



PROJET MEDICAL ET DE SANTE DU TERRITOIRE NORD DEUX SEVRES

Juillet 2015



SOMMAIRE

PRE	AMBULE
INT	RODUCTION5
A.	LES FONDAMENTAUX DU PROJET COMMUN
DIA	GNOSTIC ENVIRONNEMENTAL 8
A.	METHODOLOGIE
В.	ANALYSE SOCIODEMOGRAPHIQUE
C.	LES INDICATEURS SOCIO-ECONOMIQUES
D.	ANALYSE DES DETERMINANTS DE SANTE
E.	ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS
AN	ALYSE DE L'ACTIVITE19
A.	ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT
В.	ANALYSE DE L'ACTIVITE CONCURRENTIELLE
C.	ANALYSE PROSPECTIVE A 5 ANS
LE I	DIAGNOSTIC STRATEGIQUE34
A.	LES POINTS FORTS
В.	LES DIFFICULTES
C.	LES MENACES
D.	LES OPPORTUNITES
OR	ENTATIONS DU PROJET MEDICAL DE SANTE DU TERRITOIRE40
A.	
DE S	ANTE DU TERRITOIRE
В.	ORIENTATION N°2: CONSTRUIRE LES FILIERES DE PRISE EN CHARGE
C.	ORIENTATION N°3: CONSTRUIRE LES PARCOURS DE SOINS
D	OPENIATION N°4 · PROMOLIVOIR LINE MEDICINE DE QUALITE ET DE PREVENTION 62

Préambule

Le présent Projet Médical de santé du territoire Nord Deux-Sèvres constitue le socle d'une démarche novatrice qui a pour objectif de construire un projet porté par l'ensemble des acteurs de santé du territoire.

Il est la première et nécessaire étape de la construction du projet médical du centre hospitalier Nord Deux –Sèvres.

Il définit les grandes orientations stratégiques qui permettront à l'ensemble des acteurs de la santé du territoire de mettre en œuvre filières et parcours de soins au bénéfice de la population. Il repose sur l'analyse des besoins de santé sur le territoire et la construction de réponses adaptées à ces besoins

Le présent projet médical de territoire est le reflet des débats et projets étudiés et réfléchis à la fois dans le cadre des projets existants sur le territoire par les acteurs en place.

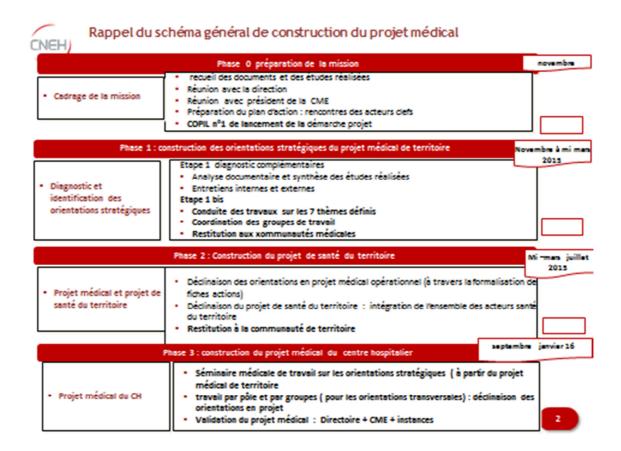
Il est aussi le fruit des réflexions collectives à l'origine de ce travail

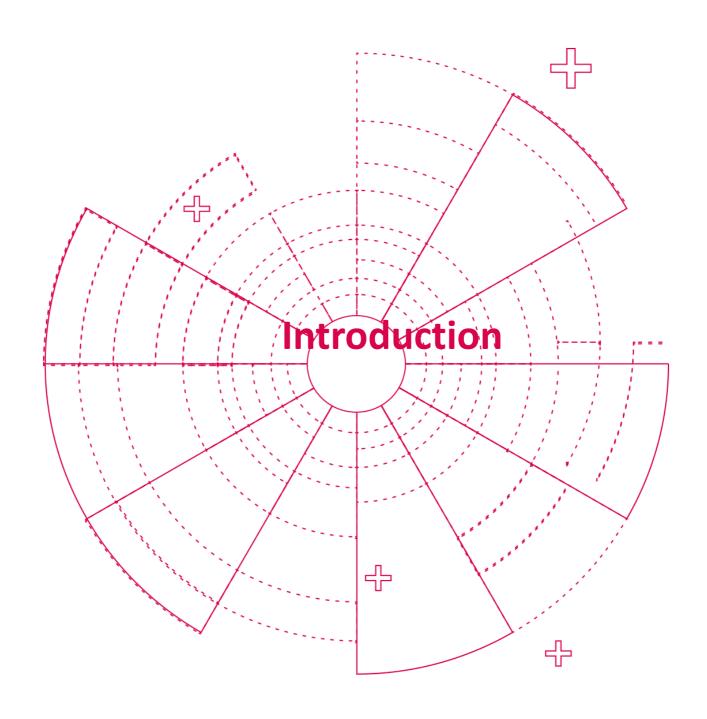
Ce projet se veut un outil travail évolutif pour l'ensemble des acteurs de santé du territoire et d'autant plus que ce type de projet est novateur. Il prend sa place dans une démarche déjà engagée par les pôles de santé, par les EHPAD GIR 7, par les acteurs de la filière gériatrique et le CH avec le projet de Faye l'Abbesse

Sa première ambition est de structurer le travail collectif et riche de projets des acteurs autour d'un réseau ville hôpital regroupant l'ensemble des dits acteurs et doté d'une personne morale gage de pérennité du projet

Il se déclinera dans un deuxième temps à travers le projet médical du CH au 1^{er} trimestre 2016. Cette chronologie explique que certains projets présentés dans le diagnostic initial (qui fait partie intégrante du projet) ne soient repris que dans le projet du CH projet de médecine de spécialités, projet de développement de la chirurgie, projet du SSR en particulier

Rappel la démarche





Introduction

A. Les fondamentaux du projet commun

1. Une réponse adaptée aux besoins de santé

Chaque acteur du territoire joue un rôle irremplaçable auprès des populations du territoire :

- La médecine de ville qui assure la première réponse aux besoins des patients
- Le secteur médicosocial qui prend une part importante de la prise en charge en gériatrie
- Les réseaux du territoire qui assurent une articulation indispensable entre les différents protagonistes
- Les associations d'usagers qui assurent une vision et un apport riche d'enseignements auprès des professionnels de santé

L'étude diagnostique du présent projet a montré des liens et des parcours patient propres au territoire.

Cependant, et comme le montre bien l'exemple de l'ensemble de certaines prises en charge, il existe une réelle demande des patients pour une offre de soins de proximité qui leur permette d'éviter les transports vers les CH et CHU plus éloignés (globalement à une heure de route ou plus) et ce avec une incidence certaine en matière de qualité de prise en charge et de réductions des coûts de transports.

Les principaux déterminants de santé mis en évidence dans le diagnostic stratégique (cf. infra), tant en motifs d'admission en ALD qu'en motif d'hospitalisation, sont les maladies cardio-vasculaires, les tumeurs, les traumatismes et le diabète.

L'objectif au cœur de ce projet commun est donc de rassembler, fédérer, coordonner et renforcer les acteurs de santé du territoire au service d'une prise en charge de qualité

2. Les contours du projet commun

Le projet médical commun se décline autour d'une organisation réunissant les acteurs de santé du territoire et visant à mettre en œuvre les filières et parcours de soins mais aussi les projets transversaux et les projets visant à une prise en charge préventive.

3. Une stratégie médico économique

L'ensemble de la mise en œuvre de cette stratégie de renforcement de l'offre de soins nécessite bien évidemment de rester en cohérence médico-économique afin de respecter les équilibres budgétaires.

La création de nouvelles offres de soins de type équipe mobile de gériatrie territoriale, le développement et le renforcement de structures existantes (projet territorial de soins palliatifs, dépistage et prévention des pertes d'autonomie) nécessite des financements nouveaux source d'économies importantes en matière de prise en charge en évitant les hospitalisations à répétition.

Ce nécessaire équilibre médico-économique est et sera la clef de réussite tant du projet médical de territoire que celui du Centre hospitalier.

4. Le cadre règlementaire et territorial du projet médical du territoire

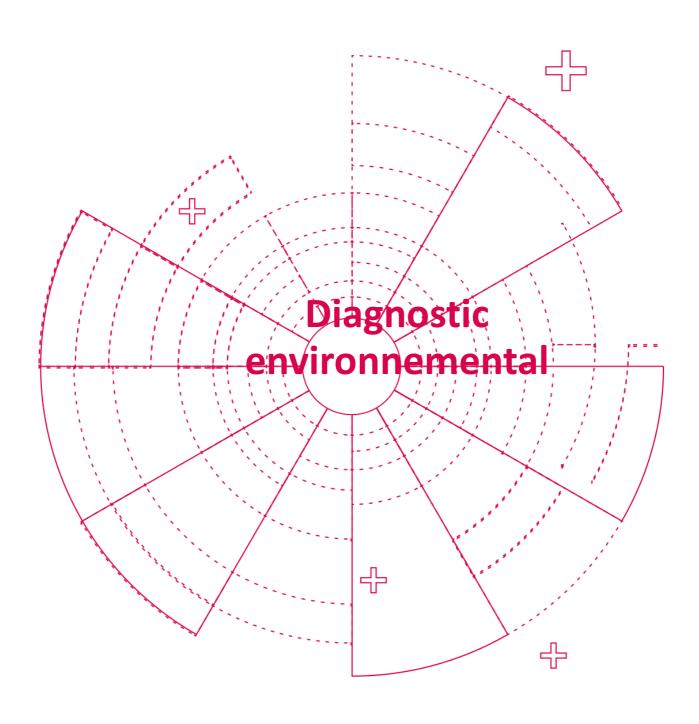
La future loi de santé et sa déclinaison territoriale vont impacter la manière dont le présent projet va être mis en œuvre. Le projet tel qu'il est présenté dans ce présent document part du principe que le centre hospitaliser Nord Deux-Sèvres fera partir du Groupement Hospitalier de Territoire Deux sèvres en partenariat avec le centre hospitalier de Niort.

Ce groupement ne saura remettre en question les partenariats déjà établis avec le CHU de Poitiers.

La stratégie développée au travers la réalisation de ce projet commun s'inscrit dans la stratégie nationale de santé et répond à ses objectifs, à savoir :

- 1. Faire le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur tout ce qui a une influence sur notre santé : réduire les inégalités sociales et géographiques de santé, diminuer la mortalité prématurée et améliorer l'espérance de vie en bonne santé
- 2. Organiser les soins autour des patients et en garantir l'égal accès à l'offre de premier recours : Offrir une solution de proximité pour tous les Français, permettant de répondre aux trois enjeux des soins courants, des maladies graves avec gestes techniques et des maladies chroniques et handicaps.

Le présent projet médical s'inscrit enfin dans les objectifs du programme régional de santé.



Diagnostic environnemental

A. Méthodologie

Le diagnostic a été réalisé à partir des données les plus récentes disponibles aujourd'hui sur le territoire d'activité. Ont notamment été utilisées :

- les données de l'INSEE et de l'ORS Poitou Charentes en ce qui concerne l'étude sociodémographique et économique (données départementales),
- les études réalisées par l'Observatoire Régionale de Santé Poitou Charentes qui portent sur les 3 territoires du Bressuirais, de la Gâtine et du Thouarsais
- les données de l'ARS et du conseil général,
- les données de la DRESS,
- les données des bases PMSI MCO de l'année 2013 pour les chiffres nationaux et 2014 pour les chiffres propre à au Centre hospitalier.

NB : la présentation retenue dans ce projet médical de santé du territoire reprend de façon synthétique les principaux éléments du diagnostic préalable

B. Analyse sociodémographique

1. Le territoire

Le territoire Nord deux sèvres regroupe les territoires du Bocage Bressuirais, du pays de Gâtine et du Thouarsais.

Le bassin de population des 3 territoires représente plus de 175 000 habitants avec une démographie discrètement positive. Deux caractéristiques sont à souligner :

- Le taux de fécondité est supérieur à la moyenne nationale
- La part des moins de 20 ans est supérieure à la moyenne départementale

Ainsi l'évolution de la population sur le territoire NDS a été positive entre 1999 et 2010.

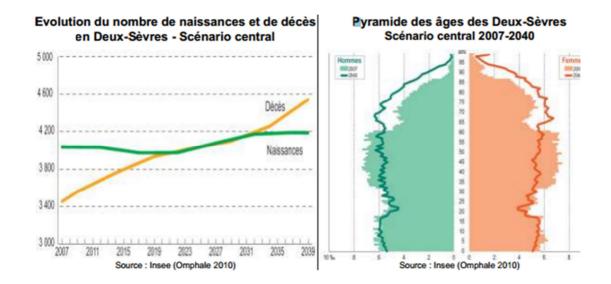
	Deux- Sèvres	Bocage Bressuirais	Gâtine	Thouarsais	NDS
Situation sociodémographique					
Nombre d'habitants en 2010	369270	53775	80 094	41 520	175 389
Nombre de naissances domiciliées en 2012	4029	704	787	475	1966
Taux de fécondité en 2012 (pour 100 femmes âgées de 15 à 49 ans)	5,3	6,4	5,1	5,6	5,7
Densité de population en 2010 (hab/km²)	62	67	41	50	52,7
Part des moins de 20 ans en 2010 (%)	23,3	25,3	22,4	23,8	23,8
Part des 75 ans et plus en 2010 (%)	11,1	9,7	13	12,1	11,6



2. La population du territoire

Elle présente des caractéristiques suivantes :

- La population devrait croître dans le département des Deux-Sèvres de 0,48 % par an entre 2007 et 2040 contre 0,66% entre 1999 et 2007.
- L'indicateur conjoncturel de fécondité est élevé: 2,07 enfants par femme, supérieur à la moyenne métropolitaine de 1,98.
- Le solde naturel, largement positif en début de période, avec un excédent des naissances sur les décès de près de 500 personnes, devrait s'amenuiser lentement jusqu'au début des années 2020. Puis, pendant une quinzaine d'années, le solde devrait être pratiquement nul, le nombre de naissances étant à peu près égal au nombre de décès. Après 2035, le nombre de décès deviendrait supérieur à celui des naissances et le solde naturel deviendrait négatif, avec un déficit d'environ 350 habitants en 2040.
- Un solde migratoire stable jusqu'en 2040. Tous les ans entre 2007 et 2040, les personnes venant s'y installer seraient environ 1 700 de plus que celles qui partiraient, soit un taux de solde migratoire annuel de +0,43 %. Le département attirerait des personnes de tous âges, à l'exception de la tranche d'âge 18-24 ans pour laquelle le nombre de départs dépasserait largement celui des arrivées.

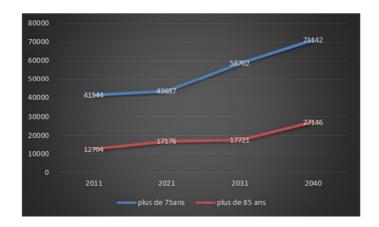


3. L'évolution de la population âgée

	Poitou-Charentes	Deux-Sèvres	Bocage Bressuirais	Gâtine	Thouarsais	NDS
Prise en charge des personnes âgées						
Part de la population âgée de 75 ans et plus vivant seul en 2010 (%)						
Hommes	19,6	19,8	18,9	17,7	24,2	20,3
Femmes	45,6	44,2	42,9	40,1	49,5	44,2
Part de la population des plus de 60 ans percevant le minimum vieillesse en 2012 (%)	2,1	2,1	2,2	2,7	2,7	2,5

Le vieillissement de la population (comme pour bon nombre de territoires) sera un élément fondamental à prendre en compte dans la définition des besoins de santé du territoire :

- Pour le territoire NDS, la part des personnes de plus de 75 ans vivant seules, est surtout marquée dans le Thouarsais tant pour les hommes que pour les femmes
- La part des personnes percevant le minimum vieillesse est supérieure à la moyenne régionale
- Les Deux Sèvres, comme tous les départements de la région, va voir une progression des personnes de plus de 75 et 85 ans dans les 20 ans à venir.
- Cette progression s'accélère à partir de 2030.
- L'évolution de la dépendance suit cette augmentation: +19% entre 2011 et 2030



C. Les indicateurs socio-économiques

Les indicateurs sociaux sont moins défavorables sur le territoire que dans la majorité des territoires de la région. Cependant il faut relever les points suivants :

- Il existe une forte proportion d'enfants non scolarisés sans qu'une cause soit clairement établie.
- La médiane des revenus fiscaux est inférieure à celle de la région
- Par contre le taux des allocataires sociaux est inférieur au taux régional
- C'est sur le Thouarsais que le taux des allocataires sociaux est le plus élevé.
- 13,3 % de la population du département a un taux de pauvreté à 60% (il n'est pas individualisé sur le territoire Nord Deux Sèvres). Ce taux est le moins important de la région

Situation socio-démographique	Poitou-Charentes	Deux-Sèvres	Bocage Bressuirais	Gâtine	Thouarsais	NDS
Part des 75 ans et plus en 2010 (%)	11,3	11,1	9,7	13	12,1	11,6
Part des 15 ans et plus non scolarisés et sans diplôme en 2010 (%)	16,1	16,4	18,6	17,5	20,7	18,9
Taux d'emploi des 15-64 ans en 2010 (%)	63,5	67,3	68,4	67,7	65,9	67,3
Médiane des revenus fiscaux en 2011 (en €)	18204	17912	17114	16784	16817	16905
Part de la population couverte par au moins un minimum social en 2012 (%)	9,5	8	6,8	7,4	8,8	7,7
Part de la population couverte par le RSA en 2012 (%)	6,7	5,2	4,4	4,6	5,8	4,9
Part de la population couverte par la CMUc (assurés et ayant droits) en 2012 (%)	5,7	4,9	4,2	4,3	5,2	4,6
Part d'allocataires de l'Allocation de solidarité spécifique (ASS) en 2012 (pour 100 personnes âgées de 20 à 65 ans)	1	0,8	0,6	0,8	0,9	0,8

Indicateurs de pauvreté selon le territoire en 2010

	Taux de pauvreté à 60 %	Intensité de la pauvreté	Niveau de vie médian des personnes sous le seuil de pauvreté
	En	%	En euros
Charente	15.5	19.0	9 363
Charente-Maritime	14.3	18.3	9 446
Deux-Sèvres	13.3	16.5	9 651
Vienne	14.1	19.0	9 369
Poitou-Charentes	14.3	18.3	9 448
Province	14.3	19.0	9 369
France métropole	14.1	19.3	9 330

Source: Insee – revenus disponibles localisés 2010

D. Analyse des déterminants de santé

1. Taux de mortalité

L'analyse de la mortalité sur le territoire montre des indicateurs satisfaisants :

- Le Taux de mortalité générale est inférieur à la moyenne régionale sauf sur le thouarsais. Elle est inférieure pour les deux autres territoires.
- Le même constat est fait pour le taux de mortalité prématurée
- Le taux de mortalité prématurée évitable est lui inférieur à la moyenne régionale quelque soit le territoire

	Poitou-Charentes	Bocage Bressuirais	Gâtine	Thouarsais	NDS
Mortalité					
Nombre annuel moyen de décès					
Hommes	9456	228	464	241	933
Femmes	8578	185	416	208	809
Taux comparatif de mortalité générale 2007-2011 (pour 100 000 hab.)					
Hommes	1384	1 256	1327	1462	1 348
Femmes	773	703	754	823	760
Taux comparatif de mortalité prématurée 2007-2011 (pour 100 000 personnes					
âgées de moins de 65 ans)					
Hommes	324	280	293	335	303
Femmes	139	109	117	132	119
Taux comparatif de mortalité prématurée évitable 2007-2011 (pour 100 000					
personnes âgées de moins de 65 ans)					
Hommes	163	153	151	154	153
Femmes	68	53	65	67	62

2. Mortalité par pathologie

Les pathologies en cause sur le territoire sont les mêmes que sur la région et plus globalement suivent les grandes tendances nationales :

- En premier lieu les pathologies cardiovasculaires, puis les cancers, suivi des traumatismes.
- Le Thouarsais présente des indices défavorables pour la moitié des causes en particulier pour les maladies cardiovasculaires (comme la Gâtine), les maladies respiratoires et les suicides.

Morbidité Taux annuel moyen d'admission en ALD pour 100 000 hab. 2010-2012	Poitou-Charentes	Bocage Bressuirais	Gâtine	Thouarsais	NDS
Nombre annuel moyen de nouvelles admissions en ALD					
Hommes	22473	647	1208	531	795
Femmes	19100	547	981	471	666
maladies de l'appareil circulatoire					
Hommes	1139	1161	1 308*	1136	1149
Femmes	581	644	705	638	662
tumeurs malignes					
Hommes	690	682	717	703	701
Femmes	494	540	525	546	537
diabète (I et II)					
Hommes	460	487	518	525	510
Femmes	303	346	337	356	346
troubles mentaux					
Hommes	141	122	139	125	129
Femmes	161	171	185	161	172

3. Morbidité

Les indicateurs de morbidité relevés sur le territoire permettent de bien cerner les besoins de santé de la population.

- Le taux des admissions en ALD sur le territoire est supérieur aux chiffres régionaux sauf pour les troubles mentaux chez l'homme
- La gâtine a un taux très important pour les maladies cardiovasculaires
- Pour les tumeurs malignes les admissions sont importantes sur la Gâtine et le Thouarsais
- Pour le diabète les 3 territoires ont un taux important supérieur aux indices régionaux

Taux comparatif d'hospitalisation en 2011 (pour 100 000 habitants)	Poitou-Charentes	Bocage Bressuirais	Gâtine	Thouarsais	NDS
MCO					
Hommes	29001	27 787	27 861	30 029	28 559
Femmes	24506	25 226	23 797	26 298	25 107
maladies de l'appareil circulatoire					
Hommes	3389	3 029	3233	4191	3 484
Femmes	1886	1907	1922	2122	1 984
maladies de l'appareil digestif					
Hommes	3711	3671	3 285	4 353	3 770
Femmes	3337	3148	3 071	3 637	3 285
tumeurs malignes					
Hommes	1536	1546	1 345	1656	1 516
Femmes	941	1050	934	992	992
lésions traumatiques et empoisonnements					
Hommes	2174	1 981	2155	1 875	2 004
Femmes	1702	1 406	1688	1562	1 552
maladies ostéo-articulaires, muscles et tissus					
Hommes	1967	2 188	2 256	2 447	2 297
Femmes	1992	2022	2 161	2 430	2 204
maladies de l'appareil respiratoire					
Hommes	1617	1 408	1645	1 398	1 484
Femmes	1068	982	1011	909	967
maladies de l'œil et de ses annexes					
Hommes	1691	2 039	2 022	1831	1 964
Femmes	1809	2 162	2 028	1825	2 005
maladies de l'appareil génito-urinaire					
Hommes	1303	1218	1 098	1334	1 217
Femmes	1420	1294	1 167	1399	1 287

4. Taux d'hospitalisation

Le recours à l'hospitalisation sur le territoire est inférieur à la moyenne régionale pour les hommes et légèrement supérieur pour les femmes. Cependant le Thouarsais a des taux d'hospitalisation élevés, quel que soient les pathologies et le sexe des patients.

Taux comparatif d'hospitalisation en 2011 (pour 100 000 habitants)	Poitou-Charentes	Bocage Bressuirais	Gâtine	Thouarsais	NDS
MCO					
Hommes	29001	27 787	27 861	30 029	28 559
Femmes	24506	25 226	23 797	26 298	25 107
maladies de l'appareil circulatoire					
Hommes	3389	3 029	3233	4191	3 484
Femmes	1886	1907	1922	2122	1 984
maladies de l'appareil digestif					
Hommes	3711	3671	3 285	4 353	3 770
Femmes	3337	3148	3 071	3 637	3 285
tumeurs malignes					
Hommes	1536	1546	1 345	1656	1 516
Femmes	941	1050	934	992	992
lésions traumatiques et empoisonnements					
Hommes	2174	1 981	2155	1 875	2 004
Femmes	1702	1 406	1688	1562	1 552
maladies ostéo-articulaires, muscles et tissus					
Hommes	1967	2 188	2 256	2 447	2 297
Femmes	1992	2022	2 161	2 430	2 204
maladies de l'appareil respiratoire					
Hommes	1617	1 408	1645	1 398	1 484
Femmes	1068	982	1011	909	967
maladies de l'œil et de ses annexes					
Hommes	1691	2 039	2 022	1831	1 964
Femmes	1809	2 162	2 028	1825	2 005
maladies de l'appareil génito-urinaire					
Hommes	1303	1218	1 098	1334	1 217
Femmes	1420	1294	1 167	1399	1 287

5. Analyse des déterminants de santé par territoire

Pour le Bocage bressuirais

- Le territoire présente des indicateurs de meilleure qualité que les chiffres nationaux sauf pour la mortalité par tumeur chez la femme.
- Il existe cependant une zone de surmortalité au nord est du territoire

Les 4 pathologies principales pour le territoire sont :

- Les maladies cardiovasculaires, les tumeurs, le diabète et les troubles psychiatriques
- Les motifs d'hospitalisation sont représentés :
 - Maladies cardio vasculaires
 - Maladies de l'appareil digestif
 - Les tumeurs

Les affections de l'appareil locomoteur

Pour le territoire de la Gâtine

- Les déterminants sont moins favorables pour les maladies cardiovasculaires et les maladies de l'appareil respiratoire
- Le taux des accidents et morts violentes est plus élevé chez les hommes
- Il existe une zone de surmortalité sur le canton d'Airvault et une zone de sous mortalité sur Secondigny

Les motifs d'admission en ALD sont centrés sur

• Les maladies cardiovasculaires, les tumeurs, le diabète, les affections psychiatriques

Les principaux motifs d'hospitalisation sont représentés par

- Les maladies digestives
- Les maladies cardio vasculaire
- Mais aussi par les maladies ostéo articulaires et les traumatismes

Pour le Thouarsais

- Les indices de mortalité sont tous supérieurs aux indices nationaux, sont particulièrement concernés
 - les maladies cardiovasculaires,
 - puis les tumeurs
- L'ensemble des cantons ont des indices de surmortalité significatifs sauf deux sans différence significatives et celui de Thouars qui présente une sous mortalité

Les motifs d'admission en ALD sont

• Les maladies cardiovasculaires, les tumeurs, le diabète, les troubles psychiatriques

Les recours à l'hospitalisation se font d'abord

- Pour les maladies cardiovasculaires
- Puis pour les maladies de l'appareil digestif
- Pour une cause tumorale
- Et de façon égale pour les traumatismes, les maladies ostéo articulaires et les pathologies respiratoires

E. Analyse de l'offre de soins

1. L'Offre de soins médicale

Une démographie médicale préoccupante, pour les spécialistes comme les généralistes

L'offre de soins médicale sur le territoire Nord Deux Sèvres est Très inférieure à la moyenne régionale. La densité des médecins libéraux est largement inférieure à la moyenne régionale.

Il faut noter une absence de pédiatre en médecine de ville sur le territoire

56% des médecins généralistes du territoire ont plus de 55 ans

Professionnels de santé libéraux	Poitou-Charentes	Bocage Bressuirais	Gâtine	Thouarsais	NDS
Nombre de médecins généralistes libéraux en 2014	1754	35	60	28	123
Part des médecins généralistes libéraux âgés de 55 ans et plus en 2014	51	49	45	75	56
Densité de médecins généralistes libéraux en 2014 (pour 100 000 hab.)	99	65	75	67	69
Nombre de pédiatres libéraux en 2014	43	0	0	0	0
Densité de pédiatres libéraux en 2014 (pour 100 000 enfants âgés de 16 ans ou					
moins)	13	0	0	0	0
Nombre de gynécologues libéraux en 2014	110	2	2	1	5
Densité de gynécologues libéraux en 2014 (pour 100 000 femmes de 15 ans ou					
plus)	14	9	6	6	7
Nombre de psychiatres libéraux en 2014	89	1	1	2	4
Densité de psychiatres libéraux en 2014 (pour 100 000 hab.)	5	2	1	5	3
Nombre d'ophtalmologues libéraux en 2014	111	2	0	2	4
Densité d'ophtalmologues libéraux en 2014 (pour 100 000 hab.)	6	4	0	5	3

2. Offre de soins des professionnels de santé

L'offre de soins pour les professionnels de santé sur le territoire est :

- relativement basse pour les infirmières et les kinésithérapeutes
- Le thouarsais est le moins bien doté des 3 pays pour les IDE
- Il existe une sur densité relative des sages-femmes libérales surtout sur le thouarsais et le bocage lié à un important travail en réseau construit depuis plusieurs années.
- La densité des chirurgiens-dentistes est inférieure à la moyenne régionale. 42% ont plus de 55 ans

Professionnels de santé libéraux	Poitou-Charentes	Bocage Bressuirais	Gâtine	Thouarsais	NDS
Nombre d'infirmiers libéraux en 2014	1937	43	83	33	159
Part d'infirmiers libéraux âgés de 55 ans et plus en 2014 (%)	21	28	23	15	22
Densité d'infirmiers libéraux en 2014 (pour 100 000 hab.)	109	80	104	79	88
Nombre de masseurs kinésithérapeutes libéraux en 2014	1218	25	42	20	87
Part des masseurs kinésithérapeutes libéraux âgés de 55 ans et plus en 2014 (%)	22	28	21	45	31
Densité de masseurs kinésithérapeutes libéraux en 2014 (pour 100 000 hab.)	69	46	52	48	49
Nombre de chirurgiens dentistes libéraux en 2014	782	27	21	14	21
Part des chirurgiens dentistes libéraux âgés de 55 ans et plus en 2014 (%)	37	22	62	43	42
Densité de chirurgiens dentistes libéraux en 2014 (pour 100 000 hab.)	44	50	26	34	37
Nombre de sages-femmes libérales en 2014	69	4	1	4	9
Densité de sages-femmes libérales en 2014 (pour 100 000 femmes âgées de 15 à					
49 ans)	19	36	7	47	30
Nombre de pharmaciens titulaires d'officines en 2014	871	24	42	19	85
Densité de pharmaciens titulaires d'officines en 2014 (pour 100 000 hab.)	49	45	52	46	48

3. L'offre de soins en gériatrie

Dans ce domaine l'offre de soins est complète sur le territoire représentant la moitié de l'offre du département

- Il existe un taux d'équipement important supérieur au taux régional.
- Une offre importante sur la Gâtine supérieure à l'offre du thouarsais et du Bocage tant en hébergement complet qu'en hébergement temporaire et pour l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Cependant, il est nécessaire de faire la part entre l'offre privée et l'offre publique, dont les coûts de journée sont différents.

	Poitou-Charentes	Deux-Sèvres	Bocage Bressuirais	Gâtine	Thouarsais	NDS
Prise en charge des personnes âgées						
Nombre de places d'hébergement complet pour personnes âgées en 2014	27570	6404	719	1753	727	3199
Taux d'équipement en places d'hébergement complet pour personnes âgées						
en 2014 (pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus)	137	156	138	169	145	151
Part des places d'hébergement complet pour personnes âgées non EHPAD						
en 2014 (%)	14	12	5	4	13	7
Nombre de places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour pour						
personnes âgées en 2014	1146	261	23	84	24	131
Taux d'équipement en places d'accueil temporaire et d'accueil de jours pour personnes âgées en 2014 (pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus)	6	6	4	8	5	6
Nombre de places pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et			,			
maladies apparentées en 2014	2872	686	84	169	43	296

4. L'offre de soins en matière de Handicap

Dans ce domaine on peut constater que :

- Le territoire Nord Deux Sèvres dispose de places pour l'ensemble des structures de prise en charge, en particulier pour les places d'hébergements pour adultes handicapés
- Il faut noter que le territoire présente une part supérieure à la moyenne régionale pour les adultes percevant l'allocation adultes handicapés

	Poitou-Charentes	Deux-Sèvres	Bocage Bressuirais	Gâtine	Thouarsais	NDS
Prise en charge des personnes en situation de handicap						
Nombre de places en structures médico-sociales pour jeunes handicapés en						
2014	3070	634	64	66	74	204
Nombre de places pour jeunes handicapés en services d'éducation spéciale et						
de soins à domicile (SESSAD) en 2014	1480	336	61	12	19	92
Nombre de places en établissements centrés sur l'hébergement pour adultes						
handicapés en 2014	4529	1078	159	398	70	627
Nombre de places en établissements d'aide par le travail (ESAT) en 2014	3503	849	149	148	127	424
Nombre de places en services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) en 2014	1704	500	52	52	40	144
Part des personnes de moins de 20 ans percevant l'Allocation d'éducation de						
l'enfant handicapé (AEEH) en 2012 (pour 1000)	16,7	19,9	14,6	20	15,5	16,7
Part des adultes de 20 à 59 ans percevant l'Allocation adulte handicapé (AAH)						
en 2012 (pour 1000)	33,6	35,6	32,3	36,7	38,3	35,8

Analyse de l'activité

A. Activité de l'établissement

1. L'activité au regard des indicateurs nationaux

Cette analyse est basée sur les indicateurs nationaux regroupés au sein d'HopsiDiag (Atih)

L'analyse de cette base de données montre pour les années 2010 à 2013

- Une baisse modérée de l'activité liée démographie médicale : départs de praticiens
- Une part de l'ambulatoire en augmentation en chirurgie
- Une augmentation de la prise en charge en urgences mais avec un taux d'utilisation des places ambulatoires perfectible
- Des parts de marché stables ou en discrète progression
- Une activité en cancérologie en baisse
- Une augmentation de la sévérité des prises en charge
- Une augmentation de la prise en charge des patients en provenance des urgences
- Une DMS trop longue en médecine et en chirurgie
- Des indicateurs de qualité en obstétriques: taux de césariennes et taux de péridurales relativement bas

		TCAM	2010	2011	2012	2013
Pourcentage de l'activité représentée par la cancérologie			N. Calc.	14,6%	15,2%	9,6%
Pourcentage des GHS recours/référence dans l'activité		+ 10%	0,4%	0,4%	0,4%	0,6%
Pourcentage des séjours de niveau de sévérité 3 et 4		+ 10%	6,5%	6,6%	7,9%	8,6%
Enseignement			N. Conc.	N. Conc.	N. Conc.	N. Conc.
Recherche et publications		1	N. Conc.	N. Conc.	N. Conc.	N. Conc.
Pourcentage des entrées HC en provenance des urgences		+ 3%	49,7%	52,1%	55,5%	55,1%
IP-DMS médecine		- 1%	1,165	1,163	1,115	1,131
IP-DMS chirurgie		- 0%	1,075	1,032	1,014	1,074
IP-DMS obstétrique		+ 1%	0,981	1,004	0,995	0,996
Taux de césarienne	\	+ 4%	9,1%	6,9%	11,6%	10,2%
Taux de péridurale	~	- 1%	49,8%	52,7%	49,3%	47,7%
Taux de chirurgie ambulatoire		+ 5%	31,1%	32,6%	34,7%	36,0%
Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire		+ 5%	60,7%	61,9%	65,8%	69,7%
Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire	/	+ 9%	44,9%	48,4%	53,3%	

		TCAM	2010	2011	2012	2013
Pourcentage de l'activité représentée par la cancérologie			N. Calc.	14,6%	15,2%	9,6%
Pourcentage des GHS recours/référence dans l'activité		+ 10%	0,4%	0,4%	0,4%	0,6%
Pourcentage des séjours de niveau de sévérité 3 et 4		+ 10%	6,5%	6,6%	7,9%	8,6%
Enseignement			N. Conc.	N. Conc.	N. Conc.	N. Conc.
Recherche et publications			N. Conc.	N. Conc.	N. Conc.	N. Conc.
Pourcentage des entrées HC en provenance des urgences		+ 3%	49,7%	52,1%	55,5%	55,1%
IP-DMS médecine		- 1%	1,165	1,163	1,115	1,131
IP-DMS chirurgie		- 0%	1,075	1,032	1,014	1,074
IP-DMS obstétrique		+ 1%	0,981	1,004	0,995	0,996
Taux de césarienne	\	+ 4%	9,1%	6,9%	11,6%	10,2%
Taux de péridurale	<u></u>	- 1%	49,8%	52,7%	49,3%	47,7%
Taux de chirurgie ambulatoire		+ 5%	31,1%	32,6%	34,7%	36,0%
Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire		+ 5%	60,7%	61,9%	65,8%	69,7%
Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire	/	+ 9%	44,9%	48,4%	53,3%	

2. Analyse de l'activité 2014

L'analyse de l'activité du centre hospitalier a été réalisée à partir des bases PMSI de l'établissement.

L'analyse de l'activité en médecine montre :

- Une activité en Hausse de 6%
- Tous les services progressent avec un point fort en cardiologie
- L'hospitalisation de jour est en forte progression particulièrement sur le site de Bressuire
- Les DMS sont globalement stables (IP DMS trop longues) avec une réduction en cardiologie
- Une activité importante en hospitalisation de jour de gastro entérologie liée à la forte activité d'endoscopies mais aussi de chimiothérapie
- Il existe une marge de progression sur les TO de médecine variable suivant les sites 79 à 97%

Activité Médecine 2014	S i	Nb lits et	ENT	REES	Evolution des entrées	[OMS	TX D'O	CCUP.
	e	places installés	2013	2014	2013/2014	2013	2014	2013	2014
total Médecine HC		131	5 075	5 390	6%	8,68	8,03	93%	90%
Médecine	В	30	1 008	1 042	3%	10,39	10,2	98%	97%
Médecine (hors sismo)	Т	30	1 048	1 199	14%	9,7 8,29		93%	91%
Cardiologie	Т	14	611	764	25%	7,7 5,77		92%	86%
Alcoologie	T	6	277	260	-6%	6,64 6,72		84%	80%
Médecine	Р	30	1 036	991	-4%	10,01 10,33		95%	94%
Médecine à orientation soins palliatifs	Р	6	93	97	4%	17,77	17,73	75%	79%
Gastro entérologie	T	15	1 002	1 037	3%	4,81	4,42	88%	84%
Total médecine H.J.		10	2 603	2 845	9%	Nbre de pat	ients / j / place		
Médecine de jour	В	3	475	607	28%	0,63	0,81		
HJ (GASTRO - MED)	Т	5	1 996	2 114	6%	0,92 1,68			
Médecine de jour	Р	2	132	124	-6%	0,4 0,38			

Pour l'activité de chirurgie, les constats montrent :

- Une activité en discrète baisse de 3%
- Le secteur le plus touché étant celui de la chirurgie digestive sur le site de Bressuire
- Une activité ambulatoire stable malgré une progression sur les sites de Bressuire et Thouars
- Des DMS en amélioration
- Des TO des services faibles signant une surcapacité en lits d'hospitalisation conventionnelle avec l'augmentation de l'ambulatoire
- Des indicateurs en ambulatoire stables mais la valeur cible pourrait être de 1,5 patients/jour

anticial and inventor 2004	S i	Nb lits et	ENTREES		Evolution des	DMS		TX D'OCCUP.	
activités cchirurgie 2014	t e	places installés	2013	2014	entrées 2013/2014	2013	2014	2013	2014
Total Chirurgie H.C.		75	4 951	4 816	-3%				
Chirurgie Orthopédique	В	31	1 681	1 740	4%	4,95 4,61		65%	64%
Chirurgie Viscérale HC + HS	В	18	1 316	1 116	-15%	3,18 3,19		49%	58%
Chirurgie Viscérale HC + HS	T	26	1 954	1 960	0%	2,91	2,72	57%	60%
Total Chirurgie ambulatoire H.J		19	4 079	4 080	0%	Nbre de pat	ients / j / place		
Chirurgie Ambulatoire	В	6	1 881	1 962	4%	1,24	1,24 1,3		
Chirurgie Ambulatoire	Т	6	824	856	4%	0,62 0,57			
Chirurgie Ambulatoire	Р	7	1 374	1 262	-8%	1,44	1,22		

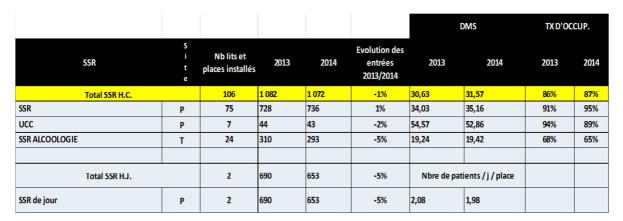
Pour la gynéco – obstétrique, on relève :

- Une baisse importante de l'activité liée à la démographie médicale: départ de deux praticiens
- Une activité d'orthogénie en progression
- Une DMS en amélioration
- Un TO très bas sauf en néonatologie

CVALEGO OPETETRIQUE	S	Nb lits et	ENTREES		Evolution des	DMS		TX D'OCCUP.	
GYNECO-OBSTETRIQUE	GYNECO-OBSTETRIQUE t places installés e 2013		2014	entrées 2013/2014 2013		2014	2013	2014	
Total Gynéco-Obst		32	2 348	2 118	-10%				
Gynécologie	В	9	1 020	896	-12%	1,47	1,44	29%	27%
Obstétrique	В	18	1 009	895	-11%	4,58	4,38	70%	60%
IVG	В	1	106	132	25%	1	0,99	42%	5 2 %
Néonat	В	4	213	195	-8%	7,43	7,04	108%	94%

Le secteur SSR présente lui :

- Une activité quais stable
- Avec cependant une baisse en alcoologie liée à la démographie médicale
- Une DMS relativement longue liée aux problèmes de devenir des patients : passage en institution, attente des mises sous tutelles
- Un TO important en SSR



L'activité de psychiatrie a montrée

• Une activité en forte augmentation sur l'ensemble des unités avec un taux d'occupation satisfaisant des unités du site de Thouars

PSYCHIATRIE	S i	Nb lits et	ENT	REES	Evolution des entrées		OMS	TX D'OC	CUP.
PSTURIATRIE	PSYCHIAIRIE t places installés 2013 e		2013	2014	2013/2014	2013	2014	2013	2014
PSYCHIATRIE HOSPIT. COMPL		72	713	892	25%			89%	88%
HC VALLEE	T	17	257	263	2%			84%	86%
HC BOCAGE	T	17	223	315	41%			88%	85%
HC GATINE	T	17	195	283	45%			89%	86%
AUTISME HC	T	15	38	31	-18%			97%	94%
PSYCHIATRIE HEB TEMP		3							
AUTISME - HEBT TEMP.	T	3	45	42	-7%				

B. Analyse de l'activité concurrentielle

1. Méthodologie

Ces analyses sont développées à partir des données de la Fédération hospitalière de France.

- Les études de marché concernent les séjours des patients provenant de la zone d'activité de l'établissement déterminée par la BDHF.
- De ce fait elles ne s'appliquent pas à l'ensemble de l'activité recensée par l'établissement
- Elles sont produites à partir des bases PMSI 2013.
- Du fait d'une modification administrative la part de prise en charge de CHU de Poitiers n'est prise en compte que pour l'année 2013 et pas pour les années antérieures.
- Dans la lecture des résultats il convient de regarder principalement le % des patients pris en charge et non leur nombre qui ne peut correspondre à l'exacte réalité de l'activité du CH mais à celle du territoire de l'étude

				Taux hospit		
Code		nb hospit		/1000	PdM	PdM
géo	Commune	dans l'établ.	Population	hab.	2013	2012
79600	AIRVAULT	1 334	8 242	162	53,4%	53,1%
79430	LA CHAPELLE ST LAURENT	295	1 848	160	53,2%	55,3%
79300	BRESSUIRE	3 261	20 542	159	56,6%	57,4%
79350	CHICHE	698	4 441	157	57,8%	55,6%
79100	THOUARS	3 764	24 120	156	52,7%	52,9%
79440	COURLAY	374	2 411	155	57,4%	56,0%
79330	ST VARENT	746	4 889	153	55,2%	57,2%
79320	MONCOUTANT	794	5 426	146	52,5%	51,4%
79200	PARTHENAY	2 807	22 037	127	44,0%	44,0%
79450	ST AUBIN LE CLOUD	256	2 070	124	46,0%	41,1%
79150	ARGENTON CHATEAU	641	5 747	112	44,0%	46,9%
79380	LA FORET SUR SEVRE	352	3 171	111	41,1%	44,5%
79390	THENEZAY	340	3 131	109	34,3%	39,0%
79140	CERIZAY	890	8 773	101	40,8%	41,4%

2. Activité Globale MCO

Pour le MCO, le CH NDS prend en charge 50% des patients du territoire. On peut ainsi noter que :

- Le premier concurrent est le CHU en minimisant cette place du fait de l'activité de recours obligatoire. Le 2^{ème} est le CH de Niort avec la même réflexion
- Les établissements prenant en charge les patients du territoire sont nombreux et aucun ne représente à lui seul une concurrence importante. Il existe une répartition quasi égale entre le public et le privé

	Туре	Nb séj. (issus de	PdM			PMCT
Etablissement	EJ	la zone)	2013	_	PdM 2012	
CTRE HOSPIT NORD DEUX-SEVRES (790006654)	CH	16 552	50,0%	\triangle	50,4%	
CHU POITIERS (860013077)	CHR	3 915	11,8%		0,0%	134
CH DE NIORT (790000012)	CH	2 073	6,3%		6,3%	106
SA POLYCLIN DU PARC (490002037)	Privé	1 533	4,6%		4,7%	88
CH CHOLET (490000676)	CH	968	2,9%		2,7%	92
POLYCLIN. D INKERMANN NIORT (790009948)	Privé	923	2,8%	\blacksquare	3,4%	94
CLIN SAINT LEONARD (490015906)	Privé	736	2,2%		2,1%	119
CHU D ANGERS (490000031)	CHR	721	2,2%	\triangle	1,9%	117
CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA LOIRE (490007929)	Privé	688	2,1%		2,0%	86
POLYCLNIQUE DE POITIERS (860010321)	Privé	633	1,9%		1,8%	104
Autres publics et parapublics		2 081	6,3%	\blacksquare	17,9%	
Autres privés lucratifs		2 272	6,9%		6,7%	
TOTAL		33 095				100

3. L'activité de médecine

Le centre hospitalier assure la prise en charge de 57% des patients du territoire

- Il existe une forte prise en charge au CHU de Poitiers et à un moindre degré au CH de Niort
- Ces prises en charge concernent des filières bien établies : AVC, cardiologie interventionnelle, cancérologie lourde.
- Il faut noter que les CH de Cholet et Saumur ne représentent que 5,5% des PDM

		Nb séj.				
	Туре	(issus de	PdM			PMCT
Etablissement	EJ	la zone)	2013		PdM 2012	relatif
CTRE HOSPIT NORD DEUX-SEVRES (790006654)	CH	10 342	57,0%	\triangleright	57,4%	99
CHU POITIERS (860013077)	CHR	2 600	14,3%		0,0%	104
CH DE NIORT (790000012)	CH	1 433	7,9%		8,1%	114
CH CHOLET (490000676)	CH	676	3,7%	Δ	3,4%	100
CHU D ANGERS (490000031)	CHR	514	2,8%	Δ	2,4%	103
SA POLYCLIN DU PARC (490002037)	Privé	369	2,0%		2,2%	77
CH SAUMUR (490528452)	CH	326	1,8%		1,8%	76
CH U DE NANTES (440000289)	CHR	254	1,4%		1,6%	108
POLYCLIN. D INKERMANN NIORT (790009948)	Privé	201	1,1%	∇	1,4%	74
CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA LOIRE (490007929)	Privé	176	1,0%		1,2%	44
Autres publics et parapublics		690	3,8%	▶	17,5%	
Autres privés lucratifs		558	3,1%		3,1%	
TOTAL		18 139				100

Analyse par spécialités médicales

	Nb séj. (issus de			
	la zone)	PdM 2013		PdM 2012
MCO	16 552	50,0%	∇	50,4%
médecine	10 342	57,0%	∇	57,4%
chirurgie	4 917	37,8%		38,0%
obstétrique	1 293	66,8%	•	67,9%
cardiologie	1 279	49,8%	_	51,7%
pneumologie	737	55,5%	•	59,7%
psychiatrie	267	78,1%	A	76,3%
SP douleurs	137	32,1%	•	39,4%
rhumatologie	315	45,9%	_	44,8%
Hématologie	260	40,3%	A	38,7%
infectio		19,5%	•	21,9%
endocrino	234	35,0%	•	42,0%
addicto	432	76,7%	•	77,5%
Hépato gastro	1 302	66,6%	Δ	66,3%
neurologie	514	47,6%	•	52,2%

Cardiologie : La cardiologie n'est prise en charge qu'à 50% avec un recours normal à Niort. Il s'agit de l'activité 2013 qui marquait le changement d'équipe de cardio. L'activité 2014 est en augmentation de 25% par rapport à 2013

Pneumologie : les parts de marché sont importantes mais avec une chute sur 2012 de 4%. Le recours se fait essentiellement sur le CHU de Poitiers. La fuite se fait vers l'ensemble des établissements

Hépato gastro entérologie : Point fort de l'activité avec des parts de marché en augmentation avec peu de marges de progression. La récupération d'activité peut se faire en récupérant les fuites de Cholet et Niort

Rhumatologie: Une augmentation de la prise en charge mais avec une bonne marge de progression. Les fuites se font essentiellement sur Poitiers puis Angers

Hématologie : Une activité en augmentation. Le développement peut passer par un partenariat avec le CHU de Poitiers

Maladies infectieuses : Une activité perfectible en régression en 2013. Il existe une concurrence avec le CHU, le CH de Niort et le CH de Cholet. Ce domaine d'activité mérite une analyse stratégique car le nombre de patients est faible

Endocrinologie : Une prise en charge peu importante en diminution importante en 2013. Ces chiffres sont à revalider avec la nouvelle équipe de médecine interne. La concurrence se fait avec le CHU et le CH de Niort: intérêt d'un partenariat territorial

Neurologie : Une activité en diminution mais satisfaisante en lien avec le CHU et le CH de Niort. Elle démontre l'Intérêt d'une filière territoriale avec NIORT qui dispose de l'UNV

Douleurs chroniques et Soins palliatifs : Une prise en charge trop faible qui doit se développer au travers du projet de soins palliatifs. A priori un objectif cible à une prise en charge de 70% des patients du territoire

Toxicologie intoxication (addictologie : Une activité importante avec peu de marges de progression

Psychiatrie: Une activité qui assure un taux de prise en charge important qui ne pourra que peu augmenter (2 à 5%)

Endoscopies digestives : Une captation quasi complété de l'activité eu égard aux recours vers les CH. de référence

K02-Endoscopies digestives et biliaire ave	c ou sans	anesthésie			
Etablissement	Type EJ	Nb séj. (issus de la zone)	PdM 2013		PdM 2012
CTRE HOSPIT NORD DEUX-SEVRES (790006654)	СН	2 774	84,3%	A	82,5%
CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA LOIRE (490007929)	Privé	129	3,9%	lacktriangle	5,0%
POLYCLIN. D INKERMANN NIORT (790009948)	Privé	86	2,6%	\blacksquare	3,4%
SA POLYCLIN DU PARC (490002037)	Privé	75	2,3%	∇	2,6%
CHU POITIERS (860013077)	CHR	58	1,8%	A	0,0%
POLYCLNIQUE DE POITIERS (860010321)	Privé	52	1,6%		1,7%
CH DE NIORT (790000012)	CH	30	0,9%		0,7%
CLIN. SUD VENDEE FONTENAY LE COMTE (8500001:	Privé	18	0,5%		0,3%
CH CHOLET (490000676)	СН	15	0,5%		0,6%
CHU D ANGERS (490000031)	CHR	8	0,2%		0,2%
Autres publics et parapublics		14	0,4%	\blacksquare	1,4%
Autres privés lucratifs		30	0,9%	\blacksquare	1,5%
TOTAL		3 289			

4. L'activité de chirurgie

Le centre hospitalier prend en charge près de 40% des patients chirurgicaux.

La concurrence est éclatée avec une part importante pour les établissements privés à près de 40% des prises en charge.

Le CHU présente un taux de recours un peu élevé.

		Nb séj.				
	Туре	(issus de	PdM			PMCT
Etablissement	EJ	la zone)	2013		PdM 2012	relatif
CTRE HOSPIT NORD DEUX-SEVRES (790006654)	CH	4 917	37,8%		38,0%	93
CHU POITIERS (860013077)	CHR	1 152	8,8%		0,0%	197
SA POLYCLIN DU PARC (490002037)	Privé	1 126	8,6%		8,6%	77
CLIN SAINT LEONARD (490015906)	Privé	716	5,5%		5,3%	98
POLYCLIN. D INKERMANN NIORT (790009948)	Privé	692	5,3%	▼	6,3%	83
CH DE NIORT (790000012)	CH	524	4,0%	Δ	3,8%	111
CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA LOIRE (490007929)	Privé	512	3,9%	Δ	3,5%	83
POLYCLNIQUE DE POITIERS (860010321)	Privé	484	3,7%	Δ	3,3%	96
CTRE DE LA MAIN ANGERS (490540440)	Privé	368	2,8%	Δ	2,6%	46
CLIN. SOURDILLE NANTES (440000651)	Privé	311	2,4%	•	2,9%	55
Autres publics et parapublics		1 041	8,0%	•	17,1%	
Autres privés lucratifs		1 177	9,0%	Δ	8,8%	

Analyse par spécialités chirurgicales

Orthopédie traumatologie: Il existe une fuite importante des patients vers Angers avec une concurrence importante de la clinique St léonard + le centre de la main. La situation est meilleure pour la chirurgie majeure (arthroplasties), moins bonne pour les gestes ambulatoires type arthroscopies (cf. tableau suivant). Il existe une concurrence frontale avec les cliniques d'Angers ; 25 à 30% de l'activité.

Chirurgie digestive : Il s'agit d'une activité bien captée par le CH. Avec un recours normal vers le CHU, un taux de fuites peu important. Une activité qui se renforce en 2013.

Chirurgie vasculaire: Cette activité est peu prise en charge au CH NDS. La réflexion doit porter sur une filière territoriale avec le CH de Niort qui assure 25% de l'activité car il faut noter le faible nombre de patients sur le territoire 428.

ORL et stomatologie : Seulement 1/3 des patients du territoire sont pris en charge par le CH. La part du privé est importante à 40% mais sans établissement captant la clientèle de façons exclusive.

Ophtalmologie : Une activité importante qui est prise en charge à 25% par l'établissement. Les fuites se font vers Nantes et son secteur privé : 30% des patients.

Chirurgie Urologique : L'urologie prend en charge près de 50% des patients. 30% des patients sont pris en charge À Poitiers et Angers.

	Nb séj. (issus de la zone)	PdM 2013		PdM 2012	PMCT relatif
MCO	16 552	50,0%	∇	50,4%	93
médecine	10 342	57,0%	∇	57,4%	99
chirurgie	4 917	37,8%		38,0%	93
obstétrique	1 293	66,8%	•	67,9%	99
orthopédie	1 394	35,9%	▼	37,3%	107
chir maj(prothèse)	367	41,5%	_	40,4%	99
arthroscopies	248	27,1%	Δ	26,7%	106
ortho autres	495	28,9%	•	34,6%	112
digestif majeur	140	66,4%	_	60,8%	96
digestif général	652	68,0%	•	69,3%	89
hépato VB	222	73,5%	_	69,5%	79
Vasculaire	80	18,7%	A	16,6%	70
ORL Stomato	245	34,5%	_	32,2%	46
ophtalmo	546	25,8%	•	26,5%	95
gynéco	298	64,1%	_	58,8%	95
sein	52	21,8%	_	26,6%	96
urologie	166	47,6%	_	44,7%	100
appareil génital masc	203	59,2%	_	57,4%	105

5. Activité Gynécologie et Obstétrique

Il existe un taux de recours un peu élevé sur la maternité niveau 3 de Poitiers.

Les patientes vont ensuite sur Saumur: territoire du Thouarsais et Niort: territoire de la Gâtine et à un moindre degré vers Cholet. De ce fait l'attractivité de la maternité passe par des antennes sur Thouars et Parthenay.

En lien avec l'analyse globale de l'obstétrique, il existe un potentiel d'accouchement à reprendre sur le CH: 10 à 15% de l'activité soit une centaine d'accouchements. Il s'agit essentiellement, des accouchements partis sur Saumur, Niort et à moindre degré Cholet

Accouchements par voie basse		Nb séj. (issus de				
Etablissement	Type EJ	la zone)	PdM 2013		PdM 2012	PMCT relati
CTRE HO SPIT NORD DEUX-SEVRES (790006654)	СН	762	71,8%	A	66,7%	100
CH SAUMUR (490528452)	СН	89	8,4%	▼	10,5%	99
CH DE NIORT (790000012)	СН	56	5,3%	▼	6,7%	101
CH CHOLET (490000676)	СН	35	3,3%	Δ	3,0%	100
CHU POITIERS (860013077)	CHR	35	3,3%	A	0,0%	108
SA POLYCLIN DU PARC (490002037)	Privé	27	2,5%		2,6%	101
POLYCLIN. D INKERMANN NIORT (790009948)	Privé	20	1,9%	▼	2,6%	102
CLIN. DU FIEF DE GRIMOIRE POITIERS (860780568)	Privé	13	1,2%		1,0%	98
CHU D ANGERS (490000031)	CHR	4	0,4%	∇	0,8%	95
CH FONTENAY (850000035)	СН	4	0,4%		0,3%	104
Autres publics et parapublics		13	1,2%	▼	5,3%	
A utres privés lucratifs		3	0,3%	▽	0,5%	
TOTAL		1 061				10
Part du privé lucratif : 5.9%						
Césariennes						
	Tunn E I	Nb séj. (issus de	PdM 2013		D4M 2042	PMCT relati
Etablissement	Type EJ	la zone)			PdM 2012	
CTRE HO SPIT NORD DEUX-SEVRES (790006654)	CH	86	51,8%	▼ .	52,9%	100
CHU POITIERS (860013077)	CHR	23	13,9%	_	0,0%	104
CH SAUMUR (490528452)	СН	19	11,4%	▼	13,2%	90
CH DE NIORT (790000012)	СН	14	8,4%	Δ	8,0%	104
CHU D ANGERS (490000031)	CHR	5	3,0%	A	2,3%	142
CH CHOLET (490000676)	СН	5	3,0%	▽	3,4%	90
SA POLYCLIN DU PARC (490002037)	Privé	3	1,8%	▼	5,7%	90
POLYCLIN. D INKERMANN NIORT (790009948)	Privé	3	1,8%	▼	5,2%	105
LYCLIN. DE L ATLANTIQUE ST HERBLAIN (4400338)	Privé	2	1,2%	A	0,0%	90
CLIN. DU FIEF DE GRIMOIRE POITIERS (860780568)	Privé	2	1,2%	▼	1,7%	90
Autres publics et parapublics		3	1,8%	▼	7,5%	
Autres privés lucratifs		1	0,6%	A	0,0%	
TOTAL		166				10
Part du privé lucratif : 6.6%						

Pour la pédiatrie et la néonatologie : il s'agit d'une activité parallèle à celle de l'obstétrique

Chirurgie gynécologique et chirurgie du sein : il existe une activité soutenue en gynécologie, moins importante en sénologie

Chirurgie pour tumeurs malignes (app génital fem)								
Etablissement	Type EJ	Nb séj. (issus de la zone)	PdM 2013		PdM 2012	PMCT relatif		
CTRE HOSPIT NORD DEUX-SEVRES (790006654)	СН	27	73,0%	A	66,7%	66		
SA POLYCLIN DU PARC (490002037)	Privé	2	5,4%	Δ	5,1%	363		
CLIN. DU FIEF DE GRIMOIRE POITIERS (860780568)	Privé	2	5,4%	Δ	5,1%	119		
INSTITUT BERGONIE (330000662)	CLCC	1	2,7%	A	0,0%	180		
CHU D ANGERS (490000031)	CHR	1	2,7%	A	0,0%	309		
CLCC PAPIN D ANGERS (490000155)	CLCC	1	2,7%	A	0,0%	130		
CH SAUMUR (490528452)	CH	1	2,7%	A	0,0%	18		
POLYCLNIQUE DE POITIERS (860010321)	Privé	1	2,7%	A	0,0%	262		
CHU POI TIERS (860013077)	CHR	1	2,7%	A	0,0%	48		
CRLCC RENE GAUDUCHEAU (440001113)	CLCC	0			7,7%	-		
Autres publics et parapublics		0	0,0%	▼	12,8%			
—Autres privés lucratifs—-		0	0,0%	▼	2,6%			
TOTAL		37				100		

G107-Chirurgie pour tumeurs malignes sein						
Etablissement	Type EJ	Nb séj. (issus de la zone)	PdM 2013		PdM 2012	PMCT relatif
CTRE HOSPIT NORD DEUX-SEVRES (790006654)	СН	36	23,2%	▼	29,2%	103
CLCC PAPIN D ANGERS (490000155)	CLCC	32	20,6%	▼	27,8%	77
CHU POITIERS (860013077)	CHR	28	18,1%	A .	0,0%	109
CRLCC RENE GAUDUCHEAU (440001113)	CLCC	12	7,7%	▼	10,4%	91
NOUVELLES CLINIQUES NANTAISES (440041580)	Privé	9	5,8%	A	0,7%	94
SA POLYCLIN DU PARC (490002037)	Privé	8	5,2%	A	2,8%	104
CH DE NIORT (790000012)	CH	8	5,2%	A	2,1%	140
CLIN. DU FIEF DE GRIMOIRE POITIERS (860780568)	Privé	7	4,5%	A	0,7%	137
POLYCLIN. D INKERMANN NIORT (790009948)	Privé	6	3,9%	∇	4,2%	98
CH SAUMUR (490528452)	CH	4	2,6%	A	1,4%	97
Autres publics et parapublics		4	2,6%	▼	18,1%	
Autres privés lucra tifs		1	0,6%	▼	2,8%	
TOTAL		155				100

C. Analyse prospective à 5 ans

1. Méthodologie

Les projections de l'activité à 5 ans intègrent:

- Le modèle INSEE d'analyse de la démographie
- Et les analyses PMSI

les projections sont à prendre en compte avec une constance des paramètres suivants: Tarifs, modes de prise en charge de l'établissement, profils de consommation des patients, « chocs » (ex: fermeture de clinique). Ceux- ci pourront bien évidemment se modifier entraînant des modifications de ces chiffres.

2. Projections en Hospitalisation conventionnelle

Les projections de l'activité à 5 ans en hospitalisation conventionnelle montrent une évolution relativement stable de l'activité avec :

- Des augmentations significatives liées au vieillissement de la population: cardio, pneumo
- Une baisse peu significative en obstétrique
- Une forte augmentation de l'activité en pneumologie, cardiologie, neurologie et hématologie
- Les disciplines chirurgicales augmentent plus faiblement de 4 à 5%

		Nbre séj	ours 1 nuit et +		CA séjours 1nuit et +					
	2012	estimation 2017	Evolution brute 5 ans	Evolution moyenne annuelle	2012	estimation 2017	Evolution brute 5 ans	Evolution moyenne annuelle		
D01-Digestif	2 637	2 786	+5,7%	+1,1%	7 486 569 €	7 987 637 €	+6,7%	+1,3%		
D02-Orthopédie traumatologie	1 444	1 527	+5,7%	+1,1%	4 866 717 €	5 198 869 €	+6,8%	+1,3%		
D04-Rhumatologie	326	348	+6,8%	+1,3%	1 006 624 €	1 098 139 €	+9,1%	+1,8%		
D05-Système nerveux (706	769	+9,0%	+1,7%	2 013 653 €	2 234 532 €	+11,0%	+2,1%		
D07-Cardiologie (1 387	1 548	+11,6%	+2,2%	3 709 945 €	4 197 546 €	+13,1%	+2,5%		
D09-Pneumologie	977	1 092	+11,8%	+2,3%	3 238 388 €	3 662 508 €	+13,1%	+2,5%		
D10-ORL, Stomatologie	194	202	+4,2%	+0,8%	244 790 €	259 726 €	+6,1%	+1,2%		
D11-Ophtalmologie	116	117	+0,8%	+0,2%	162 665 €	165 096 €	+1,5%	+0,3%		
D12-Gynécologie - sein	386	402	+4,1%	+0,8%	1 054 673 €	1 106 560 €	+4,9%	+1,0%		
D13-Obstétrique	1 121	1 106	-1,3%	-0,3%	2 384 379 €	2 351 864 €	-1,4%	-0,3%		
D14-Nouveau-nés	988	969	-2,0%	-0,4%	1 130 235 €	1 108 072 €	-2,0%	-0,4%		
D15-Uro-néphrologie et génital	815	877	+7,6%	+1,5%	2 147 988 €	2 355 528 €	+9,7%	+1,9%		
D16-Hématologie	253	279	+10,1%	+1,9%	913 804 €	1 016 222 €	+11,2%	+2,1%		
D18-Maladies infectieuses (dont VIH)	40	42	+5,9%	+1,1%	118 003 €	127 099 €	+7,7%	+1,5%		
D19-Endocrinologie	269	293	+9,1%	+1,7%	834 417 €	905 126 €	+8,5%	+1,6%		
D20-Tissu cutané et tissu sous-cutané	283	296	+4,7%	+0,9%	651 679 €	694 219 €	+6,5%	+1,3%		
D22-Psychiatrie	277	297	+7,2%	+1,4%	694 122 €	748 816 €	+7,9%	+1,5%		
D23-Toxicologie, Intoxications, Alcool	670	677	+1,1%	+0,2%	1 093 261 €	1 106 209 €	+1,2%	+0,2%		
D24-Douleurs chroniques, Soins palliatifs	130	139	+6,5%	+1,3%	1 154 202 €	1 225 561 €	+6,2%	+1,2%		
D26-Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d affections connues	493	525	+6.4%	+1.3%	663 855 €	725 214 €	+9,2%	+1.8%		
TOTAL	13 534	14 314	+5,8%	+1,1%	35 627 650 €	38 341 332 €	+7,6%	+1,5%		
			,			ale 2012 scénario		- 1,070		

3. L'hospitalisation ambulatoire

L'évolution de l'ambulatoire est moins marquée avec des augmentations de 4 à 5% pour les plus importantes et 4,7% en moyenne

		Nbre	séjours 0 nuit			CA séjours 0 nuit					
	2012	estimation 2017	Evolution brute 5 ans	Evolution moyenne annuelle	2012	estimation 2017	Evolution brute 5 ans	Evolution moyenne annuelle	Evolution annuelle dans le CA total		
D01-Digestif	3 407	3 598	+5,6%	+1,1%	2 908 703 €	3 070 647 €	+5,6%	+1,1%	+0,5%		
D02-Orthopé die traumatologie	318	331	+4,1%	+0,8%	313 667 €	324 607 €	+3,5%	+0,7%	+0,0%		
D04-Rhumatologie	48	49	+2,9%	+0,6%	29 753 €	30 551 €	+2,7%	+0,5%	+0,0%		
D05-Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	147	151	+2,7%	+0,5%	98 156 €	100 330 €	+2,2%	+0,4%	+0,0%		
D07-Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	317	332	+4,6%	+0,9%	259 424 €	270 204 €	+4,2%	+0,8%	+0,0%		
D09-Pneumologie	65	70	+7,9%	+1,5%	46 396 €	50 084 €	+7,9%	+1,5%	+0,0%		
D10-ORL, Stomatologie	451	461	+2,1%	+0,4%	343 963 €	352 872 €	+2,6%	+0,5%	+0,0%		
D11-Ophtalmologie	612	645	+5,3%	+1,0%	848 014 €	893 315 €	+5,3%	+1,0%	+0,1%		
D12-Gynécologie - sein	62	62	-0,0%	-0,0%	61 492 €	61 408 €	-0,1%	-0,0%	-0,0%		
D13-Obsté trique	497	491	-1,3%	-0,3%	174 930 €	171 878 €	-1,7%	-0,4%	-0,0%		
D14-Nouveau-nés	13	13	-1,7%	-0,3%	3 293 €	3 249 €	-1,3%	-0,3%	-0,0%		
D15-Uro-néphrologie et génital	409	428	+4,5%	+0,9%	274 045 €	282 659 €	+3,1%	+0,6%	+0,0%		
D16-Hé matologie	45	47	+3,9%	+0,8%	33 357 €	34 658 €	+3,9%	+0,8%	+0,0%		
D18-Maladies infectieuses (dont VIH)	4	5	+13,5%	+2,6%	2 434 €	2 769 €	+13,8%	+2,6%	+0,0%		
D19-Endocrinologie	72	76	+5,1%	+1,0%	47 847 €	50 477 €	+5,5%	+1,1%	+0,0%		
D20-Tissu cutané et tissu sous-cutané	143	150	+5,1%	+1,0%	145 081 €	152 511 €	+5,1%	+1,0%	+0,0%		
D22-Psychiatrie	141	152	+7,7%	+1,5%	71 426 €	76 565 €	+7,2%	+1,4%	+0,0%		
D23-Toxicologie, Intoxications, Alcool	128	127	-1,0%	-0,2%	77 468 €	76 695 €	-1,0%	-0,2%	-0,0%		
D24-Douleurs chroniques, Soins palliatifs	53	55	+4,1%	+0,8%	24 129 €	25 102 €	+4,0%	+0,8%	+0,0%		
D26-Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d affections connues	249	254	+2,0%	+0,4%	186 013 €	189 275 €	+1,8%	+0,3%	+0,0%		
D27-Séances	1 295	1 378	+6,4%	+1,3%	533 619 €	568 781 €	+6,6%	+1,3%	+0,1%		
TOTAL	8 477	8 874	+4,7%	+0,9%	6 488 505 €	6 794 164 €	+4,7%	+0,9%			
	Sources :	Bases nationale	es 2012 PMSI pub	lic-privé DHOS-A	TIH, INSEE omph	ale 2012 scéna	io central.				

En termes de CA, ce sont les activités de neurologie, cardiologie, pneumologie et hématologie qui engendrent la plus forte augmentation. La seule activité en régression est l'obstétrique sur des % très faible.

		Nbre séjour	s 1 nuit et +		CA séjours 1nuit et +						
	2012	estimation 2017	Evolution brute 5 ans	Evolution moyenne annuelle	2012	estimation 2017	Evolution brute 5 ans	Evolution moyenne annuelle	Evolution annuelle dans le CA total		
1- Chirurgie	3 967	4 172,2	+5,2%	+1,0%	12 682 641 €	13 532 767 €	+6,7%	+1,3%	+0,5%		
2- Medecine	8 446	9 035,4	+7,0%	+1,4%	20 560 629 €	22 456 701 €	+9,2%	+1,8%	+1,0%		
3- Obstetrique	1 121	1 106,3	-1,3%	-0,3%	2 384 379 €	2 351 864 €	-1,4%	-0,3%	-0,0%		
TOTAL	13 534	14 313,9	+5,8%	+1,1%	35 627 650 €	38 341 332 €	+7,6%	+1,5%			
	Sources : Bases n	ationales 2012 PMS	I public-privé DHO	S-ATIH, INSEE omp	hale 2012 scénario	central.					
		Nbre séjo	urs 0 nuit				CA séjours 0 nuit				
	2012	estimation 2017	Evolution brute 5 ans	Evolution moyenne annuelle	2012	estimation 2017	Evolution brute 5 ans	Evolution moyenne annuelle	Evolution annuelle dans le CA total		
1- Chirurgie	2 099	2 188,5	+4,3%	+0,8%	2 337 588 €	2 437 168 €	+4,3%	+0,8%	+0,3%		
2- Medecine	5 881	6 194,7	+5,3%	+1,0%	3 975 987 €	4 185 118 €	+5,3%	+1,0%	+0,6%		
3- Obstetrique	497	490,7	-1,3%	-0,3%	174 930 €	171 878 €	-1,7%	-0,4%	-0,0%		
TOTAL	8 477	8 873,9	+4,7%	+0,9%	6 488 505 €	6 794 164 €	+4,7%	+0,9%			
	Sources : Bases n	ationales 2012 PMS	I public-privé DHO	S-ATIH, INSEE omp	hale 2012 scénario	central.					
							CA tous séjours				
					2012	estimation 2017	Evolution brute 5 ans	Evolution moyenne annuelle	Evolution annuelle dans le CA total		
1- Chirurgie					15 020 229 €	15 969 935 €	+6,3%	+1,2%	+0,4%		
2- Medecine					24 536 616 €	26 641 819 €	+8,6%	+1,7%	+1,0%		
3- Obstetrique					2 559 309 €	2 523 741 €	-1,4%	-0,3%	-0,0%		
TOTAL					42 116 155 €	45 135 495 €	+7,2%	+1,4%			



LE DIAGNOSTIC STRATEGIQUE

A. Les Points forts

1. Les points forts du territoire

Le territoire Nord Deux Sèvres présente un certain nombre de points forts et d'atouts, gages de dynamisme.

Tout d'abord, la dynamique globale du territoire avec une démographie discrètement positive et des indicateurs sociaux supérieurs aux moyennes régionales (sauf sur le Thouarsais).

De même, le territoire présente des indicateurs de santé dans la moyenne régionale.

L'offre de soins du territoire permet d'apporter une réponse adéquate aux déterminants de santé Elle reste cependant à renforcer dans certains domaines comme la cardiologie, la psychiatrie et la pédiatrie.

Il faut souligner plus particulièrement sur le territoire :

- L'efficience du projet de dépistage du cancer
- L'offre de soins pour la prise en charge des personnes âgées avec en particulier la coordination gérontologique sur le territoire qui reste à développer sur le Thouarsais
- La prise en charge à travers le réseau des sages-femmes
- Le développement de l'éducation thérapeutique avec l'association ASALEE

En termes d'organisation médicale le maillage territorial par les pôles de santé (hors Gâtine) permet de renforcer l'offre de soins et le recrutement de nouveaux praticiens.

La dynamique territoriale se trouve renforcée par la mise en œuvre des contrats locaux de santé signés sur Thouars et Parthenay, signature prévue en 2015 sur Bressuire.

Les médecins maîtres de stage qui préparent avec les internes les futures installations.

La prochaine mise en place des IDE de coordination en cancérologie sur l'AMA.

2. Les points forts du centre hospitalier

Le Centre hospitalier Nord Deux-Sèvres présente à l'instar du territoire des atouts importants.

Ils se traduisent principalement par :

• L'évolution positive de la démographie médicale en passe d'être résolue de par les recrutements: anesthésie, médecine. Il reste cependant le renforcement de l'équipe médicale en Psychiatrie et pour l'imagerie.

L'information médicale(DIM) permettant une valorisation satisfaisante de l'activité

Le centre hospitalier dispose de filières de prise en charge urgentes organisées sur le territoire et la région en cardiologie, neurologie et pour les polytraumatismes

Les points forts sont bien évidemment représentés par des prises en charge de qualité :

- L'activité de gastro entérologie qui prend en charge 80% des patients du territoire
- Une qualité de prise en charge obstétricale avec un taux de césarienne parmi les plus bas de France
- Le travail de proximité sur les 3 sites à travers les CS avancées
- Un SSR de qualité dans des locaux adaptés
- Le projet de soins palliatifs qui reste cependant à étendre sur l'ensemble du territoire

Enfin l'établissement a mis en place et développé des partenariats avec le CHU de Poitiers et le CH de Niort.

B. Les difficultés

Le présent diagnostic recense aussi des difficultés dont la résolution se trouve dans les axes stratégiques du présent projet et du projet du centre hospitalier

1. Les difficultés sur le territoire

Il existe globalement un sous-effectif médical sur le territoire que ce soit au niveau des généralistes comme des spécialistes. Il en est de même pour les professions paramédicales.

Si la création des pôles de santé sur le thouarsais et le bocage bressuirais permet de développer le recrutement de jeunes praticiens, le problème perdure sur la Gâtine avec un nombre de patients sans médecins en augmentation.

Dans l'analyse des relations ville-hôpital, les difficultés relevées portent principalement :

- Sur la communication au sens large (même si la communication interpersonnelle ne pose pas de problèmes)
- Sur les admissions directes au sein du centre hospitalier
- Sur l'organisation de la sortie

- Sur l'information du MG vis-à-vis de son patient au CH et vice versa
 - Sur les délais et difficultés pour obtenir une CS: sur les délais d'attente pour certaines consultations et pour les examen d'imagerie avec l'IRM au premier plan.

Par ailleurs, il a été constaté une absence de concertation sur le principe de l'adressage préférentiel des professionnels du territoire vers les professionnels du CH

S'il existe de nombreux acteurs de santé sur le territoire, peu de liens formalisés existent entre ces différents acteurs.

Les difficultés en matière d'offre de soins sont surtout représentées par

- L'absence de prise en charge pédiatrique sur le territoire (hors de la prise en charge des Nouveaux nés à la maternité)
- L'insuffisance de consultations spécialisées en médecine interne, endocrinologie, cardiologie,
 ORL, et pédiatrie
- Des difficultés de prise en charge pour les patients de psychiatrie

Plus globalement sur le territoire, l'évolution de la dépendance est en augmentation. Elle apparaît plus tardivement et se développe plus rapidement avec une réticence des patients et de leur entourage à l'entrée en institution.

Dans le même ordre d'idée, Il faut noter le nombre de personnes âgées isolées en augmentation.

Enfin on peut constater une utilisation de la HAD par la médecine libérale et le CH relativement faible avec une utilisation de celles-ci par les acteurs régionaux: CH de Niort et CHU de Poitiers. Cette situation semble en cours d'amélioration en 2015.

2. Les difficultés du CH.

Le centre hospitalier de par son organisation historique en 3 sites présente avant tout des difficultés liées à la démultiplication des services et des organisations: Bloc, urgences, USC, stérilisation, pharmacie.

De même cette organisation éclatée génère un fonctionnement commun difficile : Chaque site « vit sa vie ».

Les pôles hospitaliers ne sont pas fonctionnels hormis celui des urgences.

Dans le cadre du fonctionnement du centre hospitalier, les points d'amélioration suivants sont retrouvés :

- Des DMS trop longues dans certains services en lien avec des TO perfectibles
- Dans la prise en charge des urgences:
 - L'importance des médecins intérimaires dans le fonctionnement du pôle urgences
 - La multiplicités de pratiques dans le service d'urgences malgré le travail sur les protocoles et procédures

Le suivi de la post urgences en traumatologie

Dans le cadre des filières de prise en charge :

L'établissement dispose d'une filière gériatrique éclatée sur le CH et incomplète en particulier sur le site de Thouars. Il manque une EMG extra hospitalière et une unité de court séjour gériatrique.

La filière de cancérologie est incomplètement construite à partir des atouts du CH.: filière digestive, seuil d'activité en chirurgie digestive, sénologie, urologie avec une activité d'Oncologie.

La cardiologie doit se développer à Bressuire et à Parthenay.

L'activité de biologie qui échappe au CH à Parthenay et à Bressuire (problème résolu sur Parthenay en 2015).

Malgré la tendance largement positive du recrutement, la démographie médicale reste marquée par :

- Les difficultés en psychiatrie : recrutement à faire de 2 à 3 PH + 1 médecin somaticien
- En gynécologie obstétrique en voie de règlement
- En cardiologie avec une équipe à renforcer

En fin il faut relever

- Des activités fragiles de par le fait qu'elles reposent sur un seul praticien
- Des secteurs d'activité incomplètement captés: chirurgie orthopédique, gynéco obstétrique

C. Les menaces

La construction du projet médical doit prendre en compte les menaces qui, si elles ne sont pas éliminées, vont entraîner des risques d'échecs non négligeables.

Avant tout c'est l'absence de concertation des acteurs de la santé sur le territoire aboutissant à des parcours de soins éclatés pour les patients.

Mais c'est aussi une absence de filière de prise en charge concertée entre les acteurs du territoire et les praticiens du CH NDS: adressage préférentiel .

Par ailleurs, le fait de ne pas dépasser le stade des difficultés de 1996 (fusion des 3 CH) et donc ne pas se projeter en 2017 sur une dynamique territoriale novatrice représente une menace importante pour l'avenir.

Dans le contexte actuel de la santé, la mise en œuvre de projets qui ne respectent pas un nécessaire équilibre médico économique est une source d'échec potentiel majeure.

Il est aussi clair que La trop faible implication des praticiens dans la définition et la mise en œuvre des orientations stratégiques du projet médical vont être un facteur de risque important.

Enfin la mise en place d'un projet médical non attractif pour les jeunes praticiens est source d'échec inévitable.

D. Les opportunités

En premier lieu, la réalisation du projet médical de territoire réunissant l'ensemble des acteurs de santé, fédérateur des énergies et des compétences médicales et paramédicales.

En second lieu, le projet Faye L'Abbesse qui permet la création d'un site central regroupant les activités et le plateau technique du centre hospitalier.

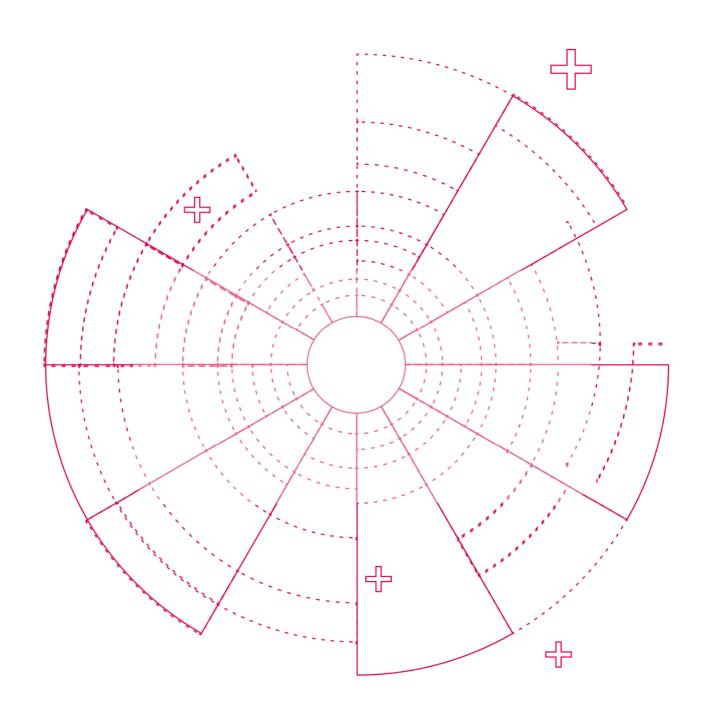
La démographie médicale et le renouvellement des générations sont un facteur important de succès et de dynamique pour le projet du territoire.

Le projet en cours de Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) qui permettra de définir des postes partagés et des organisations territoriales avec le CH de Niort.

Le développement des partenariats régionaux en particulier avec le CHU de Poitiers.

Dans le cadre du maillage du territoire et du développement de l'offre de soins, la mise en œuvre des pôles de santé sur l'ensemble du territoire est le gage de réussite du projet médical du territoire.

Enfin la mise en œuvre d'une démarche éthique et d'une politique de qualité et de sécurité des soins commune aux acteurs de santé du territoire sera là encore un gage de la réussite du projet.



Orientations du projet médical de santé du territoire

Le projet médical de santé du territoire Nord Deux-Sèvres repose sur un certain nombre de points clés qui vont permettre sa réussite.

Avant tout, il faut insister sur le fait qu'il s'agit d'un projet novateur. Il doit répondre aux besoins de santé des patients en leur permettant un parcours de soins de qualité intégrant tous les acteurs de ce parcours.

Il doit permettre de réunir toutes les compétences au service du patient pour lui permettre un parcours de soins efficient.

Ce projet est un projet fédérateur des initiatives de l'ensemble des acteurs de santé du territoire.

Bien évidemment ce projet dépasse les clivages historiques pour proposer une offre de soins de qualité.

Il repose pour une part essentielle sur la réalisation du site commun, outil indispensable :

- Pour proposer une prise en charge de qualité au service des acteurs de santé
- Pour assurer un projet équilibré sur le plan médico économique seul garant de sa pérennité
- Pour assurer un projet attractif pour les jeunes praticiens

Enfin ce projet ne doit pas être l'empilement de multiples projets mais une conjonction des différents acteurs au service de la prise en charge des patients.

A partir des constats du diagnostic stratégique, le projet médical s'est structuré autour de 4 orientations stratégiques, déclinées en projets :

En terme méthodologique chaque orientation est présenté et se conclut par les modalités d'organisation pratique : priorisation, groupe référent et calendrier de mise en œuvre

La grille de priorisation retenue est la suivante

- Importance : ①= peu important; ②=important; ③= Très important
- Difficulté: ①= très difficile; ②= difficile; ③= peu difficile
- Impact: ①=peu d'impact sur efficience/activité;
 ②= impact moyen;
 ③= fort impact
- Priorité : = --

L'ensemble des projets a été décliné autour de quatre orientations stratégiques

- Orientation n°1 : Construire, développer et renforcer un partenariat de l'ensemble des acteurs de santé du territoire
- ➤ Orientation n°2 : Construire les filières de prises en charge
 - Filière gériatrie
 - Filière cancérologie
 - Filière Femme- Mère- Enfants
 - Filière santé mentale
- > Orientation n°3 : Développer les parcours de soins sur le territoire
- > Orientation n°4 : **Promouvoir une médecine de qualité et de prévention**

A. Orientation n°1 : Construire, développer et renforcer un partenariat de l'ensemble des acteurs de santé du territoire

Il s'agit, au travers de cette orientation de définir, formaliser et mettre en œuvre le réseau ville hôpital du territoire

Les objectifs de ce réseau sont de permettre, en premier lieu, la coordination de l'ensemble des acteurs de la prise en charge en santé.

Mais aussi de permettre l'amélioration de la qualité de prise en charge et l'efficience des parcours de soins des patients.

Enfin de participer à l'attractivité pour les jeunes professionnels de santé.

1. Les acteurs du réseau

Le réseau regroupe donc :

- Les acteurs de la médecine de ville avec les pôles de santé qui regroupent médecins et paramédicaux
- Les acteurs du centre hospitalier : Médecins, soignants et administration
- Les acteurs du monde médicosocial : les EHPAD, la prise en charge du handicap, les acteurs de l'action sociale
- Les réseaux de santé, tout particulièrement le réseau de gérontologie
- Les associations intervenantes sur le territoire et sur le centre hospitalier: France Alzheimer, Ligue contre le cancer, UNAFAM, AFVD

De principe, le réseau est ouvert à tous les acteurs de santé du territoire

2. La structure du réseau

Le choix se porte sur la création d'une association régie par la loi 1901 de par sa souplesse et ses possibilités d'évolution.

Les statuts seront proposés en assemblée générale constitutive en octobre 2015.

Les membres fondateurs de ce réseau associatif proposés sont les suivants :

- Le pôle de santé de Bressuire
- L'AMAT, pôle de santé du thouarsais
- Deux représentants médicaux de la Gâtine
- Le centre hospitalier Nord Deux Sèvres : Directeur, président CME, directeur des soins
- Le président de la CME du centre hospitalier de Mauléon
- Un représentant du réseau de gérontologie

- Les représentants des associations des usagers
- L'Association des EHPAD GIR 7
- L'association ASALE

L'association se dote statutairement d'une assemblée générale, d'un conseil d'administration et d'un Bureau.

3. L'organisation

L'organisation et le développement du réseau doivent prendre en compte un certain nombre de facteurs essentiels. En effet du fait :

- De la diversité des intervenants
- De la charge de travail des dits intervenants
- De l'importance du travail de coordination et d'organisation des acteurs

Il est proposé de créer un poste d'animateur/ coordonnateur salarié du réseau.

En terme de fonctionnement, le bureau se réunit tous les 2 mois, le conseil d'administration tous les 6 mois et il existe une assemblée générale annuelle.

En termes de méthodologie, chaque projet retenu dispose d'une fiche projet, d'un référent, d'une équipe projet et d'un calendrier.

4. Les axes stratégiques du réseau

Le réseau organisera son travail autour du partage de l'information entre tous les acteurs et de la coordination de l'activité des différents acteurs.

Les fonctions clefs seront déployées autour du travail entre professionnels de santé afin d'analyser et proposer des solutions dans les dysfonctionnements. Mais le réseau se doit d'être force de proposition sur des thématiques partagées :

- La construction de parcours de soins
- La mise en réseau des acteurs

Trois niveaux de travail peuvent être envisagés :

- Un niveau général regroupant l'ensemble des acteurs du réseau pour un partage de l'information et une stratégie territoriale des projets de santé
- Un niveau de partage entre professionnels sur des thématiques d'amélioration de l'offre de soins

 Un niveau de partage autour des thématiques de prise en charge et de parcours patient associant les acteurs du territoire impliqués dans ce parcours : médecine de ville, médicosocial, hospitaliers, usagers.

5. Les thématiques

Les thématiques d'ores et déjà identifiées pour les projets du réseau reposent sur :

- > La mise en œuvre des filières
 - Gériatrique
 - Cancérologique
 - Mère enfant
 - Santé mentale
- > La construction des parcours de soins
 - Urgences
 - Le parcours de soins du patient entre les structures du réseau
 - Soins palliatifs
 - L'HAD
- La mise en œuvre des projets transversaux
 - Education thérapeutique
 - Qualité et gestion des risques
 - Réflexion éthique

L'ensemble de ces thématiques représente de fait le contenu du présent projet.

6. Les outils du réseau

Ils ont pour finalité le partage de l'information entre l'ensemble des membres du réseau.

En premier lieu, ils doivent permettre le partage du dossier patient. Ces outils seront basés sur l'utilisation de documents communs aux intervenants de type PDF pour en assurer le partage simple.

Il conviendra de déterminer pour chaque membre du réseau les besoins et attentes en termes de documents partagés avec une prospective à moyen ou long terme vers le DMP. La messagerie sécurisée sera un élément de cette information partagée (déjà en cours de mise en place).

Par ailleurs le fonctionnement repose sur une communication en temps réel entre les acteurs du réseau. Un site dédié au réseau sera développé à partir de la plate- forme E santé déjà en place.

L'essentiel sera donc de réaliser ce développement afin de permettre l'utilisation des outils de communication existants : smartphone et ordinateurs personnels.

Sur le plan technique, l'ensemble de ces mesures se mettent en place à partir de la création d'un portail sécurisé permettant l'accès des membres du réseau aux informations. Il est évident que les droits d'accès sont formalisés en fonction du rôle de chacun.

7. Le projet de télémédecine

Le projet de télémédecine du territoire est l'évolution logique de la mise en œuvre des outils de communication du réseau.

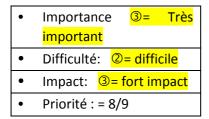
Il sera porté par le centre hospitalier et le réseau.

Outre les outils de communication déjà évoqué, il comporte :

- Un système de visio conférence à créer entre les acteurs à partir de sites dédiés
- Un système de télétransmission en imagerie à créer
- La réflexion sur l'organisation de la télé expertise et téléconsultations entre les professionnels du réseau

La condition à la mise en œuvre de ce cadre de télémédecine sera la mise en œuvre de la gestion image avec l'installation des réseaux de transmission bidirectionnels à partir du Centre hospitalier.

Priorisation



Le groupe REFERENT:

- CH : directeur des soins + président CME
- Président ou représentant des pôles de santé
- Représentant du GIR 7
- Réseau gérontologique
- 2 représentants associations d'usagers

Le calendrier de mise en œuvre

Etape		4 ^{ème} trim 2015	1 ^{er} trim 2016	2éme trim2016	4 ^{ème} trim 2016	1 ^{er} trim 2017	2 ^{ème} trim 2017	4 ^{ème} trim 2017	1 ^{er} trim 2018
Création réseau	du	Х							
Projet filières	des		X						
Parcours soins	de	Х	Х						
Projets transversau	x		Х	Х					
Outils réseau	du		Х	X	Х				
Projet télémédecii	de ne		Х	Х	Х	Х	Х		

B. Orientation n°2 : construire les filières de prise en charge

1. Objectif général

L'objectif de cette orientation est d'organiser les prises en charge sur le territoire avec une coordination des acteurs permettant une prise en charge coordonnée des patients.

Les filières concernées sont :

- La filière gériatrique
- La filière cancérologique
- La filière femme- mère enfant
- La filière santé mentale

2. La filière gériatrique

Considérant les déterminants de santé du territoire, cette filière est incontournable. Elle s'appuie sur des organisations existantes :

- Le réseau gérontologique au sens du territoire qui regroupe CLIC et MAIA
- Les équipes de gériatrie du centre hospitalier
- Les EHPAD avec en particulier l'association GIR7
- Les intervenants SSIAD et SAD.

Le projet vise à construire une filière où la place de chacun des acteurs est définie : CLIC, réseau gérontologique et Maia, EHPAD, CH. NDS, Médecine de ville, SSIAD et SAD. Il vise aussi un maillage complet du territoire.

Il part bien évidemment du travail mené (cf. Table tactique Nord Deux-Sèvres).

Les grands axes identifiés et en cours d'élaboration de ce groupe sont les suivants :

- L'axe 1 vise à structurer le guichet unique d'information et d'orientation en renforçant l'articulation des clics / smadom / reseau / gestion de cas sur l'ensemble des territoires de proximité
- L'Axe 2 vise lui à promouvoir des modalités de coopération des acteurs en appui au médecin traitant, pivot dans le parcours de santé de la personne âgée (coordination territoriale d'appui)
- En fin l'axe 3 vise à favoriser la coordination entre la ville, les établissements de santé, les EHPAD et les autres services médico-sociaux

Sur le plan du projet médical proprement dit, celui-ci va permettre de construire :

- Un programme de dépistage des fragilités et des pertes d'autonomie
- Une filière spécifique de prise en charge des troubles cognitivo comportementaux
- La prise en charge des cas complexes : staff de concertation avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge.
- L'intégration formalisée des EHPAD dans la filière : entrées et sorties, suivi des patients, renforcement de compétences
- Le développement des Consultations mémoire, des consultations et HDJ d'évaluation gériatrique.

En terme de réalisation, le projet a pour objectif de mette en place:

- Une équipe mobile de gériatrie dont le rayon d'action soit étendu sur tout le territoire et qui prenne en charge l'extra hospitalier (en lien avec le réseau gérontologique)
- Une unité de court séjour gériatrique
- Un projet d'une unité de chirurgie gériatrique
- Les activités d'oncogériatrie et de psychogériatrie

Le projet inclut la diffusion, la création et la mise en œuvre d'outils de travail partagés.

Priorisation

Importance : ③= Très important

Difficulté: ②= difficile ;

Impact: ③= fort impact

Priorité : = 8

Groupe référent

- Réseau gérontologique, GIR 7, Responsable Gériatrie CH, 2 médecins pôle de santé.
- Groupes de travail : ceux mis en place (table tactique et GIR 7 CH)
- Les liens sont à développer avec les travaux sur la filière de santé mentale et celle de soins palliatifs

CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE

Etape	4 ^{ème} trim 2015	1 ^{er} trim 2016	2éme trim2016	4 ^{ème} trim 2016	1 ^{er} trim 2017	2 ^{ème} trim 2017	4 ^{ème} trim 2017	1 ^{er} trim 2018
organisation filière en cours	Х	Х						
définition des axes de la filière		Х	Х					
mise en place EMG			X	X	X			
Prise en charge CH			Х	Х	Х			
Création CSG					Χ	Χ		

3. Filière cancérologique

La mise en place de cette filière est nécessaire car dans les déterminants de santé du territoire, la mortalité par tumeurs représente une des causes les plus importantes.

Cependant, la filière de cancérologie a commencé son organisation mais doit encore être développée et formalisée.

L'objectif est donc de construire, développer et organiser la filière de prise en charge cancérologique sur le territoire Nord deux sèvres en incluant l'ensemble des acteurs.

A l'heure actuelle la prise en charge en cancérologie assurée par le CHNDS se fait dans les domaines suivants :

- Digestif, urologie, sénologie
- Un domaine à développer : l'onco-hématologie

Il existe par ailleurs des partenariats régionaux avec le CHU de Poitiers, le CH de Niort, le CHU d'Angers

Les objectifs de la filière visent à :

- Développer la prise en charge en cancérologie sénologique, digestive, urologique, oncologie.
- Développer de nouvelles prises en charge répondant aux besoins de santé: Hématologie
- Développer les prises en charge sur le CH NDS en termes de Chimiothérapie

En termes de projets ont été identifiés :

- La formalisation des filières de dépistage en particulier au niveau du cancer du sein
- L'organisation simplifiée de la prise en charge initiale : coordination permettant de répondre dans les plus brefs délais aux demandes des médecins généralistes et des patients
- Le travail sur l'information des patients

- Le développement des soins de support sur le territoire
- Le développement de l'oncogériatrie (déjà réalisé sur le site de Bressuire) en lien avec le projet de la filière gériatrique
- La coordination de la prise en charge en cancérologie au CH NDS (relevant du projet médical de cet établissement)
- Les articulations de prise en charge avec le CHU de Poitiers

Priorisation

•	Importance : <mark>③= Très important</mark>
•	Difficulté: <mark>②= difficile</mark>
•	Impact: 3= fort impact
•	Priorité : = 8

Groupe référent

3 praticiens du CH, cadre responsable des soins de supports, 2 médecins des pôles de santé, Ligue contre le cancer.

CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE

Etape	4 ^{ème} trim 2015	1 ^{er} trim 2016	2éme trim2016	4 ^{ème} trim 2016	1 ^{er} trim 2017	2 ^{ème} trim 2017	4 ^{ème} trim 2017	1 ^{er} trim 2018
Projets soins de supports		X	X	X				
Coordination d'accès à la filière		X	X					
Développement de la filière		Х	Х	Х	Х			

4. Filière Femme- Mère- Enfant

La mise en œuvre de cette filière repose sur des constats importants au niveau du territoire :

- Un renforcement nécessaire de l'offre de consultations en pédiatrie
- Une natalité stable voir en discrète progression
- Des difficultés sociales plus prégnantes dans les prises en charge
- Une démarche déjà entamée par les acteurs de la filière

Les objectifs de la filière sont représentés par :

- En gynécologie: Le développement de la contraception, la poursuite et le développement du projet d'orthogénie, le développement du dépistage et des visites de prévention et enfin le développement des prises en charge des pathologies chirurgicales
- En santé maternelle et infantile : Le développement des parcours de prévention, des parcours de prise en charge et le développement de l'accompagnement avec une identification des fragilités sociales

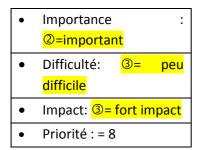
Les axes de travail sont centrés sur :

- Le réseau d'aval des enfants vulnérables
- Le réseau d'aval des séjours de courte durée en maternité
- Un maillage territorial à partir du site de Faye l'abbesse (et d'emblée à partir du site de Bressuire) sur Thouars et Parthenay
- L'articulation des prises en charge entre les acteurs de ville et du CH comportant en particulier l'accueil des sages-femmes de ville sur le plateau technique du CH
- Le développement de l'activité de gynécologie qui passe par le renforcement de l'équipe médicale avec le lien sur la filière cancérologique
- Le développement de l'activité de pédiatrie au sein du pôle avec la création de lits et places d'HDJ pédiatrique et la mise en place de consultations pédiatriques.

Les acteurs de la filière

• PMI, Pôle mère enfant du CH NDS, Sages-femmes libérales, Pôle de santé.

Priorisation



Référent projet

• Chef de pôle mère enfant, 1 sage femme libérale, représentant local du réseau périnatalité, un médecin généraliste

Calendrier

Etape	4 ^{ème} trim 2015	1 ^{er} trim 2016	2éme trim2016	4 ^{ème} trim 2016	1 ^{er} trim 2017	2 ^{ème} trim 2017	4 ^{ème} trim 2017	1 ^{er} trim 2018
Projet gynéco	Х	Х						
Partenariat ville		Х	Χ					
et CH								
Maillage		Χ	Χ				Χ	Χ
territorial								
Formalisation		Χ	Χ					
des parcours								
Développement					Χ	Χ	Χ	Χ
pédiatrie								

5. Filière santé mentale

Cette filière, outre le renforcement des effectifs en psychiatrie adulte et pédopsychiatrie, a pour objectif de construire un parcours de soins assurant :

- La réponse aux situations de crises
- Le lien entre le médecin généraliste et l'équipe de psychiatrie dans la prise en charge
- Une prise en charge partagée

Elle doit enfin assurer le renforcement du maillage territorial avec :

- Dans un 1^{er} temps les prises en charge sur Bressuire à partir de Thouars
- Dans un 2^{ème} temps les prises en charge sur le site de Faye l'Abbesse à partir de Thouars avec la question de l'articulation entre le service d'urgence de Faye l'Abbesse et le service de psychiatrie de Thouars

Cette filière s'inscrit dans la prospective du comité départemental en santé mentale avec la question de avenir des secteurs.

Les axes de travail

Un travail en commun des acteurs de la prise en charge en santé mentale permettant de définir la répartition des rôles de chacun : Médecins de ville et Psychiatres en particulier permettant une réponse optimale et efficiente dans le temps aux besoins des patients: réduction du délai pour les avis urgents, suivi des pathologies chroniques.

Ainsi le suivi régulier sans modifications de la pathologie sera pris en charge par le médecin traitant, alors que le suivi au long cours et les prises en charge de crise seraient assurés le psychiatre.

Le développement de l'offre de soins, eu égard à la démographie médicale utilisera entre autres les moyens de la télémédecine : Télé consultations et télé expertise entre médecins de ville et psychiatres.

Enfin un axe de développement devra être construit autour du travail sur la prise en charge des adultes handicapés.

A côté de ces axes de travail, le projet de filière devra mettre en œuvre les actions suivantes

Le développement de la filière de prise en charge pour les situations de crises

- IDE formée aux urgences
- Psychiatre dédié à ces prises en charge (projet validé par le pôle)
- Réflexion sur la création d'une unité d'hospitalisation de crise

Le développement de la prise en charge en géronto psychiatrie en lien avec le projet de la filière gériatrie du CH NDS et des EHPAD (GIR 7). <celui-ci comportera :

 L'Analyse des besoins et propositions de solutions : Renfort psychiatrique sur l'EMG, IDE formée en CS dans les EHPAD

A côté du développement de la filière de psychiatrie adulte, la filière de prise en charge en pédopsychiatrie devra elle aussi répondre aux besoins du territoire en prenant en compte le problème d'effectif médical pour répondre aux besoins, mais aussi une absence de lits et places dans ce domaine.

La filière passe par le renforcement des partenariats avec la maison des ados avec un objectif d'assurer la continuité de prise en charge entre les différents acteurs.

Elle comporte le développement des projets de réhabilitation sociale avec l'identification des structures concernées.

La création de lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie : HDJ sur le site de Thouars, lits en pédiatrie sur le site de Faye l'Abbesse.

L'ensemble du développement de cette filière doit passer par la construction d'un partenariat avec le CHU dans cette discipline.

6. Filière Addictologie

L'objectif essentiel est de renforcer la filière de prise en charge en addictologie en continuant le développement de cette activité pour mieux répondre aux besoins.

Les axes de travail retenus sont les suivants :

Le développement de l'addiction de liaison en intra et extra hospitalier.

Le développement du travail de l'ELSA territorial auprès des pôles de santé et des sites du CHNDS

- En développant un partenariat avec le CSAPA
- Développer le travail commun avec le CDAG

Le développement du travail sur les prises en charges des addictions : alcool, tabac, drogues en organisant la prise en charge entre les acteurs de la ville

La mise en œuvre de ces axes passera entre autres par la mise en œuvre des outils de télémédecine (avec déjà la mise en place du site internet du service).

Priorisation

Importance	:		<u> </u>	Très
important				
Difficulté: (<u> </u>	<mark>liffic</mark>	<mark>ile</mark>	
Impact: 3=	for	t		
Priorité : =	8			

Référent projet

• 2 médecins généralistes, chef du pôle psychiatrie, 2 psychiatres, chef de service addictologie, cadres du pôle psychiatrie, GIR 7, association usagers

Calendrier

Etape	4 ^{ème} trim 2015	1 ^{er} trim 2016	2éme trim2016	4 ^{ème} trim 2016	1 ^{er} trim 2017	2 ^{ème} trim 2017	4 ^{ème} trim 2017	1 ^{er} trim 2018
projet psychiatrie	X	X					X	X
projet pédopsychiatrie	Х	Х					Х	Х
projet addicto	Х	Х	Х					

C. Orientation n°3 : Construire les parcours de soins

Cette orientation a pour objectif central la création de parcours de soins optimisés et rationalisés au bénéfice du patient en respectant les règles suivantes :

« Le bon soin au bon moment, au bon endroit, à bon escient donc au moindre coût pour la collectivité »

Cet objectif passe par la mise en place de sites maillant l'ensemble du territoire et rapprochant l'offre de soins des populations les plus fragilisées

Ces parcours de soins vont se décliner sur les thématiques suivantes

- La prise en charge des urgences (prise en charge dite non programmée)
- Le parcours du patient dans sa prise en charge programmée
- Le projet territorial de soins palliatifs
- Le projet HAD

1. La prise en charge des urgences (prise en charge dite non programmée)

L'objectif est de construire une réponse adaptée à la demande de soins non programmée sur le territoire.

Le parcours de soins se décline à 3 niveaux :

- 1. De proximité immédiate
- 2. De territoire
- 3. Départemental et régional
- 1 La réponse de proximité est celle organisée au niveau le plus proche du patient

Les acteurs :

- Les pôles de santé et leurs cabinets
- L'organisation si nécessaire de consultations non programmées au sein du CH

Un schéma d'organisation

- L'organisation idéale est d'obtenir un maillage du territoire le plus serré possible pour assurer ces prises en charge.
- Le déploiement sera fait progressivement et construit avec chaque pôle de santé

2- Le deuxième niveau est celui de la prise en charge au centre hospitalier Nord Deux Sèvres

Celle-ci repose sur trois points centraux

- La prise en charge du non programmée est une des missions du service des urgences
- Elle intervient en complémentarité ou dans la suite de la prise en charge de proximité.
- Elle n'intervient que lorsque la réponse de prise en charge du CH NDS en hospitalisation directe (hospitalisation conventionnelle directe HDJ de semi urgences) ou consultations d'urgence différée est inadéquate

Cette prise en charge est une prise en charge immédiate avec ou sans recours aux moyens du plateau technique.

3- Le 3^{ème} niveau est celui de la prise en charge de l'urgence médicale vraie

Les filières de prise en charge territoriale départementales et régionales sont validées

- Filière territoriale Deux Sèvres avec le CH de Niort : Réanimation, cardiologie interventionnelle, prise en charge des AVC,
- Filière régionale avec le CHU: polytraumatismes

Globalement ce niveau territorial est défini sous la responsabilité de la tutelle avec un maillage définis par les textes réglementaires.

Deux niveaux de prises en charge sont proposés :

- Le niveau de proximité avec le développement des médecins pompiers et médecins correspondants SAMU sur la base du volontariat et assurant la prise en charge initiale
- Le niveau départemental avec les CH de Niort et Nord Deux Sèvres
 - assurant la prise en charge au sein des services d'urgences disposant du recours au plateau technique et aux médecins spécialisés
 - déployant l'organisation des transports d'urgence sous la régulation du SAMU avec les transports primaires et secondaires: 6000 transports ont été réalisés sur le département en 2014 répartis pour 2/3 au CH de Niort et 1/3 CH Nord Deux Sèvres.

L'ensemble de la construction, de l'organisation de ce 3^{ème} niveau doit se faire au niveau départemental. Les éléments suivants sont d'ores et déjà proposés :

- La construction du maillage territorial de proximité avec les pôles de santé et l'organisation de consultations non programmées
- La formation des médecins correspondants SAMU et le lien avec les médecins pompiers

Le projet partagé de la prise en charge des urgences entre les deux centres hospitaliers du département avec la poursuite des coopérations : garde Héli mûr et la création de postes partagées y compris pour les urgentistes en formation.

La mise en place de ces prises en charge des Consultations non programmées (comme l'organisation des consultations avancées) nécessite l'organisation des transports sur le département : lignes de transport à partir du site de Faye l'Abbesse vers les sites de Parthenay, Thouars et Bressuire par navettes routières.

Priorisation

•	Importance : 3= Très important					
•	Difficulté: <mark>③= peu difficile</mark>					
•	Impact: <mark>③= fort impact</mark>					
•	Priorité : = 9					

Référent projet

Présidents des pôles de santé, Président de la CME, DT ARS, Direction CHNDS, Responsable pôle urgences NIORT, responsable du service d'urgence du CH Nord Deux Sèvres

Calendrier

Etape	4 ^{ème} trim 2015	1 ^{er} trim 2016	2éme trim2016	4 ^{ème} trim 2016	1 ^{er} trim 2017	2 ^{ème} trim 2017	4 ^{ème} trim 2017	1 ^{er} trim 2018
projet de		Χ	Χ	Х	Χ			mise en
proximité								oeuvre
organisation		Х	Х	X	Х			mise en
territoriale								oeuvre
projet		Χ	Χ	Х				mise en
départemental								œuvre

2. Le parcours du patient dans sa prise en charge programmée

Ce parcours a pour objectif d'assurer un accès simple et rapide des patients aux différentes prestations offertes par les acteurs du territoire, mais aussi de fluidifier les parcours patients en évitant les recours aux urgences fautes de réponses programmées appropriées.

Le projet se décline, d'une part de la ville et des acteurs de santé vers le CH et d'autre part du CH vers la ville et les acteurs de santé.

Le parcours de la ville vers le CH a pour objectif d'organiser la coordination des prises en charge au niveau du CH. Il comporte :

• Des Infirmières dédiées 8H- 19H pour organiser le parcours du patient au sein de l'établissement, à la demande du médecin ou d'un autre professionnel avec pour mission l'organisation des prises en charge en Consultation, HDJ, et hospitalisation conventionnelle

• Ceci conduit à une organisation dédiée au sein des services hospitaliers et des consultations pour assurer cette prise en charge

Par ailleurs, le même parcours impose un maillage du territoire avec un projet de consultations avancées des spécialistes du site central de Faye l'Abbesse sur les sites de Parthenay et Thouars.

Dans ce domaine, les consultations déjà identifiées sont les consultations d'orthopédie, d'évaluation gériatrique, de gastro-entérologie et chirurgie digestive, de gynécologie, d'endocrinologie – diabétologie. Cette programmation sera à compléter.

Ce parcours se décline enfin par des interventions au sein des EHPAD par les équipes mobiles (gériatrie et EMSP) pour anticiper et préparer les recours éventuels.

En sens inverse, le parcours du centre hospitalier vers la ville repose principalement sur les projets suivants:

- Un projet de sortie construit en lien avec les professionnels médecins traitants, pharmaciens,
 IDE, Kiné, SAD, SSIAD
- Une organisation construite autour d'outils simples de communications type SMS
- Un accès partagé aux informations du patient
- Des staffs pour traiter les cas complexes
- Une interrelation avec les EHPAD sur le suivi des patients
- L'organisation des processus de réhabilitation rapide (pour les prises en charge en ambulatoire)

Priorisation

•	Importance : <mark>③= Très important</mark>
•	Difficulté: <mark>②= difficile</mark> ;
•	Impact: 3= fort impact

Référent projet

2 PH du CH, 1 médecins des pôles, Médecin EHPAD, direction CH NDS, 1 cadre de santé

Calendrier

Etape	4 ^{ème} trim 2015	1 ^{er} trim 2016	2éme trim2016	4 ^{ème} trim 2016	1 ^{er} trim 2017	2 ^{ème} trim 2017	4 ^{ème} trim 2017	1 ^{er} trim 2018
élaboration du projet		Х						
mise en œuvre				Х				
moyens de communication			Х	Х				
projet CS avancées				Х	Х	Х		Х

3. Le projet de prise en charge palliative

Il a pour objectif de développer un projet territorial de prise en charge palliative.

A l'heure actuelle la prise en charge palliative est développée autour des éléments suivants :

- Une répartition de lits de soins palliatifs sur les sites de Parthenay 8 Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP), Bressuire 2 LISP, Thouars 2 LISP et Mauléon 2 LISP
- Un point focal de prise en charge sur le site de Parthenay avec 8 lits dédiés
- Une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) avec un médecin à mi-temps intervenant en intra hospitalier et extra hospitalier (Domicile et EHPAD)

Les axes de développement du projet sont identifiés de la manière suivante:

- La mise en œuvre d'une information / formation sur la prise en charge palliative au niveau des professionnels mais aussi au niveau de la population. Ce travail est à mener en lien avec les associations d'usagers
- La formalisation d'un parcours de prise en charge patient entre domicile, CS, hospitalisation conventionnelle, HDJ, SSR, établissements médico sociaux
- L'organisation de la collaboration entre médecin de ville et équipe de soins palliatifs comprenant :
 - Concertations, décisions, prise en charge : utilisation des outils de communication du projet de télémédecine
 - Les prises en charge communes avec l'HAD
 - Des nouveaux moyens de réponses à travers les consultations de CS de soins palliatifs et les prises en charge en hospitalisation de jours de soins palliatifs

Dans une optique de moyen terme, il est proposé le travail sur la création d'une USP sur le site de Faye l'Abbesse. Ce projet devra prendre en compte les éléments décisionnels suivants :

- L'adéquation du projet avec le SROSS et la politique nationale
- La réponse aux besoins sur le département des Deux Sèvres
- Le dimensionnement de l'USP et de son équipe

Priorisation

Importance: 3= Très important
 Difficulté: 3= peu difficile
 Impact: 2= impact moyen;
 Priorité: = 7

Référent projet

Médecin EMSP, Médecin du CH en SP, 1 médecin de ville, 1 médecin EHPAD, 1 représentant des usagers, cadre CH et EHPAD

Calendrier du projet

Etape	4 ^{ème} trim	1 ^{er} trim	2éme	4 ^{ème} trim	1 ^{er} trim	2 ^{ème} trim	4 ^{ème} trim	1 ^{er} trim
	2015	2016	trim2016	2016	2017	2017	2017	2018
organisation du		Х	Х					
projet								
parcours de				Х				
soins formalisé								
nouveaux				Χ	Х			
moyens								
projet USP							Χ	

4. Projet de l'hospitalisation à domicile

Le diagnostic du projet médical a mis en avant un certain nombre de constats dont les principaux sont les suivants :

- La HAD est une prise en charge nécessaire en alternative à l'hospitalisation et nécessaire pour améliorer les parcours de soins patient et l'efficience des services d'hospitalisation
- Un important travail d'information a été réalisé depuis plus d'un an et des collaborations qui se dessinent sur le Bocage bressuirais en particulièrement et avec certains praticiens du centre hospitalier.
- Il n'en demeure pas moins que les objectifs de progression de l'utilisation de la HAD encore importants

Les axes de travail retenus pour développer l'HAD sont centrés sur :

- Une définition précise du rôle de chacun des acteurs en particulier celui du médecin du patient est à formaliser.
- Une coordination est à construire entre médecins généralistes, médecin HAD, médecins du CH mais aussi entre les professionnels para médicaux intervenant auprès du patient.
- Un travail de coordination HAD <->SSIAD est à construire

La mise en œuvre de ce projet nécessite de traiter les problématiques de la rééducation à domicile avec en particulier celui de la disponibilité des rééducateurs.

Les domaines à développer sont déjà identifiés et sont représentés par :

- La nutrition
- Les soins palliatifs

- Les alternatives au SSR après hospitalisation conventionnelle et l'HAD en sortie de SSR
- Les prises en charge HAD en EHPAD sur les pansements lourds et les problèmes plaies et cicatrisations

Comme nombre des orientations de ce projet médical, il nécessite des outils de suivi commun entre les acteurs HAD, service du CH, Pôle de santé comportant :

- Des tableaux de bord de suivi de la HAD
- Une analyse commune des difficultés : impossibilité de prise en charge

Plus largement, enfin le projet HAD doit comporter les dimensions suivantes :

- Un projet plus largement intégré dans le projet de sortie : réactivité, construction précoce au CH du projet de sortie
- Une réflexion et des projets à construire sur des réponses innovantes à de nouveaux problèmes, en particulier les prises en charge sociales
- Un projet qui doit se construire en lien avec les pratiques innovantes en matière de retour à domicile: PRADO en obstétrique et orthopédie
- Des objectifs qualitatifs et quantitatifs à fixer à partir de la mise en œuvre du tableau de bord
- Une HAD territoriale du Nord deux Sèvres basée sur le site de Parthenay

Priorisation

•	Importance : <a>©=important
•	Difficulté: <mark>②= difficile</mark> ;
•	Impact: <mark>③= fort impact</mark>
•	Priorité : = 7

Référents du projet

Médecin coordonnateur et directeur HAD, Médecins des deux pôles de santé, Cadre du CH et cadre HAD, GIR 7, direction des soins CH, responsables pôle du CH

Calendrier

Etape	4 ^{ème} trim 2015	1 ^{er} trim 2016	2éme trim2016	4 ^{ème} trim 2016	1 ^{er} trim 2017	2 ^{ème} trim 2017	4 ^{ème} trim 2017	1 ^{er} trim 2018
Mise en place	Χ							
GT								
tableau de bord	Χ	Х						
coordination		Х						
médicale								
staffs			Χ					
Mise en place				X	Х			
démarches								
innovantes								

D. Orientation n°4 : Promouvoir une médecine de qualité et de prévention

1. Le projet éducation thérapeutique

Il aura pour objectif de développer un projet mutualisé entre ville-hôpital sur l'éducation thérapeutique.

Les acteurs recensés sont en premier lieu l'association ASALEE, puis les équipes du CH et enfin les associations d'usagers.

La mise en œuvre de ce programme s'appuie sur la mise en place d'une cellule de coordination en charge de la formation, de la méthodologie, de la préparation des dossiers d'agréments. Elle sera composée d'une coordinatrice du CH, de la coordination ASALEE et des différents responsables des programmes

Les projets d'éducation thérapeutique sont identifiés pour les thématiques suivantes :

L'insuffisance cardiaque : ASALEE

• Le diabète : ASALEE

- Les troubles nutritionnels
- L'insuffisance respiratoire

L'éducation thérapeutique pourra et devra se développer au bénéfice des patients suivants :

- En pédiatrie
- Chez la femme enceinte
- Chez les personnes âgées et leurs aidants

Priorisation

• Importance : 3= Très important

• Difficulté: 3= peu difficile

• Priorité : = 8

Groupe référent

Responsable ASALEE, Responsable CH, Médecins des pôles, Praticiens CH

Calendrier de mise en œuvre

Etape	4 ^{ème} trim 2015	1 ^{er} trim 2016	2éme trim2016	4 ^{ème} trim 2016	1 ^{er} trim 2017	2 ^{ème} trim 2017	4 ^{ème} trim 2017	1 ^{er} trim 2018
Cellule ET	Χ	Χ						
Mise en œuvre des projets coordonnés			X	X				
Développement des nouveaux projets					X	X		

2. Le projet qualité et gestion des risques

Il a pour objectif la construction d'un programme territorial qualité et gestion des risques.

Son organisation repose sur une cellule d'expertise territoriale animée par l'équipe du centre hospitalier et renforcée par les équipes des partenaires du territoire : EHPAD, Pôle de santé, GIR 7.

L'association des différentes structures permet de mutualiser la prise en charge des coûts salariaux de l'équipe territoriale partagée en association avec une équipe de maîtrise du risque infectieux.

Les thématiques communes aux acteurs de santé dans ce domaine sont identifiés et portent sur :

- Un projet de prise en charge de la douleur dans une démarche transversale à construire à partir des services hospitaliers : il permet de réunir l'équipe douleur chronique, les responsables du CLUD avec les EHPAD et les pôles de santé
- Le travail sur la qualité de la prescription médicale sera développé en lien avec les gériatres, la pharmacie, les médecins de ville. sur les bases régionales de l'OMEDIT
- Il en sera de même dans le domaine de la maîtrise des anti- infectieux
- Un travail commun sur la sécurité des soins (analyse commune des dysfonctionnements et des évènements indésirables) et construction des plans d'action sera mené.
- Un projet de création d'une Equipe opérationnelle Hygiène du territoire sera étudié.

De façon plus globale, un programme de formation qualité et gestion des risques, en particulier formation d'auditeurs territoriaux, sera construit.

De même un projet de réalisation des Evaluations de Pratiques Professionnelles (EPP) et un projet DPC seront ainsi ouvert à l'ensemble des praticiens du territoire comme des sages –femmes et des paramédicaux.

Pour ce faire la cellule de coordination devra disposer d'outils communs : référentiel qualité, procédure et protocoles, gestion documentaire centralisée.

Priorisation

•	Importance : <mark>③= Très important</mark>					
•	Difficulté: 3= peu difficile					
•	Impact: <a>②= impact moyen ; <a>③= fort impact					
•	Priorité : = 8					

Groupe référent

Ingénieur qualité CH, PH douleur, GIR 7, pharmacien, PH hygiéniste

Calendrier de réalisation

Etape	4 ^{ème} trim 2015	1 ^{er} trim 2016	2éme trim2016	4 ^{ème} trim 2016	1 ^{er} trim 2017	2 ^{ème} trim 2017	4 ^{ème} trim 2017	1 ^{er} trim 2018
cellule qualité		Χ	Χ					
projet de			Χ					
formation								
projet douleur		Χ	Χ					
Analyse				Χ	Х			
gestion des								
risques								
EPP et DPC			Χ	Χ				

3. Création d'un groupe éthique

Le diagnostic a permis de mettre en évidence l'inexistence en tant que tel d'un comité éthique en place sur le territoire, même si des démarches et réflexions sont menées sur le sujet.

L'objectif du projet est donc de créer dans le cadre du réseau ville hôpital une structure commune aux acteurs du réseau de réflexion éthique. Ce processus intéresse l'ensemble des acteurs du réseau ville hôpital : praticiens, paramédicaux, et usagers.

Dans ce cadre, il paraît aussi intéressant de donner la parole aux acteurs de la société civile.

Les domaines médicaux impliqués sont vastes : cancérologie, gériatrie, Soins palliatifs, psychiatrie.

Les axes de travail à prévoir pour réaliser ce projet sont donc les suivants :

- Définir la composition du groupe : acteurs du territoire, ouverture ou non à des acteurs externes,....)
- Définir son organisation (charte du groupe éthique): rythme de rencontre, ordre du jour, modalités de suivi des actions,.....

3 grands domaines de travail ont été identifiés sans pour autant qu'ils soient limitatifs:

- Etude et proposition de prise en charge sur des cas précis (Staff)
- Réflexion commune et débat sur des sujets éthiques de portée plus générale
- Travail avec l'espace éthique Poitou Charentes(Poitiers)

Priorisation

•	Importance : <mark>@=important</mark>					
•	Difficulté: <mark>②= difficile</mark> ;					
•	lmpact: <mark>②= impact moyen</mark>					
•	Priorité : =6					

Groupe référent

Président CME, Président des pôles, Président association usagers, Président GIR 7, équipe qualité CH

Calendrier de réalisation

Etape			2éme		1 ^{er} trim			1 ^{er} trim
	2015	2016	trim2016	2016	2017	2017	2017	2018
organisation du			X					
groupe								
Construction du			Х	X				
programme								
démarrage					Х	Х		

