lien étroit avec la ville, dans le cadre d'une prise en charge favorisant le maintien à domicile.**

Potentiel de développement de l'activité de la filière personnes âgées

La comparaison des parts de marché actuelles du CHSA avec celles d'établissements présentant des caractéristiques proches permet de déceler un **potentiel de plus de 450 séjours supplémentaires** pour les personnes âgées de plus de 75 ans.

Les cinq domaines d'activités présentant le potentiel de séjours supplémentaires le plus important en médecine et chirurgie sont le Cardio-vasculaire, les Cathétérismes, le Digestif, l'Uro-néphrologie et génital, et les Activités inter spécialités.

En **SSR PAPP (Personnes Âgées Polypathologiques Dépendantes)**, un potentiel de développement existe sur les pathologies cardiaques, les maladies d'Alzheimer & démences apparentées, et sur certaines fractures.

Nouvelles activités envisagées par la filière personnes âgées dans le cadre du futur hôpital médian

Le projet médical a été **défini en partenariat avec le CHU de Montpellier**, afin de partager des valeurs communes et d'envisager le partage de moyens, notamment en termes de temps médical.

Dans le futur hôpital médian, la prise en charge en hospitalisation complète de la patientèle âgée s'organisera autour de **deux unités : le court séjour gériatrique et une unité péri-opératoire** afin d'adapter l'hospitalisation aux besoins spécifiques des personnes âgées. Ces unités travailleront en étroite collaboration avec l'unité de médecine polyvalente pour l'aigü.

Le CHSA souhaite également adapter la prise en charge aux personnes âgées présentant des troubles du comportement, notamment dans le cadre d'une **Unité Cognitivo-Comportementale et le développement d'un HdJ gériatrique est également un projet indispensable à l'évaluation de la personne âgée.**

Pour **favoriser le maintien à domicile**, les modes de prise en charge en médico-social seront diversifiés, via le développement de la coordination des réseaux gérontologiques et le recours à la télémédecine (programme PASTEL régional).

Présentation de l'offre et de l'activité actuelles des Centres Hospitaliers de Millau et Saint-Affrique

Un enjeu de gradation de l'offre de soins

La construction d'une filière personnes âgées a pour objectif principal d'assurer à la population gériatrique un continuum de prise en charge médico-psycho-sociale, quelque soit son lieu de résidence sur le territoire sud-aveyronnais, à mesure de la gradation de soins requis. Cette filière vise à garantir à chaque patient un parcours sans perte de chance, en minimisant le risque de dépendance et en favorisant le maintien à domicile.

Le CHSA dispose de la majorité des **modes de prise en charge envisagés dans le cadre de la mise en œuvre de la filière de soins gériatriques** (circulaire du 28 mars 2007).

Les CH de Millau et Saint-Affrique proposent actuellement une offre en **court séjour gériatrique** (26 lits), en soins de suite et de réadaptation (**SSR**) spécialisée en affections de la personne âgée polypathologique dépendante (40 lits), en unité de soins longue durée (**USLD**) (90 lits), en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (**EHPAD**) (130 lits), une **équipe mobile de gériatrie** ainsi que des **consultations mémoire**.

En outre, l'unité de médecine polyvalente assure une prise en charge médicale de l'affection aiguë des personnes âgées ne nécessitant pas une prise en charge gériatrique spécifique.

Une offre gériatrique complète conditionnée par la disponibilité des ressources médicales

CH de Millau

CH de Saint-Affrique

- **13 lits** : court séjour gériatrique
- **17 lits** : SSR affections de la personne âgée polypathologique, dépendante
- **50 lits** : USLD
- **NB : 218 lits** : EHPAD public autonome « Les Terrasses des Causses »
- **Equipe mobile de gériatrie** : oui
- Consultation mémoire

- **13 lits** : court séjour gériatrique
- HDJ gériatrique ouverts le 5-11-2021
- **20 lits** : SSR affections de la personne âgée polypathologique, dépendante
- **40 lits** : USLD
- **130 lits** : EHPAD
- **Equipe mobile de gériatrie** : non

MCO +75 ans IP-DMS = 1.05²

MCO +75 ans IP-DMS = 0.93²

• **5 gériatres** = 3,52 ETP¹

• **3 gériatres** = 0,93 ETP¹

- Garde : non
- Astreinte : oui

- Garde : non
- Astreinte : oui

Un enjeu de développement d'une prise en charge adaptée pour les plus de 75 ans

Le CH de Millau propose un **parcours de prise en charge spécifique pour les patients âgés pris en charge en chirurgie orthopédique, avec des résultats mitigés**. La mise en place d'évaluation gériatrique en pré et post hospitalisation permet de mieux évaluer les fragilités et de prévenir les complications.

Le **taux de programmation des hospitalisations** des plus de 75 ans est de 85% en temps partiel en 2018⁵. Il peut être optimisé en hospitalisation complète puisqu'il est de 9,1%. De plus, l'entrée directe peut également être privilégiée, en 2019, **44% des passages aux urgences de la patientèle gériatrique sont suivis d'une hospitalisation**.

Sources : (1) SAE 2020 ; (2) PMSI, calculé sur les plus de 75 ans en MCO ; (3) Etablissement

Présentation de l'offre et de l'activité actuelle des Centres Hospitaliers de Millau et Saint-Affrique (suite)

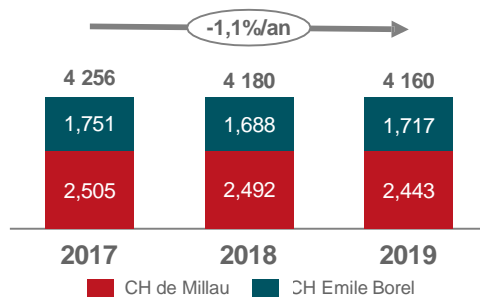
La médecine et chirurgie gériatrique est une activité cruciale pour le CHSA

La prise en charge de **patients de plus de 75 ans** est une des caractéristiques retenues pour identifier l'activité gériatrique des établissements.

Le CHSA effectue environ 4200 séjours gériatriques par an, ce qui représente 31% de l'activité des établissements.

L'activité gériatrique est en **légère baisse entre 2017 et 2019 (-1,1% annuelle)**.

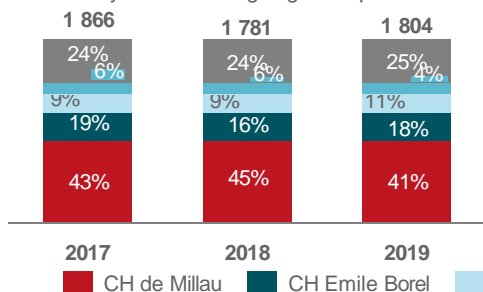
Evolution du nombre de séjours gériatriques MCO dans les CH de Millau et Saint-Affrique ⁴



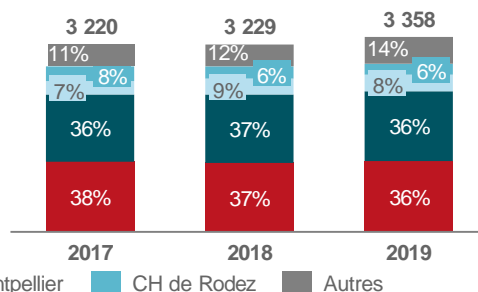
Le CHSA répond aux besoins de la population du Sud Aveyron

Le CHSA possède des parts de marché stables pour les séjours gériatriques en Chirurgie et Médecine. Il réalise respectivement **59% et 72% de l'activité sur sa zone d'attractivité en 2019⁴**, tandis que le reste de l'activité constitue de la fuite, réalisée principalement par le CHU de Montpellier et le CH de Rodez.

Evolution des parts de marché sur la ZA, pour les séjours de chirurgie gériatrique ⁴

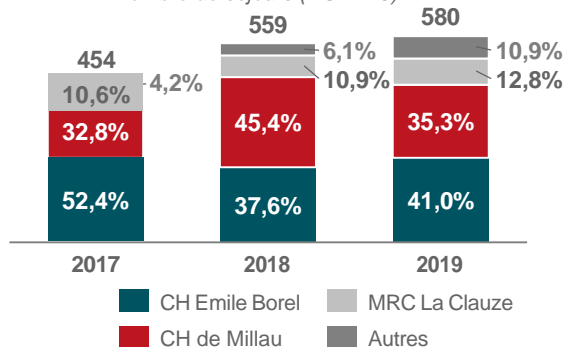


Evolution des parts de marché sur la ZA, pour les séjours de médecine gériatrique ⁴



En SSR, les deux établissements sont incontournables sur cette activité avec environ 80% des parts de marché. L'autorisation Personnes Agées Polyopathologiques Dépendantes (PAPD) a été mise en place en 2017 sur le CH de Millau, ce qui a permis de valoriser cette part de l'activité préalablement rattachée au SSR polyvalent.

Evolution 2017-2019 de la PDM par acteur SSR en nombre de séjours (HC+HDJ) PA-PD



Un besoin de développer le maintien à domicile

Le PMSA a pour **enjeu de favoriser le maintien à domicile** face à l'effet combiné d'une **capacité d'hébergement déjà optimisée en USLD et en EHPAD**, avec des taux d'occupation proches de 100%, et d'une diminution de l'offre de 19 lits d'EHPAD en 2023 sur la commune de Millau à l'ouverture du nouveau bâtiment de l'EHPAD « les Terrasses des Causses ».

Dans un **contexte de vieillissement de la population**, impliquant un accroissement de la demande de soins, les professionnels du territoire souhaitent s'engager dans le développement de la **coordination avec la ville en faveur d'un maintien des personnes âgées à domicile**.

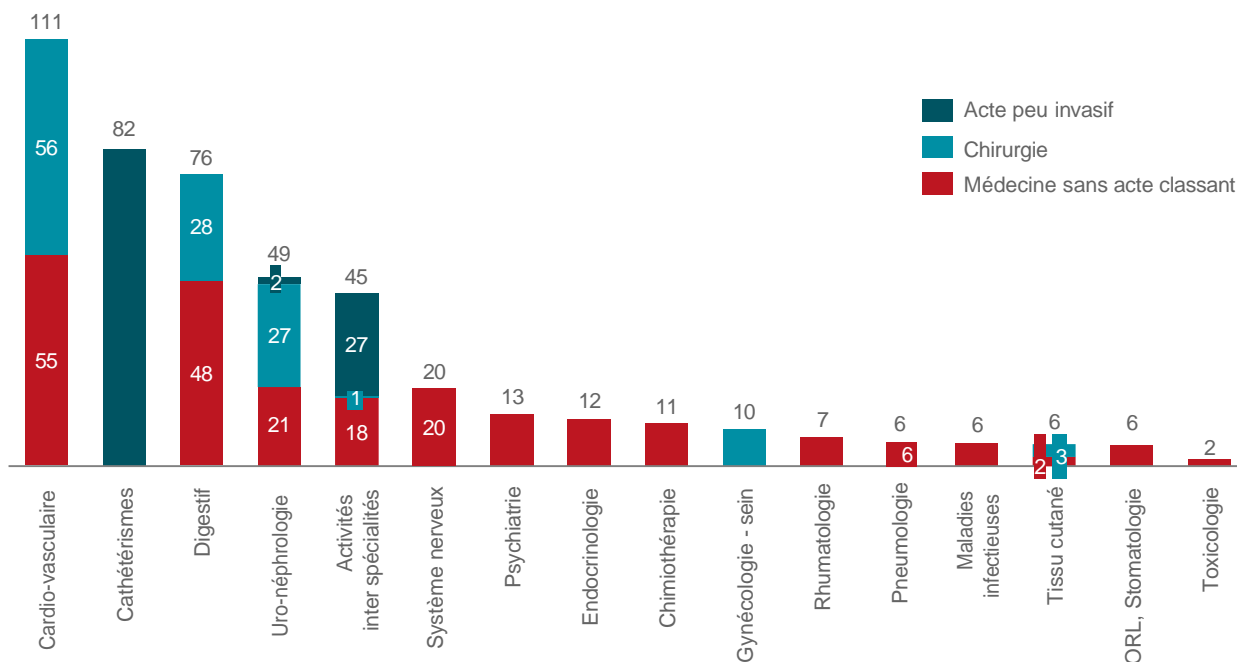
Potentiel de développement de l'activité de la filière personnes âgées

Potentiel de développement par gains en parts de marché

(annexe 2 – méthode 1)

La filière personnes âgées (patients de plus de 75 ans) présente un potentiel **d'environ 450 séjours** supplémentaires par gain de parts de marché (cf. *méthodologie en annexe 2*). Cinq domaines d'activités se démarquent : le Cardio-vasculaire, les Cathétérismes, le Digestif, l'Uro-néphrologie et génital et les Activités inter spécialités.

Potentiel de développement de l'activité MCO de la filière personnes âgées du CHSA en comparaison à un benchmark d'établissements comparables (cf. *méthodologie en annexe 2*).



1 Médecine gériatrique

En **médecine gériatrique**, un développement des parts de marché du CHSA lui permettrait un gain d'environ 230 séjours. **Les domaines d'activité présentant le meilleur potentiel sont le Cardio-vasculaire, le Digestif et l'Uro-néphrologie**, avec des potentiels respectifs estimés à 55, 48 et 21 séjours gériatriques supplémentaires en s'alignant aux parts de marché du benchmark d'établissements comparables.

2 Chirurgie gériatrique

En **chirurgie gériatrique**, un développement des parts de marché du CHSA lui permettrait un gain d'environ 125 séjours principalement dans les mêmes domaines d'activité qu'en médecine gériatrique (Cardio-vasculaire, Digestif, Uro-néphrologie).

En actes peu invasifs, environ 110 séjours supplémentaires potentiels existent par gain de parts de marché, dans les domaines d'activité suivants : les Cathétérismes et les Activités inter spécialités.

Potentiel de développement par gains en parts de marché (suite)

3 SSR – Personnes Agées – Personnes Dépendantes

En SSR PAPD, un potentiel de développement existe sur les pathologies cardiaques, les maladies d'Alzheimer & démences apparentés, et sur certaines fractures.

Potentiel de développement par gain de parts de marché et prise en compte de l'évolution démographique

(Annexe 2 – Méthode 2)

1 Méthode de projection de l'évolution démographique

Les projections de population et de demande en soins ont été effectuées à partir du modèle Omphale de l'INSEE. Ce dernier permet de déterminer l'évolution de la population d'un territoire donné, par tranche d'âges. Les projections de demande en soins sont ainsi réalisées en fonction de l'évolution de la population et du taux de recours aux soins hospitaliers.

Les gains en séjours décrits ci-dessous prennent en compte les potentiels de gains en parts de marché (décrits dans la partie précédente) et l'évolution de la demande liée à l'évolution démographique à horizon 2025.

2 Gériatrie - Médecine

En **médecine gériatrique**, l'impact démographique ainsi que les gains en parts de marché accroissent principalement la demande dans les domaines d'activité du **système nerveux** (environ 120 séjours en plus entre 2018 et 2025, notamment en « Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires »), de la **pneumologie** (environ 110 séjours supplémentaires, notamment en « Epanchements pleuraux ») et la **rhumatologie** (environ 80 séjours supplémentaires, notamment en dermatologie avec les « Affections du tissu conjonctif »).

3 Gériatrie - Chirurgie

En **chirurgie et actes peu invasifs gériatriques**, l'impact démographique ainsi que les gains en part de marché accroissent principalement la demande en « **Actes diagnostiques par voie vasculaires** » (+110 séjours gériatriques entre 2018 et 2025), en **cardio-vasculaire** (environ 50 séjours supplémentaires, principalement des « Poses d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque congestive, ni état de choc ») et en **orthopédie traumatologie** (environ 30 séjours supplémentaires, notamment en « Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents »).

Nouvelles activités envisagées par la filière personnes âgées dans le cadre du futur hôpital médian

Dans le futur hôpital médian, la prise en charge médicale en hospitalisation complète s'articulera autour de trois unités : le court séjour gériatrique, une unité péri-opératoire gériatrique et la médecine polyvalente

Le court séjour gériatrique proposera des critères d'admission prédéfinis, caractérisant une situation clinique et/ou sociale complexe. Cette unité sera utilisée aussi bien pour les urgences que pour les visites programmées. Par ailleurs, elle intégrera l'activité d'évaluation gériatrique de prise en charge pré et post opératoire. Il est envisagé de développer la téléconsultation en équipant des box aux urgences pour faciliter l'admission directe.

L'unité de médecine polyvalente permettra la prise en charge médicale des affections aiguës des patients âgés ne nécessitant pas un besoin de prise en charge gériatrique. L'adressage vers le court séjour gériatrique sera possible, ainsi que l'évaluation par l'équipe mobile de gériatrie.

L'unité péri-opératoire gériatrique permettra la prise en charge médico-chirurgicale des patients en pré et post-opératoire.

Conditions de mise en œuvre

- Dimensionner le nombre de lits dédiés l'unité de court séjour gériatrique
- Créer l'unité péri-opératoire gériatrique
- Adapter le temps de médecin gériatre

Un renforcement du lien ville-hôpital par la structuration d'un parcours destiné aux patients non programmés

Les CH de Millau et Saint-Affrique ont pris respectivement en charge, en 2019, **921 et 763 patients de plus de 80 ans hospitalisés après un passage par les urgences.**

Afin d'améliorer la prise en charge de ces patients âgés, une organisation favorisant le lien entre la médecine de ville et l'équipe de gériatrie de l'établissement médian sera mise en place. Cette organisation sera testée dès la période intermédiaire. Cette organisation reposera sur :

1. **Un numéro d'accès direct** vers le médecin hospitalier sera mis à disposition des médecins traitants du territoire afin de favoriser les admissions directes.
2. Une **Equipe Parcours Santé Personnes Agées** : l'équipe médicale hospitalière s'organisera pour la mettre en place en s'appuyant sur l'équipe mobile de gériatrie. Cette **Equipe Parcours Santé Personnes Agées** aura une fonction de coordination et d'orientation. Elle offrira au médecin traitant une large palette de solutions proposées par l'Hôpital Médian à terme mais aussi par les deux Centres Hospitaliers :
 - Admission directe,
 - Accueil organisé aux urgences,
 - Bilan HdJ programmé,
 - Consultation spécifique,
 - Orientation vers un SSR.

Conditions de mise en œuvre

- Financement par l'ARS de l' **Equipe Parcours Santé Personnes Agées** dans le cadre du Plan de Rénovation des Urgences

Nouvelles activités envisagées par la filière personnes âgées dans le cadre du futur hôpital médian

Un parcours chirurgical ville-hôpital visant à déceler et prévenir les fragilités

Un parcours organisé permettra la prise en charge chirurgicale de la patientèle gériatrique autour de quatre phases successives.

Ce parcours commence en ville par des échanges entre les équipes de gériatrie du CHSA et les professionnels de la ville encouragent l'adressage des patients vers une consultation pré-opératoire en hôpital de jour.

Cette première venue en hôpital de jour est organisée en regroupant l'évaluation gériatrique, la consultation de chirurgie et les autres consultations nécessaires à l'intervention, ainsi que les éventuels bilans. La question de la prise en charge en post-opératoire du patient est alors envisagée.

Lors de la prise en charge chirurgicale, pour les patients évalués fragiles, est appliqué le principe « d'hospitalisation en médecine sauf si... » :

- Lorsque la dominante de prise en charge post-opératoire est médicale, l'hospitalisation a lieu en médecine (identique à l'orthogériatrie du CH de Millau pour les patients de plus de 75 ans avec comorbidité)
- Lorsque la dominante de prise en charge post-opératoire est chirurgicale, l'hospitalisation a lieu dans l'unité péri-opératoire gériatrique placé également sous la responsabilité de l'équipe de gériatrie. Dans ce cas, le chirurgien se déplace, afin d'assurer le suivi chirurgical du patient.

Enfin, en post-opératoire, les patients évalués fragiles sont réévalués en hôpital de jour. Si une décompensation a lieu, l'évaluation est effectuée en hospitalisation complète en lien avec le SSR en cas de dénutrition, d'anémie, ...

Une cible de 800 patients bénéficiaires de bilans gériatriques est retenue, en tenant compte l'ensemble des évaluations réalisées, dont les bilans pré et post opératoires décrits ci-dessus.

Conditions de mise en œuvre

- Un temps médical dédié à l'unité péri-opératoire gériatrique
- Une organisation spatiale dans le futur hôpital médian qui favorise l'accès entre l'unité de médecine gériatrique et l'unité péri-opératoire gériatrique
- Une formation de l'équipe paramédicale œuvrant dans l'unité péri-opératoire gériatrique

Nouvelles activités envisagées par la filière personnes âgées dans le cadre du futur hôpital médian (suite)

Adapter la prise en charge SSR aux personnes âgées présentant des troubles du comportement

La création d'une Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) est souhaitée, en partenariat avec le CHU de Montpellier et l'UHR de Fenaille, sans transformation de lits SSR afin d'assurer une meilleure couverture territoriale dans le Sud- Aveyron.

La création d'une nouvelle UHR (unité d'hébergement renforcée) est également envisagée pour répondre au besoin identifié au niveau régional (un appel à projet de l'ARS est prévu, sans savoir si l'UHR sera adossée à l'EHPAD ou à l'USLD).

Pour les patients déambulant qui ne relèvent ni de l'UCC ni de l'UHR, la prise en charge SSR sera sécurisée par le biais d'un service fermé ou la mise en place d'outils spécifiques (bracelets par exemple).

Enfin, pour les patients souffrant d'un trouble du comportement et potentiellement violent et dangereux pour les patients et les professionnels, une coopération avec l'établissement de psychiatrie devra nécessairement être mise en place.

Conditions de mise en œuvre

- Evaluer la pertinence médico-économique de la création de l'UCC, en partenariat avec l'UCC du CHU de Montpellier
- Sécuriser la prise en charge des personnes âgées dé-ambulantes en SSR

Diversifier les modes de prise en charge en médico-social et favoriser le maintien à domicile

Pour favoriser le **maintien à domicile de la personne âgée et les séjours de répit pour les aidants**, les projets suivants ont été retenus par les professionnels des CH de Millau et de Saint-Affrique :

- Proposer de l'accueil de jour à l'EHPAD de Millau, un fort besoin se faisant sentir dans le Sud-Aveyron
- Développer la coordination avec les réseaux gérontologiques
- Intégrer la télémédecine dans l'organisation des soins au sein des structures et sur le territoire (programme régional PASTEL)

Cette diversification des modes de prise en charge en médico-social permet d'assurer la continuité de la prise en charge du patient âgé entre son domicile, l'établissement médico-social et l'établissement de santé. Elle a également pour but de faire face à la croissance démographique de la population âgée, tout en répondant aux besoins spécifiques de cette dernière, souvent polypathologique et fragile, en préservant son autonomie.

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION POLYVALENTS

Présentation de l'offre et de l'activité actuelles des Centres Hospitaliers de Millau et Saint-Affrique

Les CH de Millau et Saint-Affrique disposent **30 lits** dédiés aux Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) indifférenciés ou polyvalents¹, en sus des 40 lits autorisés en SSR Personnes Agées – Personnes Dépendantes (PAPD) présentés au sein de la fiche filière gériatrique.

CH de Millau

CH de Saint-Affrique

- **20 lits** (fermés depuis juillet 2021) - Site du Puits de Calès¹
- Plateau technique¹ :
- Salle de kinésithérapie

- **10 lits**¹
- Plateau technique¹ :
- Salle de kinésithérapie

TO = 93%¹
DMS = 26,8 jours² (IP-DMS = 0,843²)

TO (2018) = 92%¹
DMS = 24,5 jours² (IP-DMS = 0,778²)

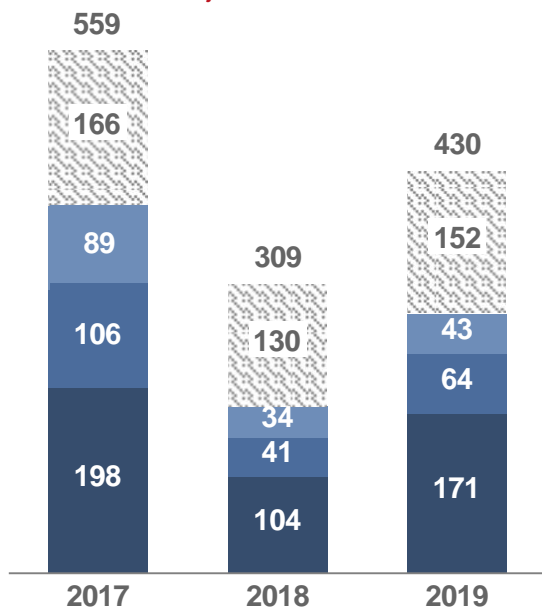
- Personnel Médical = 1,28 ETP¹
- Personnel non Médical = 23,94 ETP¹

- Pour les 30 lits (Polyvalents et PA-PD)
- Personnel Médical = 0,65 ETP¹
 - Personnel non Médical = 24,05 ETP¹

Sources : (1) SAE 2020; (2) PMSI 2018, Analyse CMI

En 2019, les CH regroupés ont réalisé **446 entrées correspondant à 10 219 journées**. Le SSR polyvalent du CH de Millau a réalisé 291 entrées correspondant à 6815 journées. Celui du CH de Saint-Affrique a réalisé 155 entrées et 3404 journées. Sur les deux établissements, **l'occupation des lits est optimisée**, que ce soit en termes de taux d'occupation (TO) ou de durée moyenne de séjour. En outre, l'activité SSR polyvalent étant bien optimisée et alimentée à 80% par la filière interne

Une évolution irrégulière des séjours qui découle d'un changement structurel et d'un évènement conjoncturel



2017 est une année de transition dans la **transformation de lits de SSR polyvalent en PAPD**. C'est pourquoi le nombre de séjours en soins polyvalents est plus élevé qu'en 2018 ou 2019.

En outre, la **fermeture conjecturale de certains lits pour travaux** du CH de Millau a de fait impacté le nombre de séjours en 2018.

Parmi les séjours SSR, les séjours d'affections et traumatismes du **système ostéoarticulaire** sont prépondérants, ils représentent plus du tiers des séjours SSR.

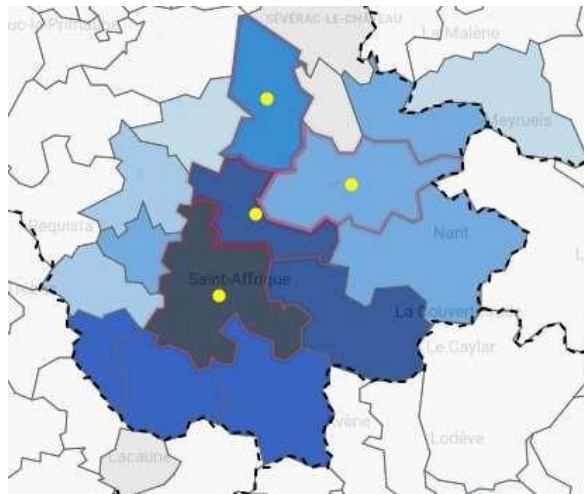
- Affections de l'appareil circulatoire
- Affections et traumatismes du système ostéo-articulaire
- Autres motifs de recours aux services de santé
- Autre

Source : (1) PMSI, Analyses CMI; (2) SAE 2019

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION POLYVALENTS

Présentation de l'offre et de l'activité actuelle des Centres Hospitaliers de Millau et Saint-Affrique

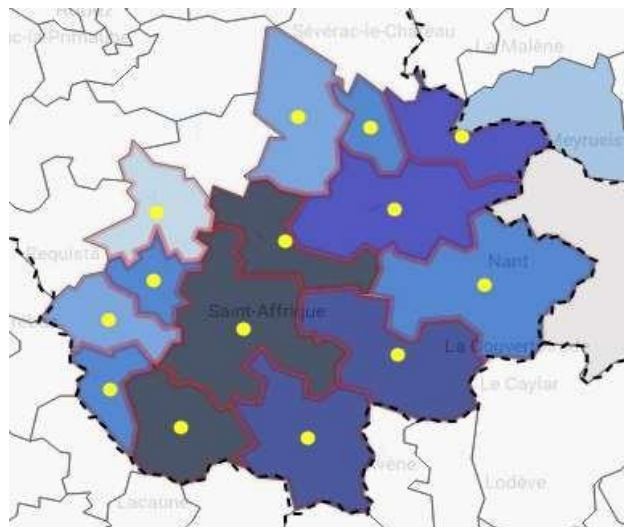
La zone d'attractivité de l'activité SSR HC pour les adultes est concentrée



Zone d'attractivité 2019

La zone d'attractivité considérée est composée de 4 communes (points jaunes sur la carte) regroupant plus de 42 000 habitants.

Une zone d'attractivité élargie pour l'analyse du potentiel de développement d'activité SSR HC pour les adultes



Territoire d'analyse des parts de marché

La zone d'attractivité proposée est composée de 14 communes (points jaunes sur la carte) regroupant plus de 63000 habitants.

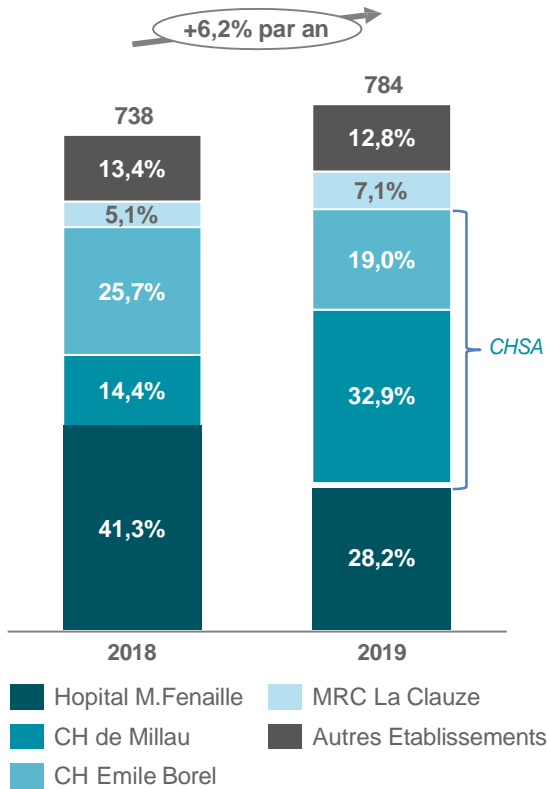
Le CH de Fenaille, partenaire privilégié, reste extérieur à cette zone

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION POLYVALENTS

Présentation de l'offre et de l'activité actuelle des Centres Hospitaliers de Millau et Saint-Affrique

Le CHSA regroupé détient plus de 50% des PDM en HC sur le territoire élargi pour l'autorisation de SSR polyvalent adulte

Evolution 2018-2019 de la PDM par acteur HC en nombre de séjours



Le futur CHSA est l'acteur prépondérant en SSR polyvalent HC. En 2019, le CHSA détient 51,1% de la part de marché en HC sur le territoire élargi, soit 10% supplémentaire par rapport à 2018.

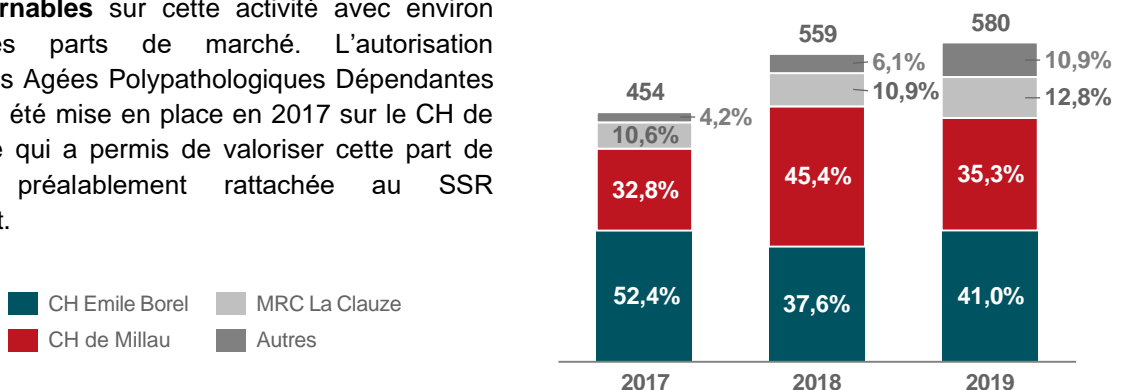
En effet, du fait de la fermeture de lits pour travaux, l'activité a été déportée sur le CH de Fenaille, extérieur à la ZA. Ce qui explique sa place prépondérante en 2018.

L'absence d'offre en SSR HDJ induit une demande quasi nulle sur le territoire considéré.

Le CHSA regroupé détient environ 80% des PDM (HC + HdJ) sur le territoire élargi pour l'autorisation SSR Personnes Âgées Polypathologiques Dépendantes (PAPD)

En SSR PAPD, les deux établissements sont incontournables sur cette activité avec environ 80% des parts de marché. L'autorisation Personnes Agées Polypathologiques Dépendantes (PAPD) a été mise en place en 2017 sur le CH de Millau, ce qui a permis de valoriser cette part de l'activité préalablement rattachée au SSR polyvalent.

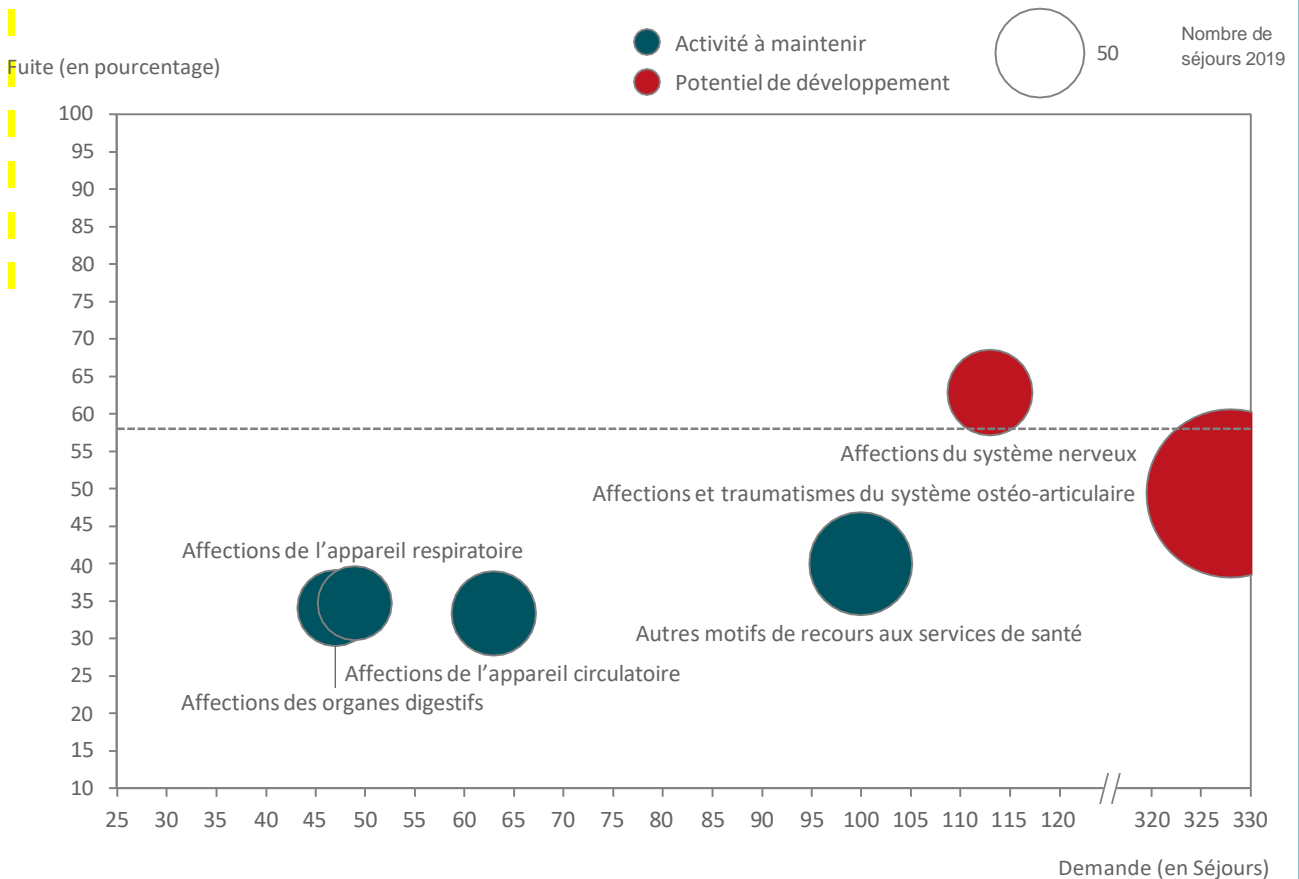
Evolution 2017-2019 de la PDM par acteur SSR en nombre de séjours (HC+HDJ) PAPD



SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION POLYVALENTS

Présentation de l'offre et du potentiel de développement du Centre Hospitalier du CHSA

Le CHSA est bien positionné sur son territoire, en intégrant le CH de Fenaille, le potentiel d'accroissement d'activité est faible en SSR polyvalent à niveau d'activité MCO constant sur le territoire



Avec une fuite moyenne de 58%, le CHSA dispose d'un potentiel de développement en SSR polyvalent pour offrir une réponse de proximité à la demande de soins. Toutefois, cette fuite est prise en charge par le CH de Fenaille pour plus de 28%.

Les 3 établissements réunis répondent donc à la demande du territoire. Une réflexion sur le développement de l'HDJ reste toutefois pertinente sur un site à déterminer.

L'activité des **affections du système nerveux** apparaît comme un potentiel de développement, notamment sur les **accidents vasculaires cérébraux avec hémiplégié**. La prise en charge de la maladie d'Alzheimer ou encore des affections neuro-dégénératives par les autres établissements du territoire révèle le besoin de renforcer encore **l'offre en PAPD du territoire**.

Quant à l'activité **affections et traumatismes du système ostéoarticulaire** la demande est de 328 séjours. L'offre de soin de premier grade comme **le traitement des fractures** est bien assurée par le CHSA regroupé tandis que les soins plus spécialisés sont moins développés. Ainsi les fractures représentent une part prépondérante des séjours tandis que **les soins ostéopathes, de scolioses ou encore d'arthropathies** sont absents.

Les autres catégories majeures sont à maintenir puisque le CHSA détient des parts de marchés satisfaisantes et que la fuite est plus contenue.

Présentation des nouvelles activités envisagées et compétences requises

Le recours au SSR en aval de la médecine et de la chirurgie est adapté au contexte du CHSA

Le bon dimensionnement du SSR polyvalent dans l'hôpital médian est primordial pour fluidifier le parcours des patients et maintenir le bon niveau de performance en termes de durée de séjours sur les activités médicales et chirurgicales.

L'activité SSR polyvalent étant bien optimisée et alimentée à 80% par la filière interne, il est prévu d'ajuster son dimensionnement au regard de la cible d'activité envisagée sur les filières médicales et chirurgicales. **L'accroissement d'activité prévue dans le projet générerait un besoin en lit d'aval de l'ordre de 20 lits qui pourraient être répartis comme suit :**

- création d'une UCC qui compléterait l'offre de SSR PA – PD sur la prise en charge de l'affection du système nerveux en partenariat avec le CHU de Montpellier et l'UHR de Fenaille (cf filière gériatrique).
- Étude de l'opportunité de créer un SSR oncologique ou locomoteur en lien avec les développements d'activité envisagés sur ce type de prise en charge.

Enfin, le projet de création d'un HDJ adossé au plateau technique du SSR va être étudié sur les prises en charges suivantes avec l'appui des équipes de médecins et chirurgiens concernés :

- En gériatrie, plusieurs pistes sont à l'étude pour développer de l'HDJ de rééducation en complément de la prise en charge existante. Elle ciblerait des patients aux profils spécifiques à la fois nécessitant une rééducation plus intensive que celle proposée au domicile, comme pour les patients chuteurs... mais aussi la prise en charge de patients atteints de la maladie de parkinson par exemple. Dans ce cas, les objectifs seraient doubles : maintenir et améliorer les capacités des patients mais aussi permettre aux aidants de bénéficier d'un répit,
- Pour les patients post AVC une HDJ pourrait compléter la rééducation à la suite d'un séjour en HC, en application des recommandations HAS sur ce type de prise en charge,
- En affections et traumatismes ostéo articulaires, en complément du projet d'orthogériatrie,
- Enfin, une rééducation du système respiratoire est un besoin identifié mais implique l'accroissement du temps de pneumologue et la disponibilité d'un plateau technique adéquat.

Dans tous ces domaines, une offre d'éducation thérapeutique du patient est envisagée. La mise en œuvre de la rééducation connectée peut également compléter de manière innovante le dispositif.

Un enjeu d'organisation de la prise en charge SSR, avec une offre sur l'hôpital médian pour les patients les plus instables nécessitant un plateau technique ou à risque de décompensation (en polyvalent et gériatrique, soit 30 lits) et une prise en charge en agglomération pour les patients stabilisés (en polyvalent et gériatrique soit 20 lits sur chaque ville). Une organisation envisagée est de favoriser la prise en charge sur le site commun lorsque les soins de suite sont prépondérants et en agglomérations lorsque la rééducation est plus prégnante. La localisation de l'HJ fait l'objet d'une réflexion et sera fonction de la localisation de l'hôpital unique et des besoins en personnel et plateau technique.

Conditions de mise en œuvre

- Obtenir l'autorisation d'augmenter le nombre de lits SSR pour couvrir les besoins en lits d'aval
- Dans le cadre de la réforme du régime des autorisations (instruction d'avril 2021), les ressources humaines nécessaires par mention sont précisées. De plus, pour la gériatrie, l'accès à un plateau neurocognitif, sur site ou par convention est à prévoir.
- Créer quelques places pour développer une offre d'HDJ pertinente visant à optimiser la prise en charge SSR sur le territoire

FILIERE PSYCHIATRIE ADULTE ET PÉDO-PSYCHIATRIE

Présentation de l'offre et de l'activité actuelle des Centres Hospitaliers de Millau et Saint-Affrique

L'offre de psychiatrie sur le Sud-Aveyron correspond au 5ème secteur de Psychiatrie du département et au secteur sud de la santé mentale info-juvénile.

Le CH de Millau gère la **psychiatrie adulte** et dispose de **20 lits pour les hospitalisations libres**. Les hospitalisations en Soins à la Demande d'un Tiers (SDT) et Soins sur Décision d'un Représentant de l'Etat (SDRE) relèvent du CH Sainte-Marie à Rodez. Une convention entre les deux établissements et l'ARS, signée en 2015, organise les modalités de ces prises en charge, en hospitalisation complète comme dans le cadre d'un suivi lié au programme de soins. Le secteur de pédopsychiatrie dispose de 6 places d'hospitalisation de jour, les lits d'hospitalisation complète relèvent du CH Jacques Puel à Rodez.

CH de Millau Psychiatrie Adulte

- HC « libre » : 20 lits
- HJ : 15 places à Millau et 6 à St-Affrique
- CMP à Millau et Saint-Affrique
- 1 CATTP
- 1 atelier thérapeutique

Personnel médical : 2,6 ETP
Personnel non médical : 75,05 ETP

CH de Millau Psychiatrie Infanto-juvénile

- HDJ : 6 places (3-11 ans)
- CMP à Millau et Saint-Affrique
- 1 équipe mobile pour adolescents (RASTA) (12-16 ans)
- 1 CATTP adolescents

Personnel médical : 1,60 ETP
Personnel non médical : 24,70 ETP

Sources : Données 2021

Les projets de psychiatrie et de pédopsychiatrie s'insèrent dans les orientations du Projet Territorial de Santé Mentale (PTMS) du Département (organisation départementale) mais aussi dans le cadre du PMP du Groupement Hospitalier du Territoire, qui concerne les secteurs de psychiatrie de Montpellier, et de Sète.

Sur la psychiatrie adulte, l'ensemble des suivis d'hospitalisations libres est assuré par une équipe pluridisciplinaire. Plusieurs modalités de prise en charge sont possibles sur le cinquième secteur. Elles peuvent s'organiser sous forme individuelle, familiale ou de groupe, en hospitalisation complète ou en mode séquentiel, en accueil de jour en centre médico-psychologique, en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel ou en atelier thérapeutique, mais également à domicile.

Sur la pédopsychiatrie, les prises en charge sont également diversifiées : HDJ, CMP, équipe mobile et CATTP pour adolescents (depuis sept. 2021).

Les principaux enjeux médicaux sont les suivants :

- Améliorer la prise en charge des patients et favoriser les prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète compte tenu de l'étendue du territoire (40 % du territoire aveyronnais soit 3 800 km²)
- Renforcer la coopération entre les acteurs impliqués dans le soin en psychiatrie : soignants spécialisés, médecins généralistes, structures médico-sociales, réseaux spécialisés...

Les problématiques recensées sont essentiellement liées au manque de moyens.

En pédopsychiatrie, seuls 5 lits d'hospitalisation infanto-juvénile sont installés sur le CH de Rodez. Il n'y a aucun pédopsychiatre libéral sur le Sud-Aveyron. Les délais de consultations sont supérieurs à 1an en psychomotricité. Sur les secteurs de psychiatrie et de pédopsychiatrie, le manque de psychiatre est également une difficulté majeure pour la prise en charge des patients.

Améliorer le parcours de soins des patients en psychiatrie adulte

1) La prévention du suicide

La **prévention**, en anticipant la survenue de crises, **permet d'éviter le passage aux urgences et le recours à des hospitalisations complètes**. A cet effet, le repérage est un élément crucial qui fait office de première étape dans la chaîne de soins. Le CH de Millau a prévu de **formaliser et de coordonner les dispositifs de prévention et de repérage conduits par l'ensemble des acteurs**, en formant les professionnels et en sensibilisant la population, mais également en organisant la détection précoce et la prise en charge du risque suicidaire des jeunes pouvant développer potentiellement une schizophrénie.

Le CH de Millau souhaite également créer des **alternatives à l'hospitalisation**, par le biais du déploiement du Centre d'activité thérapeutique à temps partiel, mais également par la création de deux équipes mobiles, l'une à destination de la petite enfance et la seconde à destination des adolescents complexes (en lien avec le PRS).

2) Création d'un centre de réhabilitation psychosociale

Afin de **fluidifier le parcours de soins**, le second enjeu **est l'amélioration de la réhabilitation psycho-sociale des patients suivis**. La réhabilitation psycho-sociale vise à redonner une certaine autonomie aux patients en souffrance psychique, et à accompagner leur entourage. **L'objectif du CH de Millau est de coordonner l'accompagnement en lien avec les acteurs du territoire** (SAVS, SAMSAH, Cap Emploi, ESAT, ...) et de développer des initiatives centrées sur le patient, avec par exemple un parcours intégratif d'accompagnement pour l'insertion sociale des usagers, fondé sur les techniques non médicamenteuses de traitement ou sur la construction d'un projet d'accompagnement individualisé. Ce projet est soutenu et accompagné par le centre support de réhabilitation du CHU de Montpellier.

Enfin, l'amélioration du parcours passe par **l'anticipation et la préparation des sorties d'hospitalisation**, en mettant en place des actions supplémentaires telles qu'un programme d'éducation thérapeutique sur la maladie, sur les parcours de soins somatiques ou sur la gestion des cas complexes par un case management dans le cadre des orientations du PRS.

3) Développement de la prise en charge en gérontopsychiatrie

L'enjeu est d'anticiper l'accroissement de la demande de soins de psychiatrie chez la personne âgée en poursuivant l'élaboration d'une offre territoriale globale fondée sur une coopération entre les acteurs de la chaîne. En ce sens, il convient de proposer une offre de soins aux personnes âgées atteintes de démence, agressives, fugueuses, psychotiques, qu'elles soient à domicile ou en EHPAD, en mettant en place des consultations avancées en EHPAD.

De plus, cette unité de gérontopsychiatrie aura pour objectif de coordonner le dispositif de prévention du suicide de cette population.

4) Mise en place d'un dispositif LASAR

Ce dispositif vise à **l'accompagnement des équipes prenant en charge des publics précaires et migrants, en intervenant sur les sites d'hébergement**. Ce projet est soutenu par la Préfecture. L'Hôpital Sainte-Marie ayant déjà obtenu des financements pour la création d'une équipe mobile départementale précarité, des collaborations pourront être établies pour assurer la couverture du 5^{ème} secteur.

Conditions de mise en œuvre

Cette prise en charge s'effectuera par le renforcement des CMP en moyens humains ayant des compétences en gérontopsychiatrie :

- Recrutement de professionnels formés sur ces thématiques
- Renforcement du nombre de Psychiatres
- Acceptation par la tutelle des appels à projets : réhabilitation sociale, dispositif LASAR (IOP). Le projet de gérontopsychiatrie n'a pas été retenu en 2021

Présentation des nouvelles activités envisagées et compétences requises

Améliorer la prise en charge en pédopsychiatrie

L'évaluation, en première intention, pourra se faire sur site ou à domicile dans un « aller vers » par un(e) Educateur spécialisé et/ou Puéricultrice, Psychologue, Psychomotricienne.

1) Mettre en place une équipe mobile de pédopsychiatrie-périnatalité et renforcement de CMP pour les 0-11 ans

L'équipe mobile de périnatalité a pour objectif le dépistage précoce, les soutiens techniques aux institutions partenaires, les accompagnements sur les lieux de vie et dans le tissu social et un renforcement du CMP de psychiatrie infanto-juvénile sur la tranche d'âge 0-11 ans, par mutualisation des moyens.

Cette équipe permettra d'améliorer la disponibilité immédiate des professionnels du soin, afin de mettre en place l'évaluation rapide des troubles de l'enfant : troubles de l'attachement, troubles psychomoteurs, troubles du sommeil, troubles de l'alimentation, troubles de la communication et du lien social, troubles de l'apprentissage et troubles du spectre autistique.

Cette équipe permettra également de :

- Renforcer le suivi et la prise en charge à domicile et sur les lieux de vie des enfants.
- Développer les pratiques de téléconsultation, télé Réunion de cas grâce à des outils dédiés et des formations à ces nouvelles pratiques,
- Aider les professionnels à analyser les situations des enfants et à envisager des actions de soins et d'éducation.
- Coordonner les interventions et les suivis proposés pour fluidifier les parcours de soins et éviter les ruptures.

Des guidances parentales sur site ou au domicile en périnatalité et petite enfance sont envisagées.

2) Projet d'équipe mobile adolescents complexe

L'objectif est d'apporter une aide à la prise en charge des adolescents, lors des situations complexes rencontrées par les partenaires et notamment l'Aide Sociale à l'Enfance. Cette démarche est basée sur une approche multi systémique. Elle se fera en lien avec la psychiatrie adulte - à partir de 16 ans - pour éviter les ruptures de prise en charge. Ce projet intégrera un partenariat avec le service de pédopsychiatrie du CH Jacques Ruel à Rodez pour permettre la mise en place d'une couverture départementale

3) Mise en place d'une maison des adolescents

La mise en place d'une **maison des adolescents** est portée par l'association MDA12, dans lequel le CH de MILLAU est un des membres fondateurs. Initialement mise en place sur Rodez, une antenne millavoise devrait ouvrir en 2022. La pédopsychiatrie va mettre à disposition des professionnels pour la faire fonctionner.

Conditions de mise en œuvre

- Accord de la tutelle pour la mise en place de l'équipe mobile de pédopsychiatrie (FIOP en cours d'instruction) et adolescents complexes
- Recrutement de pédopsychiatres afin de mener à bien les projets
- Renfort de l'équipe par des d'ATP en partenariat avec le CHU(en pédopsychiatrie et en psychiatrie adulte)
- Dépôt de dossier afin d'accueillir des internes (en pédopsychiatrie et en psychiatrie adulte)

STRUCTURES MÉDICALES D'APPUI

Les structures médicales d'appui des Centres Hospitaliers de Millau et Saint-Affrique

L'ensemble de l'activité médicale et chirurgicale du PMSA s'appuie sur une organisation des structures médicales d'appui performante. Plus spécifiquement, chaque établissement dispose actuellement de son propre service de pharmacie à usage intérieur, d'imagerie médicale et de laboratoire d'analyse médicale, à l'exception de la stérilisation du CH de Saint-Affrique qui est effectuée au CH de Millau.

Enjeux communs des structures médicales d'appui du CHSA

Les Structures Médicales d'Appui ont pour objectif de proposer une **offre de service adaptée aux besoins des activités médicales et chirurgicales du futur CHSA, en privilégiant la production en interne au sein de plateaux techniques modernisés**. Il est également envisagé de proposer une offre de proximité au sein des communes de Millau et Saint-Affrique, avec notamment une activité de prélèvement biologique.

L'accroissement de l'activité dans le cadre du présent projet médical offre l'opportunité d'**améliorer la performance des services tant en termes de qualité que de coûts de production** avec la mise en œuvre d'une organisation repensée à l'échelle de l'hôpital médian. Ce projet a donc pour ambition de mieux répondre aux exigences de sécurité et de qualité, ce qui inclut l'harmonisation des protocoles en faveur de la pertinence des prescriptions. L'enjeu est de mettre en place des organisations efficaces des structures médicales d'appui qui s'inscrivent dans le **prolongement des objectifs du PMP** de développer d'une offre sanitaire publique cohérente, permettant de concilier égalité d'accès, qualité et sécurité des soins, au bénéfice de la population.

Le renforcement de la coopération territoriale est aussi un gage d'**attractivité** et de **fidélisation des professionnels**, dans un contexte de tension sur les recrutements de personnel médical notamment. Ainsi, la **coopération avec le CHU de Montpellier**, ouvre la perspective d'un recours facilité, dans le cadre du GHT, aux compétences expertes et aux techniques de pointes spécifiques à chaque activité.

Enjeux spécifiques

En complément des objectifs transversaux du Projet Médical Sud-Aveyron, vont se décliner, à l'échelle des plateaux techniques, des enjeux spécifiques.

Pour la **Pharmacie**, le principal enjeu est d'atteindre les objectifs du CACES et d'étudier la faisabilité d'une automatisation de la dispensation nominative (DIN) à l'échelle du territoire,

Quant à l'**Imagerie**, il s'agira de s'inscrire dans la mise en place des plateaux d'imagerie médicale mutualisés (PIMM) visant à mutualiser les moyens à travers des plateaux d'imagerie communs regroupant les acteurs publics. Ainsi, l'organisation des activités d'imagerie diagnostique tiendra compte des activités cliniques effectuées au sein du CHSA et des ressources humaines et matériels disponibles.

Enfin pour le **Laboratoire**, les trois principaux objectifs sont d'élargir la gamme des activités techniques et standards, de moderniser la chaîne de production d'être certifié COFRAC et d'organiser la réalisation d'examens de biologie entre les deux établissements et avec le CHU.

Présentation de l'activité et de l'organisation actuelle des Centres Hospitaliers de Millau et Saint-Affrique

Les Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) des CH de Millau et Saint-Affrique fonctionnent de manière autonome, à l'exception de la stérilisation du CH de Saint-Affrique qui est sous-traitée au CH de Millau et des achats qui sont mutualisés au niveau du GCS Achat en Santé Occitanie (et non pas le CHU).

Les principales activités pharmaceutiques des PUI sont :

- **l'approvisionnement et la gestion des stocks de médicaments** (au sein de la PUI et des service) et **dispositifs médicaux stériles**,
- La **distribution globale** dans les unités de soins et médico-techniques et **l'analyse pharmaceutique**,
- les **activités de pharmacie clinique** : rétrocession pour les deux établissements, la conciliation médicamenteuse pour le CH de Millau en chirurgie et sous réserve des effectifs nécessaires au CH de Saint-Affrique, ainsi que la revue de médication pour l'EHPAD des Terrasses de Causse (sous convention) et EHPAD Saint-Affrique (sous réserve des effectifs nécessaires),
- la **production** : les préparations magistrales sont sous-traitées à l'exception des préparations des médicaments cytotoxiques (vers le CHU de Toulouse pour les deux CH et également vers le CHU de Montpellier pour le CH de Millau) et la stérilisation avec un convention de sous-traitance en cas d'urgence avec le CHUM,
- La participation aux **instances institutionnelles**

CH de Millau

CH de Saint-Affrique

- **395 lits¹** dont 209 médico-social en incluant l'EHPAD autonome les Terrasses des Causse de Millau
- Près de **145 000 lignes de dispensation²**
- **670 k€ de consommation médicamenteuse** (hors rétrocessions) ¹

- **259 lits¹** dont 130 médico-social
- **70 000 lignes de dispensation²**
- **440 k€ de consommation médicamenteuse** (hors rétrocessions) ¹

- **Pharmaciens = 3,14 ETP³**
 - Existence d'une **astreinte¹**
- **Préparateurs = 4,6 ETP³**
- **Aides soignants = 5 ETP³**
- **Agent administratif = 1 ETP³**

- **Pharmaciens = 1,8 ETP³**
 - Astreinte réalisée par le CH de Millau par convention
- **Préparateurs = 3 ETP³**
- **Agent administratif = 0,5 ETP³**

Sources : (1) SAE 2018 ; (2) Etablissement 2018 ; (3) Etablissement 2021

Le projet médical des PUI des CH de Millau et Saint-Affrique s'inscrit dans le cadre du **projet commun du GHT Est-Hérault Sud Aveyron** établi en 2017 par le collège de pharmaciens représentant les 9 PUI du territoire.

En ce sens, **ce projet est construit en cohérence avec le Projet Médical Partagé** et se concentre sur la coopération entre les 2 CH, sans présager des décisions de mutualisation en cours d'étude au niveau du GHT, à l'instar du **projet d'automatisation de la dispensation nominative qu'il convient de réactiver** en lien avec la mutualisation des achats au sein du GHT, l'abandon du GCS Achats en Santé Occitanie étant un préalable à ce projet afin d'avoir des achats communs sur le médicament.

L'organisation de la PUI envisagée dans le cadre du futur hôpital médian

L'ensemble des activités pharmaceutiques sont effectuées sur la plateforme hospitalière à l'exception des préparations magistrales

Une PUI unique réalise l'ensemble des prestations en interne : la stérilisation et la gestion des dispositifs médicaux stériles, la dispensation nominative robotisée dans le cadre du projet GHT), les activités de pharmacie clinique et la rétrocession, tandis que les préparations magistrales sont sous-traitées au CHU de Montpellier. **L'enjeu pour la pharmacie est de maintenir la préparation des médicaments cytotoxiques** pour contribuer au projet de développement de l'activité de chimiothérapie. En effet, face aux difficultés logistiques d'une sous-traitance des préparations par le CHU de Montpellier et sous réserve du renouvellement de l'autorisation pour cette activité à risque, cet objectif implique d'optimiser l'organisation et disposer des ressources humaines suffisantes.

L'activité de rétrocession sera réalisée sur l'hôpital médian, avec des mesures de proximité adaptées aux besoins des patients (notamment pour ceux ne pouvant se déplacer), qui seront décrites en lien avec l'ARS et l'Ordre des pharmaciens en tenant compte des évolutions législatives.

La PUI gère la prestation pour l'ensemble des sites : plateforme hospitalière, activités médicales de proximités, psychiatrie, SSR, USLD et EHPAD. L'accroissement du périmètre d'activité en assurant la gestion d'autres établissements est envisagée, s'il permet d'améliorer l'efficacité de l'organisation.

Les objectifs pharmaceutiques du CAQES sont atteints

La mutualisation des moyens des deux CH doit permettre de mettre en œuvre des activités supplémentaires, en supprimant les redondances aux bénéfices d'activités à plus forte valeur ajoutée.

Cette nouvelle organisation a pour objectif d'atteindre l'ensemble des objectifs du CAQES. Les points sensibles identifiés sont la conciliation médicamenteuse, la traçabilité des DMI et la dispensation nominative par la PUI, si possible en lien avec le projet d'automatisation dont la mise en œuvre est à envisager à l'échelle du GHT, voire en mutualisant l'activité avec d'autres établissements du territoire pour atteindre la taille critique nécessaire.

Le projet d'organisation de la PUI unique a pour objectif d'améliorer l'efficacité en optimisant l'organisation du travail grâce à la mutualisation et à la robotisation de la préparation des piluliers

La réflexion sur une mutualisation des activités et des équipes, en tenant compte des activités cliniques envisagées dans le présent Projet Médical, a été conduite avec un gain de 10% des charges (hors développement de la chimiothérapie).

La PUI a pour objectif de contribuer activement à la réflexion du GHT sur la mise en place d'une robotisation pour l'élaboration de piluliers en lien avec des établissements partenaires.

Une optimisation supplémentaire de la chaîne logistique (commande, réception, gestion des stocks, distribution), des ressources humaines, de l'organisation de la rétrocession comme le choix d'accroître les activités de pharmacie clinique seront adaptés pour tenir compte des exigences d'efficacité. Cette optimisation de la chaîne logistique implique une mutualisation des ressources logistiques entre les services, en ce sens, la PUI de l'hôpital médian sera de préférence accolée aux magasins.

Enfin, une analyse médico-économique sera réalisée et en l'absence d'atteinte du seuil critique, l'accroissement du périmètre d'activité en assurant la gestion d'autres établissements fera l'objet d'étude d'opportunité avec les établissements du territoire.

Présentation de l'activité et de l'organisation actuelle des Centres Hospitaliers de Millau et Saint-Affrique

Les services d'imagerie médicales des CH de Saint-Affrique et de Millau regroupés, réalisent plus de 80 000 actes, dont près des 3/4 au bénéfice des patients externes et 15% pour les patients des urgences. En 2019, les deux établissements n'ont pas d'actions de coopérations spécifiques en commun.

La création d'un service unique implique une reconfiguration du parc d'équipement, les plateaux d'imagerie disposant d'équipements redondants : tables de radiologie, mobiles de radiologie, mammographes, échographes et scanners. En sus, le CH de Millau est équipé d'une IRM. Elle dispose également d'un PACS et d'un RIS. Le CH de St-Affrique effectue également des panoramiques dentaires.

Les difficultés de recrutement de médecins radiologues est un enjeu majeur pour le maintien d'une offre d'imagerie sur le territoire Sud Aveyronnais. Actuellement, les postes vacants sont compensés par la télé-imagerie et le recours à un médecin vacataire, les deux prestations générant un surcoût notable.

CH de Millau

CH de Saint-Affrique

- **Total des actes réalisés : 33 134¹**
 - Scanner : 10 327
 - IRM : 5 066
 - Autres imageries : 17 741
- **Recettes externes : 3 M€³**

- **Total des actes réalisés : 14 505¹**
 - Scanner : 4066 (hors forfait technique)
 - Autres imageries : 10 439
- **Recettes externes : 660 k€³**

- **Equipe médicale** : 4 ETP en 2018 ; 3 ETP (dont 1,6 ETP PH)²
- **Personnel Paramédical** : 21,8 ETP²
 - Cadre : 0,6 ETP mutualisé CHEB
 - Manipulateur : 11,6 ETP
 - Aides soignantes : 4,8 ETP
 - Secrétaires médicales: 4,8 ETP

- **Equipe médical** : 1 ETP (vacataire) ²
- **Personnel Paramédical** : 10,6 ETP²
 - Cadre: 0,4 ETP mutualisé CHM
 - Manipulateur : 5,6 ETP
 - Aides soignantes et ASH : 2,5 ETP
 - Secrétaires Médicales: 2,1 ETP

Sources : SAE (1) 2020 Etablissement (2) 2021 (3) 2018

La disponibilité des ressources, notamment médical est le principal enjeu du projet en Imagerie. D'ailleurs, le PMP souligne le manque d'attractivité de la radiologie publique au bénéfice du secteur libéral qui offre de meilleurs revenus et une meilleure conciliation entre la vie professionnelle et personnelle. Le faible nombre de radiologues rend difficile l'utilisation pleine de vacations programmées, ce qui entraîne notamment une baisse de l'efficacité médico-économique et un rallongement des DMS par manque d'accès à l'imagerie (scanner et IRM principalement). Aujourd'hui, les solutions retenues sont la contractualisation avec des sociétés de télé imagerie et l'engagement d'intérimaires.

Le Projet Régional de Santé (PRS) Occitanie 2018-2022 promeut la constitution et la consolidation d'équipes territoriales d'imagerie, par la mutualisation des plateaux techniques et des personnels selon une logique de territoire (accessibilité), de parcours et filières (cancérologie, cardiologie, neurologie), en soutenant les partenariats public-privé.

L'organisation de l'imagerie envisagée dans le cadre du futur hôpital médian

Le regroupement de l'ensemble des activités d'imagerie sur la plateforme hospitalière :

Le plateau d'imagerie sera situé sur l'hôpital médian et proposera une activité polyvalente avec une gamme large et une diversité des gestes au sein d'un plateau technique performant.

Le projet s'intègre dans la politique de mise en place des plateaux d'imagerie médicale mutualisés (PIMM), porté par le PRS. La mise en place du PIMM offre une opportunité de garantir l'accès à une offre d'imagerie de proximité pour la population du Sud Aveyronnais dans le cadre d'une organisation graduée avec une mutualisation des ressources, notamment médicale et un accès aux technologies de pointe.

Le développement de l'imagerie interventionnelle et de l'imagerie de la femme en plus d'une généralisation de la télé-imagerie est au cœur du scénario cible

La présence d'un radiologue sur la plateforme hospitalière est nécessaire pour organiser le service et réaliser l'activité programmée (en radiologie interventionnelle, échographie et éventuellement en mammographie). Un enjeu est de développer l'imagerie en sénologie, notamment pour les dépistages du cancer du sein (cible 5 jours par semaine). Le CHSA envisage également une généralisation de la télé-imagerie afin de garantir l'accès aux examens en tenant compte des difficultés de recrutement de radiologues.

L'offre de télé imagerie repose sur la réalisation des examens en imagerie de coupe par radio-manipulateurs, En outre, l'opportunité d'effectuer certaines échographies par des médecins ou des manipulateurs formés est également à l'étude.

Conditions de mise en œuvre

- Disposer de 3 ETP de radiologue pour assurer la présence sur site et bénéficier d'un radiologue en présentiel dans le cadre du PIMM pour réaliser une partie de l'activité programmable notamment en radiologie interventionnelle (semi-urgence exclue de la coopération)
- Disposer d'un radiologue formé à la radiologie interventionnelle (DU et stage au CHUM)
- Disposer d'un médecin cardiologue sur place pour les IRM / scanner de stress
- Accéder à une télé-interprétation économiquement soutenable dans le cadre du PIMM,
- Former les professionnels de santé dans le cadre de la délégation médicale notamment en échographie

L'offre d'imagerie sur l'antenne de proximité de Saint-Affrique à l'étude

Du fait du regroupement de l'activité de soins non programmés sur l'hôpital médian, la pertinence d'une offre d'imagerie sur les antennes de proximité est posée. La multiplication des sites ne permet pas une efficacité du fait de la dispersion des ressources. En cas de consultation d'orthopédie sur la commune de Saint-Affrique, le positionnement d'une table de radiologie d'imagerie sera à réinterroger d'un point de vue médico-économique

L'optimisation et la modernisation du parc d'équipements avec un accès aux technologies de pointe comme l'Intelligence Artificielle (IA) :

La mutualisation des services a pour bénéfice de rationaliser les équipements nécessaires à la production des actes et à accroître la productivité des services réunis. En effet, les équipements suivants permettent de répondre aux besoins des patients hospitalisés et externes sur la plateforme hospitalière du CHSA :

- Equipements lourds : une IRM et un scanner classique pour les urgences et un scanner de dernière technologie pour l'oncologie et certains examens technique (le projet architectural devra prendre en compte les besoins futurs tant en termes d'évolution des équipements que d'ajout d'un IRM supplémentaire),
- Deux tables de radiologie, dont une pour les urgences, et un appareil mobile,
- Trois échographes, dont un couplé au mammographe (avec Tomo-synthèse et Intelligence Artificielle),
- Un ostéodensitomètre et un conebean (équipements en cours d'achat sur le CH de Millau)
- PACS et RIS avec reconnaissance vocale et IA, si possible identique à celui du GHT

Il convient de prévoir des ressources humaines informatiques adaptées

Présentation de l'activité et de l'organisation actuelle des Centres Hospitaliers de Millau et Saint-Affrique

Les laboratoires de biologie médicale des CH de Millau et Saint-Affrique proposent une activité de biologie générale et spécialisée. Ils fonctionnent de manière autonome avec la sous-traitance de certaines analyses médicales du CH de Saint-Affrique vers le CH de Millau.

Les deux laboratoires proposent des activités similaires en Biochimie générale et spécialisée, Hématocytologie, Immuno-hématologie, Hémostase. En outre, chaque établissement dispose d'un dépôt de sang pour leurs activités d'urgence. Le CH de Millau effectue également des analyses de Pharmacotoxicologie, de bactériologie, de parasitologie et la sérologie infectieuse.

Les deux services réunis réalisent plus de 10 millions de B, dont près d'un quart au bénéfice des patients externes⁽²⁾.

CH de Millau

Activités : 7,2 M de B¹

- **En propre²** : Biochimie générale et spécialisée, Hématocytologie, Hémostase, Immuno-hématologie, Pharmaco-toxicologie, bactériologie, parasitologie et sérologie infectieuses
- Les autres examens sont sous-traités (environ **2,7%** du nombre de B)
- Biologie d'urgence : Médecine, UHCD, USC, Chirurgie et Obstétrique

- **Personnel médical** : 3 ETP²
- **Personnel non médical** : 13,97 ETP²

CH de Saint-Affrique

Activités : Plus de 3 M de B en 2018¹

- **En propre²** : Biochimie générale et spécialisée, Hématocytologie, Hémostase, Immuno-hématologie,
- Les autres examens sont sous-traités (environ **20%** du nombre de B)
- Biologie d'urgence : Chirurgie et Obstétrique

- **Personnel médical** : 1,45 ETP²
- **Personnel non-médical** : 7,93 ETP²

Sources : (1) Etablissements 2018 (2) SAE 2020

Le Projet Médical du Sud-Aveyron s'inscrit dans la mise en œuvre du PMP du **GHT Est-Hérault Sud Aveyron**.

Pour la biologie médicale, le PMP a identifié trois enjeux. En premier lieu, le projet a pour première ambition de garantir une réponse de qualité aux attentes des cliniciens et à l'évolution prévisible de la demande hospitalière. Le second objectif est d'améliorer l'attractivité des laboratoires par la mise à disposition d'équipement efficient et une stratégie commune sur les fonctions transversales dont l'accréditation. Il s'agira en ce sens d'optimiser le coût de production du B. Enfin, la biologie territoriale hospitalière sera aussi consolidée en complétant l'offre grâce à une ré-internalisation de paramètres jusqu'à présent sous-traités.

L'organisation du laboratoire envisagé dans le cadre du futur hôpital médian

L'ensemble des activités de laboratoire sont effectuées sur la plateforme hospitalière

Le plateau technique du laboratoire sera situé sur l'hôpital médian. Les examens de biologie effectués en interne seront la biochimie standard et spécialisée, l'hématologie, l'hémostase, l'immunologie, la microbiologie standard et spécialisée.

Le recours à une plateforme modernisée pour certains examens comme la chaîne de chimie sérologie ou la biologie moléculaire urgente donnera lieu à une étude médico-économique sur la base des investissements déjà réalisés dans ce domaine. La mise à disposition d'un équipement permettant une approche syndromique (panels tels que méningite, dépistage respiratoire) d'urgence sera également évaluée avec le CHUM.

Présence d'un point de prélèvement sur chaque antenne de proximité

Chaque antenne de proximité disposera d'un point de prélèvement pour réaliser le pré et post analytique pour les patients externes du CHSA et récupérera les prélèvements de IDE libérales et des établissements externes.

En revanche, il n'est pas envisagé de réaliser de biologie d'urgence au niveau des antennes de proximité. Ce choix est motivé par la proximité proche de l'hôpital médian et l'absence d'urgence et de soins non programmés sur les antennes de proximité (voir filière urgences).

Sous-traitance privilégiée vers le CHUM des examens

L'activité non réalisée en interne sera sous-traitée vers le CHUM dès que l'ensemble des prérequis, notamment en termes de réception des résultats et de modalités de transport, seront atteints. Ce changement de sous-traitance sera effectif seulement si il est financièrement intéressant pour le futur CHSA.

Dans l'attente de l'hôpital médian, une partie des examens sera traitée à des laboratoires privés sera transféré sur le CH de Millau à partir du CH de Saint-Affrique si ce dernier est en capacité de le réaliser, l'autre partie au CHU. L'objectif est de mettre en place une sous-traitance publique avec une réalisation « graduée » des analyses biologiques. Cette sous-traitance n'est possible qu'après la mise en place des liaisons informatiques permettant la récupération des résultats d'analyses.

Diminuer le coût de production du B, actuellement de 0,31 € en consolidé

Il est convenu de décrire précisément le fonctionnement du laboratoire sur la plateforme hospitalière dans un contexte d'accroissement de l'activité hospitalière de 15 à 20% et d'évaluer la diminution des coûts de production liée au regroupement.

Préfiguration de l'Hôpital médian

Dans la période intermédiaire, il est prévu la mise en place d'une équipe territoriale de biologistes à partir de novembre 2022, Pour ce faire, une harmonisation des équipements d'analyses est nécessaire et se fera au fil des renouvellements.

STRUCTURES MÉDICALES D'APPUI

Actions de coopération à mettre en place à court terme entre les CH de Millau et Saint-Affrique

Les deux établissements ont défini ensemble **les actions de coopération à mettre en place à court terme**, c'est-à-dire à **mettre en œuvre ou à lancer d'ici 2021**, pour se rapprocher de la **cible de fonctionnement projetée sur le long terme**.

1 Pharmacie à Usage Intérieur

Le premier objectif visé est de **créer une équipe commune répartie sur les deux PUI** sous la responsabilité d'un seul cadre. En ce sens, il est également prévu d'organiser la continuité de l'approvisionnement en cas d'absence exceptionnelle de pharmacien sur l'un des établissements.

Le second objectif est de **mutualiser la gouvernance** (COMEDIMS et sous commissions de la CME) et les autres activités transversales, notamment la logistique.

2 Imagerie Médicale

A court terme, l'organisation de la prise en charge à l'échelle du territoire du Sud-Aveyron et la convergence des pratiques entre les professionnels des deux établissements sont souhaitées. D'une part, l'organisation de la permanence des soins et d'un accès gradué à la télé-interprétation permettra de mieux répondre aux besoins du territoire. D'autre part, la mise en place d'un pôle inter-établissement avec une équipe commune répartie sur les deux établissements, permettra d'harmoniser les pratiques, d'étendre les travaux d'EPP et de favoriser la prise de rendez-vous pour les patients externes.

Une extension des horaires sur les IRM de 2 heures sur 2 jours a été mise en place à l'été 2021.

Une réévaluation à 6 mois est prévue pour ajuster au regard du besoin

Deux manipulateurs ont été formés à l'échographie dans le cadre d'une délégation médicale avec contrôle des examens par le radiologue

3 Laboratoire d'analyses biologiques

La mise en œuvre du projet de laboratoire commun se construit autour de la mutualisation des ressources humaines. Ainsi, un cadre commun a été nommé et une RAQ commune aux deux établissements ont pris leurs fonctions à l'automne 2021). La mise en œuvre progressive d'une politique commune d'équipement et l'organisation d'audits qualités croisés permettront de préparer le futur SMQ du site médian. Une équipe territoriale médicale se mettra en place en novembre 2022.

Etapes intermédiaires envisagées

1 Pharmacie à Usage Intérieur

Contribuer à la réflexion sur le projet d'automatisation dans le cadre du GHT

Les professionnels souhaitent s'engager pour réactiver au niveau du GHT le projet d'automatisation de la préparation de la dispensation.

Les préalables identifiés sont la robotisation de la production des doses unitaires au niveau du CHUM, ce qui implique la mutualisation des achats de médicaments.

Au niveau du CHSA, il serait intéressant d'étudier l'opportunité d'une robotisation de l'élaboration de piluliers en lien avec des établissements partenaires.

Déployer l'informatisation de la gestion pharmaceutique

Un nombre conséquent de projets d'informatisation de la gestion pharmaceutique sont souhaités, pour certains le cadencement reste à définir.

Les projets déjà arbitrés sont :

1. Le déploiement et la sécurisation de l'informatisation du circuit du médicament avec DX-Care dans le cadre de l'harmonisation du DPI au sein du GHT
2. Projets arbitrés : Sérialisation sur le CH de Millau avec le soutien du CH de Saint-Affrique qui a d'ores et déjà déployé l'activité

Les projets prioritaires dont le cadencement reste à confirmer :

1. L'informatisation de la gestion des demandes de service pour les médicaments et des Dispositifs Médicaux pour gagner en efficacité et optimiser la gestion des stocks (2022 - module eMagh2), puis à compter de fin 2023 transfert de la gestion des demandes de médicaments sur DX-Care). L'enjeu est l'optimisation des RH
2. Traçabilité des DMI pour améliorer la sécurité et la traçabilité sanitaire afin d'être en conformité avec la réglementation et gagner en efficacité RH
3. Traçabilité de la stérilisation

Mutualiser les autres activités transversales

Evaluer les besoins de transport de produits de santé en tenant compte des spécificités de certains produits (ex : bouteille de gaz) et des besoins des services cliniques

Evaluer par la nature des produits, le volume des produits, la périodicité et les spécificités,

2 Imagerie Médicale

- Développer la coopération avec le CHUM sans attendre le PIMM pour répondre au besoin de diagnostic et d'avis en télé-imagerie : IRM et scanner, suivant des modalités à préciser par convention (cible activité, organisation du circuit, rémunération de la prestation notamment) :
 - Une télé-expertise du CHU de Montpellier sur le digestif et hépatique dont pourrait bénéficier les CH de Millau et de Saint-Affrique, est envisageable rapidement.
- A moyen terme, disposer d'une présence sur site mensuel pour réaliser de la radiologie osseuse et/ou de la radiologie interventionnelle hors semi-urgence. Cette présence permettrait également aborder des cas cliniques et former les équipes, ce qui implique un volontariat de la part des praticiens du CHUM.
- Ajuster la planification des renouvellements d'autorisation et d'équipements avec la programmation du projet immobilier et la date prévisionnelle de livraison
- Le projet architectural devra prendre en compte les besoins décrits dans le PMSA et des évolutions techniques des équipements comme l'ajout d'un IRM supplémentaire,

CONTRIBUTION DES PROFESSIONNELS LIBÉRAUX DU TERRITOIRE DU SUD-AVEYRON

Retour des échanges des avis et attentes des professionnels vis à vis des Centres Hospitaliers de Millau et Saint-Affrique

Un questionnaire a été envoyé à 200 professionnels libéraux du territoire le 4 octobre 2021 avec un retour attendu pour le 18 octobre 2021.

Le questionnaire a porté sur la communication entre les professionnels libéraux et les hospitaliers : communication de l'établissement vis-à-vis de ces professionnels et échanges entre professionnels, notamment par le biais des comptes-rendus de consultation ou d'hospitalisation (lettre de sortie). Un avis sur les prestations dispensées par les Centres Hospitaliers et les axes d'amélioration a également été demandé. Dans le cadre du Projet Médical du Sud-Aveyron, la mise en place de médecin correspondant SAMU a été abordée.

44 questionnaires ont été réceptionnés, soit un taux de réponse de 22 %.

Quatre réunions ont été organisées sur les deux villes début novembre pour rencontrer les professionnels libéraux. Au cours de ces réunions, a été présenté un diaporama qui synthétisait des réponses globalisées sur l'ensemble du territoire servant ainsi de base aux discussions. Une analyse plus fine des réponses par établissement a été réalisée dans un second temps. Lors de ces rencontres, les participants ont confirmé globalement les résultats du questionnaire, en y apportant des informations complémentaires.

CH de Millau

**22 professionnels libéraux dépendant du
CH de Millau ont répondu soit :**

- 15 médecins
- 3 IDE
- 1 kiné ou ergothérapeute
- 3 sage-femmes : 1 La Cavalerie

CH de Saint-Affrique

**22 professionnels libéraux dépendant du
CH de Saint-Affrique ont répondu soit :**

- 6 médecins
- 7 IDE : 1 Cornus et 1 Belmont sur Rance
- 7 kinés ou ergothérapeutes
- 2 sage-femmes

Les résultats globalisés du questionnaire sont les suivants :

1. Evaluation des prestations dispensées par l'Hôpital

L'hôpital répond partiellement ou totalement aux besoins dans 95.5% des cas, dont 67.4% partiellement.

La prise en charge des patients est jugée très satisfaisante ou satisfaisante dans 95% des cas.

Le manque de spécialistes à temps complet est souligné.

Les délais de rendez-vous sont jugés trop longs pour 50% des répondants, principalement en cardiologie, endocrinologie, imagerie, orthopédie, rhumatologie et ophtalmologie.

Les professionnels sont rarement prévenus des sorties des patients. Seuls 24.4 % le sont et dans 67 % des cas, ils le sont après la sortie.

Les insatisfactions sont « médecins-dépendants ». Il a été abordé la question de la captation de clientèle par des médecins spécialistes qui continuent à suivre le patient alors que ce dernier pourrait être ré adressé au médecin généraliste, qui est le pivot de la prise en charge.

2. Communication

Relations et échanges entre professionnels : les professionnels ont des difficultés à contacter un médecin hospitalier dans 44 % des cas : il est plus aisé de contacter un secrétariat ou un cadre de santé. Le moyen le plus utilisé est le téléphone (93% des cas) puis la messagerie, qu'elle soit sécurisée ou non.

Le compte-rendu d'hospitalisation n'est pas systématiquement envoyé dans 40% des cas, avec des délais supérieurs à 48 h dans 78 % des cas. Ces chiffres sont quasiment identiques pour le compte-rendu de consultation. Il a été souligné le manque de précision des comptes-rendus d'examen d'imagerie, en particulier en télé radiologie

Informations dispensées par l'établissement vis-à-vis de ces professionnels : les professionnels se disent mal informés des différents services existants dans l'établissement dans 77 % des cas, en particulier sur les départs de médecins et les coordonnées des médecins (environ 80 % de méconnaissance).

Propositions d'améliorations envisagées par les professionnels libéraux

Les propositions d'amélioration concernent :

▪ L'amélioration de l'offre de soins

L'augmentation de l'offre de consultations spécialisées porte principalement (par ordre décroissant) sur l'ophtalmologie, la dermatologie, la rhumatologie, la cardiologie et la pneumologie. Le manque de spécialistes aux urgences oblige à reconvoquer le patient.

Il y a également une volonté de développer des hôpitaux de semaine pour les patients poly pathologiques complexes et les hospitalisations de jour, en particulier sur la douleur et l'endocrinologie.

Les professionnels libéraux ont besoin de savoir que leur patient est sorti de l'hôpital et les IDE/kinés souhaitent être informées 48 à 72h avant la sortie afin de préparer le retour du patient à son domicile.

▪ La communication

La demande de communication des noms et spécialités des médecins exerçant dans les établissements est forte avec une mise à jour régulière, en particulier lors des départs. La réalisation d'EPU serait également très appréciée, en particulier pour rencontrer les nouveaux médecins.

Cette communication pourrait se faire via le mail sécurisé médimail car il est consulté régulièrement par la totalité des professionnels présents aux réunions, ou bien le site internet des établissements.

La demande de réception du courrier de sortie dans des délais courts est particulièrement forte, en particulier suite au passage aux urgences sur le CH de Millau. L'utilisation de médimail y est aussi plébiscitée. Cette utilisation, au plus près de la sortie/consultation du patient (< 48 h), permettrait de fluidifier la communication des informations médicales, évitant ainsi les ruptures dans le parcours médical du patient. L'utilisation du WhatsApp sécurisé SPICO pourrait être un nouveau moyen de communication avec les médecins pour 86 % des répondants, essentiellement pour des questions médicales ponctuelles.

Les principales demandes d'amélioration concernent donc :

- La connaissance de ce qui se fait à l'hôpital
- L'amélioration de la communication directe avec les médecins
- La réduction des délais de comptes-rendus médicaux
- L'anticipation avec les professionnels libéraux de l'organisation de la sortie

Concernant la question sur les médecins correspondants SAMU, seuls 20 % des répondants souhaiteraient s'investir dans ce dispositif. Les refus sont motivés par l'absence de formation et la ré organisation des plages de consultations qu'entraînerait une sortie SMUR. Les médecins ont évoqué l'organisation dans le Nord-Aveyron/Lozère avec l'existence de médecins correspondants SAMU et le maillage SDIS qui permet l'intervention rapide. Selon eux, une des solutions pour augmenter la rapidité d'interventions serait la mise en place d'IDE protocolisées, à l'identique des IDE du SDIS.

Conditions de mise en œuvre

Mise en place de divers outils :

- Annuaire des médecins avec la spécialité et les coordonnées mails et téléphones
- Numéro d'appel unique ou boîte mail unique avec retour impératif de ce qui a été fait pour éviter la bouteille à la « mail »)
- Information sur les nouvelles activités de médecins sur internet et par mail avec utilisation préférentielle de la messagerie sécurisée médimail pour la transmission d'informations
- Organisation d'EPU notamment lors d'arrivées de médecins pour faciliter le contact
- Réorganisation des secrétariats et sensibilisation des médecins aux respecter les délais pour l'envoi des comptes rendus d'hospitalisation ou de consultations spécialisées
- Organisation des services de soins pour permettre l'information des IDE/kinés/médecins de la sortie du patient 48 h avant afin qu'ils puissent organiser la prise en charge à domicile

Principaux acronymes

ATP : assistant à temps partagé

CAS : catégorie d'activités de soins

CHSA : Centres Hospitaliers du Sud-Aveyron

CPEF : Centre de Planification d'Education Familiale

CHUM : Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

CPTS : Communauté Professionnelle de Territoire de Santé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

ETP : effectif temps plein

HC : hospitalisation complète

LISP : Lits indifférenciés de Soins Palliatifs

HDJ : hospitalisation de jour

IE : pôle inter établissement

PMI : protection Maternelle Infantile

PM : projet médical

PMSA : projet médical du Sud-Aveyron

PRAPS : programme régional d'accès à la prévention et aux soins

PRSE : plan régional santé environnement

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

ANNEXES :

Annexe 1 : Synthèse de l'étude de faisabilité et de pré-programmation stratégique, capacitaire et financière du futur hôpital médian Sud Aveyron - MuPy

Méthode

La réalisation de l'étude MuPy, (Etude de faisabilité et de préprogrammation stratégique, capacitaire et financière du futur Hôpital médian Sud Aveyron – MUPY – juillet 2018) dont la version finale est datée de juillet 2018, a été menée en partenariat avec les établissements, au travers :

- D'un comité de pilotage (élargi à chaque phase aux représentants politiques) en charge de la validation de l'ensemble des données de la mission ;
- De groupes de travail associant les professionnels de santé des deux établissements, structurés autour de thématiques transversales pour le futur hôpital : hospitalisation complète, plateau technique (urgences, imagerie...), plateau médico-technique (laboratoires, pharmacie ...), ambulatoire, logistique.

L'étude stratégique s'est appuyée sur les analyses suivantes :

1. Etat des besoins et de l'offre de soins actuels sur le bassin sanitaire du Sud Aveyron
2. Prospective des besoins sanitaires à 20 ans
 - a. Besoins du bassin sanitaire, en identifiant de façon réaliste la réponse hospitalière que pourrait apporter le nouvel hôpital médian aux différents bassins de vie projetés au-delà de Millau / Saint Affrique
 - b. Définition des capacités optimisées correspondantes et mise en perspective des temps d'accès moyens aux infrastructures de soins, les coûts de transport en découlant, les capacités supplémentaires éventuellement nécessaires, voire les spécialités créées ou perdues par les différentes projections (ce dernier point n'est pas repris dans cette synthèse).

Cette étude a été validée par le Comité de Pilotage du projet d'hôpital public du Sud-Aveyron et a servi à élaborer le dossier transmis à l'ARS et au Ministère. C'est cette transmission qui a permis d'obtenir l'aval de la Ministre formulé dans un courrier en date de décembre 2019.

Le maintien du status quo est inenvisageable

L'étude examine une première hypothèse qui serait le maintien des deux sites. Elle conclut que dans cette hypothèse :

- Le risque d'activités à faible volume est pérennisé ;
- Les recrutements médicaux nécessaires seront difficiles à maintenir dans un contexte de qualité de plus en plus exigeant ;
- Les sites seraient non durables au regard de leurs défauts fonctionnels et de leur vétusté ;

- Le déficit cumulé sur les deux établissements peut être estimé à 5 M€ par an sans espoir d'amélioration.

L'étude écarte donc cette hypothèse au profit de l'examen de différents scénarios d'implantation d'un hôpital neuf, dit Hôpital médian.

La pré-programmation proposée

Afin de répondre au besoin de santé de la population du bassin, l'analyse prospective conduite ainsi que les entretiens menés dans le cadre de cette étude avec les utilisateurs des différentes structures ont conduit à déterminer une proposition d'**activité cible pour le futur hôpital Médian Sud Aveyron**, déclinée comme suit :

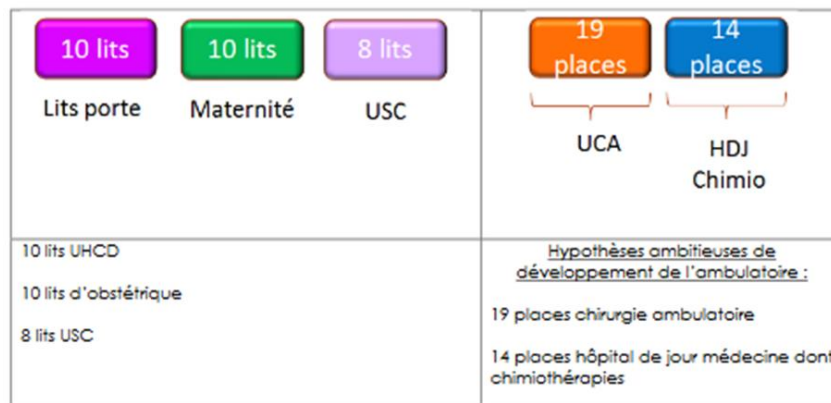
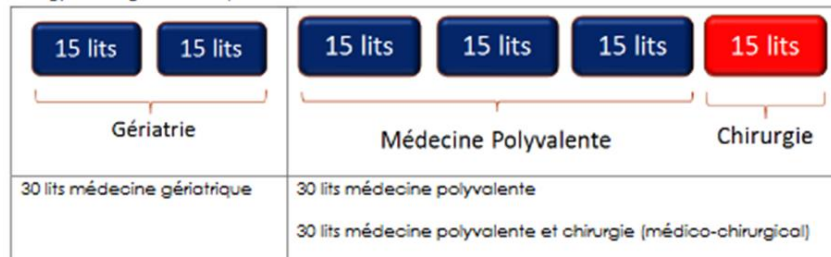
- Chirurgie et chirurgie ambulatoire
 - Orthopédie, Urologie, ORL, Stomatologie, Chirurgie Viscérale, Chirurgie Vasculaire périphérique, OPH.
 - Les spécialités autour de la cancérologie (urologie, ORL, viscéral), du rachis, de l'OPH (hors cataractes) restent hypothétiques.
- Médecine et médecine ambulatoire :
 - Médecine polyvalente, Médecine gériatrique, USC, Chimiothérapies (hospitalisation de jour), Cardiologie, Neurologie, Pneumologie/fibroscopies, HGE/endoscopies (dont impact chirurgie ambulatoire).
 - Le développement de la rhumatologie, de la médecine interne, de l'infectiologie, de la dermatologie et de l'endocrinologie est envisageable moyennant l'intervention de praticiens externes (CHU).
- Gynécologie – obstétrique et pédiatrie :
 - Maternité de Niveau 1, gynécologie médicale, gynécologie chirurgicale, IVG, chirurgie du sein.
- SSR : locomoteur, neurologie
- Plateau technique et médico-technique :
 - Bloc opératoire
 - Imagerie : scanner – IRM – échographie – mammographie – radiologie conventionnelle
 - Urgences dont SMUR.
 - Consultations (dont interventions praticiens autres sites : CHU etc.)
 - Pharmacie
 - Laboratoires

Depuis cette étude, le CH de Millau a expérimenté avec succès une organisation qui permet de fluidifier le parcours patient en mettant en place une proximité des activités de médecine et de SSR polyvalent. Il serait donc pertinent d'intégrer dans le programme du futur Hôpital des lits de SSR polyvalent.

Un capacitaire estimé à 151 lits et places pour l'hôpital médian hors SSR polyvalent

L'activité prévisionnelle a été quantifiée en tenant compte de l'analyse prospective à 20 ans des besoins sanitaires sur le bassin qui sont caractérisés par une faible croissance et un vieillissement de la population.

Le scénario retenu par le comité de pilotage est le plus « qualitatif » en matière de réponse au bassin de santé avec un développement de l'activité ambulatoire et des parts de marché, associé à une diminution de la DMS. Il anticipe la mise en place d'une organisation des soins optimisée autour d'unités de 30 lits.



Total : 118 lits et 33 places, soit 151 lits et places pour les faisabilités

A ce capacitaire s'ajoutent 30 lits de SSR à implanter également sur le site de l'hôpital médian (voir ci-dessus la pertinence en termes de parcours patient).

C'est compte tenu de cette offre et du capacitaire associé qu'il convient d'analyser les différents scénarios d'implantation de l'hôpital médian.

La mise en place d'un hôpital médian sur les sites actuels nécessiterait une opération de travaux d'envergure car ces sites ne sont pas adaptés.

L'organisation actuelle du site du CH de Saint Affrique est la résultante d'opérations successives ayant permis de développer l'hôpital originel et d'améliorer les conditions de prise en charge des patients et résidents sur le site. Il en résulte naturellement une organisation pavillonnaire, issue de l'architecture initiale.

« Le site de l'hôpital de Saint-Affrique présente actuellement des dysfonctionnements principalement liés à la vétusté des locaux et à la non-adaptation des surfaces au regard de prises en charge sanitaires. [...] Il n'est pas envisageable « en l'état » de maintenir des activités de type MCO sur ce site. »

Le centre hospitalier de MILLAU est un établissement multi-sites :

- Le site du Puits de Calès : pour les activités MCO avec un bâtiment dédié à la logistique ;
- Le site de Saint-Côme : regroupe la Direction et le SSR ;
- Le site de Sainte-Anne : USLD – SSR – EHPAD et HJ psychiatrie adulte
- Le site de l'Ayrolle et le site de Saint-Michel : EHPAD
- Le centre de santé mentale : HC psychiatrie et CMP

Le « bâtiment [hébergeant l'activité MCO] présentent une conception architecturale adaptée à l'hospitalier et induisant ainsi la fonctionnalité ad hoc. En matière d'efficience, le bâtiment présente toutefois des dysfonctionnements principalement liés au dimensionnement capacitaire des unités d'hospitalisation (petites unités, pas de logique de plateau d'hospitalisation). »

La vétusté des locaux des sites de Puits de Calès et Saint Come, et leur inadaptation pour le site St COME sont également soulignées dans l'étude. En effet, le site du Puits de Calès souffre de problèmes fonctionnels (bâtiment « inscrit » à l'envers du réseau viaire logique du site et contraint dans sa fonctionnalité par la topographie) et techniques (locaux vétustes, installations techniques obsolètes et isolation thermique déficiente) qui rendraient nécessaires des transformations profondes pour accueillir les activités envisagées pour l'Hôpital Médian et développer les nouveaux modes de prise en charge caractérisés par le développement de l'ambulatoire. En intégrant les lits de SSR, le site de Millau ne pourrait pas accueillir l'Hôpital Médian.

L'installation de l'hôpital médian sur l'un des deux sites nécessiterait donc des investissements significatifs sans véritablement pouvoir en améliorer la fonctionnalité.

L'analyse des scénarios d'implantation de l'hôpital médian conduit à retenir le scénario d'un Hôpital neuf situé à un point d'équilibre entre les deux communes, assorti du maintien d'une offre de proximité
En tenant compte du potentiel actuel des deux sites, **l'étude a cherché à déterminer le positionnement géographique le plus adapté pour le futur hôpital médian**, partant du principe que les besoins de santé ainsi que les taux d'attractivité sont différents et à moduler en fonction de l'implantation finale du futur hôpital.

« Une implantation unique de l'hôpital médian qui s'éloignerait de l'un ou l'autre des deux centres les plus habités (Millau et Saint Affrique) imposera de repenser l'accès à certains pans de l'offre pour la population la plus éloignée. En corollaire, éloigner l'offre d'une partie de la population entraînera indubitablement une fuite plus importante de celle-ci vers d'autres centres que le futur hôpital unique – médian ».

Ainsi, afin de préserver l'attractivité de la population et sa sécurisation, le positionnement de l'hôpital médian vers la commune de Saint Affrique comporte deux limites : d'une part, de majorer la fuite vers le CHU de Montpellier, et d'autre part, d'induire une offre de proximité renforcée sur la commune de Millau compte tenu du fait que ce secteur est le plus dense en population. Il conviendrait alors de mettre en place un « accueil non programmé », avec un risque de confusion avec les urgences situées sur l'hôpital médian. *« Il s'ensuivra une diminution des urgences (et des actes en conséquence) sur l'hôpital médian unique. Cet accueil non programmé au plus près de la grande concentration de population induira également des lits de médecine, avec pour conséquence une diminution de l'attractivité de l'hôpital médian ».*




L'hypothèse d'un positionnement de l'hôpital médian sur la commune de Millau a également pour conséquence de renforcer le risque de fuite sur le CHU de Montpellier et d'isoler les activités restantes sur la commune de Saint Affrique.

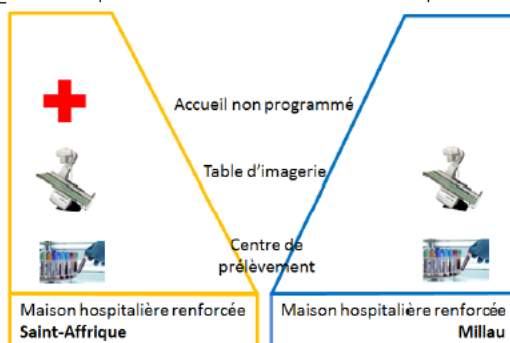
Le positionnement de l'hôpital médian sur un point d'équilibre, qui reste à déterminer précisément, situé géographiquement entre les deux communes (scénario 3) est alors l'hypothèse qui s'impose, sous condition du maintien d'une offre de consultation de proximité de type « maison hospitalière renforcée » au plus proche de chacune des communes de Millau et Saint-Affrique, permettant une coopération renforcée avec la médecine libérale.

Des activités de proximité maintenues sur chacun des deux sites actuels en liens étroits avec la médecine libérale

En complémentarité de cette plateforme hospitalière, une offre de type « maison hospitalière renforcée » au plus proche des communes de Millau et Saint-Affrique est vivement conseillée, même si son périmètre d'activité reste à confirmer. L'étude précise également qu'il semble indispensable que cette offre associe consultations non programmées (médecine générale, en lien avec la médecine libérale), centre de prélèvements et table(s) d'imagerie au plus proche des communes (voir schéma ci-dessous).

Cette articulation avec la médecine de ville est donc clé pour la réussite de ce scénario mais ses modalités restent à préciser dans le cadre du Projet Médical Territorial.

SAINT AFFRIQUE	HOPITAL NEUF	MILLAU
		
Des accueils non programmés pour répondre aux besoins les plus simples et conforter la présence médicale, en lien avec la médecine libérale Pas de SMUR a priori	Urgences – SMUR	Des accueils non programmés pour répondre aux besoins les plus simples et conforter la présence médicale, en lien avec la médecine libérale Pas de SMUR a priori
Une (des) table(s) d'imagerie pour limiter les transports de la population (ville, SSR, EHPAD, USLD)	Imagerie conventionnelle et de coupe	Une (des) table(s) d'imagerie pour limiter les transports de la population (ville, SSR, EHPAD, USLD)
Un centre de prélèvement au plus près de la population pour concurrencer le privé	Laboratoires	Un centre de prélèvement au plus près de la population pour concurrencer le privé
SSR – EHPAD – USLD	MCO	SSR – EHPAD - USLD



Un investissement total de 55,8 M€ nécessaire à la réalisation de l'hôpital médian dont 41,5 M€ pour les 12.300 M2 du site neuf

Cette estimation a été établie en sur la base de la cible capacitaire de 151 lits et places sur le site neuf (hors activité de SSR polyvalent) et prévoit, sur Saint Affrique, la restructuration du SSR et de la maison hospitalière renforcée, et sur Millau, la restructuration des activités SSR et USLD dans le bâtiment Duquesne du Puits de Cales et la vente des sites de Saint Côme et Sainte Anne.

COUTS INVESTISSEMENTS : hors achat du terrain et hors équipements						
	SITE NEUF	PUITS DE CALES	SAINT ANNE	SAINT COME	SAINT AFFRIQUE	TOTAL
HOPITAL UNIQUE	41 500 000 €					
SAINT AFFRIQUE – HYP 2 (retenue)					4 500 000 €	
MILLAU		9 800 000 €	Vendu	Vendu		
TOTAL	41 500 000 €	9 800 000 €	Vendu	Vendu	4 500 000 €	55 800 000 €

Le dimensionnement correspondant pour le site neuf reconstruit s'inscrit dans une enveloppe de 12 300 m² dans œuvre (hors surface nécessaire pour le SSR polyvalent).

Annexe 2 : Méthodes de projection de l'activité du CH Sud Aveyron

Afin de calculer le potentiel d'activité, deux méthodes ont été appliquées successivement.

Méthode 1 : Estimation du potentiel d'activité du CH Sud Aveyron par comparaison avec des établissements de même taille

- **Le panel est composé de 7 CH de taille comparable au CHSA, disposant d'une concurrence faible sur leur Zone d'Attractivité (ZA), d'une activité MCO avec de la cancérologie à seuil ainsi que d'une maternité**
- **Une partie des CH réalise un nombre de séjours 2018 (hors séances) analogue au CHSA, la seconde réalise une activité supérieure de 20% :**
 - CH comparables au CHSA en nombre de séjours (soit 13 428 séjours pour les CH de Millau et de Saint-Affrique) :
 - CH de Tulle : 13 643 séjours
 - CH de Bergerac : 13 875 séjours
 - Hospices Civils de Beaune : 13109 séjours
 - CH réalisant 20% d'activité en plus que CHSA (soit environ 16 000 à 17.000 séjours)
 - Centre Hospitalier du Forez : 16 540 séjours
 - CH de Châlons en Champagne : 16 038 séjours
 - CH de Saint Dié : 15 855 séjours
 - CH Nord Deux Sèvres : 17 198 séjours
- **Afin d'identifier les activités à développer, CMI Stratégies a calculé l'écart entre la PDM du CHSA et celle maximale du benchmark, pour les racines de GHM ayant une demande sur la ZA du CHSA. Dans les zooms effectués pour certains DA, seules sont présentées les racines de GHM ayant un potentiel d'activité supplémentaire positif.**
 - Pour le CHSA, comme pour les établissements constituant le panel, la moyenne pondérée des parts de marché (PDM) et des recettes par séjour ont été calculés ;
 - Le potentiel de séjour supplémentaire est la multiplication entre la part de marché maximale du benchmark et la demande constatée sur la ZA du CHSA, auquel on retire l'activité actuelle du CHSA ;
 - Le potentiel de recettes est le potentiel de séjour multiplié par la recette maximale par racine de GHM du benchmark ¹;
- Cette méthodologie, appliqué à l'ensemble de l'activité du CHSA, a fait l'objet d'un zoom particulier sur la **patientèle âgée de plus de 75 ans**, afin de connaître le gain potentiel en parts de marché

¹ Les données aberrantes ont été retraitées

sur les activités relatives à cette population. Il s'agit du même potentiel que celui des filières médecine et chirurgies, présenté de manière spécifique en identifiant les plus de 75 ans.

Méthode 2 : Projection de l'activité en prenant en compte l'évolution démographique du territoire

Pour un établissement de santé, une projection d'activité permet d'estimer comment l'évolution prévisible de la demande de soins et des modes de prise en charge pourrait affecter son activité médicale, son organisation ou son dimensionnement capacitaire.

La projection d'activité prend en compte trois paramètres clés :

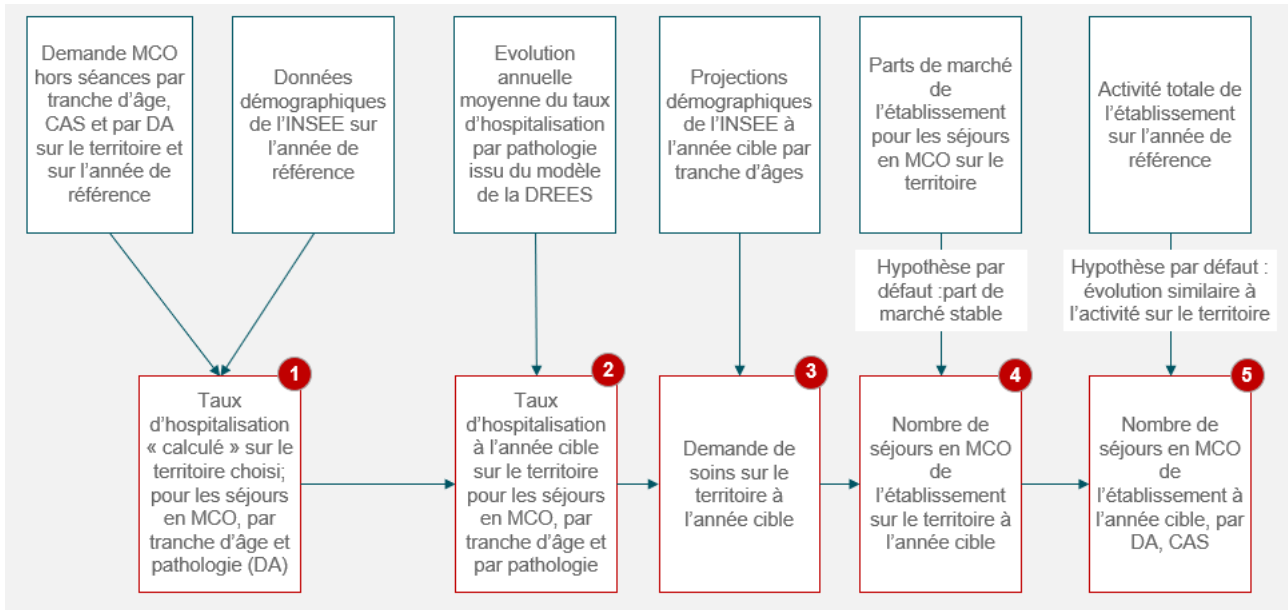
- **L'évolution de la population du territoire de l'établissement, par classe d'âge** : au-delà de l'évolution de la population totale, les phénomènes tels que le vieillissement influent sur la demande car chaque classe d'âge présente des besoins de santé et une consommation de soins hospitaliers différents ;
- **L'évolution du taux de recours aux soins hospitaliers par spécialité et classe d'âge** : le taux de recours aux soins hospitaliers ou taux d'hospitalisation désigne le nombre de séjours réalisés par habitant. Il varie par classe d'âge et spécialité ;
- **L'évolution de la part de marché de l'établissement sur le territoire par domaine d'activité et classe d'âge** : la part de marché de l'établissement dépend de l'évolution de l'offre de soins sur le territoire. Ce paramètre est pris en compte comme explicité sur la méthode 1.

Afin de prévoir les évolutions de population sur le territoire du CHSA, nous utilisons les projections démographiques produites par l'INSEE par le biais du modèle OMPHALE.

OMPHALE fournit des prévisions de population française de 2013 à l'horizon 2050 :

- Par année
- Par classe d'âge de 5 ans
- Par département, qui sera donc niveau le plus fin disponible pour réaliser nos projections

En résumé, la projection d'activité du CHSA prenant en compte l'évolution démographique du territoire s'effectue par les étapes successives suivantes :



Annexe 3 : Cibles par filière

Annexes de la filière Médecine : Cibles d'activité pour la filière médicale dans le cadre du futur hôpital médian

1 Médecine Digestif

DA	Racine de GHM	Séjours CHSA 2019	% de fuites 2018	Demande prospective 2025	Séjours CHSA 2025
Digestif	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans	15	71%	35	45
Digestif	Autres tumeurs malignes du tube digestif	28	61%	32	39
Digestif	Affections sévères du tube digestif	14		24	41
Digestif	Explorations et surveillance pour affections de l'appareil digestif	6	73%	31	31
Digestif	Cirrhoses alcooliques	13		16	24
Digestif	Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas	12	65%	50	37
Digestif	Hémorragies digestives	67	32%	74	67
Digestif	Autres affections digestives, âge supérieur à 17 ans	40	44%	97	69
Digestif	Autres affections hépatiques	11	65%	18	18
Digestif	Maladies inflammatoires de l'intestin	3		18	21
Digestif	Tumeurs bénignes de l'appareil digestif	6		13	17
Digestif	Douleurs abdominales	110	24%	91	92
Digestif	Affections des voies biliaires	105	34%	142	112
Digestif	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 06	29	31%	65	50
Digestif	Pancréatites aiguës	56	23%	55	56
Digestif	Affections hépatiques sévères à l'exception des tumeurs malignes, des cirrhoses et des hépatites alcooliques			-	1
Digestif	Autres affections digestives, âge inférieur à 18 ans	5		-	4
Digestif	Autres affections non malignes du pancréas	4		-	1
Digestif	Autres cirrhoses et fibrose hépatique	2	57%	22	9
Digestif	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans	109	23%	183	151
Digestif	Invaginations intestinales aiguës	2		-	1
Digestif	Occlusions intestinales non dues à une hernie	51	22%	71	59
Digestif	Soins de stomies digestives	2		-	3
Digestif	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 07	49		81	91
Digestif	Tumeurs malignes de l'oesophage et de l'estomac	4		-	3
Digestif	Ulcères gastroduodénaux non compliqués	5		-	7
Digestif	Explorations et surveillance des affections du système hépatobiliaire et du pancréas			-	-
Digestif	Hépatites chroniques			-	-
Digestif	Ulcères gastroduodénaux compliqués	2		-	-
Uro-néphrologie et génital	Insuffisance rénale, sans dialyse	9	59%	26	23
Uro-néphrologie et génital	Tumeurs des reins et des voies urinaires	1	91%	21	14
Uro-néphrologie et génital	Explorations et surveillance pour affections du rein et des voies urinaires	2	100%	15	8
Uro-néphrologie et génital	Prostatites aiguës et orchites	41	27%	51	48
Uro-néphrologie et génital	Autres symptômes et recours aux soins de la CMD 11	8	50%	29	21
Uro-néphrologie et génital	Lithiases urinaires	51	23%	76	70

(1) Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues

Annexes de la filière Médecine :

Cibles d'activité pour la filière médicale dans le cadre du futur hôpital médian

1 Médecine Digestive

DA	Racine de GHM	Séjours CHSA 2019	% de fuites 2018	Demande prospective 2025	Séjours CHSA 2025
Uro-néphrologie et génital	Explorations et surveillance des affections de l'appareil génital masculin	1		-	-
Uro-néphrologie et génital	Rétrécissement urétral	2		-	0
Uro-néphrologie et génital	Autres affections de l'appareil génital masculin			-	2
Uro-néphrologie et génital	Autres affections des reins et des voies urinaires d'origine diabétique, âge supérieur à 17 ans	6		-	1
Uro-néphrologie et génital	Autres affections des reins et des voies urinaires, à l'exception de celles d'origine diabétique, âge supérieur à 17 ans	13	44%	47	30
Uro-néphrologie et génital	Autres infections et inflammations de l'appareil génital masculin			-	3
Uro-néphrologie et génital	Hypertrophie prostatique bénigne			-	1
Uro-néphrologie et génital	Infections des reins et des voies urinaires, âge inférieur à 18 ans	3		-	3
Uro-néphrologie et génital	Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans	92	23%	76	69
Uro-néphrologie et génital	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge supérieur à 17 ans	42	30%	39	30

(2) Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)

Annexes de la filière Médecine : Cibles d'activité pour la filière médicale dans le cadre du futur hôpital médian

2 Médecine SNC et Psychiatrie

DA	Racine de GHM	Séjours CHSA 2019	% de fuites 2018	Demande prospective 2025	Séjours CHSA 2025
Psychiatrie	Explorations et surveillance pour maladies et troubles mentaux		100%	13	-
Psychiatrie	Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial	44		38	44
Psychiatrie	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans	44	16%	66	63
Psychiatrie	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 19	32		26	28
Psychiatrie	Névroses dépressives	22	69%	59	61
Psychiatrie	Autres psychoses, âge inférieur à 80 ans	21		-	10
Psychiatrie	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge inférieur à 80 ans	14	44%	31	31
Psychiatrie	Troubles bipolaires et syndromes dépressifs sévères	6	95%	38	40
Psychiatrie	Autres psychoses, âge supérieur à 79 ans	5		-	4
Psychiatrie	Troubles de l'humeur	4		-	0
Psychiatrie	Autres troubles mentaux	3		-	3
Psychiatrie	Névroses autres que les névroses dépressives	3		-	3
Psychiatrie	Autres maladies et troubles mentaux de l'enfance	1		-	0
Psychiatrie	Anorexie mentale et boulimie	1		13	16
Psychiatrie	Autres troubles de la personnalité et du comportement avec réactions impulsives	1		-	1
Psychiatrie	Maladies et troubles du développement psychologiques de l'enfance	1		-	0
Système nerveux	Méningites virales			-	2
Système nerveux	Commotions cérébrales	165	8%	145	169
Système nerveux	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	128	46%	154	138
Système nerveux	Anomalies de la démarche d'origine neurologique	55		59	57
Système nerveux	Epilepsie, âge supérieur à 17 ans	55	25%	61	57
Système nerveux	Autres lésions traumatiques intracrâniennes, sauf commotions	26		29	33
Système nerveux	Autres accidents vasculaires cérébraux non transitoires	23		14	25
Système nerveux	Migraines et céphalées	22	39%	39	25
Système nerveux	Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge inférieur à 80 ans	21	42%	32	46
Système nerveux	Affections des nerfs crâniens et rachidiens	20	65%	38	25
Système nerveux	Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge supérieur à 79 ans	16		19	19
Système nerveux	Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 80 ans	11	79%	25	23
Système nerveux	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 01	10		14	20
Système nerveux	Tumeurs malignes du système nerveux	10	42%	25	18
Système nerveux	Autres affections du système nerveux	7	59%	17	5
Système nerveux	Troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique	7		-	
Système nerveux	Maladies dégénératives du système nerveux, âge supérieur à 79 ans	6		13	22
Système nerveux	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires avec décès : séjours de moins de 2 jours	5		-	6
Système nerveux	Autres affections cérébrovasculaires	4		-	2

Annexes de la filière Médecine :
Cibles d'activité pour la filière médicale dans le cadre du futur hôpital médian

2 Médecine SNC et Psychiatrie

DA	Racine de GHM	Séjours CHSA 2019	% de fuites 2018	Demande prospective 2025	Séjours CHSA 2025
Système nerveux	Epilepsie, âge inférieur à 18 ans	3	69%	16	6
Système nerveux	Infections du système nerveux à l'exception des méningites virales	2		-	4
Système nerveux	Lésions traumatiques intracrâniennes sévères	2		14	4
Système nerveux	Affections et lésions du rachis et de la moelle	1		-	0
Système nerveux	Autres tumeurs du système nerveux	1		-	2
Système nerveux	Convulsions hyperthermiques	1		-	1
Système nerveux	Explorations et surveillance pour affections du système nerveux	1	99%	89	1
Système nerveux	Sclérose en plaques et ataxie cérébelleuse	1		-	1
Système nerveux	Epilepsie, âge inférieur à 18 ans	3	69%	16	18

Annexes de la filière Médecine : Cibles d'activité pour la filière médicale dans le cadre du futur hôpital médian

3 Médecine autre DA

DA	Racine de GHM	Séjours CHSA 2019	% de fuites 2018	Demande prospective 2025	Séjours CHSA 2025
Activités inter spécialités	Actes non effectués en raison d'une contre-indication	3		10	4
Activités inter spécialités	Autres affections de la CMD 01 avec décès : séjours de moins de 2 jours	1		-	5
Activités inter spécialités	Autres affections de la CMD 05 avec décès : séjours de moins de 2 jours	15		20	20
Activités inter spécialités	Autres facteurs influant sur l'état de santé	75	57%	142	91
Activités inter spécialités	Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	87	67%	254	111
Activités inter spécialités	Convalescences et autres motifs sociaux	7		-	2
Activités inter spécialités	Désensibilisations et tests allergologiques nécessitant une hospitalisation	285	7%	198	294
Activités inter spécialités	Explorations et surveillance pour autres motifs de recours aux soins			-	803
Activités inter spécialités	Traitements prophylactiques			-	2
Activités inter spécialités	Rééducation		100%	37	-
Brûlures	Brûlures avec transfert vers un autre établissement MCO : séjours de moins de 2 jours			-	1
Brûlures	Brûlures et gelures non étendues sans intervention chirurgicale	3		-	2
Brûlures	Brûlures étendues	1		-	-
Douleurs chroniques, Soins palliatifs	Douleurs chroniques rebelles	7	92%	53	67
Douleurs chroniques, Soins palliatifs	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	61	47%	119	127
Hématologie	Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge inférieur à 18 ans			-	-
Hématologie	Affections de la rate	2		-	2
Hématologie	Autres affections du système réticuloendothélial ou immunitaire	4	67%	19	24
Hématologie	Déficits immunitaires			-	-
Hématologie	Autres affections et tumeurs de siège imprécis ou diffus			-	2
Hématologie	Autres troubles de la coagulation	26		40	32
Hématologie	Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans	129	20%	194	173
Hématologie	Explorations et surveillance pour affections du sang et des organes hématopoïétiques	1		-	2
Hématologie	Hémopathies myéloïdes chroniques	22	100%	23	19
Hématologie	Leucémies aiguës, âge supérieur à 17 ans	2		-	2
Hématologie	Lymphomes et autres affections malignes lymphoïdes	7	78%	24	12
Hématologie	Purpuras	1		-	2
Hématologie	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 16	5	90%	32	3
Hématologie	Troubles sévères de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans	13		32	16
Hématologie	Explorations et surveillance pour affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus		100%	16	-
Maladies infectieuses (dont VIH)	Affections de la CMD 18 avec décès : séjours de moins de 2 jours	1		-	1
Maladies infectieuses (dont VIH)	Fièvres d'étiologie indéterminée, âge supérieur à 17 ans	20	48%	28	28
Maladies infectieuses (dont VIH)	Maladies virales et fièvres d'étiologie indéterminée, âge inférieur 18 ans	3	77%	13	17
Maladies infectieuses (dont VIH)	Maladies virales, âge supérieur à 17 ans	2		-	1
Maladies infectieuses (dont VIH)	Paludisme	1		-	1

(1) Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues

(2) Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)

Annexes de la filière Médecine : Cibles d'activité pour la filière médicale dans le cadre du futur hôpital médian

3 Médecine autre DA

DA	Racine de GHM	Séjours CHSA 2019	% de fuites 2018	Demande prospective 2025	Séjours CHSA 2025
Maladies infectieuses (dont VIH)	Septicémies, âge supérieur à 17 ans	42	22%	47	41
Maladies infectieuses (dont VIH)	Explorations et surveillance pour maladies infectieuses ou parasitaires		100%	11	-
Maladies infectieuses (dont VIH)	Maladies dues au VIH			-	-
Maladies infectieuses (dont VIH)	Maladies infectieuses sévères	2		-	0
Maladies infectieuses (dont VIH)	Septicémies, âge inférieur à 18 ans	1		-	0
Ophtalmologie	Autres affections oculaires d'origine diabétique, âge supérieur à 17 ans	2		-	-
Ophtalmologie	Affections oculaires d'origine neurologique	3		12	15
Ophtalmologie	Autres affections oculaires d'origine non diabétique, âge supérieur à 17 ans	6	81%	16	15
Ophtalmologie	Autres affections oculaires, âge inférieur à 18 ans			-	1
Ophtalmologie	Infections oculaires aiguës sévères	1		-	1
Ophtalmologie	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 02	2		-	2
ORL, Stomatologie	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge inférieur à 18 ans	6		10	9
ORL, Stomatologie	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans	13	34%	36	40
ORL, Stomatologie	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge supérieur à 17 ans	3	78%	18	15
ORL, Stomatologie	Epistaxis	17		12	22
ORL, Stomatologie	Infections aiguës sévères des voies aériennes supérieures, âge supérieur à 17 ans	6		12	17
ORL, Stomatologie	Otitites moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge inférieur à 18 ans	4	73%	15	20
ORL, Stomatologie	Otitites moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge supérieur à 17 ans	6		-	5
ORL, Stomatologie	Traumatismes et déformations du nez	10		17	29
ORL, Stomatologie	Troubles de l'équilibre	45	27%	49	56
ORL, Stomatologie	Tumeurs malignes des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche		83%	18	3
Rhumatologie	Affections du tissu conjonctif	5	82%	58	42
Rhumatologie	Algoneurodystrophie			-	1
Rhumatologie	Arthropathies non spécifiques	4		-	7
Rhumatologie	Autres pathologies de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	24		22	28
Rhumatologie	Autres pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical	37	48%	61	65
Rhumatologie	Autres rachialgies	22		24	31
Rhumatologie	Explorations et surveillance de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif		97%	35	1
Rhumatologie	Fractures pathologiques et autres tumeurs malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	12	49%	40	28
Rhumatologie	Maladies osseuses et arthropathies spécifiques	21	54%	32	40
Rhumatologie	Ostéomyélites aiguës (y compris vertébrales) et arthrites septiques	9	80%	28	25
Rhumatologie	Ostéomyélites chroniques	1		-	3
Rhumatologie	Rhumatismes et raideurs articulaires	1	77%	15	4
Rhumatologie	Sciaticques et autres radiculopathies	2		14	17
Rhumatologie	Suites de traitement après une affection de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif	3		-	3

(1) Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues

(2) Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)

Annexes de la filière Médecine : Cibles d'activité pour la filière médicale dans le cadre du futur hôpital médian

3 Médecine autre DA

DA	Racine de GHM	Séjours CHSA 2019	% de fuites 2018	Demande prospective 2025	Séjours CHSA 2025
Rhumatologie	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 08	5		23	30
Rhumatologie	Tendinites, myosites et bursites	7		22	18
Rhumatologie	Tumeurs primitives malignes des os, du cartilage ou des tissus mous			-	1
Tissu cutané et sous-cutané	Explorations et surveillance des affections de la peau	1		-	0
Tissu cutané et sous-cutané	Affections dermatologiques sévères	6		11	4
Tissu cutané et sous-cutané	Autres affections dermatologiques	16	31%	37	27
Tissu cutané et sous-cutané	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, âge inférieur à 18 ans	1		-	1
Tissu cutané et sous-cutané	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans	37	33%	76	61
Tissu cutané et sous-cutané	Symptômes et autres recours aux soins concernant les affections de la peau	1		-	1
Tissu cutané et sous-cutané	Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés, âge inférieur à 18 ans	7		-	3
Tissu cutané et sous-cutané	Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans	54		59	69
Tissu cutané et sous-cutané	Tumeurs de la peau	2		-	2
Tissu cutané et sous-cutané	Ulcères cutanés	21	42%	38	45
Toxicologie, Intoxications, Alcool	Abus de drogues non éthyliques sans dépendance	2		-	3
Toxicologie, Intoxications, Alcool	Autres complications iatrogéniques non classées ailleurs			13	12
Toxicologie, Intoxications, Alcool	Autres effets toxiques	15		-	11
Toxicologie, Intoxications, Alcool	Autres traumatismes et effets nocifs autres que les intoxications	9		-	8
Toxicologie, Intoxications, Alcool	Effets toxiques des médicaments et substances biologiques, âge inférieur à 18 ans	7		-	11
Toxicologie, Intoxications, Alcool	Effets toxiques des médicaments et substances biologiques, âge supérieur à 17 ans	67		80	81
Toxicologie, Intoxications, Alcool	Ethylisme aigu	105		97	110
Toxicologie, Intoxications, Alcool	Ethylisme avec dépendance	226	16%	215	202
Toxicologie, Intoxications, Alcool	Réactions allergiques non classées ailleurs, âge inférieur à 18 ans	2		-	5
Toxicologie, Intoxications, Alcool	Réactions allergiques non classées ailleurs, âge supérieur à 17 ans	17		17	32
Toxicologie, Intoxications, Alcool	Toxicomanies non éthyliques avec dépendance	21		18	23
Toxicologie, Intoxications, Alcool	Troubles mentaux organiques induits par l'alcool ou d'autres substances	2		-	7
Transfusions	Transfusions, en séances	348	43%	359	327

Annexes de la filière Médecine : Cibles d'activité pour la filière médicale dans le cadre du futur hôpital médian

4 Médecine Chimiothérapie

DA	Racine de GHM	Séjours CHSA 2019	% de fuites 2018	Demande prospective 2025	Séjours CHSA 2025
Chimiothérapie	Chimiothérapie : Œil, cerveau et autres parties du système nerveux central		89%	67	18
Chimiothérapie	Chimiothérapie : Organes digestifs		88%	748	955
Chimiothérapie	Chimiothérapie : Organes génitaux de la femme		91%	155	39
Chimiothérapie	Chimiothérapie : Organes génitaux de l'homme		84%	70	12
Chimiothérapie	Chimiothérapie : Organes respiratoires et intrathoraciques		96%	422	166
Chimiothérapie	Chimiothérapie : Sein		90%	650	196
Chimiothérapie	Chimiothérapie : Siège imprécis ou autre siège		91%	132	41
Chimiothérapie	Chimiothérapie : Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée		100%	23	6
Chimiothérapie	Chimiothérapie : Tumeurs des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés		91%	604	83
Chimiothérapie	Chimiothérapie : Voies urinaires	64	47%	190	134
Chimiothérapie	Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	243	62%	803	491
Chimiothérapie	Chimiothérapie pour tumeur, en séances (autres GHM anonymisés)	13	88%	-	142
Chimiothérapie	Chimiothérapie : Lèvre, cavité buccale et pharynx		100%	91	-
Chimiothérapie	Chimiothérapie : Os et cartilage articulaire		100%	<u>13</u>	-
Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	Chimiothérapie pour affections non tumorales	10	59%	<u>39</u>	<u>19</u>
Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	Chimiothérapie pour autre tumeur	1	96%	<u>178</u>	<u>19</u>
Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	Autres irradiations		100%	<u>13</u>	-
Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	Chimiothérapie pour leucémie aigüe		100%	<u>11</u>	-

Annexes de la filière Médecine :
Cibles d'activité pour la filière médicale dans le cadre du futur hôpital médian

5 Médecine Cardiovasculaire & Endocrinologie & Pneumologie

DA	Racine de GHM	Séjours CHSA 2019	% de fuites 2018	Demande prospective 2025	Séjours CHSA 2025
Cardio-vasculaire	Autres affections de l'appareil circulatoire	22	86%	156	95
Cardio-vasculaire	Explorations et surveillance pour affections de l'appareil circulatoire		98%	49	1
Cardio-vasculaire	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque	114	26%	144	141
Cardio-vasculaire	Infarctus aigu du myocarde	51	34%	102	84
Cardio-vasculaire	Troubles vasculaires périphériques	26	52%	47	29
Cardio-vasculaire	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 05	6		10	10
Cardio-vasculaire	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	245	15%	263	243
Cardio-vasculaire	Syncopes et lipothymies	78	21%	69	62
Cardio-vasculaire	Douleurs thoraciques	122	12%	190	182
Cardio-vasculaire	Hypertension artérielle	40		43	35
Cardio-vasculaire	Angine de poitrine	22		19	20
Cardio-vasculaire	Thrombophlébites veineuses profondes	14		14	15
Cardio-vasculaire	Athérosclérose coronarienne	7		17	16
Cardio-vasculaire	Arrêt cardiaque	2		10	6
Cardio-vasculaire	Endocardites aiguës et subaiguës	2		12	4
Cardio-vasculaire	Infarctus aigu du myocarde avec décès : séjours de moins de 2 jours	2		-	3
Cardio-vasculaire	Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge supérieur à 17 ans	1		10	2
Endocrinologie	Explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques	8	98%	61	51
Endocrinologie	Diabète, âge supérieur à 35 ans	22	53%	29	46
Endocrinologie	Autres troubles endocriniens	2		11	9
Endocrinologie	Troubles métaboliques, âge supérieur à 17 ans	97	18%	101	107
Endocrinologie	Tumeurs des glandes endocrines			-	1
Endocrinologie	Troubles nutritionnels divers, âge supérieur à 17 ans	14	43%	29	17
Endocrinologie	Acidocétose et coma diabétique	11		15	12
Endocrinologie	Troubles métaboliques, âge inférieur à 18 ans	10		-	2
Endocrinologie	Obésité	3		-	51
Endocrinologie	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 10	3		-	6
Endocrinologie	Diabète, âge inférieur à 36 ans	2		-	8
Endocrinologie	Autres maladies métaboliques congénitales	1		-	0
Endocrinologie	Troubles nutritionnels divers, âge inférieur à 18 ans	1		-	0
Pneumologie	Epanchements pleuraux	13	64%	73	53
Pneumologie	Tumeurs de l'appareil respiratoire	10	71%	61	10
Pneumologie	Bronchopneumopathies chroniques surinfectées	89	28%	134	127
Pneumologie	Explorations et surveillance pour affections de l'appareil respiratoire		97%	33	25
Pneumologie	Bronchiolites	2	95%	20	2

(1) Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues

Annexes de la filière Médecine :
Cibles d'activité pour la filière médicale dans le cadre du futur hôpital médian

5 Médecine Cardiovasculaire & Endocrinologie & Pneumologie

DA	Racine de GHM	Séjours CHSA 2019	% de fuites 2018	Demande prospective 2025	Séjours CHSA 2025
Pneumologie	Grippes	14	53%	20	28
Pneumologie	Oedème pulmonaire et détresse respiratoire	25	60%	44	35
Pneumologie	Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans	7		15	7
Pneumologie	Affections de la CMD 04 avec décès : séjours de moins de 2 jours	14		15	14
Pneumologie	Pneumothorax	19		26	36
Pneumologie	Bronchopneumopathies chroniques	4		15	18
Pneumologie	Maladies pulmonaires interstitielles	7		12	13
Pneumologie	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans	60	24%	88	77
Pneumologie	Traumatismes thoraciques	45		31	43
Pneumologie	Signes et symptômes respiratoires	18	41%	47	36
Pneumologie	Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans	52	14%	97	89
Pneumologie	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	267	12%	297	280
Pneumologie	Embolies pulmonaires	55		59	53
Pneumologie	Autres symptômes et recours aux soins de la CMD 04	3	77%	14	3
Pneumologie	Pneumonies et pleurésies banales, âge inférieur à 18 ans	2		-	1
Pneumologie	Autres diagnostics portant sur le système respiratoire	1		13	5
Pneumologie	Tuberculoses	1		-	0

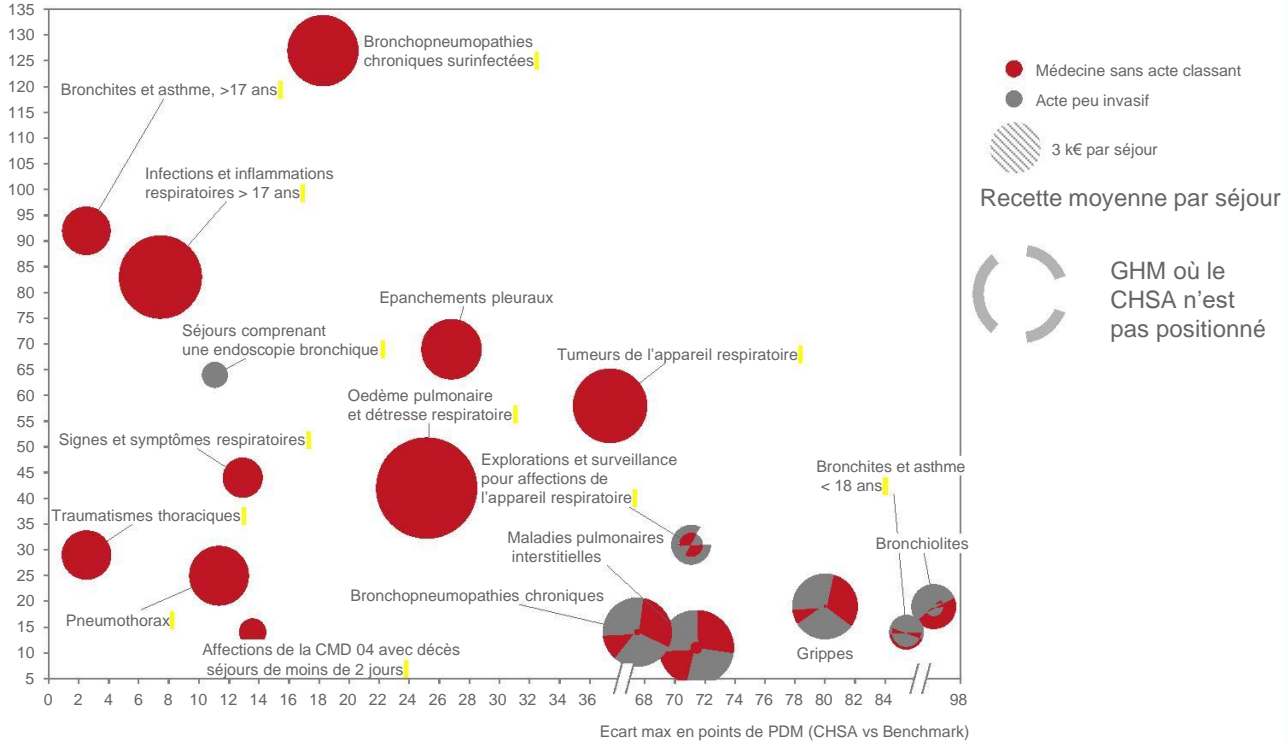
(1) Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues

Annexes de la filière Médecine : Potentiel de développement de l'activité

Croisement entre la demande sur la ZA du CHSA (en nombre de séjour ou de séances) et l'écart en nombre de points de part de marché entre le CHSA et le meilleur CH du Benchmark par racine de GHM du domaine d'activité considéré

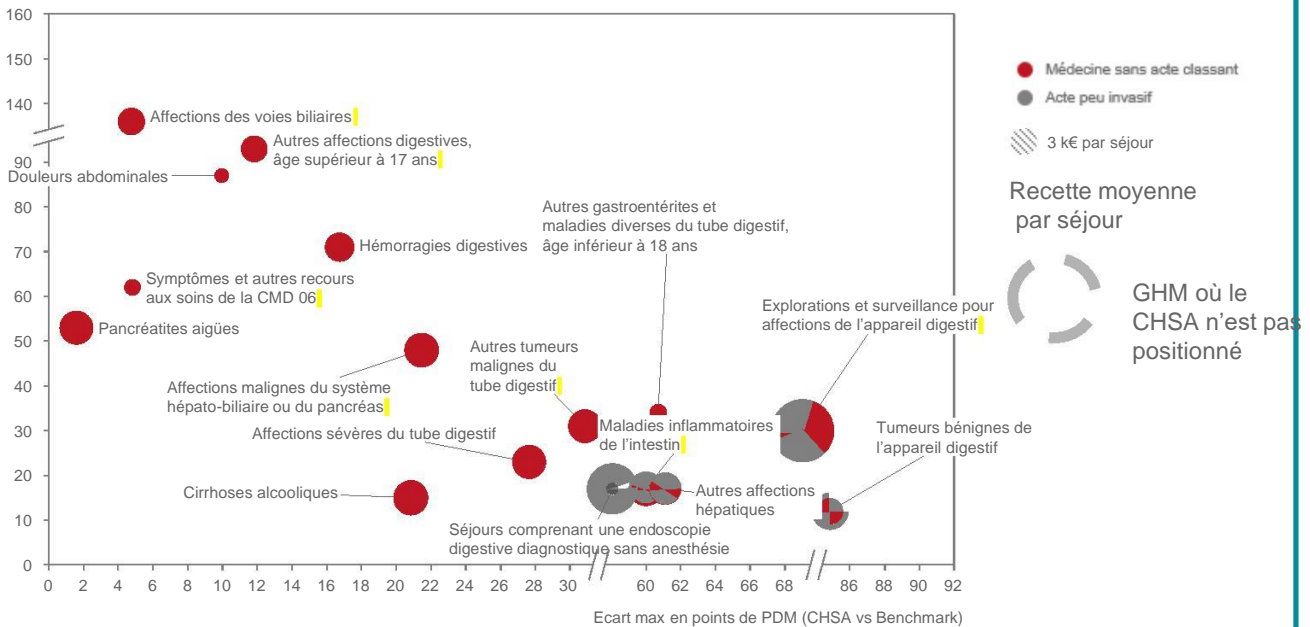
1 Potentiel de développement de l'activité de Médecine Pneumologie

Demande ZA du CHSA



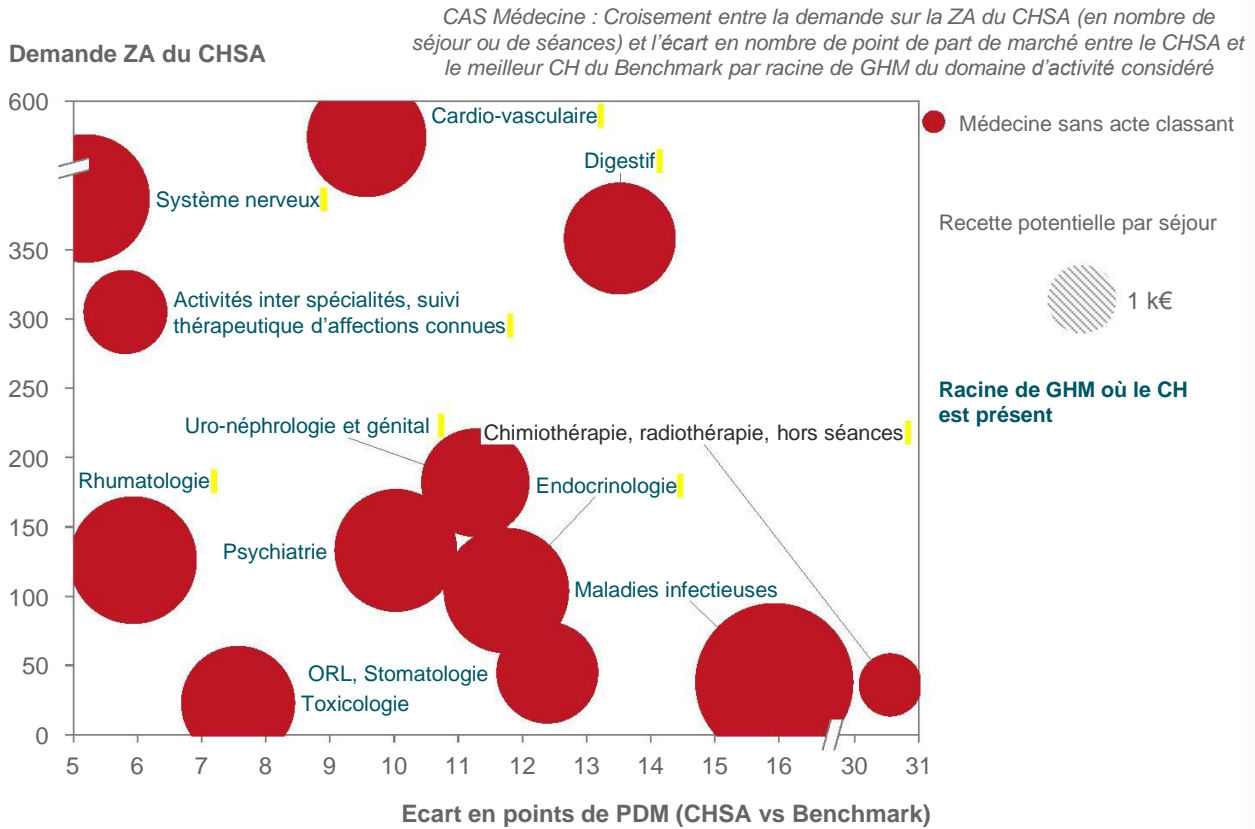
2 Potentiel de développement de l'activité Médecine Digestive

Demande ZA du CHSA

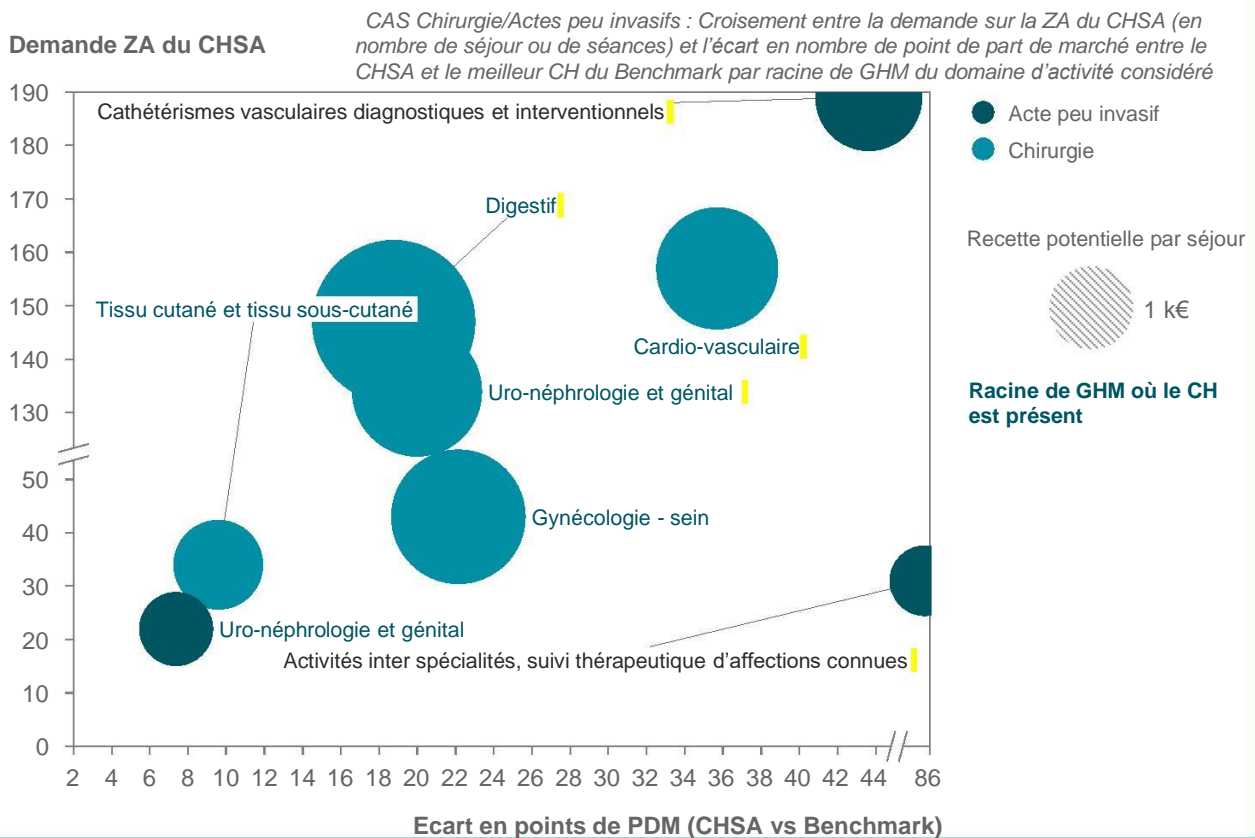


Annexes de la filière Gériatrie : Potentiel de développement de l'activité

1 Potentiels de développement des activités en médecine



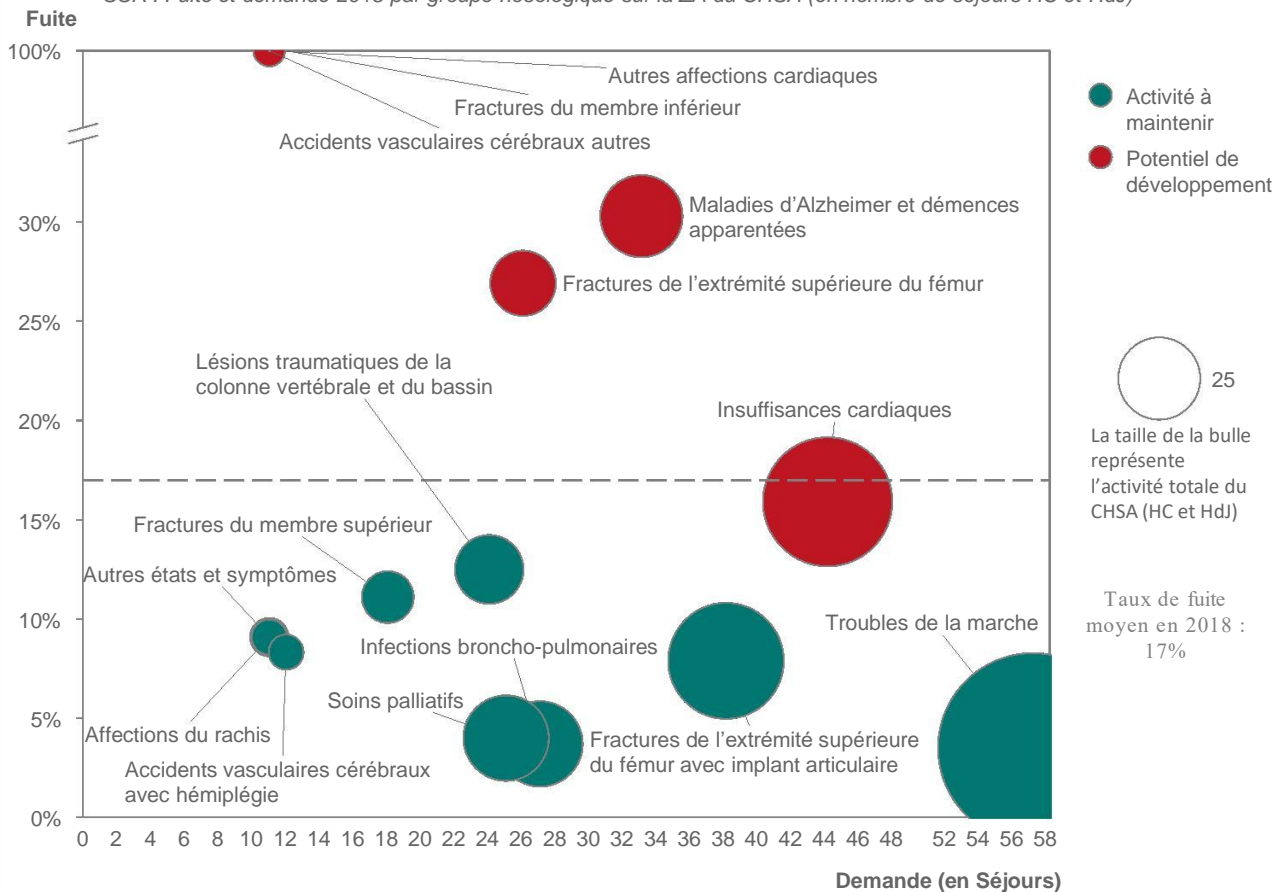
2 Potentiels de développement des activités en chirurgie/actes peu invasifs



Annexes de la filière Gériatrie : Potentiel de développement de l'activité

3 Les activités à développer ou maintenir en SSR

SSR : Fuite et demande 2018 par groupe nosologique sur la ZA du CHSA (en nombre de séjours HC et HdJ)



4 L'optimisation de l'évaluation gériatrique

En ville

- La filière débute en ville. Des échanges entre les équipes de gériatrie du CHSA et les professionnels de ville / les MSP doivent encourager l'adressage des patients vers une consultation pré-opératoire en HdJ

HdJ

- La première venue en HdJ est organisée en regroupant l'évaluation gériatrique, la consultation de chirurgie et les autres consultations nécessaires à l'intervention, ainsi que les éventuels bilans
- Dès cette étape la prise en charge post-opératoire est envisagée

Prise en charge chirurgicale

- Pour les patients évalués fragiles, « Principe d'hospitalisation en médecine sauf si ... »
- Lorsque la dominante de prise en charge post-opératoire est médicale, hospitalisation en médecine (identique à l'orthogériatrie du CHM pour patient + 75 ans avec comorbidité)
- Lorsque la dominante de prise en charge post-opératoire est chirurgicale, hospitalisation en chirurgie. Le gériatre se déplace afin d'assurer le suivi médical de ces patients

Post-opératoire

- Pour les patients évalués fragiles : Réévaluation en HDJ
- Si décompensation : évaluation en HC et lien avec le SSR en cas de dénutrition, anémie,...

Annexes de la filière Chirurgie :

Cibles d'activité pour la filière Chirurgie dans le cadre du futur hôpital médian

1 Chirurgie Orthopédique : orthopédie traumatologie, Activité inter-spécialisés¹, Systèmes nerveux³, Traumatismes multiples et complexes graves

CAS	DA	Racine de GHM	Séjours CHSA 2019	% de fuites 2018	Demande prospective 2025	Séjours CHSA 2025
Chirurgie	Activités inter spécialités ¹	Autres interventions portant sur l'appareil musculosquelettique et le tissu conjonctif	11		11	12
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Biopsies ostéoarticulaires	1		-	0
Médecine sans acte classant	Orthopédie traumatologie	Ablation de matériel sans acte classant			-	1
Acte peu invasif	Orthopédie traumatologie	Affections de l'appareil musculosquelettique sans acte opératoire de la CMD 08, avec anesthésie	41	39%	71	50
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Amputations du membre inférieur, sauf des orteils, pour troubles circulatoires	1		-	1
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils			-	2
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Arthroscopies d'autres localisations	20	48%	43	26
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Arthroscopies de l'épaule	20	66%	59	26
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Autres arthroscopies du genou	2		14	13
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Autres interventions pour infections ostéoarticulaires	4		-	1
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Autres interventions sur la main	136	24%	164	140
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Autres interventions sur les tissus mous	70	32%	54	47
Médecine sans acte classant	Orthopédie traumatologie	Entorses et luxations de la hanche et du bassin	6		-	7
Médecine sans acte classant	Orthopédie traumatologie	Entorses, luxations et dislocations du bras et de l'avant-bras, âge supérieur à 17 ans	16		17	21
Médecine sans acte classant	Orthopédie traumatologie	Fractures de la diaphyse, de l'épiphyse ou d'une partie non précisée du fémur	5		-	5
Médecine sans acte classant	Orthopédie traumatologie	Fractures de la hanche et du bassin	50		56	58
Médecine sans acte classant	Orthopédie traumatologie	Fractures du bras et de l'avant-bras, âge supérieur à 17 ans	26		<u>30</u>	<u>32</u>
Médecine sans acte classant	Orthopédie traumatologie	Fractures du rachis	43	34%	69	66
Médecine sans acte classant	Orthopédie traumatologie	Fractures, entorses, luxations et dislocations de la jambe, âge inférieur à 18 ans	3		-	1
Médecine sans acte classant	Orthopédie traumatologie	Fractures, entorses, luxations et dislocations de la jambe, âge supérieur à 17 ans	11		<u>27</u>	<u>37</u>
Médecine sans acte classant	Orthopédie traumatologie	Fractures, entorses, luxations et dislocations de la main	7		-	4
Médecine sans acte classant	Orthopédie traumatologie	Fractures, entorses, luxations et dislocations du bras et de l'avant-bras, âge inférieur à 18 ans	7		17	25
Médecine sans acte classant	Orthopédie traumatologie	Fractures, entorses, luxations et dislocations du pied			-	2
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Interventions majeures pour infections ostéoarticulaires	13	55%	22	11
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Interventions non mineures sur la main	38	47%	35	23
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Interventions non mineures sur les tissus mous	31		21	20
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Interventions pour reprise de prothèses articulaires	25	41%	32	20
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Interventions sur la cheville et l'arrière-pied à l'exception des fractures	4		17	10
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Interventions sur la cheville et l'arrière-pied pour fractures	6		-	2
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans	108	17%	123	129
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Interventions sur la hanche et le fémur sauf traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans	5		-	3
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Interventions sur la jambe, âge inférieur à 18 ans	5		-	4
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Interventions sur la jambe, âge supérieur à 17 ans	60	37%	55	53
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures	5		-	1
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Interventions sur l'avant-bras	81	22%	105	111

(1) Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues

(3) Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)

Annexes de la filière Chirurgie :

Cibles d'activité pour la filière Chirurgie dans le cadre du futur hôpital médian

1 Chirurgie Orthopédique : orthopédie traumatologie, Activité inter-spécialisés¹, Systèmes nerveux³, Traumatismes multiples et complexes graves

CAS	DA	Racine de GHM	Séjours CHSA 2019	% de fuites 2018	Demande prospective 2025	Séjours CHSA 2025
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Interventions sur le bras, coude et épaule	46	28%	68	56
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Interventions sur le genou pour des affections autres que traumatiques	10		18	11
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Interventions sur le genou pour traumatismes	5		10	13
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Interventions sur le pied, âge inférieur à 18 ans			-	3
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans	66	36%	115	79
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Interventions sur le poignet autres que les téno-synovectomies	40	44%	37	25
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Interventions sur le tissu mou pour tumeurs malignes			-	2
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie	10	80%	46	20
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien	20		26	24
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Libérations du médian au canal carpien	135	28%	181	140
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Ménisectomie sous arthroscopie	93	44%	135	86
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Prothèses de genou	71	55%	140	78
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents	93	39%	144	106
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Prothèses de hanche pour traumatismes récents	50		52	53
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Prothèses d'épaule	10		28	19
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau de la hanche et du fémur	7		-	6
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur	100	38%	162	123
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Téno-synovectomies du poignet	2		-	3
Acte peu invasif	Orthopédie traumatologie	Tractions continues et réductions progressives : hanche et fémur	13		15	19
Médecine sans acte classant	Orthopédie traumatologie	Traumatismes imprécis, âge inférieur à 18 ans			-	3
Médecine sans acte classant	Orthopédie traumatologie	Traumatismes imprécis, âge supérieur à 17 ans	12		18	20
Chirurgie	Orthopédie traumatologie	Libérations articulaires du membre inférieur à l'exception de la hanche et du pied	1		-	0
Chirurgie	Système nerveux ²	Autres interventions sur le rachis		100%	50	5
Chirurgie	Système nerveux ²	Interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques		100%	42	11
Chirurgie	Traumatismes multiples ou complexes graves	Interventions pour traumatismes multiples graves	4		-	1
Médecine sans acte classant	Traumatismes multiples ou complexes graves	Traumatismes multiples graves	1		10	7

(1) Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues

(3) Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)

Annexes de la filière Chirurgie :

Cibles d'activité pour la filière Chirurgie dans le cadre du futur hôpital médian

2 Chirurgie Gynécologie : Gynécologie-sein, Uro-Néphrologie et génital

CAS	DA	Racine de GHM	Séjours CHSA 2019	% de fuites 2018	Demande prospective 2025	Séjours CHSA 2025
Chirurgie	Gynécologie - sein	Autres interventions sur l'appareil génital féminin			-	2
Chirurgie	Gynécologie - sein	Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein			-	2
Chirurgie	Gynécologie - sein	Cervicocystopexie	10	0%	20	16
Chirurgie	Gynécologie - sein	Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes	16	0%	19	20
Chirurgie	Gynécologie - sein	Dilatations et curetages, conisations pour tumeurs malignes	20		-	3
Chirurgie	Gynécologie - sein	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour affections non malignes	10		-	9
Chirurgie	Gynécologie - sein	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes		100%	10	1
Chirurgie	Gynécologie - sein	Exérèses ou destructions de lésions du col de l'utérus sauf conisations	4		-	2
Chirurgie	Gynécologie - sein	Hystérectomies	59	27%	49	48
Chirurgie	Gynécologie - sein	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin	13	47%	39	24
Chirurgie	Gynécologie - sein	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin	17	0%	18	16
Chirurgie	Gynécologie - sein	Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale		98%	48	8
Chirurgie	Gynécologie - sein	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires	27	38%	29	22
Chirurgie	Gynécologie - sein	Laparoscopies ou coelioscopies diagnostiques	3		-	3
Chirurgie	Gynécologie - sein	Ligatures tubaires par laparoscopie ou coelioscopie	21	0%	19	23
Chirurgie	Gynécologie - sein	Mastectomies subtotales pour tumeur maligne		100%	58	30
Chirurgie	Gynécologie - sein	Mastectomies totales pour tumeur maligne		100%	27	14
Chirurgie	Gynécologie - sein	Interruptions tubaires	3		-	0
Chirurgie	Gynécologie - sein	Interventions sur le système utéroannexiel pour tumeurs malignes	1		-	0
Chirurgie	Gynécologie - sein	Myomectomies de l'utérus	3		-	0
Acte peu invasif	Uro-néphrologie et génital	Affections de l'appareil génital féminin sans acte opératoire de la CMD 13, avec anesthésie	6		-	2
Chirurgie	Gynécologie - sein	Autres interventions sur l'appareil génital féminin			-	2
Chirurgie	Gynécologie - sein	Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein			-	2
Chirurgie	Gynécologie - sein	Cervicocystopexie	10	0%	20	16
Chirurgie	Gynécologie - sein	Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes	16	0%	19	20
Chirurgie	Gynécologie - sein	Dilatations et curetages, conisations pour tumeurs malignes	20		-	3
Chirurgie	Gynécologie - sein	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour affections non malignes	10		-	9
Chirurgie	Gynécologie - sein	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes		100%	10	1
Chirurgie	Gynécologie - sein	Exérèses ou destructions de lésions du col de l'utérus sauf conisations	4		-	2
Chirurgie	Gynécologie - sein	Hystérectomies	59	27%	49	48
Chirurgie	Gynécologie - sein	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin	13	47%	39	24
Chirurgie	Gynécologie - sein	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin	17	0%	18	16

Annexes de la filière Chirurgie :

Cibles d'activité pour la filière Chirurgie dans le cadre du futur hôpital médian

3 Chirurgie Viscérale : Activité inter-spécialisées¹, Cardiovasculaire², Digestif, Uro-néphrologie, Endocrinologie, Hématologie, ORL Stomatologie

CAS	DA	Racine de GHM	Séjours CHSA 2019	% de fuites 2018	Demande prospective 2025	Séjours CHSA 2025
Acte peu invasif	Activités inter spécialités	Affections myéoprolifératives et tumeurs de siège imprécis sans acte opératoire, avec anesthésie			-	3
Chirurgie	Activités inter spécialités	Autres interventions pour blessures ou complications d'acte	1		10	5
Chirurgie	Activités inter spécialités	Autres interventions pour troubles endocriniens, métaboliques ou nutritionnels			-	1
Chirurgie	Activités inter spécialités	Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins	52	45%	103	72
Chirurgie	Activités inter spécialités	Autres interventions sur le système circulatoire	1	94%	18	1
Chirurgie	Activités inter spécialités	Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé	5		11	10
Chirurgie	Activités inter spécialités	Interventions chirurgicales avec un diagnostic principal de maladie mentale	1		-	1
Chirurgie	Activités inter spécialités	Interventions pour maladies infectieuses ou parasitaires	4		-	2
Chirurgie	Activités inter spécialités	Interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins pour lésions traumatiques	2		-	6
Chirurgie	Activités inter spécialités	Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux	5		15	14
Chirurgie	Cardio-vasculaire	Autres interventions de chirurgie vasculaire		77%	22	5
Chirurgie	Cardio-vasculaire	Chirurgie majeure de revascularisation		100%	26	1
Chirurgie	Cardio-vasculaire	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 11		91%	11	1
Chirurgie	Cardio-vasculaire	Ligatures de veines et éveinages	143	22%	153	165
Chirurgie	Cardio-vasculaire	Poses d'un stimulateur cardiaque permanent avec infarctus aigu du myocarde ou insuffisance cardiaque congestive ou état de choc		100%	14	9
Chirurgie	Cardio-vasculaire	Poses d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque congestive, ni état de choc		97%	70	52
Chirurgie	Cardio-vasculaire	Remplacements de défibrillateurs ou de stimulateurs cardiaques permanents		100%	15	9
Acte peu invasif	Digestif	Affections digestives sans acte opératoire de la CMD 06, avec anesthésie	1		-	4
Chirurgie	Digestif	Appendicectomies compliquées	53		43	38
Chirurgie	Digestif	Appendicectomies non compliquées	37		39	41
Chirurgie	Digestif	Autres interventions sur le tube digestif en dehors des laparotomies	1	86%	13	3
Chirurgie	Digestif	Autres interventions sur les voies biliaires sauf cholécystectomies isolées			-	2
Chirurgie	Digestif	Certaines interventions pour stomies	1		-	3
Chirurgie	Digestif	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës	84	38%	94	86
Chirurgie	Uro-néphrologie et génital	Autres interventions pour affections non malignes de l'appareil génital masculin	1		-	0
Chirurgie	Digestif	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës	14	46%	26	23
Chirurgie	Endocrinologie	Autres interventions pour obésité		100%	13	-
Chirurgie	Digestif	Cures d'événements postopératoires, âge supérieur à 17 ans	8	43%	21	17
Acte peu invasif	Digestif	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie	1205	13%	1 123	200 ¹
Acte peu invasif	Digestif	Endoscopies biliaires thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours			10	1
Acte peu invasif	Digestif	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	816	15%	793	830
Chirurgie	Digestif	Hémorroïdectomies	27	48%	23	25
Chirurgie	Digestif	Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité		100%	29	10
Chirurgie	Digestif	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon	39	60%	78	50
Chirurgie	Digestif	Interventions mineures sur l'intestin grêle et le côlon	4		14	9

(1) Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues

(2) Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)

Annexes de la filière Chirurgie :

Cibles d'activité pour la filière Chirurgie dans le cadre du futur hôpital médian

3 Chirurgie Viscérale : Activité inter-spécialisées, Cardiovasculaire, Digestif, Uro-néphrologie, Endocrinologie, Hématologie, ORL Stomatologie

CAS	DA	Racine de GHM	Séjours CHSA 2019	% de fuites 2018	Demande prospective 2025	Séjours CHSA 2025
Chirurgie	Digestif	Interventions réparatrices pour hernies à l'exception des hernies inguinales, crurales, âge supérieur à 17 ans	68	39%	69	63
Chirurgie	Digestif	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans	1	86%	13	2
Chirurgie	Digestif	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans	135	31%	133	160
Chirurgie	Digestif	Interventions sur la région anale et périanale	35	22%	42	40
Chirurgie	Digestif	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour tumeurs malignes		100%	15	10
Chirurgie	Digestif	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales	27	38%	36	32
Chirurgie	Digestif	Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum pour ulcères, âge supérieur à 17 ans			-	4
Chirurgie	Digestif	Libérations d'adhérences péritonéales	6		-	5
Chirurgie	Digestif	Résections rectales	3	65%	31	12
Acte peu invasif	Digestif	Séjours comprenant une endoscopie digestive diagnostique sans anesthésie	8	71%	17	16
Acte peu invasif	Digestif	Séjours comprenant une endoscopie digestive thérapeutique sans anesthésie	2		-	1
Chirurgie	Endocrinologie	Interventions sur la thyroïde pour affections non malignes		100%	20	9
Chirurgie	Endocrinologie	Interventions sur le tractus thyroïdienne			-	1
Chirurgie	Hématologie	Autres interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques	1		-	1
Chirurgie	Hématologie	Interventions mineures de la CMD17	2		10	1
Acte peu invasif	Digestif	Endoscopie biliaire diagnostique et anesthésie		100%	13	-
Acte peu invasif	Uro-néphrologie et génital	Endoscopies génito-urinaires diagnostiques sans anesthésie : séjours de la CMD 13 et de moins de 2 jours		100%	10	-
Chirurgie	ORL, Stomatologie	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans	8	59%	22	26
Chirurgie	ORL, Stomatologie	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge supérieur à 17 ans	2		-	2
Chirurgie	ORL, Stomatologie	Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou	5	67%	21	17
Chirurgie	ORL, Stomatologie	Autres interventions sur la tête et le cou			-	1
Chirurgie	ORL, Stomatologie	Autres interventions sur l'oreille, le nez ou la gorge pour tumeurs malignes	1		-	1
Chirurgie	ORL, Stomatologie	Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans	3		10	7
Chirurgie	ORL, Stomatologie	Interventions sur la bouche	9	60%	25	10
Chirurgie	ORL, Stomatologie	Interventions sur les amygdales	2		-	5
Chirurgie	ORL, Stomatologie	Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes autres que les amygdalectomies et/ou les adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans	4		12	3
Chirurgie	ORL, Stomatologie	Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes autres que les amygdalectomies et/ou les adénoïdectomies isolées, âge supérieur à 17 ans	5		-	3
Chirurgie	ORL, Stomatologie	Interventions sur les glandes salivaires			-	1
Chirurgie	ORL, Stomatologie	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge supérieur à 17 ans	14	88%	42	18
Acte peu invasif	Uro-néphrologie et génital	Insuffisance rénale, avec dialyse		100%	17	-
Chirurgie	ORL, Stomatologie	Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne	1	100%	29	0
Chirurgie	Digestif	Interventions diagnostiques sur le système hépato-biliaire et pancréatique pour affections non malignes	2		-	0
Chirurgie	Hématologie	Interventions intermédiaires de la CMD17	1		-	-
Chirurgie	Uro-néphrologie et génital	Interventions pour incontinence urinaire en dehors des interventions transurétrales	1		-	0

(1) Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues

(2) Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)

Annexes de la filière Chirurgie :

Cibles d'activité pour la filière Chirurgie dans le cadre du futur hôpital médian

3 Chirurgie Viscérale : Activité inter-spécialisées, Cardiovasculaire, Digestif, Uro-néphrologie, Endocrinologie, Hématologie, ORL Stomatologie

CAS	DA	Racine de GHM	Séjours CHSA 2019	% de fuites 2018	Demande prospective 2025	Séjours CHSA 2025
Chirurgie	Digestif	Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum pour affections autres que malignes ou ulcères, âge supérieur à 17 ans		100%	9	-
Chirurgie	ORL, Stomatologie	Interventions sur l'oreille externe	2		-	0
Chirurgie	Cardio-vasculaire	Poses d'un défibrillateur cardiaque		100%	17	-
Chirurgie	Uro-néphrologie et génital	Autres interventions pour tumeurs malignes de l'appareil génital masculin			-	1
Chirurgie	Uro-néphrologie et génital	Autres interventions sur la vessie à l'exception des interventions transurétrales	1		-	1
Chirurgie	Uro-néphrologie et génital	Circoncision	42	52%	44	28
Acte peu invasif	Uro-néphrologie et génital	Endoscopies génito-urinaires diagnostiques et anesthésie : séjours de la CMD 11 et de moins de 2 jours	3		10	11
Acte peu invasif	Uro-néphrologie et génital	Endoscopies génito-urinaires diagnostiques et anesthésie : séjours de la CMD 13 et de moins de 2 jours	31		39	39
Acte peu invasif	Uro-néphrologie et génital	Endoscopies génito-urinaires et anesthésie : séjours de la CMD 12 et de moins de deux jours	2		-	3
Acte peu invasif	Uro-néphrologie et génital	Endoscopies génito-urinaires thérapeutiques et anesthésie : séjours de la CMD 11 et de moins de 2 jours	14		19	16
Acte peu invasif	Uro-néphrologie et génital	Endoscopies génito-urinaires thérapeutiques et anesthésie : séjours de la CMD 13 et de moins de 2 jours	8	68%	19	23
Chirurgie	Uro-néphrologie et génital	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques	87	57%	160	94
Chirurgie	Uro-néphrologie et génital	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires	13	89%	83	46
Chirurgie	Uro-néphrologie et génital	Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes		100%	32	18
Chirurgie	Uro-néphrologie et génital	Interventions sur le pénis	3		-	2
Chirurgie	Uro-néphrologie et génital	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale		100%	18	10
Chirurgie	Uro-néphrologie et génital	Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge inférieur à 18 ans	3	100%	12	5
Chirurgie	Uro-néphrologie et génital	Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge supérieur à 17 ans	11		17	20
Chirurgie	Uro-néphrologie et génital	Interventions sur les testicules pour tumeurs malignes	4		-	4
Chirurgie	Uro-néphrologie et génital	Interventions sur l'urètre, âge supérieur à 17 ans	4		-	3
Acte peu invasif	Uro-néphrologie et génital	Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire		93%	31	24
Chirurgie	Uro-néphrologie et génital	Prostatectomies transurétrales	23	68%	66	44
Acte peu invasif	Uro-néphrologie et génital	Séjours comprenant une biopsie prostatique	18		15	20
Acte peu invasif	Uro-néphrologie et génital	Séjours de la CMD 11 comprenant une endoscopie génito-urinaire thérapeutique sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours	9		-	4
Chirurgie	Uro-néphrologie et génital	Stérilisation et vasoplastie	11		-	3

(1) Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues

(2) Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)

Annexes de la filière Chirurgie :

Cibles d'activité pour la filière Chirurgie dans le cadre du futur hôpital médian

3 Chirurgie Ambulatoire : Activités inter-spécialisées¹, Cathétérismes vasculaire⁴, Cardiovasculaire², Ophtalmologie, ORL Stomatologie, Tissu cutané et tissu sous-cutané, Pneumologie, Systèmes nerveux³

CAS	DA	Racine de GHM	Séjours CHSA 2019	% de fuites 2018	Demande prospective 2025	Séjours CHSA 2025
Acte peu invasif	Activités inter spécialités	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins sans acte opératoire de la CMD 09, avec anesthésie	55	13%	76	81
Acte peu invasif	Cathétérismes vasculaires	Actes thérapeutiques sur les artères par voie vasculaire, âge supérieur à 17 ans		100%	15	-
Acte peu invasif	Activités inter spécialités	Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours		100%	127	91
Acte peu invasif	Activités inter spécialités	Motifs de recours de la CMD 23 sans acte opératoire, avec anesthésie	14	60%	59	44
Médecine sans acte classant	Activités inter spécialités	Soins de contrôle chirurgicaux	75	29%	69	54
Acte peu invasif	Activités inter spécialités	Traumatismes, allergies et empoisonnements sans acte opératoire, avec anesthésie	1		-	2
Acte peu invasif	Cardio-vasculaire	Affections cardiovasculaires sans acte opératoire de la CMD 05, avec anesthésie	16	58%	43	34
Chirurgie	Ophtalmologie	Allogreffes de cornée		100%	11	-
Acte peu invasif	Cardio-vasculaire	Mise en place de certains accès vasculaires pour des affections de la CMD 05, séjours de moins de 2 jours	6	88%	125	42
Acte peu invasif	Cathétérismes vasculaires	Ablations, repositionnements et poses de sondes cardiaques supplémentaires par voie vasculaire, âge supérieur à 17 ans			-	3
Acte peu invasif	Cathétérismes vasculaires	Actes diagnostiques par voie vasculaire	1	100%	200	111
Acte peu invasif	Cathétérismes vasculaires	Endoprothèses vasculaires avec infarctus du myocarde		100%	87	30
Acte peu invasif	Cathétérismes vasculaires	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde		100%	141	60
Chirurgie	Ophtalmologie	Autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères	3	100%	31	-
Acte peu invasif	Cathétérismes vasculaires	Autres traitements de troubles du rythme par voie vasculaire		100%	38	-
Médecine sans acte classant	Activités inter spécialités	Chirurgie esthétique		100%	33	-
Chirurgie	Ophtalmologie	Autres interventions extraoculaires, âge supérieur à 17 ans	3	94%	81	27
Chirurgie	Ophtalmologie	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	946	25%	1 045	003
Acte peu invasif	ORL, Stomatologie	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	374	11%	369	381
Chirurgie	Tissu cutané et tissu sous-cutané	Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite	1		-	0
Chirurgie	ORL, Stomatologie	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans		100%	13	12
Chirurgie	ORL, Stomatologie	Interventions pour oreilles décollées	6		11	3
Chirurgie	ORL, Stomatologie	Interventions sur les végétations adénoïdes	13	53%	36	35
Chirurgie	ORL, Stomatologie	Rhinoplasties	53	44%	59	45
Acte peu invasif	ORL, Stomatologie	Séjours comprenant certains actes non opératoires de la CMD 03	4	69%	16	9
Acte peu invasif	ORL, Stomatologie	Séjours comprenant une endoscopie oto-rhino-laryngologique	7	78%	23	14
Chirurgie	Ophtalmologie	Interventions sur la rétine	1	100%	60	-
Acte peu invasif	Pneumologie	Séjours comprenant une endoscopie bronchique	43	47%	66	44
Acte peu invasif	Système nerveux	Affections du système nerveux sans acte opératoire avec anesthésie	2	89%	19	3
Chirurgie	Tissu cutané et tissu sous-cutané	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites	23	65%	70	28
Chirurgie	Tissu cutané et tissu sous-cutané	Greffes de peau ou parages de plaies pour lésions autres que des brûlures	8		-	5
Chirurgie	Tissu cutané et tissu sous-cutané	Interventions plastiques en dehors de la chirurgie esthétique	7	62%	22	10
Chirurgie	Tissu cutané et tissu sous-cutané	Interventions pour kystes, granulomes et interventions sur les ongles	17		21	18

(1) Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues

(2) Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)

(3) Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)

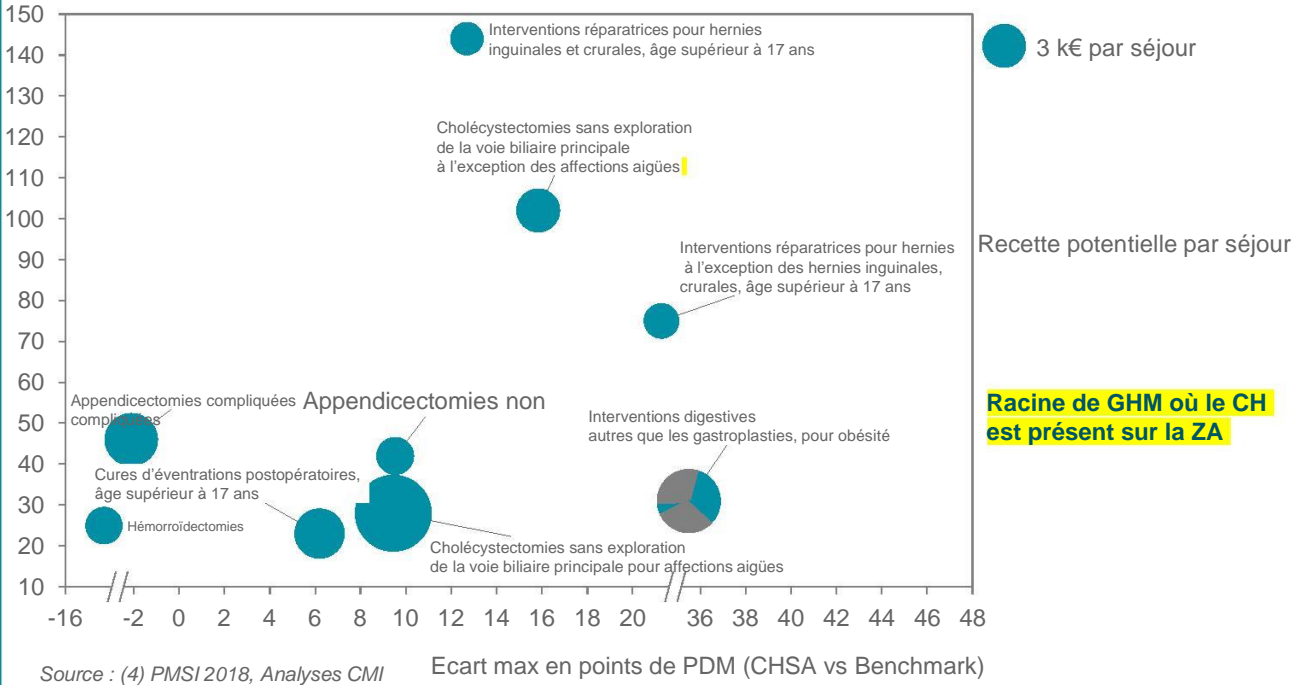
(4) Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels

Annexes de filière Chirurgie : Potentiel de développement de l'activité

Croisement entre la demande sur la ZA du CHSA (en nombre de séjour ou de séances) et l'écart en nombre de point de part de marché entre le CHSA et le meilleur CH du Benchmark par racine de GHM du domaine d'activité considéré⁴

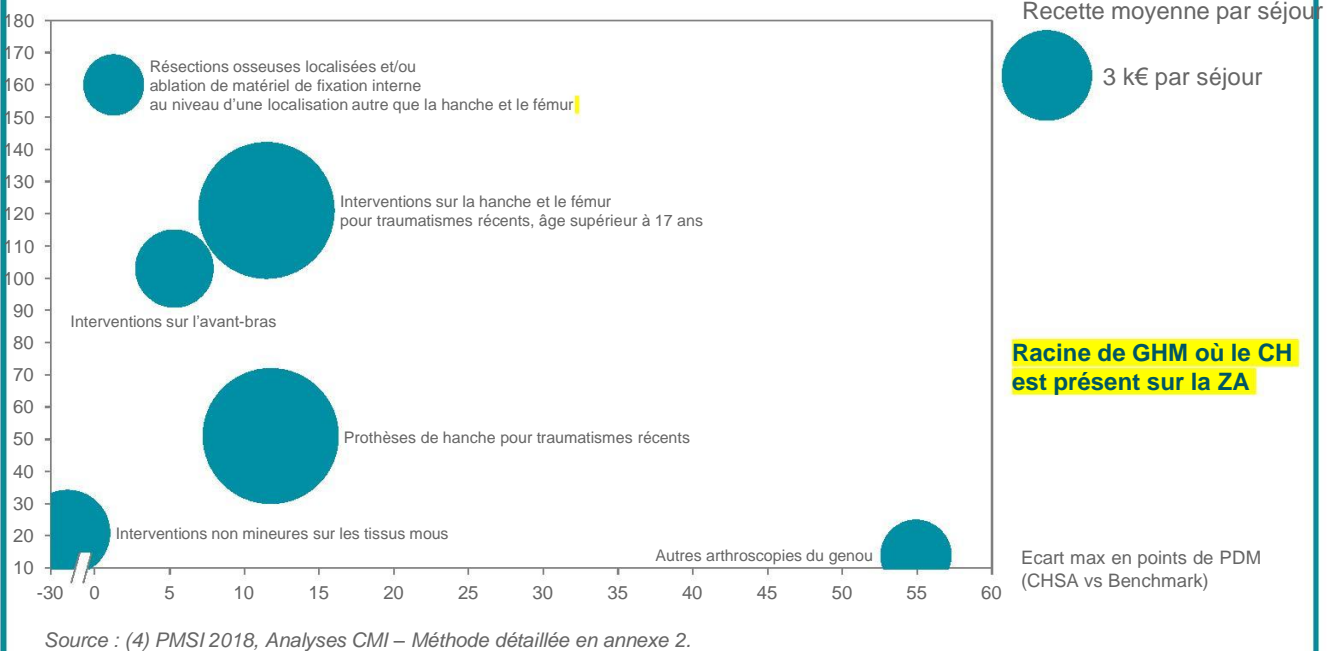
1 Potentiel de développement de l'activité de chirurgie digestive

Demande ZA du CHSA



2 Potentiel de développement de chirurgie orthopédie et traumatologie.

Demande ZA du CHSA

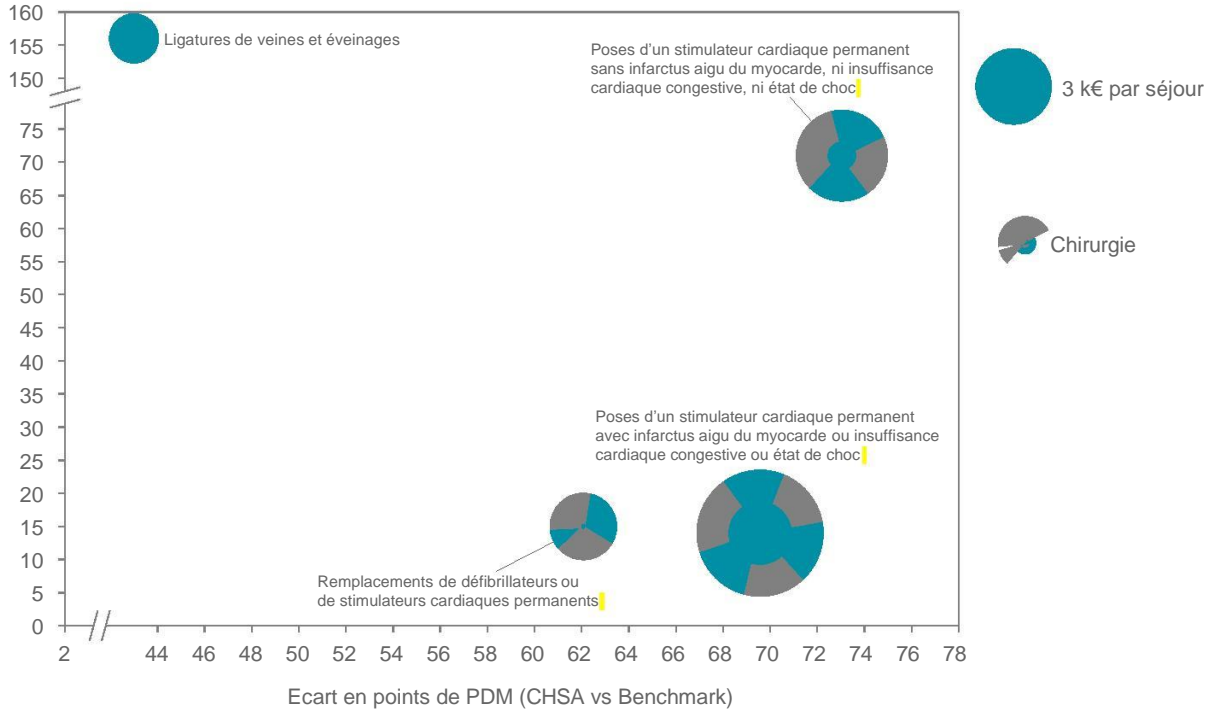


Annexes de la filière Chirurgie : Potentiel de développement de l'activité

Croisement entre la demande sur la ZA du CHSA (en nombre de séjour ou de séances) et l'écart en nombre de point de part de marché entre le CHSA et le meilleur CH du Benchmark par racine de GHM du domaine d'activité considéré⁴

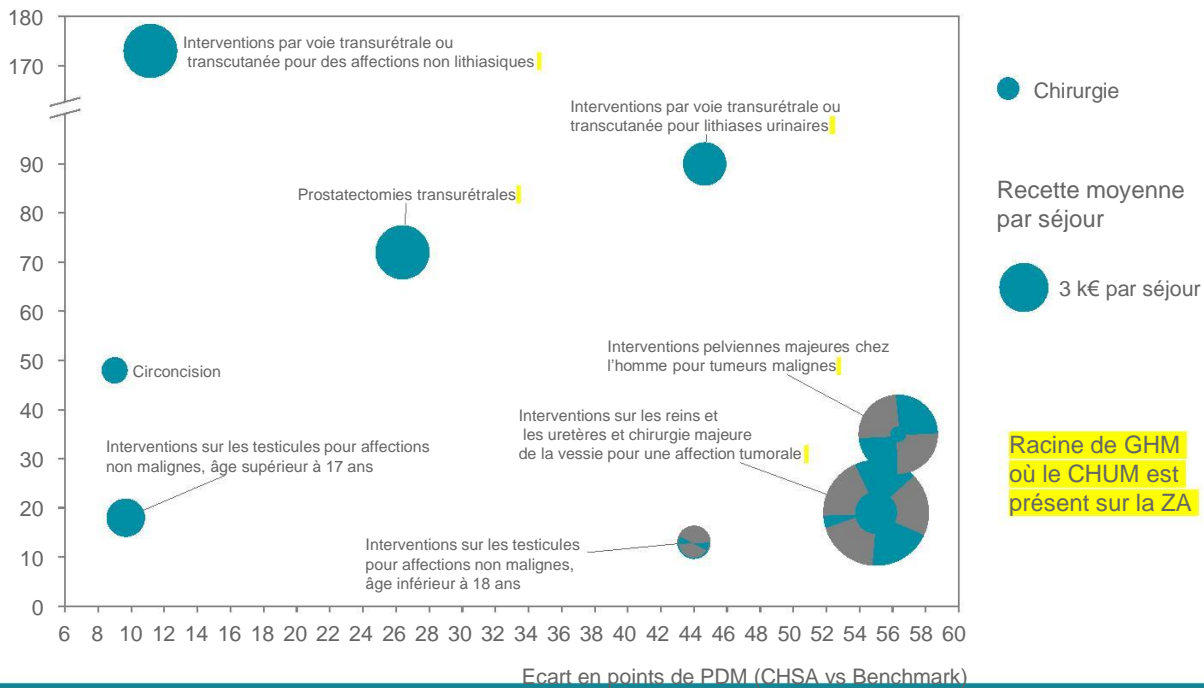
3 Potentiel de développement de l'activité de chirurgie cardio-vasculaire

Demande ZA du CHSA



4 Potentiel de développement de chirurgie Uro-néphrologie génital

Demande ZA du CHSA



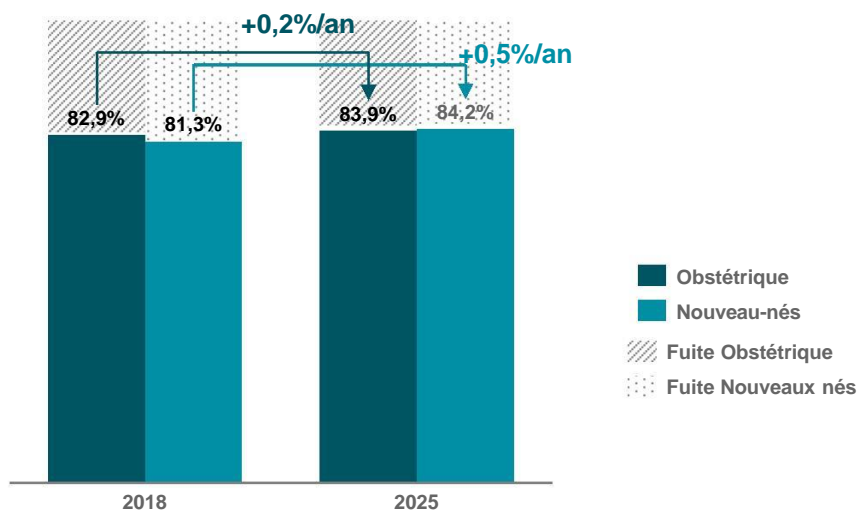
Annexes de la filière FME :

Cibles d'activité pour la filière Femme – Mère – Enfant dans le cadre du futur hôpital médian

1 Obstétrique et nouveaux nés

CAS	Racine de GHM	Séjours CHSA 2019	% Fuites 2018	Demande prospective 2025	Séjours CHSA 2025
Obstétrique	Accouchements uniques par voie basse chez une primipare	169	19%	157	157
Obstétrique	Accouchements uniques par voie basse chez une multipare	210	15%	199	201
Obstétrique	Accouchements uniques par voie basse avec autres interventions	2		-	0
Obstétrique	Affections du post-partum ou du post abortum avec intervention chirurgicale	3		-	1
Obstétrique	Avortements avec aspiration ou curetage ou hystérotomie	30		21	19
Obstétrique	Césariennes avec naissance d'un mort-né			-	1
Obstétrique	Césariennes pour grossesse multiple	3		-	2
Obstétrique	Césariennes pour grossesse unique	108	17%	117	102
Obstétrique	Grossesses ectopiques avec intervention chirurgicale	9		-	2
Obstétrique	Affections de l'ante partum avec intervention chirurgicale			-	-
Obstétrique	Affections médicales du post-partum ou du post-abortum	4	75%	16	4
Obstétrique	Affections de l'ante partum sans intervention chirurgicale	75	14%	80	75
Obstétrique	Menaces d'avortement	6		-	7
Obstétrique	Accouchements hors de l'établissement	5		-	5
Obstétrique	Accouchements par voie basse avec naissance d'un mort-né	1		-	3
Obstétrique	Accouchements multiples par voie basse chez une multipare			-	1
Obstétrique	Grossesses ectopiques sans intervention chirurgicale	2		-	4
Obstétrique	Faux travail et menaces d'accouchements prématurés	49	23%	47	47
Obstétrique	Avortements sans aspiration, ni curetage, ni hystérotomie	55		42	46
Obstétrique	Interruption volontaire de grossesse : séjours de moins de 3 jours	176	14%	146	152
Nouveau-né	Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1)	455	19%	453	438
Nouveau-né	Nouveau-nés de 2400g et âge gestationnel de 38 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 2)	27		25	25
Nouveau-né	Transferts précoces de nouveau-nés vers un autre établissement MCO	12		13	13
Nouveau-né	Mort-nés	1		-	3
Nouveau-né	Décès précoces de nouveau-nés			-	2
Nouveau-né	Nouveau-nés de 2200g et âge gestationnel de 37 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 3)	2		-	2
Nouveau-né	Nouveau-nés de 2000g et âge gestationnel de 37 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 4)	4		-	1

Evolution des parts de marché entre 2018 et 2025 par CAS

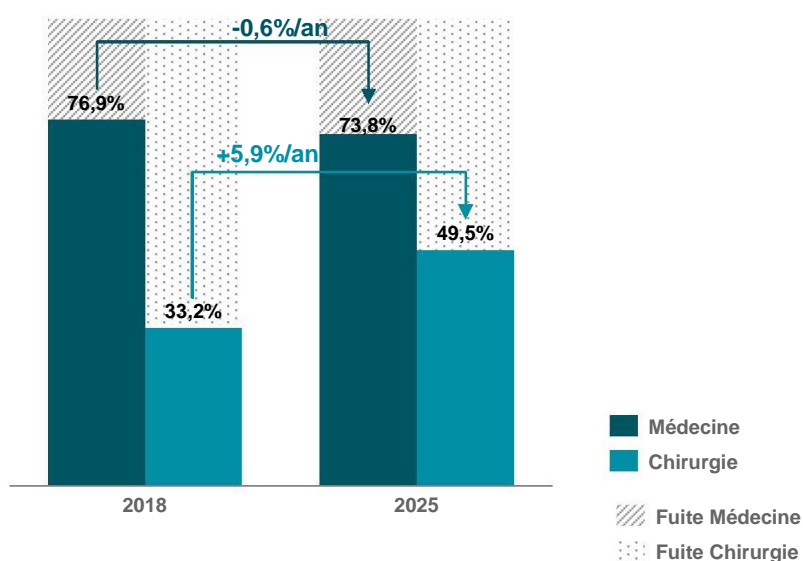


Annexes de la filière FME : Cibles d'activité pour la filière Femme – Mère – Enfant dans le cadre du futur hôpital médian

2 Gynécologie

	Racine de GHM	Séjours CHSA 2019	% Fuites	Demande prospective 2025	Séjours CHSA 2025
Chirurgie	Mastectomies subtotales pour tumeur maligne		100%	58	30
Chirurgie	Mastectomies totales pour tumeur maligne		100%	27	14
Chirurgie	Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale		98%	48	8
Chirurgie	Ligatures tubaires par laparoscopie ou coelioscopie	21	0%	19	23
Chirurgie	Cervicocystopexie	10	0%	20	16
Chirurgie	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin	13	47%	39	24
Chirurgie	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires	27	38%	29	22
Chirurgie	Hystérectomies	59	27%	49	48
Chirurgie	Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes	16	0%	19	20
Chirurgie	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin	17	0%	18	16
Chirurgie	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour affections non malignes	10		-	9
Chirurgie	Laparoscopies ou coelioscopies diagnostiques	3		-	3
Chirurgie	Dilatations et curetages, conisations pour tumeurs malignes	20		-	3
Chirurgie	Autres interventions sur l'appareil génital féminin			-	2
Chirurgie	Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein			-	2
Chirurgie	Exérèses ou destructions de lésions du col de l'utérus sauf conisations	4		-	2
Chirurgie	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes		100%	10	1
Chirurgie	Interventions sur le système utéroannexiel pour tumeurs malignes	1		-	0
Chirurgie	Interruptions tubaires	3		-	0
Chirurgie	Myomectomies de l'utérus	3		-	0
Chirurgie	Interventions pour stérilité ou motifs de soins liés à la reproduction			-	-
Chirurgie	Prélèvements d'ovocytes		100%	58	-
Médecine	Autres affections de l'appareil génital féminin	12		13	14
Médecine	Affections non malignes des seins	1		-	3
Médecine	Infections de l'utérus et de ses annexes	3		-	2
Médecine	Tumeurs malignes des seins	1		-	1
Médecine	Tumeurs malignes de l'appareil génital féminin	2		-	1
Médecine	Autres infections de l'appareil génital féminin	6		-	1
Médecine	Symptômes et autres recours aux soins concernant les affections des seins			-	6
Médecine	Autres tumeurs de l'appareil génital féminin	2		-	0
Médecine	Autres symptômes et recours aux soins de la CMD 13			-	-
Médecine	Explorations et surveillance gynécologiques			-	-

Evolution des parts de marché en gynécologie entre 2018 et 2025 par CAS

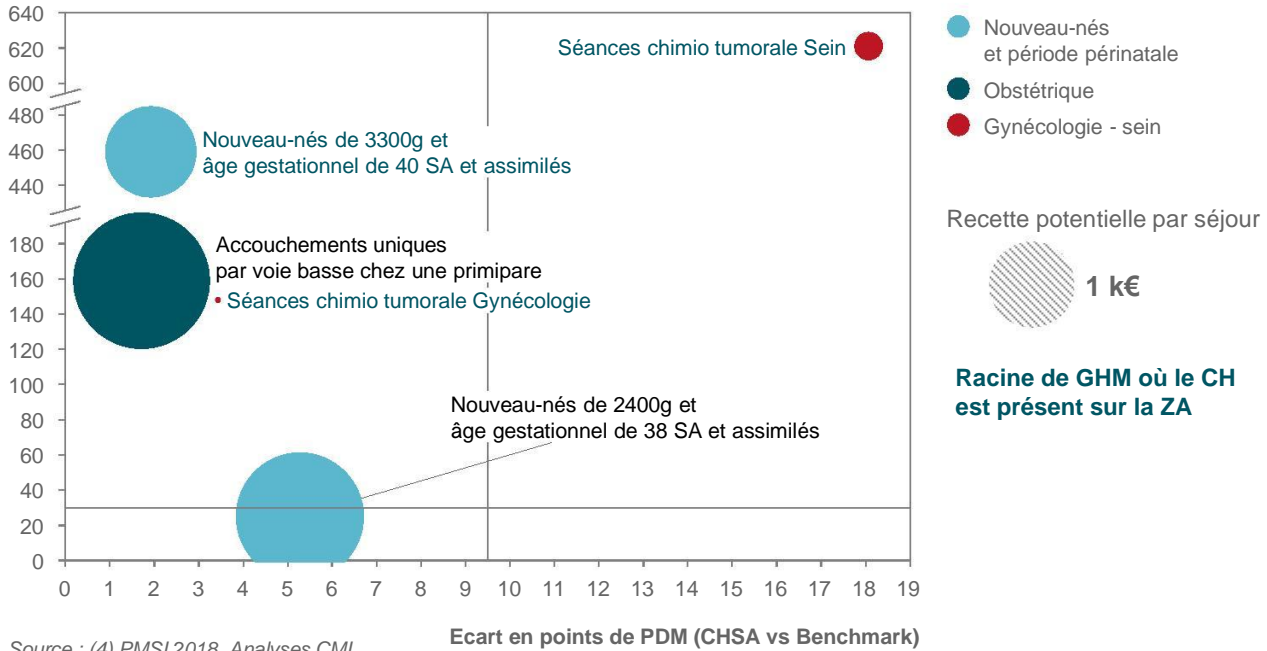


Annexes de la filière FME : Potentiel de développement de l'activité

Croisement entre la demande sur la ZA du CHSA (en nombre de séjour ou de séances) et l'écart en nombre de point de part de marché entre le CHSA et le meilleur CH du Benchmark par racine de GHM du domaine d'activité considéré⁴

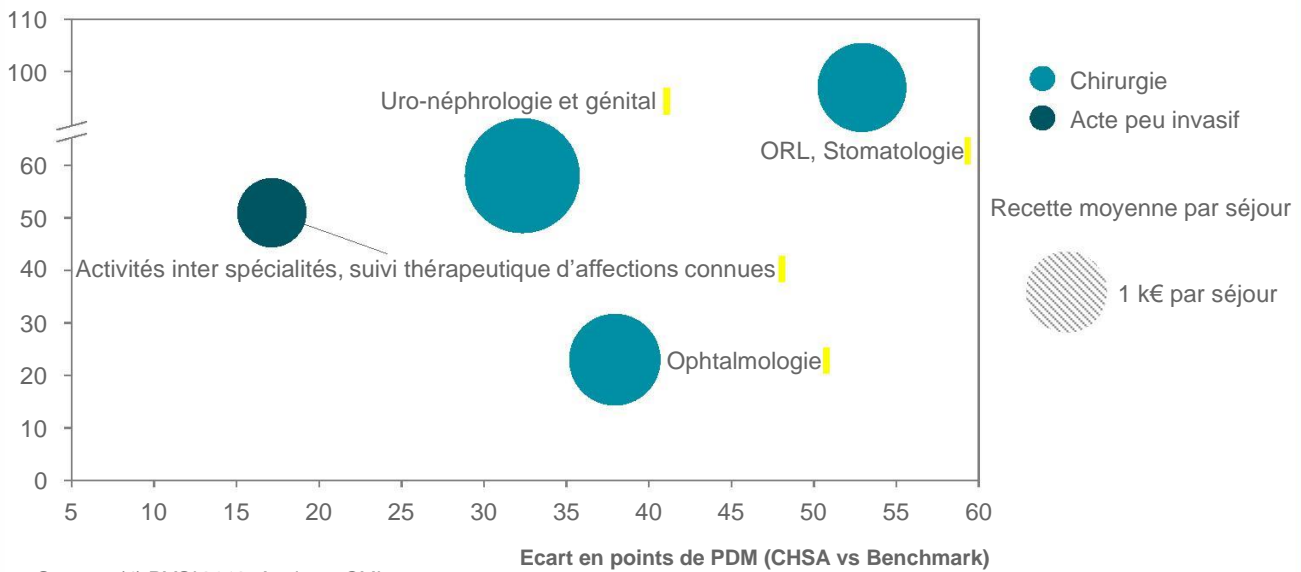
1 Potentiel de développement de l'activité Gynécologique et Obstétrique

Demande ZA du CHSA



2 Potentiel de développement de de l'activité de pédiatrie.

Demande ZA du CHSA



**Annexes de la filière FME :
Actions de coopération à mettre en place à court terme
entre les CH de Millau et Saint-Affrique**

1 Gynécologie et Obstétrique

Améliorer la qualité des soins et promouvoir les bonnes pratiques

Actions en obstétrique et néonatalogie	Délai
Organisation de staffs mensuels communs gynéco / pédiatrie / obstétrique sur la prise en charge des cas complexes et l'harmonisation des pratiques	Mois pairs : 1 ^{er} jeudi / impairs : 3 ^{ème} jeudi
Revue de mortalité et de morbidité (RMM) communes entre Millau et Saint-Affrique, définition et suivi d'indicateurs communs et réalisation de supports communs au niveau de la méthode.	1 ou 2 par an
Réalisation d'une cartographie commune des risques à partir des chemins cliniques de l'accouchement par voie basse et par césarienne, en anticipation de la visite HAS	A définir
Elaboration de 25 protocoles communs de prise en charge plus fréquentes et pertinentes	Déjà réalisé
Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) à réaliser en commun pour la parthogénie et les césariennes. Identification des EPP audit à mettre en commun en fonction du bilan d'activité	A définir
Exercices de simulation à réaliser en commun sur les prises en charge rares	1 exercice par site par an, 2 sur l'année
Formations de service communes entre les CH (pédiatres et sages-femmes) sur l'hémorragie du post partum	1 en 2020

Développer la démocratie sanitaire mais aussi la communication et l'information à destination des patients.

Actions en obstétrique et néonatalogie	Délai
Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique sur l'allaitement commun aux établissements de Millau et Saint-Affrique	A définir
Constitution d'un groupe inter-établissement pour la mise en place d'un programme de santé environnementale au sujet de l'allaitement, des perturbateurs endocriniens et de l'alimentation, en lien avec le PRSE et le PRAPS de l'ARS Occitanie	A définir
Participation du CH de Saint-Affrique au dépistage de femmes en situation de précarité sociale, réalisé par le CH de Millau en relation avec la PUOP (pédiatrie, urgences, obstétrique, pédopsychiatrie), la médecine de ville et la PMI	A définir
Participation des 2 CH à la cellule de veille des populations à problèmes sociaux mise en place par la préfecture en lien avec la direction, les urgentistes, la police, le SAMU, les pompiers, les assistantes sociales des Ets et du secteur	1 fois par trimestre
Organisation de l'accès à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du CH Millau pour les patients du CH de Saint-Affrique.	A définir
Participation du CH de Saint-Affrique à l'équipe mobile dans le cadre d'une prise en charge des femmes victimes de violences en lien avec le territoire (support par la préfecture)	A définir

**Annexes de la filière FME :
Actions de coopération à mettre en place à court terme
entre les CH de Millau et Saint-Affrique (suite)**

Améliorer la qualité des soins et promouvoir les bonnes pratiques

Actions en gynécologie	Délai
Organisation de staffs mensuels communs gynéco / pédiatrie / obstétrique sur la prise en charge des cas complexes et l'harmonisation des pratiques	Mois pairs : 1 ^{er} jeudi / impairs : 3 ^{ème} jeudi
Présentation des cas complexes sur la pertinence des actes	A définir
Discussion des EIG entre les établissements , puis avec le CHU de Montpellier au sein du GHT.	A définir

Améliorer la collaboration entre les deux établissements et la médecine de ville

Actions en gynécologie	Délai
Présentation entre les CH de Millau et de Saint-Affrique des services et des possibilités de prise en charge au sein de leurs établissements respectifs	A définir
Présentation à la médecine de ville des services et des possibilités de prise en charge au sein des CH de Millau et de Saint-Affrique	A définir
Organisation de groupes de travail pour réfléchir au parcours patient partagés : cancer du sein, bilan uro-dynamique, monitoring de l'échographie PMA, colposcopie....	1 fois par mois

Diversifier l'offre de soins pour améliorer l'attractivité

Actions transversales	Délai
Développement de l'activité de rééducation du périnée sur les deux sites	A définir
Développer les accouchements physiologiques et valoriser l'activité de prévention	A définir

Assurer la permanence des soins

Actions RH	Délai
Réflexion commune pour optimiser la gestion des remplacements (utilisation du même vivier de remplaçants)	A définir
Recrutement d'un assistant partagé commun aux 2 CH en gynécologie-obstétrique : fiche de poste détaillée à présenter au CHU de Montpellier	A définir
Embaucher 1 pédiatre à temps partiel sur les 2 structures	A définir

