



PROJET MEDICAL

2017-2021

DU CENTRE HOSPITALIER

NORD DEUX SEVRES

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| PREAMBULE..... | 4 |
| INTRODUCTION | 5 |
| LE CONTEXTE REGLEMENTAIRE | 5 |
| LES VALEURS DU PROJET MEDICAL | 5 |
| LES PRINCIPES..... | 5 |
| LE CENTRE HOSPITALIER NORD DEUX-SEVRES DANS SON ENVIRONNEMENT | 6 |
| LES ENJEUX DU PROJET MEDICAL 2017 – 2021..... | 7 |
| LE PROJET MEDICAL ET SES ORIENTATIONS STRATEGIQUES | 8 |
| LES FILIERES ET RESEAUX DE PRISE EN CHARGE DU CENTRE HOSPITALIER NORD DEUX-SEVRES | 8 |
| ORIENTATION N°1 : DEFINIR ET METTRE EN ŒUVRE LES ORGANISATIONS NECESSAIRES A LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET MEDICAL..... | 12 |
| Gouvernance et pôles médicaux :..... | 12 |
| Politique de recrutement..... | 15 |
| Accueil et orientation des patients..... | 16 |
| Communication et système informatique | 17 |
| Comité d'éthique | 18 |
| ORIENTATION N°2 : CONSTRUIRE LES FILIERES ET RESEAUX DE PRISE EN CHARGE..... | 19 |
| FILIERES ET RESEAUX DE GERIATRIE | 19 |
| FILIERES ET RESEAUX DE CANCEROLOGIE..... | 22 |
| FILIERES ET RESEAUX DE LA SANTE MENTALE | 25 |
| FILIERES ET RESEAUX EN ADDICTOLOGIE..... | 26 |
| FILIERES ET RESEAUX DE PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DU NON PROGRAMME | 29 |
| FILIERES ET RESEAUX "FEMME-MERE-ENFANT" | 32 |
| ORIENTATION N°3 : ORGANISER LES PARCOURS PATIENTS EN LIEN AVEC LE TERRITOIRE..... | 33 |
| MEDECINE POLYVALENTE ET DE SPECIALITES..... | 33 |
| CHIRURGIE | 35 |
| SOINS DE SUITES ET DE REEDUCATION (SSR)..... | 39 |
| HOSPITALISATION A DOMICILE..... | 42 |
| ORIENTATION N°4 : PROMOUVOIR UNE MEDECINE DE QUALITE ET DE PROXIMITE AU TRAVERS DES PROJETS TRANSVERSAUX..... | 43 |
| LE PROJET DES SOINS PALLIATIFS | 43 |
| LE PROJET DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR..... | 43 |
| EDUCATION THERAPEUTIQUE | 45 |
| POLITIQUE QUALITE ET GESTION DES RISQUES..... | 45 |
| MEDICO-TECHNIQUE | 48 |
| ORIENTATION N°5 : DEVELOPPER LES PARTENARIATS DU CH..... | 56 |

| | |
|---|------------|
| ANNEXES | 59 |
| Les grandes orientations du projet médical et de santé du territoire Nord Deux-Sèvres..... | 59 |
| Projet medical partagé du Groupement Hospitalier de territoire..... | 74 |
| Politique qualité et gestion des risques | 77 |
| Parcours patient | 80 |
| La méthodologie de réalisation du projet médical | 84 |
| Le diagnostic stratégique du projet médical..... | 85 |
| LES ENJEUX DE SANTE DU TERRITOIRE DETERMINANTS DE SANTE..... | 85 |
| L'analyse de l'activité..... | 88 |
| La synthèse du diagnostic | 100 |

PREAMBULE

L'objectif médical du centre hospitalier Nord Deux-Sèvres (CHNDS) est d'assurer à la population du territoire Nord Deux-Sèvres, des soins conformes aux bonnes pratiques et respectueux des usages socio-culturels.

Pour ce faire le CHNDS doit :

- ✓ Garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité,
- ✓ Mettre en place une gradation des soins hospitaliers,
- ✓ Développer des stratégies médicales et soignantes de territoire, orientées par les besoins de santé du territoire,
- ✓ Elaborer un projet médical partagé qui porte sur toutes les activités et organise une offre de soins de proximité et de recours,
- ✓ Se positionner dans les réseaux médico-sociaux du territoire et de la région,
- ✓ S'intégrer aux filières de prises en charge,
- ✓ Organiser l'ensemble des parcours de soins en :
 - coordonnant les soins ville-hôpital et inter-hospitaliers,
 - protocolisant les coopérations interprofessionnelles,
 - participant à l'éducation thérapeutique et en développant la télémédecine.

INTRODUCTION

LE CONTEXTE REGLEMENTAIRE

L'article L.6143-2 du Code de la Santé Publique de la Loi 21 Juillet 2009 indique « **Le projet d'établissement** définit, notamment sur la base du **projet médical**, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social. ».

Le projet médical définit la stratégie médicale de l'établissement.

LES VALEURS DU PROJET MEDICAL

Le présent projet médical porte les valeurs intrinsèques qui doivent permettre de :

- ✓ garantir la qualité et la sécurité des soins,
- ✓ assurer les prises en charge dans des délais optimaux pour la santé des patients et en particulier, l'accueil de toute urgence médicale,
- ✓ garantir la continuité des soins,
- ✓ garantir l'humanisme dans la globalité de la prise en charge, le respect et la bienveillance,
- ✓ informer fidèlement les patients et leurs personnes de confiance,
- ✓ lutter pour la dignité des patients et contre la douleur physique et morale,
- ✓ intégrer aux soins la valence psycho-sociale,
- ✓ respecter les règles, la déontologie, et tout particulièrement le secret professionnel et la confidentialité.

LES PRINCIPES

L'organisation des soins est à la fois médicale et sociale ; elle associe la ville et l'hôpital et s'inscrit dans un territoire inter-hospitalier.

Les pratiques médicales sont guidées par un souci d'efficacité afin de garantir qualité et sécurité au meilleur coût.

L'organisation et la réalisation des soins s'inscrivent dans une démarche qualité ; celle-ci implique la participation des usagers, l'évaluation vigilante des pratiques et la prise en compte des événements indésirables (étude et mesures correctives).

La gouvernance à tous les niveaux du Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres doit rechercher la cohérence entre les besoins, les moyens et les organisations.

La gouvernance se base sur le partage des informations, de l'attention et de la réponse aux interrogations et aux objections.

La gouvernance s'appuie sur une culture positive de l'erreur, la faute professionnelle étant de ne pas déclarer une erreur et/ou de ne pas en tenir compte.

LE CENTRE HOSPITALIER NORD DEUX-SEVRES DANS SON ENVIRONNEMENT

Le centre hospitalier, pôle de référence du territoire :

Le Nord Deux-Sèvres (territoire du Bocage, de la Gâtine et du Thouarsais) se situe à l'interface des régions Nouvelle Aquitaine, Centre et Pays de la Loire.

Le Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres (CHNDS) est issu de la fusion, des hôpitaux de Bressuire, Parthenay et Thouars, le 1^{er} janvier 1996. Il existe une direction commune avec l'hôpital de Mauléon, depuis le premier février 2009.

Le Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres est membre fondateur du Groupement Hospitalier de Territoire Des Deux-Sèvres (GHT 79), constitué avec les établissements du Groupement Hospitalier du Haut Val de Sèvre et du Mellois, du Centre Hospitalier de Mauléon, et du Centre Hospitalier de Niort. Le CHNDS regroupera prochainement les activités de Médecine, chirurgie et Obstétrique (MCO) sur le plateau médico-technique de Faye l'Abbesse. Ce plateau sera réalisé aux standards actuels de la qualité environnementale.

Les besoins de proximité seront assurés par le maintien de "portes d'entrée" sur Thouars et Parthenay.

En 2016, les équipes du centre hospitalier ont réalisé dans l'ensemble des champs du sanitaire et du médico-social, les prises en charge suivantes :

| ACTIVITE 2016 NORD DEUX SEVRES | MCO | SSR | PSY | EHPAD USLD SSIAD |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|---------------------|
| Nb de journées HC | 75 534 | 34 223 | 24 037 | 145 925 |
| Nb de journées Hospit Partiel | | 706 | 16 767 | |
| Nb de séjours ambulatoire MCO | 7 493 | | | |
| Nb de séances MCO | 1 620 | | | |
| Nb d'actes ambulatoire PSY | | | 34 651 | |

| | | | |
|-----------------------------|-------|------------------------|--------|
| Nb de naissances | 862 | Passages aux urgences | 46 896 |
| Interventions chirurgicales | 7 395 | Nb de consult. ext MCO | 83 372 |
| Endoscopies | 7 527 | | |

La **mobilisation de l'ensemble de la communauté hospitalière mais aussi de la communauté territoriale**, autour de la construction et la mise en œuvre du projet médical 2017-2021, est un enjeu majeur pour la vie du Centre Hospitalier et son développement.

Le projet médical doit permettre de proposer une **vision stratégique du développement de l'activité** à l'horizon 2021 et l'amélioration de la prise en charge en réponse aux besoins de santé. Il constitue donc le point d'ancrage de l'activité, du développement et des projets de l'établissement.

Le projet médical est un projet de la communauté médicale, construit à partir du diagnostic et des projets des praticiens hospitaliers et de l'ensemble des acteurs contribuant à la prise en charge des patients. Porté par l'ensemble de l'institution et validé par les tutelles, il sera donc un **outil de travail commun à tous** les acteurs.

Il est bâti en lien direct avec le projet médical et de santé du territoire Nord Deux-Sèvres (PMST) dont il représente le maillon hospitalier.

En présentant les orientations stratégiques et les projets de développement des différentes disciplines, le projet médical représente par ailleurs **un des éléments d'attractivité** du Centre Hospitalier pour les futurs praticiens qui doivent être recrutés afin d'assurer la relève des générations.

LE PROJET MEDICAL ET SES ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Le Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres souhaite inscrire son projet médical dans une dynamique d'ancrage territorial et de développement de son activité. Dans un contexte financier tendu et de réorganisation de l'offre de soins sur le territoire, l'établissement entend asseoir son positionnement de proximité, développer de nouveaux modes de prises en charge, plus adaptés aux besoins et répondant à une logique d'efficacité. La démarche médicale repose sur :

- ✓ La notion de filières de prises en charge
- ✓ La déclinaison des principaux projets
- ✓ L'organisation proposée au sein du Centre hospitalier

LES FILIERES ET RESEAUX DE PRISE EN CHARGE DU CENTRE HOSPITALIER NORD DEUX-SEVRES

Le projet médical repose sur les filières de prise en charge des patients, tant au sein du territoire Nord Deux-Sèvres qu'au sein du Centre Hospitalier.

Elles sont ici décrites afin de servir de « fil rouge » à la déclinaison des projets du CHNDS.

| FILIERES | OBJET | DESCRIPTION |
|--|---|--|
| FILIERES EXISTANTES | | |
| Quelques filières sont parfaitement organisées et institutionnalisées, toutefois il apparaît que ces filières sont tronquées, ne permettant pas une description complète des parcours de soins. | TRAUMATISÉ GRAVE | <ul style="list-style-type: none"> - smur du chnds - transfert direct au "trauma center" du chu de poitiers ou chu de tours pour les enfants |
| | OBSTÉTRIQUE | <ul style="list-style-type: none"> - consultations avancées à parthenay et thouars - maternité de niveau 2a à bressuire puis faye-l'abbesse - partenariat avec la maternité niveau 3 du chu de poitiers |
| | CARDIOPATHIE CORONARIENNE | <ul style="list-style-type: none"> - SMUR ET URGENCES DU CHNDS - TRANSFERT DIRECT SALLE DE CORONAROGRAPHIE DU CH DE NIORT |
| | ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL | <ul style="list-style-type: none"> - SMUR ET URGENCES DU CHNDS - TRANSFERT DIRECT UNV DU CH DE NIORT OU DU CHU DE POITIERS (THROMBECTOMIE) |
| FILIERES EXISTANTES EN PRATIQUE | | |
| Il existe des filières qui se sont constituées au fil du temps sans avoir bénéficié d'une contractualisation. Si elles permettent les prises en charges elles sont segmentaires et les parcours de soins se font de gré à gré. | CHIRURGIE COMPLEXE DE LA MAIN | <ul style="list-style-type: none"> - URGENCES DU CHNDS - TRANSFERT CHIRURGIE DE LA MAIN DU CHU DE POITIERS OU DE LA CLINIQUE SAINT-LEONARD D'ANGERS |
| | PÉDIATRIE | <ul style="list-style-type: none"> - smur et urgences du chnds - hospitalisation en pédiatrie à niort, cholet ou saumur - transfert direct au chu de poitiers ou de tours en fonction de la gravité |
| | GRANDS BRÛLÉS | <ul style="list-style-type: none"> - SMUR DU CHNDS - TRANSFERT PRIMO-SECONDAIRE VERS LE CHU DE NANTES |
| | HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE ET ONCOLOGIE DIGESTIVE | <ul style="list-style-type: none"> - MÉDECINS TRAITANTS, URGENCES DU CHNDS - GASTROENTÉROLOGIE OU CHIRURGIE VISCÉRALE - RCP D'ONCOLOGIE AVEC LE CHU DE POITIERS - EMSP ET DOULEUR |

| FILIERES A CONSTRUIRE | | |
|--|--|---|
| | OBJET | DESCRIPTION |
| <p>Le plateau technique de Faye l'Abbesse permettra de pérenniser et de développer une offre médico-chirurgicale d'expertise, d'exploration et de soins interventionnels.</p> <p>Le CHNDS doit porter la volonté de s'insérer pleinement dans les filières de soins, en développant une offre de référence pour son territoire.</p> <p>La population à l'instar de tous les territoires est vieillissante et il convient de créer un pôle gériatrique en conséquence.</p> <p>Mais le CHNDS doit également affirmer son rôle dans la prise en charge des adultes, des mères et des enfants.</p> | CARDIOLOGIE | <p>PATHOLOGIE CORONARIENNE AIGUË</p> <p>SMUR Urgences du CHNDS / Unité de coronarographie du CH de Niort / USIC / Cardiologie CHNDS / SSR Cardiologie CHNDS / Médecins traitants</p> <p>CARDIOPATHIE</p> <p>Médecins traitants / SMUR Urgences du CHNDS / Cardiologie CHNDS / SSR cardiologie CHNDS / Médecins traitants</p> <p>RYTHMOLOGIE</p> <p>Médecin traitants / SMUR Urgences du CHNDS / SSC cardio CHNDS / Cardiologie CHNDS / SSR cardiologie CHNDS / Médecins traitants</p> |
| | PNEUMOLOGIE | <p>Médecin traitants / SMUR, Urgences du CHNDS / Médecine CHNDS / Pneumologie CH Niort ou CHU Poitiers / SSR CHNDS / Médecins traitants</p> |
| | NEUROLOGIE | <p>NEURO-VASCULAIRE</p> <p>SMUR / Urgences CHNDS / UNV CH Niort ou CHU Poitiers (thrombectomie) / SSR CHNDS / Médecins traitants</p> <p>NEUROLOGIE</p> <p>syndrome canalaire, pathologie extra-pyramidale, sclérose en plaque, épilepsie, céphalée aiguë et chronique, poly-neuropathies.</p> <p>Médecins traitants / Urgences / Neurologie CHNDS</p> |
| | ENDOCRINOLOGIE DIABÉTOLOGIE | Médecins traitants / Urgences / Médecine interne CHNDS |

| FILIÈRES A CONSTRUIRE | OBJET | DESCRIPTION |
|------------------------------|--------------------------------------|--|
| | ORTHOPÉDIE | Traumatologie, pathologies dégénératives. Médecins traitants / Urgences / Orthopédistes / SSR CHNDS |
| | SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES | Ophtalmologie, ORL, stomatologie Médecins traitants / Urgences / Spécialistes |
| | UROLOGIE | Médecins traitants / Urgences / Urologues |
| | DERMATOLOGIE | Plaies et cicatrisation |

| | | |
|--|--------------------------|---|
| | | Médecins traitants / consultations spécialisées |
| | FEMME MÈRE ENFANT | A travers les réseaux de périnatalité et pédiatriques |
| | GÉRIATIE | <p>Médecins traitants</p> <p>Equipe mobile de gériatrie</p> <p>Consultation mémoire et d'évaluation gériatrique</p> <p>Unité de Gériatrie Aiguë UGA</p> <p>Unité Cognitivo-Comportementale UCC</p> <p>Hébergement</p> <p>Géronto psychiatrie</p> <p>Onco gériatrie</p> <p>Chirurgie gériatrique</p> |
| | PSYCHIATRIE | <p>Médecins traitants / Psychiatres secteur privé</p> <p>SAU / UHCD du CHNDS</p> <p>Unité d'hospitalisation adolescent / MDA : intersectoriel à Niort</p> <p>Pédiatrie des CH de Niort et Cholet</p> <p>CH / CHU / Cliniques / UMD et autres structures spécifiques</p> <p>Post cures / Centre de rehabilitation et de reinsertion socio professionnelle</p> <p>Réseau medico social / MDR / foyers logements</p> |

Développement et dynamisation sont les maîtres mots des présents projets, qui se déclinent autour de **cinq orientations stratégiques** :

- **Orientation n°1 : Définir et mettre en œuvre les organisations et fonctionnements nécessaires à la réalisation du projet médical**
 - Les principes et modalités de la gouvernance de l'établissement et de ses pôles
 - La politique de recrutement médical
 - L'organisation de l'accueil et de l'orientation des patients
 - L'organisation des soins
 - Les modes de communication, de traitement et de gestion de l'information.

- **Orientation n°2 : Construire et faire fonctionner les filières et réseaux de prise en charge des patients**
 - Filières et réseaux gériatriques
 - Filières et réseaux en cancérologie
 - Filières et réseaux « femme-mère-enfant »
 - Filières et réseaux en santé mentale
 - Filières et réseaux des patients non programmés et des urgences

- **Orientation n°3 : Organiser les parcours patients en lien avec le territoire**
 - Projet de la médecine de spécialités
 - Projet de la chirurgie
 - Projet des soins de suites et de réadaptation (SSR)
 - Hospitalisation à domicile (HAD)

- **Orientation n°4 : Promouvoir une médecine de qualité et de proximité au travers des projets transversaux**
 - La prise en charge palliative
 - La prise en charge de la douleur
 - Le développement de l'éducation thérapeutique
 - La politique qualité et gestion des risques
 - Les projets du pôle médico technique :
 - Pharmacie-stérilisation
 - Laboratoire
 - Imagerie
 - Hygiène

- **Orientation n°5 : Développer les partenariats du centre hospitalier**
 - Le projet du Groupement Hospitalier de Territoire
 - Les partenariats avec
 - le CHU de Poitiers
 - les réseaux d'activité et de prise en charge.

ORIENTATION N°1 : DEFINIR ET METTRE EN ŒUVRE LES ORGANISATIONS NECESSAIRES A LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET MEDICAL

Gouvernance et pôles médicaux :

Principes et cadre de la gouvernance :

La gouvernance dans le cadre de la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST), est basée sur la collaboration des acteurs : usagers, soignants, tutelles, élus...

La gouvernance est portée par la recherche de cohérence entre les besoins, les moyens et les organisations.

La gouvernance nécessite le partage des informations, l'attention et la réponse aux objections, la culture positive de l'erreur. Elle adopte une culture "qualité & risques".

Qualité et sécurité :

La qualité et la sécurité des soins est au centre des organisations et pratiques du CHNDS. Le comité de pilotage de la qualité et de la gestion des risques coordonne les différentes instances chargées de la qualité et de la gestion des risques :

- ✓ Commission des Relations avec les Usagers et Qualité
- ✓ Commission d'évaluation des pratiques professionnelles
- ✓ Cellule opérationnelle des vigilances et des risques
- ✓ Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
- ✓ Sécurité transfusionnelle et hémovigilance
- ✓ Bon usage du médicament

Conseils:

Des cellules-conseils d'acteurs sont au service de la gouvernance. Les cellules-conseils étudient et émettent des avis et propositions aux instances.

- ✓ COMPÉTENCES ET SAVOIRS
- ✓ SYSTÈME D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION
- ✓ EQUIPEMENT MATÉRIEL ET LOGICIEL
- ✓ ORGANISATION DES SOINS ET PRODUCTIVITÉ

Organisation en pôles :

Le centre hospitalier est organisé en 8 pôles dont l'existence et le fonctionnement sont perfectibles. LES OBJECTIFS SONT DONC DE DEFINIR UNE ORGANISATION POLAIRE EFFICIENTE ET D'intégrer dans la gouvernance, le fonctionnement par pôles.

Les pôles actuels sont au nombre de 8 : Médecine et spécialités, Transversal médical, Personnes âgées, Chirurgie et Hépatogastro-Entérologie, Urgences, Psychiatrie-addictologie, Femme-mère-enfant et Médico technique.

Principes constitutifs des pôles

La cohérence et l'efficacité des pôles se basent sur la communauté de projets et de processus des structures constitutives du pôle.

Les pôles doivent répondre à la nécessaire cohérence médico-économique des soins. Les nouveaux pôles regrouperont les services sur la base d'une logique médicale, pour créer une culture entrepreneuriale en leur

sein ; soignants, agents, managers partageant les objectifs, les moyens, les contingences pour élaborer les projets, les organisations et processus de soins.

Tableaux de bord des pôles :

Les tableaux de bord des pôles du CHNDS doivent tracer les indicateurs répondants à l'exigence d'efficacité du CHNDS, des pôles et des services/unités de soins (US) :

L'efficacité est fonction de la qualité, de la sécurité, de l'activité et des coûts.

La Qualité s'apprécie du point de vue des usagers, des soignants et des tutelles. Elle concerne l'accueil des patients et du public, l'information des patients et des personnes de confiance, la communication, les relations interhumaines, les soins tant de prévention que curatifs, le suivi des patients,...

La Sécurité nécessite la déclaration exhaustive des événements indésirables, leur classification, leur traitement, la mise en œuvre de correction et leur suivi. Il s'agit de mesurer la démarche d'évaluation corrective continue : au niveau des unités, des interfaces de ces unités et pour l'ensemble de l'établissement.

L'activité concerne l'éducation, les soins préventifs et curatifs ainsi que la réadaptation.

Les coûts sont pour les usagers le renoncement aux soins, pour les soignants la pénibilité et la morbidité, pour les tutelles le coût financier.

Aussi la mise en place de tableaux d'indicateurs par pôle, services, unités, permettant l'évaluation de la qualité, la sécurité, l'activité et les coûts des soins passera par la détermination des indicateurs qui doivent être sensibles, fidèles, reproductibles et faciles à renseigner. Ils seront définis par le projet de pôle et annexés au projet médical

L'organisation en pôles devra prendre en compte les diverses spécificités médicales :

Information médicale

Le Département d'Information Médical (DIM) est un service transversal à l'interface de l'administration et des soins. Dans le cadre du GHT il est fédéré avec les autres DIM du territoire de santé.

Médecine polyvalente et spécialités médicales et chirurgicales

Le CHNDS est le pôle de référence du territoire Nord Deux-Sèvres pour l'accès aux soins.

Il est primordial d'afficher et de mettre en œuvre un pôle qui offre l'accès à tous les soins de spécialités afin d'éviter une fuite de la patientèle.

Le CHNDS a l'ambition de conforter et de développer la médecine et chirurgie interventionnelle. Cette ambition sera assurée par la mise en fonctionnement du plateau technique moderne sur le site hospitalier de Faye l'Abbesse.

Femme-mère-enfant

Le CHNDS doit affirmer sa vocation d'hôpital général et, en particulier, offrir les soins aux femmes, aux mères et aux enfants. C'est un axe essentiel qui doit prendre toute sa place en alliant la proximité et l'excellence, dans un pôle dédié.

Gériatrie

Le CHNDS doit répondre à la demande de soins gériatriques qui sera exponentielle. L'organisation de la gériatrie est cadrée par la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique. Cette filière est intégrée aux réseaux gériatriques et à la médecine de ville.

Santé mentale

Le CHNDS assure la prise en charge des enfants, des adultes, ainsi que de l'addictologie pour les secteurs de Bressuire et de Thouars ; le secteur de Parthenay dépendant du CH de Niort.

Urgences

Les urgences doivent répondre aux besoins de la population en garantissant une prise en charge dans les meilleurs délais pour tout patient et toute pathologie (population à moins de 30 minutes d'un urgentiste). Il doit pouvoir prodiguer le diagnostic, le traitement initial et diriger les patients vers les filières adaptées à chaque cas.

Médico-technique

Les activités médico-techniques sont le support de toutes les autres : la biologie, l'imagerie, la pharmacie-stérilisation, l'équipe opérationnelle d'hygiène et le bloc opératoire.

Ce projet est fondamental pour la préservation et le développement de l'ensemble des activités du centre hospitalier. A l'heure actuelle plusieurs disciplines disposent de postes vacants, certaines spécialités sont absentes et les départs en retraite prévus devront amener à remplacer des praticiens.

Cette politique s'appuiera sur les études de la cellule compétence et savoir qui est chargée d'une étude des moyens et besoins. Les besoins sont stratifiés en 5 niveaux :

1. Disciplines assurées ponctuellement (hématologie, pneumologie,...)
2. Disciplines en danger car reposant sur un seul praticien ou très déficitaires (cardiologie, diabétologie, endocrinologie, neurologie, rhumatologie...),
3. Disciplines souffrant d'un déficit de praticiens qui met en cause sa pérennité (anesthésie, gynéco-obstétrique, pédiatrie, psychiatrie...)
4. Disciplines souffrant d'un déficit de praticiens engendrant des difficultés de fonctionnement (gériatrie, imagerie, urgences...),
5. Disciplines nécessitant un suivi pour maintenir les effectifs (biologie, chirurgie viscérale, pharmacie, orthopédie, urologie...)

La politique de recrutement s'emploiera à :

- ✓ considérer l'attractivité des postes proposés afin de se donner les moyens de conserver les praticiens et d'en attirer de nouveaux.
- ✓ intégrer cette politique dans le cadre du GHT et des partenariats avec les CHU (Poitiers mais aussi Bordeaux, Limoges ...)
- ✓ mettre en place de nouveaux modes d'exercice, postes partagés, télé-médecine...

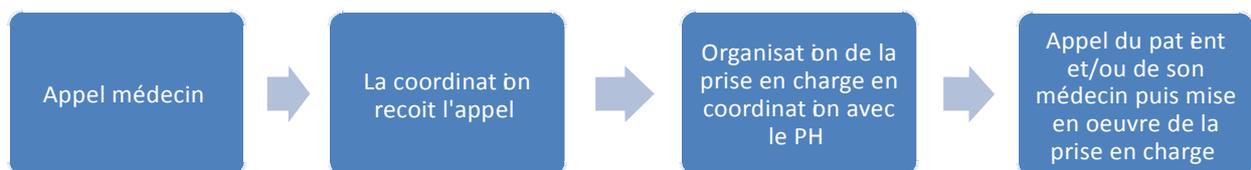
CONTEXTE

Des difficultés de communication et d'organisation de la prise en charge des patients sont relevées par l'ensemble des partenaires sur le territoire. Cela se traduit par un faible taux d'hospitalisations directes et par le fort passage aux urgences, conséquence des difficultés à obtenir d'autres modes de prises en charge. Il en est de même pour l'obtention des rendez-vous de consultations, dont la conséquence est un adressage vers d'autres structures. Le réseau ville-hôpital a choisi dans ses thématiques de travail, la gestion des relations entre les pôles de santé et le CHNDS. Les pôles de santé du territoire ont en effet, des attentes fortes en termes de parcours patients de la ville vers l'hôpital et inversement.

L'objectif est donc de définir et mettre en œuvre une coordination des prises en charge au sein du centre hospitalier. Le projet concerne tous les services du CHNDS :

- **Priorité n°1 : Les prises en charge à la demande des médecins de ville.**
 - En pratique : le médecin généraliste expose son problème et la coordination lui propose une solution dans les 2 à 4 heures.
- **Priorité n°2 : Les prises en charge à la demande des EHPAD et autres institutions.**
 - En pratique : le médecin coordonnateur pose le problème de prise en charge et la coordination organise une solution.
- **Priorité n°3 : Les prises en charge à la demande des urgences.**
 - En pratique : sur les horaires diurnes, à la demande de l'urgentiste. Le patient attend le résultat ou peut être recontacté à son domicile.

La coordination intervient comme orientation vers les structures ad hoc. L'intégration de ce projet dans le **parcours patient** se traduit comme suit :



1. Les appels sont centralisés par une IDE dédiée à cette tâche
2. Pour le traitement des demandes, trois options :
 - a. Hospitalisation = contact avec le cadre du service
 - b. Consultation : contact avec le secrétariat concerné
 - c. Hospitalisation de jour et Ambulatoire : contact avec le cadre ou l'IDE coordinatrice du secteur et ce, pour toutes les disciplines : oncologie, gériatrie, médecine, chirurgie.
3. L'IDE contacte ensuite le praticien référent, soit pour construire la prise en charge en cas de doute, soit pour l'informer que celle-ci est bien organisée
4. Dans tous les cas, le contact avec le praticien qui sera responsable du patient est systématique
5. Cette procédure est écrite et se concrétise par un message électronique adressé aux différents interlocuteurs.

Organisation à construire

Un référentiel par service est créé. Validé par chaque responsable d'unité et de pôle il permet à la coordination de disposer de toutes les informations nécessaires à la bonne orientation des patients :

- ✓ Plages de CS
- ✓ Places d'HOSPITALISATION DE JOUR de semi -urgences
- ✓ Places d'ambulatoire chirurgical
- ✓ Gestion des lits d'hospitalisation
- ✓ Organisation de la disponibilité des praticiens sous deux heures maximum pour valider la demande
- ✓ Répertoire des personnes contacts

Dans un premier temps, l'IDE dédiée à la coordination construira ce référentiel.

Communication et système informatique

MODES DE COMMUNICATION, DE TRAITEMENT ET DE GESTION DE L'INFORMATION

Les objectifs du projet de communication et du système d'information sont essentiellement de transcrire les actions du projet médical vers les différents partenaires du Centre hospitalier et en tout premier lieu vers les acteurs du réseau ville hôpital. Le projet doit permettre de doter le centre hospitalier des outils nécessaires à son fonctionnement.

Il va se développer dans un contexte marqué par l'installation sur le site de Faye-l'Abbesse, les contraintes médico économiques et la nécessaire prise en compte des évolutions liées à la tarification à l'activité tout particulièrement en SSR et enfin le développement du réseau ville hôpital et du GHT.

SYSTEME INFORMATIQUE

L'efficacité et la sécurité des soins dépendent des performances du système informatique. La migration vers une informatisation complète du CHNDS interconnectant tous les acteurs intra et extra hospitalier est indispensable.

Dossier patient, urgences, blocs, gériatrie, gestion de la programmation des soins, gestion des lits, pharmacie, biologie... Mais aussi gouvernance, évaluation, facturation, gestion des risques et de la qualité,...

Le dossier patient actuel est maintenu jusqu'à 2018. La migration doit donc être envisagée dès maintenant.

Cette réflexion doit intégrer les contraintes du GHT et la nécessité de collaboration. La convergence des systèmes d'Information à l'intérieur du GHT est une obligation avec en questionnement la migration des centres hospitaliers vers des solutions compatibles.

Le projet médical doit pouvoir être décliné en projet informatique saisie, récupération, transmission et archivage des informations, gestion des communications, outils de délibération, outils métier avec système expert, évaluation, statistiques...

Les priorités sont le Dossier Médical Partagé (DMP), la messagerie, les logiciels pour la pharmacie et la biologie.

Indicateurs : zéro papier

SYSTEME DE COMMUNICATION

Le système de communication est le support indispensable au fonctionnement des filières et réseaux. Il doit être intégré au système informatique. Il doit comprendre une messagerie sécurisée (en cours de déploiement), la mise en fonction d'un PACS (Système de communication d'archives d'images) en imagerie ainsi que les outils permettant la télémédecine (Oncologie, AVC, plaies chroniques...), le portail sécurisé permettant l'accès interne et externe au dossier médical partagé DMP et la gestion des voies permettant l'interconnexion entre la communication vocale et scripturale (tel les SMS)

Le projet de communication et du système d'information a pour objectif de porter les actions du projet médical à la connaissance des partenaires du centre hospitalier, et en tout premier lieu les acteurs du réseau ville-hôpital.

Le projet doit permettre de doter le centre hospitalier des outils nécessaires à son fonctionnement.

Information médicale

Le DIM est tributaire du système informatique hospitalier. L'axe de travail principal actuel concerne la récupération pour codage, des actes SSR, sous Web santé. En effet, avec la mise en œuvre en 2017, du nouveau modèle de financement de l'activité SSR, ce recueil aujourd'hui réalisé sous formulaires papier avec saisie centralisée au DIM, doit être fiabilisé. Plus généralement l'interface entre le dossier patient doit permettre une synergie entre la saisie de l'information dans les unités et le codage par le DIM.

Comité d'éthique

La démarche éthique a été initiée dans l'établissement, il doit être relancé. Dans le cadre du réseau ville-hôpital dont il est un des volets, l'objectif du projet est de **créer une structure de réflexion éthique commune aux acteurs du réseau** : praticiens, paramédicaux, et usagers.

Un comité d'éthique du territoire Nord Deux-Sèvres ainsi constitué aura pour mission d'évaluer la concordance entre les pratiques, les valeurs et les principes. Il produira des avis qui seront soumis aux instances, ainsi qu'un rapport annuel. Il lui appartiendra d'organiser et de hiérarchiser ses travaux en toute indépendance. Le comité d'éthique pourra être saisi par les usagers comme par les soignants.

ORIENTATION N°2 : CONSTRUIRE LES FILIERES ET RESEAUX DE PRISE EN CHARGE

Que ce soit pour des pathologies aiguës ou chroniques, la prise en charge des patients nécessite une organisation graduée associant le médecin traitant aux spécialistes concernés. Cette prise en charge s'effectuant au domicile, au cabinet du médecin traitant, à l'hôpital de proximité, de référence ou de recours.

L'organisation nécessite une coordination associant une description longitudinale et transversale de la prise en charge. Sur la base de ces organisations structurelles et fonctionnelles les parcours de santé seront décrits.

Les médecins généralistes sont de fait intégrés dans l'ensemble des filières de soins. Les urgentistes le sont pour toutes celles intégrant une phase urgente et pour toutes par le biais de la Permanence des Soins (PDS). Par contre les spécialistes du CHNDS ne sont concernés que par celles correspondant au niveau de spécialité et de technicité.

FILIERES ET RESEAUX DE GERIATRIE

CONTEXTE

Le nombre de personnes âgées, au Nord Deux-Sèvres comme ailleurs, augmente significativement, engendrant pour les deux décennies à venir, une inflation des besoins de soins gériatriques. Les polyopathologies, dysautonomies, et problèmes sociaux nécessitent des prises en charge adaptées, des soins coordonnés et gradués, qui imposent une politique de santé gériatrique anticipatrice des besoins.

Le territoire Nord Deux-Sèvres comporte trois bassins de vie (Bocage, Gâtine, Thouarsais) avec trois centres urbains mais aussi un habitat dispersé. Le réseau de santé gériatrique est bien développé et le nombre de places en EHPAD est relativement élevé. Toutefois les besoins vont croître, besoins de présence, de restauration, de soins... il convient donc d'imaginer une offre de santé pluridisciplinaire tant sociale que médicale.

L'objectif est de pouvoir maintenir les personnes âgées, autant que faire se peut, à leur domicile, d'éviter leurs déplacements, de minimiser les hospitalisations. La filière gériatrique associera ce besoin de proximité, en conservant l'offre de soins sur les sites de Bressuire, Parthenay et de Thouars, à celui d'expertise qui sera disponible sur le site de Faye l'Abbesse.

EQUIPE MOBILE DE GERIATRIE (EMG)

Les équipes mobiles de gériatrie interviennent en équipes transversales auprès des patients âgés, en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, les (Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) et les réseaux de santé « personnes âgées ».

Elles assistent les différents services ou structures de soins non gériatriques ou non spécialisés sur le plan médical, dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés qu'ils accueillent en apportant un avis spécialisé.

L'équipe mobile gériatrique intervient, à la demande, dans l'ensemble des services de l'établissement de santé, notamment dans la structure des urgences pour :

- ✓ dispenser une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique.
- ✓ contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques ; les orienter dans la filière de soins gériatriques incluant les structures gériatriques de proximité.
- ✓ participer à l'organisation de leur sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (CLIC, coordination gériatrique, services sociaux, SSIAD, réseau de santé « personnes âgées », les services sociaux de secteur et surtout l'adhésion de la personne âgée et de sa famille.)
- ✓ conseiller, informer et former les équipes soignantes.

UNITE DE GERIATRIE AIGUË (UGA)

L'unité de court séjour gériatrique prend en charge en hospitalisation complète des patients gériatriques, âgés de soixante-quinze ans et plus, caractérisés par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure, et par l'intrication fréquente de pathologies neurodégénératives et somatiques et de problèmes sociaux surajoutés. Ces patients sont hospitalisés en raison de l'aggravation d'une de ces pathologies ou de la survenue d'une affection aiguë. Les

modes de présentation de ces affections n'orientent pas toujours d'emblée vers une pathologie d'organe précise.

Les objectifs de l'UGA sont d'assurer : une hospitalisation directe, le cas échéant, après passage aux urgences, l'investigation et traitement médico-gériatrique, l'évaluation médico-psycho-sociale et l'équilibrage du traitement, l'orientation adaptée du patient au décours d'une hospitalisation d'une dizaine de jours.

L'unité de court séjour gériatrique dispose d'un savoir-faire gériatrique permettant une approche globale des patients, appropriée à leur poly-pathologie et/ou à leur risque de dépendance. Chaque patient y bénéficie d'une prise en charge individualisée et assurée par une équipe pluridisciplinaire formée à la médecine gériatrique et à la prise en charge gérologique. Cette unité est ouverte à **tous les médecins** pouvant aider à la prise en charge de ces patients.

UNITE DE CONSULTATIONS ET D'HOSPITALISATION DE JOUR GERIATRIQUE

L'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique est une structure de soins de court séjour de la filière de soins gériatriques située à l'interface entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. C'est un centre de prévention, de diagnostic et d'évaluation du patient âgé sur le territoire. Elle assure une prise en charge ambulatoire et constitue l'une des portes d'entrée du patient âgé dans la filière de soins gériatriques.

Elle comporte des consultations et un hôpital de jour gériatrique. (SSG sur Parthenay et sur Faye l'Abbesse avec si besoin des avis spécialisés). La consultation mémoire labellisée lui est intégrée.

Ses missions :

- ✓ Dispenser une évaluation gérologique médico-psycho-sociale à la demande du médecin traitant afin de proposer une stratégie de prise en charge adaptée.
- ✓ Eviter les traumatismes engendrés par une hospitalisation classique.
- ✓ Réaliser des traitements impossibles à dispenser à domicile, et surtout surveiller et ajuster les thérapeutiques.
- ✓ Pratiquer des soins lourds (transfusions, plaies complexes et autres...) sur le plateau technique.
- ✓ S'assurer de la coordination des soins autour du patient et être en lien régulier avec les différents acteurs participant à la prise en charge ambulatoire (CLIC, CMP, SSIAD...), les professionnels libéraux et le cas échéant les accueils de jour ou la HAD. *
- ✓ Participer à l'organisation du soutien au domicile ;
- ✓ Participer à la diffusion des bonnes pratiques.

Il faudra compléter l'offre de consultation gériatrique sur l'ensemble des bassins des territoires par la création d'une consultation sur Thouars

Poursuivre et amplifier l'activité onco-gériatrique sur le plateau technique.

Prendre en charge le plus précocement possible les patients âgés relevant des services de chirurgie.

Poursuivre également les prises en charge des pathologies neuro dégénératives sur le plateau technique et sur les sites de Thouars en consultation avec projet d'une orientation en psychogériatrie sur le site de Parthenay en hôpital de jour, consultation polyvalente en gériatrie, maladie neurodégénérative, pathologie de la mémoire, algologie gériatrique et nutrition de la personne âgée et consultation de préventions (en cours de travail).

Le but des consultations et des hôpitaux de jour qu'ils soient MCO ou SSR est de maintenir sur leur lieu de vie les personnes âgées dans les meilleures conditions.

Actuellement, les consultations mémoire sont proposées sur les sites de Parthenay et Bressuire et tend à se développer sur le site de Thouars en 2017. Il existe, sur le site de Parthenay, 2 places d'hospitalisation de jour destinées entre autres à cette activité.

SSR GERIATRIQUES

Les SSR ont pour objet de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, sociales, des déficiences et limitations de capacité et de promouvoir la réadaptation du patient.

Les SSR gériatriques permettent la prise en charge spécifique de ces patients par des professionnels formés à la gériatrie. Ces structures font partie intégrante de la filière. Sans elles, on constate rapidement non seulement un allongement d'hospitalisation dans les services d'UGA et des services de spécialités prenant en charge des

patients gériatriques, mais également un défaut de prise en charge des patients ne nécessitant pas une hospitalisation en milieu de spécialités.

Les SSR gériatriques sont également une porte d'entrée directe pour ces patients poly pathologiques qui peuvent surcharger les autres services.

Les SSR gériatriques accueillent en hospitalisation complète ou partielle en hôpital de jour des patients âgés, généralement de plus de 75 ans, présentant des risques particuliers de décompensation, pouvant relever d'une ou de plusieurs pathologies chroniques ou invalidantes, risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une déficience source de dépendance physique ou psychique difficilement réversible.

Les SSR gériatriques prennent en charge des patients soit à l'issue d'un séjour venant du plateau technique de l'établissement de santé, notamment dans les suites d'une affection médicale-chirurgicale afin d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle garantissant le retour dans le milieu de vie, domicile ou substitut du domicile (EHPAD, USLD...), ou en cours de séjour dans une structure médico-sociale pour ajustement d'un trouble médico-psycho-social, soit directement du domicile dans une approche programmée.

Les SSR gériatriques formalisent toutes les coopérations nécessaires à la mise en œuvre de leurs missions.

Les SSR gériatriques assurent : les soins médicaux, curatifs ou palliatifs, d'ajustement des thérapeutiques, de renutrition, de diagnostic et de traitement des pathologies déséquilibrées ; la rééducation et la réadaptation pour limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux.

Les actions de réadaptation comprennent notamment la restauration somatique et psychologique, en particulier après un épisode aigu, la rééducation orthopédique et neurologique, la stimulation cognitive.

La capacité des SSR gériatriques doivent répondre aux critères de la circulaire : 1 000 journées d'hospitalisation de SSR gériatriques pour 1 000 habitants de 75 ans.

Les SSR gériatriques sont actuellement inclus aux lits SSR polyvalents sur le site de Parthenay.

UNITE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE (UCC)

L'UCC a pour vocation première de prendre des patients présentant des décompensations comportementales sur des pathologies cognitives neurovégétatives, psychiatriques ou autres. L'UCC dispose de 7 lits sur le site de Parthenay. L'objectif médical est de réduire la durée de séjour. Dès que le trouble du comportement est jugulé et le patient globalement stabilisé de façon comportementale, il est souhaitable qu'il puisse retrouver son lieu de vie si possible, sinon d'être orienté vers les structures les plus adéquates (SSRG, EHPAD adapté avec si nécessaire PASA, USLD avec également si nécessaire UHR).

Une réflexion est en cours afin d'intégrer la future prise en charge en géronto-psychiatrie basée à Thouars.

Unité de neuro-géronto-psychiatrie

Unité de 15 lits à mettre en place sur le site de Thouars tenue par les gériatres avec l'intervention des psychiatres.

ONCO-GERIATRIE

Le CHNDS dispose d'une équipe formée à la prise en charge de l'onco-gériatrie. Cette activité devra être développée pour répondre aux besoins à venir.

Chirurgie-gériatrie

L'évolution démographique implique une intrication croissante entre chirurgie et gériatrie. Les gériatres devant intervenir précocement au sein même des services de chirurgie. Bilans pré- opératoires, prises en charge post-opératoire. Cette activité commune devra être intégrée au projet des unités de chirurgie et tout particulièrement en orthopédie.

UNITES DE SOINS LONGUE DUREE (USLD)

Les unités de soins de longue durée (USLD) accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Cela requiert un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

S'agissant de patients présentant des troubles mentaux mais stabilisés, devenus âgés, les moyens humains, architecturaux et sécuritaires doivent être mis en place pour une bonne prise en charge.

Les soins palliatifs doivent être mis en œuvre dans les USLD pour répondre aux besoins des personnes âgées.

Place dans la filière : les USLD assurent la prise en charge de patients soit consécutivement à une hospitalisation en court séjour ou en SSR polyvalent et SSRG, soit par accès direct du domicile ou d'une structure médico-sociale.

Chaque site possède, en association avec des EHPAD, d'une USLD qui dispose d'environ 30 lits. Les lits d'USLD ont vocation à être regroupés, à terme, physiquement et fonctionnellement dans le cadre de la restructuration du CHNDS dans sa partie médico-sociale.

EHPAD

Actuellement le CH Nord Deux-Sèvres hérite d'une situation figée depuis plus de 20 ans. Avec cinq structures d'EHPAD dont une de 20 lits. Situation non efficiente et mettant en question la qualité et le coût des soins. La réorganisation doit prendre en compte la tendance actuelle qui est de garder à domicile autant que faire se peut les personnes âgées. Aussi les personnes prises en charge en EHPAD induisent une charge de travail croissante.

Actuellement : 264 lits, 10 places, 8 lits temporaires répartis sur 5 sites (Allonneau, La Maisonnée, Les Orangers, Les Camélia, les Charmes de Fleury). Une réflexion doit être conduite pour que chaque ville dispose d'un EHPAD permettant d'assurer des soins de qualité avec un budget équilibré.

SSIAD et accueil de jour

Le Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) réalise les soins 7 jours sur 7 : des soins d'hygiène et de confort qui sont donnés à une personne afin de maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie, des soins techniques infirmiers, accompagner dans l'environnement social et familial - d'un accompagnement dans le parcours de soins, de l'aménagement du domicile.

L'accueil de jour « la Cigale » site de Thouars s'adresse aux personnes de + de 60 ans vivant à domicile et atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, activités tournées vers les gestes de la vie quotidienne, ateliers pour favoriser la détente et maintenir les capacités physiques, stimulation de la mémoire groupes et prises en charge individuelles d'écoute et de soutien des familles.

FILIERES ET RESEAUX DE CANCEROLOGIE

La prise en charge en cancérologie est une des priorités du présent projet médical. Elle s'intègre dans la dimension territoriale du projet de santé. Elle vise à permettre aux patients de disposer d'une offre de soins de qualité et de proximité en lien avec les centres référents.

Le centre hospitalier dispose des agréments sur l'activité de chirurgie carcinologique en sénologie, gynécologie, chirurgie digestive et urologique, ainsi qu'en oncologie digestive. La prise en charge en onco-hématologie est organisée autour de partenariat avec le CHU de Poitiers et celui d'Angers.

Le projet doit prendre en compte à la fois l'augmentation prévisible des prises en charge, tout particulièrement en hématologie, mais aussi la dimension de dépistage et celles du suivi et de la prise en charge dans le cadre des soins de support, en lien avec un projet d'éducation thérapeutique.

L'OBJECTIF DU PROJET EST DE CONFORTER ET DEVELOPPER LA FILIERE CANCEROLOGIQUE SUR LE TERRITOIRE ET AU SEIN DU CENTRE HOSPITALIER. LES STRUCTURES CONCERNEES SONT DONC L'oncologie, les chirurgies digestive, urologique et gynécologique, ainsi que la pharmacie, l'imagerie et la biologie.

Axe 1 : Organiser la coordination des prises en charge sur le centre hospitalier en lien avec les acteurs du territoire

Les axes de travail:

- Le centre de coordination en cancérologie (3C) regroupe les acteurs du CH : chirurgiens, médecins, pharmaciens, cadres participant à la prise en charge. Elle intègre de même les référents des pôles de santé.
- Elle se réunit tous les trimestres pour :
 - ✓ Faire le point de l'activité
 - ✓ Etudier les dossiers de projets et de développements communs
 - ✓ Traiter les problèmes et les dysfonctionnements éventuels
 - ✓ Piloter le développement des CS avancées de cancérologie
 - ✓ Piloter la transmission de l'information entre les partenaires de la prise en charge : médecine de ville et CH + centres référents.

Axe n° 2 : Maintien de l'existant

Il s'agira dans ce projet de :

- ✓ Maintenir l'ensemble de la prise en charge en cancérologie digestive du diagnostic au traitement
- ✓ Poursuivre et développer la prise en charge en urologie
- ✓ Renforcer la prise en charge en sénologie

Cet axe passe par la mise en place d'un parcours de soins sur le territoire du dépistage jusqu'au traitement :

- ✓ Renforcement de l'activité de mammographie,
- ✓ Développement de l'imagerie interventionnelle, acquisition d'un mammotome,
- ✓ Chirurgie de traitement et de reconstruction,

Développement de la cancérologie gynécologique

Moyens humains nécessaires :

- Renfort de l'effectif médical chirurgical digestifs, urologues

Axe 3 : Développer de nouvelles prises en charge

Développement des prises en charge en hématologie

- Deux scénarios sont envisageables :
 1. développement d'un projet complet de site associé avec le concours de deux hématologues. Ceci devra être fait en partenariat avec un CHU de référence
 2. développement de l'activité à travers le renforcement des CS avancées d'hématologie, toujours en partenariat avec un CHU de référence

| Etablissement | Type EJ | Nb séj. (issus de la zone) | PdM 2013 | | PdM 2012 | PMCT relatif |
|--|---------|----------------------------------|----------|---|----------|-----------------|
| CTRE HOSPIT NORD DEUX-SEVRES (790006654) | CH | 260 | 40,3% | ▲ | 38,7% | 88 |
| CHU POITIERS (860013077) | CHR | 186 | 28,8% | ▲ | 0,0% | 116 |
| CH U DE NANTES (440000289) | CHR | 50 | 7,8% | ▼ | 8,8% | 78 |
| CHU D ANGERS (490000031) | CHR | 48 | 7,4% | ▲ | 6,3% | 130 |
| CH DE NIORT (790000012) | CH | 29 | 4,5% | ▽ | 4,8% | 94 |
| CH CHOLET (490000676) | CH | 22 | 3,4% | △ | 2,9% | 55 |
| CH SAUMUR (490528452) | CH | 17 | 2,6% | ▲ | 2,0% | 36 |
| POLYCLNIQUE DE POITIERS (860010321) | Privé | 4 | 0,6% | | 0,5% | 92 |
| CLCC PAPIN D ANGERS (490000155) | CLCC | 3 | 0,5% | ▼ | 1,8% | 70 |
| SA POLYCLIN DU PARC (490002037) | Privé | 3 | 0,5% | ▼ | 2,0% | 64 |
| ---Autres publics et parapublics--- | | 16 | 2,5% | ▼ | 30,0% | |
| ---Autres privés lucratifs--- | | 7 | 1,1% | ▼ | 2,2% | |
| TOTAL | | 645 | | | | 100 |

Développement de l'oncologie

- ✓ Choix des chimiothérapies à développer
- ✓ Proposition de recrutement d'un oncologue sur le CHNDS (temps partagé)
- ✓ Organisation de l'URC sur site, à Faye l'Abbesse, avec vacations matin et après midi

Ce développement nécessite la mise à disposition de place d'hospitalisation de jour à évaluer

Moyens humains nécessaires :

- Equipe oncohématologie
- Formation d'un 2^{ème} gériatre en onco gériatrie
- Formation d'une 2^{ème} IDE en évaluation onco gériatrie

Axe 4 : Développer les soins de support et l'éducation thérapeutique

La réalisation de cet axe passera par :

- ✓ La création de 2 places en HOSPITALISATION DE JOUR au minimum, dédiées à cette activité
- ✓ Une équipe formée et dédiée en soins de support
- ✓ Un guichet unique d'accueil et de réception gérée par une ou plusieurs IDE de coordination
- ✓ La coordination assure enfin un travail sur la liaison et l'information à la sortie des patients

Moyens humains nécessaires

- Temps de diététicienne
- Renforcement temps assistante sociale
- Temps de socio esthéticienne 0,20
- Importance de développer le temps psychologue et le temps IDE dédiée

Axe 5 : Développer le réseau territorial de prise en charge

Créer un guichet unique d'accueil et de réception géré par une ou plusieurs IDE de coordination, en lien avec le projet global de coordination du CHNDS. Ce guichet assure enfin un travail sur la liaison et l'information à la sortie des patients

Moyens humains nécessaires :

- Temps IDE de coordination

CONTEXTE

Le territoire Nord Deux Sèvres comporte deux secteurs de psychiatrie adulte : ¹

En psychiatrie adulte, le CHNDS gère les secteurs IV et V qui correspondent aux bassins de population du bôchage Bressuirais et au Thouarsais.



Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile 79I02 Nord Deux Sèvres :

L'hospitalisation est assurée par le CH de Niort

OBJECTIFS :

Assure la prise en charge des enfants, des adolescents, des adultes et de personnes âgées en intra et extra hospitalier.

Travaille en collaboration avec les services des urgences et les services MCO dans le cadre de psychiatrie de liaison.

Travaille en collaboration avec l'ensemble des partenaires du réseau.

Les Psychiatres doivent assurer le renforcement du maillage territorial. Les structures concernées sont le pôle de psychiatrie, le réseau ville hôpital, le pôle des urgences.

La mise en œuvre du projet va reposer sur les axes de travail suivants :

Axe n°1 : Assurer une démographie médicale permettant la réponse aux besoins du territoire :

- ✓ Pour la psychiatrie adulte, L'objectif cible est de 10 ETP, le seuil de 8 ETP

Cet effectif est nécessaire pour la continuité et la permanence des soins de l'activité médicale de la psychiatrie adulte déployée sur 4 sites géographiques dans le cadre du projet médical du CHNDS.

- ✓ Pour la pédopsychiatrie, l'objectif cible est de 4 ETP, le seuil 3 ETP.

- ✓ Pour l'addictologie, l'objectif cible est de 2 ETP, le seuil est de 1,5 ETP.

Axe n°2 : Organisation de la prise en charge en psychiatrie adulte :

Le projet passe par la définition du rôle des différents sites sur la prise en charge en santé mentale.

1 Arrêté de l'ARH du 30 juin 2004/ article L.6121-8 du code de santé publique

- 1- **Thouars** est le site de :
 - Des 3 unités d'hospitalisations
 - Du centre de prise en charge de l'autisme
 - Du Centre Médico Psychologique (CMP) /Hospitalisation De Jour (HDJ)/Centre des Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP)/Accueil Familial Thérapeutique (AFT)
- 2- **Bressuire** est le site de :
 - CMP/HDJ/CATTP/AFT
- 3- **Faye l'Abbesse** est le site de :
 - L'Accueil des urgences psychiatriques en lien avec l'UHCD
 - De la psychiatrie de liaison

L'organisation de la permanence des soins psychiatriques est assurée par une présence médicale et

Dans le cadre du présent projet médical et en lien avec le projet médical GHT, une réflexion sur le devenir du **secteur de Parthenay** sera développée. Ce secteur est actuellement rattaché au secteur de Niort.

L'ensemble des lits d'hospitalisation du pôle de psychiatrie (unités de courts séjours, unités d'addictologie, unité autisme) est implanté sur le site de Thouars à distance du plateau technique du site de Faye l'Abbesse.

Le bâtiment regroupant les unités d'hospitalisation de courts séjours est vétuste et inadapté. Un projet architectural doit être entrepris.

Axe n°3 : le projet de géro-psi-chiatrie

La filière géro-psi-chiatrie est une activité essentielle pour répondre aux besoins de santé du territoire. Elle est portée par les équipes des pôles de gériatrie et psychiatrie. Le projet nécessite la création d'une unité de géro-psi-chiatrie rattachée au pôle gériatrique et en liaison **étroite** avec le pôle de psychiatrie.

Le projet de la pédopsychiatrie

Sa mise en œuvre passe par l'organisation de l'hospitalisation sur le site de Faye l'Abbesse, en lien avec le projet de la pédiatrie : lits dédiés sur le service de médecine. Parallèlement, un projet architectural doit être entrepris en urgence sur les locaux des sites urbains de Thouars et Bressuire.

Pour répondre au manque de structure d'accueil pour les adolescents (alors que l'hospitalisation de jour est organisée pour les enfants de 6 à 12 ans), il est proposé l'organisation d'une hospitalisation de jour de 4 à 5 places.

Par ailleurs, la poursuite du travail avec la maison des adolescents et les groupes de parole ados sont bien évidemment partie intégrante du projet.

La prise en charge de crises est actuellement difficile car les seuls lits d'hospitalisation sont à Niort.

Le présent projet propose la mise à disposition d'un ou deux lits dédiés sur le site de Faye l'Abbesse. Ce projet sera à valider dans le cadre de l'organisation des services de médecine sur le nouveau site.

FILIERES ET RESEAUX EN ADDICTOLOGIE

CONTEXTE

L'UNITE D'ADDICTOLOGIE EST COMPOSEE DE 6 LITS DE CURE (MCO) ET 24 LITS DE SSR ADDICTOLOGIE. Par ailleurs l'unité comprend le CSAPA, le CEGGID et l'unité de tabacologie. Le développement de la prise en charge des différentes addictions est une des priorités du programme régional de santé et est inscrit dans les projets locaux de santé.

LES OBJECTIFS DU PROJET SONT DE DEVELOPPER LES PRISES EN CHARGE EN LIEN AVEC LE RESEAU VILLE HOPITAL.

Les axes de travail pour la mise en œuvre de ces objectifs passent par :

Un **projet de recrutement** de médecin addictologue pour renforcer la prise en charge médicale intra hospitalière et les consultations multi sites, **et par la poursuite du projet de l'unité de cure** dont la mission jusqu'au 15 juillet 2014, était le sevrage éthylique, couvre maintenant le sevrage des drogues (cannabis, cocaïne et héroïne, ...), des Benzodiazépines et des médicaments antalgiques opiacés visant :

- ✓ Le renforcement et la mise en place des activités à visées socio thérapeutique et/ou psychothérapeutique (SSRA).
- ✓ La création d'un atrium réservé aux patients en sevrage pour éviter tout contact avec l'extérieur et tout échange de produits ou autre.
- ✓ La sécurisation des balcons pour prévenir tout passage à l'acte des patients en sevrage ou suicidaires.
- ✓ Le renforcement du temps de la psychologue La mise en œuvre d'un programme de réduction des risques et des dommages
- ✓ La création d'une page internet rattachée au site du CHNDS qui présente le service d'une façon moderne et attractive. Elle explique les offres de soins du service, des documents téléchargeables sont mis en ligne pour l'unité SSRA ainsi que le dossier de pré consultation de tabacologie afin de faciliter les démarches du patient. Cela permet de faire connaître notre structure à tout le réseau départemental et limitrophe
- ✓ À la réorganisation du travail avec les associations d'entraide avec proposition de formations pour évoluer de l'alcoologie vers l'addictologie et réorganisation de leurs réunions au sein de l'hôpital et du service avec des hospitalisations courtes, fréquentes pour les patients ayant une comorbidité somatique ou psychiatrique pour ralentir, voire arrêter la progression des dommages somatiques, psychiques, sociaux...
- ✓ au dépistage, prévention et sensibilisation des patients vis-à-vis des addictions sans drogue : PC, jeux d'argent, vidéo, etc.

Consultation de sevrage au tabac pour les femmes enceintes par des sages-femmes qualifiées en tabacologie

Le projet du SSR addictologie a pour objectif d'adapter la durée de séjour d'un mois renouvelable deux fois et de **créer** une **Unité dédiée aux consommateurs de produits psycho actifs**, essentiellement alcool, drogues, médicaments et aux poly-consommateurs avec un programme de soins individualisé pour chaque patient.

Outre un travail approfondi sur la réinsertion socioprofessionnelle, il envisage la signature de **Conventions avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation** pour des patients en placement extérieur.

Parallèlement seront développés la prise en charge médicale, psychiatrique et addictologique ainsi que l'accompagnement psychologique en entretiens individuels et en groupes de parole.

Le **projet des unités extra hospitalières** s'articule autour du **projet de l'unité CSAPA** avec l'évolution de la prise en charge de l'alcoologie vers l'addictologie, la consolidation des consultations multi-sites à PARTHENAY, THOUARS et BRESSUIRE (renforcement spécifique sur le site de PARTHENAY en augmentant les temps de consultation IDE), le développement des consultations psychologue et la mise en place des activités de groupe multi sites : groupe de parole avec la psychologue et les IDE, groupe de relaxation

Le CSAPA envisage d'élargir sa mission vers la liaison intra-hospitalière sur les trois sites. Ainsi la coordination avec le médecin responsable prend la forme de staff hebdomadaire avec présentation des dossiers des patients vus par l'équipe infirmière, ceci dans le but de proposer les soins les plus adaptés à chaque situation (cure, postcure, consultation médicale ou psychologue, ...).

Pour favoriser et développer la collaboration avec les médecins traitants, un courrier médical est systématiquement envoyé et détaille la prise en charge et l'offre de soins ultérieure proposée (consultation médicale ou hospitalisation, suite consultation IDE), mise en place de la messagerie sécurisée.

La mission de prévention primaire auprès des lycéens et collégiens et des populations vulnérables sur le secteur de PARTHENAY, BRESSUIRE et THOUARS est renforcée. Ce travail est en cohérence avec le plan gouvernemental

de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 et répond aux objectifs opérationnels régionaux de lutte contre les addictions ;

Enfin, pour l'équipe d'ELSA de Niort, il est mis en place des ateliers pour les addictions sans drogues.

Concernant le **projet de l'unité de Tabacologie**, la coordination se matérialise sous forme d'un staff hebdomadaire. Est créée une consultation IDE sur les trois sites avec ordonnances de traitement de substitution nicotinique donnés par l'infirmière après le staff. L'envoi d'un courrier systématique dès le premier rendez-vous IDE est initié pour informer le médecin traitant du rendez-vous et de la prise en charge dédiée au patient.

Le projet du CEGGID impulse le développement de dépistage anonyme et gratuit sur les 3 sites, ainsi que les actions de prévention, de sensibilisation et d'information auprès des jeunes populations (collégiens, lycéens, maisons de famille...)

Pour le site de Faye l'Abbesse, le projet prévoit l'installation de Consultations avancées (CSAPA et tabacologie) avec intervention des praticiens en interne.

Moyens humains nécessaires :

- Renforcement de l'équipe médicale

Le site de Faye l'Abbesse accueillera toutes les urgences devant être hospitalisées dans ses unités d'hospitalisation, en plus des autres urgences communes aux deux sites déportés. Les sites de Parthenay et de Thouars disposeront des moyens pour permettre la prise en charge optimum des urgences permettant ainsi le maintien de la couverture sanitaire d'urgences conformément aux recommandations des sociétés savantes, du projet régional de santé et du projet de territoire.

Une stratégie territoriale de prise en charge

L'objectif est de construire une réponse adaptée à la demande de soins urgents et de soins non programmés sur le territoire des deux Sèvres.

Les axes stratégiques du projet territorial des urgences sont :

- ✓ une équipe de coordination et de gestion réunissant les équipes du CH de Niort et du CH NDS,
- ✓ Le développement des filières existantes entre les deux établissements,
- ✓ La participation des médecins urgentistes des deux hôpitaux à la régulation du centre 15,
- ✓ Une gestion partagée des effectifs médicaux : Pool de remplaçants communs, Postes territoriaux partagés,
- ✓ Un programme territorial de formation médicale et paramédicale,
- ✓ Deux profils de poste pour les médecins des services d'urgences :
 - Un profil d'urgentiste spécialiste formé aux techniques d'urgences vitales pour les unités SMUR et SAUV
 - Un profil d'urgentiste généraliste, DES de médecine générale formé aux urgences pour l'accueil des urgences et l'UHCD
- ✓ Un travail d'évaluation en commun,
- ✓ Un travail en commun avec la médecine de ville qui peut se concrétiser par une participation de la médecine générale à l'accueil des urgences et à la mise en place de médecins correspondants SAMU,

Effectif médical cible 28 ETP, effectif seuil 25 ETP pour le CHNDS.

Le niveau départemental est structuré autour du CH de Niort et du CH Nord Deux-Sèvres pour assurer la prise en charge au sein des services d'urgences disposant du recours au plateau technique et aux médecins spécialisés et déployer les 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.

Les axes stratégiques du projet territorial des urgences tendent à renforcer les coopérations entre le CH de Niort et le CHNDS, par le maintien des filières existantes entre les deux établissements et en termes de moyens humains, par le souhait de :

- ✓ CREER UNE EQUIPE DE COORDINATION ET DE GESTION VOIR LES MEDECINS URGENTISTES DES DEUX SERVICES PARTICIPER A LA REGULATION DU CENTRE 15
- ✓ INITIER UNE GESTION PARTAGEE DES EFFECTIFS MEDICAUX (POOL DE REMPLAÇANTS COMMUNS, POSTES TERRITORIAUX PARTAGES)
- ✓ BENEFICIER DE FORMATIONS COMMUNES (PRATICIENS ET PERSONNELS PARAMEDICAUX)

- ✓ PROCEDER A UN TRAVAIL D'ÉVALUATION EN COMMUN : STAFF DE CAS COMPLEXES ET RMM
- ✓ REFLECHIR A LA MISE EN PLACE PARTAGEE DE MEDECINS CORRESPONDANTS SAMU.

Les objectifs des urgences du CHNDS visent la prise en charge des urgences de santé du Nord Deux-Sèvres, en assurant la sécurité, la qualité et l'efficacité des soins selon les données actuelles de la science ainsi que la continuité géographique et temporelle des soins urgents par des moyens intra et extra hospitaliers, en s'intégrant à la permanence générale des soins.

Les principes d'organisation énoncés ci-après s'appuient sur les valeurs :

- ✓ Recherche constante de la qualité et de la sécurité des soins.
- ✓ Service de soins continus.
- ✓ Délais de prise en charge minimum.
- ✓ Accueil de toute urgence médicale et mesure de la valence psycho-sociale.
- ✓ Humanisme dans la globalité de la prise en charge, respect et bienveillance.
- ✓ Lutte contre la douleur et lutte pour la dignité des patients.
- ✓ Compétence des soignants.
- ✓ Optimisation de la disponibilité des soignants.
- ✓ Efficacité.
- ✓ Esprit d'équipe
- ✓ Respect des règles, déontologie
- ✓ Secret professionnel, confidentialité.

Délai de prise en charge, accueil : L'accueil est immédiat par une IDE formé(e), ou à défaut par une AS avec validation IDE ou médicale sans délai. Il se décompose en tri paramédical suivi de l'accueil administratif.

Attentes : Le principe est de ne pas isoler des personnes en attente d'une prise en charge et de ne pas immobiliser de zone de soins en raison d'attentes. L'attente des patients est in situ, seule l'attente des familles est en amont de l'accueil. Cette attente des patients est organisée de façon séquentielle (attente médecin, attente radio, attente résultats biologiques, attente soins...) avec une grande mobilité des patients par rapport aux zones de soins (fluidité des flux).

Circuits : Il existe trois circuits de patients aux urgences : celui des urgences vitales (Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV)), celui des urgences allongées, et celui des urgences ou des consultations ambulatoires.

Le service d'accueil des urgences comporte **3 unités fonctionnelles** : le service d'Accueil des Urgences (SAU), l'unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), les consultations post-urgences intégrées sur le plateau de consultations.

SMUR : Le SMUR est composé 24h/24 et 7j/7 d'une équipe comportant un médecin urgentiste, un(e) infirmier(ère) formé(e) aux urgences pré hospitalières, un aide-soignant(e) ambulancier(ère) formé(e) aux urgences pré hospitalières. Il est équipé d'un véhicule spécialement aménagé, muni des équipements de communication, du matériel biomédical et des médicaments et dispositifs médicaux nécessaires. Il intervient à la demande exclusive du SAMU ou d'un service de soins du CHNDS. L'organisation définie par le schéma régional d'organisation sanitaire(SROS), devra définir en coordination avec le projet médical partagé du GHT l'organisation de ces structures sur le territoire SMUR et antennes SMUR.

Service d'Accueil des Urgences : Le SAU comprend 24h/24 et 7j/7 une équipe comportant un médecin urgentiste ou un médecin formé aux urgences hospitalière sous contrôle d'un urgentiste, un(e) infirmier(ère) formé(e) aux urgences hospitalières, un aide-soignant(e) ambulancier(ère) formé(e) aux urgences hospitalières. Il existe une zone d'accueil et trois zones de soins : une pour l'accueil des urgences vitales, une pour les patients allongés et une pour les patients ambulatoires.

Les accueils de proximité : ils permettent de répondre aux demandes de prise en charge dans les plus brefs délais et de réaliser la mission d'accueil et d'orientation des patients se présentant sur le site considéré

Hospitalisation d'urgence : L'UHCD est un service d'hospitalisation de courte durée à forte densité de soins fonctionnant 7j/7. L'UHCD a une durée maximale d'hospitalisation égale à 48h. Elle est composée de 12 lits

Consultation post urgences : Un certain nombre de pathologies ambulatoires nécessitent une surveillance minimale relevant de la compétence d'un urgentiste dans les suites d'un passage aux urgences.

Filières : Tout patient est intégré dans une filière définie comme un parcours de soins urgents vers une spécialité dont la médecine générale, en ambulatoire ou avec hospitalisation immédiate ou programmée.

Chaque filière est définie par sa spécialité et le diagnostic du patient, son type (consultation, hôpital de jour, hospitalisation), des critères d'inclusion et d'exclusion, une procédure de transmission de l'information médicale (téléphone de garde, transmission d'images, courriels...), une procédure de transfert et une procédure d'hébergement.

Les filières internes au CHNDS concernent la médecine polyvalente, la gériatrie, la cardiologie, les soins continus, l'urologie, la chirurgie viscérale, la gastro-entérologie, l'orthopédie, la gynéco-obstétrique, la psychiatrie et la médecine d'urgence.

Les filières externes concernent la cardiologie interventionnelle, la psychiatrie (secteur III), la neurochirurgie, I, les réanimations, la chirurgie complexe de la main, l'orthopédie du rachis, la polytraumatologie, la neuro chirurgie

Elles s'inscrivent dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS).

Formation, évaluation: Un programme de formation professionnelle est programmé chaque année pour tous les métiers de l'urgence. Ces formations sont externes et internes.

L'évaluation des pratiques repose sur l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) médicale, les staffs médico-soignants quotidiens, la rédaction ou la révision de protocoles, des Revues de Morbi Mortalité (RMM) médico-soignantes, des réunions de concertation et de consensus médico-infirmiers.

L'évaluation de l'activité repose sur l'exploitation statistique du système informatique des urgences.

FILIERES ET RESEAUX "FEMME-MERE-ENFANT"

L'OBJECTIF DE LA FILIERE EST DE renforcer la prise en charge Femme-Mère-Enfant et d'organiser un maillage territorial à partir du site de Faye-l'Abbesse (et d'emblée à partir du site de Bressuire) sur Parthenay et Thouars.

Le projet est mené par les acteurs du pôle : maternité, gynécologie et pédiatrie.

L'objectif cible est de continuer à renforcer l'équipe des gynécologues-obstétriciens pour disposer de 5 praticiens temps plein.

Les axes de développement du projet sont les suivants :

Axe n°1 : Projet de l'obstétrique

Les acteurs du pôle vont :

- ✓ renforcer les CS avancées des praticiens de gynéco-obstétrique sur les sites de Thouars et Parthenay ouvrir une Salle « nature » dans le nouveau bloc obstétrical de Faye l'Abbesse
- ✓ développer les staffs de parentalité
- ✓ finaliser le projet Hypnose dans le cadre des accouchements
- ✓ poursuivre le projet de formation à l'échographie pour les sages-femmes
- ✓ en confortant l'offre échographique obstétricale sur les sites de Thouars et Parthenay

Le projet de l'obstétrique inclut le développement des objectifs du réseau de périnatalité portant sur les sorties précoces et leurs organisations.

Calendrier :

- Mise en œuvre en continu à partir de la validation du projet

Indicateurs :

- Nombre d'accouchements
- Nombre de CS avancées
- Données CPAM des adressages dans la population des territoires

Axe n° 2 : Projet Sages-Femmes Libérales

Maternité territoriale, permettant l'accueil des sages-femmes libérales sur le bloc obstétrical de la maternité. Protocole d'accord avec les sages-femmes libérales du Nord Deux Sèvres en cours de rédaction.

Axe n°3 : Mise en œuvre des parcours de santé en périnatalité

Ce projet est réalisé en lien avec le réseau ville-hôpital. Il est porté par le réseau de périnatalité.

Axe n°4 : Orthogénie - IVG

L'orthogénie – IVG est prise en charge par un médecin (0,5 etp) et une sage-femme avec un financement du Conseil Départemental. L'activité est actuellement dans des locaux indifférenciés avec le projet de se doter de locaux dédiés afin d'assurer notamment la confidentialité.

Axe n°5 : Projet de la pédiatrie

En tout premier lieu, il doit permettre le développement des consultations de pédiatrie. La réflexion doit être menée sur la **création d'une unité de pédiatrie en hospitalisation conventionnelle et en ambulatoire**.

Sont prévus sur le site hospitalier de Faye-l'Abbesse, une unité de Néonatalogie, 2 chambres mère-enfant, 4 boxes et une zone de photothérapie. L'accueil pédiatrique pourrait se faire sur des zones dédiées des unités d'hospitalisation et d'ambulatoire.

Moyens humains nécessaires :

- Effectif cible 3 etp, effectif seuil 1,5 etp (actuellement 2fois 0,5etp)

Axe n°6 : Développement de la chirurgie gynécologique :Cf. page 43 le projet de la chirurgie

Le contexte

La prise en charge médicale au travers des spécialités médicales répond à des enjeux importants en matière d'offre de service public de proximité pour une population vieillissante en milieu rural. Elle repose sur la prise en compte des déterminants de santé du territoire avec les maladies cardiovasculaires, les affections en pneumologie et neurologie.

Le projet doit permettre de répondre aux impératifs de santé publique en :

- ✓ apportant une réponse sur les grands problèmes de santé publique : diabète, Accident Vasculaire Cérébraux (AVC), Infarctus du myocarde (IDM)...
- ✓ répondant aux exigences du SROSS
- ✓ développent les liens avec les réseaux : cancérologie, AVC, Maladies Cognitives et Comportementales
- ✓ prenant toute sa place dans le réseau ville hôpital.

Le projet doit également permettre de prendre en compte les contraintes professionnelles et la démographie médicale, en proposant des équipes suffisamment étoffées et un plateau efficient, pour concrétiser de nouveaux recrutements médicaux de qualité.

LES OBJECTIFS VISENT À :

- ✓ Développer les filières de prise en charge en médecine de spécialités
- ✓ Répondre aux besoins de prise en charge des patients de médecine polyvalente.
- ✓ Les services de médecine polyvalente, la gériatrie et les spécialités disposeront sur le plateau technique de Faye-l'Abbesse de 105 lits répartis sur le même niveau.
- ✓ Ces lits seront organisés en sous-unités de 15 lits pour permettre une bonne efficacité des soins (l'effectif médical cible pour 15 lits étant de 2 ETP, l'effectif seuil de 1,5 ETP). Une répartition en sous-unités géographiques judicieuses devra permettre de regrouper les patients par spécialité ou mode de prise en charge, structurant ainsi les services : cardiologie, pathologie respiratoire, médecine interne, diabétologie, neurologie, UGA, soins palliatifs...

Axe n°1 : Evolution des spécialités médicales :

▪ **La cardiologie**

La cardiologie du CHNDS doit répondre aux besoins d'un bassin de population de 175 000 habitants. Elle s'intègre dans le réseau de cardiologie et développera les explorations non invasives telles les échographies d'effort et de stress, la TDM et l'IRM sur le plateau technique de Faye l'Abbesse.

Le service de cardiologie assurera les consultations internes et externes, les explorations et les soins.

La cardiologie a une activité au sein du pôle interventionnel par l'implantation de stimulateurs cardiaques.

Elle disposera de plateaux de consultation et d'hospitalisation de jour, de lits de surveillance continue, de lits d'hospitalisation et de places de réadaptation ambulatoire.

L'effectif médical cible est de 6 ETP et l'effectif seuil de 4 ETP.

▪ **La médecine interne**

Développement de la médecine interne sur le CHNDS, diabétologie, endocrinologie et nutrition y sont associées. Consultations externes et internes, hôpital de jour, hospitalisation sont prévus à Faye l'Abbesse.

▪ **La rhumatologie**

Cette offre doit être pérennisée et son recours à l'hospitalisation de jour est important (biothérapies). Le recours à l'hospitalisation pour cette spécialité s'intégrera dans une unité de médecine polyvalente

▪ **La neurologie**

Elle se développera avec les projets AVC prise en charge en post UNV (ou ne relevant pas de l'UNV) et pour les patients présentant d'autres affections non-vasculaires. Cette prise en charge doit pouvoir s'adosser sur un projet de SSR spécialisé.

Le projet passe par le recrutement de médecin neurologue. Effectif seuil : 1 ETP - Effectif cible : 2 ETP .

Le développement de l'activité en neurologie va concerner les domaines suivants :

- ✓ Epilepsie (en dehors de l'état de mal)
- ✓ Démence (hospitalisation de jour gériatrique, Consultations mémoire labellisée depuis 2013)
- ✓ AVC pour les patients ne relevant pas de l'UNV ou post-UNV
- ✓ Pathologie extrapyramidale (Parkinson...)
- ✓ Sclérose en plaque (prise en charge souvent en lien avec l'hospitalisation de jour)
- ✓ Céphalée
- ✓ développement d'une activité d'exploration du sommeil (consultation, polygraphie ventilatoire, polysomnographie...). Activité favorisée par la formation d'un deuxième praticien au sein du CHNDS.
- ✓ Pathologie périphérique : pérenniser l'EMG en lien avec la chirurgie ambulatoire des syndromes canaux, polyneuropathies (veinoglobulines en hospitalisation de jour...)...
- ✓ Prise en charge de la céphalée aiguë et chronique
- ✓

▪ **La filière de dermatologie et plaies chroniques :**

Forte demande liée à la CS et à l'hospitalisation de jour.

▪ **L'angiologie**

Discipline qui se développera dans le cadre de consultations liées au pôle interventionnel

▪ **Pathologies infectieuses :**

Activité présente et importante en hospitalisation. Deux médecins référents infectiologues pour le CHNDS.

▪ **Les Consultations de Lutte Anti tuberculose (CLAT) :**

Un praticien CHNDS, également responsable du CLAT du CH de Niort. Dans le cadre du GHT, voir la possibilité pour l'obtention d'une vacance de consultation d'infectiologie (voir SIDA).

▪ **La Néphrologie :**

Depuis 2016 des consultations avancées d'un praticien de Niort sont mises en place avec recours à l'Hospitalisation De Jour de médecine.

Axe n°2 : Les spécialités médicales manquantes et à développer

▪ **La pneumologie :**

Les pathologies de cette discipline représentent la troisième cause d'hospitalisation au CHNDS et nécessite le développement d'une unité d'hospitalisation pour les pathologies respiratoires.

Il existe un lien fort avec l'exploration des troubles du sommeil.

Elle doit permettre le développement de l'onco-pneumologie : chimio en hospitalisation de jour.

La condition première de mise en œuvre du projet est de garantir un plateau technique de qualité.

Axe n°3 : le plateau technique en médecine :

- Imagerie :

TDM et surtout IRM fixe

- Explorations cardiologiques :

ETT, ETO, échographie de stress et d'effort, TDM et IRM, épreuves d'effort, holter, holter tensionnel,

- Explorations neurologiques :

EEG, EMG-Potentiels, PGV, PSG, polysomnographie.

- Explorations angiologiques
- Explorations pneumologiques :

EFR, fibroscopie bronchique, drainage et biopsie pleurale, cytobloc, polygraphie ventilatoire.

▪ **Axe n° 4 : HOSPITALISATION DE JOUR :**

La mise en œuvre du projet passe également par la mise en place de **chantiers « innovants »**, dont l'hospitalisation de jour médicale, à développer sur les offres de soins suivantes :

- ✓ Chimiothérapie (héματο, sénologie , pneumologie)
- ✓ Biothérapie en rhumatologie
- ✓ Plaies chroniques
- ✓ Traitements de la Sclérose en Plaque (SEP)
- ✓ Immunoglobulines (en neurologie, en hématologie)
- ✓ Education thérapeutique
- ✓ Bilan handicap
- ✓ Diabétologie
- ✓ Bilan de médecine interne
- ✓ Evaluation gériatrique :
 - Onco-gériatrie
 - Neuropsychogériatrie, mémoire...

Des places pour l'hospitalisation de jour médicale sont prévues et seront sous la responsabilité d'un médecin coordonateur.

CHIRURGIE

Le développement de la prise en charge chirurgicale est une des priorités du présent projet médical. Il vise à offrir une offre de soins de qualité et de proximité appuyée sur un plateau technique neuf et une offre chirurgicale diversifiée.

Il existe un potentiel de développement de la chirurgie indéniable avec une marge de progression de 15 à 20%. Un des enjeux majeurs sera le renouvellement de l'équipe chirurgicale de digestif.

L'objectif central de la filière est de renforcer les filières de prise en charge dans les différentes disciplines afin de construire et de proposer une réponse adaptée aux besoins des patients.

LES AXES DE TRAVAIL DU PROJET SERONT DONC LES SUIVANTS :

Axe n° 1 : Améliorer les délais et les facilités d'accès à la filière avec un travail qui porte sur :

• **Les Consultations**

Il s'agit d'apporter des réponses directes aux demandes des Médecins Généralistes dans le cadre du **projet d'accueil centralisé**.

Les projets de consultations avancées sur les sites de Parthenay et Thouars doivent être développés en partenariat étroit avec les médecins généralistes (et les autres structures EHPAD) pour élargir le recrutement ; le développement de consultations dans les pôles de santé ou les EHPAD est également envisagé.

Il est proposé de séparer les consultations de post urgences des **consultations d'orthopédie programmée**.

Dans ce contexte, un **projet de consultations post-urgences** est à construire avec les urgentistes pour les cas ne relevant pas de la chirurgie (entorse de cheville par exemple). Ce projet passera par un travail à mener entre les deux services, permettant de valider un référentiel de suivi à construire par les orthopédistes.

Pour les **prises en charge non programmées** à la demande des médecins généralistes, le même type de réponse doit être apporté : **consultation** de semi urgence ou hospitalisation directe. Ce type de prise en charge devra être développé plus particulièrement en lien avec les EHPAD.

Moyens humains nécessaires :

- en lien avec le projet de coordination de l'accueil des patients

Axe n°2 : Développement de la chirurgie

Il concerne en priorité les recrutements à prévoir, en chirurgie digestive d'une part, avec la perspective de pourvoir quatre postes (effectif cible : 4 ETP) dans la discipline au cours du présent projet médical, et en urologie d'autre part, avec un poste pour un troisième praticien (effectif cible : 3ETP) .

Pour chaque spécialité, les projets de développement sont précisés comme suit :

▪ **L'orthopédie**

Le projet de l'orthopédie repose sur la chirurgie de l'épaule, de la hanche, du genou et du pied.

Il n'est pas proposé de développer la chirurgie spécialisée de la main, hormis la chirurgie de base.

Le développement des prises en charge passe par les projets de navigation pour la chirurgie prothétique de la hanche et le renforcement, comme pour les autres disciplines, de l'ambulatoire et de la réhabilitation rapide.

Dans le contexte du plateau technique de Faye-l'Abbesse, l'accueil centralisé de la chirurgie traumatologique permettra de systématiser l'avis orthopédique pour les patients, avec la mise en œuvre d'une liste limitative des patients non pris en charge au CHNDS pour réduire les transferts.

L'objectif est d'assurer une progression de 10 à 15% d'activité.

▪ **L'urologie**

Développement des explorations urodynamiques, maintien des consultations avancées.

Effectif médical cible 3 ETP, effectif seuil 2 ETP.

▪ **L'ophtalmologie :**

Le renfort de l'équipe par un nouveau praticien à temps partagé permet d'envisager le développement de cette activité qui est une des fortes demandes du territoire.

Le plateau technique opératoire sera sur le site de Faye l'Abbesse mais devra comporter des sites de consultations équipés, sur Thouars et Parthenay.

▪ **L'ORL :**

L'activité d'ORL est actuellement stabilisée dans son champ d'activité.

La question du développement de la stomatologie doit être posée devant la demande croissante dans ce domaine, liée au vieillissement de la population.

Par contre, l'objectif sera de récupérer sur le territoire, des parts d'activité de 10 à 20%.

▪ **La filière digestive :**

Le CHNDS dispose d'une équipe de chirurgie digestive générale qui permet de prendre en charge l'ensemble de la chirurgie générale (paroi abdominale, hémorroïde et proctologie, tube digestif, colon rectum, voies biliaires, glandes endocrines).

Le service de chirurgie viscérale développera l'endoscopie interventionnelle, la chirurgie mini invasive, la réhabilitation précoce, la prise en charge ambulatoire.

Pour conserver son excellent niveau d'attractivité, les CS avancées doivent être développées. Parallèlement à la poursuite du renforcement de l'ensemble des activités, une attention particulière sera portée à celle des endoscopies interventionnelles.

Il conviendra de renforcer l'équipe des chirurgiens viscéraux, car la pyramide des âges actuelle montre que l'effectif va rapidement passer en dessous du seuil d'ETP permettant la continuité des soins.

- **Gynécologie et Sénologie**

L'agrément de cancérologie gynécologique permet le développement de ses prises en charge ainsi que celle de la chirurgie de la statique pelvienne.

Il en est de même pour la sénologie. L'appareillage en imagerie permet le développement d'une filière de la prévention au traitement chirurgical, dans le cadre du projet de la cancérologie, avec un objectif de renforcement de l'activité sur 15 à 20%.

Axe n°3 : Projet de l'anesthésie

La consolidation des effectifs de médecins anesthésistes est nécessaire, avec un objectif cible de 9 ETP de médecins anesthésistes.

Pour le renforcement des effectifs IADE, du fait de la démographie de la profession et des difficultés de recrutement, un choix institutionnel s'impose sur le centrage des activités des IADE au bloc opératoire.

L'organisation de la PDS se fera par la mise en place d'une garde sur le site de Faye l'Abbesse, en lien avec la réanimation.

Dans les projets de la discipline, le développement de l'Hypnose est retenu comme prioritaire. Ce développement nécessite un programme de formation des acteurs.

Axe n° 4 : Développement de nouvelles disciplines et celle des prises en charge innovantes

Sont concernées par le projet :

- ✓ La stomatologie,
- ✓ La chirurgie vasculaire dont le projet sera entrepris uniquement dans le cadre d'un projet territorial avec le CH de Niort
- ✓ La chirurgie endocrinienne qui se développera à la faveur de la sur-spécialité d'un nouveau praticien en chirurgie viscérale ou dans le cadre de la chirurgie ORL.
 - ✓ La chirurgie ambulatoire et l'organisation en «fast track», avec la prévision de 20 places d'ambulatoire sur le site de Faye l'Abbesse.

Un chantier sur cette thématique est déjà ouvert au CHNDS pour répondre aux objectifs nationaux, avec pour objectif de développer les parcours en ambulatoire. Toutefois, ce renforcement de l'ambulatoire impose de développer les prises en charge d'amont et d'aval de façon particulièrement précise et de construire les réseaux nécessaires avec les partenaires de ville. Le projet se mettra en place en s'appuyant sur :

- ✓ la rédaction de chemins cliniques avec les différents acteurs, en interrogeant la pertinence du transfert de l'activité d'hospitalisation complète en ambulatoire
- ✓ les travaux sur le parcours de soins en amont et aval de l'ambulatoire, à savoir :
 - la préparation préopératoire : kinésithérapie avant l'opération (ex : apprentissage béquillage,)
 - les échanges avec les infirmières de ville : travail en réseau
 - l'organisation de la prise en charge à la sortie
- ✓ les travaux avec les praticiens concernés, pour chaque intervention ou type d'intervention, pour définir précisément chacune des étapes de la prise en charge
- ✓ l'organisation à mettre en place, dès que le chemin aura été défini avec les partenaires de ville.
- ✓ La réhabilitation rapide, visant à améliorer la durée d'hospitalisation des patients de façon à leur permettre un retour à domicile plus rapide, elle nécessite la collaboration étroite de la médecine

hospitalière et de la médecine de ville. Elle porte sur la préparation préopératoire, les modes d'anesthésie, la prise en charge de la douleur et la reprise rapide de l'autonomie.

▪ La gastroentérologie

« Le service d'Hépatogastroentérologie et d'Oncologie digestive du CHNDS prend en charge :

- ✓ Les patients atteints de maladies aiguës, de maladies chroniques ou de cancers de tout l'appareil digestif : œsophage, estomac, intestin, colon, rectum, foie, pancréas et voies biliaires.
- ✓ Il assure à la fois le dépistage, le diagnostic et le traitement de ces pathologies. Le diagnostic et le dépistage de ces maladies sont réalisés par des techniques endoscopiques (Gastroscopie, Coloscopie, Echoendoscopie, cathétérisme rétrograde des voies biliaires et pancréatiques, Plasma Argon, Vidéo-capsule), ou fonctionnelles (Ph métrie, Fibroscan).
- ✓ La cancérologie digestive, dans ses aspects de diagnostic et de traitement, par des consultations d'annonces et une hospitalisation de jour de chimiothérapie. Les cancers sont pris en charge de façon pluridisciplinaire (hépatogastroentérologues, chirurgiens viscéraux, pathologistes, radiologues, oncologues, radiothérapeutes). L'ensemble de ces dossiers est discuté en RCP d'Oncologie hebdomadaire avec le PRC du CHU de Poitiers.
- ✓ Staffs mensuels: Staff d'hépatogastro-entérologie, Staff MICI et Staff Hépatite avec le CHU de Poitiers
- ✓ Staff Hebdomadaire (CHU Poitiers - Tours) CHC
- ✓ Projet de développement d'unité d'hépatologie, consultation et prise en en HDJ
- ✓ Projet de lits dédiés aux soins palliatifs
- ✓ Intégration de l'unité douleur au sein du service.
- ✓ Hospitalisation de jour : Assurant les traitements de chimiothérapies, perfusions de fer ou d'anti-TNF, transfusions...
- ✓ Prise en charge nutritionnelle : Nutrition entérale (par sonde) et parentérale (par voie intraveineuses) avec intervention de diététiciennes.
- ✓ Formation d'Interne de spécialité

▪ LE DÉVELOPPEMENT DE L'ANGIOLOGIE :

Cette discipline nécessite la présence de deux angiologues.

La filière de dermatologie et plaies chroniques : forte demande liée à la consultation et à l'hospitalisation de jour.

SOINS DE SUITES ET DE REEDUCATION (SSR)

Contexte

Le service de soins de suite de Parthenay propose un secteur d'hospitalisation de 82 lits (dont 7 lits d'UCC) répartis en 3 unités distinctes :

- Unité 1 : 27 lits dont 5 chambres à 2 lits et 17 chambres seules
- Unité 2 : 27 lits dont 10 chambres seules et 5 chambres à 2 lits, plus l'UCC (7 chambres seules)
- Unité 3 : 28 lits 5 chambres à 2 lits et 18 chambres seules

Le service propose également un plateau de rééducation avec une salle de kinésithérapie, une salle d'ergothérapie, une salle de psychomotricité, un appartement thérapeutique et parcours de marche extérieur.

Le service regroupe les locaux de l'Hôpital de jour avec 2 places d'hospitalisation de jour SSR, 2 places d'hospitalisation de jour médecine et le site des consultations mémoire, pansement et douleur.

Le service SSR du CH de Mauléon regroupe 40 lits organisés en 2 unités de 20 lits (avec uniquement 4 chambres à 2 lits dont 3 lits identifiés de soins palliatifs). Le service comprend également un espace sécurisé de 9 lits, Unité d'Hospitalisation Renforcée (UHR).

Les objectifs du projet sont de construire le projet SSR sur le CHNDS et celui de Mauléon, répondant à la construction de parcours de soins efficaces et novateurs sur les sites concernés : Parthenay, Thouars, Faye l'Abbesse et Mauléon.

Structures concernées

Les SSR de Parthenay et Mauléon, avec à terme le SSR de Faye-l'Abbesse, et enfin le SSR addictologie sur le site hospitalier de Thouars. Ce dernier site ne sera pas abordé dans ce chapitre car traité dans le projet de l'addictologie.

La mise en œuvre du projet devra développer les axes de travail suivants :

Axe n°1 : Choix de prise en charge pour les SSR :

Les services sont actuellement organisés de la façon suivante :

La prise en charge sur le site de Parthenay concerne les Soins de suite et de réadaptation non spécialisés adulte, en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour. Le service assure la prise en charge spécialisée pour la catégorie d'affections suivantes : affections de la personne âgée poly pathologique, dépendante ou à risque de dépendance en hospitalisation complète

La prise en charge sur le site de Mauléon est celle des Soins de suite polyvalents à orientation gériatrique. Le recrutement des patients se fait sur le site de Bressuire, Le CH de Cholet et les CHU de Nantes et Poitiers.

Le projet du SSR va proposer de nouvelles prises en charge :

Prise en charge de cancérologie :

Le besoin de SSR spécialisé en cancérologie (tumeurs solides) est évident au regard des demandes refusées par le CH. La tarification à l'activité pourra contribuer à une valorisation correcte de ce type de prise en charge. Une étude médico économique précise devra valider définitivement le projet (remboursement des molécules onéreuses, tarification T2A).

Il sera nécessaire de définir les interventions des spécialistes médicaux (oncologue) en lien avec le projet de la filière cancérologique.

Prise en charge en neurologie :

Cette proposition se développera dans le cadre du projet territorial de prise en charge des AVC en particulier avec l'UNV du CH de Niort mais aussi en lien avec le projet de médecine de spécialités du CH. La mise en place de ce projet nécessite un temps de Médecin Physique et de Réadaptation qui n'existe pas sur le CHNDS. Il est émis l'hypothèse de vacations d'un praticien du CH Niort. La valence médicale neurologique existe au CHNDS.

Il sera nécessaire également de recruter un temps d'orthophoniste.

Réadaptation cardiaque :

Initié dans le cadre du projet de la cardiologie sur le site de Faye l'Abbesse, le projet sera centré autour d'un secteur de réadaptation cardiaque en ambulatoire.

Création de lits dédiés de soins palliatifs en SSR à Parthenay :

Il existe un besoin bien établi par les données DIM. Celles-ci recensent 900 Journées par an, soit 3 lits. Il faut y ajouter les patients refusés en SSR et dirigés vers les LISP.

Le projet valide une demande de 3 lits de SSR soins palliatifs. Cette demande intègre le projet transversal de soins palliatifs. Le nouveau modèle de financement SSR pourrait être favorable à ce type de prise en charge.

Création de lits de SSR gériatriques à Parthenay :

Pour répondre à la demande croissante de SSR pour la gériatrie des lits identifiés SSR gériatriques seront créés.

Places d'hospitalisation de jour en SSR :

Actuellement les deux places d'hospitalisation de jour sont positionnées sur le site de Parthenay. Il est nécessaire de les conserver voire de les renforcer, avec l'intérêt de l'appartement thérapeutique.

Conditions préalables :

- Obtention des agréments

Moyens humains nécessaires :

- A définir ressources médicales et paramédicales

Axe n°2 : Définir les schémas de prise en charge en SSR sur le CHNDS

Ils devront valider le schéma d'organisation des sites et la localisation des unités.

Sur le site de Parthenay :

- ✓ L'Unité Cognitive Comportementale (architecture adaptée répondant à un cahier des charges)
- ✓ Les 3 lits identifiés Soins palliatifs : ce qui permet une couverture du territoire de Mauléon à Parthenay avec le principal des lits sur le site de Faye l'Abbesse
- ✓ Le SSR neurologie : du fait de la présence du plateau de rééducation pluridisciplinaire sur place et de la proximité géographique de Niort
- ✓ Le SSR gériatrique
- ✓ Hospitalisation de jour SSR (gériatrique, mémoire actuel)
- ✓ Les prises en charge post chirurgie orthopédique et traumatologique : du fait de l'existence du plateau de rééducation complet qui regroupe les professionnels de réadaptation ainsi que les locaux adaptés.
- ✓ En l'absence même de l'agrément de SSR spécialisés neurologie la prise en charge, comme elle se fait actuellement sur Parthenay, de ce type de patient ainsi que des patients venant d'orthopédie peut être poursuivie sur place du fait de l'existence d'un plateau de rééducation comprenant une salle de kiné, une salle de psychomotricité, une salle d'ergothérapie et un appartement thérapeutique. Ces installations ne sont pas proposées à Faye l'Abbesse. La salle de rééducation prévue est de plus petite taille et doit être mutualisée avec la maternité (préparation à l'accouchement) et la rééducation cardiaque ambulatoire.
- ✓

Sur le Site de Faye l'Abbesse :

- ✓ Le SSR cancérologie car il s'intéresse à des patients plus instables, requérant des soins médicaux plus fréquents (transfusion, antibiothérapie,)
- ✓ Le SSR polyvalent pouvant prendre en charge des patients plus instables ou à risque de décompensation (insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, infectiologie)

Pour le site de Mauléon :

Maintien des prises en charge actuelles.

Au total, le schéma idéal de répartition de l'activité sur le CH NDS serait le suivant :

- Site de Mauléon : sans changement
- Site de Faye l'Abbesse : 45 lits de SSR, dont lits de SSR cancérologique
- Site de Parthenay : 7 lit d'UCC , les lits de SSR neurologique, les lits de SSR polyvalents et les lits gériatriques , avec prise en charge préférentielle des pathologies de l'appareil locomoteur.

Les critères de répartition des patients en sus du schéma présenté devront prendre en compte la proximité qui sera toujours le choix premier du patient (déplacement, proximité familiale, milieu rural) pas de transport en commun ...). A ce jour, le patient a toujours le choix de son lieu d'hospitalisation.

L'organisation de la permanence des soins en SSR sur le site de Parthenay est un des axes de travail du projet.

Il sera nécessaire de définir le schéma de la permanence des soins sur le site de Parthenay en SSR mais également en USLD. Il semble difficile d'envisager que cette permanence soit assurée par l'astreinte médicale de Faye l'Abbesse au regard de la distance, du temps de déplacement et de la charge de travail.

Dans ces conditions, une première approche est donnée par l'organisation des prescriptions anticipées et les critères de répartition des patients entre les deux sites.

Par contre, la continuité des soins les week end et les jours fériés imposera une équipe qui puisse intervenir sur 2 sites. Les urgences vitales sont, elles, prises en charge par le SMUR.

Conditions préalables :

- Validation du schéma capacitaire

Le présent projet devra prendre en compte **la gestion des patients dont le devenir n'est pas possible à domicile**. La principale problématique de fonctionnement du SSR est celle des attentes d'admission en institution.

Malgré une anticipation de la sortie qui a lieu dès l'entrée du patient en SSR, la démarche d'une entrée en institution est très chronophage et usante (convaincre les familles, suivre les demandes, relancer les EHPAD). A cela s'ajoute le manque de place en EHPAD sur le nord du département, et encore plus de places en secteur sécurisé (dément déambulatoire). De plus, les EHPAD ont le choix de leurs patients et certains restent en SSR très longtemps faute d'avoir été choisis.

La deuxième problématique concerne l'attente des mises sous tutelles, toujours très longue malgré l'anticipation et un travail étroit avec les assistantes sociales. Le nombre de personnes âgées isolées en perte d'autonomie psychique et /ou physique et dans l'incapacité de donner un consentement éclairé pour une entrée en institution est en augmentation croissante et continue. Le projet propose ainsi de créer des lits d'hébergement en attente d'institution. Ce projet nécessite un accord des caisses pour leur financement.

Conditions préalables:

- Un projet validé par les tutelles

CONTEXTE

L'Hospitalisation à domicile (HAD) est une prise en charge nécessaire en alternative à l'hospitalisation. Elle est aussi nécessaire pour améliorer les parcours de soins patient et l'efficacité des services d'hospitalisation. Un important travail d'information a été réalisé depuis 2014 et des collaborations se dessinent sur le Bocage Bressuirais en particulier, et avec certains praticiens du centre hospitalier. Il n'en demeure pas moins que les objectifs de progression de l'utilisation de la HAD sont importants car les recours à l'HAD restent perfectibles.

L'OBJECTIF CENTRAL DU PROJET EST DE DEVELOPPER LA PRISE EN CHARGE EN HAD.

Axe n°1 : Circuit de prise en charge en HAD

Il prend en compte la coordination et la concertation entre l'équipe HAD et les médecins hospitaliers.

Le processus de prise en charge doit être précisé. Il revient à l'équipe hospitalière d'anticiper sa décision du recours à l'HAD dans le cadre du projet de sortie, le plus rapidement possible, soit à 24h de l'admission, avec un objectif cible à 48 – 72h pour le délai entre la demande et la sortie effective du patient. Ce délai doit comprendre le temps de validation du dossier et celui de l'organisation de la prise en charge à la sortie.

En pratique, le projet nécessite un travail service par service, entre la coordination de la HAD et les cadres du service, pour la construction du projet de sortie. Il nécessite aussi un travail avec les acteurs de santé du territoire, Médecins et IDE.

Axe n°2 : Les domaines à développer pour l'hospitalisation à domicile

La construction du projet de sortie des patients est au cœur de cet axe de travail, avec une action à mener sur le CHNDS, service par service reposant sur les principes suivants :

- En hospitalisation programmée, le patient arrive avec une sortie pré organisée
- En hospitalisation non programmée, le projet de sortie est construit dans les 48 premières heures
- Il existe un repérage systématique des difficultés sociales ou médicales (autonomie)
- La cellule gestion des lits gère les cas difficiles (constitué autour de l'équipe de coordination de l'accueil des patients).

Pour la HAD, les domaines de prise en charge à développer sont les suivants :

- La nutrition
- Les soins palliatifs
- Les alternatives au SSR après hospitalisation conventionnelle et l'HAD en sortie de SSR
- Les traitements antibiotiques au long cours.

La réalisation du projet passera enfin par **une évaluation** à mettre en place, reposant sur :

- Des tableaux de bord de suivi de la HAD
- Une analyse commune des difficultés : impossibilité de prise en charge
- Cette phase d'analyse sur dossier se fera dès 2017 pour lancer le processus.

ORIENTATION N°4 : PROMOUVOIR UNE MEDECINE DE QUALITE ET DE PROXIMITE AU TRAVERS DES PROJETS TRANSVERSAUX

LE PROJET DES SOINS PALLIATIFS

LE CONTEXTE DU PROJET :

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 avec 8 Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP), Bressuire avec 2 LISP, Thouars avec 2 LISP et Mauléon avec 3 LISP SSR ;
- Un point focal de prise en charge sur le site de Parthenay, avec 6 + 2 lits ;

Une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) avec un médecin à mi-temps intervenant en intra hospitalier et extra hospitalier (Domicile et EHPAD). LE PROJET A POUR OBJECTIF LE DEVELOPPEMENT DE LA PRISE EN CHARGE PALLIATIVE SUR LE TERRITOIRE

Axe n°1 : Organisation de la prise en charge palliative au sein du CHNDS

Le dimensionnement des LISP se fera sur le modèle ci-après :

- Sur le site de Faye l'Abbesse : 6 localisés et 6 lits identifiés
- Sur le SSR de Parthenay : demande de création de 3 lits en SSR
- La mise en place de cette organisation débutera par une étude médico-économique intégrant la prise en compte de l'éventualité du passage en T2A en SSR en 2016, l'étude de l'activité sur 3 ans sur Parthenay, Thouars et Bressuire. La question sera de connaître le nombre de lits nécessaire à l'activité du CH. Actuellement, l'établissement dispose de 12 lits identifiés.

Moyens humains nécessaires :

- Temps médical dédié : 1 ETP

Moyens matériels au sein de l'unité

- Salon des familles
- Chambres seules
- Bureau

Axe n°2 : Développement des soins de support

Ce projet prend sa place dans le cadre du projet de cancérologie. Le développement de l'action de l'EMSP constitue le 4^{ème} axe. Dans ce projet, l'activité de l'EMSP extra hospitalière est sans changement. Le développement se fera essentiellement sur l'intra hospitalier avec l'intervention renforcée de l'équipe pour l'aide à la décision dans les différentes unités **et** la prise en charge centralisée sur le site de Faye l'Abbesse.

Conditions préalables :

- Validation de l'organisation par la tutelle

Moyens humains nécessaires :

- Sur la globalité du projet : 1 ETP médical sur l'EMSP + 1 ETP sur les LISP

LE PROJET DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

La prise en charge de la douleur est un des axes prioritaires du présent projet médical. L'objectif est de renforcer cette prise en charge dans tous les segments du parcours du patient, au sein de l'établissement.

Axe 1 : Projet Douleur Chronique

Une organisation est déjà en place avec la consultation labellisée. Le maintien de cette consultation et de sa labellisation nécessitent d'identifier des locaux dédiés et un secrétariat individualisé dans le futur plateau de consultation comme le stipule le cahier des charges de la labellisation.

Devront être développés :

- ✓ La prise en charge en hospitalisation de jour :
- ✓ Poursuite des traitements dispensés actuellement, stimulation transcutanée, pose de QUTENZA, perfusion de KETAMIN
- ✓ Développement de la pose de cathéter péri-nerveux continu par un médecin Anesthésiste dans le cadre des traitements analgésiques locorégionaux continus en ambulatoire.
- ✓ Consultations de prise en charge de la douleur en gériatrie
- ✓ La prise en charge de la douleur en cancérologie et développement des soins de support (qui sera développé dans l'axe 2).
- ✓ Techniques de neurostimulation en partenariat avec le CHU de Poitiers.

Axe 2 : Développement des soins de support et création d'une équipe mobile douleur

Les soins de support désignent l'ensemble des soins nécessaires aux patients atteints de maladie grave chronique dont la maladie cancéreuse. Ils s'appliquent dès l'annonce du diagnostic et durant le déroulement des différents traitements spécifiques. Ces soins regroupent la prise en charge de la douleur, la nutrition, la prise en charge psychologique, sociale...

Ils sont actuellement dispensés auprès des patients qui sont accueillis dans l'unité d'hospitalisation de jour pour leur traitement par chimiothérapie ou lors de leur hospitalisation principalement dans le service de gastro-entérologie.

Ils sont assurés par notre équipe (binôme infirmière ressource douleur / médecin) et limités à une demi-journée par semaine.

Le projet consiste à pouvoir développer cette activité et l'offrir à l'ensemble des patients sur le futur plateau technique. Cette activité pourra être partagée avec l'unité mobile de soins palliatifs.

Moyens humains nécessaires :

- ½ équivalent temps plein IRD
- ½ équivalent temps plein psychologue
- ½ équivalent temps plein médecin formé

Axe 3 : Organisation transversale de la prise en charge de la douleur au sein de l'établissement

Chaque service ou unité fonctionnelle devra disposer d'un infirmier et/ou d'un médecin référent douleur qui sera membre du CLUD.

La mission du CLUD devra être renforcée afin d'optimiser la qualité de la prise en charge de la douleur de notre établissement et d'impacter une véritable culture douleur. Les liens entre le CLUD, le réseau ville-hôpital et l'HAD devront être développés.

Moyens humains nécessaires :

- Un responsable médical dédié (MAR)

Axe 4 : Projet hypnose

La mise en œuvre de ce projet passe par la formation des IADE, IDE volontaires et sages-femmes.

Le projet sera porté par l'équipe d'Anesthésistes

Axe 5 : Projet Education Thérapeutique en douleur chronique

- ✓ Un programme d'ETP en douleur chronique a été co-écrit entre professionnels de santé de la région et patients experts de l'Association Francophone pour Vaincre les Douleurs (AFVD) qui porte ce projet. Il est actuellement soumis à l'ARS (mars 2017) et devrait être mis en place au 2ème semestre 2017 au sein de l'Unité Douleur Chronique de notre établissement.
- ✓ Un médecin, une psychologue et une infirmière ressource douleur sont en cours de formation.
- ✓ Les ateliers d'éducation thérapeutique par groupe de malades devront débuter au 2ème semestre 2017, à raison d'une ½ journée par semaine toutes les deux semaines.

EDUCATION THERAPEUTIQUE

Le territoire nord deux-sèvres dispose, au niveau de la médecine de ville, d'une organisation déjà en place avec l'association asalee. Le chnds dispose lui, de l'autorisation de développement d'un projet education thérapeutique en diabétologie.

L'objectif est donc de développer un projet en lien avec le projet territorial, dans sa dimension hospitalière complémentaire de la dimension du territoire. les projets en cours, tant au chnds que sur le territoire, en particulier en matière de diabétologie, seront maintenus et développés.

Les projets à développer sur le territoire vont concerner :

- ✓ le tabagisme et l'alcoolisme : messages de prévention
- ✓ les thématiques de complémentarités entre la ville et le ch, à savoir :
 - prise en charge ophtalmologique : rétinographies pathologiques
 - filière education thérapeutique en cardiologie et prise en charge réadaptation cardiaque
 - filière education thérapeutique bpc0 avec relais en pneumologie au ch
 - atelier thérapeutique en diabétologie
 - l'éducation thérapeutique dans l'asthme : secteur à construire
 - l'éducation thérapeutique en cancérologie
 - l'éducation thérapeutique en gériatrie

L'organisation de l'activité education thérapeutique est à mettre en place sur le chnds. la première action consistera en la mise en place d'une cellule de coordination composée des :

- ✓ ide formées : 2 pour thouars, 2 pour parthenay, 1 pour bressuire
- ✓ médecins porteurs de programmes

Cette cellule fonctionnera en lien avec l'équipe education thérapeutique du réseau ville-hôpital.

Les secteurs de développement de l'éducation thérapeutique seront :

- la diabétologie, avec deux axes : diabète gestationnel et patients de type i et ii
- les projets à construire sur la gériatrie, la cardiologie et la cancérologie
- en pneumologie, si le développement de cette spécialité est acté sur le chnds
- en pédiatrie, en lien avec le projet de ce secteur.
- en douleur, en lien avec l'association afvd

conditions préalables :

- projet commun ville-hôpital
- agréments des projets pour leurs financements
-

POLITIQUE QUALITE ET GESTION DES RISQUES

Les grandes priorités :

- Organiser le management et la coordination de la qualité, gestion des risques et des relations avec les usagers de manière lisible et pérenne.

- Promouvoir des soins à l'efficacité démontrée, réalisés avec efficacité et sécurité
- Optimiser l'accueil, l'information et les relations avec les patients
- Renforcer la sécurité des personnes et des biens et la sûreté de fonctionnement des installations et des prestations au service des soins
- Promouvoir la qualité de vie au travail
- Piloter les certifications et les accréditations

Axe n°1 : Lutte contre les évènements indésirables associés aux soins et notamment ceux associés aux médicaments

Des programmes annuels ou pluriannuels d'actions d'amélioration de qualité et de la sécurité des soins seront rédigés en respectant les objectifs principaux suivants :

- ✓ Poursuivre l'évaluation a priori et la maîtrise des risques dans les secteurs à risques
- ✓ Développer et faire perdurer une dynamique d'amélioration constante de la qualité des soins par une harmonisation et la formalisation des pratiques, par la mise en œuvre des évaluations des pratiques professionnelles
- ✓ Poursuivre le développement des indicateurs qualité et de sécurité, véritables vecteurs d'amélioration des pratiques
- ✓ Informatiser les processus de prise en charge médicamenteuse du patient
- ✓ Améliorer les résultats des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins
- ✓ Inciter, dans un esprit non punitif, le signalement des presque accidents et accidents associés aux soins dont le but final est la mise en place de verrous de sécurité ou d'éviter des accidents ne se reproduisent par l'organisation des séances de retour d'expérience
- ✓ Organiser la mise à jour des connaissances des professionnels par des actions de formation ou de sensibilisation sur les thématiques relatives à la qualité, à la sécurité et notamment à la qualité de la prise en charge médicamenteuse et au risque d'erreurs médicamenteuses.

La mise en œuvre de cette politique passe par les axes de travail suivants :

- ✓ La politique des EPP
- ✓ Le développement des CREX
- ✓ Le projet DPC et l'accréditation des praticiens
- ✓ La préparation et le suivi des processus de certification

Axe n°2 : Gestion des risques

Ce projet repose sur la poursuite et le développement de la démarche entamée. La cartographie des secteurs à risques est réalisée, le travail sur les risques professionnels et l'informatisation de la gestion des EIG est à parfaire.

Axe n°3 : Maitrise du risque infectieux

- ✓ L'identification des risques infectieux par la réalisation de la cartographie des risques
- ✓ Le suivi des indicateurs nationaux :
 - o Mise en place du nouvel indicateur ICSHA3, en lien avec les services notamment par les la réalisation des audits des opportunités des hygiènes des mains
 - o Indicateurs : ICALIN, ICALISO, ICABMR, ICATB, bactériémies à SARM, ICSHA
- ✓ Analyse de causes rétrospective d'EIG associé au risque infectieux
- ✓ Surveillance des BMR, BHR à partir des données du laboratoire
- ✓ Surveillance des AES

- ✓ Surveillance des infections sur site opératoire
- ✓ Risques infectieux liés à l'environnement :
 - o La cartographie du risque infectieux lié à l'air en collaboration avec les services techniques
 - o Révision des protocoles suite à la parution du guide de surveillance environnementale liée à l'air et à l'eau (CCLIN Sud-Ouest 2016)
 - o Surveillance de la qualité de l'eau, de l'air et des surfaces selon les dernières recommandations
 - o Bionettoyage
 - o Rédaction et Mise en place des protocoles de surveillance environnementale en lien avec l'acquisition des laveurs-désinfecteurs des endoscopes et des armoires de stockages, en collaboration avec le bloc.
- ✓ Risques infectieux liés aux dispositifs médicaux :
 - o Réactualisation des protocoles d'entretien des dispositifs médicaux réutilisables
 - o Risques infectieux liés aux actes invasifs
- ✓ La formation et sensibilisation du personnel soignant en continu à la prévention du risque infectieux
- ✓ Mise en place des audits/enquêtes, de leur analyse, de leur restitution et des actions correctives qui en découlent (actualisation des protocoles notamment)
- ✓ Travail en lien avec le Commission des Anti-Infectieux : surveillance des consommations des antibiotiques et des résistances bactériennes
- ✓ Le suivi des secteurs à risques : endoscopies, bloc, urgences.

Elle repose sur :

- ✓ La cartographie du risque infectieux avec un travail sur les blocs
- ✓ Le suivi des indicateurs nationaux
- ✓ L'identification des risques infectieux
- ✓ Le travail sur les BHRE
- ✓ La formation sensibilisation du personnel
- ✓ Le suivi des secteurs à risques : endoscopies, bloc, urgences.

Axe n°4 : Projet territorial

Il nécessite de réaliser une démarche analysant les besoins et les demandes des différents acteurs.

Le travail principal se fera avec les EHPAD dans les domaines suivants :

- Organisation des démarches qualité et gestion des risques
- Organisation de la maîtrise du risque infectieux
- Réalisation des programmes de formation.

Les moyens demeurent à déterminer mais le financement sera celui de postes mutualisés entre les différentes structures partenaires du projet.

PHARMACIE-STERILISATION ET CIRCUIT DU MEDICAMENT :

Le projet de la pharmacie comporte deux phases :

1. La phase intermédiaire dans la situation actuelle à 3 sites
2. La phase de préparation puis installation à Faye l'Abbesse : une pharmacie – stérilisation unique approvisionnant les unités de Fla et de plusieurs sites distants.

Les objectifs centraux du projet visent à définir les circuits des produits et à les harmoniser selon les services comparables. Les structures concernées sont la pharmacie et les services MCO et médicosociaux.

LE PROJET DE LA PHARMACIE ET DU CIRCUIT DU MEDICAMENT VA SE DEVELOPPER AU TRAVERS DE 12 ACTIONS. L'EFFECTIF CIBLE EST DE 5 ETP PHARMACIENS.

Axe 1 : Harmonisation des pratiques pour l'ensemble des services

Elle se réalisera au travers de :

- L'analyse des ordonnances : il existe trop de modifications de prescriptions pour tout analyser. Il est donc nécessaire de définir quelles ordonnances analyser : profils patients, médicaments, périodicité...
- Le circuit du médicament et de la dispensation :
 - Modes de délivrance globales,
 - Gestion des commandes et des stocks déportés
 - Périodicité des délivrances nominatives,
 - Interfaces unités-pharmacies : prise de commande, transport, rangement,
 - Cas particuliers : Stupéfiants, médicaments dérivés du sang, gestion des dispositifs du bloc
- La définition avec la direction des services économiques, du périmètre de gestion pharmacie / DSEL sur les dispositifs non stériles.

Conditions préalables :

- Coordination entre Direction des soins, pharmacie et DSEL : Il sera nécessaire de déterminer les organisations futures sur le site de Faye l'Abbesse et former les équipes aux pratiques futures
- Logiciel informatique : cf... action 5
- Organisation de la gestion des stocks : commande, délivrance, (transport) et rangement :
 - soit les préparateurs assument l'ensemble de cette phase (sauf transport)
 - soit partage avec les IDE : les préparateurs ne prennent en charge que la gestion des stocks et des commandes et la délivrance ; rangement par IDE (risque de non-respect du premier périmé, rangé devant).
 - et ce quelle que soit la technique retenue : Plein-vide, renouvellement proportionnel.

Le groupe se positionne sur la 1^{ère} solution, ce qui implique que le préparateur ira deux fois dans le service : prise de commande et rangement (sauf délivrances imprévues).

Moyens humains nécessaires :

- A déterminer en 2017

Axe n°2 : Organisation des services non installés sur le site de Faye l'Abbesse

Les services non installés à Faye l'Abbesse sont la psychiatrie, le SSR, l'USLD et les EHPAD ainsi que les CS avancées sur Thouars et Parthenay, et les unités de consultations non programmées et programmées sur les mêmes sites. Elle passe par l'informatisation de la prescription en gériatrie USLD / EHPAD. Elle vise à préparer l'organisation par l'analyse des ordonnances en gériatrie, les revues de traitement en USLD / EHPAD et l'action en psychiatrie.

L'organisation du circuit logistique doit être adaptée selon les sites et services ou unités :

- Projet de positionnement de préparateurs dans les services pour veiller aux stocks, préparer commande, ranger ? préparation doses à administrer PDA (semainier) ? présence hebdomadaire ? Ce périmètre est validé par le groupe
- USLD et EHPAD, coquelicots : DMIN sans PDA déjà en place, avec PDA manuelle ? pour anticiper la PDA automatisée
- SSR et addictologie : DHIN sans PDA déjà en place. Prévoir PDA ?
- Pour la Psychiatrie, il sera nécessaire de prévoir une DHIN. Prévoir PDA ?
- Déterminer limite d'action de la pharmacie :
 - Délivrance nominative et gestion des stocks : Ok
 - PDA ?

Axe n°3 : Automatisation de toutes les délivrances nominatives hebdomadaires

Pour les sites du CHNDS, le projet concerne le SSR, la psychiatrie, les EHPAD, soit 650 patients. Dans le cadre du GHT et du projet de territoire, le partage de cet équipement et des prestations associées sera proposé à d'autres structures du NDS, sur la base du volontariat :

- CH Mauléon : 170 patients
- Les EHPAD du GIR 7 ou autres EHPAD (avec PUI lorsqu'elles seront volontaires)

Ceci impose vraisemblablement un transfert de moyens des PUI d'EHPAD vers PUI du CHNDS ;

Ce projet ne peut se concevoir que si les EHPAD sont volontaires pour nous rejoindre

Il s'agira ensuite de mettre en place une organisation de la logistique de livraison, et d'envisager l'évolution de la PUI du CHNDS vers une PUI du secteur géographique NDS (Cf... action 4).

Conditions préalables :

- Informatisation complète du circuit du médicament
- Validation du projet GHT et de l'achat d'un automate

Axe n°4 : Evolution de la PUI du CHNDS vers une des PUI du GHT

Travail en collaboration avec la PUI du CH de Niort ou du Sud Deux-Sèvres dans le cadre des prestations immatérielles.

Les prestations d'une éventuelle PUI du territoire NDS seraient les suivantes :

- Automatisation de la PDA
- Gestion, stockage et délivrance des produits pharmaceutiques
- Autres prestations pharmaceutiques :
 - Analyse d'ordonnances,
 - Livrets thérapeutiques,
 - Gestion des stocks déportés,
 - Traçabilités,
 - Protocoles,
 - Formations continues,
 - Autres

Conditions préalables :

- Mise en place du GHT

Axe n°5 : Informatisation de la gestion de la pharmacie

L'axe de travail de ce projet repose sur le remplacement du traitement manuel avec fichier Excel par un logiciel dédié pour l'ensemble des processus de gestion de la pharmacie.

Axe n°6 : Organisation des interfaces services – pharmacie sur le site de Faye l'Abbesse

Les activités ci-après sont concernées :

Pharmaceutique

Définir et préparer :

- Les ordonnances à analyser : profils patients, médicaments, périodicité...
- La participation hebdomadaire au staff
- La sortie du patient : courrier pharmaceutique
- La pharmacie clinique :
 - o Les revues de traitements (gériatrie, psychiatrie)
 - o L'Education thérapeutique (vers les CS)
 - o La conciliation médicamenteuse à l'entrée (urgences, UHCD)
 - o Les patients en rétrocession

Logistique

- Travail sur la dispensation avec intervention des préparateurs sur la gestion des armoires de services
- Choix des armoires à pharmacie selon le mode de gestion
- Choix de deux armoires automatisées pour USC et urgences : gestion et réassort par PPH
- Choix du circuit d'approvisionnement
 - DM : choix du plein / vide ou non ? Commande par PPH dans le service ; Délivrance et transport en caisses vrac ; Rangement dans les armoires dans le service (IDE ou PPH ? : le groupe retient le PPH)
 - Médicaments : commande par PPH dans service et délivrance globalisée (robot global à la PUI) ? transport en caisses vrac ? Rangement dans armoires dans le service (IDE ou PPH ?) ; ou DJIN en automate à la PUI et petite dotation médicaments avec commande par PPH dans service : option non retenue par le groupe pour ce projet médical, trop difficile, automate trop cher pour toutes les formes, non rentable pour 250 lits.
 - Bloc : 1 PPH (ou IDE de pharmacie) tous les jours à l'arsenal du bloc pour gérer et délivrer stock DM et implants (Cf... demande du pharmacien inspecteur) ; voir si mise en commun ressources PUI – stérilisation.

Services à Bressuire, Parthenay et Thouars (voire sur le CH de Mauléon)

Les organisations seront identiques avec :

- une armoire automatisée pour le site (Thouars et Parthenay) : gestion et réassort par PPH
- DHIN pour SSR, psy, addictologie
- DMIN pour USLD, EHPAD, Coquelicots
- Dotations globales
- Présence dans le service : Temps pharmacien (revue des traitements avec médecins, IDE) ; temps préparateur (gestion des stocks, +/- IDE)
- Logistique de transport à définir.

Axe n°7 : Rétrocession aux patients externes

Le projet définit un seul lieu de rétrocession à la PUI, sur le site de Faye l'Abbesse.

Il sera nécessaire d'étudier les moyens de transport des patients ou familles depuis Parthenay, Bressuire et Thouars.

Ce projet est en lien avec le projet transport du public entre Faye l'Abbesse et les 3 villes. Le Code de la santé Publique prévoit une possibilité de portage des médicaments.

Axe n° 8 : Unité de reconstitution des cytotoxiques

Pour la réalisation du projet, seront nécessaires :

- La mise en place de deux enceintes : cytotoxiques et AC monoclonaux (aspect réglementaire)
- Une troisième enceinte permettra la préparation d'autres solutions stériles : antibiotiques, autres
- Le projet prévoit l'extension des heures de préparation des Cytotoxiques pour permettre des chimiothérapies d'après-midi : 2 plages de préparation.

Axe 10 : Projet de la stérilisation

Sur le site de Faye l'Abbesse, il sera nécessaire de dédoubler tout le circuit technique indispensable : autoclaves, laveurs, compresseurs, soudeuses, équipements de chargement - déchargement de laveur et autoclave ...

Le schéma cible d'équipements sera de 2 autoclaves, 2 laveurs (12 paniers mini) et 1 cabine de lavage. Si un seul autoclave était en service, il sera nécessaire d'adapter les programmes du bloc aux contraintes de la stérilisation

Une Informatisation de la stérilisation (logiciel obsolète), logiciel interfacé avec le logiciel du bloc est nécessairement inclus dans ce projet

Une adaptation du parc d'instruments sera mise en œuvre

Un travail d'adaptation du fonctionnement avec le nouveau bloc sera nécessaire sur les séquences de pré-désinfection (à réaliser au bloc), de transport (qui ?), de rangement, et de sélection des articles à utiliser et enfin de délivrance aux IBODE.

L'équipe de la pharmacie assurera un passage quotidien sur l'arsenal du bloc pour gérer et faire tourner le stock d'instrumentation. (Cf... demande du pharmacien inspecteur) ; il sera nécessaire d'étudier une éventuelle mise en commun des ressources PUI – stérilisation.

En lien avec cette thématique, le projet de gestion des DM – DMI (participation systématique de la pharmacie-stérilisation au conseil de bloc) sera développé. Il comprend entre autre : l'organisation du stockage et la gestion du parc d'instrumentation : rationalisation des circuits et interlocuteurs.

Axe n°11 : Développement des actions de pharmacie clinique ou avec le réseau ville-hôpital

Outre la conciliation médicamenteuse et les revues de traitement, devront être traités l'organisation de l'utilisation du dossier pharmaceutique, l'accès des praticiens du territoire à ce dossier et le projet d'éducation thérapeutique sur les thématiques des anticoagulants, de l'hépatite C, des chimiothérapies orales.

Les travaux avec les pharmaciens de ville, porteront plus spécifiquement sur les thématiques de la sortie du patient et de la conciliation mais aussi sur la disponibilité des produits pharmaceutiques (lutte contre les ruptures).

Axe n°12 : Amélioration continue de la qualité

L'amélioration continue de la qualité des activités de pharmacie et stérilisation repose sur la participation des équipes et leur appropriation des processus métier.

Quatre types de réunions régulières (hebdomadaire en équipe ou des managers, mensuelle pour le management étendu à tous les pharmaciens, bimensuel pour le staff technique pharmacien) permettent l'échange et l'organisation.

L'assurance de la qualité repose sur la rédaction et le respect de documents métier : fiches de fonction, de poste, modes opératoires... Son évaluation est permise par la mise en place d'un CREX avec boîte à boulettes dans les unités, la réalisation d'EPP, etc.

LE PROJET DE LA BIOLOGIE

CONTEXTE

Le laboratoire de biologie du CH est dans une situation financière difficile depuis de nombreuses années n'atteignant pas la cible d'un coût du B < 0.27 Euros. Les causes de cette situations sont multiples : prise en charge des trois sites créant une charge logistique (transports, biologie délocalisée) et des doublons de personnel notamment sur la permanence des soins, activité trop faible au regard du coût lié à l'accréditation, activité externe sous-développée (seule réelle source de rémunération). L'objectif du laboratoire du CH est d'atteindre un équilibre médico-économique lui permettant de continuer à remplir ses fonctions de mise à disposition de résultats et de conseils en conservant cette proximité qui nous est chère tout en poursuivant l'accréditation de son activité, condition sine qua non à sa survie.

Pour se faire, le laboratoire doit développer trois axes principaux avec en parallèle le développement d'un partenariat avec le CH de Niort dans le cadre du GHT Deux Sèvres.

- **Axe n°1 : FAIRE croître l'activité d'ici 2018**

Plusieurs axes de croissance devront être étudiés rapidement :

- ✓ L'intégration de la biologie de l'hôpital de Mauléon représente une source d'activité de routine simple et peu coûteuse à réaliser qui devra être confrontée au coût de transport
- ✓ Le développement d'un réel circuit patient en ce qui concerne les prélèvements externes permettant de capter au moins l'ensemble des patients venant en consultation au CHNDS
- ✓ Le développement/réintégration d'analyses sous-traitées
- Moyens nécessaires :
 - Humains : du personnel de prélèvement, du personnel pour le transport
 - Financier/matériel : logistique transport

Axe n°2 : poursuivre la démarche d'accréditation avec comme objectif règlementaire une accréditation de 100 % des analyses à l'horizon 2020

- Moyens nécessaires :
 - Humains : A minima : 1 ETP de technicien et 0,8 ETP de biologiste
 - Financier/matériel : un logiciel de gestion documentaire et des non conformités. Poursuivre l'accompagnement par l'organisme Bioqualité

Axe n°3 : élaboration de l'organisation de la biologie en 2018 à partir du site de Faye l'Abbesse

Le projet du laboratoire de Faye-l'Abbesse est en cours de construction depuis maintenant plusieurs années et peut aujourd'hui se décomposer comme suit :

- ✓ La conservation voire l'expansion des domaines analytiques afin de conserver un maximum de compétence et de savoir au sein du CH pour rester le plus attractif possible à de nouveaux personnels et apporter le meilleur service au patient et au clinicien
- ✓ Développer un réel partenariat avec le CH de Niort dans deux domaines que sont le système d'information et l'activité que nous déléguons aujourd'hui à un sous-traitant privé
- ✓ Limiter au maximum les sites nécessitant l'implantation de biologie délocalisée et l'élaboration d'une logistique transport coûteuses et chronophages afin de ne pas grever le bénéfice sur le coût du B de l'évolution vers le monosite.
- ✓ Penser et créer un réel centre de prélèvement externe situé soit au laboratoire soit aux consultations et géré par le laboratoire
- ✓ Développer la prescription connectée dans un objectif zéro papier en lien avec le choix sur le DPI
-

Axe n°4 : création du dépôt de délivrance de produits sanguins labiles à Faye l'Abbesse géré par le laboratoire

Compte tenu de l'activité transfusionnelle globale des trois sites du CHNDS, il a été acté avec l'EFS de Niort la création sur FLA d'un dépôt de délivrance en remplacement des dépôts d'urgence/relais actuels afin de limiter le nombre de transport de PSL EFS Niort-CHNDS et de faciliter l'organisation de l'acte transfusionnel au sein de notre établissement.

Outre l'établissement d'une convention tripartite EFS/CHNDS/ARS, la création d'un tel dépôt nécessite des moyens en particulier humains bien spécifiques.

Moyens :

- Humains : 2 biologistes parmi l'effectif actuel (un responsable de dépôt et son suppléant) possédant le DU de Transfusion Sanguine, une équipe de techniciens de laboratoire formés par l'INTS et les biologistes
- Financier/matériel : armoires frigorifiques et congélateurs de taille adaptée, cartographiés et qualifiés

Le projet de l'Imagerie :

CONTEXTE

Actuellement, l'activité d'imagerie est organisée sur les sites de Bressuire, Parthenay et Thouars. Une IRM mobile est à disposition avec un temps de vacation insuffisant.

Le service dispose de 2 scanners qui arrivent au stade du changement.

L'objectif du projet est de mettre en place une organisation de l'Imagerie à partir du site de Faye l'Abbesse, servant de maillage territorial vers les sites de Thouars et Parthenay mais aussi vers les partenaires du réseau ville-hôpital.

Le projet se décline autour de 4 objectifs principaux :

1. Un outil de production à moderniser pour des prises en charge efficaces.
2. Des processus métiers à repenser.
3. Un service rendu sécurisé dans des délais réduits.
4. Des missions de service public à pérenniser.

Axe n°1 : Pérennité de l'équipe médicale

L'objectif cible est de 6 ETP, l'objectif seuil de 4 ETP

Le projet de recrutement des radiologues prend toute sa place dans le projet de recrutement du CHNDS avec en particulier, un travail à mener sur cette question avec les équipes d'imagerie du CHU de Poitiers et du CH de Niort.

Axe n°2 : Organisation territoriale de l'imagerie en 2018

Ce projet s'organise autour du service d'imagerie du site de Faye l'Abbesse qui comprendra l'imagerie conventionnelle, le scanner, l'IRM, la mammographie, l'échographie.

L'organisation de l'Imagerie sur les sites de Parthenay et Thouars sera en lien avec les activités de consultations organisées sur les deux sites.

Le choix se fera entre le maintien d'une table de radiologie conventionnelle sur chaque site avec organisation de l'interprétation à distance, ou la construction d'un partenariat avec les cabinets d'imagerie libéraux pour assurer cette prestation.

Un projet plus ambitieux permettrait de mettre en œuvre un partenariat territorial entre le service d'imagerie du CHNDS et les équipes libérales de Bressuire, Parthenay et Thouars, voire dans le cadre d'un projet plus étendu, sur le département.

Moyens humains nécessaires :

- A déterminer

Axe n° 3 : Structuration du service d'imagerie sur le site de Faye l'Abbesse

Ce projet a pour objectif de disposer d'un outil de production modernisé pour des prises en charge optimisées et efficaces. Il comporte les éléments suivants :

L'Imagerie de coupe avec :

- Un renouvellement des 2 scanners sur le site de Faye l'Abbesse : un scanner dédié à l'urgence et un scanner 64 barrettes
- L'IRM : le SROSS devrait attribuer une autorisation pour un IRM fixe de puissance 1,5 T.
Le nombre de vacations offertes par cet appareil fixe devrait favoriser considérablement la baisse du délai d'obtention de nos rendez-vous.
Le projet intègre dans sa réflexion, l'ouverture de l'IRM à un éventuel GIE, dans le cadre d'un projet territorial d'imagerie
- Le serveur d'application

L'imagerie de projection avec :

- Les équipements fixes qui permettront de disposer d'une salle d'urgence, de salles généralistes
- L'utilisation des capteurs plans permettra de standardiser et de rationaliser les salles de production.

Les Equipements mobiles avec :

- Les mobiles de graphie pourront être dans un premier temps conservés.
- La mutualisation des capteurs wifi du service pour capturer une image numérique au lit du patient.

L'échographie :

- Le parc actuel des échographes est au nombre de trois, deux seront suffisants pour assurer l'activité du nouvel établissement.

La sénologie :

L'investissement dans un mammographe, capture directe, et de son option stéréotaxique en 2014 permettent de pérenniser l'activité de dépistage, et d'accompagner la filière « chirurgie mammaire » dans ses indications en effectuant des micro-biopsies avec développement de la « macrobiopsie » avec l'acquisition d'un mammothome

Axe n°4 : Gestion efficace de la radioprotection

La radioprotection travailleur.

Les tâches des PCR sont chronophages et les temps formalisés insuffisants, le temps affecté à l'accomplissement de leurs missions devra être réévalué.

Leurs moyens matériels devront s'étoffer par l'investissement d'un radiomètre, permettant d'optimiser leur temps et de réaliser les contrôles internes, ceci permettrait de nous affranchir d'une procédure externalisée coûteuse.

La radioprotection patient.

Les doses générées par chaque examen devront être tracées scrupuleusement dans le dossier patient. Cette gestion nécessitera l'acquisition d'un logiciel dédié interfacé avec notre RIS-PACS et DPI.

Ce projet doit s'imposer en matière de radiologie interventionnelle réalisée au Bloc opératoire

La mise en œuvre du projet d'Imagerie va conduire à l'acquisition d'outils

Le PACS (système d'archivage et de partage des Images) permet

- ✓ d'adapter la circulation de l'information et son contenu aux besoins d'une prise en charge cohérente des patients
- ✓ d'accéder rapidement aux images des examens précédents des patients.
- ✓

Il intègre :

- ✓ Un serveur d'application
- ✓ La dictée à reconnaissance vocale avec la validation électronique des CR.
- ✓ L'envoi automatisé de SMS pour le rappel des RDV (limitant les RDV non honorés et la désorganisation que cela engendre).
- ✓ La télé radiologie pour optimiser l'ouverture des plages en imagerie de coupes et soulager l'effectif hospitalier.

L'ensemble de ces équipements doit comporter l'interopérabilité DPI-RIS (dossier patient en imagerie)-PACS. Cette intégration (dossier radiologique), du DPI au PACS permettra d'optimiser le parcours du patient et de le sécuriser

Un des objectifs importants de cette organisation sera d'ouvrir le service de radiologie vers l'extérieur. Le PACS permettra de répondre à une demande de plus en plus forte des médecins correspondants. Accéder aux images sources et aux comptes rendus des examens de leurs patients, depuis leur cabinet, sur leur propre écran, constitue une valeur ajoutée incontestable.

Enfin, la **télé-expertise** se fera par la mise en place d'une plate-forme de télé-expertise médicale type ETIAM, l'échange de données radiologiques vers d'autres établissements de santé sera ainsi sécurisé, ces échanges de données permettront de solliciter l'avis d'experts dans les décisions thérapeutiques.

Le projet prend bien évidemment en compte les missions de service public à pérenniser sur les points suivants :

- **La continuité des soins**
 - ✓ La raréfaction des effectifs médicaux demandera à ce que soient repensées nos organisations.
 - ✓ La télé-imagerie sera probablement la solution pour y remédier, elle devra suivre les recommandations des sociétés savantes.
- **La permanence des soins**
 - ✓ L'équipe médicale trouvera dans le projet territorial de la PDS, pilotée par l'ARS les solutions pour assurer ces missions.

L'efficacité du projet passe enfin par des objectifs économiques :

- ✓ Réduire nos dépenses de fonctionnement.
- ✓ Augmenter l'activité
 - L'optimisation des plages d'ouvertures de l'imagerie de coupe.
 - La création de nouvelles activités.
 - L'ostéodensitométrie : La lutte contre l'ostéoporose : un enjeu de santé publique.
 - Le dépistage organisé du cancer du sein et la stéréotaxie mammaire.

Le projet de l'équipe opérationnelle d'hygiène

Contexte

Actuellement, l'EOH est organisée sur les sites de Bressuire, Parthenay, Thouars et Mauléon.

L'équipe est composée de deux praticiens hygiénistes temps partiel (1 ETP), d'un cadre de santé, d'une infirmière anesthésiste temps partiel, d'une bio-technicienne temps partiel et d'une adjointe administrative temps partiel.

La pédagogie nécessaire envers les professionnels de santé justifie le maintien d'une EOH sur le CHNDS dont les professionnels sont connus et identifiés par les acteurs du CHNDS.

Dans le cadre du GHT, l'EOH peut travailler en collaboration avec les autres établissements du groupement sur des protocoles et/ou des audits, puis avec les EHPAD du Nord des Deux-Sèvres.

Le projet médical de l'EOH s'appuie sur le Programme d'actions de prévention des infections associés au soins (PROPIAS) qui intègre le parcours de santé du patient au cours de sa prise en charge dans les différents secteurs

de l'offre de soins, qu'il s'agisse des établissements de santé, des établissements médico-sociaux, ou des soins de ville.

Axe 1 : Développer la prévention des infections associés aux soins (IAS) tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents

- ✓ Assurer la cohérence, efficacité et la synergie des programmes et actions de prévention et de prise en charge des IAS dans les 3 secteurs d'offre de soins :
 - Action locale : améliorer l'information auprès des patients et créer des outils de communication
- ✓ Améliorer les compétences des professionnels de santé et connaissances des usagers sur la Prévention des infections associées aux soins :
 - Action locale : coopération EOH/GDR/Référent ATB
 - Action locale : formation des professionnels de santé en hygiène et informer et associer le patient à PEC

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

- ✓ Associer les usagers du système de santé à la maîtrise de l'antibiorésistance :
 - Action locale : participation de l'EOH et du référent ATB à la commission annuelle gériatrique.
- ✓ Renforcer l'observance des précautions « standard », pour tout patient/résident, lors de tous les soins et en tous lieux :
 - Action locale : formation / évaluation locale des précautions standards au niveau des EHPAD et du SSIAD.
- ✓ Améliorer la maîtrise des BMR endémiques et BHR émergentes :
 - Action locale : Poursuivre l'évaluation régulière de la mise en place des précautions complémentaires contacts chez les patients porteurs de BMR.
- ✓ Réduire l'exposition aux antibiotiques et ses conséquences dans la population des usagers de la santé : diffusion de la charte de bon usage des antibiotiques validée en CME :
 - Action locale : Sensibilisation des médecins sur la réévaluation de toute antibiothérapie poursuivie plus d'une semaine et sa traçabilité,
 - Action locale : Poursuite de l'enquête concernant les consommations d'antibiotiques.

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

- Actions locales :
 - Former les IDE aux bonnes pratiques de traçabilité et de surveillance des actes invasifs.
 - Disposer d'outils de surveillance des infections associées aux actes invasifs disponibles dans le DPI.
 - Surveillance des bactériémies à point de départ dispositif invasif et réaliser des analyses de causes.
 - Favoriser la déclaration des infections liées aux actes invasifs.

ORIENTATION N°5 : DEVELOPPER LES PARTENARIATS DU CH

Le Centre hospitalier Nord Deux-Sèvres entend maintenir et développer sa politique en matière de partenariat.

LE PROJET DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Les orientations du projet médical partagé du territoire sont bien évidemment intégrées dans le projet médical du CHNDS :

- ✓ Les objectifs médicaux ;
- ✓ Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- ✓ L'organisation par filière d'une offre de soins graduée ;
- ✓ Les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par télémedecine, portant sur :
 - La permanence et la continuité des soins ;
 - Les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées ;
 - Les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle ;
 - Les plateaux techniques ;
 - La prise en charge des urgences et soins non programmés ;
 - L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ;
 - Les activités d'hospitalisation à domicile ;
 - Les activités de prise en charge médico-sociale ;
- ✓ Les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale y compris interventionnelle et de pharmacie ;
- ✓ Les conditions de mise en œuvre de l'association du centre hospitalier et universitaire portant sur les missions mentionnées au IV de l'article L. 6132-3 ;
- ✓ Le cas échéant par voie d'avenant à la convention constitutive, la répartition des emplois des professions médicales et pharmaceutiques découlant de l'organisation des activités prévue au 4° ;
- ✓ Les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes ;
- ✓ Les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation

CHU DE POITIERS

Le partenariat avec le CHU de Poitiers CHU de référence pour le CHNDS va porter sur les points suivants :

- ✓ La démographie médicale et le développement des postes partagés
- ✓ La coopération dans les domaines
 - de la cancérologie, de l'onco- hématologie,
 - dans le cadre de la filière de gastro entérologie

LES RESEAUX DE SANTE

Le CHNDS s'intègre aux réseaux de santé du territoire. Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge.

Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Inscrits dans la loi depuis 2002, les réseaux constituent également l'un des principaux dispositifs de coordination des acteurs (sanitaire, médico-social et social) intervenant sur le parcours des patients.

Réseau Onco-Poitou-Charentes

Coordination des opérateurs de santé à l'échelle régionale et amélioration continue des pratiques en cancérologie :

- ✓ L'élaboration de référentiels de bonnes pratiques,
- ✓ La promotion d'outils de communication communs,
- ✓ Le développement de la formation continue,
- ✓ L'information des professionnels de santé et des patients.

Réseau périnatal Poitou-Charentes

- ✓ Continuité d'une prise en charge coordonnée et graduée,
- ✓ Accès à l'entretien prénatal précoce,

- ✓ Orientation précoce et des transferts,
- ✓ Développement des réseaux de proximité (ville/hôpital/PMI).

Urgence bronchiolite

- ✓ Bronchiolite épidémique et autres pathologies respiratoires chez le nourrisson

Réseau Addictions Poitou-Charentes

- ✓ Addictions (alcool et drogues illicites)

CLIC de Gâtine, Réseau de Santé nord Deux-Sèvres, MAIA nord Deux-Sèvres

- ✓ Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dont la situation nécessite une coordination des soins.
- ✓ Assurer le lien ville-hôpital et coordonner les acteurs impliqués.

Réseau territorial des Urgences

- ✓ Depuis 2006, le réseau de prise en charge d'Urgence est le pivot de l'organisation territoriale des urgences.

Le réseau a pour mission de coordonner les moyens de chaque établissement en vue d'optimiser la prise en charge des patients nécessitant des soins urgents en leur assurant un accès à des compétences, des techniques et des capacités d'hospitalisation dont ne disposent pas chaque établissement.

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 présentée et se conclut par les modalités d'organisation pratique : priorisation, groupe référent et calendrier de mise en œuvre

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'efficacité 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.

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 mettre 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.

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**

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.

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).

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 Hélicoptère 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.

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 faute 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)

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'utilisateurs
- 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

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'efficacité 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 particulier 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

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'utilisateurs.

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'agrément. 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

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 identifiées 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 événements 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.

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 : oncologie, 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)



Projet médical partagé du Groupement Hospitalier de territoire

Le Projet Médical Partagé du Groupement Hospitalier de Territoire des Deux-Sèvres est la colonne vertébrale sur laquelle doivent venir s'articuler et se développer les projets de soins et de santé au service de la population de notre territoire.

Ce travail, écrit en concertation avec les Présidents des Commissions Médicales d'Établissement des centres hospitaliers parties du groupement, en lien avec les responsables des secteurs d'activité clinique et médico-technique, a mobilisé les projets déjà existants et s'est projeté dans leur consolidation et leur développement, mais a aussi pris en compte les principaux axes de l'offre de soins afin de les mutualiser, de les structurer plus fortement et d'améliorer leur efficacité.

Ce Projet Médical Partagé constitue le projet stratégique du G.H.T.

La concertation a pris en compte une méthodologie qui a repéré également les difficultés et proposer des actions à mettre en œuvre à court terme, de façon à améliorer la visibilité de ce projet.

Il a également été établi en lien avec les autres instances de gouvernance du groupement et particulièrement celles rassemblant les représentants des équipes soignantes, sans lesquelles aucun projet de soins ou de santé ne peut être pensé ou déployé de façon efficace.

La présentation de ce projet médical, qui en est à un stade de réflexion intermédiaire, comprend la déclinaison de ses axes prioritaires et un programme synthétique d'actions stratégiques.

Des groupes de travail pour chacun des axes, mais aussi des groupes transversaux chargés de faire la coordination entre ceux-ci, et en particulier avec les communautés professionnelles territoriales de santé, sont institués et programmés pour compléter ce projet dans une version plus complète et non exhaustive, et demandera un développement continu pour la fin du premier semestre 2017.

D'autre part, les outils de suivi, comprenant des indicateurs de réalisation et d'évaluation du déploiement du projet médical, doivent être mis en place dans le même temps.

Répondre aux objectifs du Groupement Hospitalier de Territoire, c'est-à-dire améliorer l'accès aux soins sur le territoire et en réduire les inégalités, mieux répondre aux besoins de la population, servir l'intérêt commun et la santé de tous, tel est l'objectif de ce projet médical partagé.

A ce stade des travaux, il importe de noter qu'un certain nombre d'éléments du PMP sont liés à la restructuration et la réorganisation de l'offre de soins sur les infra-territoires du Nord, nouveau site hospitalier de Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres

Au-delà des objectifs médicaux, le présent document a retenu 13 filières prioritaires dans un objectif d'organisation d'une offre de soins graduée.

Il s'agit ainsi de :

- l'organisation territoriale des Urgences
- la cardiologie
- la neurologie
- la télé-médecine et la télé-radiologie

- la diabétologie
- l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC)
- la santé mentale
- la prise en charge de la douleur chronique
- l' HAD
- l'accès aux soins des personnes handicapées
- la pharmacie
- les maladies infectieuses - les soins palliatifs

Si la prise en charge du sujet âgé, la cancérologie et le SSR ne figurent pas au rang des filières prioritaires, ils constituent bien évidemment des sujets majeurs de réflexion.

Cette version du projet médical décrit tout d'abord pour chaque filière l'état des lieux et les enjeux puis identifie les difficultés afférentes ainsi que les éventuelles ruptures repérées dans le parcours. Sont ensuite décrites les actions engagées et les pistes d'amélioration à exploiter.

Elaborées par le Collège médical, ces orientations ont recueilli les avis favorables unanimes du Comité stratégique et de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques du GHT des Deux-Sèvres.

En outre, le GHT des Deux-Sèvres a souhaité se doter d'une liste d'actions prioritaires pour l'année 2017.

Actions prioritaires du GHT des Deux-Sèvres pour l'année 2017

1) Recueil et pré-analyse des données d'activité hospitalière et de la consommation de soins et biens médicaux sur le territoire (Sources : PMSI, SNIIRAM, réseaux, CPAM...)

2) Initiation de la démarche visant à définir les indicateurs de suivi et tableaux de bord (exemple : projet en diabétologie, prévention...)

3) Urgences :

- Projet d'organisation des urgences et du SMUR dans l'infra-territoire Nord Deux-Sèvres
- Engagement du territoire dans le cadre de la convention d'association avec le CHU pour créer et pérenniser des postes d'assistants partagés, particulièrement en médecine d'urgence
- Participation à la régulation du SAMU-Centre 15 des praticiens hospitaliers du Nord Deux-Sèvres

4) Rédaction et/ou mise à jour des réseaux territoriaux d'urgence pour le neuro-vasculaire et le cardio-vasculaire.

5) Déploiement du dispositif de télé-AVC entre le centre hospitalier de Niort, établissement de recours, siège de l'UNV et le centre hospitalier Nord Deux-Sèvres.

6) Télé-Médecine et Télé-Radiologie :

- Extension du dispositif « Plaies et cicatrisation » au profit de l'infra-territoire du Nord Deux-Sèvres.
- Réflexion à poursuivre sur une organisation territoriale.

7) Santé mentale :

- Etat des lieux Nord-Sud à réaliser
- Liste des partenariats possibles Ouverture de l'offre complète d'unité cognitivo-comportementale (7 lits) dans l'infra-territoire du Sud Deux-Sèvres

8) Diabétologie :

- Elaboration d'un projet territorial d'action (exemple : prescription d'activité physique, tableau de bord de suivi populationnel du diabète de type 2...)
- Mise en place d'un dispositif de consultations avancées au profit du GHMS Haut Val de Sèvre et Mellois

9) IRC et Néphrologie:

- Mise en place d'une offre d'expertise au profit du GHMS Haut Val de Sèvre et Mellois
- Mise en place d'un dispositif ajusté de consultations avancées au profit de l'infra-territoire du Nord Deux-Sèvres.

10) Handi Santé :

- Ouverture de la structure dont la vocation territoriale est à conforter

11) Maladies infectieuses :

- Déploiement de la vocation territoriale du CeGIDD
- Rôle territorial de référent antibiothérapies du CH Niort

12) Pharmacie :

- Etude du projet Robot à mener à son terme et arbitrage

13) HAD :

- Couverture de l'ensemble des zones du territoire
- Réflexion quant aux moyens d'offrir les mêmes prises en charge à tous sur l'ensemble du territoire

14) Douleur chronique :

- Rédaction d'une convention pour permettre l'accès au plateau technique de consultation de la douleur du CH Niort

15) Soins palliatifs :

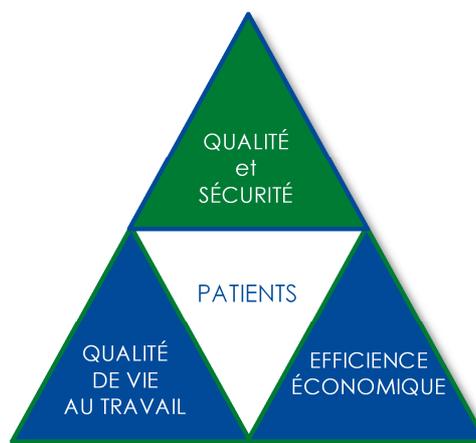
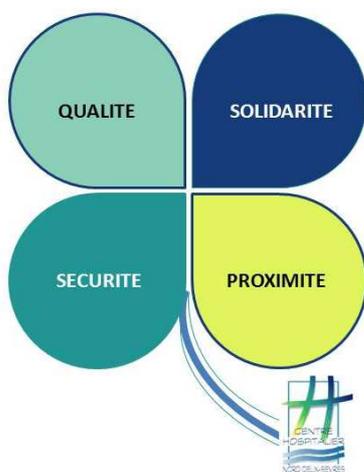
- Ouverture d'une unité au CH de Niort, dont la vocation territoriale est à conforter.

POLITIQUE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS

La **performance d'un système de santé** se mesure à sa capacité à améliorer l'état de santé de la population, à répondre aux attentes des personnes et usagers du système et à assurer un financement équitable, en utilisant au mieux des ressources limitées.

Pour le Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres, être plus performant, c'est avant tout porter ses efforts sur trois dimensions complémentaires au service **du patient** :

LES VALEURS DU CENTRE HOSPITALIER NORD DEUX-SEVRES



La qualité et la sécurité des soins et de service
La qualité de vie au travail des professionnels
L'efficacité économique.

En lien avec **les valeurs** qu'il a défini.

Le Centre Hospitalier Nord Deux Sèvres doit passer d'une qualité normée, imposée à une **qualité souhaitée et voulue par tous**. Cette culture qualité passe par **une amélioration continue des pratiques**.

La Qualité de vie au travail ou comment **la confiance et la reconnaissance des personnels peut servir notre efficacité auprès des patients et usagers**. Ce mode de management et de pensée doit s'appuyer sur **la compétence collective** définie comme la combinaison de ressources donnant la capacité reconnue et répétée au groupe de construire ensemble, dans un contexte donné, des solutions pertinentes aux problèmes rencontrés qui ne pourraient être assumés par chacun de ses membres seuls.

Il s'agit de travailler avec les professionnels du CHNDS pour créer de la valeur et de la croissance sans gaspiller inutilement les ressources disponibles et les efforts humains. Or cela ne peut se faire que si **chacun apprend à améliorer son travail et à résoudre les problèmes avec ses collègues, c'est-à-dire apprendre à travailler autrement**.

« L'engagement de l'ensemble des personnes est seule garante de la continuité et de la pérennité de l'amélioration »

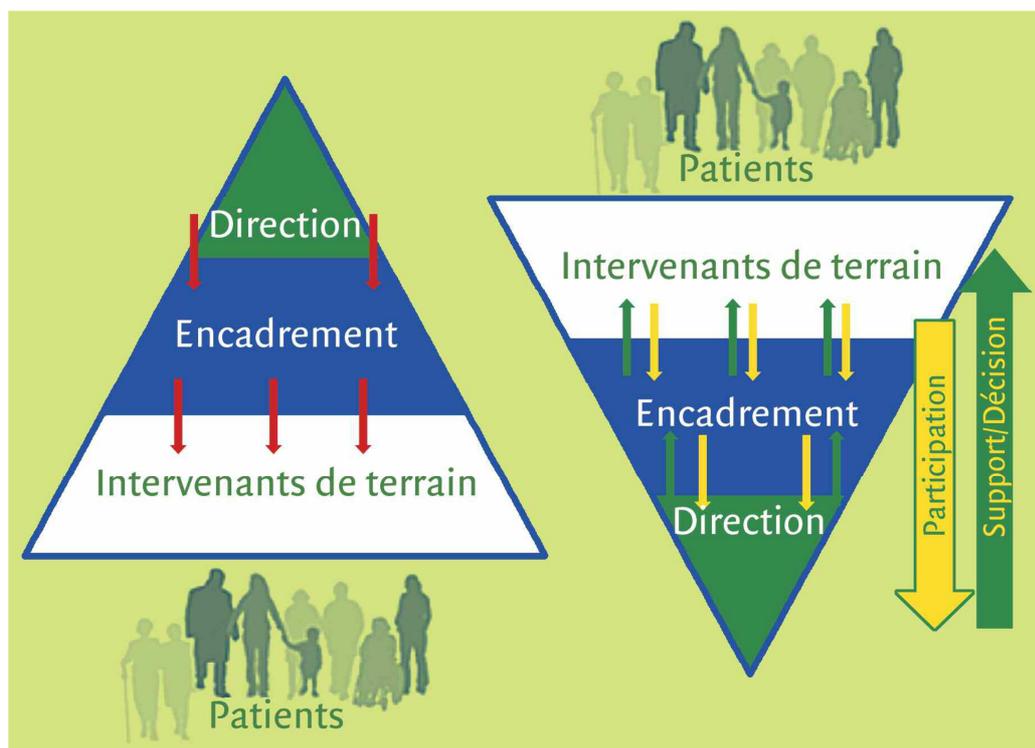
Ce management innovant de l'amélioration continue (Lean Management) cherche à développer et faire progresser les êtres humains pour qu'ils apprennent à mieux travailler ensemble pour créer de meilleurs processus et des méthodes de travail plus efficaces dont le patient sera le premier bénéficiaire.

Ce management est fondé sur deux grands principes : l'amélioration continue et les personnes.

L'amélioration continue qui implique tous les acteurs. Cette démarche repose sur des petites améliorations faites jour après jour, avec constance. L'idée essentielle est de ne pas se satisfaire d'une situation donnée mais de chercher constamment à l'améliorer et/ou à la remettre en cause pour obtenir un meilleur résultat.

Les personnes : chaque acteur a un objectif simple, bien réussir son travail. L'enjeu pour le CHNDS n'est pas de pousser son personnel à bien faire son travail mais de donner à chacun les conditions de cette réussite.

Pour entrer dans cette culture qualité, le Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres va passer d'une organisation classique pyramidale à une pyramide inversée, donnant aux intervenants de terrain, ceux-là même qui sont au plus près des patients, un rôle essentiel dans la résolution des problèmes et l'amélioration continue. La validation du N+1 n'étant en aucun cas remise en cause avec cette nouvelle culture managériale.



La politique Qualité du Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres répond aux programmes nationaux de santé publique et intègre les obligations réglementaires en matière de qualité et sécurité de prise en charge des patients, de vigilances, de gestion des risques techniques, environnementaux et de prévention des risques professionnels.

Prenant en compte les attentes et la satisfaction des usagers, elle aborde en toute transparence les enjeux de qualité de l'accueil, de sécurité des soins, de bien-être. Elle porte une attention toute particulière à la mise

en œuvre de programmes d'amélioration, d'actions de prévention et de traitement des événements indésirables ainsi qu'au développement professionnel continu (DPC).

Pour satisfaire à ces exigences, la politique qualité du Centre Hospitalier Nord Deux Sèvres s'articule autour de 6 axes prioritaires :

1. Organiser le management et la coordination de la qualité, gestion des risques et des relations avec les usagers de manière lisible et pérenne.
2. Promouvoir des soins à l'efficacité démontrée, réalisés avec efficacité et sécurité
3. Optimiser l'accueil, l'information et les relations avec les patients
4. Renforcer la sécurité des personnes et des biens et la sûreté de fonctionnement des installations et des prestations au service des soins
5. Promouvoir la qualité de vie au travail
6. Piloter les certifications et les accréditations

Le pilotage stratégique de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité est confié au **comité stratégique** composé du Directeur, du Président de la CME, des chefs de pôle, des médecins coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins, du Directeur des soins, de la Directrice qualité.

Le pilotage opérationnel de **la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité est confié au chef de pôle, cadre de pôle et directeur référent du pôle.**

Les objectifs qualités sont déclinés dans le contrat de pôle et comportent :

Des Objectifs d'amélioration continue par le LEAN MANAGEMENT :

- Réunions hebdomadaires d'amélioration continue (indicateurs : nombre de service déployé, nombre de réunions mensuelles par service, nombre de réunions mensuelles avec participation médicale par service)

- Nombre de chantier 5 S
- Nombre de tableaux de management visuel utilisés par les équipes.

Par pôle est nommé, un binôme (médecin/cadre) référent des FEI, réclamations, plaintes, médiations (indicateurs mensuels : nombre de FEI ayant fait l'objet d'un traitement (réponses, plans d'amélioration) nombre de réclamations/plaintes traités, nombre de médiation réalisé).

Déploiement de la méthodologie du patient traceur (indicateurs : profils définis par le pôle, nombre de patients traceurs réalisés par an, nombre d'actions d'amélioration mis en place et suivies)

RMM (nombre de RMM réalisé par trimestre par pôle)

EPP (par pôle : nombre, sujet)

CREX dans les secteurs à risques (3 à 4 CREX par an par secteur à risque)

Un COPIL opérationnel de la démarche de certification composé des chefs de pôles, des directeurs fonctionnels, ainsi que les pilotes et copilotes des thématiques de certification se réunit mensuellement. Les pilotes et copilotes sont chargés pour leur thématique : d'animer leur groupe de travail, de définir le processus, et la politique, la cartographie des risques, le programme d'actions qualité et sécurité des soins. Le COPIL stratégique venant en appui et en validation.

La coordination du traitement des évènements indésirables du CHNDS relève de la mission du coordonnateur des risques associés soins et des cellules CoGeRis (cellules opérationnelles de la gestion des risques par pôle).

La mise à jour annuelle des documents relatifs aux plans de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles est confiée au groupe de travail constitué de l'ingénieur qualité, d'un médecin urgentiste, des cadres des services d'urgence et de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Les démarches d'amélioration continue spécifiques (EHPAD, restauration, laboratoire...) seront sous la responsabilité des responsables de services avec l'appui méthodologique de l'équipe qualité

En plus du compte qualité présent sur la plateforme de la HAS, SHAREPOINT sera l'outil méthodologique partagé permettant le suivi et traçabilité des actions d'améliorations réalisées au CHNDS

Nous nous engageons, dans le respect des contraintes d'équilibre budgétaire, à tout mettre œuvre pour satisfaire les exigences de la réglementation, à évaluer et améliorer en permanence notre système de management de la qualité et de gestion des risques afin de garantir le juste soin au juste coût.

Parcours patient

Circuit du patient atteint de cancer digestif

1- Avant la découverte du cancer :

Le patient peut être admis :

- par les urgences adressé ou non par son médecin traitant,
- en hospitalisation programmée suite à une consultation avec un praticien hospitalier.

Par les urgences :

Le médecin urgentiste :

- prescrit si besoin des examens complémentaires,
- demande un avis spécialisé.

Au terme du passage aux urgences, le patient peut :

- être admis en hospitalisation dans un service adapté à son état de santé pour traitement et/ou complément d'examen,
- repartir à son domicile avec un RDV de consultation médicale avec un médecin spécialiste.

En hospitalisation programmée

Elle fait suite à un RDV de consultation :

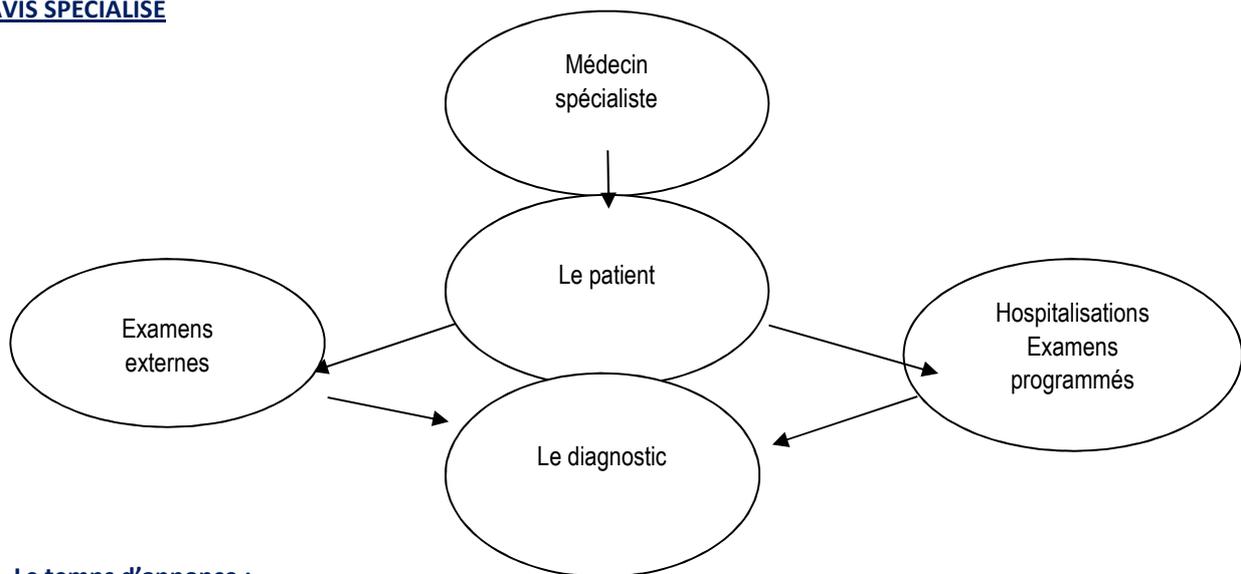
- suite à la consultation, le médecin décide d'une hospitalisation,
- le RDV est donné par le secrétariat,
- le bureau des entrées enregistre la pré admission.

Le jour de l'hospitalisation :

- le patient est accueilli dans le service,
- le temps d'hospitalisation permet d'effectuer les examens complémentaires, le traitement ou l'intervention requis par l'état de santé du patient,
- un temps d'information médicale permet au médecin de communiquer les premiers résultats directs et d'informer sur les suites prévisibles : résultats d'anatomopathologie, la présentation du dossier en RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire), programmation d'une nouvelle consultation,
- à la sortie des patients, différents documents lui sont remis :
 - o RDV de consultation, nouvelle hospitalisation,
 - o ordonnances,
 - o proposition de consultation onco gériatrique.

Un courrier est adressé au médecin traitant.

AVIS SPECIALISE



2- Le temps d'annonce :

a) La consultation médicale d'annonce

Elle est réalisée par le médecin qui a pris en charge le patient soit dans un bureau de consultation, soit lors d'un entretien singulier si le patient est hospitalisé (bureau ou chambre seule). Le patient peut être accompagné d'une ou plusieurs personnes de son choix.

La consultation médicale a lieu après la réception des résultats d'anatomopathologie confirmant le cancer et la présentation du dossier en RCP. Cette consultation annonce le diagnostic.

Le PPS (Programme Personnalisé de Soins) est remis au patient, les propositions de la RCP sont expliquées.

Une consultation paramédicale est proposée au patient et à ses accompagnants.

b) La consultation IDE

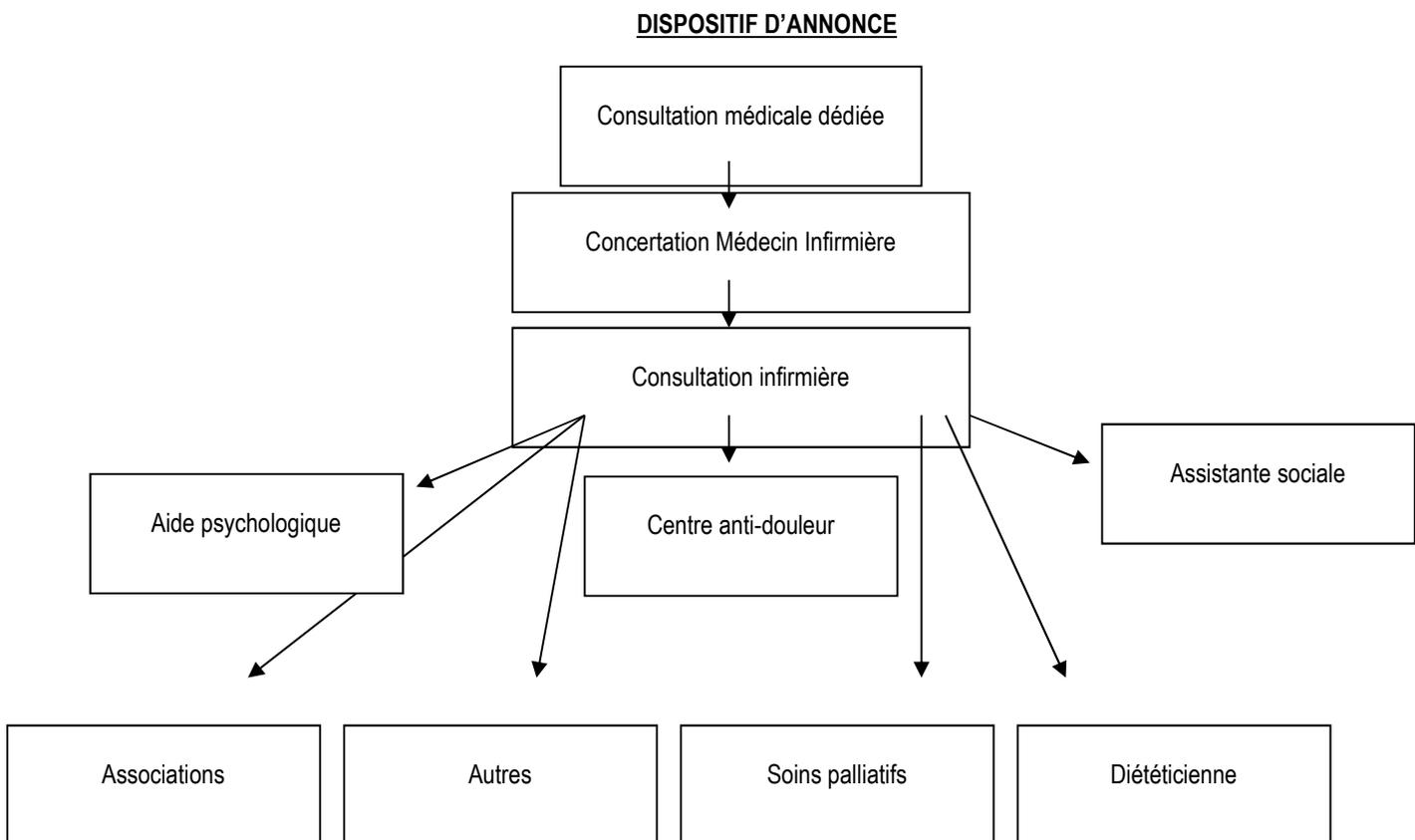
Elle permet de:

- être à l'écoute,
- évaluer la compréhension du diagnostic évoqué lors de la consultation d'annonce médicale,
- recueillir les données bio psychosociales,
- identifier les besoins du patient,
- estimer les besoins et/ou demandes,
- évaluer la nécessité d'une nouvelle consultation médicale pour complément d'information.

c) Proposition d'hospitalisation pour traitement

Soit au sein du CHNDS, soit dans un autre établissement de santé en fonction de la pathologie et/ou du choix du patient.

DISPOSITIF D'ANNONCE



3- Hospitalisation pour traitement :

Elle intervient soit suite à une consultation ou hospitalisation au sein du CHNDS ou est adressée par un autre établissement de santé :

- le RDV est remis par le secrétariat ou par l'IDE lors de la consultation paramédicale du dispositif d'annonce,
- la pré-admission est enregistrée par le bureau des entrées,
- l'accueil est réalisé au sein du service,
- durant le temps d'hospitalisation :
 - o le médecin délivre les informations médicales,
 - o l'équipe soignante informe le patient et participe à son éducation,
 - o les besoins du patient en soins de support sont réévalués.

A la sortie, différents documents sont remis :

- ✓ RDV de consultation ou de nouvelle hospitalisation et/ou d'examens complémentaires,
- ✓ ordonnances,
- ✓ courrier pour le médecin traitant,
- ✓ transmissions pour l'IDE libérale si besoin.
- ✓ Le patient peut être admis en service de soins de suite si besoin.

4- Ré évaluation de l'état de santé du patient :

Par le biais de :

- consultations de suivi,
- examens complémentaires,
- représentation du dossier en RCP afin d'adapter le traitement.

5- En cas de complications :

Disponibilités des praticiens en cas de complications, le patient quitte le CHNDS avec les numéros de téléphone à joindre en cas d'urgence.

La méthodologie de réalisation du projet médical

La construction du projet médical 2017-2021 a été menée dans une démarche participative impliquant l'ensemble des personnes concernées, toutes disciplines confondues.

L'animation de la démarche a été confiée à un prestataire extérieur, le Centre National de l'Expertise Hospitalière - CNEH, spécialisé dans l'accompagnement des établissements de santé sur leurs problématiques de stratégie et d'organisation.

La démarche retenue a été composée de 3 phases :

2. Une période d'analyse stratégique (commune avec celle du projet médical de santé du territoire) autour de :
 - L'analyse de données chiffrées :
 - l'étude des facteurs sociodémographiques, économiques et épidémiologiques permettant d'évaluer les besoins de santé de la population du territoire,
 - l'étude de l'offre de soins sur le territoire et le positionnement concurrentiel du CH Nord Deux-Sèvres
 - l'analyse des données d'activité de l'établissement,
 - La rencontre des acteurs clés :
 - les responsables de pôle et de service (médicaux et paramédicaux)
 - les différents membres de la Direction
 - les interlocuteurs clés du Centre Hospitalier
 - Président du conseil de surveillance
 - Responsable de l'ARS des Deux-Sèvres
 -
 - L'identification des forces, faiblesses, menaces et opportunités du CH
 - L'identification d'orientations stratégiques autour desquelles construire le projet médical, discussion entre les membres de la communauté médicale et choix institutionnels
 -
3. Une phase de construction des projets de chaque orientation stratégique du futur projet médical avec les acteurs des différents pôles et services concernés :
 - 18 groupes de travail pluridisciplinaires ont ainsi été réunis à 2 reprises
 - des fiches actions opérationnelles ont été élaborées pour chaque chantier
 -
4. Une phase de rédaction du projet médical, de validation et de présentation aux différentes instances.

Le diagnostic stratégique du projet médical

L'analyse socio démographique du territoire

La population du territoire 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 des années 2000, 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 sera constaté jusqu'en 2040. Tous les ans entre 2007 et 2040, les personnes venant s'installer sur le territoire 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.

Evolution de la population âgée

Pour le territoire NDS, la part des personnes de plus de 75 ans vivant seule, 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 indicateurs sociaux sont moins défavorables que ceux de la région, cependant :

- Il existe une forte proportion d'enfants non scolarisés
- La médiane des revenus fiscaux est inférieure à celle de la région
- Par contre le taux des allocataires sociaux est inférieur au taux régional
- De plus il est important sur le Thouarsais
- 13,3 % de la population présente un taux de pauvreté à 60%
- Ce taux est le moins important de la région

LES ENJEUX DE SANTE DU TERRITOIRE DETERMINANTS DE SANTE

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 quel que 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 |

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 | | | | | |
| <i>Hommes</i> | 22473 | 647 | 1208 | 531 | 795 |
| <i>Femmes</i> | 19100 | 547 | 981 | 471 | 666 |
| maladies de l'appareil circulatoire | | | | | |
| <i>Hommes</i> | 1139 | 1161 | 1 308* | 1136 | 1149 |
| <i>Femmes</i> | 581 | 644 | 705 | 638 | 662 |
| tumeurs malignes | | | | | |
| <i>Hommes</i> | 690 | 682 | 717 | 703 | 701 |
| <i>Femmes</i> | 494 | 540 | 525 | 546 | 537 |
| diabète (I et II) | | | | | |
| <i>Hommes</i> | 460 | 487 | 518 | 525 | 510 |
| <i>Femmes</i> | 303 | 346 | 337 | 356 | 346 |
| troubles mentaux | | | | | |
| <i>Hommes</i> | 141 | 122 | 139 | 125 | 129 |
| <i>Femmes</i> | 161 | 171 | 185 | 161 | 172 |

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 |

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, quels 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 |

L'analyse de l'activité

L'activité 2016 de l'établissement

L'activité globale de l'établissement objective une augmentation de la prise en charge des patients, tout particulièrement dans le domaine des hospitalisations de jour. Les indicateurs d'efficacité sont en progression.

| MCO | Nbre et places installés | ENTRÉES TOTALES (Administratives et Mutations) | | Evolution des entrées 2015/2016 | JOURNÉES | | Evolution des journées 2015/2016 | DMS | | TX D'OCCUP. | |
|--------------------------|--------------------------|---|--------|------------------------------------|----------|--------|-------------------------------------|------|------|-------------|------|
| | | 2015 | 2016 | | 2015 | 2016 | | 2015 | 2016 | 2015 | 2016 |
| HOSPITALISATION COMPLÈTE | 243 | 16 949 | 16 926 | -0,14% | 74 214 | 74 245 | 0,0% | 4,38 | 4,39 | 81% | 82% |
| HOSPITALISATION DE JOUR | 34 | 7 458 | 7 726 | 3,59% | 7 458 | 7 726 | 3,6% | | | | |

L'activité de médecine

Elle a progressé tout particulièrement dans les disciplines où de nouveaux praticiens ont démarré leurs activités : cardiologie, addictologie. Les DMS restent dans un certain nombre de cas élevés.

L'activité d'hospitalisation de jour a fortement progressé.

Information : Les fermetures ponctuelles sont prises en compte.

| MÉDECINE | S i t e | Nbre et places installés | ENTRÉES TOTALES (Administratives et Mutations) | | Evolution des entrées 2015/2016 | JOURNÉES | | Evolution des journées 2015/2016 | DMS | | TX D'OCCUP. | |
|----------------------------------|------------------|--------------------------|---|--------------|------------------------------------|---------------|---------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------|-------------|------------|
| | | | 2015 | 2016 | | 2015 | 2016 | | 2015 | 2016 | 2015 | 2016 |
| Total médecine H.C. | | 131 | 5 484 | 5 662 | 3% | 44 205 | 44 978 | 2% | 8,06 | 7,94 | 92% | 94% |
| 2210 - MÉDECINE BR | B | 30 | 1 096 | 1 102 | 1% | 10 636 | 10 767 | 1% | 9,70 | 9,77 | 97% | 98% |
| 2220 - MÉDECINE TH | T | 30 | 1 172 | 1 283 | 9% | 9 970 | 10 149 | 2% | 8,51 | 7,91 | 91% | 92% |
| 2221 - CARDIOLOGIE TH | T | 14 | 836 | 835 | 0% | 4 692 | 4 456 | -5% | 5,61 | 5,34 | 92% | 87% |
| 2222 - ALCOOLOGIE - CURÉ MCO TH | T | 6 | 306 | 318 | 4% | 2 026 | 2 115 | 4% | 6,62 | 6,65 | 93% | 96% |
| 2230 - MÉDECINE PY | P | 30 | 955 | 948 | -1% | 9 972 | 10 043 | 1% | 10,44 | 10,59 | 91% | 91% |
| 2234 - MÉDECINE SS PALLIATIFS PY | P | 6 | 118 | 109 | -8% | 2 151 | 2 283 | 6% | 18,23 | 20,94 | 98% | 104% |
| 2224 - GASTRO ENTEROLOGIE TH | T | 15 | 1 001 | 1 067 | 7% | 4 758 | 5 165 | 9% | 4,75 | 4,84 | 87% | 94% |
| Total médecine H.J. | | 10 | 3 252 | 3 205 | -1% | 3 252 | 3 205 | -1% | Nbre de patients / j / place | | | |
| 2211 - MÉDECINE JOUR BR | B | 3 | 642 | 549 | -14% | 642 | 549 | -14% | 0,85 | 0,72 | | |
| 2225 - MÉDECINE JOUR TH | T | 5 | 2 465 | 2 510 | 2% | 2 465 | 2 510 | 2% | 1,96 | 1,98 | | |
| 2233 - MÉDECINE JOUR PY | P | 2 | 145 | 146 | 1% | 145 | 146 | 1% | 0,38 | 0,39 | | |

L'activité de chirurgie à elle régressé du fait de l'interruption d'activité d'un praticien. Il faut noter que le taux de chirurgie ambulatoire est de 50%. Le dimensionnement du nombre de lits de chirurgie conventionnelle est de ce fait en surcapacité.

| CHIRURGIE GENERALE ET DE SPECIALITES | S i t e | Nb lits et places installés | ENTREES TOTALES (Administratives et Mutations) | | Evolution des entrées 2015/2016 | JOURNEES | | Evolution des journées 2015/2016 | DMS | | TX D'OCCUP. | |
|--|------------------|-----------------------------------|---|--------------|---------------------------------------|--------------|--------------|--|------------------------------|---------------|-------------|-------------|
| | | | 2015 | 2016 | | 2015 | 2016 | | 2015 | 2016 | 2015 | 2016 |
| | | | Total Chirurgie H.C. | | 65 | 5 464 | 5 068 | -7% | 16 611 | 15 815 | -5% | 3,04 |
| 2410 - CHIRURGIE ORTHO BR | B | 31 | 1 663 | 1 657 | 0% | 7 313 | 7 215 | -1% | 4,40 | 4,35 | 68% | 66% |
| CHIRURGIE VISCERALE TH (HC + HS) | T | 16 | 1 889 | 1 794 | -5% | 5 212 | 5 081 | -3% | 2,76 | 2,83 | 64% | 67% |
| ACTIVITES VISCERALE & GYNECO 2411,2417,2510,2430,2431 | B | 18 | 1 912 | 1 617 | -16% | 4 086 | 3 519 | -14% | 2,14 | 2,18 | 54% | 49% |
| Total Chirurgie ambulatoire H.J. | | 24 | 4 206 | 4 521 | 7% | 4 206 | 4 521 | 7% | Nbre de patients / / / place | | | |
| 2415 - CHIRURGIE AMBU BR | B | 6 | 2 017 | 2 046 | 1% | 2 017 | 2 046 | 1% | 1,35 | 1,35 | | |
| 2423 - CHIRURGIE AMBU TH | T | 6 | 882 | 913 | 4% | 882 | 913 | 4% | 0,58 | 0,61 | | |
| 2433 - CHIRURGIE AMBU PY | P | 7 | 1 307 | 1 420 | 9% | 1 307 | 1 420 | 9% | 1,32 | 1,48 | | |
| 2418 - FAST TRACKING | B | 5 | | 142 | | | 230 | | | 0,54 | | |

L'activité Gynécologie obstétrique est restée stable.

| GYNECO-OBSTETRIQUE | S i t e | Nb lits et places installés | ENTREES TOTALES (Administratives et Mutations) | | Evolution des entrées 2015/2016 | JOURNEES | | Evolution des journées 2015/2016 | DMS | | TX D'OCCUP. | |
|--|------------------|-----------------------------------|---|------------|---------------------------------------|--------------|--------------|--|--------------|--------------|-------------|------|
| | | | 2015 | 2016 | | 2015 | 2016 | | 2015 | 2016 | 2015 | 2016 |
| | | | Total Obst/ VG et Néonatal | | 23 | 1 140 | 1 226 | 8% | 5 048 | 5 253 | 4% | |
| 2511 - OBSTETRIQUE BR (+ 3 lits kangourou) | B | 18 | 895 | 941 | 13% | 3 668 | 3 827 | 4% | 4,39 | 4,07 | 56% | 58% |
| 2512 - ORTHOGENIE BR | B | 1 | 97 | 111 | 14% | 97 | 108 | 11% | 1,00 | 0,97 | 38% | 43% |
| 2515 - NEONATOLOGIE BR | B | 4 | 208 | 174 | -16% | 1 283 | 1 318 | 3% | 6,17 | 7,57 | 88% | 90% |
| Nombre de Naissances | | | 841 | 862 | 2% | | | | | | | |

L'activité Unité de soins continus : Celle-ci a augmenté. Il existe une sur-occupation sur le site USC de Thouars

| USC | S i t e | Nb lits et places installés | ENTREES TOTALES (Administratives et Mutations) | | Evolution des entrées 2015/2016 | JOURNEES | | Evolution des journées 2015/2016 | DMS | | TX D'OCCUP. | |
|--------------------------------------|------------------|-----------------------------------|---|------|---------------------------------------|--------------|--------------|--|--------------|--------------|-------------|-------------|
| | | | 2015 | 2016 | | 2015 | 2016 | | 2015 | 2016 | 2015 | 2016 |
| | | | Total USC | | 12 | 1 135 | 1 074 | -5% | 3 647 | 3 411 | -6% | 3,21 |
| 2310 - SOINS CONTINUS POLYVALENTS BR | B | 4 | 313 | 301 | -4% | 1 066 | 1 092 | 2% | 3,41 | 3,63 | 74% | 75% |
| 2311 - SOINS CONTINUS CARDIO TH | T | 4 | 261 | 290 | 11% | 812 | 842 | 4% | 3,11 | 2,90 | 56% | 58% |
| 2312 - SOINS CONTINUS POLYVALENTS TH | T | 4 | 561 | 483 | -14% | 1 769 | 1 477 | -17% | 3,15 | 3,06 | 121% | 102% |

L'activité SSR est stable avec un fort taux d'occupation en particulier sur le site de Parthenay. Par contre du fait des problèmes d'aval, la DMS est relativement élevée et fera l'objet d'un chapitre du projet de cette discipline.

| SSR | Site | Nb lits et places installés | ENTRÉES TOTALES (Administratives et Mutations) | | Evolution des entrées 2015/2016 | JOURNEES | | Evolution des journées 2015/2016 | DMS | | TX D'OCCUP. | |
|-------------------------------|------|-----------------------------|--|--------------|---------------------------------|---------------|---------------|----------------------------------|----------------------------|--------------|-------------|------------|
| | | | 2015 | 2016 | | 2015 | 2016 | | 2015 | 2016 | 2015 | 2016 |
| Total SSR H.C. | | 106 | 1 081 | 1 086 | 0% | 33 843 | 32 758 | -3% | 31,31 | 30,16 | 87% | 84% |
| 3130 - SSR POLYVALENT PY | P | 75 | 734 | 733 | 0% | 25 342 | 24 713 | -2% | 34,53 | 33,71 | 93% | 90% |
| 3133 - SSR UCC PY | P | 7 | 42 | 36 | -14% | 2 287 | 2 072 | -9% | 54,45 | 57,56 | 90% | 81% |
| 3140/3141 - SSR ALCOOLOGIE TH | T | 24 | 305 | 317 | 4% | 6 214 | 5 973 | -4% | 20,37 | 18,84 | 71% | 68% |
| Total SSR H.J. | | 2 | 650 | 707 | 9% | 650 | 707 | 9% | Nbre de patients / / place | | | |
| 3132 - SSR HJ PY | P | 2 | 650 | 707 | 9% | 650 | 707 | 9% | 1,68 | 1,90 | | |

L'activité d'hospitalisation complète en psychiatrie a régressé.

| PSYCHIATRIE | Site | Nb lits et places installés | ENTRÉES TOTALES (Administratives et Mutations) | | Evolution des entrées 2015/2016 | JOURNEES | | Evolution des journées 2015/2016 | DMS | | TX D'OCCUP. | |
|----------------------------------|------|-----------------------------|--|------------|---------------------------------|---------------|---------------|----------------------------------|------|------|-------------|------------|
| | | | 2015 | 2016 | | 2015 | 2016 | | 2015 | 2016 | 2015 | 2016 |
| PSYCHIATRIE HOSPIT. COMPL | | 66 | 820 | 803 | -2% | 19 132 | 20 639 | 8% | | | 79% | 85% |
| 2712 - HC VALLEE TH | T | 17 | 247 | 237 | -4% | 5 370 | 5 227 | -3% | | | 87% | 84% |
| 2730 - HC AUTISME TH | T | 15 | 37 | 39 | 5% | 5 147 | 5 478 | 6% | | | 94% | 100% |
| 2811 - HC BOCAGE TH | T | 17 | 245 | 258 | 5% | 3 201 | 5 088 | 58% | | | 52% | 82% |
| 2812 - HC GATINE TH | T | 17 | 291 | 269 | -8% | 5 414 | 4 846 | -10% | | | 87% | 78% |
| PSYCHIATRIE HEB TEMP | | 3 | | | | | | | | | | |
| 2731 - HT AUTISME TH | T | 3 | 23 | 16 | -30% | 506 | 923 | 82% | | | | |

| | Site | Nb lits et places installés | SEANCES | | Evolution des séances 2015/2016 |
|--|------|-----------------------------|---------------|---------------|---------------------------------|
| | | | 2015 | 2016 | |
| AUTISME - ACCUEIL DE JOUR | | 1 | 16 | - | |
| 2732 - ACC JR AUTISME TH | T | 1 | 16 | - | |
| PSY HOSPIT. JOUR (1 séance = 1 journée) | | 60 | 12 944 | 12 457 | -4% |
| 2714 - HDJ PSY ADULTES TH (venue) | T | 20 | 3 088 | 3 771 | 22% |
| 2813 - HDJ PSY ADULTES BR (venue) | B | 20 | 4 262 | 3 797 | -11% |
| 2911 - HDJ PSY ENFANT TH (venue) | T | 10 | 2 824 | 2 366 | -16% |
| 2912 - HDJ PSY ENFANT BR (venue) | B | 10 | 2 770 | 2 523 | -9% |
| PSY HOSPIT. JOUR (1 séance = 1/2 journée) | | | 12 892 | 9 095 | -29% |
| 2718 - HDJ PSY ADULTES TH (1/2venue) | T | | 3 009 | 2 881 | -4% |
| 2816 - HDJ PSY ADULTES BR (1/2venue) | B | | 7 006 | 5 632 | -20% |
| 2913 - HDJ PSY ENFANT TH (1/2venue) | T | | 1 338 | 515 | -62% |
| 2914 - HDJ PSY ENFANT BR (1/2venue) | B | | 1 539 | 67 | -96% |

L'activité EHPAD USLD est restée importante avec un taux de remplissage des différentes unités important.

| EHPAD - USLD et SSIAD | | S i t e | Nb lits et places installés | JOURNEES | | TX D'OCCUP. | | Evolution des journées 2015/2016 |
|---|---|------------------|-----------------------------------|----------------|----------------|--------------|--------------|--|
| | | | | 2015 | 2016 | 2015 | 2016 | |
| Total EHPAD & USLD HC | | | 349 | 122 854 | 120 652 | 96% | 94% | -2% |
| EHPAD HEBERGEMENT PERMANENT | | | 264 | 94 300 | 93 406 | 97,9% | 96,7% | -1% |
| 3524 - EHPAD PY - LES CAMELIAS | P | 53 | 18 142 | 18 528 | 94% | 96% | 2% | |
| 5040 - EHPAD PY - LES ORANGERS | P | 57 | 20 699 | 20 785 | 99% | 100% | 0% | |
| 3510 - EHPAD BR - ALLONEAU | B | 106 | 38 075 | 37 324 | 98% | 96% | -2% | |
| 5020 - EHPAD BR - LA MAISONNEE | B | 20 | 7 216 | 6 944 | 99% | 95% | -4% | |
| 5030 - EHPAD TH - LES CHARMES DE FLEURY | T | 28 | 10 168 | 9 825 | 99% | 96% | -3% | |
| USLD | | | 85 | 28 554 | 27 246 | 92,0% | 87,6% | -5% |
| 3610 - USLD BR - LA MAISONNEE | B | 30 | 10 557 | 9 574 | 96% | 87% | -9% | |
| 3620 - USLD TH - LES CHARMES DE FLEURY | T | 27 | 8 608 | 7 756 | 87% | 78% | -10% | |
| 3630 - USLD PY - LES ORANGERS | P | 28 | 9 389 | 9 916 | 92% | 97% | 6% | |
| EHPAD HEBERGEMENT TEMPORAIRE | | | 8 | 963 | 1 160 | 17,7% | 22,4% | 20% |
| 3515 - EHPAD BR - ALLONEAU HEB TEMP | B | 2 | 158 | 242 | 22% | 33% | | |
| 3531 - EHPAD TH - LES CH. DE FLEURY HEB TEMP | T | 2 | 605 | 830 | 83% | 113% | | |
| 3635 - EHPAD PY - LES ORANGERS HEB TEMP | P | 4 | 200 | 88 | 14% | 6% | | |
| 3534 - LES CH. DE FLEURY ACC JOUR(thouars) | | | 10 | 2 001 | 2 113 | 79,4% | 94,3% | 6% |
| 3710 - SSIAD - TH | | | 66 | 22 482 | 22 000 | 93% | 91% | -2% |

L'activité des urgences est en augmentation globale de 4% dans la moyenne nationale. Le taux d'hospitalisation est de 21%. Il est à noter que 12,5 % des patients sont hospitalisés sur un autre établissement que le CH NDS.

Vevenir des patients des urgences au CHNDS

| ACTIV 010 Orientations Patients | ANNEE 2015 | | | | ANNEE 2016 | | | | Ecart entre 2016 et 2015 | | | |
|--|------------|-----------|---------|--------|------------|-----------|---------|--------|--------------------------|-----------|---------|-------|
| | Bressuire | Parthenay | Thouars | CHNDS | Bressuire | Parthenay | Thouars | CHNDS | Bressuire | Parthenay | Thouars | CHNDS |
| Passages aux urgences EXTERNES | 13890 | 10808 | 11332 | 36030 | 15001 | 10833 | 11484 | 37318 | 1111 | 25 | 152 | 1288 |
| | | | | | | | | | | | | 4% |
| Passages aux urgences HOSPITALISES NDS | 2878 | 2188 | 3365 | 8431 | 2821 | 2224 | 3424 | 8469 | -57 | 36 | 59 | 38 |
| | | | | | | | | | | | | 0% |
| Passages aux urgences HOSPITALISES EXT | 426 | 419 | 200 | 1045 | 387 | 471 | 251 | 1109 | -39 | 52 | 51 | 64 |
| | | | | | | | | | | | | 6% |
| Nombre total de passages aux urgences | 17194 | 13415 | 14897 | 45506 | 18209 | 13528 | 15159 | 46896 | 1015 | 113 | 262 | 1390 |
| | | | | | | | | | | | | 3% |
| Patients hospitalisés au NDS après un passage aux urgences | 16,74% | 16,31% | 22,59% | 18,53% | 15,49% | 16,44% | 22,59% | 18,06% | | | | |

Patients hospitalisés au CHNDS après un passage aux urgences

| ACTIV 010 Orientations Patients | ANNEE 2015 | | | | ANNEE 2016 | | | | Ecart entre 2016 et 2015 | | | |
|---|------------|-----------|---------|-------|------------|-----------|---------|-------|--------------------------|-----------|---------|-------|
| | Bressuire | Parthenay | Thouars | CHNDS | Bressuire | Parthenay | Thouars | CHNDS | Bressuire | Parthenay | Thouars | CHNDS |
| NDS Hospit en ORTHO | 489 | 143 | 156 | 788 | 468 | 167 | 136 | 771 | -21 | 24 | -20 | -17 |
| | | | | | | | | | | | | -2% |
| NDS Hospit en Serv VISCERAL F Bressuire | 251 | 31 | 20 | 302 | 212 | 40 | 28 | 280 | -39 | 9 | 8 | -22 |
| | | | | | | | | | | | | -7% |
| NDS Hospit en Serv VISCERALE Thouars | 100 | 106 | 373 | 579 | 113 | 110 | 389 | 612 | 13 | 4 | 16 | 33 |
| | | | | | | | | | | | | 6% |
| Serv BLOC | 21 | 7 | 47 | 75 | 34 | 1 | 32 | 67 | 13 | -6 | -15 | -8 |
| | | | | | | | | | | | | -11% |
| NDS Hospit en Serv UHCD | 1172 | 1287 | 1302 | 3761 | 1299 | 1308 | 1279 | 3886 | 127 | 21 | -23 | 125 |
| | | | | | | | | | | | | 3% |
| NDS Hospit en Serv Médecine | 425 | 444 | 445 | 1314 | 339 | 424 | 479 | 1242 | -86 | -20 | 34 | -72 |
| | | | | | | | | | | | | -5% |
| NDS Hospit en Serv Cardiologie + USC Cardio | 114 | 69 | 506 | 689 | 97 | 69 | 485 | 651 | -17 | 0 | -21 | -38 |
| | | | | | | | | | | | | -6% |
| NDS Hospit en Serv Autres | 306 | 101 | 516 | 923 | 259 | 105 | 596 | 960 | -47 | 4 | 80 | 37 |
| | | | | | | | | | | | | 4% |

L'analyse de la prise en charge entre les différents établissements du territoire (Analyse de l'activité concurrentielle)

Methodologie

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 du 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.

| Code géo | Commune | nb hospit dans l'établ. | Population | Taux hospit /1000 hab. | PdM 2014 | PdM 2013 |
|----------|------------------------|-------------------------|------------|------------------------|----------|----------|
| 79330 | ST VARENT | 885 | 5 012 | 177 | 60,0% | 55,2% |
| 79600 | AIRVAULT | 1 328 | 8 253 | 161 | 55,0% | 53,4% |
| 79430 | LA CHAPELLE ST LAURENT | 286 | 1 873 | 153 | 54,1% | 53,2% |
| 79100 | THOUARS | 3 628 | 23 976 | 151 | 51,2% | 52,7% |
| 79300 | BRESSUIRE | 3 082 | 20 702 | 149 | 56,7% | 56,6% |
| 79350 | CHICHE | 665 | 4 487 | 148 | 56,9% | 57,8% |
| 79440 | COURLAY | 321 | 2 420 | 133 | 51,6% | 57,4% |
| 79200 | PARTHENAY | 2 801 | 22 164 | 126 | 44,1% | 44,0% |
| 79320 | MONCOUTANT | 688 | 5 491 | 125 | 52,2% | 52,5% |
| 79150 | ARGENTON LES VALLEES | 719 | 5 868 | 123 | 45,4% | 44,0% |
| 79450 | ST AUBIN LE CLOUD | 242 | 2 061 | 117 | 43,5% | 46,0% |

| | | | | | | |
|-------|--------------------|-----|-------|-----|-------|-------|
| 79380 | LA FORET SUR SEVRE | 347 | 3 135 | 111 | 41,4% | 41,1% |
| 79390 | THENEZAY | 325 | 3 132 | 104 | 33,9% | 34,3% |
| 79140 | CERIZAY | 897 | 8 897 | 101 | 38,7% | 40,8% |

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.

| établissement | Nb séj. (issus de la zone) | PdM 2014 | | PdM 2013 | PMCT relatif | Activité totale de l'établ. (*) |
|---|----------------------------------|-------------|---|-------------|-----------------|--|
| CTRE HOSPIT NORD DEUX-SEVRES (790006654) | 16 214 | 49,6% | ? | 50,0% | 92 | 19 597 |
| CHU POITIERS (860013077) | 3 754 | 11,5% | ? | 11,8% | 141 | 77 828 |
| CH DE NIORT (790000012) | 2 113 | 6,5% | ? | 6,3% | 105 | 35 520 |
| SA POLYCLIN DU PARC (490002037) | 1 615 | 4,9% | ? | 4,6% | 91 | 21 196 |
| POLYCLIN. D INKERMANN NIORT (790009948) | 968 | 3,0% | ? | 2,8% | 97 | 16 919 |
| CH CHOLET (490000676) | 941 | 2,9% | ? | 2,9% | 84 | 29 694 |
| CHU D ANGERS (490000031) | 749 | 2,3% | ? | 2,2% | 129 | 82 773 |
| CLIN SAINT LEONARD (490015906) | 739 | 2,3% | ? | 2,2% | 116 | 10 528 |
| CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA LOIRE (490007929) | 682 | 2,1% | ? | 2,1% | 82 | 10 658 |
| POLYCLINIQUE DE POITIERS (860010321) | 551 | 1,7% | ? | 1,9% | 108 | 24 455 |
| ---Autres publics et parapublics--- | 2 058 | 6,3% | ? | 6,3% | | |
| ---Autres privés lucratifs--- | 2 276 | 7,0% | ? | 6,9% | | |
| TOTAL | 32 660 | | | | 100 | |

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.

| Etablissement | Nb séj. (issus de la zone) | PdM 2014 | | PdM 2013 | PMCT relatif | Activité totale de l'établ. (*) |
|---|----------------------------------|-------------|---|-------------|-----------------|--|
| CTRE HOSPIT NORD DEUX-SEVRES (790006654) | 10 210 | 56,2% | ? | 57,0% | 98 | 12 406 |
| CHU POITIERS (860013077) | 2 563 | 14,1% | ? | 14,3% | 113 | 53 161 |
| CH DE NIORT (790000012) | 1 496 | 8,2% | ? | 7,9% | 113 | 23 612 |
| CH CHOLET (490000676) | 655 | 3,6% | ? | 3,7% | 89 | 19 333 |
| CHU D' ANGERS (490000031) | 546 | 3,0% | ? | 2,8% | 108 | 55 731 |
| SA POLYCLIN DU PARC (490002037) | 416 | 2,3% | ? | 2,0% | 84 | 8 442 |
| CH SAUMUR (490528452) | 332 | 1,8% | ? | 1,8% | 74 | 10 286 |
| CH U DE NANTES (440000289) | 242 | 1,3% | ? | 1,4% | 122 | 79 377 |
| CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA LOIRE (490007929) | 206 | 1,1% | ? | 1,0% | 44 | 4 074 |
| POLYCLIN. D INKERMANN NIORT (790009948) | 205 | 1,1% | ? | 1,1% | 89 | 6 014 |
| ---Autres publics et parapublics--- | 729 | 4,0% | ? | 3,8% | | |

| | | | | | | |
|-------------------------------|---------------|------|---|------|------------|--|
| ---Autres privés lucratifs--- | 553 | 3,0% | ☐ | 3,1% | | |
| TOTAL | 18 153 | | | | 100 | |

Analyse par spécialités médicales

| | Nb séj. (issus de la zone) | PdM 2014 | PdM 2013 | PMCT relatif | Activité totale de l'établ. (*) |
|------------------------|----------------------------|--------------|--------------|--------------|---------------------------------|
| MCO | 16 214 | 49,6% | 50,0% | 92 | 19 597 |
| médecine | 10 210 | 56,2% | 57,0% | 98 | 12 406 |
| cardiologie | 1 330 | 52,1% | 49,6% | 81 | 1 605 |
| pneumologie | 696 | 55,2% | 55,5% | 95 | 880 |
| psychiatrie | 215 | 68,9% | 78,1% | 106 | 251 |
| SP douleurs | 202 | 41,9% | 44,7% | 28 | 5 297 |
| rhumatologie | 302 | 48,3% | 45,9% | 109 | 376 |
| Hématologie | 257 | 39,7% | 40,2% | 90 | 291 |
| infectio | 63 | 31,0% | 19,5% | 133 | 73 |
| endocrino | 224 | 32,4% | 35,0% | 135 | 271 |
| addicto | 419 | 78,2% | 76,7% | 89 | 677 |
| Hépto gastro | 1 293 | 63,6% | 66,8% | 103 | 1 535 |
| neurologie | 585 | 33,1% | 37,4% | 84 | 709 |
| endoscopies dig | 2 726 | 83,1% | 84,3% | 101 | 3 173 |

L'analyse détaillée par spécialités montre les points suivants :

Cardiologie : La cardiologie n'est prise en charge qu'à 50% avec un recours normal à Niort. Il s'agit de l'activité 201' qui marquait le changement d'équipe de cardio. L'activité 2014 est en augmentation de 25% par rapport à 201.

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.

Hépto 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 complète de l'activité eu égard aux recours vers les CH. de référence.

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.

| Etablissement | Nb séj. (issus de la zone) | PdM 2014 | | PdM 2013 | PMCT relatif | Activité totale de l'établ. (*) |
|---|----------------------------------|-------------|---|----------|-----------------|---------------------------------------|
| CTRE HOSPIT NORD DEUX-SEVRES (790006654) | 4 830 | 37,9% | | 37,8% | 92 | 5 812 |
| SA POLYCLIN DU PARC (490002037) | 1 149 | 9,0% | △ | 8,6% | 78 | 11 383 |
| CHU POITIERS (860013077) | 1 103 | 8,7% | | 8,8% | 200 | 20 409 |
| POLYCLIN. D INKERMANN NIORT (790009948) | 732 | 5,7% | △ | 5,3% | 83 | 10 006 |
| CLIN SAINT LEONARD (490015906) | 720 | 5,7% | | 5,5% | 94 | 10 023 |
| CH DE NIORT (790000012) | 492 | 3,9% | | 4,0% | 113 | 9 255 |
| CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA LOIRE (490007929) | 476 | 3,7% | | 3,9% | 81 | 6 584 |
| POLYCLNIQUE DE POITIERS (860010321) | 427 | 3,4% | ▽ | 3,7% | 98 | 15 610 |
| CTRE DE LA MAIN ANGERS (490540440) | 384 | 3,0% | | 2,8% | 49 | 4 326 |
| POLYCLIN. DE L ATLANTIQUE ST HERBLAIN (440033819) | 319 | 2,5% | | 2,3% | 51 | 20 864 |
| ---Autres publics et parapublics--- | 971 | 7,6% | ▽ | 8,0% | | |
| ---Autres privés lucratifs--- | 1 136 | 8,9% | | 9,1% | | |
| TOTAL | 12 739 | | | | 100 | |

Analyse par spécialités chirurgicales

| | Nb séj. (issus de la zone) | PdM 2014 | PdM 2013 | PMCT relatif | Activité totale de l'établ. (*) |
|------------------------------|----------------------------|--------------|--------------|--------------|---------------------------------|
| MCO | 16 214 | 49,6% | 50,0% | 92 | 19 597 |
| chirurgie | 4 830 | 37,9% | 37,8% | 92 | 5 812 |
| endoscopies dig | 2 726 | 83,1% | 84,3% | 101 | 3 173 |
| chir maj(prothèse) | 377 | 43,8% | 41,5% | 99 | 439 |
| arthroscopies | 377 | 43,8% | 41,5% | 99 | 439 |
| ortho autres | 550 | 31,1% | 28,9% | 106 | 683 |
| traumatologie | 223 | 76,9% | 79,5% | 104 | 286 |
| digestif majeur | 140 | 64,8% | 66,4% | 95 | 158 |
| digestif général | 648 | 66,8% | 68,0% | 91 | 754 |
| hépatobiliaire | 198 | 71,7% | 73,5% | 81 | 225 |
| Vasculaire | 80 | 18,9% | 18,7% | 55 | 530 |
| ORL Stomato | 480 | 31,1% | 30,7% | 74 | 590 |
| ophtalmo | 516 | 23,8% | 25,9% | 94 | 629 |
| gynéco | 272 | 56,9% | 64,1% | 98 | 318 |
| sein | 51 | 26,2% | 21,8% | 86 | 54 |
| urologie | 148 | 44,0% | 47,6% | 95 | 178 |
| appareil génital masc | 247 | 61,9% | 59,2% | 103 | 300 |

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 CHNDS. 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 façon 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.

Activité 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'accouchements 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.

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

| Etablissement | Nb séj. (issus de la zone) | PdM 2014 | | PdM 2013 | PMCT relatif | Activité totale de l'établ. (*) |
|---|----------------------------|----------|---|----------|--------------|---------------------------------|
| CTRE HOSPIT NORD DEUX-SEVRES (790006654) | 1 174 | 66,4% | ▽ | 66,8% | 96 | 1 379 |
| CH SAUMUR (490528452) | 155 | 8,8% | ▲ | 7,9% | 106 | 1 760 |
| CH DE NIORT (790000012) | 125 | 7,1% | ▲ | 6,0% | 93 | 2 653 |
| CHU POITIERS (860013077) | 88 | 5,0% | ▼ | 8,4% | 125 | 4 258 |
| CH CHOLET (490000676) | 69 | 3,9% | △ | 3,5% | 108 | 2 840 |
| SA POLYCLIN DU PARC (490002037) | 50 | 2,8% | ▲ | 2,0% | 128 | 1 371 |
| POLYCLIN. D INKERMANN NIORT (790009948) | 31 | 1,8% | | 1,5% | 107 | 899 |
| CLIN. DU FIEF DE GRIMOIRE POITIERS (860780568) | 20 | 1,1% | | 0,9% | 113 | 1 860 |
| CHU D ANGERS (490000031) | 12 | 0,7% | | 0,7% | 74 | 6 469 |
| CH U DE NANTES (440000289) | 6 | 0,3% | | 0,2% | 149 | 7 072 |
| ---Autres publics et parapublics--- | 31 | 1,8% | | 1,6% | | |
| ---Autres privés lucratifs--- | 7 | 0,4% | | 0,5% | | |
| TOTAL | 1 768 | | | | 100 | |

| | Nb séj. (issus de la zone) | PdM 2014 | PdM 2013 | PMCT relatif | Activité totale de l'établ. (*) |
|--------------------------|----------------------------|--------------|--------------|--------------|---------------------------------|
| MCO | 16 214 | 49,6% | 50,0% | 92 | 19 597 |
| obstétrique | 1 174 | 66,4% | 66,8% | 96 | 1 379 |
| gynéco | 272 | 56,9% | 64,1% | 98 | 318 |
| sein | 51 | 26,2% | 21,8% | 86 | 54 |
| | | | | | |
| accouch VB | 665 | 68,0% | 71,8% | 99 | 789 |
| Césarienne | 87 | 50,9% | 51,8% | 96 | 103 |
| IVG | 114 | 61,3% | 53,8% | - | 132 |
| Obstétrique autre | 308 | 71,1% | 65,4% | 88 | 355 |
| NX nés | 761 | 64,4% | 68,9% | 94 | 907 |

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

Analyse prospective à 5 ans

La méthodologie de l'analyse permet de proposer les projets de l'activité à 5 ans. Celles-ci intègrent le modèle INSEE d'analyse de la démographie et les analyses PMSI.

Ces 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.

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%

| Domaines d'Activité | 2013 | estimation 2018 | Evolution brute 5 ans | Evolution moyenne annuelle |
|---|---------------|-----------------|-----------------------|----------------------------|
| D01-Digestif | 2 492 | 2 642,0 | +6,0% | +1,2% |
| D02-Orthopédie traumatologie | 1 391 | 1 472,7 | +5,9% | +1,1% |
| D03-Traumatismes multiples ou complexes graves | 7 | 7,3 | +4,8% | +0,9% |
| D04-Rhumatologie | 344 | 369,2 | +7,3% | +1,4% |
| D05-Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et int... | 700 | 756,3 | +8,0% | +1,6% |
| D07-Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et intervent... | 1 356 | 1 492,3 | +10,1% | +1,9% |
| D09-Pneumologie | 870 | 944,3 | +8,5% | +1,7% |
| D10-ORL, Stomatologie | 177 | 178,4 | +0,8% | +0,2% |
| D11-Ophthalmologie | 133 | 136,0 | +2,3% | +0,5% |
| D12-Gynécologie - sein | 373 | 383,8 | +2,9% | +0,6% |
| D13-Obstétrique | 1 159 | 1 140,9 | -1,6% | -0,3% |
| D14-Nouveau-nés | 1 038 | 1 020,5 | -1,7% | -0,3% |
| D15-Uro-néphrologie et génital | 871 | 922,3 | +5,9% | +1,2% |
| D16-Hématologie | 246 | 265,5 | +7,9% | +1,5% |
| D17-Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances | 13 | 13,3 | +2,5% | +0,5% |
| D18-Maladies infectieuses (dont VIH) | 38 | 44,2 | +16,2% | +3,1% |
| D19-Endocrinologie | 249 | 266,2 | +6,9% | +1,3% |
| D20-Tissu cutané et tissu sous-cutané | 330 | 349,0 | +5,7% | +1,1% |
| D22-Psychiatrie | 262 | 276,6 | +5,6% | +1,1% |
| D23-Toxicologie, Intoxications, Alcool | 609 | 610,1 | +0,2% | +0,0% |
| D24-Douleurs chroniques, Soins palliatifs | 101 | 107,0 | +6,0% | +1,2% |
| TOTAL | 13 150 | 13 825,4 | +5,1% | +1,0% |

L'hospitalisation ambulatoire

L'évolution de l'ambulatoire est moins marquée avec des augmentations de 4 à 5% pour les activités les plus impactées : cardiologie, hématologie.

| Domaines d'Activité | Nbre séjours 0 nuit | | | |
|---|---------------------|-----------------|-----------------------|----------------------------|
| | 2013 | estimation 2018 | Evolution brute 5 ans | Evolution moyenne annuelle |
| D01-Digestif | 3 465 | 3 649,5 | +5,3% | +1,0% |
| D02-Orthopédie traumatologie | 325 | 337,0 | +3,7% | +0,7% |
| D04-Rhumatologie | 23 | 24,2 | +5,1% | +1,0% |
| D05-Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et int) | 66 | 69,1 | +4,7% | +0,9% |
| D07-Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et intervent) | 181 | 196,3 | +8,5% | +1,6% |
| D09-Pneumologie | 38 | 40,1 | +5,5% | +1,1% |
| D10-ORL, Stomatologie | 466 | 477,2 | +2,4% | +0,5% |
| D11-Ophthalmologie | 545 | 565,3 | +3,7% | +0,7% |
| D12-Gynécologie - sein | 68 | 67,6 | -0,5% | -0,1% |
| D13-Obstétrique | 394 | 389,3 | -1,2% | -0,2% |
| D14-Nouveau-nés | 5 | 4,9 | -1,7% | -0,3% |
| D15-Uro-néphrologie et génital | 423 | 438,0 | +3,6% | +0,7% |
| D16-Hématologie | 56 | 59,7 | +6,6% | +1,3% |
| D18-Maladies infectieuses (dont VIH) | 1 | 1,8 | +83,5% | +12,9% |
| D19-Endocrinologie | 45 | 46,5 | +3,3% | +0,7% |
| D20-Tissu cutané et tissu sous-cutané | 121 | 134,4 | +11,1% | +2,1% |
| D21-Brûlures | 0 | 0,0 | - | - |
| D22-Psychiatrie | 71 | 74,2 | +4,5% | +0,9% |
| D23-Toxicologie, Intoxications, Alcool | 102 | 104,3 | +2,2% | +0,4% |
| D24-Douleurs chroniques, Soins palliatifs | 62 | 60,9 | -1,7% | -0,3% |
| D25-Transplant. d organes | 0 | 0,0 | - | - |
| TOTAL | 8 096 | 8 542,8 | +5,5% | +1,1% |

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.

| | CA tous séjours | | | | |
|----------------|---------------------|---------------------|-----------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| | 2013 | estimation 2018 | Evolution brute 5 ans | Evolution moyenne annuelle | Evolution annuelle dans le CA total |
| 1- Chirurgie | 14 684 760 € | 15 621 444 € | +6,4% | +1,2% | +0,5% |
| 2- Medecine | 23 927 665 € | 25 716 960 € | +7,5% | +1,5% | +0,9% |
| 3- Obstetrique | 2 603 807 € | 2 561 837 € | -1,6% | -0,3% | -0,0% |
| 4 - Erreur | 0 € | 0 € | - | - | +0,0% |
| TOTAL | 41 216 232 € | 43 900 241 € | +6,5% | +1,3% | |

La synthèse du diagnostic

Les atouts 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.

Les difficultés

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. Il est bien évident que le site unique de Faye L'Abbesse répond en grande partie à ces difficultés.

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 multiplicité 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.

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

Enfin, 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
- 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.

Les menaces

En premier lieu, le risque d'un développement non maîtrisé aboutissant à la superposition d'activités créées en fonction des opportunités, et non pas intégrées dans une démarche institutionnelle.

En deuxième lieu, la sur spécialisation de l'activité médicale ne permettant pas de répondre à la demande de soins de proximité. Il sera donc nécessaire de pouvoir répondre à ces deux demandes de soins.

En troisième lieu, une activité non régulée « à flux tendu » qui ne permet pas une maîtrise de celle-ci et laisse persister des difficultés de prise en charge pour les patients.

En quatrième lieu, la non prise en compte des réalités budgétaires dans le développement des projets médicaux.

Dans la mise en œuvre de son projet le centre hospitalier devra tenir compte de la concurrence du secteur privé dans des domaines clefs pour son développement et ce tout particulièrement avec le récent regroupement des deux principaux établissements privés de la ville.

Les opportunités

En premier lieu, la construction et la réalisation du projet médical sur les 5 ans à venir peut et doit être considéré comme outil fédérateur de la communauté médicale et hospitalière autour d'une dynamique partagée.

En second lieu, la mise en œuvre du projet médical du GHT sera un projet structurant de l'offre de soins publique du territoire.

En troisième lieu, la coopération avec les CHU et tout particulièrement avec le CHU de rattachement contribuera à renforcer la dynamique en cours.

Bien évidemment, le développement des projets d'excellence comme la recherche clinique, la maîtrise de l'antibiothérapie entre autres, sont des gages d'attractivité et de qualité dans le développement de l'établissement

Enfin, le renouvellement des générations avec l'arrivée de nouveaux praticiens ne peut qu'enrichir la communauté hospitalière.