



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS

# PROJET D'ÉTABLISSEMENT

2016 - 2020





Ce projet d'établissement a été élaboré collectivement et dans le dialogue. C'est le fruit d'un travail participatif, garantissant ainsi la transversalité, la créativité et la légitimité de ce projet. Il vient d'être approuvé par les instances du CHU et il décrit notre feuille de route 2016-2020.

Celle-ci concerne la transformation de nos prises en charge et de nos organisations : virage vers l'ambulatoire en chirurgie comme en médecine, évolution technique et organisationnelle de nos secteurs médico-techniques, renforcement de nos ressources médicales hospitalières et universitaires en chirurgie et en médecine afin de conforter les activités dédiées aux soins de recours.

La prise en charge des enfants avec l'ouverture du bâtiment AMH 2 en octobre 2016 et celle des personnes âgées sont des enjeux toujours renouvelés.

Notre trajectoire 2016-2020 concerne aussi notre rôle régional, dans le cadre de notre territoire et de la nouvelle grande région. Nous continuerons à impulser et épauler la stratégie territoriale de l'offre de soins publique en améliorant la lisibilité des filières de soins et en participant au renforcement des offres de proximité sur le territoire. Ces coopérations, déjà nombreuses, permettront de partager les ressources médicales rares, et faciliteront l'accès aux plateaux techniques afin de maintenir les compétences sur le territoire. En tant que CHU, nous œuvrons à renforcer l'attractivité médicale de notre région en travaillant en réseau avec les hôpitaux de notre environnement. Ces coopérations sont la sauvegarde du service public. Et le service public, c'est de ne pas choisir entre les malades, c'est l'accès aux soins jour et nuit, 7 jours sur 7, c'est l'équité face à la qualité des soins. Le CHU de Reims doit être en première ligne pour défendre ces valeurs sur le territoire de Champagne-Ardenne.

Au moment où ce document est édité, la nouvelle loi de santé prévoit la réorganisation des hôpitaux publics en groupements hospitaliers de territoire : le CHU de Reims a engagé la réflexion avec les hôpitaux de son territoire pour se préparer à cette mise en œuvre qui se fera en lien étroit avec la nouvelle Agence Régionale de Santé qui vient de se mettre en place.

Mais un projet d'établissement c'est aussi les hommes et les femmes qui vont le mettre en œuvre et le faire vivre : c'est donc en donnant du sens, en communiquant tant en interne qu'en externe, en réalisant les projets avec les équipes médicales, soignantes, administratives, techniques qu'il y aura lieu d'avancer.

Nous conduirons les projets en ayant toujours une préoccupation managériale : « comment faire » est aussi important que « faire ». C'est pourquoi le projet social et le projet managérial d'une part sont communs à tous les personnels et intègrent pour la première fois le personnel médical, et d'autre part mettent l'accent sur la nécessité d'appréhender et d'utiliser chacun dans sa fonction et son niveau de responsabilité les bons outils de management.

En même temps, se prépare la reconstruction du site principal du CHU de Reims, à laquelle les pouvoirs publics viennent de donner le feu vert. C'est donc sur ces mêmes années que nous allons travailler à la modernisation de notre établissement avec des conditions de travail meilleures pour les professionnels et des conditions hôtelières où nous atteindrons 85 % des chambres seules pour les malades. Ce projet immobilier est une opportunité pour optimiser nos ressources et nos locaux, faciliter la mise en place de nouvelles technologies, et revoir nos organisations.

Enfin, ce projet d'établissement réaffirme la vocation universitaire du CHU de Reims. Chaque malade, chaque étudiant doit pouvoir s'appuyer sur le « U » de notre CHU. La recherche et l'enseignement doivent accompagner au quotidien notre mission de soins. Pour cela, une nouvelle gouvernance de la recherche clinique est mise en place à partir de janvier 2016, nous allons continuer à renforcer notre centre de recherche clinique, et un centre de ressources biologiques va être créé. De même, nous poursuivons à renforcer nos liens avec l'Université de Champagne-Ardenne (URCA) et les facultés de médecine, de pharmacie et d'odontologie, pour concentrer nos efforts de recherche sur des thématiques ciblées et priorisées, à l'image des projets hospitalo-universitaires qui ont été mis en place avec l'URCA ces dernières années.



Dominique De Wilde  
Directrice Générale



Professeur Philippe Rieu  
Président de la Commission  
Médicale d'Établissement



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS

# PROJET D'ÉTABLISSEMENT

2016 - 2020

● PROJET MÉDICAL - PROJET DE SOINS	Page 5
● PROJET SOCIAL	Page 213
● PROJET MANAGÉRIAL	Page 273
● PROJET QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES	Page 313
● PROJET DU SYSTÈME D'INFORMATION	Page 327
● PROJET DES RELATIONS AVEC LES USAGERS	Page 339
● PROJET IMMOBILIER	Page 345





CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS

# PROJET D'ÉTABLISSEMENT

2016 - 2020

Projet médical - Projet de soins







Contexte .....	9
<b>Chapitre 1 : Les projets médicaux prioritaires.....</b>	<b>11</b>
<b>1.A. Les filières de soins et les modes de prise en charge .....</b>	<b>15</b>
Le parcours patient (Fiche 1).....	17
La chirurgie ambulatoire (Fiche 2).....	19
La réalisation de chimiothérapies à domicile (Fiche 3) .....	21
<b>1.B. La Cancérologie .....</b>	<b>23</b>
La prise en charge des patients atteints de cancer (Fiche 4) .....	27
La prise en charge des cancers digestifs et endocrines (Fiche 5).....	29
L'oncodermatologie (Fiche 6).....	31
L'oncogériatrie (Fiche 7).....	33
L'oncopédiatrie (Fiche 8).....	25
La cancérologie cervico-faciale (Fiche 9) .....	39
<b>1.C. La filière cardiovasculaire .....</b>	<b>41</b>
La chirurgie cardiaque (Fiche 10).....	43
La cardiologie interventionnelle (Fiche 11).....	45
La mise en place et le développement des prises en charge en SSR cardio-vasculaires (Fiche 12) .....	47
<b>1.D. Les prises en charge chirurgicales .....</b>	<b>49</b>
La chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique (Fiche 13) .....	51
La chirurgie du rachis (Fiche 14).....	53
La chirurgie de la base du crâne (Fiche 15) .....	57
La mise en place d'une plate-forme de chirurgie robotique (Fiche 16) .....	59
La chirurgie hépatobiliaire (Fiche 17).....	61
<b>1.E. Des prises en charge spécifiques .....</b>	<b>63</b>
La prise en charge des pathologies du sommeil (Fiche 18).....	65
La prise en charge de l'obésité (Fiche 19) .....	69
La création d'une plateforme de prise en charge des troubles de l'équilibration et des vertiges (Fiche 20).....	73
La création d'une unité de réhabilitation respiratoire ambulatoire (Fiche 21) .....	75
<b>1.F. La prise en charge de l'enfant .....</b>	<b>77</b>
L'organisation régionale de la prise en charge chirurgicale des enfants (Fiche 22).....	81
La création d'un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (Fiche 23).....	83
La création d'une unité « Petite Enfance- Interactions précoces » (Fiche 24).....	85
La mise en place des Soins de Suite et de Réadaptation Pédiatriques (Fiche 25).....	87
Le développement de la Surveillance Continue Pédiatrique (Fiche 26).....	89
La prise en charge des enfants atteints de polyhandicap (Fiche 27) .....	91
<b>1.G. La prise en charge de la personne âgée .....</b>	<b>93</b>
La filière gériatrique (Fiche 28) .....	95
La création d'un Centre d'Expertise et d'Évaluation Gériatrique (Fiche 29) .....	99
Le développement du rôle de l'Équipe Mobile d'Intervention Gériatrique (Fiche 30).....	101
La création d'une Unité Post-Urgences Gériatrique (Fiche 31) .....	103
<b>1.H. Des prises en charge de haute technicité .....</b>	<b>105</b>
Les greffes et les prélèvements (Fiche 32).....	109
Le développement de la Surveillance Continue (Fiche 33).....	113
La création d'une Unité de Soins Intensifs d'Hépatogastroentérologie (Fiche 34) .....	115
La prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux en phase aiguë (Fiche 35) .....	117
La prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux en phase de rééducation (Fiche 36).....	119
Le développement de l'activité de recours en imagerie (Fiche 37) .....	121

<b>Chapitre 2 : Les Cooperations.....</b>	<b>125</b>
Les coopérations avec les Établissements Publics de Santé (Fiche 38).....	129
La mise en place d'une coopération territoriale en Biologie (Fiche 39).....	133
La Téléradiologie (Fiche 40).....	135
La Téléconsultation avec les structures spécialisées dans la prise en charge des personnes handicapées (Fiche 41).....	137
La communication avec les professionnels de santé libéraux (Fiche 42).....	139
<b>Chapitre 3 : Les projets de prise en charge des patients.....</b>	<b>141</b>
La prise en charge des patients atteints de maladies rares (Fiche 43).....	147
La prise en charge des patients présentant des plaies chroniques (Fiche 44).....	149
La prise en charge nutritionnelle (Fiche 45).....	151
La prise en charge de la douleur (Fiche 46).....	153
La prise en charge en soins palliatifs (Fiche 47).....	155
La maîtrise du risque infectieux (Fiche 48).....	157
La prise en charge médicamenteuse (Fiche 49).....	159
L'éducation thérapeutique du patient (Fiche 50).....	163
La bientraitance et la lutte contre la maltraitance (Fiche 51).....	167
Les démarches éthiques (Fiche 52).....	169
L'accompagnement psychologique (Fiche 53).....	171
<b>Chapitre 4 : Le projet d'Enseignement .....</b>	<b>173</b>
La formation maïeutique (fiche 54).....	177
L'universitarisation des formations paramédicales (fiche 55).....	179
Le développement professionnel continu (fiche 56).....	181
Le centre de simulation en santé (fiche 57).....	183
Le renforcement de la synergie hospitalo-universitaire dans la formation des jeunes praticiens (fiche 58)....	185
<b>Chapitre 5 : Le projet de Recherche.....</b>	<b>187</b>
L'organisation de la Recherche (Fiche 59).....	191
Améliorer la performance de l'activité de Recherche Clinique (Fiche 60).....	193
Constituer un Centre de Ressources Biologiques Régional (Fiche 61).....	195
Développer la recherche translationnelle (Fiche 62).....	201
Développer la recherche paramédicale (Fiche 63).....	211

## Contexte

### Les enjeux pour le Centre Hospitalier Universitaire à l'horizon 2016-2020

Les orientations définies dans le cadre du présent projet médical sont essentielles quant à la capacité du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) à relever les défis qui s'imposent à lui dans un contexte contraint financièrement et en pleine mutation.

Dans ce contexte, le CHU se doit de définir une stratégie médicale ambitieuse garantissant une optimisation de la prise en charge des patients et un renforcement du positionnement du CHU au sein de l'offre régionale de soins.

Le développement du CHU comme établissement de recours régional, Pôle de Recherche Hospitalo-Universitaire, constitue un enjeu stratégique fort et déterminant pour son avenir. Il suppose la reconnaissance d'une véritable expertise dans le cadre des principales filières de prise en charge des patients, cette reconnaissance ne pouvant être que la résultante de ses compétences soignantes et de la qualité de son plateau technique.

Cette stratégie médicale doit notamment démontrer la capacité du CHU à s'adapter aux évolutions permanentes qui caractérisent le domaine de la santé, qu'il s'agisse de l'évolution des modes de prise en charge ou de l'évolution des techniques médicales.

Enfin, au travers de ce projet médical et dans le cadre de sa triple mission, le CHU doit également démontrer sa capacité à renforcer son positionnement en matière d'enseignement et de recherche.

### Un projet médical décliné autour de six orientations stratégiques majeures

#### 1. Optimiser la prise en charge du patient aux différents stades de son parcours

Cette orientation se traduit par la volonté de fluidifier le «parcours patient» à travers l'amélioration de son accueil ainsi qu'aux différents stades de sa prise en charge, dans une organisation en filières.

Cette volonté doit se traduire par des actions ciblées aux différents stades de la prise en charge des patients en vue d'améliorer : l'organisation des soins programmés, l'organisation des flux de patients au sein des urgences, la gestion des hospitalisations au sein des services de médecine et de chirurgie, des services de soins de suite et du secteur hébergement, ainsi que l'organisation des sorties. Dans ce cadre, le développement de l'Hospitalisation à Domicile constituera un objectif prioritaire.

#### 2. Développer la prise en charge ambulatoire en adaptant l'offre de soins en hospitalisation complète

Cette orientation concerne à la fois la chirurgie et la médecine et s'inscrit, d'une part, dans une logique de diversification des modes de prise en charge, d'autre part dans une recherche permanente d'efficience et de sécurisation des soins.

Elle doit notamment démontrer la capacité du CHU à s'adapter à l'évolution des modes de prise en charge en s'inscrivant dans les objectifs nationaux de développement de l'ambulatoire, en chirurgie comme en médecine, avec comme corollaire la diminution de la capacité en lits en hospitalisation complète et une recherche permanente de performance en termes de durées de séjour, de taux d'occupation et de qualité et de sécurité des soins. Afin de faciliter le développement de l'ambulatoire, le CHU a par ailleurs pour objectif la mise en place d'un hôtel hospitalier offrant aux patients un hébergement en dehors des murs de l'hôpital, en amont ou en aval de leur prise en charge ambulatoire.

#### 3. Renforcer le rôle de recours et d'expertise du CHU

Le CHU se doit de tout mettre en œuvre pour se positionner comme «réfèrent» au sein de filières spécifiques (filière cardio-vasculaire, filière gériatrique, ou bien encore filière de la prise en charge pédiatrique).

Ses compétences soignantes, à la fois médicales et paramédicales, ainsi que la qualité de son plateau technique doivent lui permettre de jouer pleinement ce rôle qui s'étend naturellement en matière de cancérologie, de prise en charge de pathologies spécifiques, de recours à des techniques chirurgicales innovantes ou encore à des soins de haute technicité.

#### **4. Développer les coopérations**

Les coopérations apparaissent en effet comme le meilleur vecteur en vue de répondre aux problèmes de démographie médicale, particulièrement prégnants dans notre région. Elles sont également l'occasion de renforcer les filières publiques, permettant le maintien de soins de proximité au sein des établissements partenaires et l'affirmation du rôle de recours du CHU.

#### **5. Garantir une prise en charge de qualité au moyen de projets de soins diversifiés et adaptés**

Dans une perspective d'amélioration permanente de la qualité et de la sécurité des soins, cet axe vise au déploiement de l'expertise médicale et soignante du CHU en vue de la mise en place d'actions coordonnées garantissant une prise en charge optimale des patients, grâce à la mise en commun de compétences spécifiques et complémentaires. A titre d'exemples, le projet médical décline différents plans d'actions concernant la prise en charge des maladies rares, de la douleur, des soins palliatifs, l'éducation thérapeutique, la bientraitance, la prise en charge nutritionnelle ou bien encore l'éthique.

#### **6. Réaffirmer la vocation universitaire du CHU en matière d'Enseignement et de Recherche**

En matière d'Enseignement, le CHU souhaite conforter son rôle en lien étroit avec l'Université, en privilégiant, d'une part la formation maieutique et l'universitarisation des professions paramédicales, d'autre part la formation des jeunes praticiens.

En matière de Recherche, les actions à mettre en œuvre doivent s'inscrire dans une politique dont le fil conducteur consiste en l'amélioration de la performance du CHU. L'atteinte de cet objectif suppose le prolongement des actions engagées en matière de développement de la recherche translationnelle, à l'image de la mise en place des Projets Hospitalo-Universitaires en 2014. L'atteinte de cet objectif suppose par ailleurs l'optimisation de la gouvernance de la Recherche, une attention particulière à la Recherche paramédicale et d'une manière générale de faire en sorte que la Recherche soit reconnue comme un véritable enjeu d'établissement.

### **La méthodologie d'élaboration du projet médical**

L'élaboration du projet médical a reposé sur une démarche participative associant la communauté médicale à travers les instances, Commission Médicale d'Etablissement et Directoire Elargi aux Chefs de Pôles qui ont validé les thématiques retenues.

Au-delà de cette approche institutionnelle, qui a par ailleurs associé l'ensemble des instances (Comité Technique d'Etablissement, Commission de Soins Infirmiers et Conseil de Surveillance), le caractère participatif de la démarche a consisté à confier à un trinôme (Médecin, Cadre de Santé et Directeur) l'élaboration des fiches qui ont servi de support à la rédaction du projet médical.

Il convient enfin de souligner que si les projets des Pôles cliniques et médico-techniques ont constitué la source principale du projet médical, ce dernier s'est également inspiré des engagements pris par le CHU et l'ARS dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens signé en décembre 2012 et couvrant la période 2012-2017.

### **Une présentation du projet sous forme de fiches matérialisant les actions à conduire sur les cinq prochaines années**

En termes de présentation, le choix a été fait de retenir, pour chaque thématique, un support sous forme de fiches ayant pour objet :

- > de décliner les plans d'actions en ciblant les objectifs prioritaires à atteindre sur la durée du projet médical
- > d'identifier les porteurs des projets ainsi que les principales structures associées
- > d'évaluer les incidences financières des plans d'actions proposés
- > d'indiquer le calendrier prévisionnel de réalisation des objectifs retenus
- > de déterminer les indicateurs de suivi qui permettront d'évaluer la réalisation des plans d'actions.

Le choix réalisé en matière de support de présentation, sous forme de fiches, facilitera le suivi qui sera effectué annuellement pour apprécier le degré de réalisation du projet médical.

# Chapitre 1 : LES PROJETS MÉDICAUX PRIORITAIRES

## Introduction

Le chapitre consacré aux projets médicaux prioritaires a été élaboré à partir des projets médicaux des Pôles Cliniques et Médico - Techniques, chacun des chefs de Pôles ayant été consulté pour indiquer les projets qu'il considérait comme prioritaires et stratégiques au plan institutionnel. Cette démarche a par ailleurs tenu compte des engagements pris dans le cadre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) signé avec l'Agence Régionale de Santé en décembre 2012.

Ces projets s'inscrivent dans les orientations stratégiques définies préalablement, à savoir :

- > Optimiser la prise en charge du patient aux différents stades de son parcours,
- > Développer la prise en charge ambulatoire en adaptant l'offre de soins en hospitalisation complète,
- > Renforcer le rôle de recours et d'expertise du CHU.

Ils sont déclinés au travers des thématiques suivantes :

- > Les filières de soins et les modes de prise en charge
- > La cancérologie
- > La filière cardio-vasculaire
- > Les prises en charge chirurgicales
- > Des prises en charge spécifiques
- > La prise en charge de l'enfant
- > La prise en charge de la personne âgée
- > Des prises en charge de haute technicité.

La thématique consacrée aux filières de soins et aux modes de prise en charge a pour objectifs principaux :

- > l'amélioration du «parcours patient»,
- > le développement de la prise en charge ambulatoire,
- > ainsi qu'une réflexion sur le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD).

Concernant le «parcours patient», il s'agit de mettre en œuvre différentes actions visant à fluidifier et à optimiser ce parcours aux différentes étapes de la prise en charge. Cela suppose d'améliorer cette prise en charge dès l'accueil des urgences mais également d'adapter les capacités d'hospitalisation à l'évolution des modes de prise en charge, induisant nécessairement un accroissement des places en hospitalisation de jour avec pour corollaire une réduction significative des capacités en hospitalisation complète. L'organisation des filières revêt un enjeu majeur et stratégique pour le CHU, compte tenu de son caractère structurant, gage d'efficacité pour l'établissement. Le recours aux services de soins de suite et de réadaptation doit être facilité et une véritable réflexion engagée quant au recours à l'hospitalisation à domicile.

Les objectifs déclinés en matière de cancérologie ont pour ambition de renforcer le CHU dans un rôle de recours et d'expertise en matière de traitement et de recherche. Le CHU est titulaire d'une autorisation de traitement du cancer pour la chirurgie et la chimiothérapie. En tant qu'adhérent au Réseau de Cancérologie de Champagne-Ardenne (ONCOCHA), il participe activement aux travaux de ce réseau. La cancérologie est une activité transversale coordonnée par le Centre de Coordination en Cancérologie (3C), garant de la qualité de la prise en charge des patients.

Les objectifs transversaux consistent :

- > d'une part, dans le respect des recommandations des Plans Cancer, à améliorer la continuité et la personnalisation du parcours de soins et à développer le « prendre soin », pendant et après le cancer, en diversifiant l'offre de soins. Le renforcement des ressources humaines (infirmière coordinatrice, psychologues, assistants sociaux) permettra de diversifier cette offre en matière notamment de soins de support et de médecine intégrative, et d'organiser systématiquement des consultations de fin de traitement.
- > d'autre part, à améliorer la lisibilité de l'offre de soins au CHU en communiquant sur les parcours cliniques de prise en charge.

Les autres projets concernent le développement de la prise en charge de différents types de cancers : digestifs, dermatologiques et cervico-faciaux. Les objectifs communs sont de développer la recherche clinique et les traitements ambulatoires ou peu invasifs (chirurgie ambulatoire des cancers cutanés, techniques chirurgicales mini-invasives des cancers ORL, destruction de métastase par microwawe...). D'autres projets concernent la mise en place de nouvelles Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) (pancréas, tumeurs du péritoine...), ou consultations spécialisées (cancers cutanés chez les malades greffés d'organe, effets secondaires cutanés des thérapies anticancéreuses).

Des projets concernent également les prises en charge spécifiques des personnes âgées (Oncogériatrie) et des enfants (Oncopédiatrie).

La conjonction du vieillissement démographique et de l'augmentation de la fréquence des cancers, avec l'avancée en âge, fait de la prise en charge des patients âgés atteints de cancer un enjeu majeur dans les années futures. Le projet d'Unité de Coordination en Oncogériatrie (UCOG), déposé conjointement par le CHU et l'Institut Jean-Godinot, a été retenu. Les objectifs proposés au titre de la thématique oncogériatrique sont directement inspirés des engagements pris dans le cadre de la réponse à l'appel à projets de l'INCa.

En matière d'Oncopédiatrie, le service d'Hématologie et Oncologie Pédiatriques du CHU est le seul centre spécialisé en cancérologie pédiatrique de la région Champagne-Ardenne. Les projets de ce service s'inscrivent dans la lignée des recommandations formulées par l'INCa : développement des soins de support, en particulier de l'accompagnement psychologique pendant et après la maladie, et maintien de la scolarité notamment pour les patients adolescents.

Enfin, comme le préconise le deuxième Plan Cancer, le recours plus important à l'HAD pour certains traitements réalisés actuellement en hôpital de jour (UMA-CH), notamment en Hématologie, est un objectif important à développer avec le Pôle Pharmacie et des partenaires d'HAD de la région. Cet objectif est développé dans la partie du projet médical consacrée aux filières de soins et aux modes de prise en charge.

**La filière cardio-vasculaire** constitue un enjeu stratégique pour le CHU, compte tenu notamment de l'importance du développement des pathologies concernées. Il lui appartient de se positionner pour assurer de manière pérenne son autorisation en matière de chirurgie cardiaque et de conforter sa place en matière de cardiologie interventionnelle en adaptant ses modalités de prise en charge à l'évolution des technologies en ce domaine.

Les projets attendus de développement de la cardiologie au CHU résultent des transversalités d'action entre les services de médecine et de chirurgie de cette discipline. L'ensemble des projets proposés s'inscrivent dans l'objectif d'un renforcement des filières de prise en charge cardiologique des patients aux différentes étapes, pré, péri et postopératoires.

La filière chirurgicale sera renforcée avec l'ouverture d'un poste universitaire afin d'élargir l'expertise du service vers de nouvelles technologies, en particulier la chirurgie mini-invasive avec développement des valves sutureless aortiques, chirurgie sous vidéoscopie ainsi que développement d'une unité mobile d'assistance cardiaque, au service de l'ensemble des structures d'hospitalisation de Champagne-Ardenne.

L'activité interventionnelle de gestes percutanés sera renforcée sur le versant structurel avec le glissement des poses de valves aortiques percutanées (TAVI) actuellement proposées par voie fémorale au CHU vers des voies alternatives, apicales et aortiques. Ce développement renforcera l'évolution du CHU vers l'indication de pose percutanée de valves mitrales. De même, appuyé par une activité conjointe des équipes de coronarographie et de rythmologie interventionnelle, se profile le développement de la pose de dispositifs d'occlusion de l'auricule gauche, en alternative au traitement anticoagulant. Cette activité, conjointement à une croissance attendue des différents gestes en rythmologie interventionnelle (défibrillateurs, resynchronisateurs, ablations de troubles du rythme auriculaire majeurs) amène à considérer fortement la nécessité indispensable d'ouverture d'une deuxième salle d'activité rythmologique.

Enfin, la progression de l'ensemble de ces activités chirurgicales, interventionnelles, et le développement des outils de prise en charge de l'insuffisance cardiaque, renforce la nécessité d'une part de l'ouverture d'une unité d'hospitalisation complète de SSR cardio-vasculaires, permettant aux patients et à leur famille de bénéficier de cette prise en charge à proximité de leur domicile et, d'autre part, du développement des prises en charge ambulatoires.

Afin de renforcer le positionnement du CHU en matière de **prises en charge chirurgicales**, l'accent a été mis en premier lieu sur le développement de la chirurgie ambulatoire, s'inscrivant ainsi dans les objectifs nationaux visant à ce que progressivement la part des séjours en chirurgie ambulatoire représente 50 % du total des

séjours de chirurgie. Cet objectif a été développé dans la partie consacrée aux filières de soins et à l'évolution des modes de prises en charge (Fiche N°2).

Le développement de la chirurgie plastique et reconstructrice (activité nouvellement créée au CHU) marque par ailleurs la volonté de positionner le CHU sur ce segment d'activité avec l'ambition de constituer un pôle de référence connu et reconnu.

Enfin, le développement de techniques chirurgicales de pointe a par ailleurs guidé les axes de développement retenus qu'il s'agisse de la chirurgie du rachis, des chirurgies fonctionnelles, de la chirurgie de la base du crâne, de la chirurgie hépatobiliaire ou bien encore du projet de création d'une plate-forme de chirurgie robotique.

Le choix des priorités retenues au titre des **prises en charge spécifiques** a pour objectif de positionner le CHU comme établissement de recours en vue d'assurer la prise en charge de pathologies nécessitant des compétences spécifiques à la fois médicales et chirurgicales dont le CHU dispose.

A ce titre, apparaissent comme des objectifs à atteindre sur la durée du projet médical : la prise en charge des pathologies du sommeil, la prise en charge de l'obésité, la prise en charge des troubles de l'équilibration et des vertiges ainsi que la prise en charge des patients insuffisants respiratoires dans le cadre d'une unité de réhabilitation respiratoire ambulatoire.

La création de l'American Memorial Hospital, en 1925, a marqué l'histoire du CHU en ce qui concerne la **prise en charge des enfants**. A travers le temps, le CHU a fait en sorte de maintenir cette spécificité, celle-ci se traduisant sur le plan architectural par l'ouverture fin 2016 d'un nouveau bâtiment, qui regroupera l'ensemble des activités pédiatriques (hospitalisation et consultations en médecine et chirurgie, accueil des urgences et imagerie). L'ouverture de ce nouveau bâtiment permettra de transférer les activités de Pédocopsychiatrie dans les locaux historiques de l'American Memorial Hospital, créant ainsi une réelle proximité de toutes les composantes du Pôle Femme Parents Enfant.

Le présent projet médical a donc naturellement retenu la prise en charge de l'enfant comme un axe prioritaire se déclinant en plans d'actions à partir deux objectifs principaux :

- > l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de la sécurité des soins.
- > la diversification de l'offre de soins

Concernant l'amélioration de la qualité de la prise en charge des enfants et la sécurité des soins, le premier objectif consiste en la mise en place d'une organisation régionale de la prise en charge chirurgicale des enfants, dans une logique de soins gradués et de filière avec les principaux établissements de la région. Le second objectif en ce domaine vise à étendre la surveillance continue, dédiée actuellement à la prise en charge chirurgicale, au versant médical.

Concernant la diversification de l'offre de soins, il s'agit de la création d'activités en Pédocopsychiatrie marquant notamment l'engagement du CHU dans la prise en charge de l'autisme. Cette diversification de l'offre de soins concerne par ailleurs l'ouverture d'une unité de soins de suite et de réadaptation en hôpital de jour ainsi que le renforcement de la prise en charge multidisciplinaire des patients présentant un polyhandicap.

Dans un contexte marqué, par le vieillissement de la population d'une part et par l'importance des structures du CHU dédiées à la **prise en charge des personnes âgées** d'autre part, cette thématique consacrée à la prise en charge de la personne âgée se devait de constituer un axe prioritaire du projet médical.

L'évolution démographique régionale n'est pas sans conséquence sur l'activité du CHU.

Les situations conduisant à l'hospitalisation des personnes âgées en urgence expriment une grande hétérogénéité. Ainsi, des patients porteurs de pathologies multiples, aux hospitalisations à caractère social, la prise en charge met en évidence un manque certain de prévention et de préparation de l'hospitalisation. Il s'ensuit une saturation d'un grand nombre de lits de médecine avec difficulté d'orientation vers des structures de soins adaptés, ou des conditions adéquates de prise en charge à domicile.

Dans ce contexte, la prise en charge transversale du sujet âgé malade nécessite au préalable une meilleure définition des patients pour lesquels une action multidisciplinaire transversale peut avoir un intérêt et ce en dehors des simples contingences liées à l'âge. La prise en charge transversale du sujet âgé malade pour être efficace doit se centrer sur le sujet âgé fragile pour lesquels les syndromes gériatriques sous-jacents vont poser problèmes aux équipes soignantes les prenant en charge.



Parmi eux, on dénombre la prise en charge des troubles cognitifs et psycho-comportementaux, la prise en charge des malaises et des chutes, l'évaluation de l'adéquation entre l'autonomie du patient et le mode de vie de celui-ci, notamment au domicile, la prise en charge de la dénutrition...

Le CHU n'a pas pour vocation prioritaire d'assumer l'hébergement médicalisé, et a fortiori non médicalisé, des personnes âgées. Sa mission d'hôpital de proximité peut, dans ce domaine, être réalisée en partenariat avec d'autres institutions dont le fonctionnement et les structures sont plus adaptés.

En revanche le CHU doit assumer la prise en charge de niveau hospitalo-universitaire du vieillissement centré sur l'expertise diagnostique, le projet thérapeutique et la «ré autonomisation» et ce de façon articulée avec le médecin traitant et les structures médico-sociales.

Les propositions d'améliorations peuvent être regroupées autour des quatre thématiques suivantes :

- > l'organisation d'une filière de soins gériatrique complète et coordonnée au sein du CHU, articulée avec les autres services dont le Service d'Accueil des Urgences,
- > l'amélioration de la coordination entre les différents intervenants du secteur sanitaire et médico-social sur le lieu d'hébergement du sujet âgé,
- > la mise en place de structures innovantes : Centre d'Expertise ambulatoire Gériatrique, EMIG de niveau 3, voire Unité Post-Urgence Gériatrique,
- > le travail en réseau, la prévention et l'accès aux soins de proximité.

L'objectif annoncé au titre des **prises en charge de haute technicité** traduit la volonté de réaffirmer le positionnement du CHU comme établissement de recours grâce aux compétences de ses personnels médicaux et paramédicaux ainsi qu'à la technicité de ses structures et de ses équipements.

Les orientations prioritaires en ce domaine concernent l'activité de greffes rénales et de prélèvements, les soins critiques ainsi que le plateau technique d'imagerie.

Concernant les greffes rénales, la volonté consiste à pérenniser cette activité, seule activité de greffe autorisée à ce jour au CHU. Les actions proposées visent à mettre l'accent sur le développement de la transplantation à partir de donneurs vivants ainsi que sur l'optimisation de l'accès à la greffe avec comme corollaire l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. En matière de prélèvements, l'objectif vise à permettre d'améliorer l'accès à la greffe d'organes et de tissus.

Concernant les soins critiques, les orientations retenues se déclinent en trois projets : la création d'une unité de surveillance continue, la création d'une unité de soins intensifs en Hépatogastro-Entérologie et l'accroissement de la capacité en lits dédiés à la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux au sein des Unités Neuro-Vasculaires, cette dernière mesure s'accompagnant d'un renforcement de la capacité du CHU en matière de la rééducation et de réadaptation.

En matière d'imagerie, l'objectif consiste à pérenniser et développer le rôle de recours et d'expertise du CHU en s'appuyant sur la qualité de son plateau technique et de ses compétences médicales.



# Chapitre 1-A : LES FILIÈRES DE SOINS ET LES MODES DE PRISE EN CHARGE

## Préambule

La thématique consacrée aux filières de soins et aux modes de prise en charge a pour objectifs principaux :

- > l'amélioration du «parcours patient»,
- > le développement de la prise en charge ambulatoire,
- > ainsi qu'une réflexion sur le recours à l'hospitalisation à domicile.

Concernant le «parcours patient», il s'agit de mettre en œuvre différentes actions visant à fluidifier et à optimiser ce parcours aux différentes étapes de la prise en charge. Cela suppose d'améliorer cette prise en charge dès l'accueil des urgences mais également d'adapter les capacités d'hospitalisation à l'évolution des modes de prise en charge, induisant nécessairement un accroissement des places en hospitalisation de jour avec pour corollaire une réduction significative des capacités en hospitalisation complète. L'organisation des filières revêt un enjeu majeur et stratégique pour le CHU, compte tenu de son caractère structurant, gage d'efficience pour l'établissement. Le recours aux services de soins de suite et de réadaptation doit être facilité et une véritable réflexion engagée quant au recours à l'hospitalisation à domicile.



### LE PARCOURS PATIENT (FICHE N°1)

L'optimisation du parcours de soins des patients hospitalisés constitue un enjeu institutionnel fort pour le CHU, ce qui a justifié son engagement en janvier 2014 dans le programme «Gestion des lits» de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP). En effet, bien que disposant d'un périmètre d'activité large et de plus de 1 000 lits d'aval dans les secteurs SSR-USLD-EHPAD, il apparaît que la fluidité des prises en charge pourrait être améliorée, comme en témoignent notamment les marges de progrès du CHU en ce qui concerne l'indice de performance relatif aux Durées Moyennes de Séjour (IPDMS) et les difficultés régulièrement rencontrées par le Service d'Accueil des Urgences Adultes pour l'admission de patients en aval des urgences dans les services de spécialités adaptés. A l'issue de l'accompagnement de l'ANAP, l'établissement a souhaité poursuivre les actions d'amélioration engagées et structurer la démarche en s'appuyant sur un groupe projet «Gestion des lits».

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°1 :

**Objectif 1 : Améliorer la prise en charge en urgence et faciliter les soins non programmés**

**Objectif 2 : Limiter les hospitalisations inadaptées et améliorer leur prise en charge**

**Objectif 3 : Anticiper les réductions capacitaires attendues dans le cadre du futur projet immobilier**

**Objectif 4 : Améliorer la programmation des soins hospitaliers**



### LA CHIRURGIE AMBULATOIRE (FICHE N°2)

Le développement de la chirurgie ambulatoire apparaît comme une priorité nationale en termes de politique de santé. Il constitue, un enjeu majeur de performance pour le CHU, une réponse aux attentes des patients et aux exigences de qualité et de sécurité des soins.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N° 2 :

**Objectif 1 : Développer la chirurgie ambulatoire en faisant progresser le taux global de chirurgie ambulatoire**

**Objectif 2 : Renforcer la proportion de chirurgie ambulatoire réalisée dans une structure dédiée dans la perspective du projet immobilier**



## LA RÉALISATION DE CHIMIOTHÉRAPIES À DOMICILE (FICHE N°3)

Le deuxième Plan Cancer prévoyait, pour répondre à la demande des patients et améliorer leur qualité de vie, le développement des alternatives à l'hospitalisation dans la prise en charge du cancer. Il préconise en particulier un recours plus important à l'hospitalisation à domicile aussi bien pour la réalisation des soins de support et d'accompagnement de fin de vie que pour la réalisation des traitements curatifs. Cet objectif semble aujourd'hui d'autant plus réalisable que se développent des traitements de chimiothérapie moins toxiques, plus aisés et plus rapides à mettre en œuvre grâce à des techniques de perfusion améliorées. Il nécessite cependant de pouvoir s'appuyer sur un réseau territorial de cancérologie ou un service d'HAD partenaire du projet. Il existe par exemple en hématologie deux médicaments utilisés dans les myélomes (bortézomib) et dans les myélodysplasies (5-azacytidine) qui sont administrés de façon très répétée et nécessitent uniquement une injection sous-cutanée ou intraveineuse courte. Ces traitements ne sont aujourd'hui réalisés qu'à l'hôpital de jour.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N° 3 :

**Objectif 1 : Définir les conditions de réalisation de certaines chimiothérapies à domicile**

**Objectif 2 : Définir les conditions de préparation, dispensation, acheminement et réception des produits de chimiothérapie au domicile des patients**

**Objectif 3 : Organiser le partenariat entre le CHU et les services d'HAD de la région**

**Promoteur** / Groupe Projet "Gestion des lits"

**Sources** / Programme national ANAP "Gestion des lits"

Pr Pierre Carli, *Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences*, Septembre 2013

**OBJECTIFS :**

- Améliorer la prise en charge en urgence et faciliter les soins non programmés
- Limiter les hospitalisations inadaptées et améliorer leur prise en charge
- Anticiper les réductions capacitaires attendues dans le cadre du futur projet immobilier
- Améliorer la programmation des soins hospitaliers

## PLANS D'ACTIONS

L'optimisation du parcours de soins des patients hospitalisés constitue un enjeu institutionnel fort pour le CHU, ce qui a justifié son engagement en janvier 2014 dans le programme «Gestion des lits» de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP). En effet, bien que disposant d'un périmètre d'activité large et de plus de 1 000 lits d'aval dans les secteurs SSR-USLD-EHPAD, il apparaît que la fluidité des prises en charge pourrait être améliorée, comme en témoignent notamment les marges de progrès du CHU en ce qui concerne l'indice de performance relatif aux indices de performance des Durées Moyennes de Séjour (IPDMS) et les difficultés régulièrement rencontrées par le Service d'Accueil des Urgences (SAU) Adultes pour l'admission de patients en aval des urgences dans les services de spécialités adaptés. A l'issue de l'accompagnement de l'ANAP, l'établissement a souhaité poursuivre les actions d'amélioration engagées et structurer la démarche en s'appuyant sur un groupe projet «Gestion des lits».

### Objectif 1 : Améliorer la prise en charge en urgence et faciliter les soins non programmés

Améliorer la prise en charge des patients admis en urgence au CHU implique de travailler en amont du SAU, mais surtout en aval.

Au sein du SAU, il s'agit de réduire autant que possible les délais d'attente des patients, en travaillant sur un accès plus rapide aux examens d'imagerie et sur les délais de transmission des résultats des examens complémentaires de biologie. Un objectif prioritaire doit porter sur une organisation différente du circuit de prise en charge, en instaurant un circuit court et un circuit long.

Un travail sera également conduit avec l'ensemble des spécialités en poursuivant deux objectifs :

- > offrir aux patients une prise en charge en consultations non programmées directement dans les secteurs, après passage ou non par le SAU (plages de consultations urgentes ou semi-urgentes, dans les 48 heures après un passage au SAU), afin d'éviter certaines hospitalisations,
- > augmenter les possibilités d'hospitalisation directe dans les unités de soins, sans passage par le SAU, pour répondre aux demandes de la médecine libérale.

Enfin, plusieurs actions doivent être conduites afin d'améliorer l'accès aux services d'aval des patients nécessitant le recours à une hospitalisation non programmée :

- > poursuivre les réunions mensuelles organisées dans le cadre de la commission des situations critiques pour le MCO,
- > créer une commission des situations critiques pour le secteur d'aval SSR,
- > organiser une gestion des lits par Pôle avec pour objectif de préserver la capacité nécessaire à l'accueil des hospitalisations non programmées.

### Objectif 2 : Limiter les hospitalisations inadaptées et améliorer leur prise en charge

L'objectif du CHU, porté notamment par la commission de l'accueil non programmé, est de limiter autant que possible les hospitalisations dites «inadaptées», définies comme la situation d'un patient hospitalisé dans un service inapproprié par rapport à sa pathologie, entraînant possiblement un retard diagnostique ou de prise en charge optimale avec parfois une véritable «perte de chance» pour le patient. Il s'agit d'un enjeu majeur de sécurité pour le patient et pour les professionnels qui le prennent en charge.

### Objectif 3 : Anticiper les réductions capacitaires attendues dans le cadre du futur projet immobilier

L'étude capacitaire conduite dans le cadre du projet immobilier qui a été soumise à la validation du Comité interministériel de la Performance et de la Modernisation de l'Offre de Soins (COPERMO) a permis de cartographier au mieux les besoins en lits pour chaque spécialité et d'évoluer vers une réduction capacitaire et une plus grande modularité, notamment pour prendre en compte les évolutions d'activité.

Cette réduction capacitaire sera accompagnée par un certain nombre de mesures :

- > Développer les prises en charges ambulatoires médicales et chirurgicales
- > Réduire les durées moyennes de séjour et améliorer l'IPDMS
- > Améliorer le processus de sortie des patients hospitalisés :
  - en anticipant et organisant la sortie

- en favorisant les sorties le matin
- en créant des salons de sortie dans les unités
- en développant les partenariats avec les structures d'aval (services MCO périphériques, HAD, SSR, EHPAD, SSIAD, etc.) y compris hors CHU et hors territoire rémois
- en structurant la prise en charge sociale.

### Objectif 4 : Améliorer la programmation des soins hospitaliers

L'optimisation du parcours des patients hospitalisés au CHU nécessite également qu'une réflexion soit menée sur les hospitalisations programmées. Pour cela, il faut définir des règles de programmation des hospitalisations en chirurgie et en médecine (programmation des examens complémentaires et avis spécialisés dès la consultation, anticipation des modalités de sortie, etc.), indiquer la durée prévisionnelle de chaque séjour programmé, déterminer la date prévisionnelle de sortie, déployer un logiciel de gestion des lits.

## ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Ensemble des services MCO du CHU

Secteur SSR et EHPAD

Partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire et de la région Champagne-Ardenne

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Groupe projet "Gestion des lits"

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- La mise en œuvre des plans d'actions doit permettre d'améliorer l'efficacité des prises en charge et l'accroissement des recettes liées à l'activité

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

### ● Objectif 1 : 2016-2020

Pour la restructuration des circuits de prise en charge au SAU : 2016 - 2017

Déploiement progressif de la gestion des lits selon une logique de pôle : 2016 - 2020

### ● Objectif 2 : 2016-2020

(Pour mémoire projet ANAP janvier 2014 - septembre 2015)

### ● Objectif 3 : 2016-2020

Déploiement progressif des actions selon une logique de pôle

### ● Objectif 4 : 2016-2020

## ● INDICATEURS DE SUIVI

### ● Objectif 1 :

- Mise en place des circuits différenciés au SAU
- Formalisation du partenariat entre le SAU adultes et les services d'imagerie et de biologie
- Nombre de spécialités permettant l'accès à des consultations en urgence

### ● Objectif 2 :

Nombre d'hospitalisations inadaptées rapporté au nombre d'hospitalisations à partir du SAU

### ● Objectif 3 :

- Evolution des IPDMS
- Formalisation des règles de programmation et de sortie
- Proportion de sorties le matin
- Formalisation des partenariats avec l'aval hors CHU

### ● Objectif 4 :

Définition des règles de programmation des hospitalisations

**Promoteur** / Pôle interventionnel  
**Sources** / CPOM 2012-2017

**OBJECTIFS :** - Développer la chirurgie ambulatoire en faisant progresser le taux global de chirurgie ambulatoire  
- Renforcer la proportion de chirurgie ambulatoire réalisée dans une structure dédiée dans la perspective du projet immobilier

## PLANS D' ACTIONS

Le développement de la chirurgie ambulatoire apparaît comme une priorité nationale en termes de politique de santé. Il constitue, un enjeu majeur de performance pour le CHU, une réponse aux attentes des patients et aux exigences de qualité et de sécurité des soins.

### **Objectif 1 : Développer la chirurgie ambulatoire en faisant progresser le taux global de chirurgie ambulatoire**

Il s'agira pour le CHU de faire progresser le taux global de prise en charge ambulatoire, à la fois pour les actes dits «marqueurs» et pour l'ensemble des actes chirurgicaux réalisés au sein de l'établissement.

L'objectif fixé par le Ministère de la Santé est d'atteindre d'ici 2018 un taux global de chirurgie ambulatoire de 60 %.

Il conviendra de créer une dynamique institutionnelle dans ce domaine en développant l'information institutionnelle : présentation des enjeux liés au développement de la chirurgie ambulatoire en CME et en Directoire en formation élargie et aux chefs de Pôles.

Il est également prévu le déploiement d'actions de formation tant médicales que paramédicales sur cette thématique.

Par ailleurs, afin de sensibiliser les acteurs, des rencontres individuelles et régulières seront organisées, discipline par discipline, avec les chirurgiens et les anesthésistes en vue de définir les objectifs de développement de l'ambulatoire, d'assurer le suivi de ces objectifs, de mettre en évidence les éventuels freins au développement et de mettre en œuvre les actions qui permettront d'aller outre les «résistances».

En matière organisationnelle, une étude complète portant sur les perspectives de montée en charge de l'activité de chirurgie ambulatoire (impact organisationnel, étude médico-économique) sera réalisée.

Afin de faciliter le développement de la chirurgie ambulatoire, le CHU a par ailleurs comme objectif la mise en place d'un hôtel hospitalier offrant aux patients un hébergement hors les murs de l'hôpital en amont ou en aval de leur hospitalisation.

Cette montée en charge devra s'inscrire dans le respect de la politique nationale de développement de la chirurgie ambulatoire et préparer les objectifs à atteindre dans le cadre du projet immobilier.

### **Objectif 2 : Renforcer la proportion de chirurgie ambulatoire réalisée dans une structure dédiée dans la perspective du projet immobilier**

Compte tenu du contexte architectural actuel de l'établissement qui génère des contraintes importantes au développement de l'ambulatoire, il est prévu une ouverture prochaine de l'extension de l'UCA actuelle (passage de 12 à 18 places). Cette ouverture devrait permettre une nette augmentation de la proportion de chirurgie ambulatoire réalisée dans une structure dédiée notamment du fait de la participation active de l'orthopédie, discipline à fort potentiel ambulatoire, à ce projet. Cette mesure sera potentialisée dans le cadre du projet immobilier COPERMO.

La création de postes temps plein d'anesthésistes sur le secteur ambulatoire favorisera cette démarche.

Dans le cadre de la mission ANAP, effectuée en 2014, il a été identifié des séjours d'une ou deux nuits qui pourraient faire l'objet d'une prise en charge ambulatoire. Dans cette dynamique, un projet d'hôtel hospitalier est en cours d'étude.

Afin d'optimiser la prise en charge des patients en ambulatoire, une réflexion est menée sur l'amplitude d'ouverture de cette unité (journalière et annuelle).

L'objectif demeure néanmoins de réaliser une part majoritaire des actes ambulatoires dans des structures dédiées à cette activité, par souci d'efficacité, de qualité et de respect des bonnes pratiques.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Services chirurgicaux, Département d'Information Médicale, Pôle URAD, Pôle Pharmacie, Pôle Imagerie, Pôle Logistique Infrastructures et Environnement.

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Dr J.C. Mérol, Responsable de l'UCA
- Pr A. Ducasse, Chef du Pôle Interventionnel
- Pr J.M. Malinovsky, Chef du Pôle URAD
- A. Beaumont, Directeur délégué du Pôle Interventionnel
- V. Moncuy, Cadre supérieure du Pôle Interventionnel

## INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- L'augmentation de la proportion de chirurgie ambulatoire doit permettre, d'améliorer l'efficacité et la qualité de l'activité de chirurgie et générer des économies de fonctionnement (coût de l'hospitalisation ambulatoire inférieur au coût d'une hospitalisation traditionnelle), sachant que l'approche médico-économique doit également intégrer la baisse des recettes due aux tarifs moindres qui sont applicables aux séjours ambulatoires.

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016-2020**
- **Objectif 2 : 2016-2020**

## INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**  
Evolution du taux global de chirurgie ambulatoire
- **Objectif 2 :**  
Evolution du taux de chirurgie ambulatoire réalisé en unité de chirurgie ambulatoire.

**Promoteur** / Pôle Médecines

**Sources** / Plan National Cancer 2009-2013

CPOM 2012-2017

Projet du Pôle Médecines

ANAES, *Critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie cancéreuse à domicile*, Septembre 2003

Arrêté du 20 décembre 2004

- OBJECTIFS** :
- Définir les conditions de réalisation de certaines chimiothérapies à domicile
  - Définir les conditions de préparation et d'acheminement des produits de chimiothérapie au domicile des patients
  - Organiser le partenariat entre le CHU et les services d'hospitalisation à domicile de la région

## PLANS D'ACTIONS

Le deuxième Plan Cancer prévoyait, pour répondre à la demande des patients et améliorer leur qualité de vie, le développement des alternatives à l'hospitalisation dans la prise en charge du cancer. Il préconise en particulier un recours plus important à l'hospitalisation à domicile (HAD) aussi bien pour la réalisation des soins de support et d'accompagnement de fin de vie que pour la réalisation des traitements curatifs. Cet objectif semble aujourd'hui d'autant plus réalisable que se développent des traitements de chimiothérapie moins toxiques, plus aisés et plus rapides à mettre en œuvre grâce à des techniques de perfusion améliorées. Il nécessite cependant de pouvoir s'appuyer sur un réseau territorial de cancérologie ou un service d'HAD partenaire du projet. Il existe par exemple en hématologie deux médicaments utilisés dans les myélomes (bortézomib) et dans les myélodysplasies (5-azacytidine) qui sont administrés de façon très répétée et nécessitent uniquement une injection sous-cutanée ou intraveineuse courte. Ces traitements ne sont aujourd'hui réalisés qu'à l'hôpital de jour.

### **Objectif 1 : Définir les conditions de réalisation de certaines chimiothérapies à domicile**

Les textes réglementaires relatifs aux conditions d'utilisation des anticancéreux injectables et à l'hospitalisation à domicile posent un certain nombre de conditions à la réalisation des chimiothérapies à domicile, parmi lesquelles le respect des critères d'éligibilité du patient définis par l'ANAES, le consentement écrit du patient, le partage du dossier patient entre les équipes

hospitalières et celles de l'HAD, la formation des infirmiers administrant le traitement, la surveillance du patient, etc. Il sera donc nécessaire de définir, pour les patients pris en charge au CHU, les conditions de faisabilité de leurs traitements à domicile (état de santé du patient, environnement familial et social, type de traitement administré, accord du prescripteur avant l'administration, organisation requise pour le service d'HAD, etc.). Ce travail sera mené en lien avec le réseau Oncocha et pourra aboutir, par exemple, à la définition d'une charte de la chimiothérapie à domicile et/ou à l'élaboration d'un modèle de convention entre le CHU et les services d'HAD sur le modèle de l'organisation mise en œuvre en Lorraine par le réseau Oncolor. Le cadre ainsi défini devra permettre de garantir une qualité et une sécurité des soins équivalentes à celles d'une prise en charge en établissement de santé.

### **Objectif 2 : Définir les conditions de préparation, dispensation, acheminement et réception des produits de chimiothérapie au domicile des patients**

Les produits de chimiothérapie utilisés à domicile doivent réglementairement être préparés ou reconstitués au sein de la pharmacie à usage intérieur de l'établissement où exerce le médecin prescripteur, et conditionnés et acheminés au domicile du patient de façon sécurisée. Des règles strictes existent également en matière d'élimination des déchets de soins produits par cette activité dont la responsabilité incombe à l'établissement qui a rétrocédé le médicament (circuit à définir).



### Objectif 3 : Organiser le partenariat entre le CHU et les structures d'HAD de la région

Ce projet nécessite que soient renforcés les liens entre le CHU de Reims et les services d'HAD de la région, en premier lieu les services de l'agglomération rémoise. Il pourra s'appuyer sur le partenariat pré-existant entre les services cliniques du CHU et l'HAD Croix Rouge et devra s'étendre à d'autres structures d'HAD de la région à partir du

travail de cadrage de l'activité à mener avec le réseau Oncocha (objectif n° 1). Ce projet doit pouvoir bénéficier à l'ensemble des patients du CHU, en particulier à ceux dont le domicile est le plus éloigné de Reims et qui réalisent aujourd'hui leur traitement de chimiothérapie à l'hôpital (déplacements itératifs, longs et potentiellement coûteux, générant une plus grande fatigue).

## ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Ensemble des services du CHU prenant en charge des patients atteints de cancer, Pharmacie à Usage Intérieur du CHU, Réseau régional de Cancérologie (ONCOCHA)

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr A. Delmer, Chef du Pôle Médecines, Responsable de la Structure interne d'Hématologie
- Pr O. Bouché, Responsable de l'Unité de Médecine Ambulatoire-Cancérologie Hématologie
- Dr F. Burde, Pharmacie, Pôle Pharmacie Pharmacovigilance
- L. Delecray, Directeur délégué du Pôle Médecines

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Une étude devra être menée tant sur le plan organisationnel que financier pour prendre en compte :
  - Le transfert d'activité de l'UMA vers l'HAD : ce projet induit, toutes choses égales par ailleurs, une diminution de l'activité de l'UMA-CH et nécessitera de travailler sur le périmètre d'activité de cette unité.
  - L'évolution de l'activité au sein de la pharmacie à usage intérieur notamment en raison des modalités de dispensation et des conditions d'acheminement et de traçabilité spécifiques.

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016-2017**
- **Objectif 2 : 2016**
- **Objectif 3 : 2017-2019**

## ● INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**
  - Présentation du projet au réseau Oncocha
  - Elaboration de documents-types (ex : charte ou modèle de convention) validés par Oncocha
- **Objectif 2 :**  
Protocole définissant les conditions de préparation, de dispensation, d'acheminement et de réception au domicile des produits de chimiothérapie validé par le Pôle pharmacie et les autres partenaires impliqués
- **Objectif 3 :**
  - Signature de conventions avec une ou plusieurs structures d'HAD
  - Mise en œuvre du projet.



## Chapitre 1-B : LA CANCÉROLOGIE

### Préambule

Les objectifs déclinés en matière de **cancérologie** ont pour ambition de renforcer le CHU dans un rôle de recours et d'expertise en matière de traitement et de recherche clinique. Le CHU est titulaire d'une autorisation de traitement du cancer pour la chirurgie et la chimiothérapie. En tant qu'adhérent au Réseau de Cancérologie de Champagne-Ardenne (ONCOCHA), il participe activement aux travaux de ce réseau. La cancérologie est une activité transversale coordonnée par le Centre de Coordination en Cancérologie (3C), garant de la qualité de la prise en charge des patients.

Les objectifs transversaux consistent :

- > d'une part, dans le respect des recommandations des Plans Cancer, à améliorer la continuité et la personnalisation du parcours de soins et à développer le « prendre soin », pendant et après le cancer, en diversifiant l'offre de soins. Le renforcement des ressources humaines (infirmière, coordinatrice, psychologues, assistants sociaux) permettra de diversifier cette offre en matière notamment de soins de support et de médecine intégrative, et d'organiser systématiquement des consultations de fin de traitement.
- > d'autre part, à améliorer la lisibilité de l'offre de soins au CHU en communiquant sur les parcours cliniques de prise en charge.

Les autres projets concernent le développement de la prise en charge de différents types de cancers : digestifs, dermatologiques et cervico-faciaux. Les objectifs communs sont de développer la recherche clinique et les traitements ambulatoires ou peu invasifs (chirurgie ambulatoire des cancers cutanés, techniques chirurgicales mini-invasives des cancers ORL, destruction de métastase par microwawe...). D'autres projets concernent la mise en place de nouvelles Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) (pancréas, tumeurs du péritoine...), ou consultations spécialisées (cancers cutanés chez les malades greffés d'organe, effets secondaires cutanés des thérapies anticancéreuses).

Des projets concernent également les prises en charge spécifiques des personnes âgées (Oncogériatrie) et des enfants (Oncopédiatrie).

La conjonction du vieillissement démographique et de l'augmentation de la fréquence des cancers, avec l'avancée en âge, fait de la prise en charge des patients âgés atteints de cancer un enjeu majeur dans les années futures. Le projet d'Unité de Coordination en Oncogériatrie (UCOG), déposé conjointement par le CHU et l'Institut Jean Godinot, a été retenu. Les objectifs proposés au titre de la thématique Oncogériatrique sont directement inspirés des engagements pris dans le cadre de la réponse à l'appel à projets de l'INCa.

En matière d'Oncopédiatrie, le service d'Hématologie et Oncologie Pédiatriques du CHU est le seul centre spécialisé en cancérologie pédiatrique de la région Champagne-Ardenne. Les projets de ce service s'inscrivent dans la lignée des recommandations formulées par l'INCa : développement des soins de support, en particulier de l'accompagnement psychologique pendant et après la maladie, et maintien de la scolarité notamment pour les patients adolescents.

Enfin, comme le préconisait le deuxième Plan Cancer, le recours plus important à l'hospitalisation à domicile pour certains traitements réalisés actuellement en hôpital de jour (UMA-CH), notamment en Hématologie, est un objectif important à développer avec le Pôle Pharmacie et des partenaires d'HAD de la région. Cet objectif est développé dans la partie du projet médical consacrée aux filières de soins et aux modes de prise en charge (Fiche n°3).



## LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER (FICHE N°4)

Le 3C (Centre de Coordination en Cancérologie) est une cellule qualité opérationnelle dont les missions, définies par la circulaire n° DGOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005, sont les suivantes :

- > mettre à disposition des médecins et des soignants les référentiels, thésaurus et protocoles validés et actualisés par le réseau régional et mettre en place l'audit interne de leur utilisation,
- > s'assurer de la mise en œuvre effective de la pluridisciplinarité en organisant et fédérant les RCP, de la mise en place du dispositif d'annonce et de la remise à chaque patient du programme personnalisé de soins,
- > informer les patients et les orienter,
- > produire des informations sur les activités oncologiques médico-chirurgicales et pharmaceutiques de l'établissement.

Dans une structure autorisée à la prise en charge des patients atteints de cancer, la mise en place des 3C fait partie intégrante du projet d'établissement et constitue un élément du projet médical, introduisant pour la cancérologie :

- > un projet spécifique de prise en charge du patient à caractère opérationnel ;
- > un projet de gestion de la qualité et des risques ;
- > un projet d'évaluation et de dynamique d'amélioration continue.

Doté des moyens nécessaires à ses missions, le 3C aura comme objectifs prioritaires d'assurer la continuité et la personnalisation du parcours de soins et de développer le «prendre soin» pendant et après le cancer.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°4 :

**Objectif 1 : Donner au 3C les moyens de répondre à ses missions premières de coordination et de garant de la qualité des soins**

**Objectif 2 : Assurer une continuité et une personnalisation du parcours de soins**

**Objectif 3 : Développer le «prendre soin» pendant et après le cancer**



## LA PRISE EN CHARGE DES CANCERS DIGESTIFS ET ENDOCRINES (FICHE N°5)

L'incidence nationale des cancers digestifs (estomac, côlon, rectum, pancréas, œsophage) s'élève à 55 000 nouveaux cas chaque année, soit 25% des cancers. Dans ce contexte, le CHU de Reims a fait le choix de développer, depuis quelques années, son expertise et son activité sur la prise en charge de ce type de cancer.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°5 :

**Objectif 1 : Maintenir et développer l'activité de chirurgie du tube digestif**

**Objectif 2 : Contribuer à la mise en place d'une prise en charge globale et multidisciplinaire**

**Objectif 3 : Renforcer les coopérations avec les établissements partenaires**

**Objectif 4 : Développer la Recherche Clinique**



## L'ONCODERMATOLOGIE (FICHE N°6)

L'Oncodermatologie connaît actuellement en France et dans le monde un développement important lié à l'augmentation de l'incidence des cancers cutanés et à l'apparition de nouvelles molécules potentiellement efficaces dans une maladie jusque-là très rapidement mortelle : le mélanome métastatique.

Ce développement stimule la recherche tant industrielle qu'académique et épidémiologique sur le mélanome et, par ricochet, sur l'ensemble des cancers cutanés. Il impose à tout centre hospitalo-universitaire prenant en charge les malades du dynamisme, des adaptations et des collaborations. Le présent projet vise à consolider et étendre l'activité hospitalo-universitaire en Oncodermatologie dans le cadre du Pôle régional hospitalo-universitaire de cancérologie composé du CHU et de l'Institut Jean-Godinot. Il repose en particulier sur la création d'un poste médical dédié à cette activité.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°6 :

**Objectif 1 : Consolider l'activité existante en Oncodermatologie et développer la petite chirurgie ambulatoire des cancers cutanés**

**Objectif 2 : Formaliser et développer une activité de prévention et de prise en charge des cancers cutanés chez les malades greffés d'organes**

**Objectif 3 : Développer une expertise et une consultation spécialisée pour les effets secondaires cutanés des chimiothérapies et thérapies ciblées anticancéreuses**

**Objectif 4 : Développer l'activité de recherche en Oncodermatologie**



## L'ONCOGÉRIATRIE (FICHE N°7)

La conjonction du vieillissement démographique et de l'augmentation de la fréquence des cancers avec l'avancée en âge (trois quarts des cancers après 65 ans) fait de la prise en charge des patients âgés atteints de cancer un enjeu majeur dans les années futures.

Actuellement, la survie des patients âgés atteints de cancer est inférieure à celle des patients plus jeunes atteints de cette même pathologie. Plusieurs facteurs expliquent cette différence en termes de survie : d'une part le retard au diagnostic et d'autre part un traitement non optimal en raison d'un manque d'évaluation précise de la situation (extension, facteurs pronostics, comorbidités, état cognitif...) et de la crainte d'induire des toxicités. S'ajoute à cela un manque de données sur l'efficacité réelle des traitements chez les plus âgés, fréquemment exclus des essais thérapeutiques.

La population âgée étant très hétérogène, il est nécessaire d'évaluer ces patients âgés avant tout traitement afin d'apprécier la balance bénéfico-risque. Le but de cette évaluation oncogériatrique est d'apporter une expertise gériatrique afin de mieux adapter la prise de décision thérapeutique et le traitement à leur état physiologique. Cette évaluation repose sur une collaboration étroite et renforcée entre gériatre et cancérologue.

Dans ce contexte, l'INCa a souhaité déployer nationalement des Unités de Coordination en Oncogériatrie (UCOG).

Le projet déposé conjointement par le CHU et l'Institut Jean Godinot, auprès de l'INCa, a été retenu.

Les objectifs proposés au titre de la thématique Oncogériatrie sont donc directement inspirés des engagements pris dans le cadre de la réponse à l'appel à projets de l'INCa.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°7 :

**Objectif 1 : Promouvoir la prise en charge des patients âgés atteints de cancer**

**Objectif 2 : Développer la formation et l'information en Oncogériatrie**

**Objectif 3 : Mieux adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer par des décisions conjointes oncologues-gérialtres**

**Objectif 4 : Contribuer au développement de la recherche en Oncogériatrie**



## L'ONCOPÉDIATRIE (FICHE N°8)

Le service d'Hématologie et Oncologie Pédiatriques (HOP) du CHU de Reims est le seul centre spécialisé en cancérologie pédiatrique de la région Champagne-Ardenne. Les projets de ce service pour la période 2016-2020 s'inscrivent dans la lignée des recommandations formulées par l'INCa et par la Défenseure des Enfants pour la prise en charge des enfants atteints de cancer : développement des soins de support, en particulier de l'accompagnement psychologique pendant et après la maladie, et maintien de la scolarité notamment pour les patients adolescents. Le service souhaite par ailleurs poursuivre son investissement en matière de Recherche clinique.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°8 :

**Objectif 1 : Améliorer l'accompagnement psychologique de l'enfant, de sa famille et des soignants, notamment par le renforcement des liens avec l'intersecteur de pédopsychiatrie**

**Objectif 2 : Assurer la continuité de la scolarité de tous les enfants et adolescents atteints de cancer, notamment pour ceux scolarisés au lycée, tant à l'hôpital qu'au domicile**

**Objectif 3 : Développer l'activité de Recherche en Oncopédiatrie**



## LA CANCÉROLOGIE CERVICO-FACIALE (FICHE N°9)

Avec plus de 14 000 nouveaux cas diagnostiqués chaque année, les cancers cervico-faciaux se placent au 5ème rang des cancers les plus fréquents. Ce type de cancer touche ce que l'on nomme les VADS (Voies Aéro-Digestives Supérieures). Celles-ci désignent la partie haute des systèmes respiratoires et digestifs. Ce sont les organes permettant le passage de l'air et des aliments : les fosses nasales, les sinus, la cavité buccale, la thyroïde, le pharynx et le larynx. Le cancer des VADS trouve, fréquemment, son origine dans la consommation de tabac et d'alcool. C'est une maladie des cellules provoquant la formation d'une tumeur maligne susceptible de s'étendre en l'absence de traitement. La prise en charge de ce cancer est partagée entre le CHU de Reims et l'Institut Jean-Godinot, qui réalisent respectivement les traitements chirurgicaux et médicaux (chimiothérapie et radiothérapie).

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°9 :

**Objectif 1 : Consolider et formaliser la prise en charge multidisciplinaire**

**Objectif 2 : Développer le recours aux techniques chirurgicales mini-invasives**

**Objectif 3 : Encourager les soins de support pour la qualité de vie du patient**

**Objectif 4 : Développer la Recherche Clinique**

**Promoteur** / Centre de Coordination en Cancérologie (3 C)

**Sources** / Plans Cancer - CPOM 2012 - 2017

- OBJECTIFS :**
- Donner au 3C (Centre de Coordination en Cancérologie) les moyens de répondre à ses missions premières de coordination et de garant de la qualité des soins
  - Assurer une continuité et une personnalisation des soins
  - Développer le «prendre soin» pendant et après le cancer

## PLANS D' ACTIONS

Le 3C (Centre de Coordination en Cancérologie) est une cellule qualité opérationnelle dont les missions, définies par la circulaire n° DGOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005, sont les suivantes :

- > mettre à disposition des médecins et des soignants les référentiels, thésaurus et protocoles validés et actualisés par le réseau régional et mettre en place l'audit interne de leur utilisation,
- > s'assurer de la mise en œuvre effective de la pluridisciplinarité en organisant et fédérant les RCP, de la mise en place du dispositif d'annonce et de la remise à chaque patient du programme personnalisé de soins,
- > informer les patients et les orienter,
- > produire des informations sur les activités cancérologiques médico-chirurgicales et pharmaceutiques de l'établissement.

Dans une structure autorisée à la prise en charge des patients atteints de cancer, la mise en place des 3C fait partie intégrante du projet d'établissement et constitue un élément du projet médical, introduisant pour la cancérologie :

- > un projet spécifique de prise en charge du patient à caractère opérationnel,
- > un projet de gestion de la qualité et des risques,
- > un projet d'évaluation et de dynamique d'amélioration continue.

Doté des moyens nécessaires à ses missions, le 3C aura comme objectifs prioritaires d'assurer la continuité et la personnalisation du parcours de soins et de développer le «prendre soin» pendant et après le cancer.

### Objectif 1 : Donner au 3C les moyens de répondre à ses missions premières de coordination et de garant de la qualité des soins

L'animation du 3C nécessite un temps médical dédié aux fonctions de coordination des acteurs et de pilotage des actions. L'équipe qui l'entoure, outre du temps de secrétariat, doit être enrichie de compétences en coordination infirmière et en accompagnement social et psychologique.

### Objectif 2 : Assurer une continuité et une personnalisation du parcours de soins

Cet objectif doit se décliner en différentes actions concernant le dispositif d'annonce, les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) et les Programmes Personnalisés de Soins (PPS) :

- > Conduire des études qualitatives et quantitatives sur le dispositif d'annonce pour vérifier son adéquation aux attentes des patients,
- > Evaluer par des audits le fonctionnement et la qualité des différents types de RCP et analyser les causes de non-respect des propositions thérapeutiques émises en RCP,
- > Créer un outil de gestion informatisée des PPS,
- > Evaluer régulièrement la qualité des PPS et les modalités de leur remise.

### Objectif 3 : Développer le «prendre soin» pendant et après le cancer

Le développement du «prendre soin» suppose de diversifier l'offre de soins et de répondre aux attentes des patients en fin de traitement :

- > Structurer l'organisation en mettant en place une coordination des soins de support à l'échelle du CHU,
  - > Enrichir l'offre de soins en proposant au patient des approches médicales complémentaires (médecine intégrative),
  - > Renforcer les actions concourant à l'accompagnement social en augmentant le temps dédié à la prise en charge des patients,
- > Organiser systématiquement une consultation de fin de traitement avec le médecin référent et en y associant l'infirmière coordinatrice, le psychologue et le médecin traitant (voire une consultation spécifique à mi-parcours du traitement pour anticiper l'après-cancer),
  - > Proposer systématiquement un rendez-vous à trois mois avec un psychologue,
  - > Créer une ligne téléphonique dédiée aux patients ayant été traités au CHU.

---

### AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Structures internes / Pôles concernés par les activités de traitement du cancer

Service social

Psychologues

Direction des Soins Infirmiers

Direction des Ressources Humaines

Direction des Affaires Médicales

CME

---

### PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Equipe du 3C
- Secrétariat Général

### INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Coûts liés au renforcement des ressources humaines : médecin coordonnateur du 3C, infirmière coordinatrice, psychologues, assistants sociaux

---

### CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016**
- **Objectif 2 : 2017-2018**
- **Objectif 3 : 2016-2020**

### INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**  
Renforcement des effectifs consacrés aux missions du 3 C
- **Objectif 2 :**
  - Nombre et thématiques des évaluations 3C relatives au dispositif d'annonce
  - Nombre et thématiques des évaluations 3C relatives aux RCP
  - Evolution annuelle du pourcentage de PPS remis (objectif : > à 75 %)
  - Nombre d'évaluations 3C sur les pratiques en matière de remise du PPS
- **Objectif 3 :**  
Bilan des actions mises en œuvre pour atteindre l'objectif.

Promoteur / Pôle DUNE

Sources / Plans Cancer / Projet du Pôle DUNE

- OBJECTIFS :**
- Maintenir et développer l'activité de chirurgie du tube digestif
  - Contribuer à la mise en place d'une prise en charge globale et multidisciplinaire
  - Renforcer les coopérations avec les établissements partenaires
  - Développer la Recherche Clinique

## PLANS D' ACTIONS

L'incidence nationale des cancers digestifs (estomac, côlon, rectum, pancréas, œsophage) s'élève à 55 000 nouveaux cas chaque année, soit 25% des cancers. Dans ce contexte, le CHU de Reims a fait le choix de développer, depuis quelques années, son expertise et son activité sur la prise en charge de ce type de cancer.

### Objectif 1 : Maintenir et développer l'activité de chirurgie du tube digestif

L'activité chirurgicale digestive du Pôle Digestif Urologie Néphrologie Endocrinologie (DUNE) n'a cessé d'augmenter depuis 2011, en particulier la chirurgie du foie et du pancréas. Le CHU de Reims prend en charge des patients de plus en plus lourds. Il est désormais reconnu au niveau régional comme centre de recours. En revanche, le recrutement des cancers colorectaux a diminué. Dans ce contexte, il apparaît, aujourd'hui, nécessaire de concentrer les efforts sur l'accroissement de la capacité chirurgicale relative aux pathologies du tube digestif. En conséquence, il est envisagé de prioriser au titre des futurs recrutements médicaux, en fonction des effectifs rémunérables, celui d'un chirurgien spécialisé dans le tube digestif afin de soutenir l'activité de chirurgie du cancer du côlon et du rectum.

Le développement de cette activité devra être envisagé dans le cadre d'une réflexion globale portant sur l'organisation du bloc opératoire et les perspectives de développement de l'activité, en lien direct avec la disponibilité du temps anesthésiste.

### Objectif 2 : Contribuer à la mise en place d'une prise en charge globale et multidisciplinaire

De nouvelles Réunions de Concertations Pluridisciplinaires (RCP) ont été mises en place pour la prise en charge des cancers digestifs, telles que la RCP spécialisée sur les tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) du réseau GIST NETSARC et la

RCP ONCOFOIE pour les tumeurs hépatiques et des voies biliaires. Une réflexion est en cours pour individualiser la discussion des tumeurs du pancréas dans une RCP spécifique. Une RCP relative aux tumeurs primitives et secondaires (carcinomes) du péritoine doit prochainement être mise en place. Comme pour toutes réunions pluridisciplinaires, y participeront des représentants de plusieurs disciplines : les chirurgiens digestifs, les gastro-entérologues, les radiologues, les anatomopathologistes. Cette réunion pourra être conjointe avec les gynécologues, les cancérologues et les chirurgiens de l'Institut Jean-Godinot qui prennent également en charge des carcinomes, notamment ovariennes. Dans un second temps, cette réunion pourra être élargie au niveau régional via un dispositif de visioconférence.

Il apparaît, ensuite, opportun d'optimiser les relations avec le Pôle URAD (Urgences Réanimation Anesthésie Douleur), en particulier les anesthésistes, et le Pôle Imagerie, dans le but de réduire les délais de prise en charge et, ainsi de fluidifier le parcours du patient. L'aménagement d'un temps psychologue devrait également permettre d'accompagner le patient et sa famille mais aussi le personnel soignant conformément aux directives des plans Cancer (cf. Fiche n° 4).

Enfin, le Pôle DUNE recourt de plus en plus aux techniques innovantes. Au cours des huit premiers mois de 2015, 26 interventions sur des tumeurs primitives et des carcinomes péritonéales (CHIP) ont déjà été réalisées. Le Pôle va étudier l'acquisition d'équipements médicaux afin de poursuivre sur cette voie. À cet égard, la destruction de métastases hépatiques par microwave permet de détruire des tumeurs plus volumineuses que par radiofréquence. La réalisation de chimiothérapies intra-hépatiques à circuit fermé, techniques très innovantes et encore à l'étude, est également envisagée.



### Objectif 3 : Renforcer les coopérations avec les établissements partenaires

La collaboration avec les partenaires extérieurs est essentielle pour le dépistage et la couverture de l'ensemble des besoins régionaux. C'est pourquoi, le Pôle DUNE s'engage à mettre en place des consultations pluridisciplinaires et avancées mais également à encourager la mise en commun des moyens comme l'utilisation des plateaux techniques. La collaboration avec le Centre de Lutte contre le Cancer, l'Institut Jean-Godinot, en particulier avec les radiologues, sera approfondie dans le souci d'assurer la continuité des soins.

Cette collaboration devra être étudiée dans le cadre plus général de la réflexion en cours sur l'élaboration d'un projet médical commun entre le CHU et l'Institut Jean-Godinot.

### Objectif 4 : Développer la Recherche Clinique

Le Pôle DUNE poursuivra et développera son activité de recherche, essais cliniques et thérapeutiques et traitements innovants sur les cancers digestifs, et pourra, en conséquence, ouvrir davantage son secteur à la formation des jeunes médecins.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Pôle DUNE, Pôle URAD (anesthésistes), Pôle Imagerie, Service social, Psychologues et Institut Jean-Godinot.

### PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr O. Bouché, service d'Hépatogastro-Entérologie et Cancérologie Digestive, Responsable de l'Unité de Médecine Ambulatoire et Cancérologie Hématologie
- Dr S. Deguelle Lardière, service de Chirurgie Générale, Digestive et Endocrinienne
- Cadre supérieure de santé, Pôle DUNE

### INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

Une étude médico-économique devra valider l'expression des besoins exposés ci-dessous :

- Les ressources humaines nécessaires à l'accroissement de l'activité ont été évaluées à un ETP de chirurgien spécialisé dans les pathologies du tube digestif
- L'acquisition d'équipements médicaux évalués à 50 000 € pour la réalisation de chimiothérapies intra-hépatiques et 1 000 € pour l'achat de sondes pour microwave, équipement dont le coût est estimé entre 40 et 50 000 €, et qui fera l'objet d'un prêt

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016-2020**
- **Objectif 2 : 2016-2020**
- **Objectif 3 : 2016-2020**
- **Objectif 4 : 2016-2020**

## INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**  
Nombre annuel d'interventions sur le tube digestif
- **Objectif 2 :**
  - Evaluation du délai de prise en charge entre le diagnostic et l'intervention chirurgicale
  - Nombre annuel de dossiers patients vus en RCP pour une tumeur du péritoine
  - Nombre annuel de dossiers patients vus en RCP pour une tumeur du pancréas
- **Objectif 3 :** Nombre de consultations avancées
- **Objectif 4 :**
  - Nombre d'inclusions dans des essais thérapeutiques - Score SIGREC
  - Nombre de publications - Score SIGAPS
  - Nombre de projets de recherche déposés / Nombre de projets financés.



Promoteur / Pôle Médecines

Sources / Projet du Pôle Médecines

- OBJECTIFS :**
- Consolider l'activité existante en Oncodermatologie et développer la petite chirurgie ambulatoire des cancers cutanés
  - Formaliser et développer une activité de prévention et prise en charge des cancers cutanés chez les malades greffés d'organes
  - Développer une expertise et une consultation spécialisée pour les effets secondaires cutanés des chimiothérapies et thérapies ciblées anticancéreuses
  - Développer l'activité de Recherche en Oncodermatologie

## PLANS D'ACTIONS

L'Oncodermatologie connaît actuellement en France et dans le monde un développement important lié à l'augmentation de l'incidence des cancers cutanés et à l'apparition de nouvelles molécules potentiellement efficaces dans une maladie jusque-là très rapidement mortelle : le mélanome métastatique.

Ce développement stimule la recherche tant industrielle qu'académique et épidémiologique sur le mélanome et, par ricochet, sur l'ensemble des cancers cutanés. Il impose à tout centre hospitalo-universitaire prenant en charge les malades du dynamisme, des adaptations et des collaborations. Le présent projet vise à consolider et étendre l'activité hospitalo-universitaire en Oncodermatologie dans le cadre du Pôle régional hospitalo-universitaire de cancérologie composé du CHU et de l'Institut Jean-Godinot. Il repose en particulier sur la création d'un poste médical dédié à cette activité.

### Objectif 1 : Consolider l'activité existante en Onco-dermatologie et développer la petite chirurgie ambulatoire des cancers cutanés

Le niveau actuel d'activité du service de dermatologie du CHU en Oncodermatologie est élevé et a fortement progressé depuis 2005. Néanmoins, cette activité, qui se déploie en consultation, en hospitalisation de jour et en hospitalisation complète, repose essentiellement

sur un praticien hospitalo-universitaire, ce qui la rend fragile et ne permet pas de nouveaux développements. L'augmentation du temps médical dédié à l'activité d'Oncodermatologie devrait permettre de consolider l'activité existante et l'attractivité du CHU dans ce domaine, et de développer certains actes, comme la petite chirurgie ambulatoire des cancers cutanés, actuellement pratiquée le plus souvent dans le secteur libéral et / ou dans des services de chirurgie.

### Objectif 2 : Formaliser et développer une activité de prévention et prise en charge des cancers cutanés chez les malades greffés d'organes

Le développement de l'activité d'Oncodermatologie au CHU permettrait également de mieux répondre à un problème de santé publique croissant actuellement, celui de la prévention et de la prise en charge des cancers cutanés chez les malades transplantés.

En effet, la greffe d'organe entraîne un risque accru de développer un cancer cutané, du fait des traitements immunosuppresseurs prescrits aux patients greffés. Il est donc nécessaire d'organiser la prévention, le dépistage et le traitement précoce de ces patients, en particulier des patients ayant bénéficié d'une greffe de rein, en s'appuyant sur un partenariat plus solide entre les services de dermatologie et de néphrologie de l'établissement.

### Objectif 3 : Développer une expertise et une consultation spécialisée pour les effets secondaires cutanés des chimiothérapies et thérapies ciblées anticancéreuses

Les traitements des cancers, les chimiothérapies en particulier, peuvent entraîner la survenue de différents effets indésirables touchant la peau et les ongles. Ces effets indésirables génèrent douleurs et désagréments et peuvent retentir sur la qualité de vie. Le service de Dermatologie du CHU souhaite, grâce à l'augmentation du temps médical dédié à l'Oncodermatologie, développer son expertise dans ce domaine et mettre en place une consultation spécialisée sur les effets secondaires cutanés des chimiothérapies et thérapies ciblées anticancéreuses, au bénéfice des patients suivis

par l'ensemble des services du CHU et de l'Institut Jean-Godinot pour une pathologie cancéreuse.

### Objectif 4 : Développer l'activité de recherche en Oncodermatologie

Enfin, le service de Dermatologie souhaite poursuivre son activité actuelle de recherche académique à orientation épidémiologique sur les cancers cutanés, et développer la recherche translationnelle sur le mélanome et les lymphomes cutanés. Le partenariat avec l'Institut Jean-Godinot serait une opportunité dans ce domaine, des essais thérapeutiques complémentaires sur chacun des deux sites étant par exemple envisageables, ainsi que l'élaboration et la conduite de projets de recherche translationnelle communs.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Ensemble des services du CHU prenant en charge des patients atteints de cancer, Institut Jean-Godinot, service de Néphrologie

### PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr F. Grange, service de Dermatologie, Pôle Médecines
- Dr Laetitia Visseaux, CCU, service de Dermatologie, Pôle Médecines

### INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Création d'un poste de praticien hospitalier à mi-temps dans un premier temps conformément aux résultats de l'étude médico-économique menée sur ce projet (équilibre économique du fait notamment de l'augmentation prévisible de l'activité d'hospitalisation de jour)

### CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016-2020**
- **Objectif 2 : 2016-2020**
- **Objectif 3 : 2016**  
(création de la consultation)
- **Objectif 4 : 2016-2020**

### INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**
  - Nombre annuel de séjours ambulatoires pour cancer cutané
  - Nombre de dossiers présentés en RCP Oncodermatologie
- **Objectif 2 :**
  - Formalisation d'un partenariat Dermatologie - Néphrologie
  - Nombre de patients greffés vus en consultation d'Oncodermatologie, nombre de cas discutés en RCP
- **Objectif 3 :**
  - Création d'une consultation spécialisée –
  - Nombre de consultations réalisées
- **Objectif 4 :**
  - Nombre d'inclusions dans des essais thérapeutiques en Oncodermatologie - Score Sigrec
  - Nombre de publications en Oncodermatologie
  - Score Sigaps
  - Nombre de projets de recherche translationnelle déposés/Nombre de projets financés.

**Promoteur** / Pôle Autonomie et Santé

**Sources** / CPOM 2012-2017

Projet du Pôle Autonomie et Santé

Appel à candidatures INCa / Déploiement des UCOG

- OBJECTIFS :**
- Promouvoir la prise en charge des patients âgés atteints de cancer
  - Développer la formation et l'information en Oncogériatrie
  - Mieux adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer par des décisions conjointes oncologues-gériatres
  - Contribuer au développement de la Recherche en Oncogériatrie

## PLANS D' ACTIONS

La conjonction du vieillissement démographique et de l'augmentation de la fréquence des cancers avec l'avancée en âge (trois quarts des cancers après 65 ans) fait de la prise en charge des patients âgés atteints de cancer un enjeu majeur dans les années futures.

Actuellement, la survie des patients âgés atteints de cancer est inférieure à celle des patients plus jeunes atteints de cette même pathologie. Plusieurs facteurs expliquent cette différence en termes de survie : d'une part le retard au diagnostic et d'autre part un traitement non optimal en raison d'un manque d'évaluation précise de la situation (extension, facteurs pronostics, comorbidités, état cognitif...) et de la crainte d'induire des toxicités. S'ajoute à cela un manque de données sur l'efficacité réelle des traitements chez les plus âgés, fréquemment exclus des essais thérapeutiques.

La population âgée étant très hétérogène, il est nécessaire d'évaluer ces patients âgés avant tout traitement afin d'apprécier la balance «bénéfice / risque». Le but de cette évaluation oncogériatrique est d'apporter une expertise gériatrique afin de mieux adapter la prise de décision thérapeutique et le traitement à leur état physiologique. Cette évaluation repose sur une collaboration étroite et renforcée entre gériatre et cancérologue.

Dans ce contexte, l'INCa a souhaité déployer nationalement des Unités de Coordination en Oncogériatrie (UCOG). Le projet déposé conjointement par le CHU et l'Institut Jean-Godillot a été retenu.

Les objectifs proposés au titre de la thématique Oncogériatrie sont donc directement inspirés des engagements pris dans le cadre de la réponse à l'appel à projets de l'INCa.

### Objectif 1 : Promouvoir la prise en charge des patients âgés atteints de cancer

Deux actions majeures doivent permettre de promouvoir la prise en charge des patients âgés atteints de cancer :

- > La sensibilisation des médecins référents (Oncologues / spécialistes d'organe) présentant des dossiers en RCP à la problématique de l'Oncogériatrie et au repérage des personnes âgées fragiles notamment à l'utilisation du test de repérage de la fragilité (G8) en amont de la RCP.
- > L'ajout du score G8 dans les fiches RCP pour tout sujet âgé atteint de cancer. L'utilisation de cette échelle constitue une aide pour identifier les sujets âgés atteints de cancer nécessitant une évaluation gériatrique approfondie afin d'orienter leur prise en charge.

### Objectif 2 : Développer la formation et l'information en Oncogériatrie

Les actions de formation et d'information doivent concerner un public diversifié :

- > Formation d'un binôme oncologue / gériatre à l'Oncogériatrie dans les établissements de la région
- > Formation des gériatres à l'utilisation de l'EGS (Evaluation Gériatrique Standardisée) en Oncologie
- > Formation des équipes mobiles en Gériatrie et de soins palliatifs et des infirmières des services hospitaliers, d'EPHAD...
- > Formation des pharmaciens hospitaliers et d'officine
- > Formation des médecins généralistes
- > Organisation d'une conférence sur les sites des établissements autorisés aux activités de traitement du cancer.

### Objectif 3 : Mieux adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer par des décisions conjointes oncologues-gérialtres

La meilleure adaptation des traitements suppose de généraliser la pratique de l'EGS lorsque le score G8 est inférieur ou égal à 14.

### Objectif 4 : Contribuer au développement de la Recherche en Oncogériatrie

Pour contribuer au développement de la recherche, les mesures suivantes devront être prises :

- > Mettre en place un groupe de travail spécifique «recherche clinique en Oncogériatrie».
- > Favoriser l'inclusion des patients âgés dans les essais cliniques.
- > Créer et diffuser un annuaire des essais cliniques en Oncogériatrie et le diffuser dans tous les établissements autorisés à la Cancérologie.
- > Assurer une veille en matière d'appels à projets lancés au niveau national ou international.

## ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Ensemble des services du CHU prenant en charge des sujets âgés atteints de cancer.  
Unité de Coordination en Oncogériatrie de Champagne-Ardenne – Institut Jean-Godinot  
Centre de Coordination en Cancérologie.  
Pôle Recherche et Innovations.

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Dr R. Mahmoudi, Responsable de la consultation Oncogériatrie, Pôle Autonomie et Santé
- Pr J.L. Novella, Chef du Pôle Autonomie et Santé
- D. Camonin, Cadre supérieure de santé du Pôle Autonomie et Santé

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

Une étude médico-économique devra valider l'expression des besoins ci-dessous :

- Les ressources humaines nécessaires à l'accroissement d'activité de l'hospitalisation de jour ont été évaluées à un mi-temps de praticien hospitalier.

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 1<sup>er</sup> semestre 2016
- Objectif 2 : 2<sup>ème</sup> semestre 2017
- Objectif 3 : 2<sup>ème</sup> semestre 2017
- Objectif 4 : 2<sup>ème</sup> semestre 2019

## ● INDICATEURS DE SUIVI

- Objectif 1 :
  - Nombre de patients âgés atteints de cancer ayant bénéficié en amont de la RCP d'un test de repérage de la fragilité (G8).
  - Nombre d'animateurs de RCP rencontrés
- Objectif 2 :
  - Nombre de binômes oncologue / gériatre formés à l'Oncogériatrie
  - Nombre de pharmaciens hospitaliers et d'officine formés à l'Oncogériatrie
  - Nombre de conférences organisées sur site
- Objectif 3 :
  - Nombre de patients ayant bénéficié d'une Evaluation Gériatrique Standardisée
  - Création d'un compte-rendu standardisé à destination des médecins référents, utile à la discussion en RCP
- Objectif 4 :
  - Nombre de patients âgés inclus dans les essais cliniques
  - Création d'un registre des essais cliniques en Oncogériatrie.

**Promoteur** / Pôle Femme Parents Enfant

**Sources** / Plan Cancer 2014-2019 / CPOM 2012-2017

Rapport de la Défenseure des enfants sur le thème «Prendre soin des enfants et des adolescents atteints de cancer, de leur famille et des équipes de soignants» - Avril 2011

Rapport INCa sur l'offre de soins en Cancérologie pédiatrique - Janvier 2010

Rapport scientifique INCa 2013-2014

- OBJECTIFS** :
- Améliorer l'accompagnement psychologique de l'enfant, de sa famille et des soignants, notamment par le renforcement des liens avec l'intersecteur de pédopsychiatrie
  - Assurer la continuité de la scolarité de tous les enfants et adolescents atteints de cancer, notamment pour ceux scolarisés au lycée, tant à l'hôpital qu'au domicile
  - Développer l'activité de Recherche en Oncopédiatrie

## PLANS D'ACTIONS

Le service d'Hématologie et Oncologie Pédiatriques (HOP) du CHU de Reims est le seul centre spécialisé en cancérologie pédiatrique de la région Champagne-Ardenne. Les projets de ce service pour la période 2016 - 2020 s'inscrivent dans la lignée des recommandations formulées par l'INCa et par la Défenseure des Enfants pour la prise en charge des enfants atteints de cancer : développement des soins de support, en particulier de l'accompagnement psychologique pendant et après la maladie, et maintien de la scolarité notamment pour les patients adolescents. Le service souhaite par ailleurs poursuivre son investissement en matière de Recherche clinique.

### **Objectif 1 : Améliorer l'accompagnement psychologique de l'enfant, de sa famille et des soignants, notamment par le renforcement des liens avec l'intersecteur de pédopsychiatrie**

Les rapports précités de l'INCa et de la Défenseure des Enfants relatifs à la prise en charge des enfants atteints de cancer rappellent l'importance d'un accompagnement psychosocial de l'enfant malade et de sa famille (y compris de la fratrie). Cet accompagnement, qui peut débuter avec l'hospitalisation, doit pouvoir se poursuivre tout au long du traitement et après la rémission / guérison.

A ce jour, le temps de psychologue dédié à l'oncopédiatrie semble insuffisant pour couvrir totalement les besoins des enfants hospitalisés et de leur famille. Par ailleurs, les interventions de

l'équipe de Pédopsychiatrie de liaison restent relativement rares, faute certainement de sollicitations et de connaissance mutuelle du fonctionnement de chaque entité. Or, ce lien est essentiel dès le début du traitement de l'enfant pour organiser le relais avec les professionnels exerçant en centre médico-psychologique à l'issue du traitement et poursuivre ainsi la prise en charge psychologique de l'enfant et de sa famille au-delà de la phase aiguë de la maladie et de l'hospitalisation lorsque cela s'avère nécessaire.

Il apparaît donc essentiel de renforcer les liens entre le Service HOP et le Service de Psychothérapie de l'Enfant et de l'Adolescent, par des échanges réguliers avec l'équipe de Pédopsychiatrie de liaison (participation d'un professionnel d'HOP aux réunions hebdomadaires « Pédopsychiatrie de liaison » organisées pour les services de Pédiatrie) et par l'information et la formation des professionnels de Pédopsychiatrie à la prise en charge des cancers de l'enfant.

Enfin, le rapport de la Défenseure des Enfants met en avant la nécessité de « prendre soin » des équipes soignantes prenant en charge les enfants atteints de cancer, par la mise en place de « groupes de partage d'expérience » animés par un professionnel, psychologue de préférence, extérieur à l'équipe et formé à cet exercice. Ce projet sera soumis pour étude au Collège des psychologues du CHU.

## Objectif 2 : Assurer la continuité de la scolarité de tous les enfants et adolescents atteints de cancer, notamment pour ceux scolarisés au lycée, tant à l'hôpital qu'au domicile

La loi d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989, et, plus récemment, la loi du 11 février 2005, ont imposé le principe de la scolarisation pour tous, notamment des enfants présentant des troubles de la santé évoluant sur une longue période. Néanmoins, la scolarité doit être adaptée à l'état de santé de l'enfant et à son évolution, et délivrée par des professionnels formés à cet exercice particulier.

Une convention est établie entre le CHU et l'Éducation Nationale permettant le détachement d'un professeur des écoles au sein des services de Pédiatrie, professeur qui assure l'enseignement jusqu'aux classes du collège et permet de maintenir un lien entre l'enfant malade et l'enseignant de sa classe d'origine. La poursuite de la scolarité pour les lycéens atteints de cancer est beaucoup plus problématique puisqu'elle suppose de disposer de compétences en enseignement dans plusieurs matières et que le service ne bénéficie pas à ce jour de l'affectation par l'Éducation Nationale d'enseignants du second degré.

Le service HOP accueille pourtant des adolescents de 15 à 18 ans en nombre croissant du fait d'orientations plus fréquentes vers les services pédiatriques plutôt que vers les services d'adultes (environ 10 nouveaux patients adolescents par an), et il devient impératif d'organiser la poursuite de leur scolarité, à l'hôpital et à domicile, s'agissant d'un facteur clé de leur réinsertion sociale à l'issue de la

maladie et de la réussite de leur vie « après-cancer », priorité du second Plan Cancer. A cette fin, il sera fait appel en premier lieu à l'Inspection d'Académie à partir d'une étude plus fine des besoins (nombre d'adolescents pris en charge, nombre de journées d'hospitalisation pour cette population, etc). A défaut de possibilité pour l'Éducation Nationale d'assurer cette mission, le recours à des enseignants bénévoles d'une association intégrant la Fédération pour l'Enseignement des Malades à Domicile et à l'Hôpital (FEMDH) sera également étudié.

## Objectif 3 : Développer l'activité de Recherche en Oncopédiatrie

Le service HOP poursuit de manière active l'objectif national fixé par l'INCa d'atteindre un taux d'inclusion des enfants atteints de cancer dans un essai clinique de 60 %. A cette fin, le service s'associe de manière systématique, par convention, aux sociétés savantes ou aux établissements de santé promoteurs de projets de recherche clinique en cancérologie pédiatrique, et y inclut tous les enfants suivis par le service répondant aux critères d'inclusion.

Néanmoins, les praticiens du service éprouvent des difficultés pour répondre à l'ensemble des obligations « administratives » liées à l'inclusion d'un jeune patient dans un essai clinique (remplissage des Case Report Form en particulier).

L'affectation d'un temps ARC plus important dans leur secteur est nécessaire afin de répondre au mieux à leurs obligations en tant qu'investigateurs et de poursuivre leur activité de Recherche clinique, élément important de la reconnaissance du CHU comme centre spécialisé régional en cancérologie pédiatrique.

## ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Service de Psychothérapie de l'Enfant et de l'Adolescent, Pôle Recherche et Innovations, Éducation Nationale

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Dr C Pluchart, Service d'Hématologie et Oncologie Pédiatriques, Pôle FPE
- Dr S. Gorde-Grosjean, Service d'Hématologie et Oncologie Pédiatriques, Pôle FPE
- Pr A.-C. Rolland, responsable du Service de Psychothérapie de l'Enfant et de l'Adolescent, Pôle FPE
- C. Paris, Cadre supérieure du Pôle FPE
- M.-C. Alips, Cadre supérieure du Pôle FPE, responsable de la pédo-psychiatrie de liaison

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Temps ARC à évaluer en lien avec le Pôle Recherche et Innovations et financements octroyés au titre des essais cliniques.

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 :**  
**2016** pour les actions relatives au partenariat avec la Pédopsychiatrie / **2017** pour l'accompagnement des équipes soignantes
- **Objectif 2 : 2016**
- **Objectif 3 : 2016 - 2017**

## INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**
  - Formalisation du partenariat entre le service HOP et le service de Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent
  - Participation d'HOP aux réunions « Pédo-psychiatrie de liaison »
  - Identification d'un référent médical et paramédical en Pédopsychiatrie pour la cancérologie pédiatrique
  - Mise en place de groupes de partage d'expérience
- **Objectif 2 :**  
Signature d'une convention avec l'Éducation Nationale ou à défaut avec une association d'enseignants bénévoles pour la scolarisation des adolescents atteints de cancer
- **Objectif 3 :**
  - Taux d'inclusion dans des essais cliniques
  - Evolution du temps d'ARC dédié à la cancérologie pédiatrique.





Promoteur / Pôle Tête Cou

Sources / Plan Cancer et guide du patient de l'HAS

Projet du Pôle Tête Cou

- OBJECTIFS :**
- Consolider et formaliser la prise en charge multidisciplinaire
  - Développer le recours aux techniques chirurgicales mini-invasives
  - Encourager les soins de support pour la qualité de vie du patient
  - Développer la Recherche Clinique

## PLANS D'ACTIONS

Avec plus de 14 000 nouveaux cas diagnostiqués chaque année, les cancers cervico-faciaux se placent au 5ème rang des cancers les plus fréquents. Ce type de cancer touche ce que l'on nomme les VADS (Voies Aéro-Digestives Supérieures). Celles-ci désignent la partie haute des systèmes respiratoires et digestifs. Ce sont les organes permettant le passage de l'air et des aliments : les fosses nasales, les sinus, la cavité buccale, la thyroïde, le pharynx et le larynx. Le cancer des VADS trouve, fréquemment, son origine dans la consommation de tabac et d'alcool. C'est une maladie des cellules provoquant la formation d'une tumeur maligne susceptible de s'étendre en l'absence de traitement. La prise en charge de ce cancer est partagée entre le CHU de Reims et l'Institut Jean-Godinot, qui réalisent respectivement les traitements chirurgicaux et médicaux (chimiothérapie et radiothérapie).

### Objectif 1 : Consolider et formaliser la prise en charge multidisciplinaire

Conformément aux directives des deux premiers Plans Cancer, le CHU de Reims propose une prise en charge de la cancérologie cervico-faciale multidisciplinaire. Il apparaît, en ce sens, nécessaire d'approfondir et de formaliser ces rapports au moyen de la rédaction de protocoles, de la désignation de référents ou interlocuteurs privilégiés, ainsi que par la mise en place et l'encadrement du dispositif d'annonce via une prise en charge psycho-sociale. Cette démarche sera fondée sur la mise en place de deux réseaux :

- > le réseau intra - CHU, avec une consolidation de la prise en charge multidisciplinaire à travers les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) mais

aussi le développement des dépistages croisés entre services. Plusieurs acteurs sont en effet concernés : ORL, chirurgiens maxillo-faciaux, oncologues, radiothérapeutes, chirurgiens-dentistes, chirurgiens digestifs, gastro-entérologues, ophtalmologues, addictologues (tabac, alcool), orthophonistes, diététiciens, psychologues, assistants sociaux et le Centre d'Étude et de Traitement de la Douleur Chronique.

- > le réseau régional, par un approfondissement des liens avec le secteur de médecine de ville, médecins traitants, spécialistes (ORL), infirmiers libéraux et prestataires de service, kinésithérapeutes mais aussi le Centre de Lutte contre le Cancer et les autres centres hospitaliers de la région (développement des conventions de coopération).

Ces réseaux devraient permettre de soutenir le niveau d'activité.

### Objectif 2 : Développer le recours aux techniques chirurgicales mini-invasives

Les techniques chirurgicales mini-invasives contribuent à l'amélioration de la qualité des soins et à la diminution de la durée de séjour. Ainsi, les équipes chirurgicales du CHU recourent de plus en plus à :

- > la chirurgie endoscopique au laser CO<sup>2</sup> qui permet de réaliser en ambulatoire certaines opérations du larynx qui nécessitaient auparavant environ 8 à 15 jours d'hospitalisation,
- > la chirurgie vidéo-assistée, basée sur une mini-incision, utilisée pour les interventions cervicales, qui évite drainage et soins infirmiers postopératoires et réduit ainsi la durée moyenne de séjour.

Afin de compléter sa palette de techniques chirurgicales novatrices, le CHU de Reims envisage l'acquisition d'un laser Erbium qui contribuerait notamment à une meilleure précision, une cicatrisation plus rapide et au confort du patient.

### **Objectif 3 : Encourager les soins de support pour la qualité de vie du patient**

Le CHU de Reims entend contribuer à la qualité de vie des patients par deux principales voies.

D'une part, une attention particulière sera portée à l'offre de soins de support au patient. Dans cette perspective, un fauteuil d'odontologie est installé en ORL afin d'offrir, sur place, des soins et un suivi bucco-dentaires (pré, per et post traitement). Une évaluation des fonctions de déglutition, phonation et, si besoin, de la rééducation orthophonique ou kinésithérapique seront également mises en place. Les patients et leur famille pourront être accompagnés, dans le parcours de soins, par une infirmière qui assurera la prise en charge psycho-sociale, en particulier pour la préparation et les suites d'une intervention.

Dans ce cadre, l'approfondissement des liens avec le Centre d'Étude et de Traitement de la Douleur Chronique et l'Institut Jean-Godinot constituera un réel appui.

D'autre part, la prise en charge médicale sera aussi adaptée afin de participer à l'amélioration de la qualité de vie des patients, à l'instar de la réalisation de reconstruction maxillo-faciale assistée par ordinateur en Odontologie et en ORL.

### **Objectif 4 : Développer la Recherche Clinique**

Les secteurs impliqués dans la prise en charge de la cancérologie cervico-faciale entendent poursuivre la traçabilité des patients pris en charge et suivis en RCP. La participation aux appels d'offres à projets de recherche régionaux et nationaux (PHRC, STIC, Cancéropôle), notamment pour les traceurs viraux sur tumeurs des VADS visant à établir un lien entre tumeurs et virus, tel que le papillomavirus, contribuera à renforcer le rôle central et coordonnateur du CHU au niveau régional.

---

## **AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET**

Services d'ORL, Ophtalmologie, Chirurgie digestive, Hépatogastro-entérologie, Pôle Odontologie, Pôle Imagerie, Addictologie (tabac, alcool), Service diététique, Service Social, Orthophonistes, Psychologues, Centre d'Étude et de Traitement de la Douleur Chronique et Institut Jean-Godinot.

---

## **PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET**

- Dr J.C Mérol, Service ORL
- Pr M. Makeief, Service ORL
- C. Etiennot, Cadre supérieure de Santé, Pôle Tête Cou

---

## **INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES**

- Achat d'un laser Erbium (coût estimé à 35 000 €)

---

## **CALENDRIER DE RÉALISATION**

- **Objectif 1 : 2016 - 2020**
- **Objectif 2 : 2016 - 2020**
- **Objectif 3 : 2016 - 2020**
- **Objectif 4 : 2016 - 2020**

---

## **INDICATEURS DE SUIVI**

- **Objectif 1 :**
  - Nombre annuel de séjours pour cancer cervico-facial
  - Nombre de dossiers présentés en RCP
  - Cartographie de l'origine des patients
- **Objectif 2 :**
  - Proportion des interventions réalisées avec les techniques mini-invasives
  - Évolution de la DMS par pathologies
- **Objectif 3 :**
  - Nombre de patients pris en charge par le secteur nutrition et étude des marqueurs qualité de vie
- **Objectif 4 :**
  - Nombre annuel de PHRC et de publications.

## Chapitre 1-C : LA FILIÈRE CARDIOVASCULAIRE

### Préambule

**La filière cardio-vasculaire** constitue un enjeu stratégique pour le CHU, compte tenu notamment de l'importance du développement des pathologies concernées. Il lui appartient de se positionner pour assurer de manière pérenne son autorisation en matière de chirurgie cardiaque et de conforter sa place en matière de cardiologie interventionnelle en adaptant ses modalités de prise en charge à l'évolution des technologies en ce domaine.

Les projets attendus de développement de la cardiologie au CHU résultent des transversalités d'action entre les services de médecine et de chirurgie de cette discipline. L'ensemble des projets proposés s'inscrivent dans l'objectif d'un renforcement des filières de prise en charge cardiologique des patients aux différentes étapes, pré, péri et postopératoires.

La filière chirurgicale sera renforcée avec l'ouverture d'un poste universitaire afin d'élargir l'expertise du service vers de nouvelles technologies, en particulier la chirurgie mini-invasive avec développement des valves sutureless aortiques, chirurgie sous vidéoscopie ainsi que développement d'une unité mobile d'assistance cardiaque, au service de l'ensemble des structures d'hospitalisation de Champagne-Ardenne.

L'activité interventionnelle de gestes percutanés sera renforcée sur le versant structurel avec le glissement des poses de valves aortiques percutanées (TAVI) actuellement proposées par voie fémorale au CHU vers des voies alternatives, apicales et aortiques. Ce développement renforcera l'évolution du CHU vers l'indication de pose percutanée de valves mitrales. De même, appuyé par une activité conjointe des équipes de coronarographie et de rythmologie interventionnelle, se profile le développement de la pose de dispositifs d'occlusion de l'auricule gauche, en alternative au traitement anticoagulant. Cette activité, conjointement à une croissance attendue des différents gestes en rythmologie interventionnelle (défibrillateurs, resynchronisateurs, ablations de troubles du rythme auriculaire majeurs) amène à considérer fortement la nécessité indispensable d'ouverture d'une deuxième salle d'activité rythmologique.

Enfin, la progression de l'ensemble de ces activités chirurgicales, interventionnelles, et le développement des outils de prise en charge de l'insuffisance cardiaque, renforce la nécessité d'une part de l'ouverture d'une unité d'hospitalisation complète de SSR cardio-vasculaires, permettant aux patients et à leur famille de bénéficier de cette prise en charge à proximité de leur domicile et, d'autre part, du développement des prises en charge ambulatoires.



#### LA CHIRURGIE CARDIAQUE (FICHE N° 10)

En 2012, le service de Chirurgie cardio-thoracique a réalisé 458 interventions chirurgicales avec circulation extracorporelle (CEC). Après quelques années caractérisées par une activité légèrement inférieure, elle a approché son plus haut niveau atteint en 2008, soit 462 interventions avec CEC. En 2013, dans un contexte marqué par le départ à la retraite du chef de service, l'activité s'est maintenue à hauteur de 440 CEC, soit un niveau d'activité conforme aux objectifs du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens rappelés ci-dessous. En 2014, 442 CEC ont été réalisés.

Pour mémoire, dans le cadre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, signé avec l'ARS en décembre 2012, le CHU s'était engagé sur une cible de 425 à 450 CEC en 2013, de 450 à 500 CEC en 2014 et de 500 interventions ou plus de 2015 à 2017.

Afin d'atteindre ces objectifs, plusieurs actions vont être mises en œuvre.

La première action concerne le renforcement des partenariats via notamment les établissements qui composaient la Communauté Hospitalière de Territoire Centre, mais également par des coopérations avec les centres hospitaliers de Charleville-Mézières et de Troyes, les établissements de l'Aisne, et le secteur privé rémois. Le renforcement de ces collaborations nécessitera une démarche volontariste auprès des représentants des établissements concernés.

La seconde action consiste en une réflexion à mener rapidement sur le leadership universitaire de cette discipline, sachant qu'en l'absence d'une solution interne dans un avenir proche, le recrutement d'un PU-PH devra être envisagé.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°10 :

**Objectif 1 : Développer la chirurgie cardiaque avec CEC**

**Objectif 2 : Recourir aux techniques chirurgicales mini invasives**

**Objectif 3 : Engager une réflexion sur le développement des systèmes ambulatoires d'assistances circulatoire et respiratoire**



## **LA CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE (FICHE N° 11)**

Le positionnement du CHU en matière de prise en charge des pathologies cardio-vasculaires revêt un véritable enjeu stratégique compte tenu du développement de ces pathologies d'une part, de l'évolution des techniques médicales d'autre part.

Dans ce contexte, outre l'accent mis sur la chirurgie cardiaque (cf. Fiche N° 10), le CHU se fixe comme objectifs prioritaires, afin de conforter son rôle de référent en ce domaine, le développement de l'implantation de prothèses valvulaires aortiques et de l'activité de rythmologie.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°11 :

**Objectif 1 : Développer l'implantation de prothèses valvulaires aortiques (TAVI)**

**Objectif 2 : Développer l'activité de rythmologie**



## **LA MISE EN PLACE ET LE DÉVELOPPEMENT DES PRISES EN CHARGE EN UNITES DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION CARDIO-VASCULAIRES (FICHE N° 12)**

Sur le fondement de ses compétences médicales et paramédicales, et de la qualité de son plateau technique, le CHU a pour objectif d'organiser une filière d'offre de soins spécialisés dans les pathologies cardio-vasculaires. La mise en place de cette filière passe par l'organisation de la prise en charge des affections cardio-vasculaires en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) en vue de la rééducation cardio-vasculaire. Celle-ci permettra d'assurer la continuité des soins avec l'hospitalisation complète en Cardiologie, en Chirurgie cardiaque ou encore dans l'Unité de Soins Intensifs de Cardiologie. Cette prise en charge multidisciplinaire (Médecine Physique et de Réadaptation, Chirurgie cardiaque et Cardiologie) vise à améliorer la survie en post-infarctus, la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique, la qualité de vie mais aussi le contrôle des facteurs de risque. Pour ce faire, le CHU s'est fixé deux objectifs en vue de la prise en charge et de la surveillance de ces pathologies en SSR. Le premier consistera en la création d'une unité de 15 lits en hospitalisation complète. Le second visera à développer l'activité de l'unité d'hospitalisation de jour.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°12 :

**Objectif 1 : Créer une unité d'hospitalisation complète de SSR cardio-vasculaires**

**Objectif 2 : Développer l'activité d'hospitalisation de jour de SSR cardio-vasculaires**

**Promoteur** / Pôle TCVN  
**Sources** / SROS 2012-2016  
CPOM 2012 – 2017  
Projet de Pôle TCVN 2014 - 2018

**OBJECTIFS :**

- Développer la chirurgie cardiaque avec CEC
- Recourir aux techniques chirurgicales mini-invasives
- Engager une réflexion sur le développement des systèmes ambulatoires d'assistances circulatoire et respiratoire

## PLANS D' ACTIONS

### Objectif 1 : Développer la chirurgie cardiaque avec CEC

En 2012, le service de Chirurgie cardio-thoracique a réalisé 458 interventions chirurgicales avec circulation extracorporelle (CEC). Après quelques années caractérisées par une activité légèrement inférieure, elle a approché son plus haut niveau atteint en 2008, soit 462 interventions avec CEC. En 2013, dans un contexte marqué par le départ à la retraite du chef de service, l'activité s'est maintenue à hauteur de 440 CEC, soit un niveau d'activité conforme aux objectifs du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens rappelés ci-dessous. En 2014, 442 CEC été réalisées. Pour mémoire, dans le cadre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, signé avec l'ARS en décembre 2012, le CHU s'était engagé sur une cible de 425 à 450 CEC en 2013, de 450 à 500 CEC en 2014 et de 500 interventions ou plus de 2015 à 2017.

Afin d'atteindre ces objectifs, plusieurs actions vont être mises en œuvre.

La première action concerne le renforcement des partenariats via notamment les établissements qui composaient la Communauté Hospitalière de Territoire Centre, mais également par des coopérations avec les centres hospitaliers de Charleville-Mézières et de Troyes, les établissements de l'Aisne, et le secteur privé rémois. Le renforcement de ces collaborations nécessitera une démarche volontariste auprès des représentants des établissements concernés.

La seconde action consiste en une réflexion à mener rapidement sur le leadership universitaire de cette discipline, sachant qu'en l'absence d'une solution interne dans un avenir proche, le recrutement d'un PU-PH devra être envisagé.

### Objectif 2 : Recourir aux techniques chirurgicales mini invasives

L'équipe de chirurgie cardiaque a pour objectif de recourir aux techniques et équipements les plus avancés au service du patient. Pour ce faire, elle s'engage dans le développement de la chirurgie minimale invasive avec mini sternotomie et le recours à la pose de valves sutureless. Si ces dernières sont plus coûteuses que les valves classiques, elles présentent plusieurs intérêts. En premier lieu, les interventions chirurgicales sont plus rapides. En effet, le temps opératoire est réduit de 60 à 20 minutes, ce qui minimise le risque de complications. En deuxième lieu, elles impliquent un geste chirurgical moins invasif. Ainsi, les personnes les plus fragiles pour lesquelles une intervention avec pose de valve classique aurait été déconseillée, voire refusée, ainsi que les patients nécessitant un pontage associé, peuvent être opérées. En troisième lieu la qualité de ces valves semble supérieure aux bioprothèses conventionnelles en termes de profil hémodynamique. En conséquence, cette chirurgie mini invasive augmente corrélativement le potentiel chirurgical du service du fait de la réduction de la durée moyenne de séjour et de l'accroissement du nombre de patients susceptibles de subir une telle intervention.

Les chirurgiens entendent également recourir à la chirurgie cardiaque mini-invasive assistée par vidéoscopie. Particulièrement pertinente lors de l'abord des oreillettes, la vidéoscopie permet, par cette voie, les exérèses de myxomes ainsi que la chirurgie mitrale. Cette chirurgie est jugée moins agressive et peut donc être proposée à des patients plus âgés.

### Objectif 3 : Engager une réflexion sur le développement des systèmes ambulatoires d'assistances circulatoire et respiratoire

Cet objectif concerne, en premier lieu, la prise en charge des patients qui ne sont pas éligibles à une greffe cardiaque ou bien qui sont en attente de cette greffe. Le projet consiste à proposer une solution d'attente ou alternative à la greffe cardiaque grâce au recours à un système d'assistance circulatoire. Ce dernier permettrait aux patients de bénéficier des meilleurs soins alternatifs à une greffe tout en restant à domicile. Cette assistance peut être couplée à des oxygénateurs

extracorporels capables d'assurer l'hématose en cas d'œdème pulmonaire hémodynamique ou lésionnel.

En deuxième lieu, la création d'une unité mobile d'assistance cardiaque permettra une prise en charge spécifique des patients en condition hémodynamique précaire d'origine cardiaque autorisant leur transfert au CHU en secteur de réanimation adapté (réanimation cardiaque). Ce projet permettra par ailleurs une prise en charge équivalente des états de détresse respiratoire sur pneumopathie d'origine infectieuse autorisant leur transfert vers le secteur de réanimation polyvalente.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Service de Cardiologie, Service des Maladies Respiratoires, partenaires extérieurs (établissements de santé publics et privés), Pôle URAD (anesthésistes et réanimateurs), Pôle interventionnel.

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr D. Metz, Responsable du Service de Cardiologie et Pathologies vasculaires
- Dr G. Delepine, Responsable du Service de Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- Dr Y. Saade, Service de Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- Cadre supérieur de santé, Pôle TCVN

## INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Coût du matériel médical destiné à la vidéoscopie estimé entre 30 000 et 40 000 €
- Coût des dispositifs médicaux estimé à 90 000 € par an
- Coût du recrutement d'un PU-PH

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2016 - 2020
- Objectif 2 : 2016
- Objectif 3 : 2018

## INDICATEURS DE SUIVI

- Objectif 1 :  
Nombre annuel d'interventions chirurgicales avec CEC
- Objectif 2 :  
Proportion d'interventions chirurgicales réalisées avec CEC associées à un pontage et d'interventions réalisées par vidéoscopie
- Objectif 3 :  
Nombre de systèmes d'assistance circulatoire mis en place.

Promoteur / Pôle TCVN

Sources / SROS 2012 - 2016

CPOM 2012 - 2017

Projet du Pôle TCVN

**OBJECTIFS :** - Développer l'implantation de prothèses valvulaires aortiques (TAVI)  
- Développer l'activité de rythmologie

Le positionnement du CHU en matière de prise en charge des pathologies cardio-vasculaires revêt un véritable enjeu stratégique compte tenu du développement de ces pathologies d'une part et de l'évolution des techniques médicales d'autre part.

Dans ce contexte, outre l'accent mis sur la chirurgie cardiaque (cf. Fiche n°10), le CHU se fixe comme objectif prioritaire, afin de conforter son rôle de référent en ce domaine, le développement de l'implantation de prothèses valvulaires aortiques et de l'activité de rythmologie.

## PLANS D'ACTIONS

### Objectif 1 : Développer l'implantation de prothèses valvulaires aortiques (TAVI)

Titulaire d'une autorisation d'activité de chirurgie cardiaque et d'une autorisation d'activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire, en cardiologie, le CHU a pour objectif de développer la pose de valves aortiques percutanées «TAVI» (Transcatheter Aortic Valve Implantation). Cette technique est utilisée pour les patients porteurs d'une sténose aortique calcifiée serrée symptomatique, contre-indiquée à la chirurgie, soit du fait d'un Euroscore supérieur à 20% ou d'un STS supérieur à 10%, soit du fait de comorbidités non prises en compte par ces scores de risque.

Le CHU répond à l'ensemble des conditions de mise en œuvre de cette activité, en particulier la formation de l'équipe médicale à cette technique.

Le circuit du patient se décomposera en plusieurs phases. La première consistera en une hospitalisation complète de 3 jours, durant lesquels un bilan interventionnel sera dressé.

Sur la base de ce bilan, le dossier du patient sera étudié en formation pluridisciplinaire (cardiologue interven-tionnel, chirurgien cardiaque, cardiologue non interventionnel et anesthésiste) afin de statuer collégalement sur la décision d'implantation. Un angioscanner sera alors réalisé sur l'ensemble de l'aorte et de ses axes artériels. Selon la pathologie du patient, la pose de «TAVI» sera réalisée ensuite, soit en médecine interventionnelle (voie fémorale), soit en chirurgie cardio-thoracique (voie transapicale ou transaortique) et pourra impliquer la pose, au cours de la même hospitalisation, d'un pacemaker. Dans les trois mois suivant l'intervention, l'ensemble des patients bénéficieront d'un suivi au moyen d'une échographie.

Cependant, l'arrêté du 3 juillet 2012 exige que la pose de prothèses valvulaires aortiques soit effectuée dans une salle ayant un niveau d'asepsie similaire à celui d'un bloc opératoire de chirurgie cardio-vasculaire en termes de traitement d'air, ainsi qu'une qualité d'imagerie identique à celle requise dans une salle de cardiologie interventionnelle. Une réflexion médicale nécessaire sur la mise en place d'une salle hybride sera menée transversalement afin de répondre à ces exigences et permettre de développer l'activité «TAVI», ainsi que l'activité de même nature qui va s'appliquer aux autres valves cardiaques, en particulier la valve mitrale « TMVI ».



## Objectif 2 : Développer l'activité de rythmologie

Le service de Cardiologie a l'ambition de poursuivre le développement du traitement des troubles du rythme cardiaque.

Il poursuivra tout d'abord la prise en charge des troubles du rythme cardiaque par la pose de stimulateurs cardiaques, de défibrillateurs automatiques implantables ainsi que de resynchronisateurs, ces derniers étant proposés dans le cadre de l'optimisation de la prise en charge des insuffisances cardiaques sévères, dont la fréquence augmente de façon importante.

Le service de Cardiologie renforcera ensuite l'activité de traitement par ablation endovasculaire. Le renforcement de cette activité, en réponse au développement des indications, suppose une expertise rythmologique de haut niveau ainsi que

du matériel « high tech », dont le service dispose déjà.

Ces conditions sont indispensables en vue de garantir l'efficacité et la sécurité de la prise en charge des patients. Les objectifs fixés en matière de développement de l'activité supposent l'ouverture d'une deuxième salle dédiée à la rythmologie et le renforcement de l'équipe médicale, paramédicale et anesthésique.

L'ouverture de cette seconde salle contribuera par ailleurs au développement de l'enseignement (formation d'internes...) et de la recherche.

Elle permettra l'obtention de plages horaires autorisant le développement d'activités transversales entre rythmologues et cardiologues interventionnels, en particulier l'exclusion de l'auricule gauche par dispositif implantable par voie transseptale.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Service de Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, Pôle URAD (anesthésistes), Pôle interventionnel.

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr D. Metz, Responsable du Service de Cardiologie et Pathologies vasculaires
- Dr Y. Saade, Service de Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- Dr A. Poncet, Anesthésiste
- Dr C. Aludaat, Service de Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- Cadre supérieur de santé, Pôle TCVN

## INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Elles seront valorisées à partir :
  - > d'une étude médico-économique relative à la création d'une salle hybride
  - > d'une étude médico-économique relative à la création d'une deuxième salle de rythmologie intégrant le recrutement d'un rythmologue.

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016 - 2020**
- **Objectif 2 : 2016 - 2020**

## INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**  
Nombre annuel d'implantations « TAVI » réalisées
- **Objectif 2 :**  
Ouverture de la deuxième salle de rythmologie  
Nombre annuel d'ablations pour fibrillation atriale.



Promoteur / Pôle TCVN  
Sources / SROS 2012 – 2016  
CPOM 2012 – 2017  
Projet de Pôle TCVN

**OBJECTIFS :** - Créer une unité d'hospitalisation complète de SSR cardio-vasculaires  
- Développer l'activité d'hospitalisation de jour de SSR cardio-vasculaires

## PLANS D'ACTIONS

Sur le fondement de ses compétences médicales et paramédicales, et de la qualité de son plateau technique, le CHU a pour objectif d'organiser une filière d'offre de soins spécialisés dans les pathologies cardio-vasculaires. La mise en place de cette filière passe par l'organisation de la prise en charge des affections cardio-vasculaires en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) en vue de la réadaptation cardio-vasculaire. Celle-ci permettra d'assurer la continuité des soins avec l'hospitalisation complète en Cardiologie, en Chirurgie cardiaque ou encore dans l'Unité de Soins Intensifs de Cardiologie. Cette prise en charge multidisciplinaire (Médecine Physique et de Réadaptation, Chirurgie cardiaque et Cardiologie) vise à améliorer la survie en post-infarctus, la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique, la qualité de vie mais aussi le contrôle des facteurs de risque. Pour ce faire, le CHU s'est fixé deux objectifs en vue de la prise en charge et de la surveillance de ces pathologies en SSR. Le premier consistera en la création d'une unité de 15 lits en hospitalisation complète. Le second visera à développer l'activité de l'unité d'hospitalisation de jour.

### Objectif 1 : Créer une unité d'hospitalisation complète de SSR cardio-vasculaires

La création de cette unité améliorera la prise en charge des patients en aval du service de Chirurgie Cardiaque en leur offrant une rééducation de proximité. Elle permettra également d'optimiser la durée de séjour en Chirurgie Cardiaque.

Quinze lits d'hospitalisation complète en SSR cardio-vasculaires seront installés au 6ème étage de l'Hôpital Robert Debré, à proximité de l'Unité de Soins Intensifs de Cardiologie (USIC), de l'unité de réanimation de Chirurgie Cardiaque et du plateau d'échocardiographie du service de Cardiologie.

La plupart des patients pris en charge dans cette

unité auront bénéficié d'un acte de chirurgie cardiaque. Ils seront dans la phase de convalescence précoce dite phase 1, c'est-à-dire au 6ème ou 7ème jour suivant l'intervention. Ils bénéficieront, selon les besoins :

- > d'une rééducation intensive d'au moins 3 heures par jour, avec interventions multiples et pluridisciplinaires,
- > d'une surveillance médicale en raison de facteurs de comorbidité, ou de risques cliniques, de séquelles ou de complications de l'affection causale initiale.

Un séjour dans l'unité d'hospitalisation complète de SSR engagera la reprise de l'activité physique par une réadaptation douce, respiratoire et musculaire adaptée. En ce sens, les patients disposeront de l'ensemble des moyens nécessaires, disponibles sur le plateau technique du service de Médecine Physique et de Réadaptation (éducateurs sportifs et masseurs kinésithérapeutes) et sur le plateau technique de rééducation cardiaque. Cette unité sera, d'ailleurs, sous la responsabilité d'un cardiologue présent en permanence (24h/24). La compétence spécifique de rééducation sera assurée par un spécialiste en Médecine Physique et de Réadaptation dédié à la structure avec l'implication également des cardiologues des services de Chirurgie cardiaque et de Cardiologie qui pourront être sollicités pour des avis spécifiques en urgence.

### Objectif 2 : Développer l'activité de jour de SSR cardio-vasculaires

Dix-huit places sont identifiées dans une structure d'hospitalisation de jour située au sein du plateau technique de Cardiologie, au niveau -1 de l'Hôpital Robert Debré. Cette structure accueille :

- > les patients en post infarctus et post Syndrome Coronarien Aigu, avec ou sans angioplastie,

- > les patients opérés du cœur (pontages, valvulopathies) en phase de réadaptation à distance de l'acte chirurgical dite de phase 2,
- > les patients souffrant d'insuffisance cardiaque sur cardiomyopathie chronique,
- > les patients en attente de transplantation cardiaque,
- > les patients souffrant d'angor d'effort,
- > les patients souffrant d'artérites oblitérantes des membres inférieurs.

Ils bénéficient d'une prise en charge globale.

D'une part, une vingtaine de séances de rééducation sur vélos adaptés ou tapis sont prescrites dans le service d'explorations fonctionnelles cardiologiques du CHU, avec des cardiologues et kinésithérapeutes. Les patients peuvent disposer de l'ensemble des installations du plateau de cardiologie, à savoir une salle de rééducation équipée de dix bicyclettes et deux tapis roulants, un espace d'entraînement physique, un équipement pour test d'effort et VO<sup>2</sup> et analyse de la consommation d'oxygène, de cycloergomètres, un équipement pour monitoring

par télémetrie et surveillance par scopes ECG dédiés, ainsi que des dispositifs nécessaires aux entraînements physiques, travail musculaire et exercices respiratoires.

D'autre part, un bilan métabolique vient compléter cette offre de soins via des consultations de diététiciens, des consultations en diabétologie et facteurs de risque cardiovasculaires, des conseils, éducation, soutien psychologique, ainsi qu'un bilan fonctionnel clinique et échographique d'extension de la maladie vasculaire. Les patients peuvent recevoir également, si besoin, une aide au sevrage tabagique.

La localisation à proximité d'une pièce d'examen équipée de tout le matériel de réanimation permet, enfin, les gestes d'urgence et de réanimation cardiaque (cardioscope, défibrillateur, matériel d'intubation et de ventilation) et sécurise encore les séances de rééducation.

Mise en œuvre en septembre 2014, cette activité a démontré tout son intérêt dans la phase de rééducation des patients concernés. Le CHU se fixe donc comme objectif le développement de cette activité ambulatoire.

## ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR - Pôle Autonomie et Santé), équipe de liaison en Addictologie au tabac (Service des Maladies Respiratoires), Service Diététique.

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr D. Metz, Responsable du Service de Cardiologie et Pathologies vasculaires
- Pr F. Boyer, Responsable du Service de MPR
- Dr B. Vesselle, Service de MPR
- Cadre supérieur de santé, Pôle TCVN

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Moyens nécessaires à la création des 15 lits d'hospitalisation complète à hauteur du financement accordé par l'ARS par augmentation de la Dotation Annuelle de Financement (Engagement pris dans le cadre du CPOM 2012-2017 : 1 660 000 €).

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016**
- **Objectif 2 : 2016 - 2020**

## ● INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**
  - Ouverture de l'unité
  - Nombre de séjours
  - Taux d'occupation
- **Objectif 2 :**
  - Évolution du nombre de séjours en ambulatoire.

## Chapitre 1-D : LES PRISES EN CHARGE CHIRURGICALES

### Préambule

Afin de renforcer le positionnement du CHU en matière de prises en charge chirurgicales, l'accent a été mis en premier lieu sur le développement de la chirurgie ambulatoire, s'inscrivant ainsi dans les objectifs nationaux visant à ce que progressivement la part des séjours en chirurgie ambulatoire représente 50 % du total des séjours de chirurgie. Cet objectif a été développé dans la partie consacrée aux filières de soins et à l'évolution des modes de prises en charge.

Le développement de la chirurgie plastique et reconstructrice (activité nouvellement créée au CHU) marque par ailleurs la volonté de positionner le CHU sur ce segment d'activité avec l'ambition de constituer un pôle de référence connu et reconnu.

Enfin, le développement de techniques chirurgicales de pointe a par ailleurs guidé les axes de développement retenus qu'il s'agisse de la chirurgie du rachis, des chirurgies fonctionnelles, de la chirurgie de la base du crâne, de la chirurgie hépatobiliaire ou bien encore du projet de création d'une plate-forme de chirurgie robotique.



#### LA CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE (FICHE N°13)

L'activité de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique comprend la chirurgie de la peau et des tissus mous, non viscéraux. Cette spécialité couvre ainsi un domaine important qui comprend en particulier : la prise en charge des tumeurs, traumatismes, malformations, nécroses cutanées, plaies, brûlures, infections, et l'esthétique (chirurgie des disgrâces physiques congénitales ou du fait du vieillissement). Depuis quelques années, les besoins ne cessent d'évoluer tant quantitativement que qualitativement. Pour y répondre, le CHU a créé une unité dédiée à la chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique. Celle-ci s'appuie sur le recrutement de deux chirurgiens dont les compétences sont mutualisées sur l'ensemble du CHU, complétant ainsi l'offre de soins, d'enseignement et de recherche clinique.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°13 :

**Objectif 1 : Répondre aux besoins de la population sur le territoire**

**Objectif 2 : Mettre en place une filière complète de prise en charge**

**Objectif 3 : Développer l'Enseignement et la Recherche Clinique**



#### LA CHIRURGIE DU RACHIS (FICHE N°14)

Le fort développement de la chirurgie du rachis au CHU se traduit par la réalisation annuelle de 1300 interventions, réparties entre les services de Neurochirurgie et d'Orthopédie.

L'organisation d'une prise en charge multidisciplinaire fondée sur un équipement médical de pointe, au sein d'une unité dédiée, permet d'envisager le développement progressif de cette activité et des travaux de recherche afférents.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°14 :

**Objectif 1 : Développer une prise en charge multidisciplinaire concertée entre la neurochirurgie et l'orthopédie**

**Objectif 2 : Recourir aux techniques chirurgicales et équipements médicaux avancés dans le cadre d'une unité « rachis »**

**Objectif 3 : Développer la prise en charge ambulatoire**

**Objectif 4 : Encourager les travaux de recherche et l'enseignement sur le rachis**



## LA CHIRURGIE DE LA BASE DU CRÂNE (FICHE N°15)

L'activité de chirurgie de la base du crâne constitue la «vitrine» d'un service de Neurochirurgie. Il s'agit d'une activité nécessitant une technicité, une compétence et une logistique importante, raisons pour lesquelles elle correspond parfaitement à une activité chirurgicale de CHU. Cette activité, d'une grande complexité, doit donc être affichée comme une spécificité de l'établissement, compte tenu de la capacité des équipes du CHU à la réaliser, ces équipes jouissant d'une forte attractivité interrégionale au regard de leur expérience et de leur technicité.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°15 :

- Objectif 1 : Pérenniser le développement de la chirurgie de la base du crâne**
- Objectif 2 : Développer le recours aux techniques chirurgicales mini-invasives**
- Objectif 3 : Encourager et soutenir une prise en charge multidisciplinaire**



## LA MISE EN PLACE D'UNE PLATE-FORME DE CHIRURGIE ROBOTIQUE (FICHE N°16)

Le projet de mise en place d'une plate-forme de chirurgie robotique est né de différentes réflexions qui ont mis en évidence l'intérêt pour le CHU de procéder à la réalisation de ce projet :

- > relever le défi de l'innovation médicale propre à la vocation d'un CHU et à son image,
- > répondre à la mission de recours régional du CHU par la création d'une plate-forme robotique ouverte aux établissements de la région,
- > répondre à la mission de formation du CHU à l'égard des internes et des chirurgiens de la région,
- > améliorer le caractère attractif du CHU vis-à-vis des médecins juniors.

La mise en place de cette plate-forme suppose au préalable de définir précisément le contour du projet et de s'assurer de sa faisabilité au moyen d'une étude médico-économique prenant en compte les sources potentielles de financement.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°16 :

- Objectif 1 : Définir le contour du projet et évaluer l'activité prévisionnelle**
- Objectif 2 : Rechercher des financements externes**
- Objectif 3 : Réaliser une étude médico-économique**
- Objectif 4 : Mettre en œuvre le projet**



## LA CHIRURGIE HÉPATO-BILIAIRE (FICHE N°17)

L'équipe de Chirurgie Générale, Digestive et Endocrinienne du CHU de Reims s'inscrit dans une dynamique de collaboration pluridisciplinaire au service de la qualité de la prise en charge des patients. Elle se donne pour objectif, d'une part, de renforcer les coopérations intra-chu avec les hépato-gastroentérologues, les radiologues, les anatomopathologistes et les anesthésistes afin de développer l'activité de chirurgie hépato-biliaire. Elle s'investira, d'autre part, dans le développement des partenariats avec les établissements extérieurs au CHU. À cet égard, les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) «Oncofoie», via le procédé de visioconférence, joueront un rôle primordial pour les centres hospitaliers éloignés, comme Charleville-Mézières.

Dans ce contexte de collaborations pluridisciplinaires, les objectifs fixés en matière de chirurgie hépato-biliaire concernent le recours aux techniques novatrices et au développement de la Recherche.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°17 :

- Objectif 1 : Recourir aux techniques chirurgicales, radiologiques et endoscopiques novatrices**
- Objectif 2 : Développer la Recherche Clinique**

Promoteur / Pôle Locomoteur

Sources / Projets de Pôles Tête Cou et Femme Parents Enfant

- OBJECTIFS :**
- Répondre aux besoins de la population sur le territoire
  - Mettre en place une filière complète de prise en charge
  - Développer l'Enseignement et la Recherche Clinique

## PLANS D' ACTIONS

L'activité de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique comprend la chirurgie de la peau et des tissus mous, non viscéraux. Cette spécialité couvre ainsi un domaine important qui comprend en particulier : la prise en charge des tumeurs, traumatismes, malformations, nécroses cutanées, plaies, brûlures, infections, et l'esthétique (chirurgie des disgrâces physiques congénitales ou du fait du vieillissement). Depuis quelques années, les besoins ne cessent d'évoluer tant quantitativement que qualitativement. Pour y répondre, le CHU a créé une unité dédiée à la chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique. Celle-ci s'appuie sur le recrutement de deux chirurgiens dont les compétences sont mutualisées sur l'ensemble du CHU, complétant ainsi l'offre de soins, d'enseignement et de recherche.

### Objectif 1 : Répondre aux besoins de la population sur le territoire

La création de l'unité de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique associée au recrutement de deux chirurgiens doit conduire à l'augmentation et l'amélioration de l'activité chirurgicale et ambulatoire. L'offre existante est actuellement insuffisante au regard de la demande. L'évaluation des besoins a été estimée à 540 opérations supplémentaires par an, dont 150 en ambulatoire. Le développement de la capacité opératoire permettra ainsi de répondre à un besoin local de soins exprimé dans la majorité des secteurs :

- > Soins de chirurgie plastique : plaies chroniques et cicatrisation, cancérologie cutanée (reprise de mélanomes), sein (mammoplasties d'augmentation et de réduction, reconstruction du sein post-cancer), reconstruction par lambeaux libres, séquelles cicatricielles, chirurgie primaire et secondaire des fentes labio-palatines,

- chirurgie post-amaigrissement, brûlures et plus spécifiquement chez les enfants, hémangiome, lymphangiome, nævus congénitaux, les brûlures, malformations congénitales des seins, de la face, pénies, > Soins de chirurgie esthétique.

La mise en place de cette activité se fera progressivement, de manière complémentaire et concertée, avec les secteurs demandeurs. Selon les estimations du Département d'Information Médicale (DIM), 350 patients supplémentaires devraient être pris en charge dès la première année.

L'organisation de cette activité est conçue de manière transversale, au sein des blocs de l'Hôpital Maison Blanche, de l'Hôpital Robert Debré mais aussi sur l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA), ainsi que sur les secteurs de consultations, via le déplacement des chirurgiens sur les différents sites. Les patients adultes sont hospitalisés au sein de l'unité A du service de Traumatologie de l'Hôpital Maison Blanche. Les enfants le sont au sein du service de Chirurgie pédiatrique de l'American Memorial Hospital (AMH). Enfin, pour certaines interventions réalisées à l'Hôpital Robert Debré, l'hospitalisation sera réalisée dans les services demandeurs.

### Objectif 2 : Mettre en place une filière complète de prise en charge

L'avènement de ce projet transversal présente deux principaux avantages en termes de continuité des soins pour le patient. D'une part, il participe à la construction d'une filière complète de prise en charge au sein même du CHU. Le patient bénéficie d'un suivi personnalisé complet et général, de l'enfance à l'âge adulte, dans tous les domaines de la spécialité. Trois demi-journées de consultations adultes par semaine et une demi-journée de consultations enfants par quinzaine sont proposées.

D'autre part, il offre une expertise et des connaissances rapidement mobilisables pour tous les services du CHU. L'unité de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique joue, en ce sens, un rôle de recours.

### **Objectif 3 : Développer l'Enseignement et la Recherche Clinique**

La création d'une telle unité, reposant sur deux chirurgiens, permet d'organiser l'activité d'enseignement et de recherche. Des stages validants pourront être proposés à des internes. La présence de deux chirurgiens spécialisés contribue également au soutien d'une compétence chirurgicale. Dans ce nouveau contexte, le nombre de publications et d'essais cliniques (SIGAPS et SIGREC) devrait augmenter significativement.

---

## **AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET**

Services d'ORL, Ophtalmologie, Orthopédie, Chirurgie digestive, Pédiatrie, Dermatologie, Pôle URAD (anesthésistes), Pôle interventionnel, Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA).

---

## **PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET**

- Dr A. Bazin, Chef du Pôle Tête Cou
- Dr C. Mensa, Chef du Pôle Locomoteur
- Dr C. François, Unité de Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
- Dr S. Chiriac, Unité de Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

## **INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES**

- Une étude médico-économique devra démontrer que l'évolution des coûts liés à la montée en charge de l'activité sera financée par les recettes induites par la facturation des séjours.

---

## **CALENDRIER DE RÉALISATION**

- **Objectif 1 : 2016 - 2020**
- **Objectif 2 : 2016 - 2020**
- **Objectif 3 : 2016 - 2020**

## **INDICATEURS DE SUIVI**

- **Objectif 1 :**  
Nombre d'interventions chirurgicales réalisées par les deux chirurgiens plasticiens
- **Objectif 2 :**  
Nombre de consultations
- **Objectif 3 :**
  - Nombre de stages
  - Nombre de publications et nombre d'essais cliniques et thérapeutiques
  - Obtention du DESC de Chirurgie plastique par le Docteur François.



Promoteur / Pôle Tête Cou

Sources / Projets des Pôles Tête Cou et Locomoteur

- OBJECTIFS :**
- Développer une prise en charge multidisciplinaire concertée entre la Neurochirurgie et l'Orthopédie
  - Recourir aux techniques chirurgicales et équipements médicaux avancés dans le cadre d'une unité «rachis»
  - Développer la prise en charge ambulatoire
  - Encourager les travaux de Recherche et l'Enseignement sur le rachis

## PLANS D'ACTIONS

Le fort développement de la chirurgie du rachis au CHU se traduit par la réalisation annuelle de 1300 interventions, réparties entre les services de Neurochirurgie et d'Orthopédie.

L'organisation d'une prise en charge multidisciplinaire fondée sur un équipement médical de pointe, au sein d'une unité dédiée, permet d'envisager le développement progressif de cette activité et des travaux de recherche afférents.

### Objectif n°1 : Développer une prise en charge multidisciplinaire concertée entre la Neurochirurgie et l'Orthopédie

Historiquement, la chirurgie du rachis relève de deux secteurs. D'une part, les neurochirurgiens interviennent sur ce que l'on nomme communément le «rachis dégénératif» (arthrose). D'autre part, les orthopédistes concentrent leur activité sur la chirurgie du «rachis traumatique». Celle-ci nécessite, entre autre, davantage de matériel. Il existe une réelle complémentarité entre les deux secteurs. À cet égard, les neurochirurgiens et les orthopédistes utilisent le même bloc opératoire.

Aujourd'hui, cette répartition est toujours d'actualité. Si les deux cultures coexistent toujours, des interventions sont réalisées conjointement depuis 2012. Les neurochirurgiens et orthopédistes prennent en charge des chirurgies lourdes, à l'instar de scolioses. Ils opèrent alors à deux chirurgiens seniors, un par discipline. Par cette initiative, les neurochirurgiens et les orthopédistes s'inscrivent dans un mouvement d'essor de la pluridisciplinarité recommandée notamment par les sociétés savantes telles que la SOFCOT «Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique», la SFCR «Société Française de Chirurgie du Rachis» fréquentée à la fois par les orthopédistes et les neurochirurgiens. Un DIU (Diplôme Inter Universitaire)

commun relatif au rachis a également vu le jour.

Cette prise en charge multidisciplinaire présente plusieurs intérêts pour le patient. Tout d'abord, elle divise par deux le temps opératoire et limite, en conséquence, les risques de complications, les saignements... Corrélativement, elle permet une réduction du nombre de transferts en réanimation. Enfin, elle induit une diminution significative de la durée moyenne de séjour (DMS) de 15 à 6-7 jours. Le développement de cette prise en charge et la communication, auprès notamment des médecins de ville, sur son caractère optimal constituent des priorités lors des années à venir. Il est aussi envisagé d'inclure la Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) dans cette démarche. Jusqu'à présent, les professionnels de MPR sont seulement sollicités ponctuellement pour des consultations d'appareillage et soins de suites post opératoires. Mais l'ambition des structures internes de Neurochirurgie et d'Orthopédie est de formaliser et systématiser l'association de la MPR.

### Objectif n°2 : Recourir aux techniques chirurgicales et équipements médicaux avancés dans le cadre d'une unité «rachis»

Les chirurgiens du rachis du CHU de Reims s'efforcent d'utiliser des techniques opératoires mini invasives. Ces techniques sont complétées par l'acquisition de matériel ou équipement innovant. Ces procédés permettent de sécuriser et guider le chirurgien.

En premier lieu, les chirurgiens du rachis forment le projet de faire l'acquisition d'un «OARM». Il s'agit d'une nouvelle technique d'imagerie scanographique au bloc qui permet de scanner et modéliser le patient (sur logiciel d'assistance) afin de guider les gestes chirurgicaux délicats (navigation per opératoire scanoguidée). Traditionnellement, un scanner est prescrit à la sortie du bloc dans le but de vérifier que les implants ont bien été placés.

Le recours au scanner classique présente plusieurs inconvénients. Il ne peut être réalisé qu'après l'intervention de sorte que, en cas d'anomalie détectée, le chirurgien est contraint de programmer une nouvelle intervention. De plus, il expose le malade à des radiations. L'«OARM» est un scanner per opératoire adaptable au matériel de navigation. Il permet de modéliser en 3D le patient et surtout de suivre, en temps réel, la localisation des vis et autres dispositifs. Cette nouvelle technique est sécurisante pour le chirurgien mais aussi pour le patient et le personnel de bloc puisqu'une seule acquisition suffit en cas de couplage à la navigation. Le chirurgien peut y recourir comme guide pour toutes les opérations complexes. Mais il réduit également l'exposition du patient aux radiations d'environ 80%. Le projet consiste ici à en faire l'acquisition et développer son utilisation d'ici 2018.

En second lieu, une «unité rachis» sera créée, regroupant les compétences de l'Orthopédie, de la Neurochirurgie et de la Rhumatologie.

Dès aujourd'hui les services d'Orthopédie et de Neurochirurgie possèdent les compétences pour la chirurgie du rachis complexe, c'est-à-dire rachis instrumenté et rachis des scolioses de l'adulte. Ce travail commun peut être renforcé dans les années à venir par la création d'une unité rachis regroupant les patients d'Orthopédie et de Neurochirurgie. Le projet du futur hôpital comporte d'ailleurs une salle chirurgicale dédiée rachis, salle hybride comprenant un équipement radiologique type OARM. Cette unité rachis permettrait d'être parmi les pionniers en France de ce type de structure ; cette unité, par sa nouveauté et son originalité, serait attractive pour les patients et les médecins correspondants avec valorisation du CHU.

### **Objectif n°3 : Développer la prise en charge ambulatoire**

La chirurgie ambulatoire en matière de rachis lombaire ou cervical est encore extrêmement balbutiante, même si des publications américaines commencent à paraître.

Le service de Neurochirurgie de Reims a pour ambition de tester dès 2016 la faisabilité de cette chirurgie pour les hernies discales simples, qu'elles soient lombaires ou cervicales, en collaboration bien sûr avec la structure d'Anesthésie. Au départ, il s'agirait de vérifier les possibilités sur un nombre très restreint de patients à étendre dans les années suivantes en fonction des résultats initiaux.

La Chirurgie mini-invasive, comme la Chirurgie ambulatoire, ne sont pas effectuées en privé et restent donc spécifiques au CHU de Reims. Leur développement permettrait un meilleur rayonnement régional.

### **Objectif n°4 : Encourager les travaux de Recherche et l'Enseignement sur le rachis**

Un PHRC initié par le CHU de Lyon a démarré en septembre 2015, les Docteurs EAP en Neurochirurgie et MENSA en Orthopédie sont co-investigateurs pour le CHU de Reims, intégrés dans ce PHRC qui étudie la faisabilité d'une fabrication préopératoire de tiges d'arthrodèse pour la correction des scolioses de l'adulte. Ce PHRC doit durer deux ans.

S'agissant des publications, le déploiement du logiciel en ligne «Keops» pourrait permettre de centraliser les informations et être utilisé comme dossier médical propre à la chirurgie du rachis. Un travail de coordination avec la Direction des Systèmes d'Information et des Télécommunications (DSIT) devrait être prochainement engagé.

S'agissant de l'enseignement, l'accent est porté sur la mise en place d'un partenariat avec le CHU de Strasbourg (dont l'interlocuteur privilégié est le Dr STEIB). Dans le cadre du DESC de Chirurgie orthopédique, les chirurgiens du CHU de Reims participent à l'organisation et la tenue de sessions d'enseignement, à Strasbourg, sur la Chirurgie du rachis auprès des internes.



---

## **AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET**

Service de Neurochirurgie, Service d'Orthopédie (Pôle locomoteur), blocs (Pôle Interventionnel), anesthésistes et réanimateurs (Pôle URAD), Service de Rhumatologie (Pôle Locomoteur), Service de Médecine Physique et de Réadaptation, Direction des Systèmes d'Informations et de Télécommunication, Direction des Achats, des Équipements et de la Logistique, Université de Médecine de Strasbourg.

---

## **PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET**

- Dr A. Bazin, Service de Neurochirurgie
  - Dr C. Eap, Service de Neurochirurgie
  - Dr C. Mensa, Service de Chirurgie orthopédique et traumatologique
  - Pr J.-P. Eschard, Service de Rhumatologie
- 

## **INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES**

- Acquisition d'un équipement médical (OARM) évalué entre 250 000 et 300 000 €.
- 

## **CALENDRIER DE RÉALISATION**

- **Objectif 1 : 2016 - 2020**
  - **Objectif 2 : 2016 - 2020**
  - **Objectif 3 : 2016 - 2020**
  - **Objectif 4 : 2016 - 2020**
- 

## **INDICATEURS DE SUIVI**

- **Objectif 1 :**  
Nombre d'interventions multidisciplinaires
- **Objectif 2 :**  
Proportion de patients opérés à l'aide de techniques et équipements chirurgicaux avancés, à savoir les arthrodèses rachidiennes.
- **Objectif 3 :**  
Evaluation et faisabilité d'une chirurgie ambulatoire pour les rachis simples.
- **Objectif 4 :**  
Nombre de publications, score SIGREC, SIGAPS.



Promoteur / Pôle Tête Cou

Sources / Projet du Pôle Tête Cou

- OBJECTIFS :**
- Pérenniser le développement de la chirurgie de la base du crâne
  - Développer le recours aux techniques chirurgicales mini-invasives
  - Encourager et soutenir une prise en charge multidisciplinaire

## PLANS D'ACTIONS

L'activité de chirurgie de la base du crâne constitue la « vitrine » d'un service de Neurochirurgie. Il s'agit d'une activité nécessitant une technicité, une compétence et une logistique importante, raisons pour lesquelles elle correspond parfaitement à une activité chirurgicale de CHU. Cette activité, d'une grande complexité, doit donc être affichée comme une spécificité de l'établissement, compte tenu de la capacité des équipes du CHU à la réaliser, ces équipes jouissant d'une forte attractivité interrégionale au regard de leur expérience et de leur technicité.

### Objectif n°1 : Pérenniser le développement de la chirurgie de la base du crâne.

Environ 150 interventions, dont une cinquantaine par des techniques mini-invasives et environ 50 en endonasal, sont réalisées aujourd'hui, sur la base du crâne, par les neurochirurgiens du CHU de Reims. Le seuil est fixé nationalement à 50 interventions. Origine de ce seuil ? Ces opérations représentent environ un tiers des interventions sur le crâne du CHU de Reims (550 par an). La proportion ne cesse d'augmenter. La progression moyenne de cette activité est en effet de 9%. Le secteur pourrait encore augmenter son activité, d'ici 2018.

### Objectif n°2 : Développer le recours aux techniques chirurgicales mini-invasives

#### a) Etage antérieur et moyen de la base :

L'équipe du CHU de Reims utilise de nouvelles techniques opératoires performantes, telles que les techniques «transglabellaires» (entre les deux yeux), « eyelid » (à travers la paupière) et « eyebrow » (à travers le sourcil). Ces procédés présentent de multiples avantages. La vision directe sur la lésion permet des gestes plus précis, plus sûrs et offre un meilleur résultat en matière de prise en charge du cancer. L'intervention est plus courte. Elle présente moins de risques de complications. La durée moyenne de séjour est aussi réduite en

moyenne à 4 ou 5 jours. En outre, la cicatrice est plus petite et disparaît plus rapidement.

L'utilisation de ce type de techniques permet d'élargir la population éligible à une intervention chirurgicale. Ainsi, les personnes les plus fragiles (âge, complexité du cas...) pour lesquelles l'opération chirurgicale était auparavant déconseillée, voire refusée, peuvent désormais bénéficier de ce type de chirurgie.

#### b) Etage postérieur : angle ponto-cérébelleux

La collaboration très étroite avec le Professeur CHAYS a permis de développer le recrutement inter-régional, voire national des tumeurs bénignes de cette région anatomique, des débouclages vasculaires ou des neurotomies vestibulaires. Aujourd'hui 2/3 des patients opérés habitent hors de la Champagne-Ardenne, avec un recrutement en particulier important dans le Nord-Est.

#### c) Moyens matériels du bloc :

Le recours à ces techniques opératoires nécessite plusieurs facteurs. Les chirurgiens doivent, tout d'abord, disposer d'un matériel performant et adapté à ce type de chirurgie complexe : dispositif de neuronavigation acquis, microscopes opératoires performants acquis en 2015, parc d'endoscopes à renouveler ou développer...

### Objectif n°3 : Encourager et soutenir une prise en charge multidisciplinaire

Il existe aujourd'hui un réseau pratiquement exhaustif en ce qui concerne la prise en charge des adénomes hypophysaires grâce à un partenariat privilégié avec le Service d'Endocrinologie de Madame le Professeur DELEMER.

Des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) « Hypophyse » mensuelles permettant de regrouper tous les cas de Champagne Ardenne et tous les Endocrinologues correspondants. Cette organisation fonctionne depuis de nombreuses années et permet un maillage parfait de la région, se concrétisant pas le constat que toutes les tumeurs hypophysaires chirurgicales sont opérées sur Reims.

En ce qui concerne l'angle ponto-cérébelleux, la collaboration avec le Professeur CHAYS doit être officialisée en créant une unité fonctionnelle oto-neurochirurgicale dès 2016 incluant la partie chirurgicale, mais également permettant de développer la prise en charge plus large des patients souffrant de vertiges et troubles d'équilibre, depuis le diagnostic, aux explorations complémentaires jusqu'à la prise en charge médicale et la rééducation.

Par ailleurs, il apparaît opportun d'approfondir sur le même modèle les liens existants avec d'autres secteurs, tel que l'Ophthalmologie ; quelques tumeurs orbitaires ont déjà été opérées conjointement par collaboration entre l'Ophthalmologie et la Neurochirurgie. Cette coopération peut être

développée à l'avenir. La mise en œuvre de partenariats formalisés permettrait, avec de nouvelles techniques chirurgicales, de sécuriser davantage les interventions et de progresser dans l'amélioration de la technique opératoire. D'autres réseaux peuvent être étudiés, comme des partenariats public-privé. Actuellement, la radiothérapie stéréotaxique fractionnée ainsi que la radiochirurgie sont réalisées conjointement par un neurochirurgien du CHU et un radiothérapeute du Groupe Courlancy à la Polyclinique Courlancy (depuis 1990). Cette activité est aujourd'hui tout à fait en pointe au niveau national.

Enfin, la mobilisation et la mise en œuvre des moyens de communication, avec l'appui de la Direction de la Communication, constituent des orientations à concrétiser dans les années à venir.

---

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Blocs opératoires (Pôle interventionnel), Anesthésistes-Réanimateurs (Pôle URAD), autres structures internes du Pôle Tête Cou (ophtalmologie et ORL), Service d'Endocrinologie, Service de Biopathologie.

---

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr C.-F. Litré, Service de Neurochirurgie
- Dr A. Bazin, Service de Neurochirurgie

---

## INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Renouvellement et entretien de l'équipement médical (neuronavigation, microscope, endoscope)  
Achat d'un microscope (valeur estimée entre 250 000 € et 300 000 €)

---

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016 - 2020**
- **Objectif 2 : 2016 - 2020**
- **Objectif 3 : 2016 - 2020**

---

## INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**  
Nombre d'interventions chirurgicales sur la base du crâne
- **Objectif 2 :**  
Proportion d'interventions réalisées avec des techniques mini invasives
- **Objectif 3 :**  
Mise en œuvre de partenariats avec d'autres secteurs, en amont, pour élargir le recrutement et, en aval, pour améliorer les suites opératoires et les traitements complémentaires (Radiothérapie, ORL, Ophthalmologie).

**Promoteur** / Services de Gynécologie, d'Urologie et d'ORL

**Sources** / Réflexions menées dans le cadre de la Commission « Soins de recours »

- OBJECTIFS :**
- Définir le contour du projet et évaluer l'activité prévisionnelle
  - Rechercher des financements externes
  - Réaliser une étude médico-économique
  - Mettre en œuvre le projet

## PLANS D'ACTIONS

Le projet de mise en place d'une plate-forme de chirurgie robotique est né de différentes réflexions qui ont mis en évidence l'intérêt pour le CHU de procéder à la réalisation de ce projet :

- > relever le défi de l'innovation médicale propre à la vocation d'un CHU et à son image,
- > répondre à la mission de recours régional du CHU par la création d'une plate-forme robotique ouverte aux établissements de la région,
- > répondre à la mission de formation du CHU à l'égard des internes et des chirurgiens de la région,
- > améliorer le caractère attractif du CHU vis-à-vis des médecins juniors.

La mise en place de cette plate-forme suppose au préalable de définir précisément le contour du projet et de s'assurer de sa faisabilité au moyen d'une étude médico-économique prenant en compte les sources potentielles de financement.

### Objectif 1 : Définir le contour du projet et évaluer l'activité prévisionnelle

Cet objectif consiste en la réalisation d'une étude interne visant à définir précisément les spécialités chirurgicales concernées par le recours au robot chirurgical.

La définition du contour du projet doit également consister à appréhender les partenariats potentiels avec les services de chirurgie de la région.

Ces démarches permettront d'estimer le volume d'activité prévisionnelle.

### Objectif 2 : Rechercher des financements externes

Compte tenu de la nature du projet, et de l'investissement qu'il représente, il conviendra de construire un plan de financement qui s'appuiera sur le recours à des financements externes (Région, mécènes). Dans l'optique de pouvoir profiter des dernières optimisations techniques, un délai ouvert de réflexion doit être envisagé autour des différents concepteurs.

### Objectif 3 : Réaliser une étude médico-économique

Compte tenu des réponses apportées aux deux points précédents (volume d'activité et plan de financement), il conviendra alors de procéder à une étude médico-économique intégrant les coûts liés à l'investissement ainsi que les coûts d'exploitation (consommables, maintenance).

Les résultats de cette étude devront faire l'objet d'une validation institutionnelle.

### Objectif 4 : Mettre en œuvre le projet

Sous réserve de la validation institutionnelle du projet, il conviendra de procéder à l'acquisition de l'équipement, de mettre en œuvre l'organisation de l'activité entre les différentes disciplines chirurgicales concernées et la formation des personnels et enfin de formaliser les partenariats. Il est également proposé un suivi spécifique de l'activité de chirurgie robotique.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Service d'ORL, Urologie, Gynécologie, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, Chirurgie viscérale, Chirurgie oncologique

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr L. Makeieff, Service ORL
- Pr S. Larré, Service Urologie
- Pr O. Graesslin, Responsable du Service Gynécologie Obstétrique, Pôle FPE
- Pôle Finances
- Direction des Achats
- DIM

## INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Coût d'acquisition de l'équipement et coûts d'exploitation (consommables, maintenance)  
A titre indicatif et avant validation au moyen de l'étude médico-économique, les estimations suivantes peuvent être fournies :
  - > Coût de l'investissement entre 2,5 et 3 M €
  - > Coût des consommables entre 1 100 et 1 500 € par intervention
  - > Coût de la maintenance annuelle : 180 000 €

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 1<sup>er</sup> trimestre 2016**
- **Objectif 2 : 1<sup>er</sup> trimestre 2016**
- **Objectif 3 : 2<sup>ème</sup> trimestre 2016**
- **Objectif 4 : 2017**

## INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**  
Définition des spécialités chirurgicales impliquées dans le projet et des partenariats  
Estimation du volume d'activité
- **Objectif 2 :**  
Élaboration du Plan de Financement
- **Objectif 3 :**  
Production des résultats de l'étude médico-économique
- **Objectif 4 :**  
Nombre de partenariats formalisés  
Nombre de formations assurées  
Nombre d'interventions réalisées

**Promoteur** / Pôle DUNE  
**Sources** / Projet du Pôle DUNE

**OBJECTIFS :** - Recourir aux techniques chirurgicales, radiologiques et endoscopiques novatrices  
- Développer la Recherche Clinique

## PLANS D'ACTIONS

L'équipe de Chirurgie Générale, Digestive et Endocrinienne du CHU de Reims s'inscrit dans une dynamique de collaboration pluridisciplinaire au service de la qualité de la prise en charge des patients. Elle se donne pour objectif, d'une part, de renforcer les coopérations intra-chu avec les hépato-gastroentérologues, les radiologues, les anatomo-pathologistes et les anesthésistes afin de développer l'activité de chirurgie hépatobiliaire. Elle s'investira, d'autre part, dans le développement des partenariats avec les établissements extérieurs au CHU. À cet égard, les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) «Oncofoie», via le procédé de visioconférence, joueront un rôle primordial pour les centres hospitaliers éloignés, comme Charleville-Mézières.

Dans ce contexte de collaborations pluridisciplinaires, les objectifs fixés en matière de chirurgie hépatobiliaire concernent le recours aux techniques novatrices et au développement de la Recherche.

### Objectif 1 : Recourir aux techniques chirurgicales, radiologiques et endoscopiques novatrices

Depuis deux ans, l'équipe chirurgicale du service de Chirurgie Digestive et Endocrinienne a fait du CHU de Reims un centre de recours régional pour la chirurgie hépatobiliaire grâce à la mise en œuvre de techniques novatrices. Pour maintenir ce statut, les développements suivants sont envisagés.

En premier lieu, dans le domaine de la Chirurgie :

- > Chirurgie de résection via une technique de réfrigération per opératoire du foie, qualifiée fréquemment de «chirurgie extrême». Ce type de chirurgie hépatique peut être pratiquée ex situ (extraction du foie, traitement, puis réinsertion) ou in situ (intra-corporel),
- > Chirurgie hépatique sous coelioscopie,
- > Chirurgie de résection hépatique par robot,

- > Chirurgie hépatique assistée par ordinateur sur la base d'une modélisation en 3D. Elle permet un guidage per opératoire, une meilleure visibilité des structures vasculaires et une moindre exposition aux rayons (application possible pour résection hépatique selon la technique de Habib),
- > Chirurgie à l'aide du Dissectron®, bistouri permettant une dissection opératoire optimale et limitant les risques de complication postopératoire,
- > Chirurgie hépatique par radiofréquence et étude de la pression portale en peropératoire,
- > Traitement pluridisciplinaire du carcinome hépatocellulaire associant chimiothérapie, embolisation portale et hépatectomie.

En deuxième lieu, dans le domaine de la Radiologie :

- > Embolisation portale,
- > Techniques percutanées de drainage biliaire,
- > TIPS (shunt intra-hépatique par voie transjugulaire),
- > Ablation tumorale percutanée (radiofréquence, micro-onde et electroporation),
- > Biopsie hépatique par voie transjugulaire avec prise de pression,
- > Radio-embolisation.

En troisième lieu, dans le domaine endoscopique :

- > Endoscopie interventionnelle biliopancréatique : techniques de drainage, prothèses, traitement in situ des tumeurs biliaires extrahépatiques,
- > Techniques combinées associant échodopie et cathétérisme rétrograde des voies biliaires et pancréatiques : drainage des kystes pancréatiques, nécroséctomie,
- > Techniques combinées associant abord percutané et endoscopique des voies biliaires.

## Objectif 2 : Développer la Recherche Clinique

Le programme de Recherche Clinique reposera sur :

- > La participation aux protocoles thérapeutiques multicentriques académiques et industriels, notamment dans le domaine de la Cancérologie,
- > La collaboration avec l'unité CNRS FRE 3481 MEDyC, Université de Reims Champagne-Ardenne pour la Recherche translationnelle, notamment dans le domaine de l'identification de biomarqueurs spectroscopiques de tumeurs hépato-biliaires,

- > La collaboration avec l'IRCAD (Institut de Recherche contre les Cancers de l'Appareil Digestif) de Strasbourg pour l'étude des bio-marqueurs tumoraux sur pièces opératoires et de leurs corrélations avec la survie du malade.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Service d'Hépatogastroentérologie, Pôle URAD (anesthésistes, réanimateurs), Pôle Imagerie, Pôle de Biologie médicale et Pathologie (Biopathologie), autres établissements de santé de la région.

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr D. Sommacale, Service de Chirurgie Générale et Digestive, Pôle DUNE
- Pr G. Thiéfin, Chef du Pôle DUNE

## INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Acquisition d'équipements médicaux  
Modélisation et reconstruction 3D pour une utilisation pré et per opératoire (125 à 200 € par reconstruction pour un potentiel de 100 à 160 interventions) soit une incidence financière de 12 500 à 32 000 €

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2016-2020
- Objectif 2 : 2016-2020

## INDICATEURS DE SUIVI

- Objectif 1 :  
Proportion d'interventions chirurgicales réalisées avec des techniques ou équipements novateurs
- Objectif 2 :
  - Nombre de publications
  - Score SIGREC
  - Nombre de projets de recherche
  - Score SIGAPS



## Chapitre 1-E : DES PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

### Préambule

Le choix des priorités retenues au titre **des prises en charge spécifiques** a pour objectif de positionner le CHU comme établissement de recours en vue d'assurer la prise en charge de pathologies nécessitant des compétences spécifiques à la fois médicales et chirurgicales dont le CHU dispose.

A ce titre, apparaissent comme des objectifs à atteindre sur la durée du projet médical : la prise en charge des pathologies du sommeil, la prise en charge de l'obésité, la prise en charge des troubles de l'équilibration et des vertiges ainsi que la prise en charge des patients insuffisants respiratoires dans le cadre d'une unité de réhabilitation respiratoire ambulatoire.



#### LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES DU SOMMEIL (FICHE N° 18)

Le service des Maladies Respiratoires du CHU de Reims prend en charge les insuffisances respiratoires chroniques (majoritairement secondaires à des insuffisances ventilatoires) et les troubles du sommeil et de la vigilance dont les retentissements sur les phénomènes ventilatoires sont majeurs, justifiant la prise en charge coordonnée de ces deux domaines d'activité. Les traitements font appel dans la plupart des cas à des traitements instrumentaux basés sur l'utilisation de ventilateurs ou de dispositifs délivrant une pression positive continue. Troubles du sommeil et troubles ventilatoires constituent des pathologies d'interface indissociables les unes des autres.

Leur diagnostic et l'initiation du traitement des pathologies du sommeil nécessitent une structure dédiée répondant à des conditions phoniques et techniques spécifiques. Pour répondre à ce besoin, une structure de 6 lits, dénommée Unité de Ventilation et Sommeil (USV) a été ouverte le 2 novembre 2015. Elle est située à l'Hôpital Maison Blanche (joutant le secteur d'hospitalisation traditionnelle de Pneumologie au 1er étage, en face du secteur de soins intensifs de Néphrologie).

L'unité est ouverte du lundi 8 h au vendredi 17 h, à hauteur de 43 semaines par an. L'activité quotidienne comprend la réalisation de :

- > 3 Polysomnographies (PSG) dont 1 Test Itératif de Latence d'Endormissement (TILE) ou 1 Test de Maintien de l'Veuil (TME)
- > 1 Polygraphie de Ventilation (PGV)
- > 2 Ventilations (mise en place : 3 nuits, suivi : 1 à 2 nuits)
- > 2 PGV en ambulatoire (dont la lecture est réalisée par les médecins de l'USV).

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°18 :

**Objectif 1 : Positionner l'USV dans le réseau de soins de Champagne-Ardenne**

**Objectif 2 : Obtenir l'agrément de la Société Française de Recherche en Médecine du Sommeil (SFRMS) comme Centre de Sommeil**

**Objectif 3 : Développer les activités de Recherche clinique et de formation**



#### LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ (FICHE N°19)

La région Champagne-Ardenne est particulièrement concernée par les problématiques d'obésité. 20,9% des adultes de la région sont en effet recensés au titre de cette pathologie. Aussi, depuis 2012, le CHU de REIMS se distingue par le développement de la prise en charge de l'obésité avec notamment la montée en charge des interventions chirurgicales et, corrélativement, son référencement comme Centre Spécialisé Obésité (CSO) fin 2011. Centre de recours régional de niveau 3, le CHU prend majoritairement en charge les situations les plus complexes d'obésité tant en secteur MCO que de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), et contribue à l'organisation de l'offre de soins à l'échelon régional.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°19 :

**Objectif n°1 : Conforter l'activité de chirurgie bariatrique**

**Objectif n°2 : Offrir une prise en charge globale et cohérente aux patients pris en charge au sein du CHU**

**Objectif n°3 : Affirmer une démarche qualité dans la prise en charge de l'obésité sévère**

**Objectif n°4 : Communiquer sur les activités du CSO et développer la formation continue**

**Objectif n°5 : Développer la Recherche Clinique**

**Objectif n°6 : Accentuer et formaliser les partenariats locorégionaux**



## LA CRÉATION D'UNE PLATEFORME DE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'ÉQUILIBRATION ET DES VERTIGES (FICHE N°20)

La prise en charge des troubles de l'équilibration et des vertiges nécessite la coopération de multiples disciplines (ORL, Neurochirurgie, MPR, Gériatrie, Ophtalmologie, Physiologie des efforts et du mouvement, Neurologie, Médecine Interne).

Les différentes disciplines concernées ont développé des compétences d'excellente qualité, du fait d'une capacité à prendre en charge les malades en vue de les explorer, les traiter, les rééduquer et assurer l'enseignement de ces activités ainsi qu'une recherche clinique.

Afin d'améliorer la prise en charge des patients présentant des troubles d'équilibration et des vertiges, le CHU retient le regroupement des différentes compétences au sein d'une plateforme dédiée à ce type de prise en charge.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°20 :

**Objectif 1 : Renforcer l'activité intra-hospitalière en définissant le rôle et les missions de la plateforme**

**Objectif 2 : Fédérer l'activité extrahospitalière au moyen d'une collaboration avec les différents acteurs concernés par la prise en charge des troubles de l'équilibre et des vertiges en Champagne Ardenne**

**Objectif 3 : Développer l'activité de formation et la recherche concernant la prise en charge des personnes présentant des troubles d'équilibration et des vertiges**



## LA CRÉATION D'UNE UNITÉ DE RÉHABILITATION RESPIRATOIRE AMBULATOIRE (FICHE N°21)

Le parcours de prise en charge des patients insuffisants respiratoires nécessite la coopération de différentes disciplines du CHU (Pneumologie, Explorations fonctionnelles respiratoires, Physiologie des efforts et du mouvement, Laboratoire du sommeil et de suivi des personnes ventilées, Cardiologie, Centre de référence des maladies neuromusculaires, ORL, Médecine Physique et de Réadaptation).

Les différentes disciplines concernées participent actuellement à la prise en charge de ces patients au sein de leurs unités respectives.

Afin d'améliorer la prise en charge des patients insuffisants respiratoires chroniques, le CHU retient la mise en place d'une unité de réhabilitation respiratoire ambulatoire pour disposer d'une filière de soins complète. Cette unité, implantée au sein de l'extension du plateau technique de rééducation de l'Hôpital Sébastopol, permettra de prendre en charge les malades en vue de les explorer, les traiter, les rééduquer et assurer l'enseignement de ces activités ainsi qu'une recherche clinique.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°21 :

**Objectif 1 : Compléter la filière de soins intra-hospitalière des personnes insuffisantes respiratoires.**

**Objectif 2 : Fédérer l'activité de réhabilitation respiratoire au moyen d'une collaboration avec les différents acteurs concernés par la prise en charge des patients insuffisants respiratoires**

**Objectif 3 : Favoriser les formations et la recherche concernant la prise en charge des patients insuffisants respiratoires**

**Promoteur** / Service des Maladies Respiratoires

**Sources** / Arrêtés du 21 décembre 2005 et du 31 juillet 2012 relatifs à l'aptitude à la conduite.

Circulaire DGS/EA3/DGOS n°2011-380 du 29/07/2011

European guidelines for the accreditation of Sleep Medicine Centers, Sleep Research, Journal of Sleep Research 15, 2006

- OBJECTIFS :**
- Positionner l'Unité de Ventilation et Sommeil (USV) dans le réseau de soins de Champagne-Ardenne
  - Obtenir l'agrément de la Société Française de Recherche en Médecine du Sommeil (SFRMS) comme Centre de Sommeil
  - Développer les activités de Recherche clinique et de formation

## PLANS D'ACTIONS

Le service des Maladies Respiratoires du CHU prend en charge les insuffisances respiratoires chroniques (majoritairement secondaires à des insuffisances ventilatoires) et les troubles du sommeil et de la vigilance dont les retentissements sur les phénomènes ventilatoires sont majeurs, justifiant la prise en charge coordonnée de ces deux domaines d'activité. Les traitements font appel dans la plupart des cas à des traitements instrumentaux basés sur l'utilisation de ventilateurs ou de dispositifs délivrant une pression positive continue. Troubles du sommeil et troubles ventilatoires constituent des pathologies d'interface indissociables les unes des autres.

Leur diagnostic et l'initiation du traitement des pathologies du sommeil nécessitent une structure dédiée répondant à des conditions phoniques et techniques spécifiques. Pour répondre à ce besoin, une structure de 6 lits, dénommée Unité de Ventilation et Sommeil (USV) a été ouverte le 2 novembre 2015. Elle est située à l'Hôpital Maison Blanche (joutant le secteur d'hospitalisation traditionnelle de Pneumologie au 1<sup>er</sup> étage, en face du secteur de soins intensifs de Néphrologie).

L'unité est ouverte du lundi 8 h au vendredi 17 h, à hauteur de 43 semaines par an.

L'activité quotidienne comprend la réalisation de :

- > 3 Polysomnographies (PSG) dont 1 Test Itératif de Latence d'Endormissement (TILE) ou 1 Test de Maintien de l'Eveil (TME)
- > 1 Polygraphie de Ventilation (PGV)
- > 2 Ventilations (mise en place : 3 nuits, suivi : 1 à 2 nuits)
- > 2 PGV en ambulatoire (dont la lecture est réalisée par les médecins de l'USV).

## Objectif 1 : Positionner l'USV dans le réseau de soins de Champagne Ardenne

Cette unité a pour vocation d'être la structure de référence locale et régionale des pathologies du sommeil :

- > localement, de nombreuses disciplines constituent une porte d'entrée pour le diagnostic des pathologies du sommeil : ronflements (ORL), obésité et endocrinopathies (nutrition / endocrinologie), hypertension artérielle et facteurs de risques vasculaires (cardiologie), troubles du sommeil et de l'éveil (neurologie, pneumologie), insuffisances respiratoires (pneumologie, MPR). Tous ces secteurs d'activité sont impliqués dans la prise en charge multidisciplinaire des pathologies du sommeil et possèdent des compétences spécifiques qu'il convient de rassembler autour d'une plateforme commune, l'USV. La mise en place de référentiels communs et de réunions multidisciplinaires constitue le socle de cette activité transversale. Cette unité sera ouverte aux médecins des différentes spécialités qui souhaitent s'impliquer et se former dans la prise en charge des pathologies du sommeil.
- > au plan régional, les partenaires du CHU (centres hospitaliers de Champagne-Ardenne) ont déjà une activité de diagnostic et de traitement des pathologies du sommeil les plus courantes (apnées obstructives). L'USV pourrait leur apporter une aide à la gestion des pathologies complexes et leur permettre de compléter leur formation.

Par ailleurs, le développement des tests diurnes de la vigilance (TILE, TME) constitue le point fort de cette structure. Ces tests sont nécessaires pour l'exploration des hypersomnies et sont légalement obligatoires pour la délivrance du permis de conduire chez les conducteurs professionnels (transport de personnes ou de marchandises, groupes lourd ou léger) et les conducteurs atteints de pathologies du sommeil. En effet chez ces conducteurs, la validité du permis est limitée et son renouvellement est soumis au contrôle médical de l'aptitude à la conduite automobile (Arrêté du 21 décembre 2005 et du 31 juillet 2012). Or, à ce jour, aucun établissement régional ne peut répondre à cette obligation réglementaire, obligeant les individus concernés à être orientés dans les régions limitrophes (Paris, Nancy). Il existe donc une véritable opportunité d'établir un partenariat avec la Préfecture pour que l'USV puisse devenir centre expert pour le contrôle de l'aptitude à la conduite automobile chez les patients posant des problèmes de somnolence.

### **Objectif 2 : Obtenir l'agrément de la Société Française de Recherche en Médecine du Sommeil (SFRMS) comme Centre de Sommeil**

Selon la procédure de labellisation 2012 de la SFRMS s'inscrivant dans une démarche européenne, l'agrément d'un service comme Centre de Sommeil requiert le respect d'un cahier des charges précis : centre comportant des chambres seules, climatisées, silencieuses, avec une pièce indépendante de surveillance des enregistrements, fonctionnant comme une structure dédiée ou une unité fonctionnelle avec un secrétariat dédié, sous la responsabilité d'au moins un médecin permanent titulaire du DIU du Sommeil et de sa pathologie, assisté d'IDE / techniciens dédiés et spécifiquement formés.

### **Objectif 3 : Développer les activités de Recherche clinique et de formation**

La mise à disposition d'une unité dédiée permettant de réaliser dans des conditions adéquates l'ensemble des explorations du sommeil, de la vigilance diurne et de la ventilation permettra d'augmenter les opportunités du CHU de Reims de participer à des protocoles de

Recherche clinique notamment nationaux. Le service des Maladies Respiratoires est d'ailleurs déjà actuellement en train de valider sa participation à de telles études (PHRC national PREDIVARIUS du CHU de Poitiers, PHRC national COHIPOB du CHU de Strasbourg). De plus, à l'échelle locale, des protocoles d'établissement ou régionaux telle l'étude en cours sur la fonction respiratoire chez les patients bénéficiant d'une chirurgie bariatrique permettent d'envisager des publications dans des revues internationales.

Ces travaux permettront d'asseoir le positionnement du CHU comme centre de recours régional dans ce domaine. Les activités de formation sont déjà engagées puisqu'une réunion multidisciplinaire (Colloque Multidisciplinaire Veille/Sommeil, CMVS) a été mise en place avec une fréquence d'une réunion tous les deux mois. Les actions de formations seront complétées :

- > pour les personnels paramédicaux par une formation théorique et pratique (appareillage des patients, surveillance et lecture des enregistrements, ...),
- > pour les médecins par une formation à l'interprétation des tracés de polygraphie et polysomnographie, formation indispensable pour les internes souhaitant valider le DIU du Sommeil et de sa Pathologie.

### **Conclusion**

La création d'une USV permettra :

1. d'articuler autour de cette plate-forme toutes les compétences pour lui conférer une dimension multidisciplinaire,
2. de fournir à la région Champagne-Ardenne une organisation partagée pour la prise en charge des pathologies complexes du sommeil et de la ventilation ainsi qu'un outil médico-légal pour l'autorisation de conduite automobile,
3. de développer une action de Recherche et de formation dans le domaine des pathologies du sommeil et de la ventilation.

Ainsi seront réunies les conditions nécessaires pour l'identification et le positionnement d'un centre de recours pour la région Champagne-Ardenne.

---

## **AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET**

Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO), Services de Neurologie, d'ORL, de Nutrition, d'Endocrinologie, de MPR et de Cardiologie.

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr G. Deslée,  
Responsable des Maladies Respiratoires
- Dr C. Launois, Responsable des explorations du sommeil au sein du service des Maladies Respiratoires
- Dr D. Perdu,  
Service des Maladies Respiratoires
- C. Spilmont, infirmier titulaire du D.U.  
Technicien de l'Éveil et du Sommeil
- A. Cogliati-Djehich, Cadre de santé du secteur d'hospitalisation traditionnelle du Service des Maladies Respiratoires
- F. Nourry, Cadre de santé du secteur d'explorations fonctionnelles du Service des Maladies Respiratoires

## INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Aucune incidence financière prévue

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016**
- **Objectif 2 : 2017-2018**
- **Objectif 3 : 2016-2020**

## INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**
  - Mise en place de règles de bonnes pratiques pour l'établissement.
  - Signature d'une convention avec la Préfecture comme centre expert pour la Commission Médicale du permis de conduire.
  - Suivi de l'activité à partir des indicateurs suivants : nombre de séjours, nombre de consultations, nombre d'actes.
  - Bilan d'activité annuel : évaluation du nombre de TME, nombre de patients adressés par la région pour pathologies du sommeil et de la ventilation complexes (obésité, maladies neuromusculaires...).
- **Objectif 2 :**  
Labellisation « Centre Sommeil » par la SFRMS.
- **Objectif 3 :**  
Évaluation de l'activité de Recherche par le nombre de participations aux PHRC nationaux et aux publications internationales.



Promoteur / Pôle DUNE

Sources / Programme National Nutrition Santé 3

PRS 2012-2016

Projet de Pôle (priorité 5 – prise en charge médico-chirurgicale de l'obésité)

- OBJECTIFS :**
- Conforter l'activité de chirurgie bariatrique
  - Offrir une prise en charge globale et cohérente aux patients pris en charge au sein du CHU
  - Affirmer une démarche qualité dans la prise en charge de l'obésité sévère
  - Communiquer sur les activités du CSO et développer la formation continue
  - Développer la Recherche Clinique
  - Accentuer et formaliser les partenariats locorégionaux

## PLANS D'ACTIONS

La région Champagne-Ardenne est particulièrement concernée par les problématiques d'obésité. 20,9% des adultes de la région sont en effet touchés. Aussi, depuis 2012, le CHU de Reims se distingue par le développement de la prise en charge de l'obésité avec notamment la montée en charge des interventions chirurgicales et, corrélativement, son référencement comme Centre Spécialisé Obésité (CSO) fin 2011. Centre de recours régional de niveau 3, le CHU prend majoritairement en charge les situations les plus complexes d'obésité tant en secteur MCO que de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), et contribue à l'organisation de l'offre de soins à l'échelon régional.

### Objectif n°1 : Conforter l'activité de chirurgie bariatrique

L'activité de chirurgie bariatrique, qui a été mise en place au sein du CHU depuis 2012, s'est développée rapidement pour atteindre une centaine d'interventions en 2014. La majorité des interventions réalisées sont des «sleeve gastrectomy» (section d'une partie de l'estomac) ou des «by pass» gastriques (association de réduction de l'estomac et déviation du circuit de la première partie de l'intestin grêle générant une malabsorption imposant une supplémentation nutritionnelle définitive et un suivi spécialisé à vie). Le choix du type de chirurgie dépend de plusieurs facteurs : niveau d'obésité, comorbidités, comportement alimentaire... Des retraits d'anneau et la prise en charge des complications d'interventions de chirurgie bariatrique réalisées en dehors du centre spécialisé sont également

réalisés. Les indications et le type de chirurgie bariatrique sont définis lors de réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP) ouvertes aux autres professionnels de la région.

Pour mieux répondre aux besoins identifiés au niveau régional, le CHU de REIMS entend conforter sa capacité chirurgicale et mieux répondre aux besoins des patients pour lesquels l'anneau gastrique est inefficace ou source de complications par les mesures suivantes :

- > formation d'un second chirurgien bariatrique (CCA ou Assistant Partagé dédié),
- > élargissement des plages opératoires dédiées à la chirurgie bariatrique avec dans un premier temps la création d'une vacation hebdomadaire ciblée «chirurgie bariatrique» ajoutée à l'activité de chirurgie digestive,
- > proposition d'acquisition d'un scanner permettant de gérer les complications post-opératoires des patients ayant un IMC > 50 (ceux-ci sont actuellement opérés au CHU Louis Mourier).

### Objectif n°2 : Offrir une prise en charge globale et cohérente aux patients pris en charge au sein du CHU

Le CHU de REIMS a construit une véritable filière de prise en charge des personnes souffrant d'obésité sévère. Pour chacun des patients pris en charge sur le plan nutritionnel au sein de la structure interne d'endocrinologie-diabétologie-nutrition, une approche globale de la personne a été développée.



Celle-ci nécessite toutefois d'être confortée par l'augmentation des ressources en médecins nutritionnistes et le développement des activités de type thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles. Il est également nécessaire de renforcer l'offre de soins psycho-éducative au sein du SSR Nutrition, et d'optimiser les parcours de soins des patients concernés entre les différentes équipes du CHU intervenant dans la prise en charge de l'obésité (CSO, SSR nutrition, Pneumologie, Néphrologie, Cardiologie, Gynéco-Obstétrique...).

### **Objectif n°3 : Affirmer une démarche qualité dans la prise en charge de l'obésité sévère**

Le circuit traditionnel d'un patient souffrant d'obésité au CHU se décompose comme suit lorsqu'une intervention de chirurgie bariatrique est envisagée :

- > entrée dans le circuit par l'hôpital de jour (HDJ) nutrition via le CSO (consultation de nutrition ou de chirurgie bariatrique). Une évaluation globale y est réalisée et un parcours personnalisé de soins est défini lors d'une réunion de synthèse à la fin de l'HDJ,
- > validation de la chirurgie bariatrique et détermination du type d'intervention lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP),
- > si l'orientation vers la chirurgie bariatrique est validée, réalisation d'un bilan pré-chirurgical complet en hôpital de semaine,
- > participation ambulatoire à 3 ateliers éducatifs de groupe de préparation à la chirurgie bariatrique,
- > consultation préopératoire avec le chirurgien et l'anesthésiste
- > intervention chirurgicale,
- > suivis nutritionnel (médico-diététique) et chirurgical spécialisés à l'issue de l'intervention.

Pour optimiser la qualité de la prise en charge, sont proposées les orientations suivantes :

- > développer un dossier patient commun aux différents acteurs du CSO, qui serait à terme informatisé pour assurer un meilleur suivi des patients (grâce à des convocations systématiques)
- > finaliser la formation des équipes impliquées,
- > recenser les complications immédiates et tardives de la chirurgie (registre),
- > développer des indicateurs d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) répondant aux critères de la HAS,
- > formaliser l'engagement aux soins et l'information des patients devant être opérés,

- > adapter l'activité de l'hôpital de jour et les ressources humaines correspondant à la montée en charge de l'activité chirurgicale de façon à ne pas excéder un délai d'attente de 6 mois pour y accéder.

### **Objectif n°4 : Communiquer sur les activités du CSO et développer la formation continue**

Une des missions du CSO est d'organiser la filière de soins dans la région (en promouvant l'égalité d'accès aux soins) pour les sujets ayant une obésité sévère. Dans un souci de cohérence des soins et de développement d'une offre de premier recours plus adaptée (c'est-à-dire qui ne cible plus le conseil nutritionnel sur la restriction alimentaire comme le recommande le rapport de l'ANSES de 2010 sur les régimes), il est nécessaire d'accroître la lisibilité de l'offre de soins proposée par le CSO et d'élargir l'offre de formation continue aux professionnels de santé de la région.

Dans ce contexte, le CHU souhaite :

- > renforcer son offre de formation continue pour les médecins généralistes,
- > développer une offre de formation continue pour les pédiatres libéraux, les gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes, les diététiciennes de la région,
- > rendre lisible l'offre de soins du CSO sur son site internet,
- > mettre à disposition des professionnels de santé des outils éducatifs (fiches pratiques).

Le développement de la formation continue se fera en lien avec les réseaux de soins de la région.

### **Objectif n°5 : Développer la Recherche Clinique**

Des travaux de recherche ont été initiés depuis quelques années avec plusieurs structures du CHU (Pneumologie, Urologie, Psychiatrie, Chirurgie viscérale) et ont déjà abouti à plusieurs publications. Ils portent sur les complications de l'obésité (et de la chirurgie bariatrique) et sur le comportement alimentaire et la composition corporelle du sujet obèse.

Des travaux ont été également engagés avec des structures extérieures au CHU :

- > centre de Recherche en STIC de l'URCA, EA3804
- > équipe de Recherche en Epidémiologie Nutritionnelle (EREN), UMR U1153 Inserm /U1125 Inra/Cnam/Univ Paris 13.

Cependant, il est souhaitable de renforcer cette activité de recherche pour que le CSO soit reconnu sur ce plan.



## Objectif n°6 : Accentuer et formaliser les partenariats locorégionaux

Le CSO est en cours de conventionnement avec le SSR Nutrition du CHU et avec le centre hospitalier de Châlons-en-Champagne, et a formé du personnel du centre hospitalier de Troyes au suivi des patients dans le cadre de la chirurgie bariatrique, initiant ainsi l'élaboration d'un réseau de

prise en charge de l'obésité sévère de 2ème recours (le CHU étant le 3ème recours). De tels partenariats sont à développer dans les champs du soin (notamment pour le département des Ardennes) et de la prévention de l'obésité (via la Maison de la Nutrition Champagne-Ardenne), et avec le Réseau Sport Santé Bien-Être et les associations de patients concernées.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Service d'Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition, Chirurgie digestive, Urologie, Pneumologie, Gynéco-Obstétrique, Pédiatrie, Psychiatrie adulte, SSR Nutrition, Service Diététique, anesthésistes (Pôle URAD), laboratoires de Recherche de l'Université.

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr E. Bertin, Responsable du CSO
- Pr R. Kianmanesh, Responsable du Service de Chirurgie générale, digestive et endocrinienne

## INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

Une étude médico-économique devra valider les besoins exprimés ci-dessous :

- Création de 0,5 ETP de médecin nutritionniste (PH) dédié à l'obésité, d'un poste de chef de clinique en Nutrition, d'un poste de Chef de Clinique ou Assistant Partagé en Chirurgie bariatrique, de 0,3 ETP de médecin anesthésiste
- Adaptation du temps paramédical (diététicien, psychologue, secrétariat) à l'augmentation de l'activité
- Surcoût du scanner adapté aux patients avec IMC > 50
- Renforcement du temps de psychiatrie de liaison

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2016-2020
- Objectif 2 : 2016-2020
- Objectif 3 : 2016-2020
- Objectif 4 : 2016-2020
- Objectif 5 : 2016-2020
- Objectif 6 : 2016-2020

## INDICATEURS DE SUIVI

- Objectif 1 :
  - Nombre d'interventions annuelles de chirurgie bariatrique par chirurgien
  - Nombre d'interventions sur Paris
- Objectif 2 :
  - Bilan d'activité de la psychologue du CSO
  - Réunions entre le CSO et les autres structures
- Objectif 3 :
  - Délai d'attente pour une prise de rendez-vous en HDJ
- Objectif 4 :
  - Nombre de fiches éducatives sur site internet
  - Nombre de formations réalisées
- Objectif 5 :
  - Nombre de publications internationales et de PHRC
- Objectif 6 :
  - Nombre de conventions signées et couverture du territoire.



Promoteur / Pôle Autonomie et Santé / Pôle Tête Cou

Sources / Projet du Pôle Autonomie et Santé et du Pôle Tête Cou

**OBJECTIFS :**

- Renforcer l'activité intra-hospitalière en définissant le rôle et les missions de la plate-forme
- Fédérer l'activité extra-hospitalière au moyen d'une collaboration avec les différents acteurs concernés par la prise en charge des troubles de l'équilibre et des vertiges en Champagne Ardenne
- Développer l'activité de formation et la Recherche concernant la prise en charge des personnes présentant des troubles d'équilibration et des vertiges

## PLANS D'ACTIONS

La prise en charge des troubles de l'équilibration et des vertiges nécessite la coopération de multiples disciplines (ORL, Neurochirurgie, Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), Gériatrie, Ophtalmologie, Physiologie des efforts et du mouvement, Neurologie, Médecine Interne).

Les différentes disciplines concernées ont développé des compétences d'excellente qualité, du fait d'une capacité à prendre en charge les malades en vue de les explorer, les traiter, les rééduquer et assurer l'enseignement de ces activités ainsi qu'une Recherche clinique.

Afin d'améliorer la prise en charge des patients présentant des troubles d'équilibration et des vertiges, le CHU retient le regroupement des différentes compétences au sein d'une plate-forme dédiée à ce type de prises en charge.

### Objectif 1 : Renforcer l'activité intra-hospitalière en définissant le rôle et les missions de la plateforme

Dans le cadre de son activité intra-hospitalière, le rôle principal de l'équipe composant la plateforme doit se décliner ainsi :

- > Accueillir et réaliser une évaluation précise des objectifs médico-chirurgicaux diagnostiques, rééducatifs-éducatifs et réadaptatifs,
- > Préparer précocement le parcours de soin optimal selon l'état clinique initial,
- > Orienter les patients dans la filière de soins adéquate de prise en charge (ORL, Ophtalmologie, Gériatrie, Neurochirurgie, Gériatrie, MPR, Neurologie, Médecine Interne, Rhumatologie),
- > Contribuer à élaborer un projet de soins et un projet de vie, aider à construire un parcours de prise en charge global adapté, individualisé et efficient (impliquant des acteurs libéraux, l'hospitalisation complète ou

ambulatoire dont le Groupement Hospitalier de Territoire, l'HAD, l'accompagnement à domicile ou en structure médico-sociale),

- > Offrir un plateau technique de prise en charge dédié des troubles de l'équilibre et des vertiges.

Ces activités auront lieu, soit en court séjour (Médecine-Chirurgie), soit en Soins de Suite et de Réadaptation, en consultations spécialisées, en hospitalisation et enfin en hospitalisation complète selon les besoins.

### Objectif 2 : Fédérer l'activité extra-hospitalière au moyen d'une collaboration avec les différents acteurs concernés par la prise en charge des troubles de l'équilibre et des vertiges en Champagne Ardenne

Dans le cadre de son rôle de structuration de l'offre de soins, la plate-forme des troubles de l'équilibration et des vertiges doit orienter la prise en charge des malades, en se mettant en relation directe avec les différents acteurs de soins concernés, en établissant un projet commun de prise en charge et en effectuant un suivi régulier de ces patients dans le cadre de son rôle de coordination.

Cette démarche vise à éviter la multiplicité des intervenants et la multiplicité des avis, à diminuer le nombre de consultations ou d'hospitalisations inadaptées.

L'intervention peut avoir lieu :

- > en pré-hospitalier pour juger de la pertinence ou non d'une hospitalisation ou bien pour la programmer au mieux et dans un service adapté, afin d'éviter l'inflation des consultations multidisciplinaires,
- > en post-hospitalier pour consolider le suivi, la réinsertion en milieu ordinaire, pour valider un plan de soins ou bien le réajuster,

- > en post-urgences pour éviter les mauvaises orientations et les errances diagnostiques ;
- > à la demande de différents acteurs de soins qui repèrent une personne présentant des troubles d'équilibration et des vertiges et souhaitent la faire entrer dans un parcours de soin adapté.

### Objectif 3 : Développer l'activité de formation et la Recherche concernant la prise en charge des personnes présentant des troubles d'équilibration et des vertiges

Il s'agit de contribuer à la diffusion des procédures de prise en charge des patients nécessitant des

compétences multiples et pluridisciplinaires de Médecine, de Chirurgie, de MPR, de paramédicaux très qualifiés au sein et à l'extérieur du CHU pour les personnes qui le souhaitent (médecins, paramédicaux, assistantes sociales, rééducateurs, associations, mairies, etc.) en réalisant des formations. Ces formations visent à contribuer au développement de programmes de soins interdisciplinaires dans les territoires de Champagne-Ardenne.

Il s'agit également de favoriser l'émergence d'une Recherche interdisciplinaire spécifique dans le domaine des troubles d'équilibration et des vertiges.

## ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Tous les services de Médecine et de Chirurgie du CHU de Reims, l'Accueil des Urgences, les services de MPR, les médecins généralistes, les centres de soins, les services d'HAD, les acteurs de soins paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues, diététiciens, ergothérapeutes, orthoptistes, podologues...), la Mairie de Reims, les associations (Michel Fandre, AFM, ARSEP...), la Maison Des Personnes Handicapées (MDPH), le Centre de référence des maladies neuromusculaires rares CHU, les assistantes sociales de secteur, les maisons de quartiers, les organismes logeurs, les foyer-logements, les services de tutelle/curatelle, les organismes d'aide à domicile.

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr F.-C. Boyer, Responsable du Service Médecine Physique et de Réadaptation
- Pr J.-L. Novella, Chef du Pôle Autonomie et Santé
- Dr A. Bazin, Chef du Pôle Tête Cou  
Pr A. Chays, Service O.R.L.
- D. Camonin, Cadre supérieure de santé, Pôle Autonomie et Santé
- S. Trichot, Cadre de rééducation, Plateau technique de Rééducation Réadaptation

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Les moyens nécessaires pour assurer ces objectifs relèvent d'un financement au titre de la Dotation Annuelle de Financement (DAF) et de la tarification à l'activité pour les activités d'exploration fonctionnelle ORL, de Médecine ou de Chirurgie. Les moyens ont été évalués ainsi :
- 1 poste de coordinatrice de la plate-forme (accueil téléphonique et physique des patients, orientation des patients selon les besoins, gestion du parcours de soins et des activités).

Une étude médico-économique devra confirmer la possibilité de la création de ce poste.

Par ailleurs, une mutualisation et une adaptation des temps médicaux seront nécessaires au fonctionnement interdisciplinaire de la plate-forme pour atteindre les objectifs fixés.

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 1<sup>er</sup> semestre 2016**
- **Objectif 2 : 2016-2020**
- **Objectif 3 : 2016-2020**

## ● INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1** : File active annuelle / Nombre de nouveaux cas/an sollicités par le secteur intra-hospitalier / DMS patients MCO, SSR / Nombre de réunions pluridisciplinaires / Pourcentage d'adressage par discipline du CHU
- **Objectif 2** : File active annuelle / Nombre de nouveaux cas/an sollicités par le secteur extra-hospitalier / Pourcentage de consultations / Nombre d'intervenants sollicités/patient / Fonctions des intervenants sollicités/patient / Nombre de suivis effectués/patient / Fonction de la personne effectuant le suivi/patient / Motifs d'appel/patient
- **Objectif 3** : Nombre de formations/an / Lieux d'intervention/an / Nombre de participants/an / Fonctions des participants/an / Sujets demandés/formation.

**Promoteur** / Pôle Autonomie et Santé

**Sources** / Projet du Pôle Autonomie et Santé

CPOM 2012-2017

- OBJECTIFS** :
- Compléter la filière de soins intra-hospitalière des personnes insuffisantes respiratoires
  - Fédérer l'activité de réhabilitation respiratoire au moyen d'une collaboration avec les différents acteurs concernés par la prise en charge des patients insuffisants respiratoires
  - Favoriser les formations et la Recherche concernant la prise en charge des patients

## PLANS D' ACTIONS

Le parcours de prise en charge des patients insuffisants respiratoires nécessite la coopération de différentes disciplines du CHU (Pneumologie, explorations fonctionnelles respiratoires, physiologie des efforts et du mouvement, laboratoire du sommeil et de suivi des personnes ventilées, Cardiologie, Centre de référence des maladies neuromusculaires, ORL, Médecine Physique et de Réadaptation).

Les différentes disciplines concernées participent actuellement à la prise en charge de ces patients au sein de leurs unités respectives.

Afin d'améliorer la prise en charge des patients insuffisants respiratoires chroniques, le CHU retient la mise en place d'une unité de réhabilitation respiratoire ambulatoire pour disposer d'une filière de soins complète. Cette unité, implantée au sein de l'extension du plateau technique de rééducation de l'Hôpital Sébastopol, permettra de prendre en charge les malades en vue de les explorer, les traiter, les rééduquer et assurer l'enseignement de ces activités ainsi qu'une recherche clinique.

### Objectif 1 : Compléter la filière de soins intra-hospitalière des personnes insuffisantes respiratoires

L'unité de réhabilitation respiratoire en SSR permettra de proposer une filière de soins intra-hospitalière complète et de mettre en place la prise en charge des insuffisants respiratoires chroniques avec des soins interdisciplinaires complexes de rééducation, de réadaptation et d'éducation thérapeutique. Cette démarche vise à diminuer le nombre de consultations ou d'hospitalisations pour exacerbations.

L'organisation de ces activités nécessite des consultations spécialisées MCO ou SSR, des hospitalisations à temps partiel MCO ou SSR et enfin des hospitalisations à temps complet MCO ou SSR selon les besoins.

### Objectif 2 : Fédérer l'activité de réhabilitation respiratoire au moyen d'une collaboration avec les différents acteurs concernés par la prise en charge des patients insuffisants respiratoires

Dans le cadre de son rôle de structuration de l'offre de soins, l'unité de réhabilitation respiratoire doit mettre en place des liens étroits avec les unités de réhabilitation respiratoire du territoire (Reims, Châlons-en-Champagne). Cette collaboration permettra d'assurer un suivi optimal des patients.

### Objectif 3 : Favoriser les formations et la Recherche concernant la prise en charge des patients insuffisants respiratoires

Les formations dispensées par l'unité de réhabilitation respiratoire viseront à contribuer au développement de programmes de soins interdisciplinaires au sein des différents établissements de la région Champagne-Ardenne.

La coopération avec les différents acteurs concernés par la prise en charge des patients insuffisants respiratoires permettra de favoriser l'émergence d'une recherche interdisciplinaire dans le cadre de la prise en charge des patients insuffisants respiratoires.

## ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Tous les services de médecine et de chirurgie du CHU, l'Accueil des Urgences, les services de MPR, les médecins généralistes, les centres de soins, les services d'HAD, les acteurs de soins paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues, diététiciens, ergothérapeutes, orthoptistes, podologues...), la Maison Des Personnes Handicapées (MDPH), le Centre de référence des maladies neuromusculaires rares du CHU, les assistantes sociales de secteur, les maisons de santé, les foyer-logements, les organismes d'aides à domicile, le réseau Sport Santé, Bien-Être.

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr F.-C. Boyer, Responsable du Service Médecine Physique et de Réadaptation
- Pr J.-L. Novella, Chef du Pôle Autonomie et Santé
- Pr F. Lebargy, Chef du Pôle TCVN
- Dr J.-C. Mérol, Service ORL
- D. Camonin, Cadre supérieure de santé, Pôle Autonomie et Santé
- S. Trichot, Cadre de rééducation, Plateau technique de Rééducation Réadaptation

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 1<sup>er</sup> semestre 2017**
- **Objectif 2 : 2<sup>ème</sup> semestre 2017**
- **Objectif 3 : 2017-2020**

## ● INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**
  - File active annuelle
  - Nombre de nouveaux cas/an en réhabilitation respiratoire
  - DMS patients SSR
  - Pourcentage d'adressage par discipline du CHU et extrahospitalier
  - Nombre de réhospitalisations en MCO pour exacerbations des patients réhabilités
  - Nombre d'intervenants sollicités par patient
- **Objectif 2 :**
  - Nombre de réunions des unités de réhabilitation respiratoire de la Champagne Ardenne
- **Objectif 3 :**
  - Nombre de formations/an
  - Lieux d'intervention/an
  - Nombre de participants/an
  - Fonctions des participants/an
  - Sujets demandés / formation
  - Nombre de projets de recherche/an.

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

Les moyens nécessaires pour assurer ces objectifs relèvent d'un financement au titre de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) et de la tarification à l'activité pour les activités d'exploration fonctionnelle Pneumologie, de Médecine et de Chirurgie cardio-thoracique. Les moyens ont été évalués ainsi :

- 0,5 poste de médecin MPR,
- 0,5 poste de médecin Pneumologue
- 0,5 poste de secrétariat
- 1 poste d'IDE
- 1 poste d'ASH
- 1 poste Kinésithérapeute
- 0,5 poste d'orthophoniste
- 1 poste d'éducateur sportif
- 0,2 poste de psychologue clinicienne
- 0,5 poste d'assistante sociale
- 0,5 poste de diététicienne
- Mutualisation du plateau technique de MPR
- Coût d'oxygène liquide de déambulation

Ces moyens devront être validés dans le cadre d'une étude médico-économique, prenant en compte les recettes générées par cette activité.

# Chapitre 1-F : LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT

## Préambule

La création de l'American Memorial Hospital, en 1925, a marqué l'histoire du CHU en ce qui concerne la prise en charge des enfants. A travers le temps, le CHU a fait en sorte de maintenir cette spécificité, celle-ci se traduisant sur le plan architectural par l'ouverture fin 2016 d'un nouveau bâtiment, qui regroupera l'ensemble des activités pédiatriques (hospitalisation et consultations en Médecine et Chirurgie, accueil des urgences et Imagerie). L'ouverture de ce nouveau bâtiment permettra de transférer les activités de Pédopsychiatrie dans les locaux historiques de l'American Memorial Hospital, créant ainsi une réelle proximité de toutes les composantes du Pôle Femme Parents Enfant.

Le présent projet médical a donc naturellement retenu la prise en charge de l'enfant comme un axe prioritaire se déclinant en plans d'actions à partir deux objectifs principaux :

- > l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de la sécurité des soins.
- > la diversification de l'offre de soins

Concernant l'amélioration de la qualité de la prise en charge des enfants et la sécurité des soins, le premier objectif consiste en la mise en place d'une organisation régionale de la prise en charge chirurgicale des enfants, dans une logique de soins gradués et de filière avec les principaux établissements de la région. Le second objectif en ce domaine vise à étendre la surveillance continue, dédiée actuellement à la prise en charge chirurgicale, au versant médical.

Concernant la diversification de l'offre de soins, il s'agit de la création d'activités en Pédopsychiatrie marquant notamment l'engagement du CHU dans la prise en charge de l'autisme. Cette diversification de l'offre de soins concerne par ailleurs l'ouverture d'une unité de soins de suite et de réadaptation en hôpital de jour ainsi que le renforcement de la prise en charge multidisciplinaire des patients présentant un polyhandicap.



### L'ORGANISATION RÉGIONALE DE LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DES ENFANTS (FICHE N° 22)

La spécificité de la prise en charge chirurgicale de l'enfant nécessite de mettre en place une organisation régionale où les rôles de chacun des établissements soient clairement identifiés, dans une logique de graduation des soins permettant de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des enfants.

La définition de cette organisation suppose au préalable la réalisation d'un état des lieux de l'existant permettant une évaluation à la fois quantitative et qualitative de la prise en charge chirurgicale de l'enfant au sein de la région. Enfin, cette organisation devra conduire à renforcer le rôle de recours du CHU compte tenu des compétences et de l'expertise de ses équipes soignantes dans le domaine de la Pédiatrie.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°22 :

**Objectif 1 : Réaliser un état des lieux quantitatif et qualitatif de la prise en charge chirurgicale des enfants en Champagne-Ardenne**

**Objectif 2 : Proposer une gradation des soins chirurgicaux afin d'allier amélioration de la qualité et sécurité de la prise en charge chirurgicale des enfants et proximité géographique pour les patients et leur famille**

**Objectif 3 : Renforcer le rôle de recours régional du CHU en matière de chirurgie pédiatrique et situer la région dans ce domaine par rapport aux régions limitrophes**



### LA CRÉATION D'UN CENTRE D'ACCUEIL THÉRAPEUTIQUE À TEMPS PARTIEL (FICHE N° 23)

Les soins psychiques aux adolescents reposent aujourd'hui au CHU de Reims sur les Consultations Médico-Psychologiques, sur un Hôpital de Jour accueillant des adolescents présentant des troubles relationnels et du comportement majeurs (Institut Thérapeutique pour Adolescents – IPA), et sur une structure d'hospitalisation complète (Maison d'Adolescents - MDA) à vocation intersectorielle.

Les orientations retenues au titre du projet médical visent à compléter l'offre de soins au profit des adolescents et à accentuer le travail en réseau.



Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°23 :

**Objectif 1 : Compléter le dispositif sectoriel existant pour les soins psychiques aux adolescents**

**Objectif 2 : Inscrire le service de psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent du CHU au cœur d'un réseau d'accompagnement et de prise en charge des adolescents en difficulté**



### **LA CRÉATION D'UNE UNITÉ « PETITE ENFANCE - INTERACTIONS PRÉCOCES » (FICHE N° 24)**

Initié par le service de Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent en 2008, le repérage des troubles psychiques chez les femmes enceintes et/ou nouvellement mères est aujourd'hui en cours de systématisation au sein des maternités rémoises (CHU et cliniques privées), ainsi que par certaines sages-femmes libérales, médecins généralistes et pédiatres. Des professionnels du service interviennent aussi directement plusieurs fois par semaine au sein de la maternité du CHU de Reims.

Dans les suites de ce repérage des troubles psychiques en période post-natale, de nombreuses mères sont reçues en consultation spécialisée dans le service de Pédopsychiatrie. Lorsque le diagnostic de dépression postnatale est posé, une prise en charge spécifique est proposée, en individuel et/ou en groupe. A été créée en 2009, une prise en charge groupale sur 12 semaines, innovante et unique en France, avec des effets thérapeutiques très intéressants. Il est à noter, qu'en l'absence de diagnostic et de prise en charge précoce, des difficultés dans les interactions mère-enfant peuvent apparaître avec d'éventuelles répercussions sur le développement global de l'enfant. Il s'agit ici d'inscrire dans les orientations du projet médical la volonté de compléter le dispositif de prise en charge avec la création d'une unité «Petite Enfance» et de s'inscrire dans la dynamique du 3ème Plan national Autisme.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°24 :

**Objectif 1 : Accompagner la parentalité et prendre en charge les mères présentant une dépression post-natale**

**Objectif 2 : Proposer un diagnostic et une prise en charge intensive dès la toute petite enfance aux enfants présentant un trouble du spectre autistique**



### **LA MISE EN PLACE DES SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION PÉDIATRIQUES (FICHE N° 25)**

Les soins de rééducation concernent toutes les populations. La population pédiatrique est particulièrement concernée, confrontée à des pathologies neurologiques acquises ou congénitales, aux pathologies traumatiques et ostéo-articulaires pouvant survenir à tout âge et parfois détectées très précocement, dès la période anténatale. Il est nécessaire de rappeler l'importance de la précocité de cette prise en charge, particulièrement pour les enfants dont la plasticité cérébrale est très efficiente.

Plusieurs besoins émergent au sein de la population prise en charge dans la région en matière de soins de rééducation pédiatrique et ce, malgré un tissu médico-éducatif présent sur le territoire.

Certains patients domiciliés dans la région nécessitent des soins itératifs par une équipe coordonnée de rééducateurs. Cela implique actuellement un éloignement familial, en internat à Charleville-Mézières (Warnécourt, Ardennes), à Berck (Pas-de-Calais), à Garches (Hauts-de-Seine) ou à Saint-Maurice (Val-de-Marne). Pour ces raisons d'éloignement et d'impossibilité de prise en charge en rééducation, de nombreux enfants restent hospitalisés de façon inadaptée et prolongée dans des unités de réanimation pédiatrique, de chirurgie ou de médecine pédiatriques.

Dans ce contexte, la mise en place de soins de suite et de réadaptation sous forme d'un hôpital de jour pédiatrique, au sein du CHU, est apparue comme une priorité. Cette structure permettra de diversifier l'offre de soins à partir d'un projet médical adapté en réponse aux besoins de la population.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°25 :

**Objectif 1 : Créer un secteur de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) Pédiatriques en hôpital de jour**

**Objectif 2 : Permettre de diversifier l'offre de soins à partir d'un projet médical adapté aux besoins de la population**



## LE DÉVELOPPEMENT DE LA SURVEILLANCE CONTINUE PÉDIATRIQUE (FICHE N° 26)

Le Pôle Femme Parents Enfant dispose actuellement, outre cinq lits de réanimation pédiatrique, de six lits de surveillance continue pédiatrique à vocation chirurgicale.

Par contre, il n'existe pas au sein de ce Pôle de lits de surveillance continue à vocation médicale.

Cette situation a pour conséquence :

- > Des hospitalisations inadaptées des enfants relevant de ce type de structure qui séjournent dans les unités d'hospitalisation traditionnelles (unité des grands enfants et des nourrissons) ou bien dans le service de réanimation pédiatrique.
- > Une surveillance de ces patients parfois inadaptée dans les secteurs d'hospitalisation traditionnelle par une inadéquation entre la charge de travail et la présence du personnel médical et paramédical.
- > Une valorisation insuffisante de l'hospitalisation de ces patients actuellement dans les secteurs traditionnels
- > Un allongement de la durée moyenne de séjour dans les secteurs traditionnels et en réanimation qui nuit à la performance en ce domaine.

Le projet a donc pour finalité l'extension de l'unité de surveillance continue pédiatrique, pour la faire évoluer vers une structure médico-chirurgicale, permettant ainsi d'optimiser la prise en charge de tous les enfants dont l'état de santé nécessite le recours à ce type d'unité spécialisée.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°26 :

**Objectif 1 : Évaluer les besoins et les traduire sur le plan capacitaire**

**Objectif 2 : Définir l'implantation de l'unité de surveillance continue médico-chirurgicale**

**Objectif 3 : Obtenir la reconnaissance tarifaire de l'ARS**

**Objectif 4 : Ouvrir l'unité de surveillance continue médico-chirurgicale**



## LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ATTEINTS DE POLYHANDICAP (FICHE N° 27)

Le polyhandicap se caractérise par une déficience mentale sévère ou profonde, un déficit moteur, pouvant confiner le patient au lit ou au fauteuil roulant, des atteintes éventuelles des fonctions sensorielles telles que la vue ou l'audition, une restriction des capacités de communication, l'absence d'autonomie dans l'alimentation, pouvant nécessiter le recours à une gastrostomie, une absence de maîtrise des sphincters, qui entraînent une restriction extrême de l'autonomie de la personne. Peuvent s'y ajouter des malformations (cardiaques par exemple), des déformations (du rachis par exemple) voire une épilepsie.

Les personnes atteintes d'un polyhandicap, adultes et enfants, sont confrontées à de nombreux obstacles en termes d'accès aux soins courants. Cette situation s'explique, en partie, par un manque d'organisation dans la prise en charge médicale dont ils peuvent avoir besoin et par un manque relatif de personnels pour accompagner ces patients avant et après la consultation médicale.

Le Pôle Femme Parents Enfants du CHU a mis en place, depuis 2009, une consultation pluridisciplinaire dont le but est de prendre en charge de manière globale les enfants de la région Champagne-Ardenne atteints de polyhandicap. Cette consultation est unique au niveau de la région Grand Est et reste encore peu développée au niveau national. Cette consultation est pluridisciplinaire. Elle permet aux enfants polyhandicapés de bénéficier de plusieurs consultations auprès de différents spécialistes, en fonction de leurs besoins, en un lieu unique, sur une seule journée entre 10 h et 17 h. A la fin de la journée, une synthèse est réalisée entre les intervenants autour des prises en charge de l'enfant permettant d'élaborer un projet de soin et un projet de vie cohérents et le cas échéant de progresser dans la recherche de l'étiologie du handicap. Les différents intervenants pédiatriques actuels sont les suivants : neuro-pédiatre, pneumo-pédiatre, gastro-pédiatre, médecin de rééducation fonctionnelle, généticien, chirurgien orthopédiste, chirurgien digestif, infirmière de nutrition entérale, diététicienne, psychologue, assistante sociale, médecin et infirmière coordinateurs. Cette consultation se fait en lien avec les familles et avec les centres de la région prenant en charge les enfants. Deux consultations par mois, hors été, ont été ouvertes jusqu'à présent qui permettent d'accueillir 5 enfants par consultation.

Cependant le fonctionnement de cette offre de consultation pluridisciplinaire n'est pas optimal et des voies d'amélioration sont à envisager.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°27 :

**Objectif 1 : Augmenter l'offre d'accueil des jeunes patients porteur de polyhandicap**

**Objectif 2 : Permettre des réunions de synthèse en fin de journée avec participation parentale et des représentants des établissements d'accueil**

**Objectif 3 : Étendre ce mode de prise en charge pluridisciplinaire à la médecine adulte**



**Promoteur** / Pôle Femme Parents Enfant / Service de Chirurgie pédiatrique

**Sources** / CPOM 2012-2017 / Projet du Pôle FPE / Circulaire DHOS/SDO n° 2003-238 du 20 mai 2003  
Circulaire n°517/DHOS/01/DGS/DGAS du 28 octobre 2004

**OBJECTIFS :**

- Réaliser un état des lieux quantitatif et qualitatif de la prise en charge chirurgicale des enfants en Champagne-Ardenne
- Proposer une gradation des soins chirurgicaux afin d'allier amélioration de la qualité et sécurité de la prise en charge chirurgicale des enfants et proximité géographique pour les patients et leur famille
- Renforcer le rôle de recours du CHU en matière de Chirurgie pédiatrique et situer la région dans ce domaine par rapport aux régions limitrophes

## PLANS D'ACTIONS

La spécificité de la prise en charge chirurgicale de l'enfant nécessite de mettre en place une organisation régionale où les rôles de chacun des établissements soient clairement identifiés, dans une logique de gradation des soins permettant de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des enfants.

La définition de cette organisation suppose au préalable la réalisation d'un état des lieux de l'existant permettant une évaluation à la fois quantitative et qualitative de la prise en charge chirurgicale de l'enfant au sein de la région.

Enfin, cette organisation devra conduire à renforcer le rôle de recours du CHU compte tenu des compétences et de l'expertise de ses équipes soignantes dans le domaine de la Pédiatrie.

### **Objectif 1 : Réaliser un état des lieux quantitatif et qualitatif de la prise en charge chirurgicale des enfants en Champagne-Ardenne**

Il s'agit, sous l'égide de l'ARS et à partir des bases PMSI, de réaliser un état des lieux des établissements pratiquant la chirurgie pédiatrique en Champagne-Ardenne (voire au-delà, en particulier dans l'Aisne) : volume d'activité, typologie d'actes, âge des enfants, flux de patients (attractivité/fuites) pour les activités les plus spécialisées. Cet état des lieux quantitatif pourrait être complété d'un état des lieux qualitatif à partir d'un questionnaire adressé aux établissements ou de rencontres sur site afin de mieux connaître les moyens humains et techniques dédiés à l'activité interventionnelle et d'hospitalisation, et les difficultés rencontrées notamment dans l'organisation des transferts et des collaborations avec le CHU, centre de référence et de recours de la région.

### **Objectif 2 : Proposer une gradation des soins chirurgicaux afin d'allier amélioration de la qualité et sécurité de la prise en charge chirurgicale des enfants et proximité géographique pour les patients et leur famille**

Le cadre réglementaire de l'activité de chirurgie pédiatrique (circulaires DHOS publiées en 2003 et 2004 relatives à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences) préconise une organisation en deux niveaux. Plus récemment, le CNCE (Centre National de Chirurgie de l'Enfant, organisme d'accréditation) a fait des propositions destinées à offrir à tous les enfants, quelle que soit leur origine géographique au sein d'une région, les mêmes chances de prise en charge qu'il s'agisse d'urgence ou de chirurgie programmée.

La proposition initiale et l'évolution récente de la démographie médicale, chirurgicale ou anesthésique, a conduit cette instance à proposer trois niveaux de responsabilité :

- > **Niveau 1** : des centres de proximité prenant en charge les enfants à partir de trois ans si leur activité est suffisante et s'ils possèdent une hospitalisation dédiée, réalisant de préférence des interventions programmées concernant des pathologies simples, ceci en coopération avec un centre de recours.
- > **Niveau 2** : un ou plusieurs centres spécialisés régionaux, nécessitant un plateau technique plus exigeant, la présence d'un chirurgien pédiatre et d'un anesthésiste pédiatre, ou à activité essentiellement pédiatrique, autorisés à prendre en charge les enfants de plus d'un an en coopération avec un centre de recours.

- **Niveau 3** : un ou plusieurs centres de recours disposant d'un service individualisé de Chirurgie pédiatrique, de Réanimation pédiatrique, d'Anesthésie pédiatrique pouvant prendre en charge toutes les pathologies à tous les âges en urgence, et celles ne nécessitant pas l'appui d'un centre surspécialisé soumis à autorisation pour les actes programmés (Neurochirurgie, Chirurgie cardiaque, brûlures graves, etc.).

L'objectif poursuivi consiste donc à formaliser une organisation de cette nature pour la région Champagne-Ardenne, en identifiant les établissements relevant de chaque niveau et en s'assurant de la bonne articulation des niveaux entre eux matérialisée par la création d'un réseau régional et l'élaboration de conventions bilatérales. L'objectif de cette organisation graduée est de permettre aux centres de proximité et spécialisés de conserver leur activité pédiatrique en assurant aux enfants concernés une prise en charge optimale, selon les règles actualisées de «l'état de l'art» en chirurgie et en anesthésie pédiatriques. Les échanges doivent donc être facilités qu'il s'agisse d'échanges d'informations ou même de formation, d'indications de transferts partagées, d'organisation du suivi postopératoire, etc.

L'élaboration de ce travail de partenariat peut être documentée par les expériences qui fonctionnent telles que celles des réseaux périnataux, ou celles d'autres régions concernant la Chirurgie pédiatrique.

L'affichage de ce réseau, sur les différents sites internet de santé régionaux, devra faire suite à la finalisation des partenariats.

### **Objectif 3 : Renforcer le rôle de recours régional du CHU en matière de Chirurgie pédiatrique et situer la région dans ce domaine par rapport aux régions limitrophes**

A partir de l'analyse des flux de patients, et en particulier des taux de fuite pour les activités les plus spécialisées, il s'agira de déterminer les actes de recours pour lesquels l'expertise de l'équipe chirurgicale du CHU est admise par la population et l'ensemble des médecins de la région.

L'existence du réseau ne peut qu'aider, avec l'appui de l'ARS, à orienter les flux de patients champardennais vers le centre spécialisé régional. Même si l'attractivité des centres est influencée par le découpage administratif des régions, du fait notamment du lieu d'habitation des patients, une bonne lisibilité des modalités de prise en charge chirurgicale de l'enfant est indispensable pour l'ensemble de la population champardennaise.

## **AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET**

Services de Chirurgie et des urgences des établissements de santé publics et privés de la région Champagne-Ardenne

### **PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET**

- Pr M.L. Poli Mérol, Responsable du Service de Chirurgie Pédiatrique, Pôle FPE
- C. Paris, Cadre supérieure de santé du Pôle FPE
- L. Delecray, Directeur délégué du Pôle FPE
- Correspondant ARS

### **INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES**

- Aucune incidence financière prévue

### **CALENDRIER DE RÉALISATION**

- **Objectif 1 : 1<sup>er</sup> semestre 2016**
- **Objectif 2 : 2<sup>ème</sup> semestre 2016**
- **Objectif 3 : 2016-2020**

### **INDICATEURS DE SUIVI**

- **Objectif 1 :**  
Production d'un rapport d'étape «Etat des lieux quantitatif et qualitatif de l'organisation régionale de la chirurgie pédiatrique»
- **Objectif 2 :**  
Plan d'actions pour la formalisation de la gradation des soins chirurgicaux de l'enfant en Champagne-Ardenne. Affichage des partenariats établis ou en voie d'établissement (nombre de conventions signées) et officialisation d'un réseau de compétence incluant tous les centres participants (charte constitutive)
- **Objectif 3 :**  
Analyse de l'évolution des flux de patients (attractivité / fuites) pour l'activité de Chirurgie pédiatrique et pour une liste d'actes spécialisés.

**Promoteur** / Pôle Femme Parents Enfant / Service de Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent

**Sources** / SROS Psychiatrie / CPOM 2012-2017 / Projet du Pôle Femme Parents Enfant

**OBJECTIFS :** - Compléter le dispositif sectoriel existant pour les soins psychiques aux adolescents  
- Inscrire le service de Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent du CHU au cœur d'un réseau d'accompagnement et de prise en charge des adolescents en difficulté

## PLANS D' ACTIONS

Les soins psychiques aux adolescents reposent aujourd'hui au CHU de Reims sur les Consultations Médico-Psychologiques, sur un Hôpital de Jour accueillant des adolescents présentant des troubles relationnels et du comportement majeurs (l'Institut thérapeutique pour adolescents ou IPA), et sur une structure d'hospitalisation complète (la Maison d'Adolescents ou MDA) à vocation intersectorielle.

Les orientations retenues au titre du projet médical visent à compléter l'offre de soins au profit des adolescents et à accentuer le travail en réseau.

### **Objectif 1 : Compléter le dispositif sectoriel existant pour les soins psychiques aux adolescents**

La création d'un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATT) pour adolescents permettrait de compléter ce dispositif et d'accueillir des adolescents âgés de 12 à 20 ans nécessitant des soins psychiatriques intensifs, ne pouvant être soutenus par la seule consultation pédopsychiatrique, mais ne relevant pas ou plus d'une hospitalisation temps plein à la Maison d'Adolescents.

L'accueil thérapeutique à temps partiel s'appuie essentiellement sur des médiations thérapeutiques :

- > qui permettent un étayage du traitement sur des phénomènes de groupe et une vie sociale suffisamment riche,
- > qui visent le changement des processus psychopathologiques par l'investissement de lieux, de personnes et d'actions à valeur structurante et contenante dans la durée.

Outre les activités, les temps de soins se composent d'entretiens individuels et éventuellement familiaux avec un médecin, un psychologue, un infirmier ou un éducateur, et d'accompagnements (établissements scolaires en particulier).

La création *ex nihilo* d'une telle structure, bien qu'inscrite au CPOM du CHU, ne pouvant à ce jour être financée par une augmentation de la Dotation

Annuelle de Financement des activités de psychiatrie, le service de Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent réfléchit depuis mi-2014 au développement de cette activité par transformation de l'offre de soins de sa structure, en diminuant les places en hôpital de jour.

Cette réflexion est conduite autour des constats et propositions qui suivent :

- > L'IPA propose 10 places d'hospitalisation, pour des enfants qui ont tous une notification de la MDPH d'orientation en IME,
- > Certains de ces adolescents ne bénéficient pas ou très peu (temps très partiel) de places dans le médico-social (IME), puisqu'ils sont pris en charge dans le service de Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent du CHU, ce qui est dommageable pour leur avenir (suspension des soins à l'IPA à l'âge de 18 ans). Ainsi, dans certaines situations l'IPA supplante le médico-social et s'éloigne de ses missions de soins pédopsychiatriques.
- > Tous les adolescents de l'IPA continueront à être suivis dans le service de Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, et certains bénéficieront du CATT
- > Cette transformation devra être progressive, et prendre en compte chaque situation individuelle des patients actuels de l'IPA.

En parallèle, une étude est en cours afin d'installer cette activité dans les locaux actuellement vacants d'un étage de la Clinique de Champagne. Il s'agit donc, conformément aux orientations du SROS Psychiatrie, de développer une forme de prise en charge alternative à l'hospitalisation, qui permettrait à la fois d'éviter certaines hospitalisations à la MDA ou dans le service d'hospitalisation de pédiatrie du CHU (unité « grands enfants »), et d'organiser des sorties plus précoces de ces deux structures d'hospitalisation grâce à l'étayage pluridisciplinaire et pluri-hebdomadaire qu'offrirait le CATT.

## Objectif 2 : Inscrire le service de psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent du CHU au cœur d'un réseau d'accompagnement et de prise en charge des adolescents en difficulté

La création d'un CATTP pour adolescents, autour de professionnels soignants et éducatifs spécifiquement formés à l'accueil et à la prise en charge de cette population vulnérable, permettrait d'accentuer le travail de liaison et de réseau instauré par le service de Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent du CHU avec ses différents partenaires dans ce domaine : Education Nationale, structures médico-sociales, Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), etc. Ce centre s'articulera également avec le «Point Ecoute Jeunes» créé par la Ville de Reims à la fin de l'année 2013.

Ainsi, cette transformation de l'offre de soins aux adolescents sur le secteur de Pédopsychiatrie

Marne Nord est discutée avec les partenaires habituels du service, principalement tous les IME du territoire, lors de réunions de concertation régulières. Une collaboration active se poursuit également avec l'Aide Sociale à l'Enfance (mise à disposition de temps de pédopsychiatre par l'intermédiaire d'une convention), la PJJ (réunions de concertation régulières), le Point Ecoute Jeunes, avec lequel le service a passé convention (participation à l'équipe de pilotage, supervision des psychologues par un pédopsychiatre du CHU, et consultations facilitées pour les adolescents dans les structures du secteur).

Enfin, le CHU souhaite apporter son soutien au projet porté par l'EPSMM (intersecteurs de pédopsychiatrie de Châlons-en-Champagne et Epernay) pour l'ouverture de lits d'hospitalisation de crise pour adolescents sur le site châlonnais de l'établissement.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Aide Sociale à l'Enfance, Protection Judiciaire de la Jeunesse, service de Pédiatrie du CHU et pédiatres libéraux, médecins généralistes, Point Ecoute Jeunes.

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr A.-C. Rolland, Responsable du Service de Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, Pôle FPE
- Dr J. Eutrope, Service de Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, Pôle FPE
- M.-C. Alips, Cadre supérieure de santé, Pôle FPE
- L. Delecroy, Directeur délégué du Pôle FPE

## INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- L'activité de Psychiatrie étant financée par les ressources issues de la Dotation Annuelle de Financement, la mise en œuvre de ce projet nécessite de procéder à un redéploiement de moyens de l'Hôpital de jour pour adolescents, mais également d'obtenir des crédits complémentaires, couvrant les dépenses de personnel à hauteur de 107 000 euros : un poste de psychologue (47 000 €) et un poste de cadre de santé (60 000 €)

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectifs 1 et 2 :**  
Pour mémoire, dépôt d'un dossier à l'ARS au 2<sup>ème</sup> semestre 2015  
Démarrage du projet (éventuellement par tranches) dès obtention des crédits complémentaires (à partir de 2016)

## INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**
  - Nombre d'adolescents accueillis en CATTP
  - Suivi de l'activité du CATTP
  - DMS de la Maison d'Adolescents pour les adolescents de l'intersecteur rémois
  - Nombre d'adolescents accueillis en hospitalisation pour troubles psychiques dans l'unité de pédiatrie « grands enfants » et DMS
- **Objectif 2 :**  
Formalisation des partenariats autour de la prise en charge des adolescents en difficulté (signature de conventions).



**Promoteur** / Pôle Femme Parents Enfant / Service de Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent

**Sources** / SROS Psychiatrie 2012-2016 / CPOM 2012-2017 / Projet du Pôle FPE / Recommandations HAS, «Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent Mars 2012

**OBJECTIFS** :

- Accompagner la parentalité et prendre en charge les mères présentant une dépression postnatale
- Proposer un diagnostic et une prise en charge intensive dès la toute petite enfance aux enfants présentant un trouble du spectre autistique

## PLANS D'ACTIONS

Initié par le service de Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent en 2008, le repérage des troubles psychiques chez les femmes enceintes et/ou nouvellement mères est aujourd'hui en cours de systématisation au sein des maternités rémoises (CHU et cliniques privées), ainsi que par certaines sages-femmes libérales, médecins généralistes et pédiatres. Des professionnels du service interviennent aussi directement plusieurs fois par semaine au sein de la maternité du CHU de Reims.

Dans les suites de ce repérage des troubles psychiques en période post-natale, de nombreuses mères sont reçues en consultation spécialisée dans le service de Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent. Lorsque le diagnostic de dépression postnatale est posé, une prise en charge spécifique est proposée, en individuel et/ou en groupe. A été créée en 2009, une prise en charge groupale sur 12 semaines, innovante et unique en France, avec des effets thérapeutiques très intéressants. Il est à noter, qu'en l'absence de diagnostic et de prise en charge précoce, des difficultés dans les interactions mère-enfant peuvent apparaître avec d'éventuelles répercussions sur le développement global de l'enfant.

Il s'agit ici d'inscrire dans les orientations du projet médical la volonté de compléter le dispositif de prise en charge avec la création d'une unité « Petite Enfance » et de s'inscrire dans la dynamique du 3ème Plan national Autisme.

### Objectif 1 : Accompagner la parentalité et prendre en charge les mères présentant une dépression post-natale

Début 2015 une unité fonctionnelle spécifique dénommée « Périnatalité et petite Enfance » a été individualisée, par redéploiement de professionnels du service de Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, afin de pouvoir au mieux quantifier l'activité et surtout harmoniser et améliorer la qualité

des soins : constitution d'une équipe spécifique, formée, et coordonnée par un médecin (réunions institutionnelles et cliniques régulières).

La création d'un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) « Petite Enfance », s'appuyant sur les ressources et compétences déjà acquises au sein du service de Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent du CHU permettrait d'étendre le dépistage et d'augmenter les capacités d'accueil en prise en charge individuel, et/ou mère-enfant, et/ou au sein des groupes de mères. Cela permettrait de répondre à l'augmentation exponentielle de cette activité spécifique de Psychiatrie périnatale et de soutien des interactions précoces, proposée uniquement au sein du CHU pour la région Champagne-Ardenne.

Cette activité de recours essentielle ne pourra se pérenniser et se développer en l'absence de moyens supplémentaires, le repérage se développant actuellement plus rapidement que les capacités d'accueil du service (prises en charge des mères en individuel et/ou en groupe, visites à domicile, psychothérapies parents-enfant). Elle correspond également à l'un des principaux axes de recherche du service de Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent.

### Objectif 2 : Proposer un diagnostic et une prise en charge intensive dès la toute petite enfance aux enfants présentant un trouble du spectre autistique

Le service de Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent du CHU, en lien avec ses partenaires médico-sociaux, souhaite s'inscrire dans la dynamique portée par le 3ème Plan national Autisme, en développant le diagnostic précoce et la prise en charge intensive des troubles du spectre autistique. Concernant le diagnostic, le service, qui porte déjà le Centre Ressources Autisme (CRA), s'associe en 2015 avec le CAMSP de Reims, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile Marne sud (EPSMM) et

le CAMSP d'Épernay, pour répondre à un appel à projet, en vue de constituer une plate-forme départementale de diagnostic « simple » de l'autisme (niveau 2).

Cette plate-forme devrait permettre, d'une part de mieux répondre aux recommandations nationales et de formaliser le diagnostic de l'autisme dans la Marne, et d'autre part de réduire les délais d'attente pour les diagnostics complexes réalisés par le CRA.

Par ailleurs, la création d'une structure dédiée à la prise en charge intensive et précoce des enfants présentant un trouble du spectre autistique doit permettre la mise en œuvre des recommandations de la HAS quant à la prise en charge précoce (débutée entre l'âge de 18 mois et 4 ans) de ces enfants. Alors que le repérage précoce des signes prédictifs de l'apparition d'une pathologie autistique s'améliore et devrait continuer de s'améliorer grâce à la mise en place de la plate-forme de diagnostic précitée, la capacité de réponse du CHU est aujourd'hui limitée.

La constitution d'une équipe pluridisciplinaire et

spécifiquement formée à ces modes de prise en charge intensifs permettrait une prise en charge thérapeutique mieux adaptée aux besoins individuels et familiaux. Elle offrirait un accompagnement familial psychologique et éducatif autour de la prise de conscience des troubles de l'enfant et un soutien pluridisciplinaire des potentialités développementales du jeune enfant. Considérant les opportunités offertes par le Plan Autisme qui privilégie le développement du secteur médico-social, le CHU souhaite s'associer à l'Association des Papillons Blancs de Reims pour déposer un projet d'extension du SESSAD TED «Gaillée» (actuellement 5 places TED). Ce travail est engagé depuis début 2014, en lien avec les structures médico-sociales partenaires du service et avec les associations de parents. Il a pour objectif de développer une nouvelle méthode de prise en charge précoce et intensive : le «Modèle d'intervention précoce de Denver» pour jeunes enfants avec autisme (ESDM pour Early Start Denver Model) auquel plusieurs professionnels du service se forment actuellement.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Services de Gynécologie-Obstétrique de l'agglomération rémoise, structures sanitaires, médico-sociales et sociales de prise en charge ou d'accueil du jeune enfant, Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr A.-C. Rolland, Responsable du Service de Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, Pôle FPE
- Dr J. Auer, Service de Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, Pôle FPE
- Dr C. Boissou, Service de Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, Pôle FPE
- M.-C. Alips, Cadre supérieure de santé, Pôle FPE
- L. Delecray, Directeur délégué du Pôle FPE

## INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- L'activité de psychiatrie étant financée par les ressources issues de la Dotation Annuelle de Financement, la mise en œuvre de ce projet nécessite de procéder à un redéploiement de moyens, mais également d'obtenir des crédits complémentaires, couvrant les dépenses de personnel à hauteur de 200 000 euros. (0,4 ETP psychiatre, 0,5 ETP psychologue, 0,5 ETP psychomotricien, 1 ETP puéricultrice, 1 ETP éducatrice jeunes enfants).

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 :**  
Dépôt d'un dossier à l'ARS au 1<sup>er</sup> semestre 2016
- **Objectif 2 :**  
Pour mémoire, dépôt d'un dossier commun CHU / Association «Les Papillons Blancs» à l'ARS en réponse à l'appel à projets (juillet 2015)  
Démarrage du projet dès obtention des crédits complémentaires (à partir de 2016)

## INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**
  - Nombre de mères dépistées
  - Nombre de mères prises en charge
  - Ratio mères prises en charge / mères dépistées
- **Objectif 2 :**
  - Autorisation d'extension du SESSAD de l'Association « Les Papillons Blancs », sur la base d'un partenariat avec le CHU
  - Nombre d'enfants pris en charge selon les recommandations HAS
  - Délais d'attente entre l'indication d'une prise en charge intensive et la mise en œuvre du projet de prise en charge de l'enfant.

**Promoteur** / Pôle Femme Parents Enfant

**Sources** / Dossier de demande d'autorisation pour l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation Pédiatriques – Octobre 2015 / CPOM 2012-2017

**OBJECTIFS** : - Créer un secteur de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) Pédiatriques en hôpital de jour  
- Permettre de diversifier l'offre de soins à partir d'un projet médical adapté aux besoins de la population

## PLANS D'ACTIONS

Les soins de rééducation concernent toutes les populations. La population pédiatrique est particulièrement concernée, confrontée à des pathologies neurologiques acquises ou congénitales, aux pathologies traumatiques et ostéo-articulaires pouvant survenir à tout âge et parfois détectées très précocement, dès la période anténatale. Il est nécessaire de rappeler l'importance de la précocité de cette prise en charge, particulièrement pour les enfants dont la plasticité cérébrale est très efficace.

Plusieurs besoins émergent au sein de la population prise en charge dans la région en matière de soins de rééducation pédiatrique et ce, malgré un tissu médico-éducatif présent sur le territoire.

Certains patients domiciliés dans la région nécessitent des soins itératifs par une équipe coordonnée de rééducateurs. Cela implique actuellement un éloignement familial, en internat à Charleville-Mézières (Warnécourt, Ardennes), à Berck (Pas-de-Calais), à Garches (Hauts-de-Seine) ou à Saint-Maurice (Val-de-Marne). Pour ces raisons d'éloignement et d'impossibilité de prise en charge en rééducation, de nombreux enfants restent hospitalisés de façon inadaptée et prolongée dans des unités de réanimation pédiatrique, de chirurgie ou de médecine pédiatriques.

Dans ce contexte, la mise en place de soins de suite et de réadaptation sous forme d'un hôpital de jour pédiatrique, au sein du CHU, est apparue comme une priorité. Cette structure permettra de diversifier l'offre de soins à partir d'un projet médical adapté en réponse aux besoins de la population.

### **Objectif 1 : Créer un secteur de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) Pédiatriques en hôpital de jour**

Le secteur SSR pédiatrique sera composé des secteurs suivants :

- > 10 places d'hôpital de jour,
- > un plateau technique de rééducation

- > une consultation spécifique MPR.

Dans un premier temps, à compter de janvier 2016, le secteur de SSR pédiatriques sera implanté au deuxième étage du bâtiment de chirurgie pédiatrique.

Lors de l'ouverture de l'American Memorial Hospital 2 (dernier trimestre de l'année 2016), l'activité sera transférée au sein du nouveau bâtiment dans un espace dédié.

### **Objectif 2 : Permettre de diversifier l'offre de soins à partir d'un projet médical adapté aux besoins de la population**

L'activité du futur hôpital de jour SSR s'inscrit et s'intègre pleinement dans un réseau de prise en charge médico-éducatif existant et vient en complément de l'offre de soins disponible en matière de prise en charge des enfants handicapés (CAMSP, IME, CRMC, SSES...).

L'activité sera orientée vers la réalisation de bilans périodiques et de prises en charge éducatives multidisciplinaires

Les objectifs sont donc les suivants :

- > réalisation de bilans spécifiques dans le but d'instaurer une thérapeutique ou un plan de rééducation au plus proche des besoins de l'enfant et de sa famille et en fonction de l'environnement,
- > proposer une prise en charge adaptée en termes de contenu, de fréquence et d'intensité pour accompagner le développement de l'enfant vers une vie autonome maximale,
- > relayer dès que possible vers la structure la plus adaptée au profil de l'enfant.

Le projet répond donc à un besoin régional, mis en œuvre dans le cadre réglementaire, détaillé d'une part dans la circulaire DHOS/01/2008/305 du 3 octobre 2008 et d'autre part dans le cahier de planification pour la révision du SROS III de Champagne-Ardenne.

Du fait des spécificités de l'âge, l'organisation de la prise en charge prend également en compte :

- > les besoins pédagogiques et éducatifs de l'enfant,
- > les besoins en soins évalués dans un projet d'insertion familiale, sociale et scolaire établi avec lui et sa famille,
- > guidance des parents et plus généralement de la famille.

Cette structure assurera des missions d'enseignement et de recherche clinique et universitaire. La proximité avec les services de pédiatrie et l'affiliation au Pôle Femme-Parents-Enfant permettront à cette unité de participer ou d'engager des projets de recherche clinique. Ce contexte permettra par ailleurs aux étudiants en médecine, mais aussi aux personnels paramédicaux, tels que les kinésithérapeutes, de bénéficier d'un enseignement sur la spécialité des SSR pédiatriques.

Le profil des enfants pouvant prétendre à une hospitalisation en hôpital de jour est le suivant (liste non exhaustive, élaborée à partir des besoins repérés dans les unités MCO) :

- > enfants trachéotomisés ayant besoin d'une rééducation intensive dont le retour à

domicile a pu être possible mais nécessitant encore une supervision médicale discontinuée et dont la rééducation ne peut pas se faire en centre du fait du dispositif respiratoire ou d'un délai d'attente long,

- > enfants en attente de gastrostomie (attente du poids minimal requis pour intervention chirurgicale) et qui nécessitent une rééducation et une supervision médicale discontinuée en attente de centre adapté à la prise en charge. Le retour à la maison aura été possible avec une sonde gastrique à demeure et une éducation parentale,
- > rééducation de l'oralité d'enfants ayant une pathologie digestive ou ORL dont la sortie a été possible du fait d'un apprentissage parental à l'alimentation entérale par sonde (ex : bébé ayant une atrésie de l'œsophage ou des choanes),
- > enfants en attente de centre de rééducation mais ne pouvant pas y être admis dans l'immédiat, ou qui nécessitent encore une surveillance médicale discontinuée (ex : les enfants ayant subi une arthrodèse ou une chirurgie articulaire).

## ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Services de Pédiatrie et de Chirurgie pédiatrique

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr J.-L. Novella, Chef du Pôle Autonomie et Santé
- Pr M. Abély, Chef du Pôle FPE
- Pr N. Bednarek, RSI Pédiatrie B, Pôle FPE
- Pr F. Boyer, RSI MPR, Pôle Autonomie et Santé
- Dr B. Vesselle, RSI MPR HRD, Pôle Autonomie et Santé
- Dr M. Toussaint, PHC Pôle Autonomie et Santé
- C. Paris, Cadre supérieure du Pôle FPE
- I. Messieux, Cadre supérieure du Pôle FPE
- D. Camonin, Cadre supérieure du Pôle Autonomie et Santé
- G. Coletto, Cadre supérieure du Pôle Autonomie et Santé
- T. Brugeat, Coordonnateur général des soins
- L. Delecray, Directeur délégué du Pôle FPE

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 1<sup>er</sup> semestre 2016**
- **Objectif 2 : 2016-2020**

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- L'activité de SSR est financée par la Dotation Annuelle de Financement. Cette dernière devra être accrue à hauteur de 630 670 € pour faire face aux coûts de fonctionnement de l'unité.

## ● INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**  
Ouverture de l'unité
- **Objectif 2 :**  
Activité annuelle réalisée en HDJ (nombre de journées, file active, nombre de bilans réalisés, taux d'occupation).

Promoteur / Pôle Femme Parents Enfant

Sources / Dossier de demande d'extension pour l'activité de surveillance continue pédiatrique médico-chirurgicale

- OBJECTIFS :**
- Evaluer les besoins et les traduire sur le plan capacitaire
  - Définir l'implantation de l'unité de surveillance continue médico-chirurgicale
  - Obtenir la reconnaissance tarifaire de l'ARS
  - Ouvrir l'unité de surveillance continue médico-chirurgicale

## PLANS D'ACTIONS

Le Pôle Femme Parents Enfant dispose actuellement, outre cinq lits de réanimation pédiatrique, de six lits de surveillance continue pédiatrique à vocation chirurgicale.

Par contre, il n'existe pas au sein de ce Pôle de lits de surveillance continue à vocation médicale.

Cette situation a pour conséquence :

- > Des hospitalisations inadaptées des enfants relevant de ce type de structure qui séjournent dans les unités d'hospitalisation traditionnelle (unité des grands enfants et des nourrissons) ou bien dans le service de réanimation pédiatrique,
- > Une surveillance de ces patients parfois inadaptée dans les secteurs d'hospitalisation traditionnelle par une inadéquation entre la charge de travail et la présence du personnel médical et paramédical,
- > Une valorisation insuffisante de l'hospitalisation de ces patients actuellement dans les secteurs traditionnels,
- > Un allongement de la durée moyenne de séjour dans les secteurs traditionnels et en réanimation qui nuit à la performance en ce domaine.

Le projet a donc pour finalité l'extension de l'unité de surveillance continue pédiatrique, pour la faire évoluer vers une structure médico-chirurgicale, permettant ainsi d'optimiser la prise en charge de tous les enfants dont l'état de santé nécessite le recours à ce type d'unité spécialisée.

### Objectif 1 : Évaluer les besoins et les traduire sur le plan capacitaire

Une analyse préliminaire des séjours relevant de ce type de prise en charge a été effectuée par le DIM du CHU. Il est apparu que de nombreux patients relevant de ce type de prise en charge étaient accueillis dans les secteurs d'hospitalisation conventionnelle, faute d'unité spécialisée.

Il conviendra donc de compléter cette première analyse par une étude détaillée afin d'évaluer précisément les besoins et de les traduire sur le plan capacitaire. Cette étude devra non seulement définir les besoins capacitaires en termes de surveillance continue à vocation médicale mais également prendre en compte le taux d'occupation actuel de l'unité de surveillance continue et mesurer l'impact de cette extension sur l'activité et le dimensionnement des unités d'hospitalisation conventionnelle en pédiatrie.

### Objectif 2 : Définir l'implantation de l'unité de surveillance continue médico-chirurgicale

La réflexion relative à l'implantation de l'unité de surveillance continue médico-chirurgicale devra être menée dans le cadre plus général de la réflexion à conduire sur le dimensionnement des différents secteurs d'activité en vue du leur transfert au sein du nouvel hôpital d'enfants (AMH 2) en octobre 2016.

Le choix de l'implantation devra nécessairement prendre en compte les liens de l'unité de surveillance continue avec le service des urgences pédiatriques et la réanimation pédiatrique.

### Objectif 3 : Obtenir la reconnaissance tarifaire de l'ARS

La création de lits de surveillance continue nécessite l'accord de l'ARS sous forme d'une reconnaissance tarifaire.

Un dossier justifiant la création de ces lits devra être élaboré et déposé à l'ARS. Ce dossier comportera des éléments médicaux justifiant l'évolution capacitaire souhaitée ainsi que des éléments financiers destinés à démontrer que l'accroissement des charges de fonctionnement pourra être compensé par les recettes issues de la facturation des suppléments générés par l'activité de surveillance continue.

#### **Objectif 4 : Ouvrir l'unité de surveillance continue médico-chirurgicale**

Sous réserve des réponses apportées aux étapes précédentes, l'objectif consistera à ouvrir cette unité dans le cadre du transfert des activités

pédiatriques au sein du nouvel hôpital d'enfants en octobre 2016.

---

### **AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET**

Services de Pédiatrie A et B, service de Chirurgie pédiatrique, service des urgences pédiatriques.

---

#### **PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET**

- Pr M. Abély, Chef du Pôle FPE, Responsable du service de Pédiatrie A
- Pr A. Ducasse, Chef du Pôle Interventionnel
- Pr N. Bednarek, Responsable du service de Pédiatrie B, Pôle FPE
- Pr M.-L. Poli-Mérol, Responsable du service de Chirurgie pédiatrique, Pôle FPE
- Dr B. Digeon, Responsable du service des Urgences pédiatriques, Pôle FPE
- C. Paris, Cadre supérieure du Pôle FPE
- I. Messieux, Cadre supérieure du Pôle FPE
- O. Hillbig, Assistant de gestion du pôle FPE
- T. Brugeat, Coordonnateur général des soins
- L. Delecray, Directeur délégué du Pôle FPE

#### **INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES**

- Une étude médico-économique permettra de déterminer les moyens qui pourront être affectés à cette unité au regard des recettes supplémentaires issues de la facturation des suppléments correspondant à la surveillance continue.

---

### **CALENDRIER DE RÉALISATION**

- **Objectif 1 : 1<sup>er</sup> trimestre 2016**
- **Objectif 2 : 2<sup>ème</sup> trimestre 2016**
- **Objectif 3 : 2<sup>ème</sup> trimestre 2016**
- **Objectif 4 : 4<sup>ème</sup> trimestre 2016**

### **INDICATEURS DE SUIVI**

- **Objectif 1 :**  
Production de l'étude capacitaire
- **Objectif 2 :**  
Production de l'étude d'implantation
- **Objectif 3 :**  
Dépôt du dossier de reconnaissance tarifaire
- **Objectif 4 :**  
Ouverture de l'unité



Promoteur / Pôle Femme Parents Enfant

- OBJECTIFS :**
- Augmenter l'offre d'accueil des jeunes patients porteurs de polyhandicap
  - Permettre des réunions de synthèse en fin de journée avec participation parentale et des représentants des établissements d'accueil
  - Etendre ce mode de prise en charge pluridisciplinaire à la médecine adulte

## PLANS D'ACTIONS

Le polyhandicap se caractérise par une déficience mentale sévère ou profonde, un déficit moteur, pouvant confiner le patient au lit ou au fauteuil roulant, des atteintes éventuelles des fonctions sensorielles telles que la vue ou l'audition, une restriction des capacités de communication, l'absence d'autonomie dans l'alimentation, pouvant nécessiter le recours à une gastrostomie, une absence de maîtrise des sphincters, qui entraînent une restriction extrême de l'autonomie de la personne. Peuvent s'y ajouter des malformations ou répercussions d'autres organes (cardiaques par exemple), des déformations (du rachis par exemple) voire une épilepsie.

Les personnes atteintes d'un polyhandicap, adultes et enfants, sont confrontées à de nombreux obstacles en termes d'accès aux soins courants. Cette situation s'explique, en partie, par un manque d'organisation dans la prise en charge médicale dont ils peuvent avoir besoin et par un manque relatif de personnels pour accompagner ces patients avant et après la consultation médicale. Le Pôle Femme Parents Enfant du CHU a mis en place, depuis 2009, une consultation pluridisciplinaire dont le but est de prendre en charge de manière globale les enfants de la région Champagne-Ardenne atteints de polyhandicap. Cette consultation est unique au niveau de la région Grand Est et reste encore peu développée au niveau national. Cette consultation est pluridisciplinaire. Elle permet aux enfants avec polyhandicap d'avoir plusieurs consultations auprès de différents spécialistes, en fonction de leurs besoins, en un lieu unique, sur une seule journée entre 10 h et 17 h. A la fin de la journée, une synthèse est réalisée entre les intervenants autour des prises en charge de l'enfant permettant d'élaborer un projet de soin et un projet de vie cohérents et le cas échéant de progresser dans la recherche de l'étiologie du handicap. Les différents intervenants pédiatriques actuels sont les

suivants : neuro-pédiatre, pneumo-pédiatre, gastro-pédiatre, médecin de rééducation fonctionnelle, généticien, chirurgien orthopédiste, chirurgien digestif, infirmière de nutrition entérale, diététicienne, psychologue, assistante sociale, médecin et infirmière coordinateurs. Cette consultation se fait en lien avec les familles et avec les centres de la région prenant en charge les enfants. Deux consultations par mois, hors été, ont été ouvertes jusqu'à présent qui permettent d'accueillir 5 enfants par consultation. Cependant le fonctionnement de cette offre de consultation pluridisciplinaire n'est pas optimal et des voies d'amélioration sont à envisager.

### Objectif 1 : Augmenter l'offre d'accueil des jeunes patients porteurs de polyhandicap

Les différentes structures sociales et sanitaires de la région Champagne-Ardenne qui accueillent des enfants porteurs de polyhandicap, les parents de ces enfants, de même que les différents médecins spécialistes pédiatres qui les soignent sont en demande forte de ce type de prise en charge. Actuellement les moyens dont le Pôle Femme Parents Enfant dispose ne permettent pas d'augmenter le nombre de prises en charge. Le délai moyen pour obtenir un rendez-vous est d'environ 7 mois. Ce délai n'est pas du tout adapté aux situations de handicap que présentent de très jeunes enfants.

Pour améliorer l'offre d'accueil et pérenniser ces consultations pluridisciplinaires, un renforcement de l'équipe des intervenants est nécessaire (cf. rubrique «Incidences financières»).

### Objectif 2 : Permettre des réunions de synthèse en fin de journée avec participation parentale et des représentants des établissements d'accueil

Dans la mesure du possible, des réunions de synthèse sont effectuées en fin de journée par les intervenants qui ont vu les enfants.



Ces synthèses ont pour vocation de faire le point sur la prise en charge, ses objectifs, sur une démarche étiologique lorsque cela est nécessaire. L'équipe de Pédiacap, Equipe Ressource Régionale de Soins Palliatifs Pédiatriques, se joint aux réunions de synthèse lorsque cela est indiqué pour élaborer un projet de vie. Ces réunions sont parfois compromises en raison d'un problème de temps médical.

Il serait souhaitable que les parents et des représentants des équipes des structures sociales et sanitaires de la région Champagne-Ardenne qui accueillent ces enfants soient intégrés dans cette démarche de synthèse et donc participent à ces réunions.

Le renforcement de l'équipe de coordination devrait permettre la mise en place systématique des réunions de synthèse et la collaboration avec les familles et les structures d'accueil, dans l'intérêt des patients. La mise en place de conférences à

distance (par exemple connexion via internet pour web conférence) devrait faciliter la participation des équipes des structures d'accueil des enfants.

### **Objectif 3 : Etendre ce mode de prise en charge pluridisciplinaire à la médecine adulte**

A l'heure actuelle, les enfants atteints de polyhandicap sont mieux pris en charge et atteignent plus fréquemment l'âge adulte. En raison d'une mauvaise connaissance du polyhandicap par les médecins d'adultes, ces patients devenus adultes continuent leur suivi médical avec des pédiatres non avertis des pathologies adultes.

Il est nécessaire de mettre en place une consultation pluridisciplinaire équivalente avec des médecins d'adultes. La transition entre la pédiatrie et les adultes se fera grâce à la mise en place d'une collaboration étroite entre les deux consultations avec au moins deux consultations communes de « transition ou de passage ».

## **AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET**

Services de Pédiatrie et de Chirurgie pédiatrique, de Génétique Médicale, de Neurologie et de Médecine de Rééducation Fonctionnelle, de Pneumologie et de Gastroentérologie.

## **PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET**

- Pr M. Abély, Chef du Pôle FPE
- Pr N. Bednarek, Responsable du service de Pédiatrie B, Pôle FPE
- Dr M. Toussaint, Pôle Autonomie et Santé
- Pr S. Bourelle, service de Chirurgie Pédiatrique, Pôle FPE
- C. Paris, Cadre supérieure du Pôle FPE
- S. Orsero, Puéricultrice Hôpital de jour du Pôle FPE
- L. Schmidt, Infirmière de nutrition entérale au Pôle FPE
- I. Messieux, Cadre supérieure du Pôle FPE
- O. Hilbig, Assistant de gestion du Pôle FPE
- T. Brugeat, Coordonnateur Général des Soins
- L. Delecray, Directeur délégué du Pôle FPE
- F. De Tommaso, Directeur de la Qualité / Gestion des Risques
- Médecins « Adultes » pour le relais :  
Pr S. Bakchine, Responsable du service de Neurologie,  
Pr F. Boyer, Responsable du service de Médecine Physique et de Réadaptation

## **CALENDRIER DE RÉALISATION**

- **Objectif 1 : 2016**
- **Objectif 2 : 2017**
- **Objectif 3 : 2018**

## **INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES**

- Pour améliorer l'offre d'accueil et pérenniser ces consultations pluridisciplinaires, un renforcement de l'équipe des intervenants est nécessaire : temps de médecin coordonnateur (besoin estimé à 0,3 ETP), temps de puéricultrice coordonnatrice (besoin estimé à 0,3 ETP), temps de psychologue dédié (besoin estimé à 0,2 ETP), et temps de secrétariat (besoin estimé à 0,1 ETP).  
Une étude médico-économique devra valider la possibilité de mettre en place ce renforcement des effectifs.

## **INDICATEURS DE SUIVI**

- **Objectif 1 :**  
Activité annuelle réalisée en HDJ (nombre de journées, file active, nombre de bilans réalisés, taux d'occupation)
- **Objectif 2 :**  
- Nombre de consultations de synthèse/nombre total de consultations pluridisciplinaires  
- Questionnaires de satisfaction des établissements et des familles
- **Objectif 3 :**  
Création d'une consultation pluridisciplinaire adulte.

# Chapitre 1-G : LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE ÂGÉE

## Préambule

Dans un contexte marqué, par le vieillissement de la population d'une part, par l'importance des structures du CHU dédiées à la prise en charge des personnes âgées d'autre part, cette thématique consacrée à la prise en charge de la personne âgée se devait de constituer un axe prioritaire du projet médical.

L'évolution démographique régionale n'est pas sans conséquence sur l'activité du CHU.

Les situations conduisant à l'hospitalisation des personnes âgées en urgence expriment une grande hétérogénéité. Ainsi, des patients porteurs de pathologies multiples aux hospitalisations à caractère social, la prise en charge met en évidence un manque certain de prévention et de préparation de l'hospitalisation. Il s'ensuit une saturation d'un grand nombre de lits de médecine avec difficulté d'orientation vers des structures de soins adaptés, ou des conditions adéquates de prise en charge à domicile.

Dans ce contexte, la prise en charge transversale du sujet âgé malade nécessite au préalable une meilleure définition des patients pour lesquels une action multidisciplinaire transversale peut avoir un intérêt et ce en dehors des simples contingences liées à l'âge. La prise en charge transversale du sujet âgé malade, pour être efficace, doit se centrer sur le sujet âgé fragile pour lesquels les syndromes gériatriques sous-jacents vont poser problèmes aux équipes soignantes les prenant en charge. Parmi eux, on dénombre la prise en charge des troubles cognitifs et psycho-comportementaux, la prise en charge des malaises et des chutes, l'évaluation de l'adéquation entre l'autonomie du patient et le mode de vie de celui-ci, notamment au domicile, la prise en charge de la dénutrition...

Le CHU n'a pas pour vocation prioritaire d'assumer l'hébergement médicalisé, et a fortiori non médicalisé, des personnes âgées. Sa mission d'hôpital de proximité peut, dans ce domaine, être réalisée en partenariat avec d'autres institutions dont le fonctionnement et les structures sont plus adaptés.

En revanche le CHU doit assumer la prise en charge de niveau hospitalo-universitaire du vieillissement centré sur l'expertise diagnostique, le projet thérapeutique et la « réautonomisation » et ce de façon articulée avec le médecin traitant et les structure médico-sociales.

Les propositions d'améliorations peuvent être regroupées autour des quatre thématiques suivantes :

- > l'organisation d'une filière de soins gériatrique complète et coordonnée au sein du CHU, articulée avec les autres services dont le Service d'Accueil des Urgences,
- > l'amélioration de la coordination entre les différents intervenants du secteur sanitaire et médico-social sur le lieu d'hébergement du sujet âgé,
- > la mise en place de structures innovantes : Centre d'expertise ambulatoire Gériatrique, EMIG de niveau 3, voire Unité Post Urgence Gériatrique,
- > le travail en réseau, la prévention et l'accès aux soins de proximité.



### LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE (FICHE N°28)

Le système hospitalier doit répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées vulnérables et / ou atteintes d'une ou plusieurs pathologies chroniques ou aiguës et prendre en compte l'entourage constitué par les aidants et les proches.

De par son appartenance au service public et à l'établissement de santé support du GHT (Groupement Hospitalier de Territoire), la filière de soins gériatrique du CHU s'inscrit dans une coopération en réseau, en lien direct avec les médecins traitants et l'ensemble des partenaires du champ sanitaire et du champ médico-social ainsi que les associations de familles ou de patients de son territoire d'implantation.

Elle tend à prévenir les recours évitables au SAU, les hospitalisations non organisées et à limiter les réhospitalisations précoces grâce à un accompagnement coordonné des retours à domicile.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°28 :

**Objectif 1 : Prévenir les hospitalisations inadaptées des patients âgés fragiles**

**Objectif 2 : Développer les compétences des soignants autour de la prise en charge de la personne âgée fragile afin d'améliorer la qualité des soins, la sécurité et la bientraitance**

**Objectif 3 : Optimiser la fluidité de la filière gériatrique et psycho-gériatrique**

**Objectif 4 : Améliorer la lisibilité de la filière gériatrique**



## LA CRÉATION D'UN CENTRE D'EXPERTISE ET D'ÉVALUATION GÉRIATRIQUE (FICHE N°29)

Dans le cadre de l'élaboration du CPOM 2012-2017, le rôle du CHU au sein de la filière de prise en charge du patient gériatrique a été considéré comme une orientation stratégique forte, confiant à l'établissement un rôle de recours important au sein de cette filière.

Afin de conforter son rôle en ce domaine, le CHU a retenu comme prioritaire la création d'un Centre d'Expertise et d'Évaluation Gériatrique (CEEG).

Ce CEEG aura pour objectifs principaux : la prévention de la dépendance par la réalisation d'une évaluation gérontologique, la limitation des hospitalisations suite à une prise en charge aux urgences ainsi que la structuration d'un réseau ville hôpital.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°29 :

**Objectif 1 : Prévenir la dépendance par la réalisation d'une évaluation gérontologique et la proposition d'un projet de prévention personnalisé**

**Objectif 2 : Limiter les hospitalisations suite à une prise en charge aux urgences**

**Objectif 3 : Structurer le réseau ville-hôpital**



## LE DÉVELOPPEMENT DU RÔLE DE L'ÉQUIPE MOBILE D'INTERVENTION GÉRIATRIQUE DE NIVEAU 3 (FICHE N°30)

Dans le cadre de l'élaboration du CPOM 2012-2017, le rôle du CHU au sein de la filière de prise en charge du patient gériatrique a été considéré comme une orientation stratégique forte, confiant à l'établissement un rôle de recours important au sein de cette filière.

Afin de conforter son rôle en ce domaine, le CHU a retenu comme prioritaire le développement du rôle de l'Équipe Mobile d'Intervention Gériatrique (EMIG) dans ses différents champs d'intervention : activité intra-hospitalière, activité extra-hospitalière et actions de formations.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°30 :

**Objectif 1 : Poursuivre l'activité intra-hospitalière en définissant le rôle exact et les missions précises de l'équipe mobile d'intervention gériatrique**

**Objectif 2 : Développer l'activité extra-hospitalière pour créer un réseau gériatrique opérationnel et réactif**

**Objectif 3 : Développer l'activité de formation concernant la prise en charge des personnes âgées, à l'hôpital, à domicile et en institution**



## LA CRÉATION D'UNE UNITÉ POST-URGENCE GÉRIATRIQUE (FICHE N°31)

Parallèlement au vieillissement de la population, ces dernières années ont été marquées par un afflux croissant de patients âgés aux urgences et ceci malgré les admissions directes en court séjour gériatrique, entraînant, soit des hospitalisations dans les Unités d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) non adaptées à l'accueil de patients gériatriques, soit des hospitalisations dans des services inadaptés. De ce constat est née l'idée de création des services de soins spécialisés permettant une hospitalisation de courte durée afin de proposer une prise en charge spécifique et rapide de la population gériatrique permettant la réduction du déclin fonctionnel et une augmentation de la probabilité d'un retour à domicile après une hospitalisation pour un événement médical aigu.

Cette Unité Post Urgence Gériatrique (UPUG) est une unité de soins de court, voire de très court séjour, permettant une prise en charge gériatrique dédiée en aval des urgences.

Cette UPUG aura pour objectifs principaux : une prise en charge rapide et spécialisée en Gériatrie et Gérontologie de cette population spécifique. Les personnes âgées qui se présentent aux urgences du CHU nécessitent une hospitalisation courte, afin de réaliser une première évaluation globale.

L'unité permettra de gérer l'affluence croissante des patients âgés aux Urgences de l'établissement, de compenser la suppression de lits liée aux réorganisations de l'hôpital et enfin, d'éviter leur dispersion et immobilisation en dehors de toute prise en charge médicale gériatrique.

Une prise en charge globale sous forme de soins pluridisciplinaires sera proposée dans l'objectif de favoriser un retour au lieu de vie habituel.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°31 :

**Objectif 1 : Réduire le nombre d'hospitalisations inadaptées**

**Objectif 2 : Permettre une prise en charge rapide et spécialisée des patients âgés (DMS 3 - 5 jours)**

**Promoteur** / Pôle Autonomie et Santé / Pôle EHPAD / USLD

**Sources** / SROS 2012-2016 / CPOM 2012-2017 / Projet des Pôles EHPAD et Autonomie et Santé

- OBJECTIFS :**
- Prévenir les hospitalisations inadaptées des patients âgés fragiles
  - Développer les compétences des soignants autour de la prise en charge de la personne âgée fragile afin d'améliorer la qualité des soins, la sécurité et la bientraitance
  - Optimiser la fluidité de la filière gériatrique et psycho-gériatrique
  - Améliorer la lisibilité de la filière gériatrique

Le système hospitalier doit répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées vulnérables et /ou atteintes d'une ou plusieurs pathologies chroniques ou aiguës et prendre en compte l'entourage constitué par les aidants et les proches.

De par son appartenance au service public et à l'établissement de santé support du GHT (Groupement Hospitalier de Territoire), la filière de soins gériatrique du CHU s'inscrit dans une coopération en réseau, en lien direct avec les médecins traitants et l'ensemble des partenaires du champ sanitaire et du champ médico-social ainsi que les associations de familles ou de patients de son territoire d'implantation.

Elle tend à prévenir les recours évitables au SAU, les hospitalisations non organisées et à limiter les réhospitalisations précoces grâce à un accompagnement coordonné des retours à domicile.

## Organisation au sein du CHU :

### Le Pôle Autonomie et Santé regroupe :

- ◆ Les unités de médecine gériatrique aiguë (UMG) 1 et 3 réalisent une prise en charge globale des sujets âgés poly-pathologiques en situation de décompensation aiguë afin d'établir un diagnostic et d'obtenir un équilibre thérapeutique.
- ◆ L'unité de médecine gériatrique aiguë 2 (UMG 2) accueille des patients âgés dans un contexte de pathologie démentielle dans le cadre d'une décompensation psycho-comportementale aiguë.
- ◆ Les services de soins de suite et de réadaptation SSR G1, G2 et G3 ont pour mission de prévenir ou réduire la perte d'autonomie et de promouvoir la réadaptation des patients âgés. Ils doivent assurer la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale et sociale ou à l'entrée en institution, assurer l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage et assurer l'information et le soutien des aidants.
- ◆ L'Unité Cognitive-Comportementale (UCC) est spécialisée dans la prise en charge de patients souffrant de démence, autonomes sur le plan physique, ayant des troubles du comportement nécessitant une réadaptation pluridisciplinaire.
- ◆ L'Hôpital De Jour gériatrique et le plateau ambulatoire dispensent une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale à la demande du médecin traitant avec prise en charge adaptée et proposent des bilans et traitements programmés sur une courte durée.
- ◆ Le Centre Mémoire Ressource et Recherche assure les missions d'une consultation mémoire, et est un recours pour les consultations mémoire et les spécialistes concernant les diagnostics complexes ou atypiques qui requièrent une expertise.
- ◆ L'Equipe Mobile Gériatrique intervient, à la demande, dans l'ensemble des services du CHU, notamment dans la structure des urgences pour dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique.
- ◆ L'Unité de Coordination en OncoGériatrie (UCOG) permet de mieux adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer par des décisions conjointes et permet également de promouvoir la Recherche, la formation et l'information en Oncogériatrie.

## **Le Pôle EHPAD - USLD regroupe :**

- ◆ L'Unité de Soins Longue Durée (USLD) et l'EHPAD renforcé accueillent les patients nécessitant des soins médico techniques importants et prolongés, y compris pour les pathologies relevant de soins palliatifs.
- ◆ L'Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) est dédiée aux résidents atteints de maladie d'Alzheimer compliquée de symptômes psycho-comportementaux sévères nécessitant une prise en charge par une équipe gériatrique pluridisciplinaire spécialisée.
- ◆ Les EHPAD offrent des lieux de vie adaptés aux personnes âgées en perte d'autonomie, pour un projet de vie personnalisé dans 4 Etablissements. Ils comportent également un secteur dédié aux déficients intellectuels retraités (convention de partenariat avec l'Association «Les Papillons Blancs»).
- ◆ Les EHPAD psycho-gériatriques, dotés de secteurs spécialisés (CHATOD et PASA), proposent à des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives, des activités individuelles et collectives occupationnelles et thérapeutiques.
- ◆ L'Hébergement Temporaire propose des solutions de répit aux aidants et un accompagnement de la personne âgée.
- ◆ L'Accueil de Jour Alzheimer assure une prise en charge organisée sur une ou plusieurs journées par semaine, pour des personnes âgées vivant à domicile, à la demande du médecin traitant. Il favorise le maintien dans leur cadre de vie habituel et apporte un répit aux aidants.
- ◆ La PARAF (Plateforme d'Accompagnement et de Répit des Aidants Familiaux) coordonne les interventions médico-psycho-sociales destinées à prévenir l'épuisement des aidants : consultations psycho-gériatriques, soutien psychothérapeutique, groupes de parole, Bistrot Mémoire, interventions externes (domicile, CLIC, MAIA, CCAS, etc.), consultations avancées interservices (médicales et paramédicales), réunions interdisciplinaires et gestion des flux.

## **PLANS D' ACTIONS**

### **Objectif n°1 : Prévenir les hospitalisations inadaptées des patients âgés fragiles**

- > Permettre le repérage des personnes âgées fragiles aux Urgences pour assurer leur bonne orientation (en intra ou en extra hospitalier),
- > Favoriser l'intervention de l'EMIG aux Urgences, en intra et en extra hospitalier,
- > Favoriser les entrées directes en médecine aiguë gériatrique,
- > Assurer l'orientation vers le secteur EHPAD / USLD approprié, y compris l'accompagnement des patients en fin de vie, en partenariat avec l'EMSP,
- > Développer l'Hébergement Temporaire de Nuit et d'Urgence en EHPAD.

### **Objectif n°2 : Développer les compétences des soignants autour de la prise en charge de la personne âgée fragile afin d'améliorer la qualité des soins, la sécurité et la bientraitance**

- > Élaborer des modules de formation relatifs à la prise en charge des personnes âgées fragiles,
- > Assurer ces formations en intra et extra hospitalier, à la fois dans les secteurs gériatriques, mais également dans tous les autres secteurs qui en font la demande.

### **Objectif n°3 : Optimiser la fluidité de la filière gériatrique et psycho-gériatrique**

- > Améliorer la collaboration entre les différents acteurs de soins,
- > Assurer une meilleure coordination tout au long du parcours de soin par l'identification de référents,
- > Assurer une orientation adaptée au profil du patient au sein de la filière Gériatrique du CHU,
- > Améliorer la réautonomisation des personnes âgées en SSR pour favoriser le retour à domicile et / ou préparer l'entrée en Institution,
- > Développer le secteur EHPAD psycho-gériatrique.

### **Objectif n°4 : Améliorer la lisibilité de la filière gériatrique**

- > Élaborer un document reprenant les différentes structures de soin, intra et extra hospitalières, leurs rôles et leurs missions,
- > Diffuser ce document en intra et en extra hospitalier,
- > Diffuser aux partenaires intra et extra hospitaliers d'informations relatives aux prestations de la PARAF et de la filière EHPAD psycho-gériatrique.

## **AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET**

Ensemble des services de la filière Gériatrique du CHU, Service d'Accueil des Urgences, tous les services de Médecine et de Chirurgie du CHU, EHPAD (ayant signé une convention avec le CHU), centres hospitaliers de Châlons-en-Champagne, Epernay, Fismes et Rethel (Groupement Hospitalier de Territoire), partenaires du champ sanitaire et du champ médico-social ainsi que les associations du territoire d'implantation.

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Dr F. Munsch, Chef du Pôle EHPAD USLD
- Dr A. Devy Michel, Adjoint du Chef du Pôle EHPAD USLD
- S. Vachez, G. Coulmy, Cadres supérieurs du Pôle EHPAD USLD
- Pr J.-L. Novella, Chef du Pôle Autonomie et Santé
- Dr A. Debart, Responsable du service SSR gériatrique - Pôle Autonomie et Santé
- G. Coletto, D. Camonin, Cadres supérieurs du Pôle Autonomie et Santé
- P. Jaillot, B. Dolomie, Directeurs délégués auprès des Pôles Autonomie et Santé et EHPAD USLD

## INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

Moyens nécessaires pour :

- Création d'un poste de référent de la coordination, gestionnaire de flux pour le secteur MCO / SSR
- Agrément de poste(s) d'interne(s) en Médecine générale en USLD
- Renforcement du temps de psychologue en secteur EHPAD

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 1<sup>er</sup> semestre 2017**
- **Objectif 2 : 2<sup>ème</sup> semestre 2017**
- **Objectif 3 : 1<sup>er</sup> semestre 2016**
- **Objectif 4 : 2<sup>ème</sup> semestre 2016**

## INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**
  - Élaboration d'une grille d'évaluation de la fragilité de la personne âgée
  - Nombre d'hospitalisations inadaptées de personnes âgées par an
  - Nombre d'interventions de l'EMIG par an
  - Nombre d'entrées directes en UMG par an
  - Identification d'une Unité Post-Urgence Gériatrique
  - Identification d'un Centre d'expertise et d'Évaluation Gériatrique
  - Nombre de patients réorientés au sein du Pôle EHPAD / USLD par an
  - Ouverture de lits d'Hospitalisation Temporaire de nuit et d'urgence en EHPAD
  - Nombre de lits et places d'EHPAD identifiés psycho-gériatriques
- **Objectif 2 :**
  - Création de modules de formation sur les personnes âgées fragiles
  - Nombre de formations / informations délivrées en intra et extra hospitalier par an
  - Nombre d'agents formés par an
- **Objectif 3 :**
  - Nombre de réunions inter Pôles par an
  - Nombre de dossiers complexes gérés le gestionnaire de flux par an
  - Délais d'admission UMG / SSR et SSR / EHPAD-USLD
- **Objectif 4 :**
  - Création du document de présentation de la filière gériatrique
  - Nombre de partenaires hospitaliers et extra hospitaliers ayant reçu le document
  - Nombre de partenaires hospitaliers et extra hospitaliers ayant reçu l'information relative aux missions de la PARAF.





**Promoteur** / Pôle Autonomie et Santé

**Sources** / CPOM 2012-2017 / Projet du Pôle Autonomie et Santé

- OBJECTIFS :**
- Prévenir la dépendance par la réalisation d'une évaluation gérontologique et la proposition d'un projet de prévention personnalisé
  - Limiter les hospitalisations suite à une prise en charge aux Urgences
  - Structurer le réseau ville-hôpital

## PLANS D'ACTIONS

Dans le cadre de l'élaboration du CPOM 2012-2017, le rôle du CHU au sein de la filière de prise en charge du patient gériatrique a été considéré comme une orientation stratégique forte, confiant à l'établissement un rôle de recours important au sein de cette filière.

Afin de conforter son rôle en ce domaine, le CHU a retenu comme prioritaire la création d'un Centre d'Expertise et d'Evaluation Gériatrique (CEEG).

Ce CEEG aura pour objectifs principaux : la prévention de la dépendance par la réalisation d'une évaluation gérontologique, la limitation des hospitalisations suite à une prise en charge aux urgences ainsi que la structuration d'un réseau ville-hôpital.

### **Objectif 1 : Prévenir la dépendance par la réalisation d'une évaluation gérontologique et la proposition d'un projet de prévention personnalisé**

Le CEEG est chargé de réaliser une expertise gériatrique basée sur des évaluations gérontologiques pluridisciplinaires médicales, paramédicales (psychologue, kinésithérapeute, diététicienne, examens complémentaires...) et / ou sociales, de poser le(s) diagnostic(s), de collaborer au suivi du sujet âgé fragile et de proposer à son entourage les aides utiles adaptées à la situation.

Le CEEG fonctionne en étroite collaboration, dans un souci de complémentarité avec les consultations mémoire et le Centre Mémoire de Ressources et de Recherche. Pour cela, il sera implanté dans la même zone géographique et partagera une partie de leurs locaux.

Ce centre fonctionne sous forme de consultation avec accès à l'hospitalisation de jour ou à une hospitalisation classique si nécessaire.

Il doit permettre une alternative programmée à nombre de situations qui aujourd'hui, faute d'alternative, nécessitent une hospitalisation traditionnelle.

La création du CEEG nécessitera la réalisation d'une étude de faisabilité tant en termes de locaux nécessaires à l'accroissement de l'activité en consultations et d'hospitalisation de jour, qu'en termes de moyens humains.

### **Objectif 2 : Limiter les hospitalisations suite à une prise en charge aux Urgences**

Le CEEG permettra de limiter les hospitalisations des personnes âgées grâce à une collaboration étroite avec le Service d'Accueil des Urgences (SAU) se traduisant par deux actions majeures :

- > Proposer une solution rapide d'évaluation aux urgentistes pour leurs patients justifiant d'un bilan ambulatoire. Thématiques :
  - ♦ Chutes
  - ♦ Fragilité
  - ♦ Oncogériatrie
  - ♦ Dénutrition
  - ♦ Troubles cognitifs et thymique
  - ♦ Perte d'autonomie
  - ♦ Maintien à domicile difficile
- > Réserver des plages de bilan aux urgences permettant un retour des sujets âgés au domicile avec bilan organisé dans les 72 heures suivant leur passage au SAU.

### **Objectif 3 : Structurer le réseau ville hôpital**

Les missions du CEEG s'insèrent dans un travail en réseau incluant les médecins généralistes et les services d'aide à domicile. Il conviendra de proposer une solution rapide de bilan aux médecins traitants pour les sujets de 70 ans et plus, vivant à domicile ou en EHPAD.

---

## ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Service d'Accueil des Urgences Adultes, ensemble de la filière gériatrique du CHU, EHPAD ayant signé une convention avec le CHU.

---

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr J.-L. Novella, Chef du Pôle Autonomie et Santé
- Dr R. Mahmoudi, Praticien au sein du service de Court Séjour Gériatrique
- F. Thomas, Cadre Administratif du Pôle Autonomie et Santé

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

Les incidences financières devront être précisées dans le cadre d'une étude médico-économique intégrant différentes composantes :

- Le coût des travaux nécessaires au dimensionnement des locaux de consultations et d'hospitalisation de jour est évalué à 350 000 €
- Les moyens de fonctionnement dont les moyens en personnel médical et paramédical spécifiques seront évalués en tenant compte des objectifs et d'une montée en charge de cette activité
- Les recettes liées à l'activité (T2A)

---

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 1<sup>er</sup> semestre 2016**  
(à valider dans le cadre de l'étude de faisabilité)
- **Objectif 2 : 1<sup>er</sup> semestre 2017**
- **Objectif 3 : 2<sup>ème</sup> semestre 2017**

---

## ● INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**
  - File active (nombre de patients)
  - Proportion de fragilité (Fried, Sega)
  - Descriptif des causes de sollicitations par états pathologiques
- **Objectif 2 :**
  - Nombre de patients pris en charge aux urgences ayant bénéficié d'une Evaluation Gériatrique Standardisée au CEEG
- **Objectif 3 :**
  - Délai de réalisation des bilans
  - Nombre de réunions avec les structures interfaces (réseau, CLIC, MAIA, EHPAD...).

Promoteur / Pôle Autonomie et Santé

Sources / CPOM 2012-2017 / Projet du Pôle Autonomie et Santé

**OBJECTIFS :**

- Poursuivre l'activité intra-hospitalière en définissant le rôle exact et les missions précises de l'équipe mobile d'intervention gériatrique
- Développer l'activité extrahospitalière pour créer un réseau gériatrique opérationnel et réactif
- Développer l'activité de formation concernant la prise en charge des personnes âgées, à l'hôpital, à domicile et en institution

## PLANS D' ACTIONS

Dans le cadre de l'élaboration du CPOM 2012-2017, le rôle du CHU au sein de la filière de prise en charge du patient gériatrique a été considéré comme une orientation stratégique forte, confiant à l'établissement un rôle de recours important au sein de cette filière.

Afin de conforter son rôle en ce domaine, le CHU a retenu comme prioritaire le développement du rôle de l'Equipe Mobile d'Intervention Gériatrique (EMIG) dans ses différents champs d'intervention : activité intra-hospitalière, activité extrahospitalière et actions de formations.

### Objectif 1 : Poursuivre l'activité intra-hospitalière en définissant le rôle exact et les missions précises de l'équipe mobile d'intervention gériatrique

Dans le cadre de son activité intra-hospitalière, le rôle principal de l'EMIG est d'optimiser l'orientation du patient âgé, dès les Urgences, et doit se décliner ainsi :

- > Aide à la décision sur la nécessité d'hospitaliser,
- > Alternative à l'hospitalisation dans la filière gériatrique (consultation, Centre d'Expertise et d'Evaluation Gériatrique, répit, hospitalisation programmée, renforcement plan aide à domicile)
- > Adaptation de l'orientation de l'hospitalisation tenant compte de l'état de fragilité du patient (modalités à définir avec les urgentistes SEGA, ISAR, ...) : gériatrie aiguë ou autres disciplines avec appui de l'équipe mobile si nécessaire pour réaliser une évaluation gériatrique, médico-psycho-sociale et aider à la préparation de la sortie.

Une réflexion doit être menée sur l'utilité de l'EMIG dans un rôle interface avec l'HAD pour les patients âgés du CHU pris en charge par cette structure.

### Objectif 2 : Développer l'activité extrahospitalière pour créer un réseau gériatrique opérationnel et réactif

Dans le cadre de son activité extrahospitalière, l'EMIG doit donner des conseils sur la prise en charge des patients âgés à domicile ou en EHPAD, en se mettant en relation directe avec les différents acteurs de soins concernés, en établissant un projet commun de prise en charge et en effectuant un suivi régulier de ces patients dans le cadre de son rôle de coordination.

Cette démarche vise à éviter la multiplicité des intervenants et la multiplicité des avis et à diminuer le nombre d'hospitalisations ou de ré-hospitalisations précoces des patients âgés au CHU. L'intervention peut avoir lieu :

- > en pré-hospitalier pour juger de la pertinence ou non d'une hospitalisation ou bien pour la programmer au mieux et dans un service adapté, afin d'éviter un passage aux urgences.
- > en post-hospitalier pour consolider des retours à domicile précoces, pour valider un plan d'aide ou bien le réajuster.
- > en post-urgences lorsqu'une hospitalisation ne se justifie pas, mais que la sortie est risquée ou douteuse.
- > à la demande de différents acteurs de soin qui repèrent une personne âgée fragile et souhaitent la faire entrer dans un parcours de soin adapté.

### Objectif 3 : Développer l'activité de formation concernant la prise en charge des personnes âgées, à l'hôpital, à domicile et en institution

Il s'agit de contribuer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques au sein des équipes soignantes des services de médecine, de chirurgie, de SSR, des EHPAD et à l'extérieur du CHU pour les personnes qui le souhaitent (médecins, paramédicaux, assistantes sociales, associations, mairie, etc.) en réalisant des formations.

## ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Tous les services de Médecine et de Chirurgie du CHU, l'Accueil des Urgences, les services de SSR, les EHPAD publics et privés (ayant signé une convention avec le CHU), les médecins généralistes, les centres de soins, les services d'HAD, les acteurs de soins paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues, diététiciens, ergothérapeutes, orthophonistes, ...), la Ville de Reims, les associations (ORRPA, Marne Alzheimer, RegeCA, ...), le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), la Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), la Plate-forme d'Aide et de Répit pour les Aidants Familiaux, les assistantes sociales de secteur, les maisons de quartiers, les organismes logeurs, les foyer-logements, les services de tutelle/curatelle, les organismes d'aides à domicile.

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr J.-L. Novella, Chef du Pôle Autonomie et Santé
- D. Camonin, Cadre supérieure de santé du Pôle Autonomie et Santé
- F. Thomas, Cadre Administratif du Pôle Autonomie et Santé

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

Les moyens nécessaires pour assurer le fonctionnement de l'EMIG relèvent d'un financement alloué par l'ARS au titre des Missions d'Intérêt Général. Ces moyens ont été évalués ainsi :

- 2 postes de praticien hospitalier
- 1,5 poste d'infirmier
- 1 poste de secrétaire
- 0,5 poste d'ergothérapeute
- 0,5 poste de psychologue

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 1<sup>er</sup> semestre 2016**
- **Objectif 2 : 2<sup>ème</sup> semestre 2016**
- **Objectif 3 : 1<sup>er</sup> semestre 2017**

## ● INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**
  - File active annuelle - Nombre de nouveaux cas / an
  - Nombre de réunions avec le SAU et choix stratégiques retenus
  - Pourcentage de réhospitalisations précoces
  - Motifs d'appel patient
- **Objectif 2 :**
  - File active annuelle - nombre de nouveaux cas / an
  - Pourcentage d'hospitalisations programmées
  - Pourcentage d'hospitalisations non programmées
  - Pourcentage de réhospitalisations précoces
  - Nombre d'intervenants sollicités / patient
  - Fonctions des intervenants sollicités / patient
  - Nombre de suivis effectués / patient
  - Fonction de la personne effectuant le suivi / patient
  - Motifs d'appel / patient
- **Objectif 3 :**
  - Nombre de formations / an
  - Lieux d'intervention / an
  - Nombre de participants / an
  - Fonctions des participants / an
  - Sujets demandés / formation.

Promoteur / Pôle Autonomie et Santé

Sources / Projet du Pôle Autonomie et Santé

**OBJECTIFS :** - Réduire le nombre d'hospitalisations inadaptées  
- Permettre une prise en charge rapide et spécialisée des patients âgés (DMS 3 - 5 jours)

## PLANS D' ACTIONS

Parallèlement au vieillissement de la population, ces dernières années ont été marquées par un afflux croissant de patients âgés aux urgences et ceci malgré les admissions directes en court séjour gériatrique, entraînant, soit des hospitalisations dans les Unités d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) non adaptées à l'accueil de patients gériatriques, soit des hospitalisations dans des services inadaptés. De ce constat est née l'idée de création des services de soins spécialisés permettant une hospitalisation de courte durée afin de proposer une prise en charge spécifique et rapide de la population gériatrique permettant la réduction du déclin fonctionnel et une augmentation de la probabilité d'un retour à domicile après une hospitalisation pour un événement médical aigu.

Cette Unité Post Urgence Gériatrique (UPUG) est une unité de soins de court, voire de très court séjour, permettant une prise en charge gériatrique dédiée en aval des urgences.

Cette UPUG aura pour objectifs principaux : une prise en charge rapide et spécialisée, en Gériatrie et Gérontologie, de cette population spécifique. Les personnes âgées qui se présentent aux urgences du CHU nécessitent une hospitalisation courte, afin de réaliser une première évaluation globale.

Une prise en soins pluridisciplinaire et globale sera proposée dans l'objectif de favoriser un retour au lieu de vie habituel.

### Objectif 1 : Réduire le nombre d'hospitalisations inadaptées

L'Unité Post Urgence Gériatrique permettra de gérer l'affluence croissante des patients âgés aux Urgences de l'établissement, de compenser la suppression de lits liée aux réorganisations de l'hôpital et enfin, d'éviter la dispersion des hospitalisations dites «inadaptées» en dehors de toute prise en charge médicale gériatrique.

De ce fait, il n'y a pas d'admissions directes en dehors du service des urgences du CHU. Les admissions dans l'unité sont prononcées par le médecin responsable de l'Unité ou son remplaçant. La création de l'UPUG nécessitera la réalisation d'une étude de faisabilité tant en termes de locaux nécessaires qu'en termes de moyens humains. Un redéploiement interne peut être envisagé pour le fonctionnement de cette unité.

### Objectif 2 : Permettre une prise en charge rapide et spécialisée des patients âgés (DMS 3 - 5 jours)

Pendant l'hospitalisation, une évaluation gérontologique standardisée (autonomie, nutrition, marche et équilibre, cognition, détection de troubles sensoriels...) sera réalisée afin de repérer les éventuelles fragilités et d'orienter la personne âgée vers une prise en charge personnalisée.

Une attention particulière est apportée à la situation sociale de la personne hospitalisée grâce à la présence d'une assistante sociale dans le service. Pour tout patient ayant des troubles de la marche et de l'équilibre (chute par exemple), un kinésithérapeute réalise une évaluation ainsi que des séances de rééducation à la marche et peut proposer un apprentissage des relevés du sol dans une salle spécifiquement conçue à cet effet. De la même façon, une diététicienne intervient dans le service pour des conseils nutritionnels dans le cadre d'une prévention ou d'une prise en charge d'une dénutrition, mais aussi pour la mise en place de régimes adaptés.



---

## ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Service d'Accueil des Urgences, ensemble de la filière gériatrique du CHU, EHPAD ayant signé une convention avec le CHU.

---

### ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr J.-L. Novella, Chef du Pôle Autonomie et Santé
- Dr R. Mahmoudi, Responsable Adjoint du service de Court Séjour Gériatrique
- D. Camonin, Cadre supérieure de santé du Pôle Autonomie et Santé
- P. Jaillet, Directeur délégué du Pôle Autonomie et Santé

### ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

Les incidences financières devront être précisées dans le cadre d'une étude médico-économique intégrant différentes composantes :

- Les moyens de fonctionnement dont les moyens en personnel médical et paramédical spécifiques seront évalués en tenant compte de la réduction de la durée moyenne de séjour (3 à 5 jours)
  - Les recettes liées à l'activité (T2A)
  - Un redéploiement interne peut être envisagé pour le fonctionnement de cette unité
- 

### ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 1<sup>er</sup> semestre 2016**  
(à valider dans le cadre de l'étude de faisabilité)
- **Objectif 2 : 1<sup>er</sup> semestre 2017**

### ● INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**  
Réduction du nombre d'hospitalisations inadaptées au CHU par rapport à l'année n-1
- **Objectif 2 :**  
Durée moyenne de séjour

## Préambule

L'objectif annoncé au titre des prises en charge de haute technicité traduit la volonté de réaffirmer le positionnement du CHU comme établissement de recours grâce aux compétences de ses personnels médicaux et paramédicaux ainsi qu'à la technicité de ses structures et de ses équipements.

Les orientations prioritaires en ce domaine concernent l'activité de greffes rénales et de prélèvements, les soins critiques ainsi que le plateau technique d'imagerie.

Concernant les greffes rénales, la volonté consiste à pérenniser cette activité, seule activité de greffe autorisée à ce jour au CHU. Les actions proposées visent à mettre l'accent sur le développement de la transplantation à partir de donneurs vivants ainsi que sur l'optimisation de l'accès à la greffe avec comme corollaire l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. En matière de prélèvements, l'objectif vise à permettre d'améliorer l'accès à la greffe d'organes et de tissus.

Concernant les soins critiques, les orientations retenues se déclinent en trois projets : la création d'une unité de surveillance continue, la création d'une unité de soins intensifs en Hépatogastro-Entérologie et l'accroissement de la capacité en lits dédiés à la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux au sein de l'Unité Neuro-Vasculaire Aiguë, cette dernière mesure s'accompagnant d'un renforcement de la capacité du CHU en matière de rééducation et de réadaptation.

En matière d'imagerie, l'objectif consiste à pérenniser et développer le rôle de recours et d'expertise du CHU en s'appuyant sur la qualité de son plateau technique et de ses compétences médicales.



### LES GREFFES ET LES PRÉLÈVEMENTS (FICHE N°32)

En inscrivant cette thématique au titre de son projet médical, le CHU souhaite afficher ses ambitions en termes de développement de l'activité de greffes rénales, notamment à partir de donneur vivant, en privilégiant la qualité de la prise en charge des patients. L'atteinte de cet objectif suppose la consolidation de la capacité chirurgicale du CHU en matière de transplantation.

Par ailleurs, le CHU se fixe comme objectif de favoriser l'accès à la greffe d'organes et de tissus en optimisant les prélèvements.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°32 :

**Objectif 1 : Développer la transplantation rénale à partir de Donneur Vivant (DV)**

**Objectif 2 : Optimiser l'accès des patients souffrant d'insuffisance rénale chronique (IRC) à la transplantation rénale**

**Objectif 3 : Pérenniser et consolider la capacité chirurgicale de transplantation rénale**

**Objectif 4 : Pérenniser et améliorer la qualité de prise en charge des patients greffés rénaux**

**Objectif 5 : Réduire au minimum les délais d'ischémie froide**

**Objectif 6 : Développer la Recherche clinique en transplantation rénale**

**Objectif 7 : Améliorer l'accès à la greffe d'organes et de tissus en optimisant les prélèvements**



### LE DÉVELOPPEMENT DE LA SURVEILLANCE CONTINUE (FICHE N°33)

Avec l'arrivée de nouveaux chirurgiens, une filière de patients souffrant de pathologies digestives lourdes s'est constituée dès 2012. Le CHU est fortement sollicité par l'ensemble de la région Champagne-Ardenne pour prendre en charge des maladies complexes nécessitant un séjour postopératoire en unité de surveillance continue.

Aux fins de répondre à cette demande et de ne pas rompre cette dynamique, le CHU a accru en janvier 2015 sa capacité en lits de surveillance continue. L'offre précédente de 10 lits (6 lits en Neurochirurgie, 2 lits dans l'Unité de Réanimation de l'Hôpital Maison-Blanche et 2 lits dans l'Unité de Réanimation de l'Hôpital Robert Debré) a ainsi été complétée. Le projet a consisté en la création d'une unité de 8 lits (6 nouveaux lits et transfert des 2 lits de surveillance continue situés dans l'Unité de Réanimation de l'Hôpital Robert Debré) permettant de mettre en adéquation la capacité de lits de surveillance continue (16 au total) avec celle des lits de



réanimation (28 lits) conformément à la circulaire DHOS/SDO n° 2003-413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue. Le ratio d'un lit de surveillance continue pour deux lits de réanimation est en effet préconisé par ce texte.

Il a été décidé de reconnaître, dans un premier temps, une unité provisoire de 8 lits de surveillance continue dans l'unité 31 de Chirurgie Générale et Digestive implantée à l'Hôpital Robert Debré. Cette unité a un caractère polyvalent, accueillant des patients de chirurgie digestive, urologique, vasculaire, de réanimation ou de médecine. Elle a ouvert en janvier 2015.

Le projet a été élaboré en étroite collaboration entre le Pôle URAD (Urgences, Réanimation, Anesthésie et Douleur) et le Pôle DUNE (Digestif Urologie Néphrologie Endocrinologie) afin de structurer une prise en charge optimale au moyen notamment de locaux dédiés et d'une organisation médicale et soignante concertée.

L'évolution du projet est prévue en trois temps.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°33 :

**Objectif 1 : Relocaliser l'Unité de Surveillance Continue (USC) en 2017**

**Objectif 2 : Mener une réflexion portant sur le développement de la polyvalence de cette unité**

**Objectif 3 : Regrouper l'ensemble des lits de surveillance continue au sein d'une même unité dans le cadre du projet immobilier du CHU.**



## **LA CRÉATION D'UNE UNITÉ DE SOINS INTENSIFS (USI) D'HÉPATO-GASTROENTÉROLOGIE (FICHE N°34)**

Actuellement, les patients présentant une affection digestive sévère, caractérisée par une seule défaillance d'organes, sont pris en charge en hospitalisation traditionnelle ou en hospitalisation temporairement inadaptée, faute de structure de soins intensifs digestifs. Seuls les patients présentant une défaillance multiviscérale sont pris en charge en réanimation polyvalente conformément à la circulaire DHOS/SDO n° 2003-413 du 27 août 2003. La création d'une unité de soins intensifs digestifs permettra d'assurer une prise en charge adaptée, conformément au décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 fixant les conditions de fonctionnement pour la pratique des activités de réanimation et de soins intensifs.

Dans ce cadre, l'unité de soins intensifs digestifs prendra en charge les patients ayant une défaillance viscérale unique dans le domaine de la pathologie digestive. Ainsi, les atteintes digestives relevant d'une unité de soins intensifs digestifs sont les suivantes :

- ◆ les hémorragies digestives sans défaillance multiviscérale,
- ◆ les cirrhoses compliquées (encéphalopathie hépatique, syndrome hépato-rénal, hémorragie digestive, hépatite alcoolique aiguë sévère),
- ◆ les pancréatites aiguës sévères sans défaillance multiviscérale,
- ◆ les colites aiguës graves,
- ◆ les hépatites sévères,
- ◆ les angiocholites.

En cas d'atteinte multiviscérale, les patients continueront d'être pris en charge dans une unité de réanimation comme actuellement.

La création de l'unité de soins intensifs digestifs présente plusieurs avantages. Elle permettra, tout d'abord, de prendre en charge en un seul lieu les patients lourds d'hépto-gastroentérologie, actuellement dispersés dans divers services de spécialités du CHU, le plus souvent en hospitalisation temporairement inadaptée. Elle assurera, ensuite, une prise en charge spécialisée conforme aux recommandations, notamment en termes d'activité endoscopique en urgence, réalisée aujourd'hui en procédure dégradée. Elle favorisera, en outre, l'orientation immédiate des malades concernés de l'accueil à la structure de soins intensifs et, par voie de conséquence, permettra l'intervention plus rapide des médecins spécialistes et une prise en charge selon une organisation et des protocoles spécifiques. Elle contribuera, enfin, à la diminution de la durée moyenne de séjour (DMS), ainsi qu'à la coordination plus efficace des soins médico-chirurgicaux digestifs au sein du Pôle DUNE.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°34 :

**Objectif 1 : Ouvrir une Unité de Soins Intensifs (USI) d'hépto-gastro-entérologie à la suite de l'obtention de la reconnaissance tarifaire par l'ARS**

**Objectif 2 : Améliorer les conditions de réalisation des endoscopies d'urgence**

**Objectif 3 : Développer la Recherche Clinique**



## **LA PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX EN PHASE AIGÜE (FICHE N°35)**

L'amélioration de la prise en charge des AVC constitue une priorité nationale, déclinée au niveau régional dans les orientations du SROS, publié en avril 2012, ainsi que dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens signé entre l'ARS et le CHU en décembre 2012.

L'état des lieux réalisé en Champagne-Ardenne a mis en évidence une réponse insuffisante aux besoins de la population, le taux de prise en charge des patients victimes d'un AVC et pris en charge au sein d'une Unité Neuro-vasculaire n'étant que de 18 %.

Deux axes majeurs doivent permettre d'améliorer les conditions de la prise en charge des patients : le premier concerne l'extension du réseau de Télémédecine AVC, le second a trait au renforcement de la capacité à répondre aux besoins en matière d'hospitalisation dans des structures spécialisées.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°35 :

**Objectif 1 : Conforter le rôle d'expertise du CHU dans le cadre du développement du système de Télémédecine AVC**

**Objectif 2 : Renforcer le rôle de recours du CHU en augmentant la capacité d'hospitalisation au sein des Unités Neuro-Vasculaires**



## **LA PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX EN PHASE DE RÉÉDUCATION (FICHE N°36)**

Pour l'élaboration du CPOM 2012-2017, le rôle du CHU au sein de la filière de prise en charge du patient victime d'une cérébrolésion vasculaire (AVC) ou dégénérative chronique (maladie de Parkinson, sclérose en plaque) a été considéré déterminant. L'extension de l'unité neurovasculaire aiguë s'inscrit dans ce cadre, en vue d'améliorer l'offre de soins en ce domaine et répondre ainsi aux besoins de la population.

Cette mesure doit s'accompagner du développement de la composante réadaptative neurologique, indispensable pour optimiser la prise en charge des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral.

Dans cette perspective, le CHU a retenu comme prioritaire le développement du rôle des équipes réadaptatives spécialisées « Affections Neurologiques » dans ses différents champs d'intervention : activité intra-hospitalière, activité extrahospitalière et actions de formations.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche 36 :

**Objectif 1 : Renforcer l'activité intra-hospitalière en précisant le rôle et les missions de l'équipe de réadaptation spécialisée «Affections neurologiques»**

**Objectif 2 : Développer l'activité extrahospitalière pour créer une filière réadaptative complète**

**Objectif 3 : Développer l'activité de formation concernant la prise en charge des personnes neurolésées**



## LE DÉVELOPPEMENT DE L'ACTIVITÉ DE RECOURS EN IMAGERIE (FICHE N°37)

Implanté sur trois sites de l'établissement, le Pôle Imagerie du CHU de Reims est composé de quatre unités fonctionnelles :

- > le service de radiologie de l'Hôpital Maison Blanche, sous la responsabilité du Pr Hoeffel, Responsable de Structure Interne,
- > le service de radiologie de l'Hôpital Robert Debré et du service de radiologie de l'Hôpital Américain, sous la responsabilité du Pr Marcus, Responsable de Structure Interne,
- > le service de Neuroradiologie Vasculaire Diagnostique et Interventionnelle de l'Hôpital Maison Blanche, sous la responsabilité du Pr Pierot, Responsable de Structure Interne.

La Gouvernance du Pôle est assurée par le Dr Toubas, assisté d'un cadre supérieur de Pôle et d'un cadre administratif de Pôle.

La mission du Pôle est d'assurer les examens radiologiques 24h /24 des patients hospitalisés, des patients venant en urgence ainsi que des patients externes. Il assure également de nombreuses activités de recours régional sur le plan diagnostique, sur le plan interventionnel, dans le domaine de la Recherche et celui de l'Enseignement.

En 2016, le Pôle Imagerie sera organisé en quatre filières de prise en charge, pilotées chacune par un responsable de filière, PU-PH :

- > La filière Pédiatrie, sous la responsabilité du Pr Marcus,
- > La filière Cardiovasculaire thoracique, Vasculaire diagnostique et interventionnelle viscéral, Uro-néphrologique sous la responsabilité du Pr Marcus,
- > La filière Digestif, Pelvis féminin, Hématologie, Dermatologie, Ostéoarticulaire, sous la responsabilité du Pr Hoeffel,
- > La filière Neuroradiologie tête et cou, sous la responsabilité du Pr Pierot.

Cette nouvelle organisation en filières doit constituer un atout en termes d'efficacité, de formation et d'attractivité. Pour assurer ses missions de recours, le Pôle Imagerie doit disposer d'un plateau technique et du personnel médical et non médical en adéquation avec le projet médical.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche 37 :

**Objectif 1 : Pérenniser et développer les activités de recours diagnostiques et interventionnelles en imagerie**

**Objectif 2 : Assurer la continuité des soins et optimiser la prise en charge des patients de la Radiologie Interventionnelle (RI) et de la NeuroRadiologie Interventionnelle (NRI) dans le cadre de l'urgence**

**Objectif 3 : Poursuivre et développer un axe fort de Recherche**

**Objectif 4 : Assurer et poursuivre la formation des jeunes radiologues**

Promoteur / Pôle DUNE

Sources / Plan Greffe 2012-2016 / PRS 2012-2016 / CPOM 2012-2017 / Projet de Pôle (Priorités 1 et 2)

- OBJECTIFS :**
- Développer la transplantation rénale à partir de Donneur Vivant
  - Optimiser l'accès des patients IRC à la transplantation rénale
  - Pérenniser et consolider la capacité chirurgicale de transplantation rénale
  - Pérenniser et améliorer la qualité de prise en charge des patients greffés rénaux
  - Réduire au minimum les délais d'ischémie froide
  - Développer la Recherche clinique en transplantation rénale
  - Améliorer l'accès à la greffe d'organes et de tissus en optimisant les prélèvements

## PLANS D'ACTIONS

En inscrivant cette thématique au titre de son projet médical, le CHU souhaite afficher ses ambitions en termes de développement de l'activité de greffes rénales, notamment à partir de donneur vivant, en privilégiant la qualité de la prise en charge des patients. L'atteinte de cet objectif suppose la consolidation de la capacité chirurgicale du CHU en matière de transplantation.

Par ailleurs, le CHU se fixe comme objectif de favoriser l'accès à la greffe d'organes et de tissus en optimisant les prélèvements.

### Objectif 1 : Développer la transplantation rénale à partir de Donneur Vivant (DV)

La transplantation rénale à partir de donneur vivant (DV) permet une transplantation avec un greffon d'excellente qualité, gage d'une survie optimale du greffon rénal, ainsi qu'un accès plus rapide à la transplantation permettant parfois d'éviter le recours à l'épuration extrarénale (greffes préemptives). La transplantation rénale à partir de DV apparaît alors comme une ressource essentielle pour répondre à la stagnation des prélèvements de greffons rénaux sur donneur décédé, ainsi que la croissance rapide des patients en attente de transplantation impliquant un délai avant transplantation de plus en plus long et une capacité de transplantation préemptive diminuée.

Afin de développer cette activité, plusieurs éléments sont primordiaux et feront l'objet d'une attention particulière :

- 1) La sensibilisation des équipes de Néphrologie à la recherche d'un donneur vivant potentiel pour chaque receveur potentiel,

- 2) La coordination et la réalisation de bilans prétransplantation auprès des donneurs vivants chaque fois que cela est possible. La programmation de ce bilan repose sur l'implication d'infirmière(s) (IDE) coordinatrice(s) et assistante(s) de greffe (secrétaires),
- 3) La disponibilité simultanée de deux blocs opératoires (dont une salle d'urologie et une autre salle) et des équipes associées,
- 4) La sensibilisation des patients et futurs donneurs potentiels via une communication auprès du grand public,
- 5) Le suivi à long terme des donneurs de rein.

### Objectif 2 : Optimiser l'accès des patients souffrant d'insuffisance rénale chronique (IRC) à la transplantation rénale

Le traitement de l'IRC par une transplantation rénale offre aux patients une meilleure espérance de vie et une meilleure qualité de vie. Il constitue le traitement de référence et doit être proposé chaque fois que cela est possible. À cet égard, la précocité du recours à la transplantation rénale peut permettre d'éviter la mise en dialyse (transplantation préemptive).

Afin de permettre au plus grand nombre de patients IRC d'accéder de façon préemptive à la transplantation rénale, plusieurs critères doivent être réunis :

- 1) La collaboration et la sensibilisation des équipes de Néphrologie partenaires. Ces équipes doivent en effet avoir le réflexe de proposer la transplantation rénale à l'intégralité de leurs patients IRC en dehors des patients très âgés, des patients atteints d'un cancer et de ceux dont le pronostic vital est engagé dans les 5 ans.

- 2) Une capacité à coordonner et programmer rapidement les bilans de prétransplantation rénale. Elle est impérative à l'inscription et à la transplantation, dans un délai raisonnable, des patients. Le suivi et la mise à jour de la liste de patients inscrits sur liste d'attente de transplantation est également indispensable (mise et levée des contre-indications temporaires de transplantation (CIT), réactualisation des examens, consultation et dossier prétransplantation...).

Pour ce faire, les équipes concernées doivent pouvoir dégager suffisamment de temps de consultation, de préparation et de synthèse de dossiers pour réaliser un bilan optimal.

En outre, la réalisation mensuelle de réunions multidisciplinaires (néphrologue, chirurgiens urologue, viscéral et vasculaire, radiologue et anesthésiste) destinées à l'étude des patients en prétransplantation rénale est indispensable.

- 3) Le soutien et le développement d'un réseau fort et étendu entre les équipes de Néphrologie et le centre de transplantation. Ce réseau doit permettre une actualisation constante, en temps réel, des éléments cliniques et paracliniques des patients inscrits sur liste ou en cours d'inscription. Ceci passe par le développement du réseau CARMEN, hébergeant le dossier patient informatisé partagé entre certaines équipes de Néphrologie et le centre de transplantation du CHU.

### **Objectif 3 : Pérenniser et consolider la capacité chirurgicale de transplantation rénale**

L'acte de greffe rénale est un acte chirurgical requérant l'implication de chirurgiens mais également d'anesthésistes et de personnel de blocs opératoires dans le souci constant de maintenir une permanence des soins 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. La qualité de la coopération entre ces équipes et avec l'équipe de transplantation rénale est indispensable au maintien d'une capacité chirurgicale de transplantation rénale.

Aussi, pérenniser et développer la capacité chirurgicale de transplantation rénale repose sur plusieurs éléments importants :

- 1) Maintenir une masse critique chirurgicale suffisante pour assurer la permanence des soins 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, dans des conditions optimales. Un nombre de

chirurgiens suffisant (au moins 5), ainsi que des équipes chirurgicales de spécialités différentes doivent être impliqués dans l'activité de transplantation rénale.

- 2) Assurer la disponibilité d'un bloc opératoire et d'une équipe paramédicale de bloc 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, pour réaliser les transplantations rénales en urgence afin de réduire le temps d'ischémie des greffons et éviter de modifier l'activité chirurgicale programmée.
- 3) Impliquer l'équipe d'Anesthésie avec notamment le recours à des référents anesthésistes en transplantation.
- 4) Former les équipes chirurgicales afin de maintenir un niveau opératoire de qualité suffisante et, ainsi, réduire le temps opératoire, élément essentiel à la limitation de la survenue d'infections postopératoires.
- 5) Rédiger collégalement des protocoles de transplantation et les mettre à la disposition des équipes de greffes.

### **Objectif 4 : Pérenniser et améliorer la qualité de prise en charge des patients greffés rénaux**

Le centre de transplantation rénale obtient actuellement un taux de survie de greffon à 5 ans parmi les meilleurs en France. Ces bons résultats s'expliquent par un suivi rigoureux de la cohorte des patients transplantés rénaux. L'enjeu consiste, pour les années à venir, à maintenir, voire à améliorer ce taux de survie malgré un accroissement permanent de la cohorte de patients transplantés et un alourdissement de leur prise en charge, expliqué notamment par le vieillissement et l'importance des comorbidités des patients transplantés.

Plusieurs paramètres, dont le niveau de personnel médical et paramédical, sont impliqués dans le suivi des greffes et doivent être ajustés aux dimensions de la cohorte de patients transplantés, de manière à pérenniser et améliorer la qualité de prise en charge des patients greffés rénaux :

- 1) Le temps médical permet de répondre aux urgences et problèmes médicaux complexes qui surviennent fréquemment chez les patients transplantés rénaux.
- 2) Le personnel paramédical participe au suivi de la cohorte. Il planifie, programme et réalise un certain nombre d'actes chez les patients transplantés rénaux. Il effectue également une veille rigoureuse d'une liste précise de paramètres.

- 3) Un réseau avec les centres néphrologiques partenaires.
- 4) Une attention particulière sera portée à l'évaluation de la qualité de vie des patients transplantés rénaux.

### Objectif 5 : Réduire au minimum les délais d'ischémie froide

Le délai d'ischémie froide (temps durant lequel le greffon rénal est plongé dans la glace entre le prélèvement et la transplantation) est un facteur pronostic majeur de récupération rapide de la fonction rénale et, surtout, un facteur de survie du greffon. Les équipes doivent avoir le souci constant d'améliorer ce délai.

Pour y parvenir, plusieurs moyens sont nécessaires :

- 1) La formalisation d'un référentiel de pratiques internes pour tous les acteurs de la prise en charge en transplantation rénale.
- 2) L'accessibilité 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 à un bloc opératoire. Une procédure formelle doit être mise en place ordonnant les règles de priorité de l'utilisation d'un ou plusieurs blocs opératoires et des équipes soignantes indiquant la priorité de la transplantation rénale, derrière les urgences vitales et devant toute urgence non vitale ou chirurgie programmée.
- 3) Le monitoring formel et une évaluation de chaque étape conduisant à la transplantation rénale. Il permettrait de disposer d'un outil permettant d'identifier les obstacles «prolongateurs» d'ischémie froide.
- 4) Une communication ciblée sur le délai d'ischémie froide.

### Objectif n°6 : Développer la Recherche clinique en transplantation rénale

Les domaines de Recherche clinique en transplantation sont nombreux et variés. Ils touchent à l'immunologie, la Chirurgie, le développement de nouveaux immunosuppresseurs et notamment la gestion des complications de ceux-ci. Ainsi, la participation constante à plusieurs PHRC nationaux et études multicentriques est et doit rester permanente.

### Objectif n°7 : Améliorer l'accès à la greffe d'organes et de tissus en optimisant les prélèvements

Le projet médical de la coordination hospitalière s'inscrit dans une démarche d'établissement en partenariat avec les différents Pôles concernés.

Les objectifs opérationnels sont de :

- > favoriser le recensement des donneurs d'organes et de tissus en mort encéphalique par :
  - ♦ un recensement et un suivi des patients en coma grave dans les services concernés,
  - ♦ la prise en compte de la potentialité de don dans les filières de prise en charge des patients en coma grave,
  - ♦ la poursuite de l'EPP Cristal action,
  - ♦ l'identification des donneurs à critères élargis,
  - ♦ la place du CHU dans le réseau de proximité correspondant au territoire de santé.
- > favoriser le recensement et le prélèvement des donneurs à cœur arrêté pour les cornées et les autres tissus en particulier l'épiderme
- > améliorer le taux d'opposition par la formation, l'information et la sensibilisation des professionnels de santé et du public
- > améliorer l'efficacité du prélèvement
- > poursuivre la démarche qualité gestion des risques et évaluer les actions préconisées.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Services d'Urologie, de Néphrologie, de Chirurgie digestive, de Chirurgie pédiatrique, d'Immunologie, Pôle de Biologie médicale et Pathologie, Pôle d'Imagerie Médicale, Pôle URAD (Anesthésie), Pôle Interventionnel, Coordination hospitalière, Direction des Affaires Médicales, Direction de la Communication.

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr S. Larré, Responsable du service d'Urologie - Pôle DUNE
- Dr V. Vuiblet, Service de Néphrologie - Pôle DUNE

## INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Temps personnel médical : chirurgiens, néphrologues et anesthésistes
- Temps paramédical : IDE coordinatrices, secrétaires (recrutement en lien avec le développement de l'activité), psychologues, diététiciennes
- Temps d'attaché de recherche clinique (ARC)
- Plages opératoires de blocs avec le personnel dédié. L'ensemble de ces moyens seront fonction du développement de l'activité.

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016-2020**
- **Objectif 2 : 2016-2020**
- **Objectif 3 : 2016-2020**
- **Objectif 4 : 2016-2020**
- **Objectif 5 : 2016-2020**
- **Objectif 6 : 2016-2020**
- **Objectif 7 : 2016-2020**

## INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**
  - Nombre de transplantations à partir de donneur vivant réalisées et proportion de l'activité de greffe rénale
  - Nombre de bilans pré-transplantation à partir de donneur vivant réalisés et proportion de dossiers aboutissants.
- **Objectif 2 :**

Taux de patients IRCT ( $< 20$  ml/min/1.73m<sup>2</sup>)  $< 70$  ans inscrits sur liste d'attente.
- **Objectif 3 :**
  - Nombre de chirurgiens impliqués et d'équipes chirurgicales impliquées en transplantation rénale
  - Existence de protocoles chirurgicaux de transplantation rénale et évaluation de l'existence de ces protocoles par les équipes de transplantation
- **Objectif 4 :**
  - Taux de survie des patients transplantés à 10 ans
  - Taux de survie des greffons à 5 ans
- **Objectif 5 :**
  - Durée d'ischémie froide moyenne annuelle
  - Existence d'un référentiel de bonnes pratiques internes et évaluation de la connaissance de ce référentiel par les acteurs de la transplantation rénale
- **Objectif 6 :**
  - Nombre de participations à des études nationales ou internationales par an
  - Nombre de publications internationales citant l'équipe de transplantation du CHU
- **Objectif 7 :**
  - Nombre de prélèvements de cornées par an
  - Taux de refus
  - Nombre de prélèvements de rein.



Promoteur / Pôles URAD et DUNE

Sources / SROS 2012-2016 / CPOM 2012-2017 / Projet des Pôles URAD et DUNE

- OBJECTIFS :**
- Relocaliser l'Unité de Surveillance Continue (USC) en 2017
  - Mener une réflexion portant sur le développement de la polyvalence de cette unité
  - Regrouper l'ensemble des lits de surveillance continue au sein d'une même unité dans le cadre du projet immobilier du CHU

## PLANS D'ACTIONS

Avec l'arrivée de nouveaux chirurgiens, une filière de patients souffrant de pathologies digestives lourdes s'est constituée dès 2012. Le CHU est fortement sollicité par l'ensemble de la région Champagne-Ardenne pour prendre en charge des maladies complexes nécessitant un séjour postopératoire en unité de surveillance continue. Aux fins de répondre à cette demande et de ne pas rompre cette dynamique, le CHU a accru en janvier 2015 sa capacité en lits de surveillance continue. L'offre précédente de 10 lits (6 lits en Neurochirurgie, 2 lits dans l'Unité de Réanimation de l'Hôpital Maison-Blanche et 2 lits dans l'Unité de Réanimation de l'Hôpital Robert Debré) a ainsi été complétée. Le projet a consisté en la création d'une unité de 8 lits (6 nouveaux lits et transfert des 2 lits de surveillance continue situés dans l'Unité de Réanimation de l'Hôpital Robert Debré) permettant de mettre en adéquation la capacité de lits de surveillance continue (16 au total) avec celle des lits de réanimation (28 lits) conformément à la circulaire DHOS/SDO n° 2003-413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue. Le ratio d'un lit de surveillance continue pour deux lits de réanimation est en effet préconisé par ce texte.

Il a été décidé de reconnaître, dans un premier temps, une unité provisoire de 8 lits de surveillance continue dans l'unité 31 de Chirurgie Générale et Digestive implantée à l'Hôpital Robert Debré. Cette unité a un caractère polyvalent, accueillant des patients de chirurgie digestive, urologique, vasculaire, de réanimation ou de médecine. Elle a ouvert en janvier 2015.

Le projet a été élaboré en étroite collaboration entre le Pôle URAD (Urgences, Réanimation, Anesthésie et Douleur) et le Pôle DUNE (Digestif

Urologie Néphrologie Endocrinologie) afin de structurer une prise en charge optimale au moyen notamment de locaux dédiés et d'une organisation médicale et soignante concertée.

L'évolution du projet est prévue en trois temps.

### **Objectif 1 : Relocaliser l'Unité de Surveillance Continue (USC) en 2017**

La localisation d'une USC au 3ème étage de l'Hôpital Robert Debré vise à répondre à un besoin réel dans des conditions garantissant la sécurité des soins. Cependant, en raison de l'impossibilité de disposer de 8 chambres individuelles, elle demeure transitoire.

La relocalisation de l'USC est prévue au plus tard au printemps 2017, dans des locaux adaptés pouvant contenir une unité constituée de 8 chambres individuelles. L'USC garderait son caractère polyvalent et serait intégrée dans le périmètre du Pôle URAD.

### **Objectif 2 : Mener une réflexion portant sur le développement de la polyvalence de cette unité**

Dans le cadre du développement des activités de recours au CHU, une réflexion institutionnelle sur les besoins capacitaires à venir de l'USC est indispensable. Le point de départ de cette réflexion doit être le développement de la polyvalence de cette unité en fonction des besoins objectivés des différentes spécialités médicales et chirurgicales.

En fonction des résultats de cette étude validée par le DIM mettant en exergue les possibilités et conditions du développement de l'USC, une étude médico-économique sera réalisée pour établir les conditions de l'équilibre économique d'une USC dotée de lits supplémentaires et située au sein de ces nouveaux locaux.

### **Objectif 3 : Regrouper l'ensemble des lits de surveillance continue au sein d'une même unité dans le cadre du projet immobilier du CHU**

La réalisation du projet immobilier relatif à la reconstruction du site principal du CHU a été validée par le Comité Interministériel de Performance et de Modernisation de l'Offre de Soins (COPERMO).

Ce projet intègre le regroupement de l'ensemble des lits de réanimation et de surveillance continue sur un même site géographique.

Sur la période relative au présent projet médical, et sous réserve de la validation évoquée ci-dessus, l'objectif consistera à intégrer cette composante dans le cadre des études portant sur la reconstruction du site principal du CHU.

---

## **AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET**

Pôle DUNE, Pôle URAD, autres Pôles chirurgicaux, DIM

---

## **PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET**

- Pr B. Charbit, Responsable médical de l'USC, Pôle URAD
- Pr R. Kianmanesh, Responsable du Service Chirurgie Générale, Digestive et Endocrinienne, Pôle DUNE
- Dr P. Raclot, Responsable de la structure interne Réanimation adultes, Pôle URAD
- Pr J.-M. Malinovsky, Chef du Pôle URAD
- Pr G. Thiéfin, Chef du Pôle DUNE
- F. Ferrière, Cadre supérieur de santé du Pôle URAD
- S. Khaznadji, Cadre supérieure de santé du Pôle DUNE

---

## **INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES**

- En fonction de l'évolution capacitaire, temps médical et paramédical, équipements, travaux à évaluer dans le cadre d'une étude médico-économique intégrant au titre des recettes les suppléments de facturation issus de l'activité de surveillance continue.

---

## **CALENDRIER DE RÉALISATION**

- **Objectif 1 : 2017**
- **Objectif 2 : 2016-2018**
- **Objectif 3 : 2016-2020**

---

## **INDICATEURS DE SUIVI**

- **Objectif 1 :**  
Transfert de l'USC dans une unité disposant de huit chambres individuelles
- **Objectif 3 :**  
Réalisation des études médicale et économique objectivant les besoins capacitaires de l'USC et les possibilités économiques de son développement
- **Objectif 3 :**  
Intégration du regroupement de l'ensemble des lits de réanimation et de surveillance continue à l'occasion de la mise en œuvre du nouveau projet immobilier du CHU

Promoteur / Pôles DUNE  
Sources / Projet du Pôle DUNE

- OBJECTIFS :**
- Ouvrir une Unité de Soins Intensifs (USI) d'hépatogastro-entérologie à la suite de l'obtention de la reconnaissance tarifaire par l'ARS
  - Améliorer les conditions de réalisation des endoscopies d'urgence
  - Développer la Recherche Clinique

## PLANS D'ACTIONS

Actuellement, les patients présentant une affection digestive sévère, caractérisée par une seule défaillance d'organes, sont pris en charge en hospitalisation traditionnelle ou en hospitalisation temporairement inadaptée, faute de structure de soins intensifs digestifs. Seuls les patients présentant une défaillance multiviscérale sont pris en charge en réanimation polyvalente conformément à la circulaire DHOS/SDO n° 2003-413 du 27 août 2003. La création d'une unité de soins intensifs digestifs permettra d'assurer une prise en charge adaptée, conformément au décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 fixant les conditions de fonctionnement pour la pratique des activités de réanimation et de soins intensifs.

Dans ce cadre, l'unité de soins intensifs digestifs prendra en charge les patients ayant une défaillance viscérale unique dans le domaine de la pathologie digestive. Ainsi, les atteintes digestives relevant d'une unité de soins intensifs digestifs sont les suivantes :

- > les hémorragies digestives sans défaillance multiviscérale,
- > les cirrhoses compliquées (encéphalopathie hépatique, syndrome hépato-rénal, hémorragie digestive, hépatite alcoolique aiguë sévère),
- > les pancréatites aiguës sévères sans défaillance multiviscérale,
- > les colites aiguës graves,
- > les hépatites sévères,
- > les angiocholites.

En cas d'atteinte multiviscérale, les patients continueront d'être pris en charge dans une unité de réanimation comme actuellement.

La création de l'unité de soins intensifs digestifs présente plusieurs avantages. Elle permettra, tout d'abord, de prendre en charge en un seul lieu les patients lourds d'hépatogastroentérologie,

actuellement dispersés dans divers services de spécialités du CHU, le plus souvent en hospitalisation temporairement inadaptée. Elle assurera, ensuite, une prise en charge spécialisée conforme aux recommandations, notamment en termes d'activité endoscopique en urgence, réalisée aujourd'hui en procédure dégradée. Elle favorisera, en outre, l'orientation immédiate des malades concernés de l'accueil à la structure de soins intensifs et, par voie de conséquence, permettra l'intervention plus rapide des médecins spécialistes et une prise en charge selon une organisation et des protocoles spécifiques. Elle contribuera, enfin, à la diminution de la durée moyenne de séjour (DMS), ainsi qu'à la coordination plus efficace des soins médico-chirurgicaux digestifs au sein du Pôle DUNE.

### Objectif 1 : Ouvrir une Unité de Soins Intensifs (USI) d'hépatogastro-entérologie à la suite de l'obtention de la reconnaissance tarifaire par l'ARS

Dans le cadre de la réflexion institutionnelle concernant la filière des soins critiques, le dimensionnement de cette unité a été fixé à 4 lits. Si à la suite de l'ouverture de cette unité, le développement de l'activité met en exergue des besoins non couverts, une réflexion institutionnelle sera réalisée pour évaluer l'opportunité d'étendre la capacité de cette USI.

L'unité de soins intensifs sera implantée de façon prioritaire à proximité de l'Unité de Surveillance Continue polyvalente qui sera relocalisée en 2017, ou à défaut au sein du service d'Hépatogastroentérologie (Unité 72).

L'installation de l'unité de soins intensifs au sein d'une unité du CHU nécessitera des travaux d'aménagement afin de respecter les recommandations relatives à ce type d'unité (décret n°2002-466 du 5 avril 2002) : installation de scopes dans chaque chambre,

construction d'un poste central de surveillance pour les internes et externes de l'unité, installation d'un local relatif à l'activité d'endoscopie, aménagement d'une chambre pour le médecin de garde.

Une étude médico-économique complète, présentée en Directoire, devra confirmer la faisabilité de ce projet.

En cas de décision favorable, la création de l'unité de soins intensifs restera soumise à la reconnaissance tarifaire de l'ARS.

### **Objectif 2 : Améliorer les conditions de réalisation des endoscopies d'urgence**

La création d'une unité de soins intensifs permettra de réaliser les endoscopies d'urgence en accord avec les recommandations des sociétés savantes comme la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED). Le personnel infirmier de l'unité sera formé à l'endoscopie digestive, ce qui permettra au médecin de garde de réaliser les

gestes endoscopiques d'urgence avec du personnel qualifié, 24 heures sur 24, dans un lieu adapté et sécurisé.

Conformément à l'article D.6124-105 du Code de la Santé Publique, une permanence médicale est indispensable au fonctionnement d'une telle unité. Cette garde sera réalisée par les différents séniors du service et des internes.

### **Objectif 3 : Développer la Recherche Clinique**

Le programme de Recherche Clinique reposera sur :

- > la participation aux protocoles thérapeutiques multicentriques académiques et industriels, notamment dans le domaine de l'hypertension portale et des affections hépatiques sévères,
- > la collaboration avec l'unité CNRS FRE 3481 MEDyC, Université Reims Champagne-Ardenne pour la recherche translationnelle.

## **AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET**

Pôle URAD (Anesthésistes-Réanimateurs), Service de Chirurgie générale et digestive et autres établissements de santé de la région.

## **PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET**

- Pr G. Cadiot, Service d'Hépatogastroentérologie
- Pr G. Thiéfin, Chef du Pôle DUNE

## **INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES**

Une étude médico-économique devra valoriser et valider les besoins exprimés ci-dessous, au regard des recettes supplémentaires issues de la facturation des suppléments correspondant aux soins intensifs :

- Recrutement d'un Praticien Hospitalier, responsable de l'unité de soins intensifs et d'un interne
- Recrutement du personnel non médical correspondant au fonctionnement de 4 lits de soins intensifs
- Acquisition d'équipements médicaux
- Travaux d'aménagement de l'unité

## **CALENDRIER DE RÉALISATION**

- **Objectifs 1 et 2 : 2016-2017**
- **Objectif 3 : 2016-2020**

## **INDICATEURS DE SUIVI**

- **Objectifs 1 et 2 :**
  - Validation du projet
  - Reconnaissance tarifaire par l'ARS de cette unité
  - Ouverture de l'unité
  - Taux d'occupation
  - Diminution de la DMS des patients relevant de cette unité
- **Objectif 3 :**
  - Nombre de publications - Score SIGAPS
  - Nombre de projets de recherche - Score SIGREC.

Promoteur / PôleTCVN

Sources / Projet du Pôle TCVN

**OBJECTIFS :** - Conforter le rôle d'expertise du CHU dans le cadre du développement du système de Télémedecine AVC  
- Renforcer le rôle de recours du CHU en augmentant la capacité d'hospitalisation au sein des Unités Neuro-Vasculaires

## PLANS D' ACTIONS

L'amélioration de la prise en charge des AVC constitue une priorité nationale, déclignée au niveau régional dans les orientations du SROS, publié en avril 2012, ainsi que dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens signé entre l'ARS et le CHU en décembre 2012.

L'état des lieux réalisé en Champagne-Ardenne a mis en évidence une réponse insuffisante aux besoins de la population, le taux de prise en charge des patients victimes d'un AVC et pris en charge au sein d'une Unité Neurovasculaire n'étant que de 18 %.

Deux axes majeurs doivent permettre d'améliorer les conditions de la prise en charge des patients : le premier concerne l'extension du réseau de Télémedecine AVC, le second a trait au renforcement de la capacité à répondre aux besoins en matière d'hospitalisation dans des structures spécialisées.

### Objectif 1 : Conforter le rôle d'expertise du CHU dans le cadre du développement du système de Télémedecine AVC

Le système de Télémedecine AVC repose sur un dispositif de vidéoconférence permettant le transfert d'images depuis le Service d'Accueil des Urgences de l'établissement ayant accueilli le patient vers l'Unité Neuro-vasculaire du CHU.

Il permet de réaliser le traitement thrombolytique du patient sur place, au sein du Service d'Accueil des Urgences où il a été pris en charge, répondant ainsi aux impératifs d'immédiateté du traitement.

Le traitement des AVC par Télémedecine entre le CHU de Reims et le centre hospitalier de Troyes a été effectif entre octobre 2013 et décembre 2014. Depuis l'ouverture de l'UNVA de Troyes en 2014, le système reste opérationnel pour transmission de l'imagerie cérébrale en neuroradiologie interventionnelle dans l'éventualité d'une thrombectomie.

Depuis mars 2015, le dispositif Télémedecine fonctionne entre le CHU de Reims et le centre

hospitalier de Saint-Dizier, et il est prévu de débiter la prise en charge des AVC par Télémedecine entre le CHU de Reims et le centre hospitalier de Charleville-Mézières à la fin de l'année 2015.

Dans un second temps, ce dispositif pourra être étendu à d'autres établissements de la région dont les centres hospitaliers de Châlons-en-Champagne et d'Epervain.

L'objectif consiste en ce domaine à conforter le rôle d'expertise du CHU et à apporter une réponse aux besoins de la population.

### Objectif 2 : Renforcer le rôle de recours du CHU en augmentant la capacité d'hospitalisation au sein des Unités Neuro-vasculaires

En raison de l'insuffisance du nombre de lits dédiés à la prise en charge des AVC dans la région Champagne-Ardenne, et compte tenu du développement de l'activité Télémedecine, le Pôle TCVN forme le projet, impulsé et soutenu par l'ARS, d'étendre la capacité en lits de l'UNVA et de l'UNV à raison de 8 lits d'UNVA au lieu de 4, et de 24 lits d'UNV, au lieu de 10.

Une étude complète devra être réalisée tant sur le plan des locaux, afin de définir l'implantation des lits, que sous l'angle médico-économique, afin de définir les moyens qui pourront être consacrés à ce projet, compte tenu des recettes supplémentaires générées par l'accroissement d'activité et la facturation des suppléments correspondant à l'activité de soins intensifs.

Cet accroissement capacitaire concernant les Unités Neuro-Vasculaires aura par ailleurs pour effet d'accroître le nombre de patients à prendre en charge dans les structures de MPR et de SSR.

Le CHU devra donc disposer des moyens nécessaires en vue de constituer une filière de prise en charge complète des patients victimes d'AVC (cf. Fiche N° 36).



---

## ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Pôle Imagerie

---

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Dr I. Serre, Responsable de l'UNVA

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- L'étude de faisabilité devra permettre le coût des moyens nécessaires à l'accroissement de capacité de l'UNVA en fonction des recettes prévisionnelles liées à l'activité.

---

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016-2020**
- **Objectif 2 : 2018**

## ● INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**
  - Extension du dispositif de Télémédecine
  - Nombre de sollicitations des neurologues du CHU par les urgentistes du centre hospitalier de Troyes au moyen du système de Télémédecine AVC
- **Objectif 2 :**
  - Réalisation de l'étude de faisabilité.



Promoteur / Pôle Autonomie et Santé

Sources / SROS 2012-2016 / CPOM 2012-2017 / Projet du Pôle Autonomie et Santé

- OBJECTIFS :**
- Renforcer l'activité intra-hospitalière en précisant le rôle et les missions de l'équipe de réadaptation spécialisée «Affections neurologiques»
  - Développer l'activité extrahospitalière pour créer une filière réadaptative complète
  - Développer l'activité de formation concernant la prise en charge des personnes cérébrolésées

## PLANS D'ACTIONS

Pour l'élaboration du CPOM 2012-2017, le rôle du CHU au sein de la filière de prise en charge du patient victime d'une cérébrolésion vasculaire (AVC) ou dégénérative chronique (maladie de Parkinson, sclérose en plaque) a été considéré déterminant. L'extension de l'unité neurovasculaire aiguë s'inscrit dans ce cadre, en vue d'améliorer l'offre de soins en ce domaine et répondre ainsi aux besoins de la population.

Cette mesure doit s'accompagner du développement de la composante réadaptative neurologique, indispensable pour optimiser la prise en charge des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral.

Dans cette perspective, le CHU a retenu comme prioritaire le développement du rôle des équipes réadaptatives spécialisées «Affections Neurologiques» dans ses différents champs d'intervention : activité intra-hospitalière, activité extrahospitalière et actions de formations.

### Objectif 1 : Renforcer l'activité intra-hospitalière en précisant le rôle et les missions de l'équipe de réadaptation spécialisée «Affections neurologiques»

Dans le cadre de son activité intra-hospitalière, le rôle principal de l'équipe doit se décliner ainsi :

- > Réaliser une évaluation précise des objectifs médico-rééducatif-éducatif et réadaptatif.
- > Préparer précocement le parcours de soin optimal selon l'état clinique initial.
- > Orienter les patients dans la filière de soins adéquate de réadaptation affections neurologiques (libérale, hospitalisation complète ou ambulatoire dont le Groupement Hospitalier de Territoire, HAD, accompagnement à domicile ou en structure médico-sociale).
- > Contribuer à l'élaboration d'un projet de soins, d'un projet de vie et aider à la prise

de décisions complexes au regard de l'éthique.

- > Offrir un plateau technique de réadaptation neurologique utilisant les technologies avancées d'évaluation de rééducation (plateforme d'expertise locomotion, équilibration et du mouvement)

### Objectif 2 : Développer l'activité extrahospitalière pour créer une filière réadaptative complète

Dans le cadre de son activité extra-muros, l'équipe spécialisée «Affections neurologiques» doit donner des conseils sur la prise en charge des patients cérébro-lésés, en se mettant en relation directe avec les différents acteurs de soins concernés, en établissant un projet commun de prise en charge et en effectuant un suivi régulier de ces patients dans le cadre de son rôle de coordination.

Cette démarche vise à éviter la multiplicité des intervenants et la multiplicité des avis et à diminuer le nombre d'hospitalisations ou de ré-hospitalisations précoces des patients fragiles au CHU.

L'intervention peut avoir lieu :

- > en pré-hospitalier pour juger de la pertinence ou non d'une hospitalisation ou bien pour la programmer au mieux et dans un service adapté, afin d'éviter un passage aux urgences.
- > en post-hospitalier pour consolider des retours à domicile précoces, pour valider un plan d'aide ou bien le réajuster.
- > en post-urgences lorsqu'une hospitalisation ne se justifie pas, mais que la sortie est «risquée» ou «douteuse».
- > à la demande de différents acteurs de soins qui repèrent une personne handicapée fragile et souhaitent la faire entrer dans un parcours de soin adapté.



### Objectif 3 : Développer l'activité de formation concernant la prise en charge des personnes neurolésées

Il s'agit de contribuer à la diffusion des bonnes pratiques de soins au sein des équipes soignantes des services de médecine, de chirurgie, de SSR, des structures médico-sociales et à l'extérieur du

CHU pour les personnes qui le souhaitent (médecins, paramédicaux, assistantes sociales, rééducateurs, associations, mairie, etc.) en réalisant des formations. Ces formations visent à contribuer au développement de programmes de soins interdisciplinaires dans les maisons de santé.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Tous les services de médecine et de chirurgie du CHU de Reims, l'Accueil des Urgences, les services de SSR, les structures médico-sociales publiques et privées (ayant signé une convention avec le CHU), les médecins généralistes, les centres de soins, les services d'HAD, les acteurs de soins paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues, diététiciens, ergothérapeutes, orthophonistes...), la Mairie de Reims, les associations (Jean Thiberge, Michel Fandre, MAS Cernay, Marc Toussaint, L'AFM...), la maison des personnes handicapées (MDPH), le centre de référence des maladies rares du CHU, la Plateforme d'Aide et de Répit pour les Aidants Familiaux, les assistantes sociales de secteur, les maisons de quartiers, les organismes logeurs, les foyer-logements, les services de tutelle/curatelle, les organismes d'aides à domicile.

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr F.-C. Boyer, Responsable du Service Médecine Physique et de Réadaptation,
- Pr J.-L. Novella, Chef du Pôle Autonomie et Santé,
- D. Camonin, Cadre supérieure de santé, Pôle Autonomie et Santé,
- S. Trichot Cadre de rééducation, Plateau technique de Rééducation Réadaptation

## INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

Les moyens nécessaires pour assurer ces objectifs relèvent d'un financement au titre de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) et de la tarification à l'activité pour les activités évaluatives de réadaptation. Ces moyens ont été évalués ainsi :

- 1 poste d'infirmière
- 1 poste d'ingénieur biomécanique
- 1 poste d'assistante sociale
- 1 dotation d'achat des outils de la plateforme d'analyse du mouvement et de rééducation par technologies avancées du mouvement, de la marche et de l'équilibration (180 000 euros)

Ces moyens devront être validés dans le cadre d'une étude médico-économique, prenant en compte les recettes générées par cette activité.

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1** : 1<sup>er</sup> semestre 2016
- **Objectif 2** : 2<sup>ème</sup> semestre 2016
- **Objectif 3** : 1<sup>er</sup> semestre 2016

## INDICATEURS DE SUIVI

### Objectif 1 :

- File active annuelle
- Nombre de nouveaux cas / an
- DMS patients cérébrolésés en MCO et SSR
- Pourcentage de réhospitalisations précoces
- Nombre de demandes au moyen du logiciel trajectoire au sein du SSR neurologique
- Nombre de « bed blocker » trimestriel

### Objectif 2 :

- File active annuelle
- Nombre de nouveaux cas / an
- Pourcentage d'hospitalisations programmées
- Pourcentage d'hospitalisations non programmées
- Pourcentage de réhospitalisations précoces
- Nombre d'intervenants sollicités / patient
- Fonctions des intervenants sollicités / patient
- Nombre de suivis effectués / patient
- Fonction de la personne effectuant le suivi / patient
- Motifs d'appel / patient

### Objectif 3 :

- Nombre de formations / an
- Lieux d'intervention / an
- Nombre de participants / an
- Fonctions des participants / an
- Sujets demandés / formation.

Promoteur / Pôle Imagerie

Sources / CPOM 2012-2017 - Projet Médical

- OBJECTIFS :**
- Pérenniser et développer les activités de recours diagnostiques et interventionnelles en imagerie
  - Assurer la continuité des soins et optimiser la prise en charge des patients de la radiologie interventionnelle (RI) et de la neuroradiologie interventionnelle (NRI) dans le cadre de l'urgence
  - Poursuivre et développer un axe fort de Recherche
  - Assurer et poursuivre la formation des jeunes radiologues

## PLANS D' ACTIONS

Implanté sur trois sites de l'établissement, le Pôle Imagerie du CHU de Reims est composé de quatre unités fonctionnelles :

- > Le service de radiologie de l'Hôpital Maison Blanche, sous la responsabilité du Pr Hoeffel, Responsable de Structure Interne,
- > Le service de radiologie de l'Hôpital Robert Debré et du service de radiologie de l'Hôpital Américain, sous la responsabilité du Pr Marcus, Responsable de Structure Interne,
- > Le service de Neuroradiologie Vasculaire Diagnostique et Interventionnelle de l'Hôpital Maison Blanche, sous la responsabilité du Pr Pierot, Responsable de Structure Interne.

La Gouvernance du Pôle est assurée par le Dr Toubas, assisté d'un cadre supérieur de pôle et d'un cadre administratif de pôle.

La mission du Pôle est d'assurer les examens radiologiques 24h /24 des patients hospitalisés, des patients venant en urgence ainsi que des patients externes. Il assure également de nombreuses activités de recours régionales sur le plan diagnostique, sur le plan interventionnel, dans le domaine de la Recherche et celui de l'Enseignement.

En 2016, le Pôle Imagerie sera organisé en quatre filières de prise en charge, pilotées chacune par un responsable de filière, PU-PH :

- > La filière Pédiatrie, sous la responsabilité du Pr Marcus,
- > La filière Cardiovasculaire thoracique, Vasculaire diagnostique et interventionnelle viscérale, Uro-néphrologique sous la responsabilité du Pr Marcus,
- > La filière Digestif, Pelvis féminin, Hématologie, Dermatologie, Ostéoarticulaire, sous la responsabilité du Pr Hoeffel,
- > La filière Neuroradiologie tête et cou, sous la responsabilité du Pr Pierot.

Cette nouvelle organisation en filières doit constituer un atout en termes d'efficacité, de formation et d'attractivité.

Pour assurer ses missions de recours, le Pôle Imagerie doit disposer d'un plateau technique et du personnel médical et non médical en adéquation avec le projet médical.

### Objectif 1 : Pérenniser et développer les activités de recours diagnostiques et interventionnelles en imagerie

Sur le plan de l'imagerie diagnostique : De nombreuses techniques sont accessibles uniquement au CHU telles que :

- > L'Imagerie pédiatrique, notamment imagerie oncologique et neurologique pédiatriques, examens sous anesthésie, prématurés, maltraitance...
- > L'Imagerie abdominopelvienne : entéro IRM, entéroscanner, imagerie placentaire...
- > L'Imagerie fonctionnelle en cancérologie, IRM corps entier, IRM de diffusion...
- > Imagerie neurologique : Imagerie diagnostique des pathologies vasculaires cérébrales, IRM multi modalités des tumeurs cérébrales, IRM fonctionnelle des tumeurs cérébrales...
- > Imagerie Uro-néphrologique : hémodialyse, greffe rénale.
- > Imagerie cardiaque : IRM cardiaques.

Ces activités sont croissantes et chronophages notamment en cancérologie et en neurologie. Elles requièrent le plus souvent des temps d'examen longs notamment en IRM, ce qui justifie l'acquisition dans un futur proche (2017) d'une troisième IRM. Celle-ci permettra d'améliorer les conditions de prise en charge des patients internes et externes dans le cadre des activités de recours portées par le CHU.

Enfin, il faut mentionner la présence désormais indispensable voire réglementaire de radiologues spécialisés aux Réunions de Concertations

Pluridisciplinaires (RCP) organisées par le CHU qui ont une vocation régionale.

L'ensemble de ces activités requièrent la présence de praticiens spécialisés en nombre suffisant dans chacune des futures filières, définie selon des effectifs cibles propres à chaque filière de prise en charge.

**Sur le plan de l'Imagerie interventionnelle**, le CHU dispose de nombreuses techniques de recours, à l'exemple de :

- > La Radiologie interventionnelle viscérale qui permet la réalisation de chimio-embolisations hépatiques, l'ablation de tumeurs par radiofréquence, les embolisations portales, les embolisations utérines, les poses de gastrostomie, ou encore le contrôle de shunts artérioveineux, les biopsies chez l'enfant...
- > La Neuroradiologie interventionnelle diagnostique et thérapeutique qui est mise en œuvre pour le traitement endovasculaire de malformations vasculaires cérébrales, d'anévrismes intracrâniens, de tumeurs cérébrales, d'épistaxis et pour la prise en charge des accidents ischémiques aigus par thrombectomie mécanique.
- > La Radiologie interventionnelle ostéo-articulaire, avec notamment des activités de cimentoplastie, de vertébroplastie ou de nucléolyse.

Toutes ces activités nécessitent la mise à disposition d'un plateau technique performant et novateur comprenant entre autres, des salles de vasculaire et tomodynamométriques ainsi qu'un personnel médical et paramédical spécialisé en adéquation avec les demandes et les exigences réglementaires de la Haute Autorité de Santé et avec les directives de l'Autorité de Sureté Nucléaire.

### **Objectif n°2 : Assurer la continuité des soins et optimiser la prise en charge des patients de la radiologie interventionnelle (RI) et de la neuroradiologie interventionnelle (NRI) dans le cadre de l'urgence**

Parmi ses nombreuses activités de recours et dans le cadre de la Permanence des Soins, le CHU prend en charge en urgence 24h/24 et 7j/7, des patients relevant de l'imagerie interventionnelle.

Il s'agit pour une part de patients relevant de la Neuroradiologie Interventionnelle (NRI) et présentant des accidents hémorragiques cérébraux (anévrismes, malformations artérioveineuses) nécessitant une embolisation ou des accidents ischémiques pouvant donner lieu à une thrombectomie mécanique en extrême urgence. Cette dernière prise en charge dont l'activité est en forte augmentation fait partie d'un plan AVC national. Par ailleurs, l'embolisation d'hémostase des

épistaxis est également prise en charge par la NRI.

D'autre part, des patients peuvent également nécessiter une prise en charge en urgence pour la réalisation d'embolisations périphériques d'hémostase abdominale, rénale, bronchiques, post-traumatiques (spléniques ou hépatiques), d'embolisations des hémorragies de la délivrance. Dans ce cadre, ils relèvent de la radiologie interventionnelle viscérale (RI) à laquelle sont rattachées les activités de drainage de collections, d'abcès et les néphrostomies.

Conformément aux obligations réglementaires, le CHU doit disposer d'une ligne d'astreinte spécifique pour la Neuroradiologie Interventionnelle avec des ressources médicales et paramédicales suffisantes. Cette dernière conditionne d'ailleurs l'autorisation de cette activité.

Il est également impératif qu'il dispose d'une astreinte spécifique de Radiologie Interventionnelle viscérale afin d'assurer la totalité des missions de recours régionales nécessitant une prise en charge urgente.

Le protocole relatif à l'organisation de la Radiologie Interventionnelle (RI) et de la Neuroradiologie Interventionnelle (NRI) en urgence précise les modalités de fonctionnement de cette organisation.

### **Objectif n°3 : Continuer le développement d'un axe fort de Recherche**

Au travers de ses missions de Recherche et dans le cadre de son activité universitaire, le Pôle Imagerie participe à plusieurs thèmes de Recherche clinique, à l'exemple des thèmes suivants (liste non exhaustive) :

En pathologie cancérologique digestive et pelvienne :

- > IRM corps entier en Oncologie,
- > Entéro IRM versus entéro TDM dans la détection tumorale,
- > Evaluation de la réponse tumorale en Imagerie fonctionnelle : diffusion analyse de texture,
- > Entéro IRM et diffusion (Crohn),
- > Evaluation post opératoire pancréas (TDM) en chirurgie digestive,
- > Etudes des particules encapsulées Gadolinium en IRM 3T.

Dans la filière Neuro radiologie :

- > Imagerie diagnostique en pathologie neurovasculaire : AVC ischémiques, hémorragiques.
- > Imagerie diagnostique pré et post thérapeutique des anévrismes et des malformations vasculaires cérébrales.
- > Imagerie thérapeutique en pathologie neurovasculaire : Evaluation des thérapeutiques endovasculaires pour les malformations vasculaires cérébrales et dans le traitement (thrombectomie mécanique) des AVC ischémiques aigus.

- > Techniques avancées d'imagerie neurologique à haut champ 3T : imagerie fonctionnelle d'activation, spectro IRM, Diffusion/Perfusion/susceptibilité fiber tracking...

Dans la filière Thorax cardio vasculaire uro néphrologie :

- > Evaluation en Cancérologie bronchique (TDM),
- > Evaluation thérapeutiques de l'emphysème (TDM),
- > IRM (Tenseur de diffusion) de la greffe rénale,
- > Pathologie vasculaire de l'hémodialyse (TDM),
- > Evaluation en IRM de la polykystose rénale.
- > Imagerie pré et post thérapeutique des pathologies vasculaires.

Dans la filière Pédiatrie :

- > Etude de faisabilité de la volumétrie cérébrale en IRM chez le prématuré
- > Etude de l'anoxo-ischémie en IRM

## Objectif n°4 : Assurer et poursuivre la formation des jeunes radiologues

Cette démarche s'inscrit dans la perspective de recrutement et de fidélisation de jeunes praticiens. Une nouvelle répartition des internes dans les filières précitées sera organisée à partir du 1er Mai 2016.

Afin que chaque interne puisse bénéficier d'une formation complète respectant la nouvelle définition des maquettes, cinq stages au CHU seront organisés et au moins un stage par filière. L'adéquation entre le nombre d'encadrants et le nombre d'internes est recherchée, notamment au travers de la pérennisation d'un troisième poste de Chef de clinique.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Les activités de recours interventionnelles nécessitent souvent la présence d'un anesthésiste et le développement de ces activités impacte le Pole URAD : réunion de concertation et contractualisation à prévoir avec ce Pôle.

Dans le cadre des activités de recours concernant les patients provenant de Centres Hospitaliers, un lit d'accueil et d'aval est nécessaire selon la spécialité concernée : organisation à définir.

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr C. HOEFFEL, Pr. C. MARCUS et Pr L. PIEROT, Responsables de Structure Interne et Responsables des filières nouvellement définies
- Dr O. TOUBAS, Chef du Pôle Imagerie
- D. STAUMONT, Cadre Supérieur du Pôle Imagerie
- A. BEAUMONT, Directrice déléguée du Pôle Imagerie
- A. RIBEIRO, Assistant de Gestion du Pôle Imagerie

## INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Adéquation du nombre de praticiens aux objectifs cibles définis par filière
- Poursuite de l'augmentation du nombre d'internes au CHU (Objectif 4)
- Pérennisation du troisième poste de Chef de Clinique
- Acquisition troisième IRM. Adaptation de l'organisation paramédicale au moment du déploiement de la troisième IRM. Optimisation des compétences paramédicales, (Objectif 1)
- Maintien d'une ligne d'astreinte NRI médicale et paramédicale, opérationnelle 24h/24 (Objectif 2)
- Création d'une ligne d'astreinte médicale de radiologie interventionnelle (RI) viscérale, opérationnelle 24h/24. Création d'une ligne d'astreinte paramédicale de radiologie interventionnelle viscérale, opérationnelle chaque weekend et jour férié de 8 heures à 20 heures (Objectif 2)
- Poursuite de l'augmentation du nombre d'internes au CHU (Objectif 4).

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016-2020**
- **Objectif 2 : 2016-2020**
- **Objectif 3 : 2016-2020**
- **Objectif 4 : 2016-2020**

## INDICATEURS DE SUIVI

- Suivi des délais de RDV :
  - IRM-TDM selon procédure ANAP
  - IRM cardiaque
  - IRM Pédiatrie
- Évolution du nombre d'interventions RI et NRI, année n et n-1
- Nombre d'actes NRI et RI réalisés en garde dans le cadre du recours régional pour d'autres Centres Hospitaliers.
- Nombre de projets de recherche impliquant l'IRM
- Enquête de satisfaction auprès des cliniciens concernant la prise en charge RI et NRI en garde.
- Nombre de points Sigaps

## Chapitre 2 : LES COOPÉRATIONS

### Contexte

Les coopérations constituent le second axe fort du projet médical du CHU.

Dans un contexte caractérisé par la rareté des ressources médicales, les coopérations doivent permettre de maintenir les offres de soins de proximité et de conforter le rôle de recours du CHU.

Ces coopérations doivent par ailleurs constituer les bases de filières publiques garantissant la diversification de l'offre de soins dans un environnement fortement concurrentiel.

Au titre des coopérations, le projet médical privilégie l'axe relatif aux partenariats avec les établissements publics de santé reposant sur le concept de partage de temps médical et s'inscrivant dans une perspective de coopération plus globale offerte par la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire.

Le projet médical met également l'accent sur l'intérêt de la mise en œuvre de partenariats plus spécifiques, à savoir : la coopération territoriale en Biologie, la Téléradiologie, la collaboration avec les Maisons d'Accueil Spécialisées ou bien encore la communication avec les professionnels de santé libéraux.



### LES COOPÉRATIONS AVEC LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ (FICHE N°38)

Les récentes réformes invitent plus que jamais le CHU à mettre la coopération au cœur de sa stratégie médicale :

- > Fusion des régions Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine en une grande région,
- > Constitution des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) prévue par la loi de santé,
- > Plan triennal ONDAM 2015-2017 dont l'un des 8 axes précise que les GHT doivent permettre une meilleure organisation territoriale de l'offre hospitalière publique pour garantir l'égalité d'accès à des soins de qualité et sécurisés.

Après une période marquée par la priorité interne donnée au redressement financier, le CHU doit consolider sa position stratégique territoriale, afin de garantir le financement de son projet de reconstruction (validé par le COPERMO), dans le cadre de l'effort d'économies du plan triennal ONDAM 2015-2017 : confirmation du virage ambulatoire, adaptation des capacités en lits, maîtrise des dépenses notamment de la masse salariale et des achats.

L'analyse géostratégique met en évidence des enjeux nouveaux :

- > Avec la nouvelle grande région, le CHU de Reims ne sera plus le seul établissement de recours régional. Situé dans la périphérie ouest (attirée par la région Ile de France), il partagera ce rôle avec les CHU de Nancy et de Strasbourg, de taille plus importante, avec lesquels il est appelé à coopérer.
- > Le CHU de Reims doit renforcer son action au sein des territoires avec lesquels il coopère historiquement : ses missions de recours, d'Enseignement et de Recherche constituent un atout pour développer des synergies nouvelles.
- > Face à l'importance d'un secteur privé concurrentiel actif, la mise en place d'une stratégie de groupe publique doit viser l'optimisation des parcours de soins des patients par le renforcement des filières de prise en charge entre les établissements de santé publics.

Il convient de prendre en compte également les éléments du contexte socio-démographique, qui constituent des opportunités pour adapter l'offre de soin publique et ainsi mieux répondre aux enjeux sanitaires :

- > Une démographie stagnante voire en diminution, marquée par le vieillissement de la population et les difficultés sociales qui retardent l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables.
- > Une crise de la démographie médicale, caractérisée par l'affaiblissement de la médecine de ville et la fragilisation des effectifs médicaux hospitaliers : départ à la retraite d'une génération de praticiens expérimentés, difficultés à pérenniser les recrutements nouveaux, enjeu des seuils d'activité pour maintenir des équipes spécialisées, enjeu de l'accueil des jeunes médecins en cours de formation au sein d'équipes stables et pérennes.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°38 :

- Objectif 1 : Inscrire la vocation régionale du CHU de Reims dans le rapprochement avec les CHU de Nancy et de Strasbourg concernant la recherche et les soins de recours**
- Objectif 2 : Faire de la GPEC médicale le levier de la coopération avec les établissements publics périphériques**
- Objectif 3 : Axer le partenariat avec les établissements pivots des GHT périphériques sur l'accès aux soins de recours et la Recherche clinique**
- Objectif 4 : Constituer un Pôle hospitalo-universitaire régional de cancérologie entre le CHU et l'Institut Jean-Godinot**
- Objectif 5 : Faire du GHT Centre un moyen d'optimisation des parcours de soins des patients concernant les activités de proximité et de recours infrarégional**



## **LA MISE EN PLACE D'UNE COOPÉRATION TERRITORIALE EN BIOLOGIE (FICHE N°39)**

En matière de Biologie Médicale, le SROS, arrêté en avril 2012, fixe comme objectif général la mise en place d'une organisation graduée à l'échelle des territoires. Sur le plan opérationnel, le SROS précise qu'il convient d'identifier et de renforcer le rôle de recours régional du CHU, en le dotant d'un véritable projet de coopération avec les laboratoires des autres établissements de la région, au titre desquels sont notamment cités les centres hospitaliers de Châlons-en-Champagne et d'Épernay.

S'inscrivant dans le respect de ces objectifs, les établissements ont fait état d'une ambition commune et partagée de créer un laboratoire public de territoire en vue de répondre prioritairement à des impératifs de qualité et d'efficacité.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°39 :

- Objectif 1 : Assurer la déclinaison du protocole d'accord signé avec les centres hospitaliers de Châlons-en-Champagne et d'Épernay**
- Objectif 2 : Permettre l'amélioration de l'efficacité de la Biologie Médicale sur le territoire**
- Objectif 3 : Faciliter la démarche d'accréditation des laboratoires des établissements de santé**
- Objectif 4 : Pallier la raréfaction des ressources médicales sur le territoire**



## **LA TÉLÉRADIOLOGIE (FICHE N°40)**

Le développement de l'usage de la Télé médecine, conformément au décret n°2010-1129 du 19 octobre 2010, constitue l'une des réponses adaptées aux difficultés liées à l'insuffisance de ressources médicales dans certains établissements. Il s'inscrit par ailleurs dans la logique du renforcement du rôle d'expertise du CHU.

Dans le cadre de la Télé radiologie, qui comprend les activités de Télé diagnostic et de Télé expertise, le CHU s'est d'ores et déjà engagé, par la signature d'un avenant au CPOM 2007-2012, à la réalisation d'une étude de faisabilité qui portera sur différents thèmes : étude de marché, faisabilité technique, contexte juridique, conditions de rémunération du radiologue requis.

Un Assistant à Maîtrise d'Ouvrage a été désigné et a effectué une enquête auprès des établissements de la région et du département de l'Aisne (Château-Thierry, St Quentin, Soissons...) qui a permis de recenser leurs besoins en matière de Télé radiologie.

Il a ensuite réalisé une étude technique de faisabilité reposant sur un état des lieux des systèmes d'information des établissements potentiellement interfacés, dans la perspective d'une interopérabilité des systèmes d'information, basée sur une architecture performante et sécurisée.

Sa mission se poursuivra par la réalisation d'une étude portant sur le contexte juridique ainsi que sur les conditions de rémunération de cette prestation.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°40 :

- Objectif 1 : Réaliser une étude du contexte juridique**
- Objectif 2 : Déterminer les conditions de rémunération de la prestation réalisée par les radiologues du CHU**





## LA TÉLÉCONSULTATION AVEC LES STRUCTURES SPÉCIALISÉES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HANDICAPÉES (FICHE N°41)

Le handicap intellectuel concerne environ 15 000 personnes en Champagne-Ardenne.

Les personnes concernées sont sujettes à des complications de leur état de santé et leur accès tant au diagnostic qu'aux parcours de soins est compliqué en raison de leurs difficultés à se déplacer, mais également du fait de problèmes cognitifs et comportementaux inhérents à un handicap majeur.

La Télémédecine, et plus particulièrement la Téléconsultation, constitue une réponse adaptée à ces difficultés.

En adéquation avec les orientations du Projet Régional de Santé, ce projet de Télémédecine s'est inscrit, dans sa première phase, dans le cadre d'une coopération entre le CHU et la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) de Cernay. Il doit permettre :

- > d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes handicapées,
- > de réduire le délai d'obtention d'une consultation spécialisée,
- > de permettre une approche médicale pluridisciplinaire de l'état de santé du patient,
- > d'améliorer la coordination médicale de patients souvent polyopathologiques, et plus largement la coordination de l'ensemble des aidants professionnels et familiaux,
- > d'améliorer le confort des patients,
- > d'optimiser les conditions de la consultation (présence du médecin coordonnateur de la MAS et des auxiliaires de vie des patients voire de la personne de confiance lors de la consultation).

La mise en œuvre de ce projet a supposé, au préalable, la définition précise du projet médical et la réalisation d'une étude médico-économique.

Cet outil de Télémédecine constitue un modèle dont on peut envisager l'extension ultérieure en termes de :

- > Téléconsultation avec l'extension aux 16 FAM (Foyers d'Accueil Médicalisés) et MAS de la région ;
- > Téléexpertise pour améliorer le travail en réseau avec les centres hospitaliers (Troyes, Charleville-Mézières notamment) dans le domaine des maladies rares.

La définition précise du projet médical a constitué un préalable indispensable à la réussite du projet.

Il a permis de définir :

- > le contour du projet en précisant les besoins des résidents de la MAS et par conséquent la nature des consultations spécialisées à mettre en œuvre,
- > les prérequis à respecter avant la consultation : définition des modalités de demande de Téléconsultation, communication par la MAS des éléments cliniques et paracliniques à transmettre aux spécialistes du CHU via le Dossier Médical Personnel (DMP),
- > les conditions du déroulement de la consultation et de l'élaboration du compte-rendu (fiches type RCP, vidéo...)

La mise en œuvre de ce projet a supposé une évaluation précise des charges et des sources de financement.

Ce projet générera différentes charges correspondant :

- > au coût des investissements nécessaires à l'acquisition d'un système de Téléconsultation,
- > au coût de la maintenance des équipements,
- > au temps médical consacré par les équipes médicales.

Il sera par ailleurs source d'économies pour l'Assurance Maladie du fait de la réduction d'autres charges (transports, accompagnement des patients).

L'étude réalisée a permis de s'assurer de la faisabilité économique du projet grâce aux financements assurés par l'ARS et le GCS SISCA et s'est conclue par la signature d'une convention par les différents acteurs et partenaires.

Il convient désormais d'étendre le dispositif mis en place.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°41 :

**Objectif 1 : Renforcer la coopération avec la MAS de Cernay**

**Objectif 2 : Étendre le dispositif à d'autres structures spécialisées**



## **LA COMMUNICATION AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBÉRAUX (FICHE N°42)**

La qualité de la communication avec les différents professionnels de santé libéraux revêt un caractère stratégique pour l'attractivité du CHU.

En effet, une communication performante avec la médecine de ville permet de fluidifier le parcours de soins du patient en favorisant notamment le travail en réseau. La qualité de la communication a également un effet direct sur le recrutement des patients.

Il est donc primordial de mieux faire connaître les activités réalisées par le CHU auprès des professionnels de santé libéraux et de rendre les spécialistes du CHU facilement accessibles pour les professionnels de santé libéraux (avis, transferts de patients).

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°42 :

**Objectif 1 : Diffuser une lettre d'information à destination des professionnels de santé libéraux**

**Objectif 2 : Créer un espace dévolu aux professionnels de santé libéraux sur le site Internet du CHU**

**Objectif 3 : Mettre en place un système de portables d'astreinte pour des spécialités ciblées**

Promoteur / Directoire  
Sources / CPOM 2012-2017

**OBJECTIFS :**

- Inscrire la vocation régionale du CHU dans le rapprochement avec les CHU de Nancy et de Strasbourg concernant la recherche et les soins de recours
- Faire de la GPEC médicale le levier de la coopération avec les établissements publics périphériques
- Axer le partenariat avec les établissements pivots des GHT périphériques sur l'accès aux soins de recours et la Recherche clinique
- Constituer un pôle hospitalo-universitaire régional de cancérologie entre le CHU et l'Institut Jean-Godinot
- Faire du GHT Centre un moyen d'optimisation des parcours de soins des patients concernant les activités de proximité et de recours infrarégional

## PLANS D' ACTIONS

Les récentes réformes invitent plus que jamais le CHU de Reims à mettre la coopération au cœur de sa stratégie médicale :

- > Fusion des régions Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine en une grande région,
- > Constitution des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) prévue par la loi de santé,
- > Plan triennal ONDAM 2015-2017 dont l'un des 8 axes précise que les GHT doivent permettre une meilleure organisation territoriale de l'offre hospitalière publique pour garantir l'égalité d'accès à des soins de qualité et sécurisés.

Après une période marquée par la priorité interne donnée au redressement financier, le CHU doit consolider sa position stratégique territoriale, afin de garantir le financement de son projet de reconstruction (instruit par le COPERMO), dans le cadre de l'effort d'économie du plan triennal ONDAM 2015-2017 : confirmation du virage ambulatoire, adaptation des capacités en lits, maîtrise des dépenses notamment de la masse salariale et des achats.

L'analyse géostratégique met en évidence des enjeux nouveaux :

- > Avec la nouvelle grande région, le CHU de Reims ne sera plus le seul établissement de recours régional. Situé dans la périphérie ouest (attirée par la région Ile-de-France), il partagera ce rôle avec les CHU de Nancy et de Strasbourg, de taille plus importante, avec lesquels il est appelé à coopérer.
- > Le CHU de Reims doit renforcer son action au sein des territoires avec lesquels il coopère historiquement : ses missions de recours, d'Enseignement et de Recherche constituent un atout pour développer des synergies nouvelles.

- > Face à l'importance d'un secteur privé concurrentiel actif, la mise en place d'une stratégie de groupe publique doit viser l'optimisation des parcours de soins des patients par le renforcement des filières de prise en charge entre les établissements de santé publics.

Il convient de prendre en compte également les éléments du contexte socio-démographique, qui constituent des opportunités pour adapter l'offre de soins publique et ainsi mieux répondre aux enjeux sanitaires :

- > Une démographie stagnante voire en diminution, marquée par le vieillissement de la population et les difficultés sociales qui retardent l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables.
- > Une crise de la démographie médicale, caractérisée par l'affaiblissement de la médecine de ville et la fragilisation des effectifs médicaux hospitaliers : départ à la retraite d'une génération de praticiens expérimentés, difficultés à pérenniser les recrutements nouveaux, enjeu des seuils d'activité pour maintenir des équipes spécialisées, enjeu de l'accueil des jeunes médecins en cours de formation au sein d'équipes stables et pérennes.

### **Objectif 1 : Inscrire la vocation régionale du CHU dans le rapprochement avec les CHU de Nancy et de Strasbourg concernant la Recherche et les soins de recours**

La nouvelle grande région Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine repositionne le CHU dans une dynamique nouvelle. De même, le rattachement du CHU d'Amiens et des structures universitaires de Picardie à la nouvelle région Nord, Pas-de-Calais, Picardie modifie les stratégies de coopération à l'œuvre depuis plusieurs années, notamment à

travers la structure fédérative de Recherche SFR Cap Santé.

La nouvelle convention hospitalo-universitaire avec l'URCA est donc l'occasion :

- > de souligner la dimension stratégique de la politique de recherche,
- > de poser le principe d'un rapprochement hospitalo-universitaire avec Nancy et Strasbourg.

Dans la perspective de ce rapprochement, le CHU réaffirme fortement son positionnement sur les activités de recours régional notamment celles relevant des autorisations délivrées dans le cadre du Schéma Interrégional d'Organisation des Soins : Chirurgie cardiaque, Neurochirurgie, greffes.

### **Objectif 2 : Faire de la GPEC médicale le levier de la coopération avec les établissements publics périphériques**

Face aux difficultés rencontrées par les établissements de Champagne-Ardenne en matière de démographie médicale, le CHU affirme sa solidarité et entend renforcer la mission de formation des jeunes praticiens, afin de favoriser et pérenniser leur installation.

L'étroite collaboration avec l'UFR de Médecine, en particulier, est nécessaire à la promotion d'une politique de GPEC médicale :

- > Promotion et valorisation du dispositif des assistants à temps partagé auprès des internes et coordonnateurs.
- > Accompagnement personnalisé des internes : rencontre des internes par spécialité pour évoquer les plans de carrière de chacun.

Les GHT, en prenant appui sur leurs établissements pivots, constituent le cadre le mieux adapté pour promouvoir une politique GPEC médicale efficace :

- > Etablir la cartographie précise de la démographie médicale dans une perspective pluriannuelle : besoins médicaux, propositions de postes,
- > Mettre en relation des établissements avec les coordonnateurs et internes souhaitant s'installer en région pour aboutir à des recrutements de jeunes médecins intégrés dans un vrai projet médical,
- > Réaffirmer l'importance de l'accueil et de la qualité de l'encadrement auprès des directions d'établissement et des praticiens agréés, optimiser les terrains de stage existants en vue de consolider de nouveaux agréments.

Avec la contribution active du CHU, la FHF régionale est appelée jouer un rôle décisif :

- > Stimuler les coopérations médicales entre établissements publics, notamment les équipes médicales territoriales,

- > Animer le réseau des directeurs des affaires médicales en support technique d'une GPEC médicale.

### **Objectif 3 : Axer le partenariat avec les établissements pivots des GHT périphériques sur l'accès aux soins de recours et la Recherche clinique**

Le CHU a vocation à être associé aux GHT périphériques au titre des activités hospitalo-universitaires. Cette association doit s'inscrire activement dans le projet médical partagé de chacune des GHT ainsi que dans la convention d'association entre le CHU et l'établissement support de chacun des groupements, à savoir les centres hospitaliers de Troyes, Charleville-Mézières, Saint-Dizier ainsi que le centre hospitalier de Soissons concernant l'Aisne sud (historiquement tourné vers Reims).

Outre la problématique de la démographie médicale (cf. objectif 2) la coopération visera deux objectifs :

- > Aider les établissements pivots à maintenir, voire à renforcer leur rôle de recours territorial de niveau infrarégional (réanimation, néonatalogie, spécialités chirurgicales, et le cas échéant UNV et USIC), en contrepartie de l'adressage au CHU des patients relevant du recours régional (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, greffes...). A cet effet sera recherchée la formule de praticiens à temps partagé concernant les disciplines hautement spécialisées,
- > Associer les équipes médicales des établissements pivots aux essais cliniques afin d'élargir le nombre d'inclusions et créer de nouveaux centres d'intérêt professionnels.

### **Objectif 4 : Constituer un pôle hospitalo-universitaire régional de cancérologie entre le CHU et l'Institut Jean-Godinot**

Il est proposé à l'Institut Jean-Godinot un partenariat fort, respectueux de l'autonomie et de l'identité de chacun, reposant sur les axes suivants :

- > Organiser en commun les parcours patient dans le respect des autorisations de chacun : dépistage, diagnostic, consultations, chimiothérapies, ainsi que les soins de support, notamment les soins palliatifs.
- > Regrouper les activités interventionnelles, dans le respect des autorisations de chacun, compte tenu des contraintes de démographie médicale (anesthésistes notamment).

## Objectif 5 : Faire du GHT Centre un moyen d'optimisation des parcours de soins des patients concernant les activités de proximité et de recours infrarégional

Le GHT a pour principe de garantir à la population, en tout point du territoire, l'égalité d'accès à des soins de qualité. Il est donc nécessaire de rendre plus lisible la gradation des soins entre les établissements membres, par une recomposition de l'offre, afin de :

- > fluidifier et optimiser les parcours pour réduire les hospitalisations inadaptées et améliorer l'IPDMS,
- > renforcer les filières d'adressage entre établissements publics,
- > accompagner le virage ambulatoire et l'adaptation du capacitaire ;
- > anticiper en périphérie du GHT la reconversion d'activités MCO en SSR.

A cet effet, il est proposé d'organiser les activités médicales, entre les établissements du GHT, en plusieurs filières de prise en charge, dans le cadre d'équipes médicales de territoire avec un exercice multisites pour les praticiens :

- > Une organisation territoriale des urgences et soins critiques (surveillance continue, réanimation),
- > La constitution d'une équipe territoriale de chirurgie dans les disciplines de base (Orthopédie Traumatologie, viscéral) et les spécialités (ORL, Urologie, Ophtalmologie) facilitant le maillage du territoire : accès aux consultations avancées, développement de l'ambulatoire en proximité, orientation des cas lourds sur les plateaux de référence, rationalisation de la permanence des soins,

- > Un schéma d'organisation de la Médecine garantissant dans chaque site un socle de Médecine polyvalente et l'accès aux spécialités médicales (in situ ou par adressage sur les sites de référence) en fonction de la démographie médicale,
- > Une organisation territoriale des filières gériatrique et d'aval (SSR) visant à réduire les durées de séjours, à favoriser le retour à domicile ou à préparer une prise en charge médico-sociale (EHPAD, MAS, FAM...),
- > Une organisation commune des services médico-techniques de Biologie et d'imagerie (PACS) commun, Télémedecine),
- > Une organisation de la Psychiatrie rémoise commune avec l'EPSMM portant sur des activités transversales.

Cette nouvelle structuration territoriale de l'offre de soins sera servie par la mutualisation autour du CHU, établissement pivot, des fonctions support suivantes, dans un premier temps :

- > Système d'information convergent,
- > Gestion d'un DIM de territoire,
- > Fonction achat,
- > Écoles de formations paramédicales, plans de formation, DPC.

Il sera procédé à une évaluation des activités logistiques dans un second temps.

---

## ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Pôles cliniques et médico-techniques du CHU concernés par les partenariats  
Établissements publics de santé concernés par les partenariats

---

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Chefs de Pôles et praticiens acteurs des coopérations
  - Direction des Affaires Juridiques
  - Direction des Affaires Médicales
- 

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016-2020**
- **Objectif 2 : 2016-2020**
- **Objectif 3 : 2016-2020**
- **Objectif 4 : 2016-2020**
- **Objectif 5 : 2016-2020**

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- A évaluer pour chaque coopération en fonction du coût du temps médical mis à disposition et des règles de facturation aux établissements bénéficiaires.
- 

## ● INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**  
Nombre de conventions signées
- **Objectif 2 :**  
Nombre de conventions signées
- **Objectif 3 :**  
Nombre de conventions signées
- **Objectif 4 :**  
Élaboration du projet médical commun
- **Objectif 5 :**  
Mise en place des partenariats dans le cadre du GHT

**Promoteur** / Pôle Biologie médicale et Pathologie

**Sources** / SROS 2012-2016 / CPOM 2012-2017

- OBJECTIFS :**
- Assurer la déclinaison du protocole d'accord signé avec les centres hospitaliers de Châlons-en-Champagne et d'Epemay
  - Permettre l'amélioration de l'efficacité de la Biologie Médicale sur le territoire
  - Faciliter la démarche d'accréditation des laboratoires des établissements de santé
  - Pallier la raréfaction des ressources médicales sur le territoire

## PLANS D' ACTIONS

En matière de Biologie Médicale, le SROS, arrêté en avril 2012, fixe comme objectif général la mise en place d'une organisation graduée à l'échelle des territoires. Sur le plan opérationnel, le SROS précise qu'il convient d'identifier et de renforcer le rôle de recours régional du CHU, en le dotant d'un véritable projet de coopération avec les laboratoires des autres établissements de la région, au titre desquels sont notamment cités les centres hospitaliers de Châlons-en-Champagne et d'Epemay. S'inscrivant dans le respect de ces objectifs, les établissements ont fait état d'une ambition commune et partagée de créer un laboratoire public de territoire en vue de répondre prioritairement à des impératifs de qualité et d'efficacité.

### Objectif 1 : Assurer la déclinaison du protocole d'accord signé avec les centres hospitaliers de Châlons-en-Champagne et d'Epemay

La volonté commune exprimée par les établissements s'est concrétisée par la signature en 2015 d'un protocole d'accord qui a notamment défini les contours d'un projet médical commun structuré à partir de la définition de différents objectifs :

- > un objectif en termes d'organisation médicale, intégrant la Permanence des Soins,
- > un objectif «Accréditation COFRAC»,
- > un objectif relatif au système d'information devant intégrer des objectifs en termes d'interopérabilité, de rendus d'examen et de signature électronique,
- > un objectif en matière d'organisation logistique,
- > un objectif en matière sociale définissant le devenir des personnels des établissements,
- > un objectif visant à la définition des

équipements in situ et des équipements mis en commun dans une logique de mutualisation.

Les établissements se sont par ailleurs engagés, en complément de la production du projet médical, à réaliser :

- > une étude prospective portant sur les avantages et inconvénients (opportunités et menaces) des différents supports juridiques qui pourraient être retenus pour porter ce projet de coopération,
- > une évaluation médico-économique déclinée selon les différents supports juridiques envisageables.

Le calendrier prévisionnel prévoit la mise en œuvre de la coopération en novembre 2016.

### Objectif 2 : Permettre l'amélioration de l'efficacité de la Biologie Médicale sur le territoire

Cette mise en commun des moyens doit ainsi permettre d'assurer une offre de soins variée, graduée et efficace sur le territoire.

Les économies d'échelle attendues, à moyen terme, de ce projet doivent ainsi permettre d'anticiper un gain financier sur le coût de l'activité de Biologie Médicale. En effet, l'atteinte d'effets de seuils favorables dans les domaines des ressources humaines et des achats notamment doit permettre de diminuer, à terme, le coût de production de Biologie des établissements partenaires.

### Objectif 3 : Faciliter la démarche d'accréditation des laboratoires des établissements de santé

L'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la Biologie Médicale a instauré l'obligation d'accréditation progressive de l'ensemble des laboratoires de Biologie médicale.

Cette accréditation est génératrice de surcoûts financiers importants pour les établissements et notamment pour ceux ne bénéficiant pas d'une taille critique suffisante.



Dans ce contexte, la coopération territoriale prend tout son sens car elle doit permettre de faciliter la démarche préparatoire d'accréditation sur deux volets :

- > un système de management de la qualité commun et transversal aux établissements de santé,
- > une mise en commun des outils techniques (automates, préanalytique...)

#### **Objectif 4 : Pallier la raréfaction des ressources médicales sur le territoire**

Enfin, ce projet de coopération doit permettre de pallier les difficultés actuelles et à venir en termes de démographie médicale sur certaines spécialités. Le manque d'attractivité du territoire pour les jeunes médecins peut compromettre la structuration de la permanence de soins, et même, la poursuite de certaines activités.

La coopération territoriale dans le domaine de la Biologie devrait ainsi permettre d'assurer une pérennité de ces activités sur certains établissements.

---

### **AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET**

Établissements partenaires : centres hospitaliers d'Épernay et de Châlons-en-Champagne.

---

#### **PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET**

- Coordination du Pôle de Biologie médicale et Pathologie
- Comité de Pilotage associant les différents partenaires
- A. Beaumont, Directeur Délégué du Pôle de Biologie médicale et Pathologie

#### **INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES**

- Financement du coût de la mission du chef de projet par l'ARS (Avenant n° 50 au CPOM 2007-2012)
- Réduction, à moyen terme, des coûts des analyses de Biologie pour les établissements partenaires

---

#### **CALENDRIER DE RÉALISATION**

- **Objectif 1 : 2016**
- **Objectif 2 : 2016-2020**
- **Objectif 3 : 2016-2020**
- **Objectif 4 : 2016-2020**

#### **INDICATEURS DE SUIVI**

Les indicateurs retenus sont communs aux quatre objectifs :

- Rédaction du support juridique de la coopération (convention constitutive en cas de GCS)
- Diminution du coût de la Biologie pour les établissements (coût de production interne avant coopération versus montant après la mise en œuvre de la coopération).

**Promoteur** / Pôle Imagerie

**Sources** / PRS 2012-2016 / Avenant n°52 au CPOM 2007-2012 relatif au financement d'un projet de Téléradiologie

**OBJECTIFS :** - Réaliser une étude de contexte juridique  
- Déterminer les conditions de rémunération de la prestation réalisée par les radiologues du CHU

## PLANS D'ACTIONS

Le développement de l'usage de la Télémedecine, conformément au décret n°2010-1129 du 19 octobre 2010, constitue l'une des réponses adaptées aux difficultés liées à l'insuffisance de ressources médicales dans certains établissements. Il s'inscrit par ailleurs dans la logique du renforcement du rôle d'expertise du CHU.

Dans le cadre de la Téléradiologie, qui comprend les activités de Télédiagnostic et de Téléexpertise, le CHU s'est d'ores et déjà engagé, par la signature d'un avenant au CPOM 2007-2012, à la réalisation d'une étude de faisabilité qui portera sur différents thèmes : étude de marché, faisabilité technique, contexte juridique, conditions de rémunération du radiologue requis.

Un Assistant à Maîtrise d'Ouvrage a été désigné et a effectué une enquête auprès des établissements de la région et du département de l'Aisne (Château-Thierry, St Quentin, Soissons...) qui a permis de recenser leurs besoins en matière de Téléradiologie.

Il a ensuite réalisé une étude technique de faisabilité reposant sur un état des lieux des systèmes d'information des établissements potentiellement interfacés, dans la perspective d'une interopérabilité des systèmes d'information, basée sur une architecture performante et sécurisée.

Sa mission se poursuivra par la réalisation d'une étude portant sur le contexte juridique ainsi que sur les conditions de rémunération de cette prestation.

### Objectif 1 : Réaliser une étude de contexte juridique

Cette étude prendra en compte l'ensemble des évolutions législatives et réglementaires les plus récentes relatives au cadre d'application de la Télémedecine. Une «convention type» entre le CHU et l'établissement requérant devra être rédigée. Elle précisera notamment :

- 1- Les modes d'échanges entre prescripteurs et radiologues, manipulateurs en Radiologie (sur place) et radiologues du CHU, l'application des protocoles d'examens, ainsi que les conditions tarifaires des prestations réalisées (cf. objectif 2).
- 2- La question de la responsabilité du médecin et des chefs d'établissement dans le cadre de la Téléradiologie.
- 3- Les modalités d'accès au dossier patient ainsi que l'archivage des images et sa durée devront faire l'objet d'une analyse juridique, permettant de répondre, notamment, aux questions suivantes :
  - > La localisation des archives numériques des examens (sur le PACS du CHU ou au sein du système d'information de l'établissement partenaire).
  - > La durée nécessaire de cet archivage.

### Objectif 2 : Déterminer les conditions de rémunération de la prestation réalisée par les radiologues du CHU

Il s'agira de définir le tarif de rémunération de la prestation intellectuelle du radiologue, sachant que la complexité à ce jour réside dans le fait que la valeur de l'acte de Téléradiologie n'est pas définie par les textes.

Il conviendra de déterminer un tarif par modalité (IRM, radiologie conventionnelle...) facturable à l'encontre de l'établissement requérant, sous réserve d'un équilibre médico-économique garanti pour l'établissement requis.

L'étude à réaliser devra se décliner ainsi :

- 1- Une facturation à l'acte (IRM, Radiologie conventionnelle) pourrait être mise en place. Il s'agirait de couvrir les charges d'équipement et de maintenance d'un tel réseau, ainsi que les fonctions de gestion et de secrétariat inhérentes à toute interprétation (frappe des comptes-rendus, transmission sécurisée sur le support Apicrypt et mise en facturation des actes).

- 2- Le nombre d'examens à partir duquel le réseau instauré sera économiquement viable devra être déterminé.
- 3- Il conviendra également d'envisager un dispositif de permanence des soins complet en région Champagne-Ardenne, prenant en compte «l'atout Téléradiologie». Moyennant financement, les scanners et la radiologie conventionnelle pourraient être pris en charge via la Télé- radiologie, pour les établissements pour lesquels le recrutement de radiologues est devenu difficile. A titre d'exemple, pour les échographies vraiment urgentes, elles seraient transformées en scanner. Une autre alternative

pourrait consister à former des urgentistes aux diagnostics simples et urgents de type dilatation des cavités pyélocalicielles en échographie rénale (Cf. exemple de la région de Bourgogne).

- 4- L'étude devrait également comporter un volet sur la Téléexpertise. En RCP, le radiologue revoit un nombre important d'examens faits à l'extérieur. Il faudrait explorer sous quelles conditions ces avis pourraient être financés. La Téléradiologie en serait le médium pour tous les avis de toutes les spécialités émis en RCP. Ce volet de l'étude devrait intégrer les modalités actuelles de financement par le biais des Missions d'Intérêt Général (MIG).

---

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Direction des systèmes d'information et télécommunications / Établissements publics de la région Champagne-Ardenne et du département de l'Aisne.

---

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr C. Hoeffel, Pr C. Marcus et Pr L. Pierot, Responsables de Structures Internes du Pôle Imagerie
- D. Staumont, Cadre supérieur du Pôle Imagerie
- Cadres de proximité
- A. Beaumont, Directeur délégué du Pôle Imagerie
- Directeur des systèmes d'information et des télécommunications

---

## INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Financement d'une étude à hauteur de 74 113 €, subvention accordée au titre du Fonds de Modernisation des Établissements de Santé Publics et Privés (FMESPP)

---

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016**
- **Objectif 2 : 2016**

---

## INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**  
Production de l'étude relative au contexte juridique
- **Objectif 2 :**  
Production de l'étude médico-économique liée aux conditions de rémunération des prestations des radiologues
- **Pour l'ensemble des objectifs :**  
Tenue d'une réunion de restitution des différents volets de l'étude en présence de l'ARS et de tous les acteurs impliqués.

Promoteur / Pôle Médecines

Sources / PRS 2012-2016 / CPOM 2012-2017

**OBJECTIFS :** - Renforcer la coopération avec la MAS de Cernay  
- Etendre le dispositif à d'autres structures spécialisées

## PLANS D' ACTIONS

Le handicap intellectuel concerne environ 15 000 personnes en Champagne-Ardenne.

Les personnes concernées sont sujettes à des complications de leur état de santé et leur accès tant au diagnostic qu'aux parcours de soins est compliqué en raison de leurs difficultés à se déplacer, mais également du fait de problèmes cognitifs et comportementaux inhérents à un handicap majeur.

La Télémédecine, et plus particulièrement la Téléconsultation, constitue une réponse adaptée à ces difficultés.

En adéquation avec les orientations du Projet Régional de Santé, ce projet de Télémédecine s'est inscrit, dans sa première phase, dans le cadre d'une coopération entre le CHU et la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) de Cernay.

Il doit permettre :

- > d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes handicapées,
- > de réduire le délai d'obtention d'une consultation spécialisée,
- > de permettre une approche médicale pluridisciplinaire de l'état de santé du patient,
- > d'améliorer la coordination médicale de patients souvent polyopathologiques, et plus largement la coordination de l'ensemble des aidants professionnels et familiaux,
- > d'améliorer le confort des patients,
- > d'optimiser les conditions de la consultation (présence du médecin coordonnateur de la MAS et des auxiliaires de vie des patients voire de la personne de confiance lors de la consultation).

La mise en œuvre de ce projet a supposé, au préalable, la définition précise du projet médical et la réalisation d'une étude médico-économique. Cet outil de Télémédecine constitue un modèle dont on peut envisager l'extension ultérieure en termes de :

- > Téléconsultation avec l'extension aux 16 FAM (Foyers d'Accueil Médicalisés) et MAS de la région,

- > Téléexpertise pour améliorer le travail en réseau avec les centres hospitaliers (Troyes, Charleville notamment) dans le domaine des maladies rares.

La définition précise du projet médical a constitué un préalable indispensable à la réussite du projet. Il a permis de définir :

- > le contour du projet en précisant les besoins des résidents de la MAS et par conséquent la nature des consultations spécialisées à mettre en œuvre,
- > les prérequis à respecter avant la consultation : définition des modalités de demande de Téléconsultation, communication par la MAS des éléments cliniques et paracliniques à transmettre aux spécialistes du CHU via le Dossier Médical Personnel (DMP),
- > les conditions du déroulement de la consultation et de l'élaboration du compte-rendu (fiches type RCP, vidéo).  
La mise en œuvre de ce projet a supposé une évaluation précise des charges et des sources de financement.

Ce projet générera différentes charges correspondant :

- > au coût des investissements nécessaires à l'acquisition d'un système de Téléconsultation,
- > au coût de la maintenance des équipements,
- > au temps médical consacré par les équipes médicales.

Il sera par ailleurs source d'économies pour l'Assurance Maladie du fait de la réduction d'autres charges (transports, accompagnement des patients).

L'étude réalisée a permis de s'assurer de la faisabilité économique du projet grâce aux financements assurés par l'ARS et le GCS SISCA, et s'est conclue par la signature d'une convention par les différents acteurs et partenaires.

Il convient désormais d'étendre le dispositif mis en place.

### **Objectif 1 : Renforcer la coopération avec la MAS de Cernay**

L'année 2015 a été l'occasion d'initier la mise en œuvre du dispositif avec la MAS de Cernay en ciblant les consultations de Nutrition comme premier support du système de Télémédecine. Une réflexion doit être menée pour évaluer la possibilité d'extension du dispositif à d'autres disciplines.

### **Objectif 2 : Etendre le dispositif à d'autres structures spécialisées**

A partir des enseignements issus de la coopération avec la MAS de Cernay, une démarche sera engagée en vue d'étendre le dispositif à d'autres structures spécialisées.

La faisabilité de cette extension devra être confirmée par une étude de faisabilité tant économique que technique.

---

## **AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET**

Ensemble des services impliqués dans la Téléconsultation : potentiellement toutes les spécialités médico-chirurgicales (Maladies Infectieuses, Médecine Interne et Maladies rares, Nutrition, Neurologie / Épileptologie, Gastro-entérologie, Maladies respiratoires, Médecine Physique et Réadaptation, Gériatrie, Psychiatrie, Orthopédie)

---

## **PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET**

- Médecin à désigner au sein du Pôle Médecines
- Pr J. Caron Administrateur, URAPEI FEGAPEI Champagne Ardenne – Membre de la Commission Santé de l'UNAPEI
- Représentant de la MAS de Cernay (Dr T. Rofidal)
- Représentants de l'ARS
- Représentant du GCS SISCA
- Représentant du Groupe Columbus Consulting

## **INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES**

- Coût des équipements nécessaires à la mise en place du dispositif de Télémédecine
- Maintenance des équipements
- Coût du temps médical consacré aux Téléconsultations
- Recettes induites par la facturation des Téléconsultations

---

## **CALENDRIER DE RÉALISATION**

- **Objectif 1 : 2016**
- **Objectif 2 : 2016-2020**

## **INDICATEURS DE SUIVI**

- **Objectif 1 :**  
Nombre annuel de Téléconsultations
- **Objectif 2 :**  
Signature de conventions avec d'autres structures spécialisées

Promoteur / Direction de la Communication

- OBJECTIFS :**
- Diffuser une lettre d'information à destination des professionnels de santé libéraux
  - Créer un espace dévolu aux professionnels de santé libéraux sur le site Internet du CHU
  - Mettre en place un système de portables d'astreinte pour des spécialités ciblées

## PLANS D' ACTIONS

La qualité de la communication avec les différents professionnels de santé libéraux revêt un caractère stratégique pour l'attractivité du CHU.

En effet, une communication performante avec la Médecine de ville permet de fluidifier le parcours de soins du patient en favorisant notamment le travail en réseau. La qualité de la communication a également un effet direct sur le recrutement des patients.

Il est donc primordial de mieux faire connaître les activités réalisées par le CHU de Reims auprès des professionnels de santé libéraux et de rendre les spécialistes du CHU de Reims facilement accessibles pour les professionnels de santé libéraux (avis, transferts de patients).

L'atteinte de ces objectifs suppose la mise en œuvre du plan d'actions suivant.

### Objectif 1 : Diffuser une lettre d'information à destination des professionnels de santé libéraux

Il conviendra de définir le format (numérique ou papier), le contenu, la périodicité et le(s) mode(s) de diffusion de cette lettre d'information. Cette démarche sera menée en lien avec l'Ordre des Médecins.

### Objectif 2 : Créer un espace dévolu aux professionnels de santé libéraux sur le site Internet du CHU

Le site Internet du CHU comprendra un espace dédié à la Médecine de ville, éventuellement accessible par identifiant et mot de passe. Cet espace permettra de diffuser des informations plus détaillées sur les activités développées dans l'établissement mais aussi de diffuser les numéros de téléphone des professionnels du CHU. Parallèlement, il conviendra de développer un circuit de mise à jour des données pour pérenniser cette source d'informations.

### Objectif 3 : Mettre en place un système de portables d'astreinte pour des spécialités ciblées

Il s'agit de permettre aux professionnels de santé extérieurs à l'établissement d'obtenir facilement et à toute heure (ou tout du moins en dehors des horaires d'ouverture des secrétariats) un avis médical ou une information pour des spécialités ciblées.

Les différentes étapes seront les suivantes :

- > Recenser les modalités actuelles de contacts ville-hôpital,
- > Définir les besoins et recenser les spécialités à cibler,
- > Harmoniser les modes de fonctionnement au sein de l'établissement,
- > Déployer les solutions retenues.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Ensemble des Pôles médicaux de l'établissement / Direction des Systèmes d'Information et des Télécommunications / Direction de la Communication / Ordre des Médecins / Union Régionale des Professionnels de Santé / Commission Communication de la CME.

---

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Commission Communication de la CME
- Direction de la Communication

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Développement d'un support papier ou numérique et diffusion
- Développement des supports de communication pour contacter les spécialités ciblées
- Développement en interne du site internet

---

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016-2020**
- **Objectif 2 : 2016-2020**
- **Objectif 2 : 2016-2020**

## ● INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**
  - Diffusion de la lettre d'information
  - Enquête de satisfaction auprès des professionnels de santé libéraux
- **Objectif 2 :**
  - Mise en ligne des informations dédiées aux professionnels de santé libéraux
  - Déploiement d'un annuaire numérique des spécialités du CHU
- **Objectif 3 :**
  - Déploiement des supports de communication retenus dans au moins une spécialité par Pôle
  - Enquête de satisfaction auprès des professionnels de santé libéraux.



## Chapitre 3 : LES PROJETS DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

### Contexte

L'un des objectifs stratégiques du projet médical vise à garantir la qualité et la sécurité des soins au moyen de projets de soins diversifiés et adaptés.

L'atteinte de cet objectif repose sur l'expertise médicale et soignante des équipes du CHU ainsi que sur la mise en œuvre d'actions coordonnées garantissant une mise en commun de compétences spécifiques et complémentaires.

Elle suppose par ailleurs le respect de valeurs communément partagées avec l'ensemble de l'encadrement et des professionnels de santé visant à favoriser la démarche de bientraitance, l'exemplarité, la loyauté, le respect et l'engagement de tous.

### Ethique et bientraitance

Ces objectifs s'appuient sur le développement de la culture de la démarche éthique et de bientraitance, cette culture faisant désormais partie intégrante des réflexions portant sur les soins et les pratiques au CHU.

Dans un contexte contraint, du fait notamment des objectifs de réduction de la Durée Moyenne de Séjour, la complexité des parcours et le profil des patients pluripathologiques sont autant de paramètres à intégrer afin de rendre les prises en charge efficaces. L'attente des usagers porte autant sur la qualité technique des soins que sur la qualité de l'accompagnement psychologique au cours de situations difficiles.

Il s'agit d'une démarche à la fois collective et individuelle, partagée par la structure et les professionnels. Elle repose sur une remise en question constante des pratiques et de l'organisation.

Il est nécessaire d'accompagner les professionnels de santé dans le développement d'une culture de prise en soins «bientraitante» et de démarche éthique pour répondre aux situations complexes auxquelles ces professionnels sont confrontés quotidiennement.

Pour répondre à cet enjeu, une double thématique autour de la démarche éthique et de la bientraitance au niveau des soins constitue un axe fort du projet médical et projet de soins.

### Optimiser la qualité, la sécurité et la gestion des risques associés aux soins

Le management de la qualité et de la sécurité des soins constitue l'un des engagements majeurs de la démarche globale de qualité et de sécurité des soins du CHU.

Des axes prioritaires se sont dégagés du projet médical et soignant afin de promouvoir la qualité et la sécurité des soins proposés au patient. Le volet qualité autour de l'amélioration de la prise en charge de la douleur, de l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle sont des éléments socles pour l'ensemble des filières de soins à savoir MCO, SSR, Psychiatrie et EHPAD au CHU.

Dans le même ordre d'idées, la prise en charge des plaies et des troubles trophiques ainsi que le développement de l'éducation thérapeutique pour les patients multipathologiques sont autant d'éléments à développer afin de renforcer la qualité des prises en charge.

Sur le volet gestion des risques, un focus sur le circuit du médicament (sécurisation de la prise en charge médicamenteuse) et la maîtrise du risque infectieux (dans un contexte d'émergence de bactéries multirésistantes) sont de nature à répondre aux enjeux en termes de qualité / sécurité des soins, en termes d'incidences préjudiciables pour l'attractivité de la structure mais aussi au regard de forts enjeux assurantiels.

### Piloter et organiser les compétences managériales et soignantes

Afin d'assurer des prises en charge de qualité, sécuritaires et «bientraitantes», l'accompagnement des paramédicaux doit s'appuyer sur un projet managérial construit et partagé. Ce dernier fait l'objet d'un volet spécifique du projet d'établissement.

L'enjeu stratégique n'est pas seulement celui du positionnement dans l'environnement mais également celui d'une utilisation optimale et anticipatrice des ressources notamment humaines, caractérisées par les compétences.

Une des thématiques identifiée dans le cadre de ce projet managérial est l'accompagnement des parcours professionnels de l'encadrement.

L'objectif consiste à proposer une démarche structurée pour accéder à la fonction de cadre de proximité mais aussi un accompagnement dans la prise de fonction, dont les attendus sont de plus en plus forts.



## LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES RARES (FICHE N°43)

La prise en charge des maladies rares constitue une priorité nationale, déclinée au sein de la région Champagne-Ardenne au travers des orientations du Projet Régional de Santé.

Quelques chiffres illustrent la situation locale et régionale : 10 000 personnes sont atteintes de pathologies rares sur la ville de Reims et 67 000 dans la région Champagne-Ardenne.

Les maladies rares sont génétiques dans 80% des cas. Parmi les maladies génétiques, on trouve les maladies monogéniques, celles liées à l'ADN mitochondrial, ou multigéniques, les plus fréquentes ou plurifactorielles dans lesquelles, avec l'altération de plusieurs gènes de prédisposition, interviennent des facteurs environnementaux ou enfin résultant d'aberrations chromosomiques provoquées par l'existence d'un chromosome (ou d'une partie d'un chromosome) excédentaire ou déficitaire. Environ 70% d'entre elles se manifestent à la naissance ou dans les années qui suivent, mais les maladies rares mettent parfois 30 à 50 ans avant de se déclarer.

Le CHU est fortement impliqué dans la prise en charge des patients de la région atteints de maladies rares grâce à ses cinq Centres de Référence, ses onze Centres de Compétences et sa participation à des filières de santé Maladies Rares.

Des actions d'amélioration de la prise en charge des patients atteints de maladies rares en Champagne-Ardenne sont possibles. L'optimisation de la prise en charge nécessite une représentation unique de l'ensemble de Centres de Référence et de Compétences, une optimisation du fonctionnement des services cliniques avec le service de génétique, une meilleure visibilité des consultations spécialisées «maladies rares» à l'intérieur du CHU et vis-à-vis de l'extérieur, la mise en place de formations spécifiques destinées aux soignants.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°43 :

**Objectif 1 : Coordonner la prise en charge des patients au niveau clinique et génétique**

**Objectif 2 : Améliorer la visibilité et la lisibilité du CHU quant à son expertise sur les maladies rares**

**Objectif 3 : Assurer la formation initiale et continue des professionnels de santé**



## LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PRÉSENTANT DES PLAIES CHRONIQUES (FICHE N°44)

L'amélioration de la prise en charge des patients présentant des plaies chroniques nécessite la mise en place d'actions permettant de poursuivre la politique engagée en matière de prévention dans ce domaine, de communiquer et former sur les spécificités de ces plaies et sur leur prise en charge.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°44 :

**Objectif 1 : Poursuivre la politique de prévention des escarres**

**Objectif 2 : Connaître les différents types de plaies chroniques, leur spécificité et leur prise en charge**

**Objectif 3 : Connaître et corriger les facteurs de retard de cicatrisation chez un patient porteur d'une plaie chronique**

**Objectif 4 : Protocoliser et réévaluer les soins, prévenir la douleur liée aux soins, gérer les choix et la consommation des pansements**



## LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE (FICHE N°45)

Le rôle de l'alimentation est primordial dans la prise en charge des pathologies aiguës ou chroniques, dans la prévention des complications ou lors de la récupération postopératoire à l'issue d'actes invasifs. Les enjeux en ce domaine consistent notamment à garantir une alimentation de qualité, à prévenir et à prendre en charge la dénutrition ainsi qu'à organiser le dépistage des troubles de la déglutition.

Ainsi, les actions mises en place ont pour objectif de développer et de valoriser la culture du soin nutritionnel au sein du CHU.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°45 :

**Objectif 1 : Apporter une alimentation de qualité**

**Objectif 2 : Organiser le dépistage de la dénutrition**

**Objectif 3 : Prendre en charge la dénutrition**

**Objectif 4 : Organiser le dépistage des troubles de la déglutition**



## LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR (FICHE N°46)

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental.

Les objectifs retenus au titre du projet médical doivent permettre de parfaire la qualité de la prise en charge en améliorant le protocole de prise en charge de la douleur, la formation pratique des professionnels ainsi que les modalités de traitement et en structurant la filière de soins de la douleur.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°46 :

**Objectif 1 : Améliorer le protocole de prise en charge de la douleur (repérage, évaluation, traçabilité)**

**Objectif 2 : Améliorer la formation pratique des professionnels de santé**

**Objectif 3 : Améliorer les modalités de traitements médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques**

**Objectif 4 : Structurer la filière de soins de la douleur, en particulier pour la prise en charge des douleurs chroniques rebelles**



## LA PRISE EN CHARGE EN SOINS PALLIATIFS (FICHE N°47)

La prise en charge en matière de soins palliatifs se décline en trois niveaux : équipe mobile, lits identifiés et unité d'hospitalisation dédiée. Les objectifs retenus doivent permettre de rendre lisible cette diversité de prise en charge, de développer la culture «soins palliatifs» et le travail en réseau et d'utiliser la Recherche clinique comme source d'amélioration de la prise en charge palliative.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°47 :

**Objectif 1 : Définir et rendre lisible la politique globale de prise en charge des malades en soins palliatifs**

**Objectif 2 : Développer la culture «soins palliatifs»**

**Objectif 3 : Travailler en partenariats avec les acteurs concernés par cette filière**

**Objectif 4 : Conforter la Recherche clinique en soins palliatifs et accompagnement de fin de vie**



## LA MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX (FICHE N°48)

La maîtrise du risque infectieux repose autant sur les moyens disponibles au sein de l'établissement en termes de personnels (ex. : nombre d'IDE), d'architecture (ex. : chambres à deux lits), de système d'information, que sur les actions de formation et de surveillance qui peuvent être mises en place. L'objectif est d'assurer aux usagers du CHU une prise en charge de qualité dans des conditions optimales en termes de risque infectieux.

Le plan d'actions à mettre en œuvre doit porter sur l'amélioration de la qualité des procédures de soins, sur l'amélioration de la politique de prévention ainsi que sur le développement de l'outil informatique en vue d'assurer une meilleure prévention et surveillance des infections.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°48 :

**Objectif 1 : Améliorer la qualité et la sécurité des procédures de soins et développer des actions d'évaluation des pratiques professionnelles ciblées sur les pratiques d'hygiène et les actes à risque**

**Objectif 2 : Améliorer la politique de prévention de la diffusion des Bactéries Multirésistantes (BMR) aux antibiotiques et promouvoir le bon usage des antibiotiques**

**Objectif 3 : Développer l'outil informatique pour une meilleure prévention et surveillance des infections nosocomiales**



## LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE (FICHE N°49)

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient s'inscrit dans le cadre de la politique de la gestion des risques mise en œuvre au sein de l'établissement. Cette sécurisation implique le développement de la culture qualité et gestion des risques en ce domaine, en prenant en compte les approches a priori et a posteriori de la gestion des risques, notamment le retour d'expérience. Elle nécessite également une organisation multidisciplinaire et multiprofessionnelle afin de garantir son application tout au long du parcours du patient.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°49 :

**Objectif 1 : Développer une culture qualité et gestion des risques associés à la prise en charge médicamenteuse**

**Objectif 2 : Sécuriser la prise en charge médicamenteuse tout au long du parcours de soins du patient**

**Sécuriser la prescription médicamenteuse**

**Sécuriser le stockage des médicaments à la pharmacie et la dispensation des médicaments**

**Sécuriser le stockage des médicaments dans les unités de soins**

**Sécuriser l'administration des médicaments**



## L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (FICHE N°50)

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) a pour objet d'aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une (ou plusieurs) maladie(s) chronique(s). Elle fait partie intégrante, et de façon permanente, de la prise en charge du patient (HAS – 2007). L'ETP est inscrite dans le Code de la Santé Publique (loi HPST de 2009) et nécessite une formation des soignants. Les programmes d'ETP sont soumis à autorisation par l'ARS avant leur mise en œuvre et doivent être évalués de façon annuelle et quadriennale.

L'Unité Transversale d'Éducation du Patient (UTEp), créée en 2004 au CHU, est une structure transversale dont les missions principales initiales étaient de contribuer au développement de programmes d'ETP ambulatoires et de structurer l'offre d'ETP au sein du CHU. Celle-ci se décline désormais en 35 programmes autorisés sachant que d'autres programmes sont en cours d'élaboration.

La fédération d'éducation thérapeutique du CHU définit de façon consensuelle les orientations stratégiques de l'établissement sur le champ de l'ETP et regroupe l'ensemble des unités fonctionnelles de l'établissement ayant une offre d'ETP «formalisée».

Dans le cadre du projet médical / projet de soins du CHU, les actions retenues au titre de l'éducation thérapeutique ont donc pour objet de clarifier et rendre plus lisible l'organisation de l'ETP au sein de l'établissement, de restructurer et renforcer l'UTEp (structure opérationnelle de la fédération d'ETP) dans ses rôles d'appui méthodologique aux équipes de soins, aux actions d'enseignement (équipes médicales et paramédicales en formation initiale) et à la recherche.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°50 :

**Objectif 1 : Clarifier et rendre plus lisible l'organisation de l'Éducation Thérapeutique du Patient au sein du CHU**

**Objectif 2 : Restructurer l'UTEp**

**Objectif 3 : Constituer via l'UTEp un centre de référence pour les équipes de soins, l'Enseignement et la Recherche**



## LA BIENTRAITANCE ET LA LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE (FICHE N°51)

La notion de bientraitance recouvre un ensemble d'attitudes et de comportements positifs et constants de respect, de bons soins, de marques d'attention bienveillante, d'écoute, d'encouragement, de soutien et d'aide envers des personnes ou des groupes, qui favorisent l'instauration d'un climat de confiance et de sécurité mutuelle.

Les actions à mettre en œuvre se déclinent à partir de deux axes majeurs : d'une part développer une culture de la bientraitance, d'autre part renforcer la prévention de la maltraitance.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°51 :

**Objectif 1 : Développer une culture de la bientraitance (à mettre en lien avec les éléments déclinés dans la fiche "Les démarches éthiques")**

**Objectif 2 : Renforcer la prévention primaire et secondaire de la maltraitance**



## LES DÉMARCHES ÉTHIQUES (FICHE N°52)

L'éthique a pour objet d'apporter la réponse la plus appropriée aux problèmes liés aux caractères singuliers des situations et vise à répondre à la question "comment agir au mieux dans l'intérêt et le souci de l'Autre ?" Le plan d'actions à mettre en œuvre repose sur la déclinaison des objectifs suivants : l'élaboration d'une démarche éthique centrée sur la prise en charge des patients ayant pour objet d'énoncer des valeurs partagées, la volonté de créer un véritable lieu d'échanges à destination des professionnels et du grand public, la promotion des formations, la constitution d'un observatoire de l'éthique et la contribution aux missions de l'Espace de Réflexion Éthique de Champagne-Ardenne.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°52 :

**Objectif 1 : Elaborer une démarche éthique centrée sur la prise en charge des patients**

**Objectif 2 : Constituer un lieu d'échanges interdisciplinaires à l'initiative du GRECS**

**Objectif 3 : Promouvoir la formation initiale et continue en éthique de la santé et du soin à l'initiative du GRECS**

**Objectif 4 : Constituer un observatoire à l'initiative du GRECS au regard de l'éthique pour préparer les missions de l'ERECA**

**Objectif 5 : Contribuer aux missions de l'ERECA, espace de réflexion éthique régional en charge de la coordination et de la valorisation des démarches éthiques propres aux établissements**



## L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE (FICHE N°53)

Les équipes médicales et soignantes du CHU souhaitent améliorer l'accompagnement psychologique des personnes prises en charge au sein de l'établissement pour des troubles somatiques.

Aujourd'hui, des psychologues sont intégrés à certaines unités de soins afin d'apporter une réponse à la souffrance psychique des personnes hospitalisées et de leur famille, en collaboration avec les acteurs médicaux et paramédicaux. Cependant, des besoins de prise en charge psychologique sont identifiés dans des services de soins ne disposant pas de compétences professionnelles spécifiques dans ce domaine : services de Chirurgie, en particulier pour des patients subissant des chirurgies lourdes et potentiellement délabrantes, services de Réanimation adultes, hémodialyse et transplantation rénale, certains services accueillant des patients atteints de cancer. L'accompagnement des équipes soignantes et des patients de ces services peut être amélioré par une organisation graduée reposant sur deux niveaux d'intervention :

- > un premier niveau assuré par les équipes soignantes, infirmières en particulier, qui doivent être sensibilisées et formées à l'approche psychologique de la maladie et des soins ;
- > un second niveau assuré par les psychiatres et psychologues de l'établissement, dans des situations complexes prédéfinies et selon leurs compétences, qui doivent être mieux connues et valorisées.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°53 :

**Objectif 1 : Recenser et valoriser les compétences en psychologie au sein du CHU**

**Objectif 2 : Organiser une réponse psychologique professionnelle dans des situations complexes**

**Objectif 3 : Sensibiliser et former les équipes soignantes à l'approche psychologique**



**Promoteur** / Centres de Référence et de Compétences Maladies Rares du CHU

**Sources** / Plans Nationaux Maladies Rares 1 et 2 / Groupe régional de travail (associations, CHU, ARS)

- OBJECTIFS :**
- Coordonner la prise en charge des patients au niveau clinique et génétique
  - Améliorer la visibilité et la lisibilité du CHU quant à son expertise sur les maladies rares
  - Assurer la formation initiale et continue des professionnels de santé

## PLANS D' ACTIONS

La prise en charge des maladies rares constitue une priorité nationale, déclinée au sein de la région Champagne-Ardenne au travers des orientations du Projet Régional de Santé.

Quelques chiffres illustrent la situation locale et régionale : 10 000 personnes sont atteintes de pathologies rares sur la ville de Reims et 67 000 dans la région Champagne-Ardenne.

Les maladies rares sont génétiques dans 80% des cas. Parmi les maladies génétiques, on trouve les maladies monogéniques, celles liées à l'ADN mitochondrial, ou multigéniques, les plus fréquentes ou plurifactorielles dans lesquelles, avec l'altération de plusieurs gènes de prédisposition, interviennent des facteurs environnementaux ou enfin résultant d'aberrations chromosomiques provoquées par l'existence d'un chromosome (ou d'une partie d'un chromosome) excédentaire ou déficitaire. Environ 70% d'entre elles se manifestent à la naissance ou dans les années qui suivent, mais les maladies rares mettent parfois 30 à 50 ans avant de se déclarer.

Le CHU est fortement impliqué dans la prise en charge des patients de la région atteints de maladies rares grâce à ses cinq Centres de Référence, ses onze Centres de Compétences et sa participation à des filières de santé Maladies Rares.

Des actions d'amélioration de la prise en charge des patients atteints de maladies rares en Champagne-Ardenne sont possibles.

L'optimisation de la prise en charge nécessite une représentation unique de l'ensemble de Centres de Référence et de Compétences, une optimisation du fonctionnement des services cliniques avec le service de génétique, une meilleure visibilité des consultations spécialisées «maladies rares» à l'intérieur du CHU et vis-à-vis de l'extérieur, la mise en place de formations spécifiques destinées aux soignants.

### **Objectif 1 : Coordonner la prise en charge des patients au niveau clinique et génétique**

L'amélioration de la coordination nécessite la création d'un groupe de coordination représentant les Centres de Référence et de Compétences du CHU, animé par un responsable, avec des missions définies. Il y aura ainsi un interlocuteur unique vis-à-vis des instances du CHU et de la région.

La multiplicité des acteurs impliqués dans la prise en charge ainsi que la complexité des parcours rendent nécessaires le développement des liens entre les différents secteurs de soin, que ce soit au niveau du CHU mais aussi au niveau de l'ensemble de la Champagne-Ardenne. Pour cela, des réunions et des consultations pluridisciplinaires au sein du CHU intégrant la génétique seront mises en place ainsi que des consultations pluridisciplinaires avancées de génétique dans les centres situés à proximité des patients concernés. Afin d'en améliorer l'efficacité diagnostique et médico-économique, il faut soutenir la partie biologique du service de génétique du CHU en l'aidant à développer les approches à haut débit (CGH-Array et séquençage moyen débit « NGS »), rendues possibles notamment par l'acquisition récente d'un séquenceur moyen débit.

### **Objectif 2 : Améliorer la visibilité et la lisibilité du CHU quant à son expertise sur les maladies rares**

Concernant le patient, il s'agit de lui donner, quels que soient son implantation géographique et son niveau d'autonomie, les moyens de disposer des informations nécessaires à sa prise en charge, informations relatives à son parcours de soins et à l'appui offert par les associations. C'est également l'ensemble des médecins du CHU et de la région qui doivent avoir une meilleure connaissance et un meilleur accès aux consultations maladies rares au CHU.



Pour cela, il convient d'améliorer la visibilité et la lisibilité des informations concernant les Centres de Référence et de Compétences du CHU sur le site internet du CHU ainsi que sur l'intranet (médecins, paramédicaux, associations de patients).

Une plaquette spécifique Maladies Rares sera insérée dans le livret d'accueil destiné aux patients hospitalisés.

Le CHU se donnera les moyens de participer activement à la Journée Internationale des maladies rares, qui a lieu chaque année en se rapprochant d'Alliance Maladies Rares.

Une lettre d'information sera adressée une fois par an à l'ensemble des médecins de la région concernant les maladies rares, contenant au minimum une liste mise régulièrement à jour des coordonnées des Centres de Référence et de Compétences présents au CHU.

### **Objectif 3 : Assurer la formation initiale et continue des professionnels de santé**

Les professionnels de santé sont souvent démunis face aux spécificités de la prise en charge des maladies rares. La formation apparaît donc comme un levier devant permettre d'améliorer la prise en charge des patients. Le CHU s'inscrit dans cette perspective en prévoyant :

- > l'organisation régulière de sessions de Formations Médicales Continues (FMC) sur le thème des maladies rares,
- > l'intégration dans la formation des étudiants en médecine d'une heure d'enseignement au cours de leur cursus sur les maladies rares (Plan National Maladies Rares, filières de soins, Centre de Référence, Centres de Compétences).

## **AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET**

Ensemble des services concernés par la prise en charge des patients atteints de maladies rares.

### **PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET**

- Coordonnateurs des Centres de Référence et de Compétences
- Pôle de Biologie médicale et Pathologie

### **INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES**

- Coûts d'impression des documents d'information, de temps informaticien pour la création et la mise à jour régulière des sites intranet et internet
- Financement des activités de séquençage à haut débit du service de génétique

## **CALENDRIER DE RÉALISATION**

- **Objectif 1 :**  
Actions continues sur la durée du projet médical (2016 - 2020)
- **Objectif 2 :**  
Actions continues sur la durée du projet médical (2016 - 2020)
- **Objectif 3 :**  
Actions continues sur la durée du projet médical (2016 - 2020)

## **INDICATEURS DE SUIVI**

- **Objectif 1 :**
  - Désignation du responsable du groupe de coordination
  - Nombre de réunions du groupe de coordination
  - Nombre de prélèvements pour étude génétique non gérés par le service de génétique
  - Nombre de consultations pluridisciplinaires avancées de génétique en Champagne-Ardenne
  - Nombre de réunions et de consultations pluridisciplinaires intégrant la génétique réalisées au sein du CHU
- **Objectif 2 :**
  - Bilan de la mise à jour des informations sur site internet/intranet
  - Existence des informations dans le livret d'accueil
  - Nombre de lettres d'information envoyées
- **Objectif 3 :**
  - Nombre de FMC
  - Nombre d'heures de cours à la Faculté de Médecine.

**Promoteur** / Service Dermatologie

**Sources** / Indicateurs IPAQSS (HAS) / Conférence de consensus de 2001 et Conférence d'experts de 2012 sur les escarres / Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisations / Société Française de Dermatologie

- OBJECTIFS :**
- Poursuivre la politique de prévention des escarres
  - Connaître les différents types de plaies chroniques, leur spécificité et leur prise en charge
  - Connaître et corriger les facteurs de retard de cicatrisation chez un patient porteur d'une plaie chronique
  - Protocoliser et réévaluer les soins, prévenir la douleur liée aux soins, gérer les choix et la consommation des pansements

## PLANS D'ACTIONS

L'amélioration de la prise en charge des patients présentant des plaies chroniques nécessite la mise en place d'actions permettant de poursuivre la politique engagée en matière de prévention dans ce domaine, de communiquer et de former sur les spécificités de ces plaies et sur leur prise en charge.

### **Objectif 1 : Poursuivre la politique de prévention des escarres**

La poursuite de la politique de prévention des escarres suppose la mise en œuvre des actions suivantes :

- > Maintenir et actualiser le niveau de connaissances des personnels paramédicaux en poursuivant les actions de formation sur demande des Pôles, dans le cadre d'un projet formalisé, ainsi qu'au moyen de la formation institutionnelle «plaies et cicatrisation». Ces formations porteront sur les différents facteurs de risque d'escarres, sur les échelles de risque, sur le guide relatif au choix institutionnel du support dans le cadre d'un protocole accessible dans la GED, sur le positionnement des malades au lit et au fauteuil, sur les techniques de soins de prévention ainsi que sur les différents types de supports de traitement et de prévention des escarres.
- > Mettre en place une évaluation tracée dans le dossier de soin et systématique du niveau de risque dès l'admission à l'aide d'une échelle de risque validée, couplée au jugement clinique.
- > Programmer une réévaluation en fonction du type de séjour et de sa durée.
- > Développer l'éducation des patients à la reconnaissance des situations à risque et à la prévention des escarres grâce aux actions

mises en place par les experts «plaies et cicatrisation» en consultation et hôpital de jour.

- > Recenser et évaluer les besoins en matériel de prévention et de traitement des escarres, et participer aux tests des appels d'offres.
- > Poursuivre le suivi de la prévalence des escarres acquises au CHU par un audit de prévalence un jour donné tous les 3 ans.

### **Objectif 2 : Connaître les différents types de plaies chroniques, leur spécificité et leur prise en charge**

La connaissance des différents types de plaies chroniques, de leur spécificité et de leur prise en charge doit être améliorée par la formation des soignants. Des actions de formation devront donc être mises en place. Elles porteront sur la connaissance des différentes plaies chroniques, sur leur physiologie et leur spécificité en particulier pour les escarres et les ulcères de jambe, mais aussi pour les autres plaies chroniques, en dehors du pied diabétique. Ces formations seront réalisées sur demande des Pôles dans le cadre d'un projet formalisé ainsi qu'au moyen de la formation institutionnelle «plaies et cicatrisation» une fois par an.

### **Objectif 3 : Connaître et corriger les facteurs de retard de cicatrisation chez un patient porteur d'une plaie chronique**

Deux actions doivent permettre la connaissance des facteurs de retard de cicatrisation et les corrections à y apporter :

- > Sensibiliser les soignants à la détection des facteurs de retard de cicatrisation (dénutrition, défaut de perfusion - artériopathie œdème - diabète déséquilibré, infection, non décharge des escarres, non compression des ulcères de jambe veineux...) et à leur correction au

moyen de formations sur demande des Pôles dans le cadre d'un projet formalisé ainsi qu'au moyen de la formation institutionnelle «plaies et cicatrisation» une fois par an.

- > Recourir à l'équipe experte «plaies et cicatrisation» pour les patients présentant une plaie avec un retard de cicatrisation non expliqué.

#### **Objectif 4 : Protocoliser et réévaluer les soins, prévenir la douleur liée aux soins, gérer les choix et la consommation des pansements**

Les actions à mettre en œuvre sont les suivantes :

- > Poursuivre l'utilisation des protocoles de soins locaux «escarre» et «ulcère» mis en place en 2005 (accessible dans la GED),

réévaluer ces protocoles et suivre leur utilisation.

- > Protocoliser la prévention de la douleur liée aux soins locaux (travail en lien avec le Comité de Lutte contre la douleur - CLUD).
- > Institutionnaliser une fiche de suivi des plaies à l'image de celle utilisée en ambulatoire en Dermatologie et l'intégrer au dossier de soin.
- > Faire appel à l'IDE experte en cas de situation difficile au lit du malade et optimiser le suivi du patient au sein du le CHU et après sa sortie lors d'une consultation infirmière «plaies et cicatrisation» en ambulatoire.
- > Évaluer les besoins en différents dispositifs médicaux (pansements), référencer les nouvelles technologies et participer aux choix des dispositifs lors des appels d'offres.

## **AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET**

Direction des Achats, Pôle Pharmacie, secteurs de soins et EHPAD, CLUD, Service Diététique, service de Médecine Physique et de Réadaptation.

## **PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET**

- Dr G. Perceau, Service de Dermatologie
- Direction des Soins
- C. Baudoncourt, Cadre du service de Dermatologie

## **INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES**

- Diminution des coûts directs et indirects liés aux escarres et autres plaies chroniques.

## **CALENDRIER DE RÉALISATION**

- **Objectif 1 :**
  - Évaluation du risque intégrée au dossier de soin : 2017
  - Audit de prévalence et EPP sur l'évaluation du risque : 2017
  - Formation selon demande des Pôles
  - Formation institutionnelle une fois par an
  - Appels d'offres selon calendrier
- **Objectifs 2 et 3 :**
  - Formation selon demande des Pôles
  - Formation institutionnelle une fois par an
- **Objectif 4 :**
  - Formation selon demande des Pôles
  - Formation institutionnelle une fois par an
  - Réactualisation des protocoles GED pansement « escarre et ulcères » : 2016
  - Mise en place d'une fiche de suivi des plaies institutionnelle : 2016
  - EPP protocole « pansement » et « fiche de suivi des plaies » en 2017
  - Mise en place d'un protocole de prévention de la douleur liée aux soins locaux : selon calendrier du CLUD à déterminer
  - Appels d'offres selon calendrier.

## **INDICATEURS DE SUIVI**

- **Objectif 1 :**
  - Nombre de personnels formés par an
  - Résultats des audits de prévalence et EPP 2017 et indicateurs IPAQSS « escarres » pour le SSR
  - Suivi des budgets « matériel de prévention et traitement des escarres »
- **Objectif 2 :**
  - Nombre de personnels formés par an
- **Objectif 3 :**
  - Nombre de personnels formés par an
  - Nombre de consultations « plaies et cicatrisation » par an dans les services et en ambulatoire
- **Objectif 4 :**
  - Nombre de personnels formés par an
  - Nombre de consultations « plaies et cicatrisation » par an dans les services et en ambulatoire EPP 2017
  - Suivi des lignes de budget « pansement ».

**Promoteur / CLAN**

**Sources /** PNNS 3 / Recommandations médicales HAS et IPAQSS / Recommandations relatives à la nutrition : Groupement d'Etude des Marchés Restauration Collective et Nutrition (GEMRCN) / Circulaire DHOS/E 1 n° 2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé.

**OBJECTIFS :**

- Apporter une alimentation de qualité
- Organiser le dépistage de la dénutrition
- Prendre en charge la dénutrition
- Organiser le dépistage des troubles de la déglutition

## PLANS D'ACTIONS

Le rôle de l'alimentation est primordial dans la prise en charge des pathologies aiguës ou chroniques, dans la prévention des complications ou lors de la récupération postopératoire à l'issue d'actes invasifs. Les enjeux en ce domaine consistent notamment à garantir une alimentation de qualité, à prévenir et à prendre en charge la dénutrition ainsi qu'à organiser le dépistage des troubles de la déglutition.

Ainsi, les actions mises en place ont pour objectif de développer et de valoriser la culture du soin nutritionnel au sein du CHU.

### Objectif 1 : Apporter une alimentation de qualité

La qualité de l'alimentation doit être privilégiée en établissement de santé afin de répondre aux besoins nutritionnels spécifiques des patients accueillis. L'alimentation constitue un soin à part entière et l'apport d'une alimentation de qualité doit être recherché au travers des actions suivantes :

- > Augmenter les apports protéino-énergétiques, en particulier pour le petit déjeuner.
- > Apporter des améliorations pratiques aux menus.
- > Améliorer le bien-être des personnes âgées fragilisées grâce à une offre alimentaire adaptée à leurs besoins, alliant nutrition et plaisir (recueil des habitudes alimentaires, des goûts...) en s'appuyant sur les suggestions du COPIL Alimentation.
- > Améliorer les conditions de prise de repas en garantissant des horaires respectant le temps maximum de jeûne, l'aide au repas et l'évaluation de la consommation des repas.

### Objectif 2 : Organiser le dépistage de la dénutrition

La dénutrition peut affecter tout patient hospitalisé quel que soit son âge : enfants, adultes et personnes âgées. Elle est un facteur de perte de chance pour les patients. La mise en œuvre du dépistage de la dénutrition apparaît donc comme un élément incontournable dans le projet de soins du patient. Cette mise en œuvre suppose de décliner différentes actions :

- > Renseigner la fiche de nutrition pour tout patient hospitalisé et faire intervenir le diététicien en cas de dénutrition.
- > Engager les Pôles dans le dépistage de la dénutrition dans le cadre des contrats de Pôle.
- > Créer une Unité Transversale de Nutrition pour optimiser le dépistage la dénutrition.

### Objectif 3 : Prendre en charge la dénutrition

La prise en charge de la dénutrition doit être conçue comme une démarche pluridisciplinaire, coordonnée avec l'ensemble des professionnels de santé au service du projet de soins individualisé du patient. L'atteinte de cet objectif suppose :

- > La mise en place de protocoles de conduite à tenir face à une dénutrition modérée ou sévère.
- > La mise en place de protocoles de bonnes pratiques de prescription de la nutrition artificielle.
- > La diffusion des bonnes pratiques d'installation du patient (fiches réflexes) au moyen de réunions d'informations des Cadres et de communications sur l'outil Intranet.
- > La facilitation de l'accès aux outils de la prise en charge par le biais du site Intranet "CLAN".
- > La réalisation de formations à la prise en charge nutritionnelle pour les professionnels concernés.

Dans cette optique, l'Unité Transversale de Nutrition (UTN) permet d'accompagner les équipes médicales et paramédicales afin d'atteindre ces objectifs.

En outre, la prise en charge des cas complexes par l'UTN optimise le parcours de soin des patients dénutris au sein du CHU.

## Objectif 4 : Organiser le dépistage des troubles de la déglutition

Le dépistage des troubles de la déglutition constitue un enjeu majeur dans le cadre de la prise en charge nutritionnelle du patient en établissement de santé.

L'objectif consiste à mettre en place ce dépistage selon les recommandations du guide régional labellisé par la Société Francophone de Nutrition Entérale et Parentérale (SFNEP).

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Ensemble des secteurs cliniques et EHPAD

CLAN

Direction des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (Services de soins et service diététique)

Direction de la qualité et gestion des risques

Direction des Achats et de la Logistique (Service de Restauration)

Directions déléguées de Pôles

Direction de la Communication

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- C. Diallo, Ingénieur Restauration
- T. Brugeat, Coordonnateur Général des Soins
- Cadre de Santé Diététicienne
- Médecin Responsable du CLAN

## INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Accroissement des coûts alimentaires à compenser par l'augmentation du taux de codage de la dénutrition
- Augmentation de la consommation de nutrition entérale à compenser par la diminution de la nutrition parentérale
- Temps médical prévisible à hauteur de 0,5 ETP dans le cadre d'une Unité Transversale de Nutrition (UTN)

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016-2020**
- **Objectif 2 : 2016-2020**
- **Objectif 3 : 2016-2020**
- **Objectif 4 : 2016-2020**

## INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**
  - Nombre de réunions « Service de la Restauration / Services de soins » et comptes-rendus (Commissions des menus / réunions de concertation)
  - Taux de prescription de régimes enrichis
  - Échelle de qualité de vie en EHPAD
  - Enquêtes de satisfaction des patients / alimentation, aide repas...
- **Objectif 2 :**
  - Taux de remplissage des fiches nutrition, par Unité Fonctionnelle, un jour donné par Pôle
  - Nombre de consultations diététiques (service, consultations), rapport d'activité
  - Évolution des IPAQSS par Pôle
- **Objectif 3 :**
  - Nombre d'Unités Fonctionnelles ayant inclus le protocole dans les pratiques
  - Taux du rapport Nutrition Entérale / Nutrition Parentérale
  - Nombre de fiches réflexe déployées
  - Nombre d'agents et étudiants formés
  - Bilan d'activité de l'Unité Transversale de Nutrition
  - Taux de codage de la dénutrition
- **Objectif 4 :**
  - Nombre d'Unités Fonctionnelles ayant inclus le protocole de dépistage et de prise en charge nutritionnelle des troubles de déglutition
  - Taux de pneumopathie d'inhalation
  - Taux de prescription des textures modifiées.

**Promoteur** / Commission Douleur et Soins Palliatifs

**Sources** / Plan stratégique d'amélioration de la prise en charge de la douleur (2006-2010) / HAS - IPAQSS

- OBJECTIFS :**
- Améliorer le protocole de prise en charge de la douleur (repérage, évaluation, traçabilité)
  - Améliorer la formation pratique des professionnels de santé
  - Améliorer les modalités de traitements médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques
  - Structurer la filière de soins de la douleur, en particulier pour la prise en charge des douleurs chroniques rebelles

## ● PLANS D'ACTIONS

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental.

Les objectifs retenus au titre du projet médical doivent permettre de parfaire la qualité de la prise en charge en améliorant le protocole de prise en charge de la douleur, la formation pratique des professionnels ainsi que les modalités de traitement et en structurant la filière de soins de la douleur.

### Objectif 1 : Améliorer le protocole de prise en charge de la douleur (repérage, évaluation, traçabilité)

L'amélioration de la prise en charge de la douleur nécessite une structuration de la démarche dès l'entrée du patient au sein de l'établissement et un suivi afin d'optimiser les pratiques professionnelles. Cette structuration et ce suivi doivent se décliner ainsi :

- > Systématiser l'évaluation de la douleur pour tout malade entrant.
- > Renouveler l'évaluation de la douleur si besoin.
- > Utiliser une échelle adaptée (y compris pour les patients dyscommunicants).
- > Tracer ces évaluations dans le dossier du patient.

### Objectif 2 : Améliorer la formation pratique des professionnels de santé

Le développement des compétences des professionnels autour de la prise en charge de la douleur constitue l'une des priorités de l'établissement. Des axes de formation autour de la douleur et des soins palliatifs doivent être développés auprès des équipes médico-soignantes.

La déclinaison des actions de formation doit être la suivante :

- > Mettre en place une formation «Kalinox®» (gaz anesthésiant) à l'usage des médecins,

infirmiers et personnels médico-techniques habilités.

- > Mettre en place une formation généraliste douleur et soins palliatifs pour les médecins et les soignants par les membres de la Commission Douleur et Soins Palliatifs.
- > Former les référents "douleur" des Pôles et structures internes aux outils d'évaluation (échelles) pour harmoniser et adapter les outils en fonction de la population accueillie.

### Objectif 3 : Améliorer les modalités de traitements médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques

La prise en charge de la douleur peut être envisagée à l'aide de traitements médicamenteux ou par l'utilisation de méthodes non pharmacologiques. Ces méthodes doivent être connues des soignants par le biais de protocoles et d'outils diffusés largement. Il s'agira par exemple de :

- > Créer un module d'aide à la prescription médicale (y compris pour les enfants et les personnes âgées) : gestion de la PCA, morphiniques, etc.
- > Actualiser les protocoles analgésiques.
- > Favoriser les techniques de soins non douloureuses.
- > Améliorer la prévention des douleurs induites par les actes de soins.
- > Élaborer et diffuser un document pédagogique sur les protocoles infirmiers de prise en charge de la douleur.
- > Développer des actions d'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.
- > Développer les actions de soins : toucher massage, éducation posturale, TENS, relaxation...
- > Développer l'information et la communication interne sur Intranet par une veille documentaire (sociétés savantes : SFETD).



#### Objectif 4 : Structurer la filière de soins de la douleur, en particulier pour la prise en charge des douleurs chroniques rebelles

A ce jour, les délais d'attente pour les consultations dédiées à la prise en charge des douleurs chroniques rebelles sont jugés trop longs.

Par ailleurs, des échanges doivent être réalisés avec les professionnels de santé (en ville et dans les autres établissements) en vue de :

- > Limiter les délais d'attente des consultations,
- > Faire connaître l'offre de service du CHU,
- > Créer des réseaux au niveau régional en lien avec le Centre de la douleur du centre hospitalier de Troyes, de la consultation «douleur» des centres hospitaliers de Châlons-en-Champagne et de Saint-Dizier, pour des revues de dossiers et pour permettre une orientation des patients vers le Centre de la douleur dont ils relèvent.

### AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Équipes Mobiles de Soins Palliatifs, consultations douleurs chroniques, Unités de Soins Palliatifs, unités de soins, Direction de la Communication.

### PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Mme I. Daligault, Cadre de Santé - Unité de réanimation infantile et néonatale
- Dr A. Devy-Michel, Médecin coordonnateur de la Commission de Soins Palliatifs et Douleur
- Dr C. Chemla, Responsable de la structure interne "Douleur"
- Dr C. Liss, Equipe Mobile de Soins Palliatifs
- Direction des Soins

### INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Accroissement des dépenses correspondant à l'usage du Kalinox® : obus et consommables

### CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016**  
(évaluation de la douleur avec un outil adapté)
- **Objectif 2 : 2016**
- **Objectif 3 : fin 2017**
- **Objectif 4 : fin 2019**

### INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**
  - Audit des pratiques réalisé sur un jour donné (4 fois/an)
  - Vérification de l'intégration de cet indicateur qualité dans les contrats de Pôles
  - Suivi des IPAQSS
- **Objectif 2 :**  
Evaluation et bilan des formations mises en place (contenu, nombre de personnes formées...)
- **Objectif 3 :**  
Protocoles et guides diffusés (ex. : pédiatrie)
- **Objectif 4 :**  
Bilan d'activité (nombre de consultations, délai d'attente)



**Promoteur** / Commission douleur et soins palliatifs

**Sources** / Plan National : Programme de développement de soins palliatifs 2008-2012 / SROS 2012-2016 / CPOM 2012-2017 / HAS

**OBJECTIFS :** - Définir et rendre lisible la politique globale de prise en charge des malades en soins palliatifs  
- Développer la culture «soins palliatifs»  
- Travailler en partenariat avec les acteurs concernés par cette filière  
- Conforter la Recherche clinique en soins palliatifs et accompagnement de fin de vie

## ● PLANS D'ACTIONS

La prise en charge en matière de soins palliatifs se décline en trois niveaux : équipe mobile, lits identifiés et unité d'hospitalisation dédiée. Les objectifs retenus doivent permettre de rendre lisible cette diversité de prise en charge, de développer la culture «soins palliatifs» et le travail en réseau et d'utiliser la Recherche clinique comme source d'amélioration de la prise en charge palliative.

### Objectif 1 : Définir et rendre lisible la politique globale de prise en charge des malades en soins palliatifs

La définition de la politique globale de prise en charge des malades en soins palliatifs doit permettre de rendre lisible l'activité palliative sous ces différentes formes.

Cet objectif de lisibilité sera atteint en déclinant les actions suivantes :

- ♦ Rédiger un document institutionnel permettant de préciser les actions et les liens entre les Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP), l'Unité de Soins Palliatifs et les Équipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP adulte et enfant) et les services de soins du CHU. Ce document comprendra les critères d'inclusion ainsi que la valeur ajoutée procurée par la prise en charge d'un patient au sein d'un Lit Identifié de Soins Palliatifs. Il sera adressé à chaque médecin par l'intermédiaire de la CME et à chaque cadre de santé qui aura pour mission d'informer les équipes soignantes.
- ♦ Promouvoir l'information à travers différents supports :
  - > Documents institutionnels diffusés auprès des professionnels et usagers, et portant sur les directives anticipées, la personne de confiance et les droits des malades en fin de vie.
  - > Organisation d'un forum pour permettre un contact direct avec les usagers.

- > Formation institutionnelle
- > Différents modes de communication (participation aux réunions du Groupe de Réflexion Ethique Clinique et Soins - GRECS -), rencontres directes avec les équipes soignantes, revue interne du CHU, site Internet)

Par ailleurs, il conviendra d'élaborer un projet de soins personnalisé pour chaque patient relevant de soins palliatifs et pour ses proches et de l'intégrer au dossier patient.

### Objectif 2 : Développer la culture «soins palliatifs»

Le développement de la culture palliative constitue un gage d'efficacité en vue d'améliorer la prise en charge des patients.

Ce développement repose sur différentes actions à mettre en œuvre à l'égard des patients, de leurs proches et des soignants :

- > Promouvoir les dispositions législatives des personnes en fin de la vie (loi Léonetti et dispositions à venir).
- > Réaliser des formations pour les soignants autour de la prise en charge en soins palliatifs (personnel médical et personnel non médical).
- > Mettre en place un soutien des proches et des aidants (accompagnement, formations aux soins palliatifs) et disposer de temps psychologue pour accompagner les familles.
- > Développer l'information et la communication interne sur le site intranet par une veille documentaire (sociétés savantes : SFAP, SFETD, AFSOS).

### Objectif 3 : Travailler en partenariat avec les acteurs concernés par cette filière

La prise en charge des soins palliatifs suppose l'intervention et la coordination de différents acteurs : les réseaux, l'Équipe Mobile, le GRECS. Pour atteindre cet objectif, il est préconisé de décliner les actions suivantes :

- Faire connaître les réseaux : Réseau Champardennais Accompagnement Soins Palliatifs (RéCAP), Hospitalisation A Domicile (HAD), Fédération inter hospitalière de soins palliatifs au moyen des supports recensés pour la promotion de l'information (cf. objectif 1).
- Travailler avec le réseau RéCAP en impliquant les professionnels des soins palliatifs.
- Promouvoir l'astreinte téléphonique PALLIO<sup>®</sup> par le biais du document institutionnel mentionné dans l'objectif 1, et par une communication directe de l'information auprès des professionnels libéraux rencontrés dans le cadre d'une prise en charge en soins palliatifs par les membres de l'EMSP.

*(1) La ligne téléphonique PALLIO est assurée par les médecins spécialisés en soins palliatifs de la région (issus des EMSP et USP), organisés en astreinte. Elle vise à apporter des conseils (thérapeutiques ou non) concernant les malades en soins palliatifs, ou encore pour discuter une prise en charge qui peut poser problème. Ce service est destiné aux médecins et aux soignants de Champagne-Ardenne. L'avis donné aux soignants n'a de sens*

*qu'avec l'aval du médecin prescripteur.*

*PALLIO est ouverte 7 jours sur 7 de 18h30 au lendemain 8h30, ainsi que les week-ends et jours fériés de 8h30 à 18h30.*

- Collaborer avec les EHPAD situés sur le territoire géographique couvert par les EMSP par la formalisation des conventions avec l'EMSP pour les prises en charge de patients et la formation des personnels.
- Faire appel au GRECS autant que de besoin.

#### Objectif 4 : Conforter la Recherche clinique en soins palliatifs et accompagnement de fin de vie

La Recherche clinique peut constituer une source d'amélioration de la prise en charge palliative.

Il est donc proposé de :

- Mettre en place une Evaluation des Pratiques Professionnelles sur «les critères permettant de visualiser la prise en charge palliative» et en tenant compte des recommandations de l'HAS dans ce domaine.
- Envisager, à la faveur d'opportunités, de développer la Recherche clinique en lien avec la thématique des soins palliatifs.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

GRECS, ensemble des services LISP, Unité de Soins Palliatifs, Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (adulte et enfant), Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD, Fédération inter hospitalière de Soins Palliatifs (CHU / Institut Jean-Godinot), Pôle Recherche et Innovations, Département d'Information Médicale, Direction de la Communication.

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Dr A. Devy-Michel, Médecin coordonnateur de la Commission Soins Palliatifs et Douleur
- H. Jager, Cadre de santé de l'Unité de Soins Palliatifs et de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs
- Commission douleur et soins palliatifs
- Directions des Soins

## INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Aucune incidence financière prévue

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2016
- Objectif 2 : fin 2016
- Objectif 3 : fin 2018
- Objectif 4 : fin 2017

## INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**
  - Diffusion du document "politique globale de prise en charge des malades en soins palliatifs sur le CHU"
  - Nombre de référents douleur et soins palliatifs, nombre de rencontres par an et nombre de participants
  - Codification de l'activité palliative avec le DIM (nombre de séjours codés «SP» en particulier dans les services avec LISP)
  - Diffusion des procédures (directives anticipées, personne de confiance, droit des malades en fin de vie)
- **Objectif 2 :**
  - Réalisation d'un plan de formation : DU Soins Palliatifs, formations institutionnelles sur les soins palliatifs de 5 jours et de 1 journée
  - Nombre d'agents formés
- **Objectif 3 :**
  - Nombre de conventions signées avec les EHPAD
  - Production du rapport d'activité de l'EMSP
  - Nombre de participants aux jours de formation RéCAP en précisant leur service d'origine
- **Objectif 4 :**
  - Mise en place d'une EPP sur «les critères permettant de visualiser la prise en charge palliative» en tenant compte des recommandations HAS.

**Promoteur** / Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)

**Sources** / Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins / Indicateurs de lutte contre les Infections Nosocomiales / Plan national antibiotiques 2011-2016

**OBJECTIFS** :

- Améliorer la qualité et la sécurité des procédures de soins et développer des actions d'évaluation des pratiques professionnelles ciblées sur les pratiques d'hygiène et les actes à risque
- Améliorer la politique de prévention de la diffusion des bactéries multirésistantes (BMR) aux antibiotiques et promouvoir le bon usage des antibiotiques
- Développer l'outil informatique pour une meilleure prévention et surveillance des infections nosocomiales

## PLANS D' ACTIONS

La maîtrise du risque infectieux repose autant sur les moyens disponibles au sein de l'établissement en termes de personnels (ex. : nombre d'IDE), d'architecture (ex. : chambres à deux lits), de système d'information, que sur les actions de formation et de surveillance qui peuvent être mises en place. L'objectif est d'assurer aux usagers du CHU une prise en charge de qualité dans des conditions optimales en termes de risque infectieux.

Le plan d'actions à mettre en œuvre doit porter sur l'amélioration de la qualité des procédures de soins, sur l'amélioration de la politique de prévention ainsi que sur le développement de l'outil informatique en vue d'assurer une meilleure prévention et surveillance des infections.

### Objectif 1 : Améliorer la qualité et la sécurité des procédures de soins et développer des actions d'évaluation des pratiques professionnelles ciblées sur les pratiques d'hygiène et les actes à risque

- > Mettre en place une planification des actions d'audit ciblées selon les besoins spécifiques des secteurs de soins.
- > Poursuivre la participation aux campagnes nationales ou interrégionales d'évaluation dans le domaine de l'hygiène hospitalière (audit GREPHH, actions CCLIN...).
- > Renforcer la prévention du risque infectieux croisé soignant / soigné (vaccination du personnel, respect des précautions complémentaires, formation continue).

### Objectif 2 : Améliorer la politique de prévention de la diffusion des Bactéries Multi-Résistantes (BMR) aux antibiotiques et promouvoir le bon usage des antibiotiques

- > Renforcer l'équipe des référents en antibiothérapie, définir leur rôle et leur statut, pour être en mesure de répondre à tous les besoins des services et de mettre en place des actions de formation efficaces sur la prescription et d'évaluation des prescriptions.
- > Se donner les moyens d'augmenter le nombre d'antibiotiques soumis à une prescription sous surveillance automatisée par la pharmacie.
- > Se doter de tests de diagnostic rapide permettant la détection et l'identification de la résistance des bactéries aux antibiotiques afin de mettre en place les précautions complémentaires adaptées et / ou une antibiothérapie adaptée le plus précocement possible.

### Objectif 3 : Développer l'outil informatique pour une meilleure prévention et surveillance des infections nosocomiales

- > Mettre en place un outil informatique pour une surveillance automatisée des infections de sites opératoires.
- > Mettre en place une identification informatisée des patients connus comme porteurs de BMR pour mettre en place les mesures nécessaires à la maîtrise de la diffusion de ces bactéries de manière précoce.
- > Poursuivre le développement des logiciels permettant une surveillance en continu des infections associées aux soins.



---

## ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Commission Médicale d'Établissement, Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, Commission des Anti-infectieux, Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, Services de soins, Laboratoire de bactériologie, virologie et hygiène hospitalière, Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, Pharmacie, Commission coordination des risques et vigilances de la CME, Médecine et Santé au Travail, DIM, DSIT.

---

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Dr O. Bajolet, E.O.H.
- Dr C. Pietrement, C.L.I.N.
- Pr P. Rieu, Président de la C.M.E.
- Pr C. De Champs

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Coût des techniques rapides (10 000 € par an)
- Coût des logiciels (prescription informatisée, gestion des blocs)

---

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016-2020**
- **Objectif 2 : 2016-2020**
- **Objectif 3 : 2016-2020**

## ● INDICATEURS DE SUIVI

Les indicateurs sont communs aux trois objectifs.

- Score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales (ICALIN2, ICSHA2, ICA-LISO, ICA-BMR, SARM, ICATB2)
- Suivi de la consommation des anti-infectieux

**Promoteur** / CME / Commission Sécurisation Prise en charge médicamenteuse

**Sources** / Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la PECM / Plan National sécurité des patients 2013-2017 / Programme hôpital numérique 2012-2017 / CBUMPP

**OBJECTIFS :** - Développer une culture qualité et gestion des risques associés à la prise en charge médicamenteuse  
- Sécuriser la prise en charge médicamenteuse tout au long du parcours du patient

## PLANS D' ACTIONS

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient s'inscrit dans le cadre de la politique de la gestion des risques mise en œuvre au sein de l'établissement. Cette sécurisation implique le développement de la culture qualité et gestion des risques en ce domaine, en prenant en compte les approches a priori et a posteriori de la gestion des risques, notamment le retour d'expérience. Elle nécessite également une organisation multidisciplinaire et multiprofessionnelle afin de garantir son application tout au long du parcours du patient.

### Objectif 1 : Développer une culture qualité et gestion des risques associés à la prise en charge médicamenteuse

Le développement de la culture qualité et gestion des risques associés à la prise en charge médicamenteuse suppose la réalisation des actions suivantes :

- > Réaliser une étude de risques encourus par les patients lors de la prise en charge médicamenteuse.
- > Organiser la gestion des erreurs médicamenteuses, événements indésirables ou dysfonctionnements grâce aux dispositions suivantes :
  - ♦ assurer leur collecte, leur analyse collective et pluridisciplinaire et définir des actions de réduction des risques en priorisant les événements qui ne devraient jamais arriver («never events»).
  - ♦ partager, valoriser le retour d'expérience.
- > Développer la formation des professionnels de santé sur la gestion du risque médicamenteux et la culture de sécurité.

### Objectif 2 : Sécuriser la prise en charge médicamenteuse tout au long du parcours de soins du patient

Les actions à déployer concernent la prescription

médicamenteuse, le stockage, la dispensation et l'administration des médicaments ainsi que la continuité du traitement médicamenteux.

#### ♦ Sécuriser la prescription médicamenteuse

- > Étendre l'informatisation de la prescription médicamenteuse à l'ensemble du CHU (en lien avec le projet système d'information).
- > Réévaluer le traitement personnel du patient à son admission.
- > Organiser le suivi et la réévaluation du traitement médicamenteux en cours d'hospitalisation.
- > Standardiser la prescription des médicaments à haut risque.

#### ♦ Sécuriser le stockage des médicaments à la pharmacie et la dispensation des médicaments

- > Développer le système d'information de la pharmacie à usage intérieur : dispensation, traçabilité (en lien avec le projet système d'information).
- > Automatiser les processus : stockage, délivrance.
- > Développer la centralisation et la mise sous responsabilité pharmaceutique des préparations de médicaments.
- > Développer l'analyse pharmaceutique de la prescription complète des patients (en lien avec le projet système d'information).
- > Développer les échanges des équipes pharmaceutiques avec les cliniciens et les équipes soignantes par la présence régulière d'un membre de l'équipe pharmaceutique dans les unités de soins.

#### ♦ Sécuriser le stockage des médicaments dans les unités de soins

- > Systématiser la révision des dotations en médicaments des services.
- > Améliorer l'organisation de la bonne tenue des armoires à pharmacie dans les unités de soins, grâce à un accompagnement structuré dans les unités de soins.

#### ◆ **Sécuriser l'administration des médicaments**

- > Faciliter l'accès aux informations d'utilisation des médicaments grâce :
  - ♦ aux recommandations de bon usage.
  - ♦ aux protocoles thérapeutiques médicamenteux à destination des infirmiers(ières).
- > Améliorer le respect de la procédure d'administration des médicaments grâce à un accompagnement des cadres de santé et le développement d'audits qualité.

- > Mettre en place une double vérification des calculs de doses, des programmations de pompes, des lignes de perfusion.
- > Améliorer la traçabilité des actes d'administration des médicaments grâce à un accompagnement des cadres de santé et le développement d'audits qualité.
- > Respecter le processus de la chaîne de soins par la mise en place de pratiques visant à limiter les interruptions des tâches.

---

### ● **AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET**

Pôles cliniques, Pôle Pharmacie Pharmacovigilance, Directions fonctionnelles, CME, Comedims, Commission Sécurisation PECM, CSIMRT, OMEDIT.

---

### ● **PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET**

- D. Hettler, Pharmacien Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse
- Dr F. Bureau Chalot, Médecin coordonnateur de la Gestion des Risques
- Pr P. Rieu, Président de la CME
- Direction des Soins
- Direction de la Qualité

### ● **INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES**

- A évaluer par une étude médico-économique (impact économique en termes de qualité de prise en charge du patient et des erreurs évitées) :
  - Temps dédié aux actions
  - Investissement : selon solution d'automatisation retenue

## CALENDRIER DE RÉALISATION

### ● Objectif 1 :

- Pour mémoire : Liste des risques majeurs identifiés, cartographie des risques liés à la prise en charge médicamenteuse : juillet 2014
- Définition et mise en œuvre d'un plan d'actions afin d'optimiser et sécuriser la prise en charge médicamenteuse : 2016-2020
- Formation et sensibilisation des professionnels de santé sur la gestion du risque médicamenteux et la culture de sécurité : en continu

### ● Objectif 2 :

- Audits cliniques ciblés de la prescription et de la traçabilité des actes d'administration des médicaments : en continu
- Révision annuelle des dotations en médicaments des unités de soins : en continu
- Développer la prescription médicale et l'administration informatisée : 2017-2018
- Automatiser les processus : étude de faisabilité en 2016, rédaction du cahier des charges et déploiement en 2016-2018
- Développer la centralisation des préparations de médicaments, notamment les préparations de nutrition parentérale : pour mémoire, définition opérationnelle du projet en 2015, mise en œuvre en 2016
- Développer la présence pharmaceutique au plus près du patient : définition opérationnelle du projet en 2014, mise en œuvre en 2015-2018
- Assurer la continuité du traitement médicamenteux du patient : en continu.

## INDICATEURS DE SUIVI

### ● Indicateurs du contrat de bon usage

#### ● Objectif 1 :

- Production de la liste des risques majeurs identifiés, liés à la prise en charge médicamenteuse
- Plan d'actions de prévention et/ou de protection à mettre en œuvre pour réduire le niveau de criticité des risques identifiés liés à la prise en charge médicamenteuse
- Planning des actions de maîtrise et modalités de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des actions définies
- Tableau de bord de suivi des événements indésirables (EI)
- Indicateurs relatifs aux CREX PECM (nombre de réunions, nombre d'EI, pourcentage des EI ayant fait l'objet d'une analyse des causes, nombre d'actions correctives proposées et validées)
- Nombre d'actions de formation et de sensibilisation au risque médicamenteux réalisées

#### ● Objectif 2 :

- Pourcentage de traitements réévalués à l'admission du patient
- Pourcentage d'administrations tracées, conformes à la réglementation
- Pourcentage de dotations en médicaments réévaluées
- Pourcentage d'audits de stockage des médicaments dans les unités de soins conformes
- Mise en place du projet d'automatisation
- Nombre de lits et places bénéficiant d'une prescription médicale informatisée
- Pourcentage de préparations effectuées par la PUI
- Nombre d'interventions pharmaceutiques (grille de la Société Française de Pharmacie Clinique).





Promoteur / UTEP

Sources / ARS (autorisations des programmes ETP) / HAS (critère 23a)

- OBJECTIFS :**
- Clarifier et améliorer la lisibilité de l'organisation de l'Education Thérapeutique du Patient au sein du CHU
  - Restructurer l'Unité Transversale d'Education du Patient (UTEP)
  - Constituer via l'UTEP un centre de référence pour les équipes de soins, l'Enseignement et la Recherche

## PLANS D' ACTIONS

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) a pour objet d'aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une (ou plusieurs) maladie(s) chronique(s). Elle fait partie intégrante, et de façon permanente, de la prise en charge du patient (HAS – 2007). L'ETP est inscrite dans le Code de la Santé Publique (loi HPST de 2009) et nécessite une formation des soignants. Les programmes d'ETP sont soumis à autorisation par l'ARS avant leur mise en œuvre et doivent être évalués de façon annuelle (auto-évaluation) et quadriennale (évaluation par l'ARS via un référentiel de la HAS).

L'Unité Transversale d'Education du Patient (UTEP), créée en 2004 au CHU, est une structure transversale dont les missions principales initiales étaient de contribuer au développement de programmes d'ETP ambulatoires et de structurer l'offre d'ETP au sein du CHU. Celle-ci se décline désormais en 35 programmes autorisés sachant que d'autres programmes sont en cours d'élaboration.

La fédération d'éducation thérapeutique du CHU définit de façon consensuelle les orientations stratégiques de l'établissement sur le champ de l'ETP et regroupe l'ensemble des unités fonctionnelles de l'établissement ayant une offre d'ETP «formalisée».

Dans le cadre du projet médical / projet de soins du CHU, les actions retenues au titre de l'éducation thérapeutique ont donc pour objet de clarifier et rendre plus lisible l'organisation de l'ETP au sein de l'établissement, de restructurer et renforcer l'UTEP (structure opérationnelle de la fédération d'ETP) dans ses rôles d'appui méthodologique aux équipes de soins, aux actions d'enseignement (équipes médicales et paramédicales en formation initiale) et à la recherche.

### **Objectif 1 : Clarifier et rendre plus lisible l'organisation de l'Education Thérapeutique du Patient au sein du CHU**

Pour ce faire, il convient de :

- > Élaborer un règlement intérieur de la fédération d'ETP, en précisant les missions et les règles de fonctionnement,
- > Recenser l'ensemble des programmes éducatifs du CHU, leur composition, le niveau de formation des intervenants, les parcours éducatifs patients et les modalités de financement des programmes,
- > Présenter l'offre d'ETP du CHU et son organisation sur l'intranet et l'internet.

### **Objectif 2 : Restructurer l'UTEP**

Cette restructuration qui est conditionnée à la réalisation de l'objectif 1 peut être réalisée en plusieurs étapes, mais la nomination initiale d'un soignant coordonnateur possédant un niveau de compétences affirmé en ETP (niveau DU ou au mieux master) est essentielle :

- > Réorganiser la gouvernance paramédicale de l'UTEP,
- > Officialiser les missions transversales de l'UTEP et les rendre lisibles sur l'intranet,
- > Développer la communication autour de l'UTEP afin de rendre l'offre de soins en éducation thérapeutique lisible au sein du CHU et en externe (commission communication)
- > Officialiser un organigramme, et déterminer les missions des différents membres de l'équipe de l'UTEP,
- > Effectuer des réunions avec les porteurs des programmes ETP, en recensant les personnes ressources, les outils pédagogiques utilisés...,
- > Dimensionner les locaux de l'UTEP conformément à ses missions.

### Objectif 3 : Constituer via l'UTEP un centre de référence pour les équipes de soins, l'enseignement et la recherche

Afin de pérenniser et amplifier les bonnes pratiques d'ETP, l'établissement a pour objectif de constituer un centre de référence afin d'assurer les missions suivantes :

#### 1) pour les équipes de soins :

- > Créer un dossier d'éducation thérapeutique spécifique et commun au CHU et former les équipes à son utilisation,
- > Apporter une aide méthodologique et un accompagnement au développement de projets éducatifs et à la pérennisation de ceux-ci aux équipes constituées ETP et celles en devenir,
- > Accompagner des équipes sur le terrain dans la réalisation et la mise en œuvre initiale, et les aider à communiquer sur leur projet,
- > Recenser et uniformiser les outils d'évaluation,
- > Participer à l'autoévaluation annuelle de chaque programme d'ETP avec les équipes impliquées,
- > Harmoniser les critères des évaluations quadriennales des programmes certifiés et accompagner les équipes dans leur réalisation,
- > Mettre à disposition des moyens matériels : documentation, outils pédagogiques, salle d'enregistrement vidéo, locaux, pour les équipes ETP,
- > Contribuer à structurer les parcours de soins (durant la période de transition pour les

patients multipathologiques),

- > Assurer la création et la mise à disposition d'outils pédagogiques.

#### 2) pour la formation initiale et continue :

- > Constituer une banque de données documentaire et de simulation à destination des professionnels du CHU et de la région,
- > Accueillir des stagiaires,
- > Contribuer à l'animation des conférences et journées régionales en ETP (JERUTEPE),
- > Sensibiliser les équipes médicales et paramédicales à l'ETP,
- > Proposer un cahier des charges de la formation continue institutionnelle sur les compétences pour dispenser l'ETP, en la rendant validante eu égard à la réglementation portant sur l'obligation de 40 heures de formation obligatoires et à son évaluation,
- > Mettre en place une commission pédagogique permettant de proposer et de suivre les actions de formation autour de cette thématique,
- > Développer la formation par la simulation en ETP en lien avec l'Institut Régional de Formation.

#### 3) pour la Recherche :

- > Accompagner les équipes à l'écriture d'articles dans les revues professionnelles,
- > Proposer des thèmes de recherche clinique aux équipes «labellisées»,
- > Offrir la possibilité de conduire une Évaluation des Pratiques Professionnelles.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Services autorisés par l'ARS pour les programmes d'ETP, Direction de la Communication.

### PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr E. Bertin, médecin responsable de l'UTEP
- Direction des Soins
- Acteurs engagés dans les programmes et projets d'Éducation Thérapeutique au CHU

### INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Recrutement du personnel nécessaire (enveloppe MIG)
- Développement de l'outil informatique (à évaluer)
- Aménagement des locaux au regard des besoins
- Modernisation du matériel d'enregistrement vidéo

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016-2017**
- **Objectif 2 : 2016-2018**
- **Objectif 3 : 2016-2020**

## INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**
  - Elaboration du règlement intérieur de la fédération
  - Réaliser un état des lieux des programmes d'ETP autorisés
  - Développement de l'espace intranet dédié à l'ETP (nombre de programmes ETP et de parcours définis...)
- **Objectif 2 :**
  - Définir l'organigramme de l'UTEF et les missions des différents membres de l'UTEF
  - Affichage sur l'intranet de l'offre d'ETP au CHU
  - Nombre de réunions avec les porteurs de programmes
- **Objectif 3 :**
  - Dossier d'éducation thérapeutique spécifique et commun au CHU
  - Bilans annuels d'activités de l'UTEF (intégrant notamment les ressources à disposition et leur niveau d'utilisation par les professionnels internes et externes à l'établissement, le nombre d'étudiants accueillis, les outils pédagogiques)
  - Nombre d'articles et projets de recherche et d'EPP
  - Mise en place d'un DPC sur la réalisation de programme d'ETP
  - Développer la simulation autour de l'ETP.



**Promoteur** / Direction des Soins

**Sources** / Plan National de développement de la bientraitance et du renforcement de la lutte contre la maltraitance

- OBJECTIFS :**
- Développer une culture de la bientraitance
  - Renforcer la prévention primaire et secondaire de la maltraitance

## PLANS D' ACTIONS

La notion de bientraitance recouvre un ensemble d'attitudes et de comportements positifs et constants de respect, de bons soins, de marques d'attention bienveillante, d'écoute, d'encouragement, de soutien et d'aide envers des personnes ou des groupes, qui favorisent l'instauration d'un climat de confiance et de sécurité mutuelle.

Les actions à mettre en œuvre se déclinent à partir de deux axes majeurs : d'une part développer une culture de la bientraitance, d'autre part renforcer la prévention de la maltraitance.

### Objectif 1 : Développer une culture de la bientraitance (à mettre en lien avec les éléments déclinés dans la fiche "Les démarches éthiques")

La bientraitance vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance.

Le développement d'une culture de la bientraitance constitue un engagement de politique générale et managériale se déclinant par l'ensemble des actions et projets de service mis en œuvre par la communauté des Pôles et des directions fonctionnelles.

Elle suppose la mise en œuvre transversale d'un plan d'actions se déclinant ainsi :

- > Présenter les orientations du projet médical / projet de soins avec en préambule les missions de services public, la philosophie et les valeurs fondamentales qui l'animent et qui sous-tendent l'ensemble de nos projets.
- > Communiquer et diffuser la connaissance de la charte de bientraitance auprès des professionnels et des usagers (par voie d'affichage, diffusion dans la GED, revue CHU).
- > Promouvoir un engagement collectif fondé

sur l'application de la charte de bientraitance, par le déploiement de pratiques managériales exemplaires, porteuses de sens, conformes à l'éthique et aux valeurs du projet d'établissement.

- > Évaluer son respect au regard des plaintes et réclamations des patients et familles, avec un suivi et une analyse des événements indésirables en lien avec la CRUQPC
- > Sensibiliser et former les personnels à la bientraitance par le moyen d'actions répertoriées inscrites au plan de formation continue.
- > Mobiliser l'encadrement pour la mise en œuvre partagée de la culture de la qualité du soin, de l'accueil, de l'information des usagers et de leur entourage.
- > Élaborer et mettre en œuvre un projet de soins cohérent avec l'état de santé du patient et accompagner son projet de vie personnalisé, adapté à ses capacités, à ses besoins et ses souhaits.
- > Préserver l'autonomie et respecter la dignité inaliénable de toute personne accueillie, sans discrimination d'âge, de sexe, de religion, dans le cadre d'un projet de soins et de vie personnalisé.

### Objectif 2 : Renforcer la prévention primaire et secondaire de la maltraitance

La maltraitance est définie comme "tout acte ou omission, qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général d'une personne vulnérable".

Le renforcement de la prévention, primaire et secondaire, de la maltraitance suppose la réalisation des actions suivantes :



- > Faire prendre conscience de la maltraitance "banalisée" ou "passive" comme une réalité des prises en charge hospitalières en ayant recours à la formation et à l'information.
- > Identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance à partir de documents réalisés suite aux formations institutionnelles, puis travailler ces situations en équipes avec les responsables d'encadrement et les médecins.
- > Développer une politique d'incitation aux signalements des faits de maltraitance auprès des cadres et recueillir les plaintes et

réclamations selon les procédures institutionnelles.

- > Afficher les indicateurs de satisfaction des patients dans le cadre du suivi des travaux de la CRUQPC, en s'appuyant sur les outils existants comme l'enquête «e-satis» annuelle.
- > Identifier un référent "bienveillance" CHU pour travailler au sein de la CRUQPC à l'analyse des plaintes et réclamations.
- > Intégrer dans les objectifs des contrats de Pôle le suivi des plaintes et événements indésirables avec le cas échéant l'élaboration et la mise en œuvre des axes d'amélioration.

## ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Groupe de Réflexion Ethique Clinique et Soins (GRECS), Cellule Qualité, Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC), Services cliniques, CME, Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT), Pôle Ressources Humaines.

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Dr Munsch, Chef du Pôle EHPAD-USLD
- Directeur des Soins

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Aucune incidence financière prévue

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016-2020**
- **Objectif 2 : 2016-2020**

## ● INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**
  - Identification des valeurs fondamentales
  - Rédaction, validation et diffusion de la charte de bienveillance institutionnelle
  - Enquête par rapport à la connaissance de l'existence de la charte institutionnelle
  - Réalisation du plan de formation (contenu, nombre de personnes formées)
  - Réalisation, diffusion et mise en application de fiches techniques permettant de préserver l'autonomie
  - Évaluation de la tenue du dossier patient authentifiant l'existence d'un projet de soins et d'un projet de vie interdisciplinaire
  - Suivi des indicateurs de satisfaction des usagers au regard du suivi de la CRUQPC
- **Objectif 2 :**
  - Plan de formation (contenu, nombre de personnes formées)
  - Protocole et nombre de signalements de maltraitance
  - Tableaux de bord pour le suivi des événements indésirables, plaintes et réclamations
  - Analyse des événements indésirables, plaintes et réclamations des patients et des familles
  - Recensement par nature du nombre d'actions correctives réalisées.



**Promoteur** / Groupe de Réflexion Ethique Clinique et Soins (GRECS) / Collaboration : ERECA

**Sources** / ARS / HAS critère 1C

- OBJECTIFS :**
- Élaborer une démarche éthique centrée sur la prise en charge des patients
  - Constituer un lieu d'échanges interdisciplinaires
  - Promouvoir la formation initiale et continue en éthique de la santé et du soin
  - Constituer un observatoire au regard de l'éthique
  - Contribuer aux missions de l'Espace de Réflexion Ethique de Champagne-Ardenne (ERECA)

## PLANS D' ACTIONS

L'éthique a pour objet d'apporter la réponse la plus appropriée aux problèmes liés aux caractères singuliers des situations et vise à répondre à la question "comment agir au mieux dans l'intérêt et le souci de l'Autre ?" Le plan d'actions à mettre en œuvre repose sur la déclinaison des objectifs suivants : l'élaboration d'un projet de management éthique « comment l'éthique peut nous aider à conduire le changement ? », la volonté de créer un véritable lieu d'échanges à destination des professionnels et du grand public, la promotion des formations, la constitution d'un observatoire de l'éthique et la contribution aux missions de l'Espace de Réflexion Ethique de Champagne-Ardenne.

### Objectif 1 : Élaborer une démarche éthique centrée sur la prise en charge des patients

Cette démarche a pour objet d'énoncer des valeurs partagées et de les décliner, de manière opérationnelle, sous forme de principes de fonctionnement (en lien avec les éléments déclinés dans la fiche "bienveillance et lutte contre la maltraitance au niveau des soins").

Cette démarche poursuit les objectifs suivants :

- > Permettre les échanges au sein des collectifs de travail, écouter les remarques, les observations, les questionnements de l'ensemble des membres constituant ces collectifs,
- > Rendre lisible les valeurs communes qui animent les soignants dans leur exercice professionnel,
- > Etudier un parcours patient centré sur la prise en charge d'une personne handicapée afin de mesurer la pertinence des actes de soins par rapport à son handicap,
- > Diffuser les chartes de prise en charge des publics vulnérables (Charte Jacob...),
- > Diffuser auprès des soignants du CHU les éléments clefs de la démarche éthique dans le «prendre soin».

### Objectif 2 : Constituer un lieu d'échanges interdisciplinaires à l'initiative du Groupe de Réflexion Ethique Clinique et Soins (GRECS)

Cet objectif repose sur l'organisation de réunions publiques destinées aux professionnels de santé et au grand public, réunions qui permettent :

- > l'identification et la prise en compte des différents aspects éthiques relevant de la mission de soins,
- > le développement des échanges, de la réflexion, d'expériences et d'expertises susceptibles de contribuer à l'éthique du soin.
- > l'observation des pratiques professionnelles au regard de l'éthique,
- > le soutien au sein des Pôles grâce à une démarche réflexive et à la promotion d'une approche méthodologique,
- > une réflexion et une réponse aux saisines faites par les équipes soignantes et les instances dans le domaine de l'éthique appliquée,
- > l'accompagnement sur le terrain de la mise en application de l'évolution de la réflexion éthique.

### Objectif 3 : Promouvoir la formation initiale et continue en éthique de la santé et du soin à l'initiative du GRECS

La démarche éthique est une démarche pluridisciplinaire qui permet de construire un projet de soin et de vie cohérent, au service du patient accueilli. La formation des professionnels à l'éthique autour du soin se décline de la manière suivante :

- > Information des professionnels de santé par le biais des rencontres du GRECS, des formations inscrites au plan de formation continue,
- > Contribution à la formation initiale des étudiants en sciences de la santé,
- > Elaboration de programmes de formation continue à l'intention des professionnels de santé permettant d'aborder les bases de la réflexion éthique,

- > Organisation de réunions collégiales au sein des unités pour aborder l'aspect éthique du soin, dans le cadre du contrat de Pôle,
- > Constitution d'équipes interdisciplinaires (mise à disposition de référents de Pôle).
- > Elaboration de programmes de formation continue à l'intention des professionnels de santé permettant d'aborder les bases de la réflexion éthique,
- > Organisation de réunions collégiales au sein des unités pour aborder l'aspect éthique du soin, dans le cadre du contrat de Pôle,
- > Constitution d'équipes interdisciplinaires (mise à disposition de référents de Pôle).

- > la constitution et la mise à disposition d'un fond documentaire accessible,
- > la veille éthique,
- > des retours d'expériences en matière d'évaluation des pratiques professionnelles accompagnés d'actions de remédiations et d'innovations.

#### Objectif 4 : Constituer un observatoire à l'initiative du GRECS au regard de l'éthique pour préparer les missions de l'ERECA

Il existe différentes formes d'éthique qui se distinguent par leur degré de généralité, leur objet, leur fondement culturel. L'éthique est liée à l'histoire, à la philosophie, à différents courants de pensée. Il est nécessaire de suivre les nombreux travaux actuels pour alimenter la réflexion au niveau de l'Institution. La constitution d'un observatoire permet :

- > la constitution d'un centre de ressources sur tous les aspects éthiques de la prise en charge des patients et de la Recherche,

#### Objectif 5 : Contribuer aux missions de l'ERECA, espace de réflexion éthique régional en charge de la coordination et de la valorisation des démarches éthiques propres aux établissements

Dans son développement d'un projet médical et de soins reposant sur une vision managériale éthique, le CHU participe aux objectifs fixés par le cahier des charges de l'Espace de Réflexion Ethique de Champagne Ardenne, à savoir : le partage de lieux de formations initiales et continues et de documentation, les échanges / débats pluriprofessionnels et pluridisciplinaires, les travaux de l'observatoire régional des pratiques au regard de l'éthique, la consultation éthique (saisines), l'Enseignement et la Recherche universitaires, le soutien aux équipes soignantes et aux patients, l'information et la sensibilisation à l'éthique à destination des citoyens.

Réciproquement, l'ERECA pourra intervenir dans la mise en place, l'opérationnalité et la réalisation des quatre objectifs précités de ce projet.

### ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

CME, UFR de Médecine, Direction des Soins, écoles et instituts de formation, Pôles, Représentants des usagers.

### ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr A. Léon, Directeur ERECA
- F. Ferrière, Cadre Supérieur de Santé
- Direction des Soins
- K. Bréhaux, Coordinateur ERECA
- Les membres du GRECS

### ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Ressources informatiques
- Abonnement à des revues professionnelles
- Crédits de formations prises en compte par l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC)

### ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectifs 1,2,3,4 et 5 : 2016-2020

### ● INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**
  - Formalisation des valeurs
  - Réalisation de l'EPP et analyse puis diffusion des éléments issus de l'évaluation
  - Diffusion de chartes de prise en charge des publics vulnérables
- **Objectif 2 :**
  - Nombre de réunions, recensement des saisines
- **Objectif 3 :**
  - Nombre d'heures et d'étudiants formés (par écoles et instituts de formation, faculté de médecine)
  - Programme de formation continue et nombre de professionnels formés
  - Nombre de réunions pluridisciplinaires
- **Objectif 4 :**
  - Constitution du fond documentaire
- **Objectif 5 :**
  - Comptes rendus par action menée en complémentarité CHU / ERECA et volet spécifique du rapport annuel d'activité de l'ERECA.

**Promoteur /** Pôle de Psychiatrie Adultes  
Collège des psychologues

**OBJECTIFS :** - Recenser et valoriser les compétences en psychologie au sein du CHU  
- Organiser une réponse psychologique professionnelle dans des situations complexes  
- Sensibiliser et former les équipes soignantes à l'approche psychologique

## PLANS D'ACTIONS

Les équipes médicales et soignantes du CHU souhaitent améliorer l'accompagnement psychologique des personnes prises en charge au sein de l'établissement pour des troubles somatiques.

Aujourd'hui, des psychologues sont intégrés à certaines unités de soins afin d'apporter une réponse à la souffrance psychique des personnes hospitalisées et de leur famille, en collaboration avec les acteurs médicaux et paramédicaux. Cependant, des besoins de prise en charge psychologique sont identifiés dans des services de soins ne disposant pas de compétences professionnelles spécifiques dans ce domaine : services de Chirurgie, en particulier pour des patients subissant des chirurgies lourdes et potentiellement délabrantes, services de Réanimation adultes, hémodialyse et transplantation rénale, certains services accueillant des patients atteints de cancer. L'accompagnement des équipes soignantes et des patients de ces services peut être amélioré par une organisation graduée reposant sur deux niveaux d'intervention :

- > un premier niveau assuré par les équipes soignantes, infirmières en particulier, qui doivent être sensibilisées et formées à l'approche psychologique de la maladie et des soins,
- > un second niveau assuré par les psychiatres et psychologues de l'établissement, dans des situations complexes prédéfinies et selon leurs compétences, qui doivent être mieux connues et valorisées.

### **Objectif 1 : Recenser et valoriser les compétences en psychologie au sein du CHU**

Aujourd'hui, les compétences et disponibilités des psychiatres et psychologues de l'établissement sont mal connues, et il est de ce fait difficile de faire appel à eux dans des situations complexes. Il sera donc nécessaire de réunir les représentants du collège des psychologues, ceux de la CME et

des Pôles concernés, ainsi que de l'encadrement soignant afin de recenser les compétences spécialisées en psychologie au sein de l'établissement,

Ce travail sera mené en lien avec celui de structuration de l'activité de psychologie conduit dans le cadre du projet social.

Ce recensement des compétences fera également l'objet d'une communication interne valorisant les compétences en psychologie de l'établissement.

### **Objectif 2 : Organiser une réponse psychologique professionnelle dans des situations complexes**

Devant des situations particulièrement complexes, les équipes médicales et soignantes des services de soins du CHU doivent pouvoir faire appel à un professionnel tel qu'un psychiatre ou un psychologue. C'est le cas, par exemple, dans des situations particulières rencontrées à l'occasion de prises en charge qui peuvent susciter du rejet : mutilations, grands obèses, suicidants, toxicomanes, etc. C'est également le cas lorsqu'il faut accompagner une famille ou le cas échéant une équipe soignante après un événement traumatique. Dans ce cas, la psychologue du travail peut être sollicitée.

Il conviendra ainsi, en groupe de travail, de définir de manière concertée les situations complexes dans lesquelles il pourrait être fait utilement appel aux compétences psychologiques précédemment recensées.

Sera ensuite organisée la mise à disposition des compétences en psychologie nécessaire dans ces cas de situations complexes.

### **Objectif 3 : Sensibiliser et former les équipes soignantes à l'approche psychologique**

Le premier niveau de prise en charge psychologique des patients hospitalisés pour des troubles somatiques doit être assuré, dans l'ensemble des services du CHU, par l'équipe médicale et paramédicale du service, car la prise en charge de chaque patient implique un abord

psychologique. Le personnel infirmier doit être particulièrement impliqué dans cette mission, «l'aide et le soutien psychologique» faisant partie intégrante du rôle propre de l'infirmier, au même titre que les soins techniques.

Cela nécessite pour les soignants d'aborder la relation de soins avec un regard différent et de faire une lecture moins organique de la maladie pour aborder la façon dont le malade la vit. Il peut s'agir également de donner des repères pour décrypter des situations complexes de soins :

le refus ou l'opposition aux soins, l'altération de l'image corporelle, etc. Les professionnels paramédicaux doivent également disposer des

outils pour repérer la souffrance psychologique d'un patient et mettre en œuvre des soins relationnels pour l'atténuer.

Un travail sera donc conduit, avec les représentants des psychologues, la Direction des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques, et l'encadrement, pour proposer des actions de sensibilisation et de formation des personnels paramédicaux à l'accompagnement psychologique du patient (ex : organiser une formation institutionnelle à la relation d'aide et à la conduite d'entretien pour les infirmiers, complémentaire à la formation initiale reçue à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers.

---

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Ensemble des services cliniques du CHU, Pôle de Psychiatrie adultes, Collège des psychologues.

---

### PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr A. Kaladjian, Chef du Pôle de Psychiatrie Adultes
- F. Ferrière, Cadre supérieur de santé, Pôle URAD
- Collège des psychologues
- Pôle Ressources Humaines

### INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Aucune incidence financière prévue
- 

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 :**  
**2016 :** Constitution d'un groupe de travail impliquant les parties concernées, recensement des compétences des psychologues, en lien avec le collège des psychologues.  
Permanent : Communication interne sur le métier de psychologue et le rôle du collège des psychologues
- **Objectif 2 :**  
**2016-2017 :** Identification des situations nécessitant un accompagnement psychologique et des situations complexes dans le cadre du groupe de travail pluridisciplinaire  
**2017 :** Elaboration des modalités de mise à disposition des compétences psychologiques en cas de situation complexe
- **Objectif 3 :**  
**2017 :** Définition d'un programme de formation adapté à chaque pôle, en lien avec les psychologues du pôle  
**2018-2020 :** Mise en œuvre du programme de formation.

## INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**  
Réunions du groupe de travail ; élaboration d'une cartographie institutionnelle recensant les différentes compétences et spécialités ; diffusion d'articles ou support d'information sur les compétences en psychologie dans l'établissement
- **Objectif 2 :**  
Réunions du groupe de travail ; élaboration et validation de protocoles de mise à disposition ponctuelle et institutionnelle des compétences psychologiques ; communication et mise en œuvre des protocoles ; tableau de suivi des interventions réalisées
- **Objectif 3 :**  
Nombre de formations mises en œuvre ; nombre de professionnels formés ; retour des participants sur les formations

## Chapitre 4 : LE PROJET D'ENSEIGNEMENT

### Contexte

Afin de jouer pleinement le rôle qui doit être le sien en matière d'enseignement, le CHU entend conforter ses liens avec l'Université en se fixant comme objectifs prioritaires la formation maïeutique, l'universitarisation des formations paramédicales ainsi que la formation des jeunes praticiens.

Les autres objectifs visent, d'une part à prolonger l'investissement déjà réalisé dans le Développement Professionnel Continu afin d'en faire un axe fort de la politique de formation continue, d'autre part à mettre l'accent sur la méthode pédagogique innovante que constitue la simulation en santé au moyen d'outils facilitant l'acquisition des compétences et offrant une véritable plus-value en matière de sécurité et de qualité des soins.



#### LA FORMATION MAÏEUTIQUE (FICHE N°54)

La formation initiale de sage-femme a fait l'objet d'une réforme visant à l'inscrire dans l'architecture européenne des études supérieures. Cette réforme permet aux étudiants inscrits en études de sage-femme de se voir délivrer :

- > à l'issue des 4 semestres de formation qui suivent la première année commune aux études de santé (PACES), le diplôme de formation générale en sciences maïeutiques, qui sanctionne le premier cycle en conférant le grade licence,
- > à l'issue des 4 semestres de formation du 2ème cycle, le diplôme d'état de sage-femme conférant le grade master.

Parallèlement à la mise en place du schéma Licence Master Doctorat (LMD), les études de sage-femme ont fait l'objet d'une autre évolution : l'intégration de la formation initiale à l'Université. En effet, depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, la formation de sage-femme peut, par dérogation au principe posé par l'article L. 4151-7 du Code de la Santé Publique, être organisée au sein des Universités, sous réserve de l'accord du Conseil Régional notamment sur les modalités financières. Un arrêté des ministres chargés de la Santé et de l'Enseignement Supérieur fixera les modalités de cette intégration à l'Université. L'objectif poursuivi est une intégration totale de la formation de sage-femme à l'Université d'ici à cinq ans.

Dans ce contexte, les actions à mettre en œuvre en matière de formation maïeutique nécessitent une étroite collaboration entre le CHU, l'URCA et le Conseil Régional.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°54 :

**Objectif 1 : Identifier la filière maïeutique en cohérence avec les autres filières de formation issues de la première année commune aux études en santé**

**Objectif 2 : Établir une réflexion concertée sur la place de la formation maïeutique au CHU**

**Objectif 3 : Favoriser le développement des liens avec l'URCA et l'Unité de Formation et de Recherche de Médecine**

**Objectif 4 : Évaluer la nouvelle ingénierie de formation dans le cadre partenarial entre l'École de sages-femmes et l'URCA**



## L'UNIVERSITARISATION DES FORMATIONS PARAMÉDICALES (FICHE N°55)

La réforme engagée depuis 2008 vise à répondre à deux objectifs, l'un de réingénierie, afin de rénover les formations paramédicales tenant compte des contextes de soins et de l'évolution des besoins en santé, l'autre d'universitarisation, afin d'inscrire dans une dimension européenne les diplômés sanctionnant au moins trois années d'études permettant d'obtenir une reconnaissance universitaire.

Le protocole d'accord du 2 février 2010 signé par le Ministère de la Santé annonçait l'attribution du grade licence à l'ensemble des auxiliaires médicaux à l'horizon 2015.

Trois importantes réformes législatives ont eu des effets plus ou moins directs sur l'application du dispositif Licence Master Doctorat (LMD) aux formations paramédicales : l'acte II de la décentralisation, le renforcement de l'autonomie des universités et la loi HPST.

A ce jour, seules les formations d'infirmiers (2009), de manipulateurs en électroradiologie médicale, d'infirmiers anesthésistes (2012) et de masseurs-kinésithérapeutes (2015) ont bénéficié de la réforme. Pour autant, le grade licence n'est délivré par décret qu'aux infirmiers depuis 2010, les organismes de formation devant conclure une convention avec l'Université partenaire.

Les distinctions entre les professions et les dispositifs de formations (modalités d'accès, cursus, évaluations, etc.) n'ont pas permis d'harmoniser le processus d'universitarisation qui s'est construit de façon cloisonnée à l'échelle de chaque école et institut.

L'organisation de l'Institut Régional de Formation (IRF) permet de réfléchir à une mise en place transversale impliquant les mêmes acteurs et partenaires qu'ils soient régionaux, universitaires et organismes gestionnaires. La mutualisation et les ressources des professionnels de l'IRF permettent d'envisager la mise en œuvre effective du schéma LMD et d'apporter la cohérence dans l'évolution des parcours et des passerelles possibles.

Dans ce contexte, les actions à mettre en œuvre en matière de formation paramédicales nécessitent une étroite collaboration entre le CHU et l'URCA, propice au déploiement d'une démarche Recherche en lien avec les Programmes Hospitaliers de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP).

Enfin, les modalités de contrôle et d'évaluation des écoles et instituts, tant sur la qualité de la formation théorique et pratique que sur le processus de l'universitarisation doivent s'inscrire dans les exigences de reconnaissance aux grades de licence et de master. Leur déploiement à l'échelle de l'IRF mérite d'être envisagé.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°55 :

**Objectif 1 : Mettre en œuvre au plan opérationnel le partenariat défini par les conventions respectives des écoles ou instituts**

**Objectif 2 : Structurer la gestion et la coordination pédagogique au niveau de l'Institut Régional de Formation**

**Objectif 3 : Mettre en place, en lien avec l'URCA, un cycle complet LMD pour les professions paramédicales**

**Objectif 4 : Inscrire les écoles et instituts du CHU dans une démarche de certification**



## LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (FICHE N°56)

L'article 59 de la loi HPST du 21 juillet 2009 instaure l'obligation pour l'ensemble des professionnels de santé de participer, au moins une fois par an, à un programme de Développement Professionnel Continu (DPC). La loi HPST précise que le DPC « a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. »

Dans le cadre de son projet d'établissement 2016 - 2020, le CHU de Reims souhaite maintenir son investissement sur le DPC, et en faire un élément fort de sa politique de formation continue

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°56 :

**Objectif 1 : Perfectionner la structuration de la gouvernance du DPC médical et non médical**

**Objectif 2 : Enrichir l'offre de DPC existant au CHU**

**Objectif 3 : Valoriser et communiquer en interne et en externe sur la politique de DPC développée au CHU**

**Objectif 4 : Faire du DPC un élément fort de la politique de formation continue portée par le projet social**





## LE CENTRE DE SIMULATION EN SANTÉ (FICHE N°57)

La simulation en santé est une méthode pédagogique innovante qui doit devenir accessible à tous les professionnels et étudiants en santé. Elle facilite l'acquisition de connaissances, de compétences et de comportements adaptés par une « mise en situation ». La simulation en santé permet des pratiques de gestes techniques ou invasifs sans avoir recours aux patients pour ces apprentissages. Elle associe formation procédurale aux gestes ou aux situations techniques et évaluation des pratiques professionnelles en renforçant les synergies d'équipe. Cette méthode est donc importante en termes d'apport pour la sécurité du patient et la qualité des soins. Elle est validée par la HAS comme méthode de Développement Professionnel Continu (DPC).

Cette forme d'apprentissage correspond à des pratiques de formation très variées, toujours interactives, mettant en jeu des moyens matériels plus ou moins sophistiqués (mannequins pilotés par ordinateur, environnements réalistes reconstitués, vidéo, etc.) et toujours des ressources humaines (y compris des « patients - formateurs»). Les actions préconisées au titre du présent plan d'actions s'inscrivent dans le cadre de l'instruction N° DGOS/PF2/2013/383 du 19 novembre 2013 relative au développement de la simulation en santé.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°57 :

**Objectif 1 : Développer la simulation comme un outil d'apprentissage, de formation et de DPC**

**Objectif 2 : Mettre en place un centre régional de simulation en santé avec une gouvernance dédiée**

**Objectif 3 : Développer des programmes de DPC en lien avec le projet pédagogique du centre**

**Objectif 4 : Appréhender la simulation comme un outil de Recherche et comme objet de Recherche au service de l'amélioration des comportements individuels et en équipes interprofessionnelles**

**Objectif 5 : Engager le centre de simulation dans un dispositif d'évaluation externe**



## LE RENFORCEMENT DE LA SYNERGIE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DANS LA FORMATION DES JEUNES PRATICIENS (FICHE N°58)

Dans le cadre de sa mission d'enseignement, le CHU entend privilégier la formation des jeunes praticiens, cet objectif s'inscrivant dans une politique plus générale de renforcement de la synergie hospitalo-universitaire.

Les plans d'actions retenus concernent à la fois les étudiants et les internes dans le cadre de leurs stages de formation, le post-internat comme étape complémentaire de formation des jeunes praticiens, l'amélioration de l'enseignement aux praticiens en formation ainsi que la formation aux publications et à l'activité de recherche.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°58 :

**Objectif 1 : Améliorer le déroulement des stages hospitaliers des étudiants et des internes en formation**

**Objectif 2 : Renforcer l'accès au post-internat en lien avec les axes du projet social**

**Objectif 3 : Améliorer l'enseignement délivré aux praticiens en formation**

**Objectif 4 : Encourager la formation aux publications et à l'activité de recherche.**





**Promoteur** / Institut Régional de Formation / Pôle Ressources Humaines, Organisation des soins, Formation, Relations sociales / Direction des Affaires Médicales

**Sources** / Loi 2009-279 du 21 juillet 2009

**OBJECTIFS** :

- Identifier la filière maïeutique en cohérence avec les autres filières de formation issues de la première année commune aux études en santé
- Établir une réflexion concertée sur la place de la formation maïeutique au CHU
- Favoriser le développement des liens avec l'URCA et l'Unité de Formation et de Recherche de Médecine
- Évaluer la nouvelle ingénierie de formation dans le cadre partenarial entre l'École de sages-femmes et l'URCA

## ● PLANS D'ACTIONS

La formation initiale de sage-femme a fait l'objet d'une réforme visant à l'inscrire dans l'architecture européenne des études supérieures. Cette réforme permet aux étudiants inscrits en études de sage-femme de se voir délivrer :

- > à l'issue des 4 semestres de formation qui suivent la première année commune aux études de santé (PACES), le diplôme de formation générale en sciences maïeutiques, qui sanctionne le premier cycle en conférant le grade licence,
- > à l'issue des 4 semestres de formation du 2<sup>ème</sup> cycle, le diplôme d'état de sage-femme conférant le grade master.

Parallèlement à la mise en place du schéma Licence Master Doctorat (LMD), les études de sage-femme ont fait l'objet d'une autre évolution : l'intégration de la formation initiale à l'Université. En effet, depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, la formation de sage-femme peut, par dérogation au principe posé par l'article L. 4151-7 du Code de la Santé Publique, être organisée au sein des Universités, sous réserve de l'accord du Conseil Régional notamment sur les modalités financières. Un arrêté des ministres chargés de la Santé et de l'Enseignement Supérieur fixera les modalités de cette intégration à l'Université. L'objectif poursuivi est une intégration totale de la formation de sage-femme à l'Université d'ici à cinq ans.

Dans ce contexte, les actions à mettre en œuvre en matière de formation maïeutique nécessitent une étroite collaboration entre le CHU, l'URCA et le Conseil Régional.

### Objectif 1 : Identifier la filière maïeutique en cohérence avec les autres filières de formation issues de la première année commune aux études en santé

L'atteinte de cet objectif suppose de favoriser le développement d'enseignements communs avec l'URCA et de promouvoir les spécificités propres à la formation maïeutique dans un cadre partenarial avec l'URCA.

### Objectif 2 : Etablir une réflexion concertée sur la place de la formation maïeutique au CHU

La réflexion devra porter sur les différentes modalités de coopération avec l'URCA dans la cadre de la formation maïeutique et conduire à identifier la structure partenariale idoine avec l'URCA.

### Objectif 3 : Favoriser le développement des liens avec l'URCA et l'Unité de Formation et de Recherche de Médecine

Le développement de ces liens doit s'inscrire dans la poursuite des troisièmes cycles universitaires pour les étudiants.

### Objectif 4 : Evaluer la nouvelle ingénierie de formation dans le cadre partenarial entre l'École de sages-femmes et l'URCA

Cette évaluation nécessitera d'engager l'auto-évaluation des formations ainsi que la démarche de certification de l'école de sages-femmes en lien avec les référentiels en vigueur.

---

## ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

URCA, Conseil Régional.

---

### ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Directeur de l'école de sages-femmes
- Directeur technique et d'enseignement de l'école de sages-femmes
- Président de l'URCA
- Doyen de l'UFR de Médecine
- Coordonnateur de l'IRF

### ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Coûts liés aux modalités de partenariat choisies

---

### ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016**
- **Objectif 2 : 2016-2017**
- **Objectif 3 : 2017-2020**
- **Objectif 4 : 2016-2020**

### ● INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**  
Nombre d'unités d'enseignement communes et spécifiques
- **Objectif 2 :**  
Convention de partenariat avec l'URCA
- **Objectif 3 :**  
Organisation du parcours Recherche en lien avec l'URCA et l'UFR de Médecine
- **Objectif 4 :**
  - Grilles d'auto-évaluation réalisées
  - Nombre d'auto-évaluations réalisées.

**Promoteur** / Institut Régional de Formation / Pôle Ressources Humaines, Formation, Relations sociales

**Sources** / Accords de Bologne (LMD) / Positionnement de la HFH vis-à-vis des écoles de formation paramédicales – Juillet 2013

- OBJECTIFS :**
- Mettre en œuvre au plan opérationnel le partenariat défini par les conventions respectives des écoles ou instituts
  - Engager l'Institut Régional de Formation dans la Recherche clinique et paramédicale
  - Mettre en place, en lien avec l'URCA, un cycle complet LMD pour les professions paramédicales
  - Inscrire les écoles et instituts du CHU dans une démarche de certification

## PLANS D' ACTIONS

La réforme engagée depuis 2008 vise à répondre à deux objectifs, l'un de réingénierie, afin de rénover les formations paramédicales tenant compte des contextes de soins et de l'évolution des besoins en santé, l'autre d'universitarisation, afin d'inscrire dans une dimension européenne les diplômes sanctionnant au moins trois années d'études permettant d'obtenir une reconnaissance universitaire.

Le protocole d'accord du 2 février 2010 signé par le Ministère de la Santé annonçait l'attribution du grade licence à l'ensemble des auxiliaires médicaux à l'horizon 2015.

Trois importantes réformes législatives ont eu des effets plus ou moins directs sur l'application du dispositif Licence Master Doctorat (LMD) aux formations paramédicales : l'acte II de la décentralisation, le renforcement de l'autonomie des universités et la loi HPST.

A ce jour, seules les formations d'infirmiers (2009), de manipulateurs en électroradiologie médicale, d'infirmiers anesthésistes (2012) et de masseurs-kinésithérapeutes (2015) ont bénéficié de la réforme. Pour autant, le grade licence n'est délivré par décret qu'aux infirmiers depuis 2010, les organismes de formation devant conclure une convention avec l'Université partenaire.

Les distinctions entre les professions et les dispositifs de formations (modalités d'accès, cursus, évaluations, etc.) n'ont pas permis d'harmoniser le processus d'universitarisation qui s'est construit de façon cloisonnée à l'échelle de chaque école et institut.

L'organisation de l'Institut Régional de Formation (IRF) permet de réfléchir à une mise en place transversale impliquant les mêmes acteurs et partenaires qu'ils soient régionaux, universitaires et organismes gestionnaires.

La mutualisation et les ressources des professionnels de l'IRF permettent d'envisager la mise en

œuvre effective du schéma LMD et d'apporter la cohérence dans l'évolution des parcours et des passerelles possibles.

Dans ce contexte, les actions à mettre en œuvre en matière de formation paramédicales nécessitent une étroite collaboration entre le CHU et l'URCA, propice au déploiement d'une démarche Recherche en lien avec les Programmes Hospitaliers de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP).

Enfin, les modalités de contrôle et d'évaluation des écoles et instituts, tant sur la qualité de la formation théorique et pratique que sur le processus de l'universitarisation doivent s'inscrire dans les exigences de reconnaissance aux grades de licence et de master. Leur déploiement à l'échelle de l'IRF mérite d'être envisagé.

### Objectif 1 : Mettre en œuvre au plan opérationnel le partenariat défini par les conventions respectives des écoles ou instituts

- > Impliquer les instances issues des conventions dans le suivi de l'universitarisation,
- > Favoriser l'accès des étudiants aux services universitaires afin de mutualiser les moyens mis en place par chaque partenaire,
- > Permettre aux étudiants de bénéficier des programmes européens et internationaux de mobilité.

### Objectif 2 : Engager l'Institut Régional de Formation dans la Recherche clinique et paramédicale

- > Renforcer les liens entre les instituts en favorisant des échanges pédagogiques et développer des expertises partagées,
- > Structurer le parcours universitaire des enseignants de l'IRF et déployer l'accès aux masters et aux doctorats,

- > S'inscrire dans des projets de Recherche valorisant les formateurs, les étudiants et le partenariat entre le CHU et l'URCA.

### Objectif 3 : Mettre en place, en lien avec l'URCA, un cycle complet LMD pour les professions paramédicales

- > Intégrer les diplômes issus des anciens référentiels par le biais de la VAP-VAE, engager les étudiants à poursuivre des troisièmes cycles universitaires,
- > Susciter et valoriser l'émergence d'une démarche Recherche en lien avec les PHRIP et instaurer des approches pluridisciplinaires par la création d'un centre de référence en Recherche,

- > Mettre en place un Groupe de Recherche Formation afin d'inscrire les cadres formateurs dans l'élaboration et la participation à des projets universitaires.

### Objectif 4 : Inscrire les écoles et instituts du CHU dans une démarche de certification

- > Développer une auto-évaluation de la qualité des formations en impliquant les écoles et instituts dans une démarche qualité type AFAQ ou ISO 9001,
- > Engager les écoles et instituts dans une démarche d'évaluation externe dans le cadre du Haut Conseil de l'Évaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (AERES).

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

URCA, Conseil Régional, ARS, GCS Inter-Institut de Formation en Soins Infirmiers.

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Coordonnateur de l'Institut Régional de Formation
- Directeurs et conseillers scientifiques des écoles et des instituts

## INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Coûts liés à l'universitarisation des formations

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016**
- **Objectif 2 : 2016-2017**
- **Objectif 3 : 2016-2018**
- **Objectif 4 : 2016-2020**

## INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**
  - Signature de la convention
  - Nombre d'instances réalisées
  - Pourcentage de participation des universitaires aux enseignements
- **Objectif 2 :**
  - Rapport d'activité
  - Nombre d'actions communes de mutualisation
  - Nombre de postes partagés
- **Objectif 3 :**
  - Nombre d'étudiants inscrits dans un cycle supérieur
  - Nombre de VAE demandées pour poursuite d'études
  - Projets de Recherche initiés
- **Objectif 4 :**
  - Nombre d'auto-évaluations réalisées
  - Rapports d'évaluation des organismes externes.

**Promoteur** / Secteur Gestion des compétences (Direction des Ressources Humaines), formation médicale continue (Direction des Affaires Médicales), Direction de la Qualité

**Sources** / Loi HPST du 21 Juillet 2009

Décrets n°2011-2114 à 2011-2118 du 30 Décembre 2011 relatifs au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux, chirurgiens dentistes, médecins, sages-femmes et pharmaciens.

- OBJECTIFS :**
- Perfectionner la structuration de la gouvernance du DPC médical et non médical
  - Enrichir l'offre de DPC existant au CHU
  - Valoriser et communiquer en interne et en externe sur la politique de DPC développée au CHU
  - Faire du DPC un élément fort de la politique de formation continue portée par le projet social

## PLANS D'ACTIONS

L'article 59 de la loi HPST du 21 juillet 2009 instaure l'obligation pour l'ensemble des professionnels de santé de participer, au moins une fois par an, à un programme de Développement Professionnel Continu (DPC). La loi HPST précise que le DPC «a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.»

Le CHU de Reims a investi ce projet national et en intègre les composantes à sa politique d'amélioration continue de la qualité et à ses actions de formation continue.

### Objectif 1 : Perfectionner la structuration de la gouvernance du DPC médical et non médical

La structuration du DPC au CHU de Reims est déjà pour partie mise en œuvre : des référents DPC ont été désignés au sein des Pôles, parmi les personnels médicaux et non médicaux. Ces référents composent un jury de DPC, qui se réunit mensuellement pour valider des programmes de formation développés en interne au titre du DPC. Un COPIL DPC se réunit également pour suivre la politique de DPC sur l'établissement. La structuration de ce dispositif doit être poursuivie, afin que les instances gagnent en lisibilité. Par ailleurs il sera nécessaire de formaliser et d'automatiser le respect par chaque agent de son obligation de formation DPC.

Le CHU a été reconnu comme Organisme de DPC (ODPC) pour les personnels soignants, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes. Cette reconnaissance lui permet notamment de pouvoir valider l'obligation de DPC de professionnels extérieurs à l'établissement.

Pour compléter le dispositif, il apparaît important

que l'établissement soit également reconnu comme Organisme de DPC pour les médecins et les pharmaciens.

### Objectif 2 : Enrichir l'offre de DPC existant au CHU

L'offre de DPC du CHU est principalement composée de programmes de formation ou d'analyse des pratiques mis en œuvre préalablement, au titre de la formation continue. Il convient aujourd'hui d'encourager les concepteurs de tels programmes à les proposer au jury de validation du DPC.

Par ailleurs, la création de programmes de DPC ad hoc, correspondant à des besoins de formation identifiés dans l'établissement, doit être encouragée. La formalisation du programme sera réalisée par son concepteur, avec un appui méthodologique des membres du COPIL DPC, avant une validation par le jury.

### Objectif 3 : Valoriser et communiquer en interne et en externe sur la politique de DPC développée au CHU

Le dispositif du DPC demeure aujourd'hui assez peu connu par les professionnels de l'établissement. Dans un premier temps, la structuration de la gouvernance devrait permettre d'améliorer la diffusion des messages portés par cette réforme de la formation continue. Dans un second temps, il apparaît important de mettre en place une politique de communication institutionnelle sur ce sujet.

Plus largement, le DPC constitue pour le CHU une opportunité de rayonnement sur son territoire, en adéquation avec son rôle de recours. A ce titre, et en lien avec l'ANFH, il sera important de travailler à une diffusion vers l'extérieur des programmes de DPC portés par le CHU, à destination notamment des professionnels d'autres établissements de santé de la région.

#### **Objectif 4 : Faire du DPC un élément fort de la politique de formation continue portée par le projet social**

Dans ce cadre, il convient d'enrichir le dispositif, en élaborant un plan de DPC médical et non médical. Ce plan pluriannuel s'appuiera sur les

dispositifs de formation et d'EPP déjà développés au CHU, ainsi que sur les besoins de formation identifiés. Ces éléments sont repris et détaillés dans le projet social et managérial du projet d'établissement.

---

### **AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET**

L'ensemble des structures internes.

---

### **PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET**

- Commission Médicale d'Etablissement
- Commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation
- Comité Technique d'Etablissement.
- Pôle Ressources Humaines, formation et relations sociales
- Direction des Affaires Médicales
- Direction de la Qualité et Gestion des Risques

---

### **INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES**

- Le DPC devra être pris en charge sur les enveloppes de formation continue médicale et non médicale tel que prévu par la réglementation.
- L'obligation étant annuelle et individuelle, un suivi précis des absences devra être réalisé afin de permettre aux services de fonctionner dans des conditions normales. Pour ce faire, la formation interne sera privilégiée.

---

### **CALENDRIER DE RÉALISATION**

- **Objectif 1 : 2016**
- **Objectif 2 : 2016-2020**
- **Objectif 3 : 2016-2020**
- **Objectif 4 : 2016-2020**

---

### **INDICATEURS DE SUIVI**

- **Objectif 1 :**
  - Reconnaissance par l'OGDPC du statut d'ODPC du CHU pour toutes les catégories professionnelles
  - Réalisation d'un plan de DPC médical et non médical
- **Objectif 2 :**
  - Nombre de programmes validés au titre du DPC
  - Nombre de programmes DPC développés
- **Objectif 3 :**
  - Réalisation d'un catalogue de DPC présentant l'ensemble de l'offre validée au titre du DPC au CHU
  - Indicateurs quantitatifs concernant la participation des agents du CHU à un programme DPC de l'établissement
  - Indicateurs quantitatifs concernant le nombre de participants hors CHU aux programmes de DPC
  - Indicateurs qualitatifs concernant la satisfaction des agents CHU et hors CHU ayant participé à un programme de DPC de l'établissement
- **Objectif 4 :**
  - Part de formations DPC dans l'offre de formation continue de l'établissement.



**Promoteur** / Institut Régional de Formation / Pôle Ressources Humaines, Formation, Relations sociales / Direction des Affaires Médicales

**Sources** / Rapport HAS sur l'état de l'art en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé (janvier 2012) Recommandations de la HAS

Guide pour l'évaluation des infrastructures de simulation en santé

- OBJECTIFS :**
- Développer la simulation comme un outil d'apprentissage, de formation et de développement professionnel continu (DPC)
  - Mettre en place un centre régional de simulation en santé avec une gouvernance dédiée
  - Développer des programmes de DPC en lien avec le projet pédagogique du centre
  - Appréhender la simulation comme un outil de Recherche et comme objet de Recherche au service de l'amélioration des comportements individuels et en équipes interprofessionnelles
  - Engager le centre de simulation dans un dispositif d'évaluation externe

## PLANS D' ACTIONS

La simulation en santé est une méthode pédagogique innovante qui doit devenir accessible à tous les professionnels et étudiants en santé. Elle facilite l'acquisition de connaissances, de compétences et de comportements adaptés par une « mise en situation ». La simulation en santé permet des pratiques de gestes techniques ou invasifs sans avoir recours aux patients pour ces apprentissages. Elle associe formation procédurale aux gestes ou aux situations techniques et évaluation des pratiques professionnelles en renforçant les synergies d'équipe. Cette méthode est donc importante en termes d'apport pour la sécurité du patient et la qualité des soins. Elle est validée par la HAS comme méthode de Développement Professionnel Continu (DPC). Cette forme d'apprentissage correspond à des pratiques de formation très variées, toujours interactives, mettant en jeu des moyens matériels plus ou moins sophistiqués (mannequins pilotés par ordinateur, environnements réalistes reconstitués, vidéo, etc.) et toujours des ressources humaines (y compris des « patients - formateurs »).

Les actions préconisées au titre du présent plan d'actions s'inscrivent dans le cadre de l'instruction N° DGOS/PF2/2013/383 du 19 novembre 2013 relative au développement de la simulation en santé.

### Objectif 1 : Développer la simulation comme un outil d'apprentissage, de formation et de DPC

Le développement de la simulation comme outil d'apprentissage, de formation et de DPC suppose la mise en œuvre des actions suivantes :

- > Réaliser un état des lieux des moyens dédiés à la simulation dans l'établissement,
- > Coordonner les acteurs du CHU ayant recours à la simulation,
- > Elaborer un programme pédagogique autour d'actions de simulation en santé, incluant la formation initiale et la formation tout au long de la vie.

### Objectif 2 : Mettre en place un centre régional de simulation en santé avec une gouvernance dédiée

La création d'un centre de simulation à vocation régionale constitue un objectif prioritaire. Ce centre devra fonctionner sur la base d'une gouvernance dédiée associant les acteurs impliqués dans la simulation.

Cette création devra s'accompagner de l'élaboration d'un projet scientifique, pédagogique et financier durable et adapté aux besoins identifiés des établissements publics et privés.

### Objectif 3 : Développer des programmes de DPC en lien avec le projet pédagogique du centre

Le centre de simulation devra se doter d'un projet pédagogique à partir duquel pourront se développer des programmes de DPC adaptés.

#### **Objectif 4 : Appréhender la simulation comme un outil de Recherche et comme objet de Recherche au service de l'amélioration des comportements individuels et en équipes interprofessionnelles**

Afin d'atteindre cet objectif, il conviendra d'établir des scénarios de simulation sur la base d'évènements indésirables graves dans le cadre de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de développer les thématiques de Recherche autour de la simulation en santé. Le déploiement de «serious game», en lien avec

l'Université, est en cours et constitue une opportunité à saisir pour développer l'implication du CHU dans ces domaines de formation.

#### **Objectif 5 : Engager le centre de simulation dans un dispositif d'évaluation externe**

Conformément aux préconisations de l'HAS et afin d'obtenir la labellisation du centre de simulation en santé, les acteurs engagés dans le projet devront s'engager dans une démarche volontaire d'amélioration continue de la qualité du service rendu par l'infrastructure.

### **AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET**

URCA, ARS, Fédérations hospitalières, Unités de soins du CHU.

#### **PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET**

- Pr A. Léon, Responsable de Structure Interne Urgences
- Pr N. Bednarek, Responsable du Service de Réanimation Néonatale et Pédiatrique
- Pr P. Gabriel, Service de Gynécologie Obstétrique
- Doyen de l'UFR de Médecine
- Coordonnateur de l'IRF
- Directeurs des écoles et instituts de l'IRF
- Direction des Ressources Humaines – Secteur Gestion des compétences
- Direction des Affaires Médicales
- Membres du Comité de Pilotage Simulation de l'IRF

#### **INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES**

- Recettes d'activités liées aux formations dispensées
- Renouvellements des matériels et investissements liés au développement des « serious-games »
- Autofinancement du centre à échéance

#### **CALENDRIER DE RÉALISATION**

- **Objectif 1 : 2016**
- **Objectif 2 : 2016-2020**
- **Objectif 3 : 2016-2020**
- **Objectif 4 : 2016-2020**
- **Objectif 5 : 2016-2020**

#### **INDICATEURS DE SUIVI**

- **Objectif 1 :**  
Réalisation d'un état des lieux, des moyens matériels et des compétences existantes en matière de simulation
- **Objectif 2 :**  
Établissement d'un bilan d'activité et d'un bilan financier afférent
- **Objectif 3 :**  
Nombre de programmes DPC développés et partenariats engagés sur le territoire
- **Objectif 4 :**  
Nombre de débriefings relatifs aux évènements indésirables graves réalisés et nombre d'articles publiés sur le thème de la simulation
- **Objectif 5 :**  
Respect des quatre étapes de l'évaluation externe de l'HAS.

**Promoteur** / Direction des Affaires Médicales

**Sources** / Sources législatives et réglementaires

- OBJECTIFS :**
- Améliorer le déroulement des stages hospitaliers des étudiants et des internes en formation
  - Renforcer l'accès au post-internat en lien avec les axes du projet social
  - Améliorer l'enseignement délivré aux praticiens en formation
  - Encourager la formation aux publications et à l'activité de recherche

## PLANS D'ACTIONS

Dans le cadre de sa mission d'enseignement, le CHU entend privilégier la formation des jeunes praticiens, cet objectif s'inscrivant dans une politique plus générale de renforcement de la synergie hospitalo-universitaire.

Les plans d'actions retenus concernent à la fois les étudiants et les internes dans le cadre de leurs stages de formation, le post-internat comme étape complémentaire de formation des jeunes praticiens, l'amélioration de l'enseignement délivré aux praticiens en formation ainsi que la formation aux publications et à l'activité de recherche.

### **Objectif 1 : Améliorer le déroulement des stages hospitaliers des étudiants et des internes en formation**

L'organisation du deuxième cycle des études médicales a connu de nombreuses évolutions au cours des dernières années.

Dans ce contexte, il convient d'ajuster le déroulement des stages hospitaliers qui représentent une partie importante de ce deuxième cycle.

A ce titre, il conviendra d'attribuer des objectifs de stage dans chaque service d'accueil, ce qui pourra être fait en parallèle du développement du Logiciel DIOSEL. Par ailleurs, un travail sera mené sur la participation des étudiants à la permanence des soins, qui doit se faire sur des gardes formatrices.

Les stages des internes sont amenés à évoluer, notamment du fait de la réforme du temps de travail. Cela met en avant l'importance des temps de formation qui doivent être prévus pour chaque discipline. L'organisation de l'enseignement théorique devra être clairement précisé dans chaque spécialité. L'appui d'un logiciel (DIOSEL, STAGIUM ou IMOTEP, en cours d'évaluation) pourra également être bénéfique dans ce cadre.

De façon plus structurelle, une réflexion sur la répartition des postes d'internes au CHU devra être menée, en lien avec la CME.

### **Objectif n°2 : Renforcer l'accès au post-internat en lien avec les axes du projet social**

Le post-internat constitue une étape complémentaire dans la formation des jeunes praticiens. A ce titre, une nouvelle procédure de gestion du post-internat va être expérimentée à compter de 2016, comme cela est développé dans la partie III du projet social du CHU sous l'angle de la Gestion Prévisionnel des Métiers et des Compétences.

Cela met en avant l'importance de la coordination entre le CHU et les UFR pour bénéficier du vivier de compétence des jeunes praticiens, dans une approche territoriale, et en lien avec la Commission des postes.

### **Objectif n°3 : Améliorer l'enseignement délivré aux praticiens en formation**

Les objectifs précédemment décrits rappellent l'importance pour un établissement comme le CHU de Reims de porter un réel dynamisme hospitalo-universitaire. Cette synergie doit permettre d'améliorer l'enseignement délivré aux praticiens en formation. Elle doit également permettre une fluidification du travail et des échanges. Cette dynamique sera appuyée par la signature de la Convention Hospitalo-Universitaire qui décrit les éléments de coopérations entre les différentes institutions et les moyens apportés pour y contribuer.

### **Objectif n°4 : Encourager la formation aux publications et à l'activité de recherche**

En 2016, l'ensemble des praticiens du CHU aura accès aux bouquets numériques des revues actuellement proposées à l'URCA ; s'y ajoutera l'accès à des revues complémentaires selon le choix de chaque pôle.

Un effort portant sur l'organisation de la production des publications, avec mise en place ou développement de séances régulières de bibliographie contribuera à la dynamique de recherche de l'établissement, et à y sensibiliser les praticiens en formation.

---

## ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

URCA, UFR, CME.

---

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Direction des Affaires Médicales
  - Service du personnel enseignant de l'UFR de Médecine
- 

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Aucune incidence financière prévue
- 

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2017**
- **Objectif 2 : 2016-2020**
- **Objectif 3 : 2016-2020**
- **Objectif 4 : 2016-2020**

## ● INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**  
Evaluations grâce au Logiciel DIOSEL (ou autre)
- **Objectif 2 :**  
Taux de recrutement des internes en fin de cursus
- **Objectif 3 :**  
Définition d'objectifs dans le cadre de la signature de la convention hospitalo-universitaire
- **Objectif 4 :**  
Nombre de séances de bibliographie  
Score SIGAPS de chaque structure interne.

## Chapitre 5 : LE PROJET DE RECHERCHE

### Contexte

L'axe consacré à la Recherche traduit la volonté de réaffirmer la vocation universitaire du CHU. Les actions à mettre en œuvre doivent s'inscrire dans une politique dont le fil conducteur consiste en l'amélioration de la performance du CHU. L'atteinte de cet objectif suppose le prolongement des actions engagées en matière de développement de la recherche translationnelle, à l'image de la mise en place des Projets Hospitalo-Universitaires en 2014. L'atteinte de cet objectif suppose par ailleurs l'optimisation de la gouvernance de la Recherche, la constitution d'un Centre de Ressources Biologiques Régional (CRB), une attention particulière à la Recherche paramédicale et d'une manière générale de faire en sorte que la Recherche soit reconnue comme un véritable enjeu d'établissement.



#### L'ORGANISATION DE LA RECHERCHE (FICHE N°59)

L'organisation de la recherche clinique au CHU de Reims doit être pensée en regard de l'évolution du contexte de la recherche en France et dans la nouvelle grande région.

D'une part, les conditions de financement de la recherche sont devenues plus exigeantes, avec l'extinction de la part fixe (dotation historique) au profit de la part modulable, qui repose désormais sur la valorisation des publications (points SIGAPS) et des essais cliniques (points SIGREC), et de la part variable. Afin de pérenniser le financement de la recherche clinique au CHU de Reims, il convient donc de développer davantage le nombre d'essais cliniques et d'inclusions et de publier encore davantage.

D'autre part, les réformes en cours (loi de santé, réforme territoriale, loi pour l'enseignement supérieur et la recherche de 2013...) incitent non seulement à élargir la participation des établissements publics de santé à la recherche et l'innovation, à travers les établissements pivots de Groupements Hospitaliers de Territoire, mais aussi à renforcer la coordination de la promotion de la recherche clinique au niveau national et interrégional (réforme attendue des Groupements Interrégionaux de Recherche Clinique et d'Innovation-GIRCI).

La constitution d'un Pôle Recherche et Innovation a permis ces dernières années de professionnaliser la promotion et les investigations au CHU de Reims. Il convient cependant de renforcer l'organisation de la recherche clinique au CHU, dans l'attente d'une refonte (annoncée par la DGOS) du mode de financement des structures d'appui à la recherche (financées par MERRI, par appels d'offre, par les essais cliniques académiques et industriels) évoluant vers une logique de réalisation de missions.

Les objectifs en termes d'organisation de la Recherche sont détaillés dans la fiche N°59 et concernent :

- I. Le Pôle Recherche et Santé Publique
- II. La Commission Recherche et Innovation
- III. Le Comité de la Recherche en Matière Biomédicale et de Santé Publique (CRMBSP)
- IV. Le Groupement Interrégional de Recherche Clinique et d'Innovation Est (GIRCI)



#### AMÉLIORER LA PERFORMANCE DE L'ACTIVITÉ DE RECHERCHE CLINIQUE (FICHE N°60)

L'amélioration de la performance du CHU en matière de recherche clinique suppose la mise en œuvre de plans d'actions reposant sur la communication et l'information. La mise en place de cette dynamique suppose par ailleurs le renforcement de l'appui aux projets de recherche que doivent pouvoir apporter les plateformes techniques telles que l'imagerie et la biologie, une contractualisation avec les Pôles ciblant les axes de recherche ainsi que le développement d'une approche territoriale.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°60 :

- Objectif 1 : Renforcer l'information et la communication en lien avec la recherche
- Objectif 2 : Développer les formations permettant de porter des projets de recherche
- Objectif 3 : Renforcer l'organisation des plateformes techniques en appui des projets de recherche
- Objectif 4 : Inclure les missions de recherche dans la contractualisation avec les Pôles
- Objectif 5 : Développer une politique de recherche au sein du GHT et des établissements de la région



## CONSTITUER UN CENTRE DE RESSOURCES BIOLOGIQUES RÉGIONAL (FICHE N°61)

Les équipes de recherche (clinique ou fondamentale) ont besoin de ressources biologiques de haute qualité. De tout temps, les chercheurs ont été habitués à conserver leurs collections dans leur laboratoire, sans objectif réel d'utilisation au-delà de leurs propres sujets de recherche. Dans ce contexte, la vigilance particulière qui doit être accordée pour respecter les critères de qualité, les conditions de conservation et de traçabilité, ne sont pas toujours respectées faute de moyens et de temps. La richesse et la valeur de ces collections peuvent donc être impactées et parfois conduire à l'impossibilité de leurs utilisations sur le long terme. Afin de permettre une optimisation d'utilisation des collections, des critères de traçabilité, des méthodes de conservation et de transformation des ressources biologiques ainsi que des données associées doivent être définis. Cette gestion des ressources biologiques est devenue un métier à part entière depuis une dizaine d'années et est assurée par des Centres de Ressources Biologiques (CRB) qui représentent des infrastructures réalisant au minimum des activités de réception, conservation et mise à disposition de ressources biologiques à des fins de recherche, de conservation du patrimoine génétique, d'éducation ou de valorisation économique (Définition de l'OCDE, reprise par la norme NF S96-900). Les échantillons biologiques ne pourront être utilisés à l'avenir, à des fins de recherche et de publication, que s'ils sont définis par rapport aux critères qualité des CRB.

La région Champagne-Ardenne présente des potentialités variées de valorisation des ressources biologiques tant animales, microbiennes, qu'humaines : CRB certifiés, collections de recherche, possibilité de constituer des collections d'intérêt. Une structuration de ces offres permettrait d'une part d'améliorer les conditions de conservation et d'autre part, de développer les procédures de mise à disposition afin d'augmenter l'utilisation donc la valorisation des collections. Ce CRB (CRB CHAR) a vocation à inclure, outre les collections d'échantillons biologiques du CHU, celles des équipes de recherche de l'Université (du secteur Santé et du secteur Sciences), voire des collections appartenant à des industriels présents sur le territoire de la Champagne-Ardenne. Deux CRB sont déjà constitués et certifiés (CRB Toxoplasma et CRB Tumorothèque) et garderont leur structuration, un CRB est également en cours de constitution au sein de l'Institut Jean Godinot. A terme, ces CRB seraient regroupés selon une structuration en réseau de CRB.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°61 :

**Objectif 1 : Regrouper les collections d'échantillons biologiques du CHU sur un même lieu en créant une structure type CRB.**

**Objectif 2 : Intégrer les autres collections de l'Université et ainsi constituer le CRB CHAR**

**Objectif 3 : Certifier le CRB CHAR selon la norme NF S96-900**

**Objectif 4 : Établir un réseau de CRB regroupant les 3 CRB constitués et le CRB CHAR.**



## DÉVELOPPER LA RECHERCHE TRANSLATIONNELLE (FICHE N°62)

Une partie de la recherche réalisée au CHU de Reims doit s'inscrire dans une démarche visant à renforcer le continuum allant de la recherche fondamentale à la recherche clinique. Une recherche translationnelle pourrait être développée en tirant profit de l'environnement scientifique des unités qui sont labellisées par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et par les grands organismes de recherche (CNRS et INSERM, en particulier).

En 2013, le CHU de Reims et l'URCA ont lancé un appel d'offres pour financer trois Projets Hospitalo-Universitaires. Le but de cet appel d'offre était de favoriser le rapprochement des équipes cliniques du CHU et des équipes de recherche fondamentale labellisées de l'Université autour de thématiques ciblées. Il apparaît aujourd'hui important de poursuivre cette dynamique et de l'entretenir, notamment en préparant la constitution de Fédérations Hospitalo-Universitaires avec les partenaires de la grande région.

Les objectifs d'une telle démarche sont multiples et développés dans la fiche N°62 :

**Objectif 1 : Favoriser le développement de la recherche translationnelle**

**Objectif 2 : Rassembler les masses critiques nécessaires et suffisantes de chercheurs autour de thématiques précises, identifiables à l'échelle nationale et internationale**

**Objectif 3 : Consolider l'existence des laboratoires de recherche labélisés CNRS ou INSERM et aider à la création de nouvelles unités de recherche associées aux grands organismes**

**Objectif 4 : Préparer la constitution de Fédérations Hospitalo-Universitaires (FHU) avec les CHU avoisinants.**



## DÉVELOPPER LA RECHERCHE PARAMÉDICALE (FICHE N°63)

La recherche paramédicale qui à l'origine s'est développée dans le domaine des soins infirmiers dans les années 1950 outre Atlantique, s'est structurée en France afin de permettre en 2010 la formalisation d'appels à projet portés par le Ministère de la Santé.

Le développement de la recherche paramédicale au CHU de Reims permet d'enrichir les pratiques professionnelles, de fédérer des énergies autour de la prise en charge des patients tout en répondant à la dimension universitaire de l'établissement.

Les objectifs retenus au titre de cette thématique sont détaillés dans la fiche N°63 :

**Objectif 1 : Structurer la gouvernance autour de la recherche paramédicale**

**Objectif 2 : Développer la culture de la recherche paramédicale**

**Objectif 3 : Favoriser le développement de projets de recherche et d'une communication (orales et écrites) au sein des collectifs paramédicaux de l'établissement**

**Objectif 4 : Mettre en place une offre de formation autour de la recherche paramédicale en partenariat avec l'Université et l'Institut Régional de Formation.**





Promoteur / Directoire

L'organisation de la recherche clinique au CHU de Reims doit être pensée en regard de l'évolution du contexte de la recherche en France et dans la nouvelle grande région.

D'une part, les conditions de financement de la recherche sont devenues plus exigeantes, avec l'extinction de la part fixe (dotation historique) au profit de la part modulable, qui repose sur la valorisation des publications (points SIGAPS) et des essais cliniques (points SIGREC), et de la part variable. Afin de pérenniser le financement de la recherche clinique au CHU de Reims, il convient donc de développer davantage le nombre d'essais cliniques et d'inclusions et de publier encore davantage.

D'autre part, les réformes en cours (loi de santé, réforme territoriale, loi pour l'enseignement supérieur et la recherche de 2013...) incitent non seulement à élargir la participation des établissements publics de santé à la recherche et l'innovation, à travers les établissements pivots de Groupements Hospitaliers de Territoire, mais aussi à renforcer la coordination de la promotion de la recherche clinique au niveau national et interrégional (réforme attendue des Groupements Interrégionaux de Recherche Clinique et d'Innovation-GIRCI).

La constitution d'un Pôle Recherche et Innovation a permis ces dernières années de professionnaliser la promotion et les investigations au CHU de Reims. Il convient cependant de renforcer l'organisation de la recherche clinique au CHU, dans l'attente d'une refonte (annoncée par la DGOS) du mode de financement des structures d'appui à la recherche (financées par MERRI, par appels d'offre, par les essais cliniques académiques et industriels) évoluant vers une logique de réalisation de missions.

## I. LE PÔLE RECHERCHE ET SANTÉ PUBLIQUE

Le Pôle Recherche et Santé Publique regroupe la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation, le Centre de Recherche Clinique et le Département d'information médicale. Ce Pôle est animé par un chef de Pôle Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (PU-PH).

### 1) Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI)

La Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation est rattachée à la Direction Générale et placée sous la coresponsabilité du Directeur des Affaires Médicales et de la Recherche et du Président de la DRCI.

Conformément aux orientations retenues par le CRMBSP et la Commission Recherche, elle a pour mission de coordonner et mettre en œuvre la politique de recherche et les projets qui en découlent.

#### a) Directeur des Affaires Médicales et de la Recherche :

Le Directeur des Affaires Médicales et de la Recherche a pour mission de :

- > Procéder à l'évaluation et la validation juridique et financière des projets de recherche,
- > Procéder à l'évaluation et à la validation des moyens humains et techniques nécessaires à leur mise en œuvre,
- > Assurer l'engagement et le contrôle des dépenses : suivi financier de l'ensemble des actions de recherche (PHRC, institutionnelles, industrielles).
- > Rendre compte au Directoire et aux instances du CHU de la mise en œuvre de la politique et des projets de recherche, en lien avec le Président de la Commission Recherche, et le Président de la DRCI.
- > Assurer la coordination entre les différentes instances impliquées dans la recherche, au plan local (DRCI, Conseil Scientifique, CRMBSP) et régionale (GIRCI).

Le Directeur des Affaires Médicales et de la Recherche a autorité fonctionnelle sur l'Unité de Promotion et de Soutien à la recherche.

## b) Président de la DRCI :

En sus des missions relatives au Pôle, le Chef de Pôle, en tant que Président, assure le fonctionnement médical et scientifique de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation.

A ce titre, il a pour mission en interne de :

- > Assurer la coordination et l'analyse des projets rémois de recherche, qu'ils soient locaux, régionaux et nationaux, avant de les proposer à la Commission Recherche qui les valide avant soumission à l'appel d'offres.
- > Veiller au respect de la réglementation, en lien avec le Directeur des Affaires Médicales et de la Recherche.
- > Proposer, pour validation par le Directeur des Affaires Médicales et de la Recherche, la mobilisation des ressources nécessaires aux projets de recherche.
- > Organiser l'aide logistique aux investigateurs, à travers l'Unité d'Aide Méthodologique (UAM) et le Centre de Recherche et d'Investigation Clinique (CRIC).
- > Assurer la vigilance des essais cliniques placée sous la responsabilité du praticien chargé de la pharmacovigilance, ainsi que du circuit pharmaceutique lors des essais cliniques (Pôle Pharmacie).
- > S'assurer du respect des bonnes pratiques et de la qualité des investigations, à travers le rôle d'évaluation et de contrôle de la DRCI.
- > Préparer le rapport annuel d'activité de recherche et rendre compte au Directoire et aux instances du CHU de la mise en œuvre de la politique et des projets de recherche, en lien avec le Président de la Commission Recherche et le Directeur des Affaires Médicales et de la Recherche.

Il a également pour mission en externe de :

- > Promouvoir la participation des établissements périphériques non universitaires au développement des inclusions dans les essais cliniques promus par le CHU de Reims.
- > Contribuer aux travaux du GIRCI Est concernant la promotion et le suivi des projets interrégionaux auxquels participe le CHU de Reims.

Le Président de la DRCI a autorité fonctionnelle sur l'Unité d'Aide Méthodologique.

## c) Composantes de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation

La Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation est constituée de différentes unités permettant d'assurer la réussite des projets de recherche en leur apportant un appui en amont dans la construction du projet, et en aval.

Elle est composée des unités suivantes :

- > **L'Unité de Promotion et de Soutien à la Recherche** réalise l'appui administratif, juridique et le suivi financier des projets. Elle est placée sous l'autorité fonctionnelle du Directeur des Affaires Médicales et de la Recherche. Elle a pour missions de :
  - ✓ Assurer la veille des différents appels à projets,
  - ✓ Accompagner les investigateurs dans les procédures administratives et juridiques,
  - ✓ Effectuer les démarches nécessaires aux actions de recherche, notamment quand le CHU est promoteur,
  - ✓ Assurer le suivi des projets et des conventions : évaluation des coûts, suivi financier,
  - ✓ Assurer le contrôle qualité avec l'aide des ARCs présents dans l'établissement, non chargés de l'investigation du projet.
- > **L'Unité d'Aide Méthodologique (UAM)** apporte une aide méthodologique aux cliniciens investigateurs dans la construction et la réalisation de leurs projets, notamment par l'apport de la compétence de :
  - ✓ Médecins méthodologistes,
  - ✓ Biostatisticien,
  - ✓ Data manager.

Elle est placée sous l'autorité fonctionnelle d'un médecin méthodologiste désigné par le Président de la DRCI.

#### **d) Le Centre de Recherche et d'Investigation Clinique (CRIC)**

Le CRIC est labellisé CRC depuis 2011. Il apporte un soutien logistique à la réalisation des études cliniques :

- > Intervention des ARC et des TEC pour l'aide à l'organisation des études, à l'inclusion et au suivi des patients,
  - > Intervention d'infirmières pour les prélèvements, traitement et envoi des échantillons biologiques.
- Il est placé sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur désigné par le Président de la DRCI.

## **II. CONSTITUTION D'UNE COMMISSION RECHERCHE ET INNOVATION**

Cette commission est constituée de 15 à 20 praticiens représentatifs des Pôles, contribuant fortement aux recherches, nommés par le Directeur Général sur proposition du Président de la CME et du Doyen.

Participent aussi à cette commission :

- > Le Président de la CME,
- > Le Vice-président recherche du Directoire,
- > Les Doyens,
- > Le Directeur des Affaires Médicales et de la Recherche,
- > Le Président de la DRCI,
- > Les membres du CRMBSP désignés par le CHU,
- > Un représentant des équipes soignantes désigné par la Direction des Soins.

Peuvent être invités à cette commission :

- > Des représentants des CHG et CH spécialisés de Champagne-Ardenne
- > Des représentants de l'Institut Jean Godinot,
- > Des experts internes ou externes selon les sujets abordés.

Cette commission est l'instance médicale et scientifique d'orientation de la politique de recherche CHU.

Son animation est assurée par un Président nommé par le Directeur Général sur proposition du Président de la CME et du Doyen.

Il coordonne ses travaux avec le CRMBSP, notamment pour assurer une cohérence avec les orientations retenues par les partenaires du CHU en matière de recherche (URCA, INSERM, CNRS...).

Missions de la Commission Recherche :

- > Elle propose au Directoire les orientations stratégiques en matière de recherche, notamment les axes de coopération avec les partenaires extérieurs, la stratégie de développement des inclusions dans les essais cliniques en partenariat avec les établissements supports des GHT périphériques (en particulier Troyes, Charleville-Mézières, Soissons), le rapprochement avec les CHU de la grande région ALCA (Nancy, Strasbourg).
- > Elle propose les actions nécessaires au renforcement de la dynamique recherche de l'établissement à partir d'un programme annuel de travail.
- > Sur proposition du Président de la DRCI, elle décide de la recevabilité des projets déposés dans le cadre des essais industriels, des appels d'offres interrégionaux et nationaux et en vérifie la cohérence avec les axes structurants de la politique de recherche. Le Vice-Président recherche en rend compte au Directoire.
- > Sur proposition du Président de la DRCI, elle décide de la recevabilité des projets déposés dans le cadre des appels d'offres locaux et en vérifie la cohérence avec les axes structurants de la politique de recherche. A cet effet, elle émet un avis qu'elle transmet au Directoire pour accord de promotion. Elle attribue chaque année le « prix de la recherche clinique ».
- > Elle constitue le conseil scientifique lors des appels d'offre locaux (AOL).
- > Sur la base du bilan annuel préparé par la DRCI, elle procède à l'analyse des actions de recherche promues par le CHU.
- > Elle désigne un responsable de l'Institutional Review Board (IRB), qui en assure le fonctionnement et l'animation. Le responsable de l'IRB rend compte annuellement à la Commission des travaux réalisés.

Le Vice-président Recherche du Directoire assure la coordination des travaux de cette commission avec ceux du Directoire.

### III. LE COMITÉ DE LA RECHERCHE EN MATIÈRE BIOMÉDICALE ET DE SANTÉ PUBLIQUE (CRMBSP)

Le Comité de la Recherche en matière Biomédicale et de Santé Publique constitue une instance stratégique en matière de recherche pour le CHU, permettant d'apporter une synergie avec les partenaires que sont l'URCA, l'INSERM et le CNRS.

Sa composition est fixée par un décret du 7 novembre 2006.

Il comprend ainsi :

- > 4 représentants du CHU désignés conjointement par le Directeur Général et le Président de la CME,
- > 4 représentants de l'Université désignés conjointement par le président de l'Université et les Directeurs des UFR de médecine, pharmacie et odontologie,
- > 4 représentants des organismes de recherche associés aux missions du CHU désignés par le Président Directeur Général de l'Inserm, après consultation de leurs directeurs.

Les membres du Comité sont désignés pour une période de deux ans renouvelables. Ils élisent un président et un vice-président pour deux ans.

Le Comité de la recherche en matière Biomédicale et de Santé Publique (CRMBSP) est une instance consultative dont le rôle est de coordonner les activités de recherche exercées dans les CHU, les universités et les établissements publics de recherche, et d'assurer la cohérence et la complémentarité de l'action de ces trois partenaires. Il doit permettre la définition d'une stratégie de recherche commune et partagée.

Il est consulté sur les projets de convention de partenariat entre le CHU et l'Université, sur la politique de recherche telle qu'elle résulte du projet d'établissement du CHU et du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, des projets de recherche des Etablissements Publics à caractère Scientifiques et Technologiques (EPST) et des stipulations relatives à la recherche biomédicale et en santé publique du contrat quadriennal de l'Université.

### IV. LE GROUPEMENT INTERRÉGIONAL DE RECHERCHE CLINIQUE ET D'INNOVATION EST (GIRCI)

La Délégation Interrégionale à la Recherche Clinique Est (DIRC Est), constituée en 2005 et intégrée en 2008 au Groupement de Coopération Sanitaire Grand Est (GCS Grand Est), a évolué en Groupement Interrégional de Recherche Clinique et d'Innovation Est (GIRCI Est).

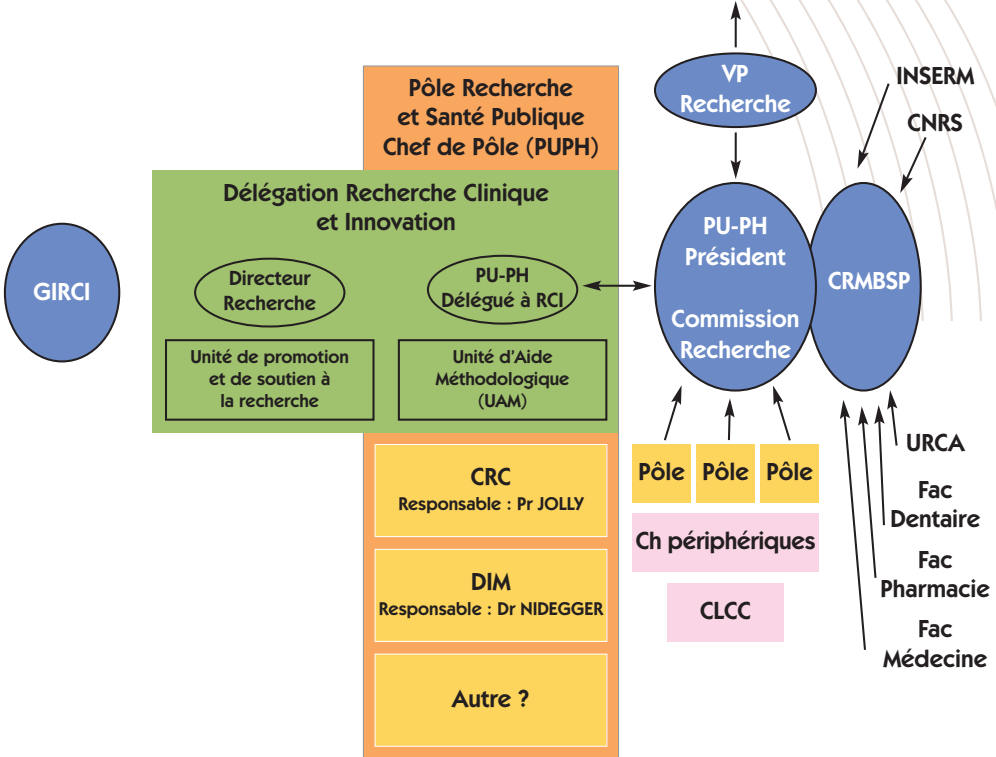
Le GIRCI EST réunit à ce jour les Délégations à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) des Centres Hospitaliers Universitaires de Besançon, Dijon, Nancy, Reims, Strasbourg, du Centre de Lutte contre le Cancer Georges-François Leclerc de Dijon, le Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville, et le Centre de Lutte contre le Cancer "Institut Lorrain de Cancérologie" de Nancy.

Le CHU de Reims est représenté au sein du GIRCI par :

- > Le Directeur Général Adjoint, ou son représentant,
- > Le Président de la DRCI,
- > Le Vice-Président Recherche du Directoire
- > Le Président de la Commission Recherche.

Le CHU de REIMS est représenté au sein du Conseil scientifique du GIRCI Est par quatre membres médecins désignés au sein de la Commission Recherche, qui participent à l'ensemble des réunions.

# Directoire







Promoteur / Commission Recherche et Innovation

- OBJECTIFS :**
- Renforcer l'information et la communication en lien avec la recherche
  - Développer les formations permettant de porter des projets de recherche
  - Renforcer l'organisation des plateformes techniques en appui des projets de recherche
  - Inclure les missions de recherche dans la contractualisation avec les Pôles
  - Développer une politique de recherche au sein du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) et des établissements de la région

## PLANS D'ACTIONS

L'amélioration de la performance du CHU en matière de recherche clinique suppose la mise en œuvre de plans d'actions reposant sur la communication et l'information. La mise en place de cette dynamique suppose par ailleurs le renforcement de l'appui aux projets de recherche que doivent pouvoir apporter les plateformes techniques telles l'imagerie et la biologie, une contractualisation avec les Pôles ciblant les axes de recherche ainsi que le développement d'une approche territoriale.

### Objectif 1 : Renforcer l'information et la communication en lien avec la recherche

Il apparaît important d'améliorer l'information et la communication en matière de recherche, afin de renforcer la dynamique existante, mais également de partager les expériences réussies.

A ce titre, il convient de mener à son terme la démarche concernant les abonnements électroniques, en lien avec l'URCA, en veillant à donner un accès large à ces ressources pour nos professionnels.

Il conviendrait également de pouvoir développer davantage les démarches engagées, en améliorant par exemple la diffusion de la revue « Moteur de recherche ». Des réunions mensuelles portant sur les projets de recherche en cours pourraient également être organisées, en lien avec la CME.

### Objectif 2 : Développer les formations permettant de porter des projets de recherche

Cet objectif en matière de formation est en lien avec le projet d'enseignement du projet médical, mettant l'accent notamment sur les séances de bibliographies.

Il apparaît nécessaire de pouvoir développer les formations proposées aux professionnels du CHU, mais également des établissements périphériques afin de pouvoir soutenir la dynamique de recherche.

Sur le plan interne, cela concerne en particulier les formations organisées sur l'utilisation des bases de données et les statistiques.

Sur le plan externe, cela concerne les travaux menés avec le GIRCI, notamment en matière de bonnes pratiques cliniques et la certification des investigateurs.

### Objectif 3 : Renforcer l'organisation des plateformes techniques en appui des projets de recherche

Les plateformes techniques que constituent particulièrement la biologie et l'imagerie constituent des acteurs majeurs des projets de recherche. A ce titre, il convient d'entamer une réflexion sur leur organisation en appui de ces projets, notamment par exemple en contractualisant du temps ou des pages dédiées.

### Objectif 4 : Inclure les missions de recherche dans la contractualisation avec les Pôles

Les Pôles se sont aujourd'hui approprié de façon hétérogène les projets de recherche qui peuvent être portés au sein du CHU. Il semble donc intéressant de faire des axes de recherche un objet d'échange avec les Pôles.

Cela pourrait permettre de mettre en avant les moyens consacrés à ces missions de recherche, l'avancement des projets, et les résultats obtenus. L'objectif est également de créer une synergie entre les différentes disciplines autour de projet communs, à l'image des Projets Hospitalo-Universitaires.

Cela doit s'accompagner d'un rôle d'animation et de suivi qui sera porté par la Commission Recherche du CHU.

## Objectif 5 : Développer une politique de recherche au sein du GHT et des établissements de la région

Afin de soutenir le développement des projets de recherche du CHU, il est nécessaire d'intégrer de plus en plus les établissements hospitaliers périphériques, et particulièrement ceux du GHT à la démarche. Cela passe notamment par des temps de formation, et d'appui à la structuration, en lien avec le GIRCI.

Par ailleurs, le rapprochement progressif des équipes médicales doit permettre de faciliter les échanges, et les inclusions potentielles.

A une autre échelle, il semble important de structurer nos relations avec les établissements hospitalo-universitaires de la grande région, en réfléchissant notamment à nos spécificités et nos complémentarités.

---

## ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Université de Reims Champagne-Ardenne, CME, Groupement Interrégional de Recherche Clinique et d'Innovation (GIRCI).

---

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pôle Recherche et Santé Publique
- Direction de la Recherche

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Aucune incidence financière prévue
- 

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2016
- Objectif 2 : 2017
- Objectif 2 : 2018
- Objectif 2 : 2017
- Objectif 2 : 2018

## ● INDICATEURS DE SUIVI

- Objectif 1 :  
Nombre de réunions recherche organisées et taux de participation
- Objectif 2 :  
Nombre de formations recherche organisées et taux de participation
- Objectif 3 :  
Validation des nouvelles organisations
- Objectif 4 :  
Nombre de contrats de Pôle comportant des objectifs en matière de recherche
- Objectif 5 :  
Inclusion de patients des établissements partenaires au sein du GHT.

**Promoteur** / Pôle Biologie médicale et Pathologie

**Source** / Projet du Pôle de Biologie médicale et Pathologie

- OBJECTIFS** :
- Permettre une optimisation d'utilisation des collections d'échantillons biologiques sur le secteur Santé en les intégrant dans un CRB (respect des critères qualités d'un CRB)
  - Établir des méthodes de conservation et de transformation des ressources biologiques validées
  - Gestion des données associées
  - Certifier le CRB CHAR selon la norme NF S96-900

Les équipes de recherche (clinique ou fondamentale) ont besoin de ressources biologiques de haute qualité. De tout temps, les chercheurs ont été habitués à conserver leurs collections dans leur laboratoire, sans objectif réel d'utilisation au-delà de leurs propres sujets de recherche. Dans ce contexte, la vigilance particulière qui doit être accordée pour respecter les critères de qualité, les conditions de conservation et de traçabilité, ne sont pas toujours respectées faute de moyens et de temps. La richesse et la valeur de ces collections peuvent donc être impactées et parfois conduire à l'impossibilité de leurs utilisations sur le long terme.

Afin de permettre une optimisation d'utilisation des collections, des critères de traçabilité, des méthodes de conservation et de transformation des ressources biologiques ainsi que des données associées doivent être définis. Cette gestion des ressources biologiques est devenue un métier à part entière depuis une dizaine d'années et est assurée par des Centres de Ressources Biologiques (CRB) qui représentent des infrastructures réalisant au minimum des activités de réception, conservation et mise à disposition de ressources biologiques à des fins de recherche, de conservation du patrimoine génétique, d'éducation ou de valorisation économique (Définition de l'OCDE, reprise par la norme NF S96-900). Les échantillons biologiques ne pourront être utilisés à l'avenir, à des fins de recherche et de publication, que s'ils sont définis par rapport aux critères qualité des CRB.

La région Champagne-Ardenne présente des potentialités variées de valorisation des ressources biologiques tant animales, microbiennes, qu'humaines : CRB certifiés, collections de recherche, possibilité de constituer des collections d'intérêt. Une structuration de ces offres permettrait d'une part d'améliorer les conditions de conservation et d'autre part, de développer les procédures de mise à disposition afin d'augmenter l'utilisation donc la valorisation des collections. Ce CRB (CRB CHAR) a vocation à inclure, outre les collections d'échantillons biologiques du CHU, celles des équipes de recherche de l'Université (du secteur Santé et du secteur Sciences), voire des collections appartenant à des industriels présents sur le territoire de la Champagne-Ardenne. Deux CRB sont déjà constitués et certifiés (CRB Toxoplasma et CRB Tumorothèque) et garderont leur structuration, un CRB est également en cours de constitution au sein de l'Institut Jean-Godinot. A terme, ces CRB seraient regroupés selon une structuration en réseau de CRB.

## PLANS D' ACTIONS

**Objectif n°1 : Regrouper les collections d'échantillons biologiques du CHU sur un même lieu en créant une structure type CRB.**

**Objectif n°3 : Certifier le CRB CHAR selon la norme NF S96-900**

**Objectif n°2 : Intégrer les autres collections de l'Université et ainsi constituer le CRB CHAR**

**Objectif n°4 : Etablir un réseau de CRB regroupant les trois CRB constitués et le CRB CHAR.**

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Services identifiés lors du projet de CRB Régional.

Tous les services du CHU hébergeant des échantillons biologiques ou ayant confié leurs échantillons à des laboratoires du Pôle de Biologie médicale et Pathologie.

---

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pr I. VILLENA, Adjointe au Chef du Pôle de Biologie médicale et Pathologie
- Comité de pilotage du CRB CHAR

---

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- **Recettes** : 2 natures :
  - > Financement Mission d'Intérêt Général délivré au CRB (cette MIG est attribuée au CHU s'il détient ou est partenaire d'un CRB)
  - > Cession à titre payant des échantillons aux équipes de recherche ou à des industriels désireux de tester. Le prix d'un échantillon sera établi par le Comité de Pilotage du CRB CHAR
  - > Points SIGAPS si association CRB aux publications
- **Dépenses** : À évaluer selon le rapport rendu sur la faisabilité de la mise en place d'un CRB Régional :
  - > **Dépenses de logistique** (bâtiment, équipements pour conservation des échantillons, mises à disposition, logiciel de traçabilité des échantillons et logiciel de management de la qualité (déjà présent au CRB Toxoplasma et donc utilisable pour les autres CRB)
  - > **Dépenses de personnel** :
    - ✓ Un Ingénieur de CRB pour la gestion du Réseau des CRB (trois CRB identifiés + une biothèque + CRB CHAR) et du CRB CHAR (à créer)
    - ✓ Un technicien (définir le % d'ETP) pour le stockage et la cession, ou du temps technicien à accorder au CRB CHAR par les équipes (collectionneurs) pour la préparation et/ou la cession des échantillons.

---

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

**A définir avec l'Université, le cahier des charges a été finalisé en juin 2015. Le projet peut démarrer dès le début de l'année 2016.**

- **Objectif 1** :  
Horizon 2018 en fonction du déménagement de la PRBI qui pourrait libérer les locaux à l'Inserm pour installation du CRB (collections CHU)
- **Objectif 2** :  
Secondaire à l'installation des collections du CHU, inclusion des collections de l'URCA : secteur Santé en premier, puis intégration collections secteur Sciences
- **Objectifs 3 et 4** :  
À définir ultérieurement

---

## ● INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1** :  
Nombre de collections du CHU intégrées, mises aux conditions d'un CRB
- **Objectif 2** :  
Nombre de collections de l'URCA intégrées
- **Objectif 3** :  
Obtention de la certification du CRB CHAR (maintien de la certification des CRB déjà constitués)
- **Objectif 4** :  
Constitution d'un réseau de CRB qui, pourrait tendre à une certification de réseau
- **Indicateur général** :  
Nombre d'échantillons cédés par année et valorisation financière et scientifique associée.

Promoteur / Commission Recherche et Innovation

- OBJECTIFS :**
- Favoriser le développement de la recherche translationnelle
  - Rassembler les masses critiques nécessaires et suffisantes de chercheurs autour de thématiques précises, identifiables à l'échelle nationale et internationale
  - Consolider l'existence des laboratoires de recherche labélisés CNRS ou INSERM et aider à la création de nouvelles unités de recherche associées aux grands organismes
  - Préparer la constitution de Fédérations Hospitalo-Universitaires (FHU) avec les CHU avoisinants.

## PLANS D'ACTIONS

Une partie de la recherche réalisée au CHU de Reims doit s'inscrire dans une démarche visant à renforcer le continuum allant de la recherche fondamentale à la recherche clinique. Une recherche translationnelle pourrait être développée en tirant profit de l'environnement scientifique des unités qui sont labellisées par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et par les grands organismes de recherche (CNRS et INSERM, en particulier).

En 2013, le CHU de Reims et l'URCA ont lancé un appel d'offres pour financer trois Projets Hospitalo-Universitaires. Le but de cet appel d'offres était de favoriser le rapprochement des équipes cliniques du CHU et des équipes de recherche fondamentale labellisées de l'Université autour de thématiques ciblées. Les objectifs d'une telle démarche sont multiples : 1) Favoriser le développement de la recherche translationnelle ; 2) Rassembler les masses critiques nécessaires et suffisantes de chercheurs autour de thématiques précises, identifiables à l'échelle nationale et internationale ; 3) Consolider l'existence des laboratoires de recherche labélisés CNRS ou INSERM et aider à la création de nouvelles unités de recherche associées aux grands organismes ; 4) Préparer la constitution de Fédérations Hospitalo-Universitaires (FHU) avec les CHU avoisinants.

### Objectif 1 : Favoriser le développement de la recherche translationnelle

La recherche translationnelle en santé (ou recherche de transfert) se situe à l'interface entre la recherche fondamentale en laboratoire et la recherche clinique auprès des patients. Elle assure un *continuum* et constitue ainsi une passerelle directe et bidirectionnelle entre recherche exploratoire et recherche clinique en stimulant cette dernière par des innovations thérapeutiques, méthodologiques ou des outils d'investigation émanant de la recherche fondamentale, et réciproquement par la dissémination vers la recherche fondamentale d'observations nouvelles sur la nature et la progression des maladies.

La recherche translationnelle doit permettre d'améliorer la prise en charge des patients en transférant rapidement les connaissances issues de la recherche fondamentale vers les patients (valorisation). Elle doit aussi permettre d'enrichir la recherche fondamentale en apportant de nouvelles pistes, théories ou concepts issues d'observations cliniques.

La recherche translationnelle se situe à l'interface entre deux activités de recherche dont les logiques, les valeurs et les pratiques sont profondément différentes. Leur réunion requiert les

efforts conjugués de communautés scientifiques dont les cultures respectives ne facilitent pas naturellement le dialogue. C'est avec l'objectif d'intensifier et d'accélérer les échanges entre chercheurs fondamentalistes et chercheurs cliniciens que les PHU entendent soutenir la recherche translationnelle.

### Objectif 2 : Rassembler les masses critiques nécessaires et suffisantes de chercheurs autour de thématiques précises, identifiables à l'échelle nationale et internationale

La recherche en biologie santé nécessite des plateformes technologiques élaborées et coûteuses, requérant l'achat d'équipements collectifs et la mise de moyens en commun. Ceci s'est progressivement mis en place au sein de l'Université de Reims avec la structuration de l'IFR53 (Institut Fédératif de Recherche) puis la SFR CAP Santé (Structure Fédérative de Recherche Champagne-Ardenne-Picardie-Santé)

La recherche en biologie-santé nécessite aussi une masse critique de chercheurs pour atteindre certains standards de qualité et de productivité, l'effet dominant gouvernant la qualité des groupes de recherche académiques étant l'interaction entre chercheurs.

Le CHU de Reims a un faible nombre d'enseignants chercheurs (173 enseignants hospitalo-universitaires dont 73 professeurs d'université-praticiens hospitaliers (PU-PH) et 26 maîtres de conférences universitaires-praticiens hospitaliers), et le plus faible ratio de PU-PH par étudiants de France. La charge clinique et d'enseignement et le déficit en PU-PH rendent illusoire le développement d'activité de recherche dans toutes les disciplines. Le nombre élevé de pôles cliniques et le faible nombre d'enseignants chercheurs hospitaliers expose au risque de dispersion de l'activité de recherche. Conjointement, le nombre d'unités labélisées au sein du Pôle biologie santé de l'Université de Reims est faible (15 unités labélisées dont une par l'INSERM et une par le CNRS). Il est donc important de rassembler les masses critiques de chercheurs autour de thèmes bien identifiés et de structurer la recherche du CHU avec celle du Pôle biologie santé de l'Université de Reims.

L'objectif des PHU est de réunir autour d'un objectif partagé une masse critique de chercheurs, d'enseignants-chercheurs et de personnels hospitaliers, à partir d'un ou plusieurs pôles cliniques, et une ou plusieurs unités mixtes de recherche (UMR) ou équipes associées (EA) labélisées de l'URCA. Les PHU devront faire preuve d'un niveau d'excellence qui les positionne comme références nationales, voire internationales, dans les thématiques qu'ils proposent, pour être à même d'innover dans des domaines de recherche à fort enjeu. L'adossement des pôles médicaux du CHU de Reims à ces PHU sera encouragé. Ces PHU doivent être en mesure d'agréger d'autres équipes de recherche (EA) et d'autres services tout en veillant à ne pas disperser leur thématique de recherche. En concertation avec la Faculté de médecine et l'URCA, une politique sera mise en place pour recruter en priorité des personnels bi-appartenants dans les pôles médicaux associés à ces PHU.

### **Objectif 3 : Consolider l'existence des laboratoires de recherche labélisés CNRS ou INSERM et aider à la création de nouvelles unités de recherche associées aux grands organismes**

Le regroupement d'unités labélisées, le rassemblement d'une masse critique de chercheurs autour de thématiques ciblées doit améliorer la production scientifique des laboratoires de recherche. De plus, le développement de la recherche translationnelle devrait enrichir la recherche fondamentale en apportant de nouvelles pistes, théories ou concepts issues d'observations cliniques.

### **Objectif 4 : Préparer la constitution de Fédérations Hospitalo-Universitaires (FHU) avec les CHU avoisinants.**

Initié dans le prolongement du rapport de la commission Marescaux sur l'avenir des CHU, l'effort de structuration de la recherche en CHU s'est poursuivi depuis 2012 par la création de nouvelles entités reconnues dans le cadre d'une convention tripartite entre un centre hospitalo-universitaire (CHU), une université, et l'INSERM ou un autre organisme membre d'Aviesan : les départements hospitalo-universitaires (DHU) et les fédérations hospitalo-universitaires (FHU). Elles concerneront à terme l'ensemble du territoire national. De façon générale, DHU et FHU réunissent un ou plusieurs pôles hospitalo-universitaires et une ou plusieurs unités mixtes de recherche autour d'une thématique commune. Généralement constitués en réseaux, les DHU et FHU s'appuient sur une masse critique de cliniciens et de chercheurs présents sur un ou plusieurs sites hospitalo-universitaires et peuvent associer un ou plusieurs centres d'investigation clinique. Ils ont le plus souvent une dimension interrégionale. La sélection des regroupements labélisés DHU ou FHU est opérée sur la base de recommandations établies par le Comité national de Coordination de la Recherche (CNCR) en lien avec l'alliance Aviesan. Elle repose sur la publication d'appels à projets compétitifs régionaux ou interrégionaux, la sélection indépendante des projets selon l'excellence scientifique, la qualité, la vision et l'ambition des équipes, l'environnement, la qualité de l'intégration des trois fonctions formation, recherche et soin, ainsi que sur l'adéquation avec les priorités stratégiques des trois alliances de recherche concernées par la santé (Aviesan, Allenvi et Athena), de la Stratégie Nationale de Santé, et la Stratégie Nationale de Recherche.

En 2012 le CHU de Reims n'était pas en capacité de répondre à l'appel d'offres DHU/FHU car 1) les interactions entre les cliniciens du CHU de Reims et les deux unités de recherche Rémoises labélisées par les grands organismes (Unité MEDyC UMR CNRS/URCA N° 7369 et Unité 903 INSERM) étaient insuffisantes ; et, 2) parce qu'il existait une dichotomie dans le partenariat interrégional avec d'un côté l'URCA qui polarisait sa stratégie de recherche sur des partenaires au Nord (Amiens, Lille, voire au-delà, la Belgique) et de l'autre le CHU de Reims qui était engagé dans une stratégie hospitalière de la recherche clinique orientée vers le grand Est (Délégation interrégionale de la recherche clinique qui rassemble les CHU de Reims, Dijon, Besançon, Nancy et Strasbourg).

Les trois projets Hospitalo-Universitaires retenus en 2014 sont les suivants :

- 1) Vieillesse protéique et vasculaire (VIVA)
- 2) Recherche et innovation en pathologie respiratoire inflammatoire (RINNOPARI)
- 3) Cognition sociale et maladies neurodéveloppementales (Ndev-X)

Parallèlement au déroulement de ces PHU, une politique favorisant l'émergence de nouveaux projets et de nouvelles équipes de recherche sera mise en place, visant, à terme, à ce que de nouvelles thématiques puissent voir le jour et devenir à leur tour prioritaires. Les disciplines ne s'inscrivant pas dans les axes prioritaires des PHU seront donc soutenues dès lors qu'elles développeront une recherche de qualité.

---

## **AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET**

CHU de Reims - URCA - EPST.

---

## **PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET**

- URCA : Président et Vice-Président Recherche, Doyen, SAIC, Directeur de la SFR CAP Santé
- CHU : Directeur Général, Président CME, Doyen, Vice-Président Recherche, CRMBS, Pôle Recherche, DRCL, Conseil Scientifique Recherche

---

## **INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES**

- Financement à hauteur d'1,5 million d'euros par le CHU sur 5 ans, complété par un apport de financement de l'URCA

---

## **CALENDRIER DE RÉALISATION**

Voir calendriers des PHU en annexe

---

## **INDICATEURS DE SUIVI**

Voir indicateurs des PHU en annexe.



### Principales structures internes et équipes impliquées dans le projet :

- Service de Biologie et Recherche Pédiatriques
- Service d'Hématologie
- Service d'Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition
- Service de Néphrologie
- Service de Chirurgie Vasculaire
- Service de Cardiologie
- Service de Pédiatrie A
- Service de Gériatrie
- UMR CNRS/URCA N°7369 MEDyC Equipe 2  
Veillessement matriciel et remodelage vasculaire
- EA 3801 Hémostasie et remodelage vasculaire post-ischémique
- EA 3797 Santé Publique Vieillessement, Qualité de Vie et réadaptation des sujets fragiles

### Résumé du projet :

Les maladies chroniques, comme le diabète sucré et l'insuffisance rénale, se caractérisent par des complications dégénératives particulièrement invalidantes, notamment sur le plan vasculaire, et peuvent être considérées comme des modèles de vieillissement accéléré.

Elles s'accompagnent d'une augmentation de l'intensité d'altérations biochimiques des protéines regroupées sous le terme de "modifications post-traductionnelles nonenzymatiques". Celles-ci correspondent le plus souvent à la fixation irréversible de glucose ou d'autres oses (glycation) ou de dérivés de l'urée (carbamylation) sur les protéines, et conduisent à la formation de produits complexes (post-translational modifications derived products, PTMDP) qui s'accumulent dans les tissus, où ils exercent des effets délétères.

Le rôle et l'implication de ces composés en physiopathologie, ainsi que les mécanismes moléculaires et cellulaires mis en jeu, restent cependant méconnus.

Ce projet hospitalo-universitaire réunit autour de cette thématique translationnelle huit structures internes appartenant à cinq pôles du CHU, en s'appuyant sur les travaux de l'unité UMR CNRS/URCA n°7369 et de deux équipes d'accueil (EA 3801 et 3797). Il repose sur l'hypothèse que les modifications post-traductionnelles nonenzymatiques des protéines représentent des agents étiologiques des complications vasculaires des maladies chroniques et du vieillissement, et que les PTMDP pourraient constituer de nouveaux marqueurs utilisables dans ces pathologies.

Il a pour but d'étudier les liens entre vieillissement protéique et complications vasculaires dans différentes populations de patients, avec deux axes principaux :

- > déterminer le rôle des PTMDP dans le vieillissement vasculaire,
- > identifier de nouveaux biomarqueurs.

Cinq tâches viseront à corrélér les concentrations de PTMDP caractéristiques obtenues dans différentes populations atteintes de complications vasculaires (diabète, insuffisance rénale, vieillissement) aux données cliniques et paracliniques (autofluorescence cutanée, vélocité de l'onde de pouls, index cheville-bras). Une étude des liens entre modifications protéiques et niveaux de complications, visant à apprécier le degré de remodelage matriciel, sera également menée sur des prélèvements tissulaires.

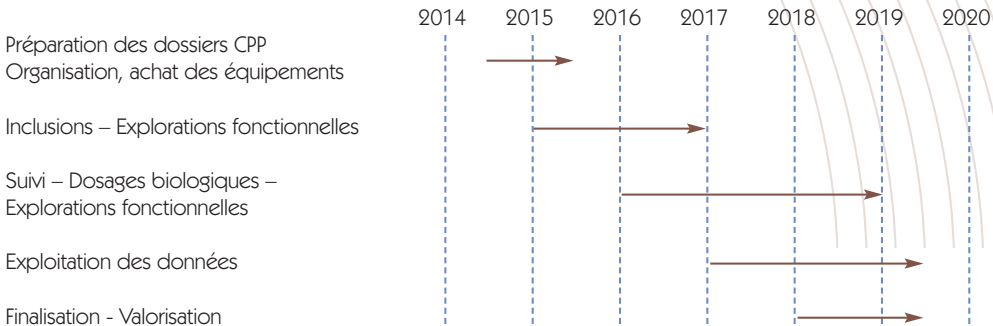
Elles se répartissent de la façon suivante :

- > **Tâche 1** : PTMDP et remodelage vasculaire au cours de l'insuffisance rénale
  - Sous-tâche 1.1. : Rôle de RAGE et des AGE dans le remodelage vasculaire associé à l'insuffisance rénale chronique (RAGE-VASCU) (Responsable : Pr F. Touré),
  - Sous-tâche 1.2. : Relation entre carbamylation et vieillissement vasculaire chez l'enfant atteint d'insuffisance rénale chronique (Collaboration avec une équipe allemande - 4C study) (Responsable : Pr C. Pietrement),
- > **Tâche 2** : PTMDP et modifications vasculaires chez le patient diabétique de type 1 (DIABAGE) (Responsables : Pr B. Delemer / Dr C. Lukas-Croisier),
- > **Tâche 3** : Rôle du vieillissement des protéines matricielles de la paroi vasculaire dans la pathologie anévrismale (VIMANE) (Responsables : Dr S. Jaisson / Dr G. Marques / Pr P. Nguyen),
- > **Tâche 4** : Marqueurs de vieillissement vasculaire et syndrome coronarien (MAVASCOR) (Responsables : Pr V. Durlach / Dr L. Simone / Dr. H.T. Bui),
- > **Tâche 5** : PTMDP comme marqueurs de fragilisation du sujet âgé (MAFRA) (Responsable : Dr R. Mahmoudi).

Ce projet devrait permettre d'identifier de nouveaux biomarqueurs de complications vasculaires, de déterminer certains mécanismes impliqués, et de positionner le CHU de Reims comme centre d'excellence sur le thème des modifications protéiques en pathologie et au cours du vieillissement. Un projet de rapprochement avec le FHU CARTAGE (Cardiac and ARTERial AGEing innovation and patient-centered strategies) (Pr A. Benetos, Nancy) est en cours.

### Calendrier

Les grandes étapes du PHU sous forme d'un calendrier précis figurent ci-dessous :



### Indicateurs de suivi

#### > Indicateurs internes de suivi d'avancement du projet

Le PHU sera évalué mensuellement sur la base des indicateurs suivants :

- ✓ Validation des dossiers CPP
- ✓ Nombre d'inclusions (écart par rapport à l'objectif)
- ✓ Pourcentage de réalisation des tâches
- ✓ Nombre de réunions scientifiques du PHU
- ✓ Nombre de communications en relation avec le PHU
- ✓ Nombre de publications en relation avec le PHU

#### > Indicateurs institutionnels

Le PHU sera évalué annuellement sur la base des indicateurs suivants :

- ✓ Nombre de dossiers CPP déposés
- ✓ Nombre de sujets inclus référencés SIGREC
- ✓ Nombre de communications en relation avec le PHU
- ✓ Nombre de publications et de points SIGAPS en relation avec le PHU

### Principales structures internes et équipes impliquées dans le projet :

Le PHU RINNOPARI (recherche et innovation en pathologie respiratoire inflammatoire) développe au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Reims et de l'Université Reims Champagne-Ardenne une recherche transversale et translationnelle sur les pathologies respiratoires chroniques, notamment la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et la mucoviscidose.

Les services hospitaliers impliqués sont les suivants : maladies respiratoires et physiologie respiratoire adulte, chirurgie thoracique, chirurgie ORL, pédiatrie (centre de ressource et de compétence mucoviscidose), biopathologie et bactériologie. Les laboratoires de recherche impliqués sont les suivants : Unité INSERM UMRS903, EA 4683, EA 4687.

### Résumé du projet :

Les objectifs définis dans le cadre du PHU sont les suivants : 1) établir des cohortes de patients BPCO et CF bien caractérisés sur le plan clinique, fonctionnel respiratoire et microbiologique ; 2) caractériser au sein de ces cohortes le remodelage des voies aériennes en recherchant d'éventuelles associations avec un phénotype clinique ; 3) définir les bases physiopathologiques du remodelage à travers le rôle de facteurs endogènes et exogènes ; 4) déterminer d'éventuels marqueurs biologiques d'intérêt du remodelage ; 5) proposer des stratégies thérapeutiques innovantes.

Le projet a été structuré en différentes tâches :

- > **Tâche 1** : caractérisation phénotypique des patients BPCO et mucoviscidose,
- > **Tâche 2** : étude du rôle des facteurs endogènes du remodelage (transition épithélio-mésenchymateuse, inflammation, canaux ioniques),
- > **Tâche 3** : étude du rôle des facteurs exogènes (peptides d'élastine sur la régulation Th1/Th2/Th17/T-reg et T mémoire),
- > **Tâche 4** : développement d'approches thérapeutiques innovantes (cytoprotection, régulation de la réponse T, réduction volumique endobronchique).

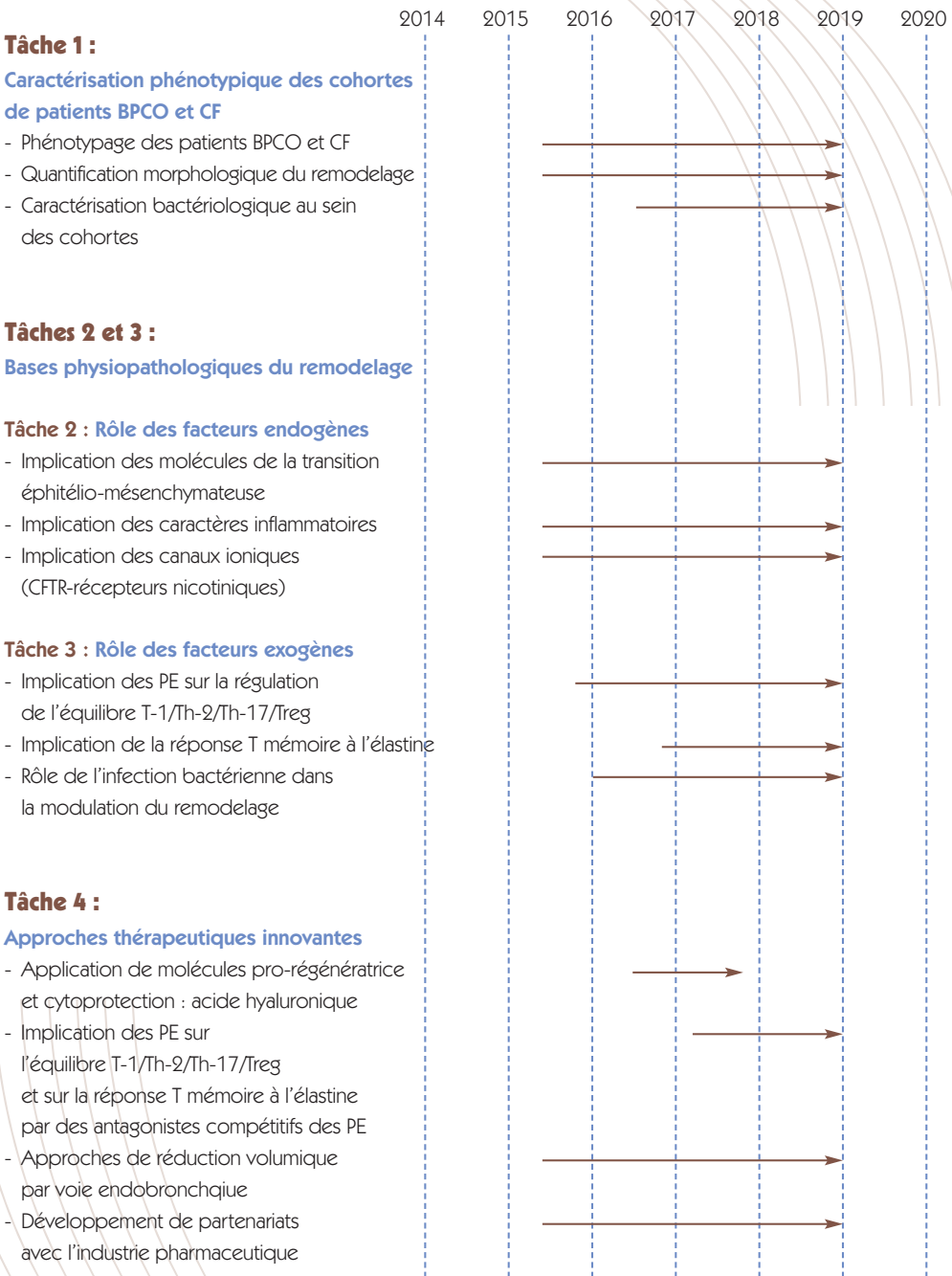
Concernant les moyens humains, le recrutement est maintenant finalisé et comprend un attaché de recherche clinique (Pierre Gaudry) recruté en février 2015, un ingénieur de recherche (Emilie Luczka) recrutée en septembre 2015 et une doctorante (Flora Lemaire) recrutée en octobre 2015.

Concernant l'état d'avancement des tâches définies dans le cadre du PHU, le recueil de données de la cohorte observationnelle a été finalisé. Le dossier sera soumis au CPP dans les prochaines semaines. L'inclusion officielle des premiers patients dans la cohorte clinique observationnelle du PHU RINNOPARI devrait débuter en janvier 2016. Cela permettra d'améliorer et d'homogénéiser la caractérisation clinique, fonctionnelle respiratoire et morphologique des patients inclus dans les protocoles de recherche translationnelle au sein des unités de recherche fondamentale, qui étaient jusqu'ici réalisées dans le cadre d'accord de l'IRB.

Les travaux de caractérisation clinique et les protocoles expérimentaux ont débuté pour toutes les tâches prévues dans le cadre du PHU, en privilégiant notamment les travaux en collaboration entre les différentes unités de recherche fondamentale. Plusieurs travaux ont déjà donné lieu à des publications, notamment sur les tâches suivantes : caractérisation clinique des patients présentant des dilatations des bronches associés une transplantation rénale (Dury, 2015), étude des facteurs endogènes de la réparation épithéliale associée à la BPCO (Perotin, 2014), études de l'inflammation associée au remodelage épithélial au cours de la mucoviscidose (Adam, 2015), étude de la transition épithélio-mésenchymateuse associée à la BPCO (Gohy, 2015), approche thérapeutique innovante de réduction volumique par voie endobronchique (Deslee, 2014, Siebos, 2015). L'organisation dans le cadre du PHU permet de positionner cette structure comme centre de référence et ainsi de participer à des projets multicentriques dans le cadre d'études observationnelles ou interventionnelles sur les thématiques de la BPCO et de la mucoviscidose dans le cadre de projets institutionnels ou en collaboration avec l'industrie. Certains de ces travaux menés dans le cadre d'études multicentriques ont donné lieu à publication (Perez, 2015, Kerstjens, 2015, Roche, 2015). Une demande de financement a également été demandée sur l'axe bactériologique dans le cadre d'une ANR jeune chercheur (Thomas Guillard). A ce stade, après une phase de mise en place comportant le recrutement des personnels, l'élaboration du recueil de données cliniques et la mise en point expérimentale des différentes tâches, le PHU est actuellement en phase de fonctionnement complet. Les modalités d'évaluation portent essentiellement sur la production de publications (voir liste page 204).

## Calendrier

Les grandes étapes du PHU sous forme d'un calendrier précis figurent ci-dessous :



## Indicateurs de suivi :

Le PHU sera évalué annuellement sur la base des indicateurs suivants :

- ✓ Nombre de dossiers CPP déposés
- ✓ Nombre de sujets inclus référencés SIGREC
- ✓ Nombre de communications en relation avec le PHU
- ✓ Nombre de publications et de points SIGAPS en relation avec le PHU

## Bibliographie

- > Adam D, Roux-Delrieu J, Luczka E, Bonnomet A, Lesage J, Mérol JC, Polette M, Abély M, Coraux C. Cystic fibrosis airway epithelium remodelling: involvement of inflammation. *J Pathol.* 2015;235(3):408-19.
- > Deslee G, Klooster K, Hetzel M, Stanzel F, Kessler R, Marquette CH, Witt C, Blaas S, Gesierich W, Herth FJ, Hetzel J, van Rikxoort EM, Slebos DJ. Lung volume reduction coil treatment for patients with severe emphysema: a European multicentre trial. *Thorax.* 2014;69(11):980-6.
- > Dury S, Colosio C, Etienne I, Anglicheau D, Merieau E, Caillard S, Rivalan J, Thervet E, Essig M, Babinet F, Subra JF, Toubas O, Rieu P, Launois C, Perotin-Collard JM, Lebargy F, Deslée G; Spiesser group. Bronchiectasis diagnosed after renal transplantation: a retrospective multicenter study. *BMC Pulm Med.* 2015;15:141.
- > Gohy ST, Hupin C, Fregimilicka C, Detry BR, Bouzin C, Gaide Chevronay H, Lecocq M, Weynand B, Ladjemi MZ, Pierreux CE, Birembaut P, Polette M, Pilette C. Imprinting of the COPD airway epithelium for dedifferentiation and mesenchymal transition. *Eur Respir J.* 2015;45(5):1258-72.
- > Kerstjens HA, Deslée G, Dahl R, Donohue JF, Young D, Lawrence D, Kornmann O. The impact of treatment with indacaterol in patients with COPD: A post-hoc analysis according to GOLD 2011 categories A to D. *Pulm Pharmacol Ther.* 2015;32:101-8.
- > Perez T, Burgel PR, Paillasseur JL, Caillaud D, Deslée G, Chanez P, Roche N; INITIATIVES BPCO Scientific Committee. Modified Medical Research Council scale vs Baseline Dyspnea Index to evaluate dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2015;10:1663-72.
- > Perotin JM, Adam D, Vella-Boucaud J, Delepine G, Sandu S, Jonvel AC, Prevost A, Berthiot G, Pison C, Lebargy F, Birembaut P, Coraux C, Deslee G. Delay of airway epithelial wound repair in COPD is associated with airflow obstruction severity. *Respir Res.* 2014;15:151.
- > Roche N, Jebrak G, Caillaud D, Deslée G, Brinchault G, Chanez P, Court-Fortune I, Escamilla R, Nesme-Meyer P, Pinet C, Carré P, Paillasseur JL, Perez T, Burgel PR; Initiatives BPCO scientific committee. Real-life use of long-acting antimuscarinic agents following their approval for COPD treatment. *Eur Respir J.* 2015;45(1):260-2.
- > Slebos DJ, Hartman JE, Klooster K, Blaas S, Deslee G, Gesierich W, Hetzel J, Hetzel M, McNulty W, Kemp SV, Kessler R, Leroy S, Stanzel F, Witt C, Zoumot Z, Herth FJ, Shah PL. Bronchoscopic Coil Treatment for Patients with Severe Emphysema: A Meta-Analysis. *Respiration.* 2015;90(2):136-45.

## Principales structures internes et équipes impliquées dans le projet :

Le Projet Hospitalo-Universitaire Cognition Sociale et Maladies NeuroDéveloppementales (NDev-X) est un projet qui associe quatre équipes du CHU: psychiatrie des adultes (Pôle de Psychiatrie), psychiatrie infanto-juvénile, neurologie de l'enfant (Pôle Femme Parent Enfant), imagerie (Pôle Imagerie), et l'équipe de recherche du Laboratoire C2S (URCA).

## Résumé du projet :

Ses objectifs sont de structurer les activités de recherche autour de la cognition sociale dans les maladies neuro-développementales (schizophrénie, trouble bipolaire, prématurité, dyspraxies, troubles envahissants du développement, addictions...).

Il vise également à créer des espaces d'échanges entre cliniciens et chercheurs afin de créer un contexte favorable au développement des sciences cognitives au sein de la région.

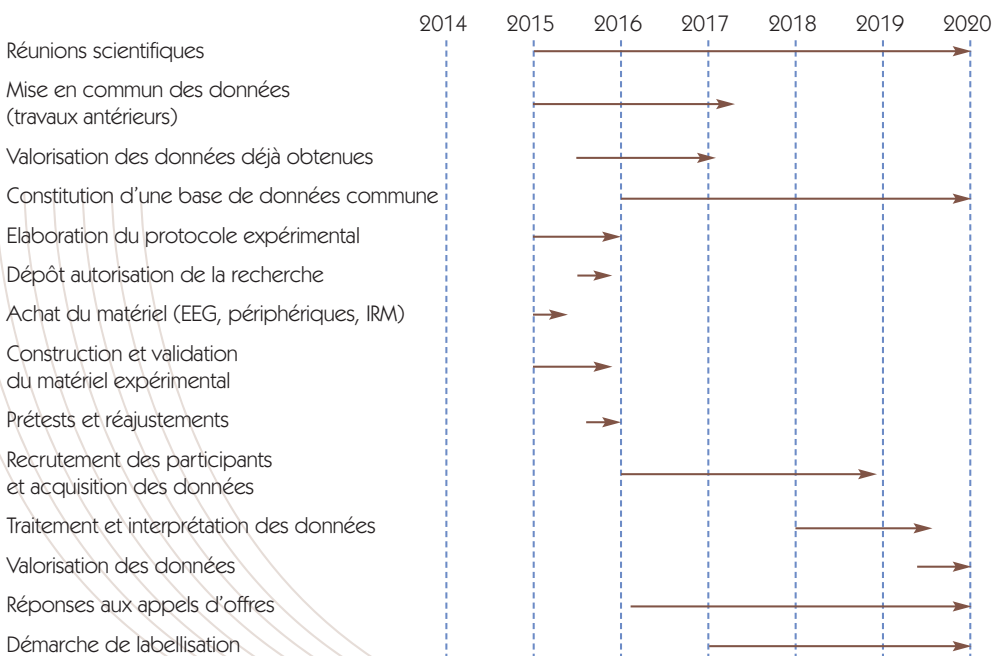
A la suite d'échanges scientifiques ayant débutés en 2014 qui visaient à rassembler et faire interagir les différentes équipes, les membres du PHU ont amorcé la partie expérimentale inscrite au calendrier. Plus précisément, ils élaborent actuellement les protocoles de recherche qui seront réalisés au cours des cinq années de vie du PHU. Un premier groupe de travail est en charge de tester l'hypothèse d'un retard développemental des « Théories de l'Esprit » chez des enfants nés prématurément. Des pathologies telles que les dyspraxies et le trouble d'acquisition de la coordination, ainsi que les troubles envahissants du développement seront également abordés par ce groupe de travail.

Un groupe de travail a également été constitué chez l'adulte, scindé en sous-groupes selon les pathologies étudiées (schizophrénie, trouble bipolaire, addictions). Les anomalies neurofonctionnelles en rapport avec des perturbations des cognitions sociales seront explorées dans ces pathologies grâce à l'utilisation de l'IRM fonctionnelle et de l'EEG.

Outre la valorisation à terme des données scientifiques, le PHU Ndev-X a déjà clairement montré son intérêt en favorisant l'émergence d'une dynamique de recherche fédératrice entre le CHU et l'URCA dans le domaine des sciences cognitives.

## Calendrier

Les grandes étapes du PHU sous forme d'un calendrier précis figurent ci-dessous :



### Indicateurs de suivi :

Plusieurs indicateurs seront utilisés pour évaluer annuellement le PHU.

Ceux inscrits dans le contrat liant l'équipe de recherche avec le CHU et l'URCA sont les suivants :

- ✓ Mise en place du Comité d'Animation, fréquence des réunions et participation effective des différentes composantes du PHU.
- ✓ Nombre de rencontres scientifiques portant sur la thématique du PHU
- ✓ Constitution et évolution de la base de données expérimentales
- ✓ Dépôts des demandes d'autorisation de recherche
- ✓ Nombre d'inclusions de sujets participant aux recherches
- ✓ Publications et communications issues du PHU.



**Promoteur** / Direction des Soins  
Pôle Recherche

**OBJECTIFS :**

- Structurer la gouvernance autour de la recherche paramédicale
- Développer la culture de la recherche paramédicale
- Favoriser le développement de projet de recherche, de communication (orale et écrite) au sein des collectifs paramédicaux de l'établissement
- Mettre en place une offre de formation autour de la recherche paramédicale en partenariat avec l'Université et l'Institut Régional de Formation

## PLANS D'ACTIONS

La recherche paramédicale qui à l'origine s'est développée dans le domaine des soins infirmiers dans les années 1950 outre Atlantique, s'est structurée en France afin de permettre en 2010 la formalisation d'appels à projet portés par le Ministère de la Santé.

Le développement de la recherche paramédicale au CHU de Reims permet d'enrichir les pratiques professionnelles, de fédérer des énergies autour de la prise en charge des patients tout en répondant à la dimension universitaire de l'établissement.

### Objectif 1 : Structurer la gouvernance autour de la recherche paramédicale au CHU de Reims

Le déploiement de la politique de développement de la recherche paramédicale s'appuie sur la mise en place du dispositif suivant :

- > Mettre en place une sous-commission de la CSIRMT permettant le pilotage de la politique de la recherche paramédicale
- > Proposer à un représentant médical, un directeur des soins de formation et à des professionnels soignant souhaitant s'investir dans ce domaine d'intégrer cette sous-commission.
- > Nommer deux coordonnateurs paramédicaux cadre supérieurs de santé portant la démarche au sein de l'institution et participant à la sous-commission de la CSIRMT
- > Permettre aux deux coordonnateurs de la recherche paramédicale au CHU d'intégrer le GIRCI EST et le groupe national des coordonnateurs de la recherche paramédicale des CHU.
- > Travailler en lien avec le Pôle Recherche du CHU de Reims
- > Assurer une présentation de cette organisation en réunion de cadres supérieurs et en assemblée générale des cadres.

- > Envisager un temps dédié de Cadre Supérieur de Santé, coordonnateur de la recherche paramédicale, afin de poursuivre le pilotage de ce projet (en 2017 / 2018 et selon l'avancée du projet) et d'ancrer la recherche paramédicale durablement.

### Objectif 2 : Développer la culture de la recherche paramédicale

- > Mettre en place des groupes de travail sur des thématiques permettant de développer la culture recherche (ateliers de lecture critique d'articles, groupe de perfectionnement en anglais...)
- > Recenser et diffuser à fréquence régulière les appels à projets nationaux concernant les paramédicaux
- > Organiser au CHU de Reims, des journées de travail, congrès régionaux autour de cette thématique
- > Formaliser des partenariats avec les CHU de la future grande région mais aussi avec d'autres CHU.

### Objectif 3 : Favoriser le développement de projets de recherche et d'une communication (orales et écrites) au sein des collectifs paramédicaux de l'établissement

- > Assurer une communication intra-CHU orale et écrite sur la recherche paramédicale (site internet du CHU, revue Connexion)
- > Favoriser les lectures professionnelles en proposant en lien avec le centre de documentation des mises à disposition d'articles ou revues sélectionnés pour leurs intérêts professionnels
- > Développer la publication d'articles professionnels
- > Renforcer les participations à des congrès ou journées d'enseignements en lien avec cette thématique.

#### Objectif 4 : Mettre en place une offre de formation autour de la recherche paramédicale en partenariat avec l'Université et l'Institut Régional de Formation.

- > Proposer en lien avec l'IFCS une formation à la recherche paramédicale

- > Favoriser les formations diplômantes universitaires
- > Travailler en partenariat avec le pôle recherche afin de créer un groupe d'appui méthodologique pour accompagner la maturation des projets de recherche.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Pôle Recherche

### PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- T. Brugeat, Coordonnateur des soins
- J. Léonard, Directrice des soins
- D. Camonin, Cadre Supérieur de Santé et coordinatrice de la recherche paramédicale
- S. Khaznadj, Cadre Supérieur de Santé et coordinatrice de la recherche paramédicale
- Membres de la sous-commission recherche paramédicale

### INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Abonnements à des revues professionnelles à l'attention des soignants et des cadres
- A terme dégager une quotité temps de Cadre Supérieur de Santé dédiée à la recherche paramédicale si les objectifs posés sont réalisés.

### CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016**
- **Objectif 2 : 2016-2018**
- **Objectif 3 : 2016-2020**
- **Objectif 4 : 2016-2018**

### INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**
  - Date de mise en place de la sous-commission recherche paramédicale de la CSIRMT
  - Désignation des deux coordonnateurs de la recherche paramédicale
  - Présentation en Assemblée Générale des Cadres et réunion des Cadres Supérieurs de Santé de la structuration de cette gouvernance
- **Objectif 2 :**
  - Date de mise en place des groupes de travail thématique
  - Nombre de diffusion des appels à projets annuellement
  - Nombre de temps de travail ou congrès organisé sur le CHU de Reims autour de cette thématique
  - Nombre de réunions de travail au sein de l'inter-région
- **Objectif 3 :**
  - Rendre lisible sur le site internet et au sein de la revue intra-CHU les actions en terme de recherche paramédicale
  - Nombre de publications dans des revues professionnelles
  - Nombre de participations à des congrès
- **Objectif 4 :**
  - Date de mise en place d'une formation centrée sur la recherche paramédicale en lien avec l'IFCS
  - Nombre de soignants et cadres s'engageant dans une formation universitaire en recherche paramédicale
  - Date de mise en place du groupe d'appui méthodologique.



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS

# PROJET D'ÉTABLISSEMENT

2016 - 2020

Projet social





Introduction .....	217
<b>Partie I : Moderniser les relations sociales : créer un contexte favorable à l'expression des besoins des professionnels et développer des valeurs sociales partagées.....</b>	<b>219</b>
<b>Axe 1 : Améliorer l'accueil et l'intégration du personnel.....</b>	<b>219</b>
- Proposer une documentation adaptée à l'accueil des professionnels (Fiche 1) .....	221
- Renouveler les journées d'accueil du personnel (Fiche 2).....	222
- Créer des journées d'échanges entre les différents métiers (Fiche 3).....	223
<b>Axe 2 : Favoriser la diffusion de l'information et la communication au sein de l'établissement.....</b>	<b>225</b>
- Promouvoir l'information et la communication auprès des professionnels (Fiche 4).....	227
- Valoriser des points d'information à destination des professionnels (Fiche 5).....	229
- Promouvoir la participation des professionnels à la vie de l'établissement (Fiche 6).....	231
<b>Axe 3 : Accompagner les Pôles dans le développement d'une politique sociale durable .....</b>	<b>233</b>
- Structurer les relations sociales avec et au sein des Pôles (Fiche 7).....	235
- Améliorer la communication au sein des Pôles (Fiche 8).....	236
<b>Axe 4 : Améliorer la qualité de vie au travail.....</b>	<b>237</b>
- Faciliter l'exercice professionnel des agents : développer l'action sociale (Fiche 9).....	239
- Engager la mise en œuvre d'un plan de déplacement de l'établissement (PDE) (Fiche 10).....	241
- Mettre à disposition des professionnels un service de conciergerie (Fiche 11).....	243
- Mettre en place des journées de formation thématiques (Fiche 12).....	244
<b>Partie II :</b>	
<b>Sécuriser les environnements de travail et les parcours professionnels des agents, dans le cadre d'une politique d'amélioration continue de la qualité de vie au travail .....</b>	<b>245</b>
<b>Axe 1 : Développer le dialogue social et favoriser l'innovation sociale.....</b>	<b>245</b>
- Développer la méthode expérimentale dans la gestion des ressources humaines (Fiche 13) .....	247
- Mieux structurer le rôle du CHSCT dans la définition de la politique de prévention et de gestion des risques professionnels (Fiche 14) .....	248
<b>Axe 2 : Sécuriser les environnements et les conditions de travail .....</b>	<b>249</b>
- Plan de prévention et de lutte contre les risques psycho-sociaux (RPS) (Fiche 15).....	251
- Plan de prévention relatif aux troubles musculo-squelettiques (TMS) (Fiche 16).....	253
- Plan de prévention des risques liés aux accidents d'exposition au sang (AES) (Fiche 17) .....	255
<b>Axe 3 : Développer une politique de maintien dans l'emploi et d'aide au retour à l'emploi.....</b>	<b>257</b>
- Structuration du dispositif de gestion du maintien dans l'emploi (Fiche 18).....	259
- Mise en place d'un accompagnement et d'un suivi individualisés dans le cadre du maintien dans l'emploi (Fiche 19).....	261
- Information, sensibilisation et formation sur le handicap au travail (Fiche 20).....	262
<b>Partie III : Renforcer la communauté médicale en donnant des perspectives aux jeunes praticiens.....</b>	<b>263</b>
<b>Axe 1 : Améliorer le parcours des jeunes praticiens .....</b>	<b>263</b>
- Application de la charte d'accueil et de formation des internes (Fiche 21) .....	265
- Poursuite du travail de la commission des postes (Fiche 22) .....	266
- Mise en place d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences territoriales en lien avec les UFR (Fiche 23) .....	267
- Création de fiches individuelles « perspectives de carrières » (Fiche 24) .....	268
<b>Axe 2 : Créer de nouveaux moyens de communication pour la communauté médicale .....</b>	<b>269</b>
- Mise en place d'assemblées de la communauté médicale (Fiche 25) .....	271
- Création d'une lettre d'information pour l'ensemble de la communauté médicale (Fiche 26) .....	272



## Introduction

Le nouveau projet social du CHU de REIMS intervient dans un contexte d'évolutions importantes tant de la structure de l'établissement que de son mode de gestion. Ces évolutions intéressent l'ensemble des professionnels médicaux et non médicaux, dont le cœur de métier est d'assurer le fonctionnement au quotidien de l'hôpital. Il s'intègre au Projet d'établissement définissant les priorités pour l'institution à horizon 2020. Les actions décrites viennent en appui de ces projets et visent à répondre à des préoccupations identifiées dans la gestion des ressources humaines.

Réforme structurante, la mise en place des Pôles a largement contribué à la modernisation de la vie et du fonctionnement des services. Depuis 2009, l'établissement s'est engagé dans un processus de contractualisation interne afin de favoriser l'association et la responsabilisation des équipes médicales et paramédicales à la gestion hospitalière. A ce titre, le contrat de Pôle participe à la recherche des différentes dimensions de la performance de l'organisation hospitalière. En matière de ressources humaines, il contribue notamment à l'optimisation des moyens alloués par l'intermédiaire d'objectifs d'activité. A ces objectifs, définis de manière concertée, sont associés des moyens et des modalités de suivi mis à la disposition du Pôle.

Ces évolutions ont des conséquences directes en matière de politique sociale, de nouveaux gestionnaires de ressources humaines étant identifiés. Il est alors important pour assurer une déconcentration opérationnelle au sein des Pôles de veiller à définir précisément les rôles de chacun des acteurs, les procédures et règles de gestion applicables en apportant à tous les outils de management.

Le Pôle favorise la mobilité des professionnels et le développement des compétences dans différents domaines. Il favorise également l'intégration des filières de soins et la fluidité du parcours du patient. L'appropriation de la réforme par l'ensemble des professionnels de l'établissement constitue une priorité du nouveau Projet social. Le Pôle s'impose ainsi comme un champ d'action incontournable de la politique de gestion des ressources humaines mais également comme un interlocuteur à part entière dans le cadre du dialogue social.

Le CHU de Reims doit intégrer des contraintes externes croissantes, notamment financières, qui ont un impact sur son mode de gestion interne. Ces efforts permettront au CHU de financer ses ambitions, ses projets et ses investissements tel que décrits dans ce projet d'établissement. Ces mesures impactent particulièrement le personnel qui doit faire face à des changements d'organisation et de fonctionnement.

L'accompagnement des professionnels dans l'appropriation du changement doit impérativement être défini au niveau institutionnel mais également au niveau des Pôles, afin de favoriser le recueil et l'expression des besoins et des attentes des personnels, dans une optique d'amélioration continue des conditions de travail. Une attention particulière doit également être portée au développement d'une politique structurée de prévention des risques professionnels.

Ces enjeux institutionnels d'organisation et de fonctionnement viennent se superposer aux problématiques individuelles d'adaptation à l'emploi et d'employabilité des personnels. Plus largement cela concerne les projets personnels de l'ensemble des professionnels de l'institution, ainsi que la conciliation entre leur vie à l'hôpital et en dehors de celui-ci. L'organisation des activités hospitalières dans toutes leurs spécificités nécessite de mettre en place une politique de durabilité des ressources humaines et des compétences. A cet égard, deux axes de travail se dégagent :

- > Le développement des compétences des personnels pour leur permettre de s'adapter à un contexte technique fortement évolutif et de s'approprier les nouvelles formes de prise en charge. Un travail actif de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences doit permettre de cibler les besoins de l'institution et de planifier les besoins en formation correspondant pour les professionnels désireux de s'investir dans ces missions.
- > L'adaptation et le maintien dans l'emploi des professionnels nécessitent de structurer une réflexion intégrant l'ensemble des acteurs intervenant dans le processus de gestion de l'inaptitude, et d'accompagner le professionnel dans la définition de cette nouvelle carrière.



De manière générale, le principe de maintien de l'employabilité des professionnels se confond avec la politique de formation mais également avec la politique de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Les actions doivent conduire l'établissement vers une analyse poste par poste des risques professionnels associés, ce qui permettra d'avoir une plus grande visibilité, notamment sur le type de postes susceptibles d'être proposés aux professionnels en situation d'inaptitude.

Plus largement, l'enjeu pour le CHU de Reims dans les cinq ans à venir, consiste à animer cette nouvelle structure, issue de la mise en place des Pôles, sur la base de valeurs sociales partagées. Le développement d'une politique de développement durable des ressources humaines est un impératif pour la pérennisation des activités du CHU et l'employabilité des professionnels afin d'assurer une prise en charge de qualité, dans des conditions optimales de sécurité.

Ainsi, la gestion des ressources humaines doit favoriser une meilleure prise en compte des besoins et des attentes des personnels mais également des gestionnaires de ressources humaines au sein de l'institution. Promouvoir la qualité de vie au travail dans sa globalité, traduit un engagement collectif de la Direction générale, des partenaires sociaux, des professionnels et de l'ensemble des gestionnaires des ressources humaines. Cela revient à considérer le bien-être au travail des professionnels comme le facteur clé de la durabilité des ressources humaines, de la qualité de la prise en charge du patient.

Le présent projet social permet de décliner ces objectifs de manière opérationnelle à partir de trois orientations majeures :

◆ **PARTIE I : Moderniser les relations sociales : créer un contexte favorable à l'expression des besoins de l'ensemble des professionnels et développer des valeurs sociales partagées.**

Cette première partie se décline en quatre axes :

- > **Axe 1** : Améliorer l'accueil et l'intégration du personnel
- > **Axe 2** : Favoriser la diffusion de l'information et la communication au sein de l'établissement
- > **Axe 3** : Accompagner les Pôles dans le développement d'une politique sociale durable
- > **Axe 4** : Améliorer la qualité de vie au travail

◆ **PARTIE II : Sécuriser les environnements de travail et les parcours professionnels des agents, dans le cadre d'une politique d'amélioration continue de la qualité de vie au travail.**

Cette seconde partie se décline en trois axes :

- > **Axe 1** : Développer le dialogue social et favoriser l'innovation sociale
- > **Axe 2** : Sécuriser les environnements et les conditions de travail
- > **Axe 3** : Développer une politique de maintien dans l'emploi et d'aide au retour d'emploi

◆ **PARTIE II : Renforcer la communauté médicale en donnant des perspectives aux jeunes praticiens.**

Cette troisième partie se décline en deux axes :

- > **Axe 1** : Améliorer le parcours des jeunes praticiens
- > **Axe 2** : Créer de nouveaux moyens de communication pour la communauté médicale

Un Projet managérial complète le Projet social afin de mettre à disposition les outils managériaux nécessaires à la déclinaison et à la mise en œuvre des objectifs retenus dans le Projet d'établissement.

## Partie I : Moderniser les relations sociales : créer un contexte favorable à l'expression des besoins des professionnels et développer des valeurs sociales partagées

L'accueil et l'intégration du personnel constituent les éléments clés du premier axe du projet social. En effet, ces éléments représentent une étape importante dans le parcours des professionnels, qui semble aujourd'hui pouvoir encore être améliorée. Les actions décrites concernent autant le personnel non médical que le personnel médical, avec l'objectif d'avoir une approche commune pour ces différentes catégories, un socle de valeurs à communiquer, auquel s'ajoutent des spécificités, compte tenu du statut par exemple.

Le livret d'accueil constitue un outil d'accueil important. Il doit être conçu comme un guide usuel accompagnant les professionnels dans les démarches à accomplir, leur donnant des éléments de repères utiles à leur exercice, et véhiculant des valeurs à partager.

L'intégration passe également par une journée d'accueil pour les différentes catégories professionnelles. Ces journées permettent de proposer un certain nombre de formations, d'humaniser l'accueil, et peuvent favoriser l'émergence de liens entre les personnes contribuant au fonctionnement de l'établissement, et à la bonne prise en charge des patients.

De façon un peu plus expérimentale, la troisième thématique retenue au titre de l'amélioration de l'accueil et de l'intégration porte sur la formalisation d'échanges entre les différents métiers du CHU, afin d'améliorer pour chacun la connaissance du travail des autres professionnels. En partie symbolique, cette action révèle la dynamique collective qui transparait dans ce Projet social, unissant notamment le personnel médical et le personnel non médical, en portant les valeurs de l'établissement.



Promoteur / Pôle Ressources Humaines - Organisation des Soins - Formation - Relations Sociales  
Direction des Affaires Médicales

**OBJECTIFS :**

- Créer un nouveau livret d'accueil du personnel
- Apporter au personnel les éléments importants concernant leur statut
- Faciliter l'intégration des professionnels

## PLANS D' ACTIONS

### Objectif 1 : Créer un nouveau livret d'accueil du personnel

Cet outil, qui n'a pas fait l'objet d'une mise à jour régulière, a pour but de rassembler dans un document unique et didactique l'ensemble des informations nécessaires à la bonne compréhension du fonctionnement de l'établissement (instances, organisation en Pôles, fonctions logistiques, droits et devoirs de l'agent public, informations pratiques, règlement intérieur et chartes, prévention des risques professionnels...). Ce livret permettra également de recenser l'ensemble des activités proposées par l'établissement afin que chaque professionnel puisse avoir une connaissance globale voire exhaustive de l'établissement. Il s'agira d'un livret unique pour le personnel médical et non médical, auquel des annexes pourront être ajoutées.

### Objectif 2 : Apporter au personnel les éléments importants concernant leur statut

Un livret plus spécifique sera distribué aux professionnels en fonction de leur statut afin de leur apporter des informations spécifiques sur leurs droits et leurs obligations découlant de leur statut. Aujourd'hui, les professionnels se fient à des informations erronées trouvées notamment sur internet ou ignorent des dispositions qui pourraient leur être utiles.

### Objectif 3 : Faciliter l'intégration des professionnels

Une réflexion est en cours, visant à faciliter l'intégration des professionnels. Cet axe de travail concerne notamment les professionnels qui ne sont pas originaires de la région et à qui des éléments pourraient être communiqués afin de faciliter leur arrivée. Par ailleurs les modalités pratiques d'intégration (tenues, parking, self, etc.) feront l'objet d'une attention particulière ainsi que l'accueil au sein des structures internes.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Pôle Ressources Humaines - Organisation des soins - Formation - Relations Sociales - Direction des Affaires Médicales.

### PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Direction de la Communication
- Pôle Ressources Humaines – Formation – Relations Sociales
- Direction des Affaires Médicales

### INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Coût de la reprographie des livrets d'accueil du personnel

### CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2016
- Objectif 2 : 2017
- Objectif 3 : 2016-2020

### INDICATEURS DE SUIVI

- Objectif 1 :  
Nombre d'exemplaires des supports d'information diffusés
- Objectif 2 :  
Résultats du questionnaire de satisfaction qualitatif
- Objectif 3 :  
Évolution du taux de turn-over;

**Promoteur** / Pôle Ressources Humaines - Organisation des Soins - Formation - Relations Sociales  
Direction des Affaires Médicales

**OBJECTIFS** :

- Renouveler et enrichir le format de la journée d'accueil des nouveaux recrutés
- Valoriser l'accueil des nouveaux arrivants au sein de leur service et dans l'institution
- Créer des temps d'échanges avec le personnel médical et entre «promotions»

### ● PLANS D' ACTIONS

#### Objectif 1 : Renouveler et enrichir le format de la journée d'accueil des nouveaux recrutés

Les journées d'accueil représentent un moment important pour l'intégration des professionnels. Il s'agit d'une occasion de faire passer des messages concernant tant l'exercice professionnel que les projets de l'établissement et les valeurs qu'il porte. Le format de la journée sera retravaillé afin d'être plus dynamique et interactif (projection du film d'accueil, réorganisation des différentes interventions...). Une photographie de groupe sera réalisée en fin de journée pour une diffusion dans la rubrique «nouveaux recrutés» du site intranet.

#### Objectif 2 : Valoriser l'accueil des nouveaux arrivants au sein de leur service et au sein dans l'institution

Un accueil sera organisé et personnalisé pour les nouveaux recrutés. Une communication plus large

sur les profils des nouveaux arrivants, leur formation et leurs missions sera mise en place pour certaines fonctions. Cela pourra être effectif grâce à l'utilisation du site intranet ou de la revue interne du CHU.

#### Objectif 3 : Créer des temps d'échanges avec le personnel médical et entre «promotions»

Le déroulement de carrière des praticiens suit un cheminement particulier à la suite de l'internat, dont certaines étapes sont importantes.

Aujourd'hui, ces évolutions se font sans réelle solennité. Les journées d'accueil permettraient de créer sur des temps informels (petit-déjeuner, apéritif...) un moment chaleureux d'échange avec les plus jeunes praticiens, tant avec la CME qu'avec l'équipe de Direction. Pour certains statuts comme celui d'assistant spécialiste à temps partagé, il serait important de pouvoir provoquer des échanges entre «promotions», afin de pouvoir faire bénéficier aux plus jeunes de l'expérience des promotions précédentes.

### ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

CME, partenaires extérieurs.

### ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Direction des Affaires Médicales
- Pôle Ressources Humaines (DRH)

### ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Coût des collations

### ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2016
- Objectif 2 : 2016-2020
- Objectif 3 : 2016

### ● INDICATEURS DE SUIVI

- Objectif 1 :  
Nombre d'exemplaires des supports d'information diffusés
- Objectif 2 :  
Résultats du questionnaire de satisfaction qualitatif
- Objectif 3 : Taux de participation aux journées.

Promoteur / Pôle Ressources Humaines - Organisation des Soins - Formation - Relations Sociales  
Direction des Affaires Médicales

**OBJECTIFS :** - Permettre aux professionnels du CHU de mieux connaître les métiers de leurs collaborateurs  
- Contribuer à améliorer la qualité de vie au travail de chaque professionnel du CHU

## PLANS D'ACTIONS

### Objectif 1 : Permettre aux professionnels du CHU de mieux connaître les métiers de leurs collaborateurs

Le constat aujourd'hui est largement partagé d'un manque de connaissances des fonctions des différents professionnels au sein de l'établissement. Cette méconnaissance constitue un blocage de fond au développement d'un environnement de travail favorable. Il est envisagé de créer des journées d'échanges entre professionnels volontaires afin de permettre à chacun de mieux connaître le quotidien d'autres professions. Un appel à candidatures sera diffusé pour connaître les volontaires souhaitant s'associer à la démarche, et les professions qu'ils souhaiteraient découvrir ou mieux connaître. Sur ces bases, des journées d'échanges seront programmées, dont le contenu sera adapté aux attentes exprimées.

### Objectif 2 : Contribuer à améliorer la qualité de vie au travail de chaque professionnel du CHU

Les difficultés quotidiennes sont parfois liées à des défauts de communication que des échanges entre professionnels peuvent résoudre en favorisant la communication et l'intercompréhension. Anecdотiques en apparence, ces journées d'échanges peuvent contribuer à améliorer la qualité de vie au travail et le dialogue au sein de l'établissement.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

CME

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Direction des Affaires Médicales
- Pôle Ressources Humaines (DRH - DSIRMT)

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2016-2020
- Objectif 2 : 2016-2020

## INDICATEURS DE SUIVI

- Objectif 1 :  
Nombre de participants
- Objectif 2 :  
Questionnaires de satisfaction.





## Partie I : Moderniser les relations sociales : créer un contexte favorable à l'expression des besoins des professionnels et développer des valeurs sociales partagées

Le volet communication du Projet social du CHU de Reims a pour ambition de créer une culture commune au sein de l'établissement et de développer le sentiment d'appartenance au CHU en tant qu'institution. Cette volonté passe par le déploiement d'actions diversifiées - création d'outils, mise en place d'événements, transmission de compétences, conseil personnalisé... - en matière de communication interne comme de communication externe.

Le volet communication interne entend avant tout améliorer l'information des professionnels sur leur établissement, les initiatives et les projets qui l'animent, les compétences qui le font vivre. Il s'agit de faire connaître mais aussi de faire comprendre les évolutions marquantes dans l'établissement en explicitant la politique institutionnelle d'une part, en rendant accessibles très simplement toutes les informations pratiques d'autre part.

Cela passe par la valorisation de toutes les actions portées par l'institution et de toutes les initiatives reconnues et développées par des membres du personnel de l'établissement. Les principaux outils de cette valorisation sont la revue Connexion, l'Intranet de l'établissement mais aussi plusieurs supports spécialisés comme le rapport annuel d'activité qui met l'accent sur des activités tant médicales que soignantes, logistiques et administratives du CHU, sous forme d'articles richement illustrés.

Durant les cinq années à venir, ces outils seront renforcés et améliorés pour donner la parole à un nombre d'acteurs de plus en plus important et diversifié. La participation des professionnels, quelle que soit leur affectation, à la gestion de ces outils (Intranet, newsletters) sera recherchée et valorisée.

Un espace d'information exclusivement réservé au personnel sera mis en place au self du personnel du site central, permettant l'organisation de séances interactives sur des thématiques qui touchent les professionnels (formation continue, utilisation de l'Intranet, qualité, etc.).

Le nouveau projet social du CHU a également pour ambition l'amélioration de la circulation de l'information à tous les échelons de l'établissement. A travers le renforcement et la valorisation des travaux de la Commission Communication de la Commission Médicale d'Etablissement, qui rassemble des représentants de l'ensemble des Pôles du CHU, il sera recherché un rapprochement entre l'ensemble des acteurs médicaux, soignants, logistiques et administratifs afin de créer une véritable cohésion et une plus grande cohérence dans les différents projets de communication, internes comme externes. L'optimisation des outils de communication interne sera également recherchée en vue notamment de maintenir et renforcer la qualité du dialogue social au sein de l'établissement.



Promoteur / Pôle Ressources Humaines - Organisation des Soins - Formation - Relations Sociales  
Direction des Affaires Médicales

- OBJECTIFS :**
- Améliorer l'accessibilité, la lisibilité et la fonctionnalité du site Intranet de l'établissement
  - Développer et partager un contenu relatif aux ressources humaines (carrière, formations, etc.) et aux droits sociaux (protection sociale)
  - Faciliter l'accès aux documents de référence (protocoles, procédures, etc.) de l'établissement
  - Développer de nouveaux outils de communication à destination des professionnels

## PLANS D'ACTIONS

### Objectif 1 : Améliorer l'accessibilité, la lisibilité et la fonctionnalité du site Intranet de l'établissement

L'intranet constitue un élément important de communication auprès des professionnels pour notre institution. A ce titre, sa lisibilité et sa fonctionnalité vont être améliorées en lien avec la Direction de la Communication. Des enquêtes et des sondages sur des points spécifiques pourront y être proposés. Des contacts seront également pris avec chacun des pôles médicaux et administratifs pour développer le contenu de leurs rubriques respectives.

### Objectif 2 : Développer et partager un contenu relatif aux ressources humaines (carrière, formations, etc.) et aux droits sociaux (protection sociale)

Il s'agit de mettre facilement à disposition du personnel médical et non médical les éléments pouvant leur faciliter certaines démarches, leur apporter des informations ou leur expliquer des démarches.

### Objectif 3 : Faciliter l'accès aux documents de référence (protocoles, procédures, etc.) de l'établissement

La GED (Gestion Électronique de Documents) constitue un espace de stockage et de classement des documents de référence pour l'établissement. Son accès doit être facilité afin de pouvoir en faire un site de référence pour les professionnels. Il conviendra de renforcer les liens entre Intranet et la GED pour optimiser les contenus tout en conservant les spécificités de chaque outil (rédactionnel de l'intranet, expertise documentaire de la GED), et de rendre plus performante la recherche par mots-clés dans la GED par une révision de la classification des contenus.

### Objectif 4 : Développer de nouveaux outils de communication à destination des professionnels

Il apparaît qu'une communication plus ciblée pourrait être mise en place à destination des professionnels. A ce titre, une lettre d'information pour le personnel médical sera élaborée en lien avec la CME. L'objectif consiste à apporter des informations sélectionnées permettant de tenir les professionnels informés des projets en cours de réalisation et des choix stratégiques du CHU.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Direction des Affaires Médicales, Pôle Ressources Humaines-Formation-Relations Sociales, Comité Editorial, Direction Qualité-Gestion des Risques.

---

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Direction de la Communication

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Manifestations ponctuelles
- Recours à un prestataire extérieur le cas échéant

---

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2016-2020
- Objectif 2 : 2017
- Objectif 3 : 2016-2018
- Objectif 4 : 2019

## ● INDICATEURS DE SUIVI

- Objectif 1 :  
Bilan annuel des travaux du Comité éditorial
- Objectif 2 :  
Enquête de satisfaction auprès des utilisateurs (questionnaire en ligne)
- Objectif 3 :  
Enquête de satisfaction auprès des utilisateurs
- Objectif 4 :  
Nombre de newsletters développées et nombre annuel d'envois pour chaque newsletter.

Promoteur / Pôle Ressources Humaines - Organisation des Soins - Formation - Relations Sociales  
Direction des Affaires Médicales

- OBJECTIFS :**
- Développer la communication interne
  - Mettre à la disposition de l'ensemble des agents du CHU un ensemble d'informations utiles relatives à la vie de l'établissement (événementiels, informations qualité, publications de postes, formation continue, restauration, etc.)
  - Organiser des séances d'information et de formation rapides, conviviales et ouvertes à tous

## PLANS D'ACTIONS

### Objectif 1 : Développer la communication interne

Il convient de centraliser et valider des documents à diffuser sur le Point Info Self (mise en place de circuits de suivi, mise à jour et réapprovisionnement des documents). De plus, la mise en œuvre d'un calendrier d'interventions des différents services et directions souhaitant communiquer via le Point Info Self grâce à des interventions. En parallèle, le développement d'écrans digitaux de communication dynamique au sein de l'établissement sera favorisé.

### Objectif 2 : Mettre à la disposition de l'ensemble des professionnels du CHU un ensemble d'informations utiles relatives à la vie de l'établissement

Un plan de communication relatif au Point Info Self sera élaboré et mis en œuvre en utilisant l'ensemble des autres moyens de communication interne du CHU (Intranet, newsletter, mailing à destination des cadres de santé et de l'ensemble des directeurs de l'établissement pour information de leurs équipes).

### Objectif 3 : Organiser des séances d'information et de formation rapides, conviviales et ouvertes

Des outils d'évaluation des actions d'information seront mis en place et des formations menées sur le Point Info Self et réajustements des interventions si besoin.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Direction des Systèmes d'Information et Télécommunications, Direction des Ressources Humaines, Direction des Affaires Médicales, Direction Qualité-Gestion des Risques.

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Direction de la Communication

## INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Porte-documents, porte-revues, panneaux d'affichage (montants à évaluer)
- Achat d'écrans d'information dynamique

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2016-2020
- Objectif 2 : 2016-2020
- Objectif 2 : 2017

## INDICATEURS DE SUIVI

- Objectif 1 :  
Nombre de supports de communications digitaux
- Objectif 2 :  
Actions de communication
- Objectif 3 :  
Nombre de participants.



Promoteur / Pôle Ressources Humaines - Organisation des Soins - Formation - Relations Sociales  
Direction des Affaires Médicales

- OBJECTIFS :**
- Développer les évènements thématiques
  - Renforcer la participation des professionnels dans les différents comités liés à la communication interne et externe
  - Réaliser un support visuel et promotionnel de l'établissement
  - Développer des journées thématiques santé réalisées avec les services de soins

## PLANS D'ACTIONS

### Objectif 1 : Développer les évènements thématiques

Initiée en 2011, la Semaine du bien-être du CHU se distingue comme étant un événement réalisé par des professionnels de l'établissement pour l'ensemble des professionnels de l'établissement. Chaque année, la mobilisation s'élargit à de nouveaux secteurs (formateurs de l'Institut Régional de Formation, médecins, cadres de santé, infirmiers de plusieurs disciplines, secrétaires médicales, ergonomes, diététiciennes, kinésithérapeutes, agents des ressources humaines, assistante sociale, etc.). Ce temps permet aux différents professionnels impliqués de faire connaître leur fonction et leurs missions, de présenter leurs formations, d'échanger avec leurs collègues lors d'un rassemblement convivial, dédié à la valorisation du bien-être au travail de chaque professionnel. Cet événement sera pérennisé et développé sur l'ensemble des sites du CHU (EHPAD, Pôle logistique...). Le recrutement d'agents volontaires sera poursuivi et valorisé sur les différents supports de communication du CHU.

### Objectif 2 : Renforcer la participation des professionnels dans les différents comités liés à la communication interne et externe

Plusieurs comités sont ouverts à la participation des professionnels. L'appel au volontariat sera renouvelé via l'ensemble des supports de communication de l'établissement (Intranet, revue interne, mailing encadrement) et une pluridisciplinarité sera recherchée. Le travail et les décisions de ces comités seront valorisés sur les différents supports de communication du CHU.

### Objectif 3 : Réaliser un support visuel et promotionnel de l'établissement

Afin de renforcer la culture d'établissement et le sentiment d'appartenance, il sera proposé aux professionnels du CHU de participer à un projet vidéo. Il s'agit pour les participants de décrire en quelques minutes «face caméra» ce que représente pour eux leur établissement (un souvenir marquant, une atmosphère particulière, un parcours, etc.). Le lancement est prévu lors de la cérémonie de remise des médailles du personnel. Le dispositif vidéo est mobile : il pourra donc ensuite être implanté sur chaque site du CHU à différents moments forts (semaine du bien-être, portes ouvertes, etc.) ou à la demande de des professionnels au cœur même des services.

L'ensemble des témoignages sera monté en un film de promotion de l'établissement qui pourra servir au recrutement ou simplement à la valorisation. Un support écrit pourra également être tiré de ces témoignages pour diffusion interne et externe.

### Objectif 4 : Développer des journées thématiques santé réalisées avec les services de soins

Tous les services qui le souhaitent peuvent solliciter la Direction de la Communication pour l'organisation de journées de promotion de la santé. Une campagne de communication sera menée sur les dates des journées nationales ou mondiales dont le CHU pourrait se faire l'écho afin de susciter de nouveaux rendez-vous. La Direction de la Communication cherchera également à développer des journées transversales (autour de la cancérologie par exemple ou des maladies cardio-vasculaires...). La participation des professionnels sera valorisée sur l'ensemble des supports de communication de l'établissement.



---

## ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Ensemble des Pôles de l'établissement

---

### ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Direction de la Communication

---

### ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2016-2020
- Objectif 2 : 2016-2020
- Objectif 3 : 2016
- Objectif 4 : 2016-2020

### ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Supports film d'établissement (à évaluer)
- Supports journées santé (à évaluer)

---

### ● INDICATEURS DE SUIVI

- Objectif 1 :  
Nombre d'agents mobilisés / participation des agents du CHU
- Objectif 2 :  
Nombre d'agents participant à chaque comité par typologie
- Objectif 3 :  
Réalisation d'un film
- Objectif 4 :  
Nombre de journées thématiques santé organisées à l'année et nombre de services impliqués.

## Partie I : Moderniser les relations sociales : créer un contexte favorable à l'expression des besoins des professionnels et développer des valeurs sociales partagées

Le Pôle est une entité de gestion et d'organisation de l'offre de soins. Il doit permettre de porter des projets transversaux en fédérant les différents acteurs et de décloisonner l'organisation par une meilleure coordination des actions au service des patients grâce notamment à une utilisation partagée des moyens.

Un mouvement général de déconcentration d'actes de gestion dans les Pôles a été initié dès 2009, afin de privilégier la gestion de proximité des ressources. Parallèlement, la DRH et la DSIRMT développent des missions d'assistance et d'expertise et favorisent le lien entre les Pôles. Ce phénomène de déconcentration de gestion étant encore nouveau, il est important de clarifier et définir précisément le rôle de chacun des acteurs. De même, il est important de mettre en cohérence les procédures et règles de gestion : organisation du temps de travail, définition des profils de poste, règles d'affectation, gestion de l'absentéisme, gestion des crédits de remplacement, des dépenses de formation...

La promotion de l'autonomie de gestion des Pôles en tant qu'acteurs de proximité est importante mais doit être approfondie. Si le chef de Pôle gère librement l'organisation et l'affectation des ressources humaines médicales et non médicales du Pôle, en fonction des besoins des structures internes, de l'absentéisme et de l'activité, le rôle des Pôles dans l'accompagnement des professionnels et l'amélioration des conditions de travail et la promotion de la qualité de vie au travail ne doit donc pas être négligé.

Les contrats de Pôles contiennent des indicateurs sociaux mais l'intégration des Pôles dans la politique sociale de l'établissement doit être approfondie. Trois axes de travail qui pourront être traduits dans les futurs contrats de Pôle sont proposés :

- > La définition d'une politique d'accompagnement des Pôles dans la gestion des ressources humaines : le Pôle constitue de fait un niveau plus adapté de gestion des interactions entre professionnels ou entre les professionnels et leur encadrement.
- > La structuration dans les Pôles d'une politique de communication / information à destination des professionnels : les chefs de Pôles sont invités à organiser, dans le cadre d'une bonne gestion des ressources humaines, la circulation de l'information au sein du Pôle et doivent veiller à la pédagogie de leurs décisions par ce biais.
- > La définition d'indicateurs sociaux par Pôle, déclinant les indicateurs suivis au niveau institutionnel et plus largement d'un projet social de Pôle déclinant également les axes du projet institutionnel validé par les instances.

Par ailleurs, en complément des éléments mis en place par le Projet managérial, il apparaît indispensable dans le cadre du Projet social de remettre en avant l'importance de la communication au sein des Pôles.



Promoteur / Pôle Ressources Humaines - Organisation des Soins - Formation - Relations Sociales  
Direction des Affaires Médicales

- OBJECTIFS :**
- Contractualiser les interactions entre la DRH-DAM et l'ensemble des Pôles
  - Développer le rôle pivot de l'encadrement dans la diffusion des politiques de ressources humaines au sein des Pôles
  - Accompagner le développement des projets sociaux de Pôle

## PLANS D' ACTIONS

### Objectif 1 : Contractualiser les interactions entre la DRH-DAM et l'ensemble des Pôles

Il apparaît nécessaire de formaliser les relations entre les différents Pôles médicaux et le Pôle RH. A ce titre, seront intégrés des objectifs de ressources humaines partagés dans les contrats de Pôles. Ces contrats permettront également de valider les moyens médicaux et non médicaux dédiés aux Pôles.

### Objectif 2 : Développer le rôle pivot de l'encadrement dans la diffusion des politiques de ressources humaines au sein des Pôles

Il s'agit de diffuser une culture d'accompagnement des situations de handicap et d'impliquer les Pôles

dans l'amélioration des conditions de travail par la mise en place de correspondants «maintien dans l'emploi» au sein des Pôles.

### Objectif 3 : Accompagner le développement des projets sociaux de Pôles

Le projet social institutionnel dans ses aspects opérationnels pourrait être décliné au sein de chaque contrat de Pôle. Des indicateurs seront définis au niveau institutionnel et seront ensuite inscrits dans chaque contrat de Pôle qui en fera un suivi détaillé, dans le cadre d'une organisation propre à définir.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Pôles cliniques, médico-techniques et administratifs

### PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pôle Ressources Humaines
- Direction des Affaires Médicales

### INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Sans incidence financière

### CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 :**  
A partir des contrats de Pôle **2016-2017**
- **Objectif 2 :** 2<sup>ème</sup> semestre 2016
- **Objectif 3 :** 2018

### INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**  
Intégration dans les contrats de Pôle
- **Objectif 2 :**  
Désignation de référents «maintien dans l'emploi» dans les Pôles ; coopération effective entre le référent maintien dans l'emploi de l'établissement et les correspondants dans les Pôles
- **Objectif 3 :**  
Projet social effectivement décliné dans les contrats de Pôles et évalué.

Promoteur / Directeurs délégués de Pôle

**OBJECTIFS :** - Harmoniser les pratiques de communication entre les Pôles  
- Proposer des modèles d'organisation et de communication aux Pôles

### ● PLANS D'ACTIONS

#### Objectif 1 : Harmoniser les pratiques de communication entre les Pôles

Les pratiques des responsables de Pôle dans leur organisation et leur management sont aujourd'hui assez hétérogènes. Il semblerait intéressant à l'occasion d'un Directoire en formation élargie par exemple de provoquer des échanges sur leurs pratiques afin de pouvoir profiter des idées novatrices développées dans chaque Pôle. L'objectif est de pouvoir faire du Pôle un échelon important d'échanges entre professionnels, et un espace d'action et de mobilisation.

#### Objectif 2 : Proposer des modèles d'organisation et de communication aux Pôles

Sur la base de ces réflexions, mais également des exemples d'autres établissements, il serait possible de proposer aux Pôles des modèles d'organisation, et des outils de communication afin de faciliter leur fonctionnement et de renforcer l'adhésion des professionnels.

### ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Chefs de Pôles, Direction de la Communication.

### ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Directeurs délégués de Pôle

### ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Formations dans le cadre du projet managérial

### ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2<sup>ème</sup> semestre 2016
- Objectif 2 : 2017

### ● INDICATEURS DE SUIVI

- Objectif 1 : Homogénéité des pratiques identifiées
- Objectif 2 : Nombre d'outils de communication mis à disposition des Pôles.

## Partie I : Moderniser les relations sociales : créer un contexte favorable à l'expression des besoins des professionnels et développer des valeurs sociales partagées

Cette partie du Projet social vient prolonger les réflexions engagées quant à la qualité de vie au travail, en intégrant le point de vue du professionnel lui-même et sa perception quotidienne de son environnement de travail. Un certain nombre d'évolutions touchent les professionnels et la vision de leur travail, à travers les réorganisations ou l'intensification du travail. A cet égard, l'accélération des réformes internes a parfois favorisé un sentiment d'incompréhension des professionnels face aux changements, mais également un risque de dissension croissante entre le métier des professionnels tel qu'ils l'avaient imaginé et son exercice réel. Par ailleurs, le secteur de la santé implique des contraintes particulières dans l'exercice du métier qui accroissent le sentiment de pénibilité : horaires atypiques, contraintes psycho-organisationnelles, situations individuelles parfois complexes.

Face à ces questions qui touchent l'ensemble des professionnels, le caractère durable du développement des ressources humaines implique nécessairement qu'une attention particulière soit portée aux modalités de reconnaissance du travail des professionnels et aux actions susceptibles d'améliorer l'environnement de travail et de faciliter la conciliation vie personnelle / vie professionnelle.

L'amélioration des conditions dans lesquelles s'exerce le travail est une composante fondamentale de cette réflexion, qui se retrouve dans les autres composantes du Projet d'établissement (Projet managérial, Projet médical et de soins et Projet architectural notamment).

Le projet de modernisation de l'hôpital opère un tournant majeur dans la vie du CHU de Reims, avec un dossier à l'étude en 2015, visant une reconstruction partielle de l'établissement.

Le maintien à un haut niveau des investissements à effet de sécurité favorisera un niveau de qualité élevé de l'environnement de travail à long terme : le plan directeur rénove en profondeur la qualité de l'accueil des patients et modifie favorablement les conditions de travail des personnels. En effet, la conception des bâtiments neufs devra prendre en compte les impératifs de santé et de sécurité au travail (ergonomie des locaux et des matériels, innovations organisationnelles). L'unité de Médecine et Santé au travail et l'ergonome seront dès lors amenés à donner leur avis et à faire part de leur expertise en matière d'ergonomie et de prévention des risques professionnels au moment de la conception des bâtiments.

Au-delà de l'environnement de travail, au sens du Projet social, trois axes de travail peuvent être identifiés :

- > Dans un premier temps il s'agira de définir le contenu du travail lui-même, ses caractéristiques et ses valeurs sous-jacentes. Il est important de redonner du sens au travail individuel et de rappeler les valeurs sociales promues au niveau institutionnel, de même que les objectifs que se fixe l'établissement en matière de qualité et d'organisation des soins.
- > Corollaire indispensable à la refonte des valeurs sous-tendant le travail des hospitaliers, la mise en place des modalités de reconnaissance du travail individuel constitue un objectif. En effet, le sentiment de participer à un travail collectif (la prise en charge d'un patient à l'hôpital) n'est pas exclusif du besoin de reconnaissance des professionnels dans leur travail. Ces problématiques sont en lien avec la formation de l'encadrement et la mise en place de bonnes pratiques managériales, mais surtout avec la politique institutionnelle d'amélioration du bien-être au travail et le développement des événements et manifestations à destination du personnel au sein de l'établissement.
- > Enfin, il s'agira de faciliter la vie des professionnels pour qu'ils puissent exercer leur métier dans de bonnes conditions (promotion de l'action sociale et amélioration de la conciliation vie personnelle / vie professionnelle). Une assistante sociale est spécifiquement et exclusivement chargée de l'accompagnement des professionnels. Elle participe à la vie du Pôle Ressources Humaines et travaille aujourd'hui à développer les modalités d'action sociale au sein du CHU. Son action se coordonne avec la dynamique institutionnelle de promotion des actions d'amélioration du bien-être au travail qui doivent être poursuivies.





Promoteur / Pôle Ressources Humaines - Organisation des Soins - Formation - Relations Sociales

PARTIE  
I  
AXE  
4

- OBJECTIFS :**
- Proposer le recours à l'assistante sociale du personnel pour les agents le nécessitant
  - Communiquer auprès des agents sur l'existence et les missions du service social du personnel
  - Mettre en place un accueil social sur le site Sébastopol
  - Développer le lien avec les acteurs extérieurs susceptibles d'aider les agents en situation de handicap notamment

## PLANS D'ACTIONS

### Objectif 1 : Proposer le recours à l'assistante sociale du personnel pour les agents le nécessitant

Renforcer le lien existant entre le Pôle RH et l'Unité de Médecine et de Santé au travail et systématiser le recours au service social quand l'agent fait part d'un besoin pour un suivi individuel afin de résoudre ses problématiques personnelles.

### Objectif 2 : Communiquer auprès des agents sur l'existence et les missions du service social du personnel

Développer la communication et l'information auprès des agents pour qu'ils aient connaissance de leurs droits, obligations et des dispositifs sociaux existants par la diffusion de livrets ainsi que par l'organisation d'événements dédiés en plus de ceux déjà existants.

### Objectif 3 : Mettre en place un accueil social sur le site Sébastopol

Déploiement d'un accueil social à l'hôpital

Sébastopol pour plus de proximité de l'ASP avec les agents qui sont éloignés du site central.

Une communication sur sa mission sera relayée au niveau du référent des conditions de travail et de maintien dans l'emploi. D'autres aides pourront être déployées en lien avec le CGOS et notamment dans le cadre du plan de déplacement de l'établissement.

### Objectif 4 : Développer le lien avec les acteurs extérieurs susceptibles d'aider les agents en situation de handicap notamment

L'ASP sera présente aux groupes de travail successifs pour l'élaboration de la politique handicap lui permettant d'être associée à la définition des outils qui seront mis en œuvre. L'ASP pourra travailler en lien avec les partenaires extérieurs concernés par les problématiques de santé au travail et notamment concernant les agents en situation de handicap (SAMETH, CAP'EMPLOI, MDPH, ...). Le référent « Maintien dans l'emploi - Conditions de travail » évaluera le lien qui pourra être fait avec l'ASP.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Unité de Médecine et Santé au travail, psychologue du travail

### PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pôle Ressources Humaines

### INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Production de livrets et actions de communication

AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL



CHU DE REIMS

PROJET SOCIAL

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2016-2020
- Objectif 2 : 2016-2020
- Objectif 3 : 2016
- Objectif 4 : 2016-2020

## INDICATEURS DE SUIVI

- Objectif 1 :  
Nombre de cas pris en charge
- Objectif 2 :  
Production d'une information
- Objectif 3 :  
Accueil social opérationnel sur l'hôpital Sébastopol (redéfinition des horaires de permanence)
- Objectif 4 :  
Procédure formalisant les liens avec les acteurs extérieurs.

Promoteur / Pôle Ressources Humaines - Organisation des soins - Formation - Relations sociales / Direction des Services Techniques / Direction de Sites

PARTIE  
I  
AXE  
4

- OBJECTIFS :**
- Améliorer les conditions de réalisation des déplacements domicile – CHU des professionnels
  - Promouvoir des alternatives au véhicule personnel et favoriser les modes de transport les plus respectueux de l'environnement
  - Participer aux engagements de l'établissement en matière de protection de l'environnement, notamment à travers la participation à la réalisation du Bilan Carbone

## ● PLANS D' ACTIONS

### Objectif 1 : Améliorer les conditions de réalisation des déplacements domicile – CHU des professionnels

Identifier les difficultés éventuelles rencontrées par les agents du CHU dans leurs déplacements entre leur domicile et lieu de travail, et élaborer en réponse des mesures adaptées visant à alléger autant que possible cette contrainte.

### Objectif 2 : Promouvoir des alternatives au véhicule personnel et favoriser les modes de transport les plus respectueux de l'environnement

Réduire l'empreinte écologique du CHU et participer à la préservation de l'environnement par la promotion du recours aux transports en communs plus respectueux de l'environnement, tel que train, bus, tramway, la mise en place de facilités de covoiturage afin de réduire le nombre

de véhicules effectuant des trajets similaires et la réalisation d'actions de sensibilisation et de promotion des modes de déplacement les plus respectueux de l'environnement, notamment vélo et marche à pied.

### Objectif 3 : Participer aux engagements de l'établissement en matière de protection de l'environnement, notamment à travers la participation à la réalisation du Bilan Carbone

Le PDE s'inscrit dans la réalisation de l'état des lieux des productions de gaz à effet de serre liées au CHU, par l'évaluation des productions de gaz à effet de serre que représentent l'ensemble des trajets CHU – domicile des professionnels. Le PDE comprend également un plan d'action concourant à la réalisation des objectifs du bilan carbone, à savoir une réduction des émissions de gaz à effet de serre du CHU de 20% en 5 ans.

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Direction de sites
- Direction des Services Techniques
- Pôle Ressources Humaines

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Montants à évaluer au moment de la validation du plan

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 :  
2016 (état des lieux et plan d'action)  
2018 (réalisation et évaluation)
- Objectif 2 : 2017
- Objectif 3 : 2016-2020

AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL



CHU DE REIMS

---

## INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**  
Mesure de la satisfaction des professionnels par la réalisation d'un questionnaire PDE d'évaluation
- **Objectif 2 :**
  - Nombre d'inscriptions de professionnels sur un site de covoiturage
  - Nombres de covoiturages réalisés chaque année via ce site
  - Nombre d'agents supplémentaires recourant aux transports en commun (train, bus, tram) suite au PDE
  - Nombre d'agents supplémentaires se rendant au CHU à vélo ou à pied suite au PDE
  - Réduction du nombre de véhicules individuels utilisés par les professionnels suite au PDE (réalisation d'un questionnaire PDE d'évaluation)
- **Objectif 3 :**
  - Intégration d'actions du PDE au plan d'actions du Bilan Carbone
  - Indicateurs de réalisation des objectifs du Bilan carbone de réduction des gaz à effet de serre.

**Promoteur** / Pôle Ressources Humaines - Organisation des soins - Formation - Relations sociales /  
Direction des Affaires Médicales / Direction des Affaires Financières

**OBJECTIFS** : - Favoriser la conciliation entre la vie personnelle et la vie professionnelle  
- Contribuer, grâce à un service pratique et innovant, à l'animation de la vie des services

## PLANS D'ACTIONS

### Objectif n°1 : Favoriser la conciliation entre la vie personnelle et la vie professionnelle

En simplifiant certaines démarches quotidiennes, le CHU de Reims entend alléger les contraintes personnelles de ses agents et favoriser la conciliation vie personnelle / vie professionnelle. Grâce à un service de qualité proposé par l'établissement, les professionnels disposeront, sur leur lieu de travail, de commodités qui leur permettront d'organiser plus sereinement leur vie personnelle et de s'attacher pleinement à l'exercice de leurs fonctions.

### Objectif n°2 : Contribuer, grâce à un service pratique et innovant, à l'animation de la vie des services

Le succès d'un dispositif de conciergerie de façon certaine contribuera indirectement à améliorer la qualité des interactions entre les professionnels de l'établissement. A moyen terme, c'est donc au niveau collectif de la vie du service que devraient bénéficier les bienfaits générés à l'échelle individuelle par ce service. Les événements dans la vie de service pourront être organisés grâce à l'appui logistique de ce service de conciergerie.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Direction de la Communication

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Direction des Affaires Financières
- Direction des Affaires Médicales
- Pôle Ressources Humaines

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2016-2020
- Objectif 2 : 2018

## INDICATEURS DE SUIVI

- Objectif 1 :  
Taux de satisfaction globale
- Objectif 2 :  
Taux de satisfaction spécifique.

Promoteur / Directions des Affaires Médicales

**OBJECTIFS :** - Apporter des informations utiles aux professionnels pour leur exercice ou leur carrière  
- Créer des moments d'échanges entre professionnels

### ● PLANS D' ACTIONS

#### Objectif n°1 : Apporter des informations utiles aux professionnels pour leur exercice ou leur carrière

Des temps d'échanges ou de formation sur des thématiques impactant les professionnels pourraient être organisés, au besoin en faisant appel à des prestataires extérieurs. Cela pourrait par exemple concerner la responsabilité médicale et paramédicale, la protection sociale ou le régime de retraite. L'objectif serait de pouvoir apporter une information claire, anticipée, et de faciliter au mieux les démarches des professionnels.

#### Objectif n°2 : Créer des moments d'échanges entre professionnels

Ces formations thématiques permettraient également de créer des temps d'échanges entre praticiens, afin de confronter leurs pratiques, leur situation etc. Ces échanges, plus ou moins directement liés à l'exercice professionnel quotidien, offriront aux personnes la possibilité de mieux se connaître, de prendre conscience du collectif, et de s'interroger sur leur situation individuelle.

### ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Direction des Ressources Humaines, CME, partenaires extérieurs.

### ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Direction des Affaires Médicales

### ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Recours aux prestataires extérieurs.

### ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2<sup>ème</sup> semestre 2016
- Objectif 2 : 2016-2020

### ● INDICATEURS DE SUIVI

- Objectif 1 :  
Nombre de journées organisées
- Objectif 2 :  
Nombre de participants.

## Partie II : Sécuriser les environnements de travail et les parcours professionnels, dans le cadre d'une politique d'amélioration continue de la qualité de vie au travail

Depuis la loi du 5 juillet 2010, le champ de la négociation est élargi à tous les sujets susceptibles de concerner les agents, dans la limite des dispositions réglementaires qui s'appliquent de facto : carrière et formation professionnelle, action sociale, hygiène, santé et sécurité au travail, égalité professionnelle entre les hommes et les femmes, etc.

Une attention particulière est portée à la qualité du dialogue social et au bon fonctionnement des instances. En effet, le dialogue social est un concept dynamique et collectif constitué de la somme d'efforts individuels et qui se nourrit de l'engagement de l'ensemble de ses acteurs. A cet égard, le Pôle Ressources Humaines entend convier ses partenaires sociaux à l'élaboration et la mise en œuvre d'un dispositif de réflexion et de travail innovant. Un groupe de parole et d'échange sera constitué et aura pour objet de se pencher sur des thématiques de travail afin de faire émerger collectivement des solutions susceptibles d'être expérimentées au sein d'une unité de lieu test. Le succès expérimental des actions retenues sera vecteur d'inspiration et d'émulation et conditionnera son extension à l'échelle de l'établissement. A moyen et long terme, ce sont donc les relations avec les représentants du personnel qui bénéficieront de ces travaux dans une approche qualitative.

Outre les réunions réglementaires (CHSCT, CTE et CAP), de nombreuses réunions institutionnelles de travail sont organisées entre la Direction et les représentants du personnel. Ces réunions permettent d'échanger, dans le cadre du dialogue social avec les représentants du personnel, sur des situations appelant une attention et une réponse particulières.

Un effort de structuration des instances a été mené et doit néanmoins être poursuivi. Si le CTE assure le suivi des décisions stratégiques prises par le Conseil de surveillance du CHU, le CHSCT a pour sa part validé un dispositif structurant et innovant de prévention et de gestion globale des risques professionnels.

Le groupe de travail CHSCT sur l'amélioration des conditions de travail est actif depuis plusieurs années déjà et implique le CHSCT dans la validation et la priorisation des actions d'amélioration des conditions de travail. Ce groupe de travail CHSCT dispose d'une enveloppe financière renforçant sa capacité d'action. Ce dispositif innovant est mis en œuvre.

Ces interactions en faveur du dialogue social et de l'innovation sociale sont de nature à renforcer la qualité de vie au travail des professionnels de l'établissement mais également à susciter un management de la qualité qui suppose une approche globale et qui s'étend de la qualité de vie au travail à la qualité de la prise en charge en passant par la qualité des prestations ou des services rendus.





Promoteur / Pôle Ressources Humaines - Organisation des Soins - Formation - Relations Sociales

PARTIE  
II  
AXE  
1

- OBJECTIFS :**
- Induire l'innovation sociale par le renforcement d'un espace de dialogue libre au service de la modernisation de la gestion des ressources humaines
  - Faire émerger collectivement des thématiques annuelles de travail et développer des actions associées
  - Favoriser le développement des interactions entre le Pôle RH et les représentants du personnel dans une logique propice à la construction d'un partenariat durable

## PLANS D'ACTIONS

### Objectif 1 : Induire l'innovation sociale par le renforcement d'un espace de dialogue libre au service de la modernisation de la gestion des ressources humaines

Le dialogue social s'articule autour des réunions ad hoc voire des rencontres informelles pour évoquer les sujets d'actualité. L'enjeu est de structurer le dialogue social autour des principes d'innovation et de créativité pour améliorer les conditions d'exercice des professionnels de l'établissement.

Un groupe de travail pourra être constitué sur des thématiques à définir (cf. objectif 2). Il aura pour mission de définir les problématiques contemporaines et la méthodologie de travail pour mettre en œuvre des expérimentations.

### Objectif 2 : Faire émerger collectivement des thématiques annuelles de travail et développer des actions associées

L'actualité ou les nouvelles attentes des professionnels doivent inciter à être réactifs dans la réponse à apporter au plan de l'organisation des ressources humaines. Des thématiques, recouvrant

notamment les domaines de l'égalité (hommes-femmes, égalité des chances, etc.), de l'attractivité et de la fidélisation des professionnels (repérage des talents, etc.), de la proximité des collaborateurs avec l'encadrement de façon générale et enfin l'impact des nouvelles technologies de l'information et de la communication (télétravail, droit à la déconnexion, dématérialisation des démarches, etc.) sont susceptibles d'être porteuses d'actions et de solutions partagées.

### Objectif 3 : Favoriser le développement des interactions entre le Pôle RH et les représentants du personnel dans une logique propice à la construction d'un partenariat durable

Acteurs de la démarche institutionnelle, les représentants du personnel sont des interlocuteurs incontournables de l'évolution des méthodes de gestion des ressources humaines. Des rencontres régulières permettront l'émergence de thématiques de développement des RH, porteuses d'un partenariat renforcé aux services des besoins des professionnels de l'établissement. Agilité et célérité seront ainsi placées au cœur de la conduite de l'action, dans un souci de réalisme, de pertinence et de prise en compte des problématiques de terrain.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Représentants du personnel, ensemble des Pôles

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pôle Ressources Humaines (DRH)

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2016-2020
- Objectif 2 : 2017
- Objectif 3 : 2018

## INDICATEURS DE SUIVI

- Objectif 1 : Organisation de réunions de travail
- Objectif 2 : Définition annuelle d'axes de travail prioritaires
- Objectif 3 : Adéquation entre les besoins des professionnels et les réponses apportées.

DÉVELOPPER LE DIALOGUE SOCIAL ET FAVORISER L'INNOVATION SOCIALE



CHU DE REIMS

Promoteur / Pôle Ressources Humaines - Organisation des Soins - Formation - Relations Sociales

**OBJECTIFS :**

- Proposer un plan pluriannuel de prévention des risques professionnels
- Associer le CHSCT à la mise en œuvre et à la priorisation des actions
- Pérenniser le financement des actions d'amélioration des conditions de travail

## PLANS D'ACTIONS

### Objectif 1 : Proposer un plan pluriannuel de prévention des risques professionnels

Le plan pluriannuel de prévention des risques professionnels sera concerté dans le cadre du dialogue social. Plusieurs groupes de travail ont été mis en place suite à la dernière campagne de mise à jour du document unique. Le document définitif approuvé par les groupes de travail sera ensuite évoqué en CHSCT.

### Objectif 2 : Associer le CHSCT à la mise en œuvre et à la priorisation des actions

Chaque année, une déclinaison annuelle du plan d'actions pluriannuel sera présentée au CHSCT. Le CHSCT participe à la priorisation des actions et veille à une répartition équitable des ressources

entre les projets et en fonction des besoins. Un document de suivi des actions examinées par le CHSCT sera tenu à jour.

### Objectif 3 : Pérenniser le financement des actions d'amélioration des conditions de travail

Afin de faciliter l'action du CHSCT, et dans le respect de l'équilibre général de l'EPRD, une enveloppe annuelle a été déléguée au CHSCT. Si les résultats le permettent, l'objectif est d'inscrire chaque année à l'EPRD, une somme d'un montant au moins équivalent pour faciliter la capacité d'intervention du CHSCT en matière de prévention et de lutte contre les risques professionnels. Cette enveloppe pourra être complétée par des financements extérieurs au CHU, notamment via le FIPHP.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Pôle logistique, Unité de Médecine et Santé au travail, représentants du personnel, coordinations des Pôles.

### PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pôle Ressources Humaines (DRH)

### INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Enveloppe annuelle attribuée au CHSCT

### CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2<sup>ème</sup> semestre 2016
- Objectif 2 : 2016-2020
- Objectif 3 : 2016-2020

### INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**  
Plan pluriannuel de prévention des risques professionnels validé en CHSCT
- **Objectif 2 :**  
Déclinaison annuelle du plan de prévention des risques professionnels, validée puis suivi en CHSCT
- **Objectif 3 :**  
Inscription d'une enveloppe à l'EPRD.

## Partie II : Sécuriser les environnements de travail et les parcours professionnels, dans le cadre d'une politique d'amélioration continue de la qualité de vie au travail

Liés aux conditions générales de travail, les risques professionnels sont susceptibles d'impacter la santé et / ou la sécurité des agents, ce risque pouvant se traduire de manière générale par de l'absentéisme et notamment par des accidents de travail.

Dans ce contexte, il appartient à l'employeur de prendre toutes les mesures appropriées pour évaluer les risques professionnels, compte tenu de la nature de l'activité exercée, de traiter les problèmes mis en exergue et de mettre en œuvre des actions de prévention. Le CHU de Reims s'est donc engagé dans une démarche plus large d'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques professionnels.

Conformément à la réglementation en vigueur, le CHU a initié, depuis plusieurs années, un travail important d'analyse et de synthèse des risques professionnels auxquels peuvent être soumis ses agents. Depuis 2009, une attention particulière est portée aux risques psycho-sociaux, encore insuffisamment connus à ce jour et peu abordés par la réglementation relative à la sécurité et à la santé au travail.

L'ensemble des actions menées pour la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail ont pour objectif commun de promouvoir la santé et la sécurité des agents, et plus globalement le bien-être au travail.

Le bien-être au travail est une notion polymorphe et par nature subjective, dont les contours ne sont pas circonscrits par la presse spécialisée. La notion sera donc appréhendée comme un état global de satisfaction du salarié dans le cadre de son activité professionnelle. Une politique d'amélioration du bien-être au travail devra donc prendre en compte l'ensemble des facteurs relatifs aux conditions dans lesquelles le travail est exécuté (sécurité au travail, protection de la santé, charge psycho-sociale occasionnée par le travail, ergonomie, hygiène du travail, réfection des locaux de travail, reconnaissance professionnelle, etc.).

L'actualisation du document unique d'évaluation des risques professionnels permettra de mettre en place un plan d'amélioration des conditions de travail, en accompagnement de la démarche institutionnelle structurée qui a d'ores et déjà été mise en œuvre en matière de prévention des risques professionnels.

Le plan d'actions et de prévention des risques professionnels fera l'objet d'une présentation aux représentants du personnel. L'attention sera particulièrement portée sur trois risques majeurs identifiés lors de la dernière campagne de mise à jour du document unique.



Promoteur / Pôle Ressources Humaines - Organisation des Soins - Formation - Relations Sociales

PARTIE II  
AXE 2

- OBJECTIFS :**
- Proposer aux agents en situation de RPS un accompagnement transversal
  - Développer des formations spécifiques et dédiées à la prévention des RPS
  - Favoriser l'autonomie dans le travail

## PLANS D' ACTIONS

### Objectif 1 : Proposer aux agents en situation de RPS un accompagnement transversal

Le psychologue du travail aura pour mission de former et sensibiliser l'encadrement à la détection et à la compréhension des RPS. Pour ce faire, il réalisera, en lien avec un groupe de travail réunissant la DRH et l'UMST, des analyses complémentaires spécifiques dans les Pôles dans lesquels les risques de survenance des RPS apparaissent particulièrement élevés. De plus, le psychologue du travail sera mis à disposition des agents de façon pérenne et traitera les situations de conflit collectif et individuel. Il organisera également des groupes de parole.

### Objectif 2 : Développer des formations spécifiques et dédiées à la prévention des RPS

Des formations ayant trait aux problématiques de RPS seront développées et s'adresseront à toutes

catégories d'agents. Un module spécifique de formation aux RPS sera intégré à la formation au management pour les agents ayant une fonction de cadre. De plus, des offres de formation ayant trait à la prévention et à la lutte contre les RPS seront intégrées dans le plan de formation.

### Objectif 3 : Favoriser l'autonomie dans le travail

La latitude décisionnelle au niveau des Pôles sera renforcée par la mise en place d'un dialogue davantage structuré au sein du Pôle. Il s'agira d'organiser des réunions de service orientées sur la réflexion autour des techniques de soins et des procédures de soins au sein du service. Ce travail accompagné des engagements sur le maintien dans l'emploi et en faveur de la conciliation de la vie privée et de la vie professionnelle participera de la prévention des RPS.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Ensemble des Pôles

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pôle RH (DRH)
- Référent «maintien dans l'emploi – conditions de travail»
- Psychologue du travail
- Ergonome
- Unité Médecine et Santé au travail

## INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- A déterminer

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2016
- Objectif 2 : 2016-2017
- Objectif 3 : 2017

## INDICATEURS DE SUIVI

- Objectif 1 :  
Nombre de RPS signalés dont l'issue est favorable
- Objectif 2 :  
Amélioration de la définition des RPS signalés
- Objectif 3 :  
Nombre de réunions organisées.

SÉCURISER LES ENVIRONNEMENTS ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL



CHU DE REIMS



Promoteur / Pôle Ressources Humaines - Organisation des Soins - Formation - Relations Sociales

PARTIE  
II  
AXE  
2

- OBJECTIFS :**
- Organiser la prévention des gestes inappropriés par une formation dédiée à la manipulation des patients et des charges
  - Actualiser les fiches de postes par Pôle
  - Poursuivre l'analyse des risques et identifier un plan de déplacement lié à l'activité brancardage (identification des trajets et des points sensibles)
  - Engager un travail sur les organisations favorisant une amélioration de la planification et de la coordination du travail des brancardiers
  - Améliorer les conditions de travail par le développement du recours à la motorisation dans les secteurs prioritaires

## PLANS D' ACTIONS

### Objectif 1 : Organiser la prévention des gestes inappropriés par une formation dédiée à la manipulation des patients et des charges

Poursuivre la mise en place de formations de formateurs à la manutention des patients et des charges afin de disposer d'une équipe de formateurs pour communiquer sur les gestes appropriés à cette activité.

Former différentes catégories de personnels (infirmiers, aides-soignants, agent des services hospitaliers) qui pourront diffuser les bonnes pratiques en la matière et participer activement à la prévention des risques professionnels.

### Objectif 2 : Actualiser les fiches de postes par Pôle

Actualiser les fiches de postes spécifiques à chaque Pôle (contraintes, matériel disponible, type de patient) et formaliser l'activité brancardage par une anticipation et une programmation quotidienne des missions confiées. Cela permettra de disposer d'une cartographie spécifique des risques, en lien avec le document unique.

### Objectif 3 : Poursuivre l'analyse des risques et identifier un plan de déplacement lié à l'activité brancardage

Identifier des parcours au sein de l'établissement afin de prévenir la réalisation des gestes inappropriés. L'identification des trajets empruntés par les brancardiers doit permettre de déterminer les

contraintes, en vue de les éviter, et de proposer, si possible, de nouveaux trajets permettant la réduction du risque de survenance d'un accident. Au regard de l'analyse régulière de l'activité par l'encadrement, le plan de déplacement des brancardiers sera actualisé.

### Objectif 4 : Engager un travail sur les organisations favorisant une amélioration de la planification et de la coordination du travail des brancardiers

Le déploiement sur l'ensemble des secteurs, d'un outil de planification de l'activité du brancardage, adapté en fonction des spécificités des Pôles sera notamment analysé. L'objectif est avant tout d'organiser et d'anticiper l'activité brancardage par une coordination entre les Pôles. Cela pourra se traduire par une formalisation de cette coordination dans le cadre de la programmation de l'activité.

### Objectif 5 : Améliorer les conditions de travail par le développement du recours à la motorisation dans les secteurs prioritaires

Développer progressivement le recours à la motorisation dans les Pôles prioritaires conformément au plan de déplacement et au volume de l'activité brancardage des Pôles. Ce recours à la motorisation s'accompagnera d'une définition des parcours de brancardage concernés.



---

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Pôles cliniques et médico-techniques.

---

### PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pôle Ressources Humaines – Formation – Relations sociales (DRH-DSIRMT)
- Cadres de Pôles
- DSIT (logiciel de planification)

### INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Coûts liés à l'achat et à la maintenance d'un système mécanisé d'aide au brancardage et aux missions transversales
- Coûts liés à la formation de formateurs
- Logiciel de planification du brancardage

---

### CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 :**  
Consolidation en **2016** et approfondissement en **2017**
- **Objectif 2 : 2016**
- **Objectif 3 : 2017**
- **Objectif 4 : 2018**
- **Objectif 5 :**  
A mener de façon progressive à partir de **2016**

### INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**
  - Nombre de formateurs au sein de l'établissement
  - Nombre d'agents formés par les formateurs relais
- **Objectif 2 :**  
Actualisation des fiches de postes
- **Objectif 3 :**  
Recensement exhaustif des risques professionnels donnant lieu à l'établissement d'un plan de déplacement des brancardiers
- **Objectif 4 :**  
Procédures inter-Pôles d'organisation de l'activité
- **Objectif 5 :**  
Nombre de brancards motorisés.

- OBJECTIFS :**
- Améliorer et intensifier la communication sur les principes de prévention des AES
  - Renforcer la prévalence des modalités de prévention des AES dans la formation initiale et continue des professionnels de santé
  - Organiser le rappel par les Pôles des principes en matière de prévention des AES lors des changements d'affectation
  - Intégrer la prévention des AES dans les règles institutionnelles de gestion des dispositifs médicaux

## PLANS D'ACTIONS

### Objectif 1 : Améliorer et intensifier la communication sur les principes de prévention des AES

- > Relance d'une campagne de sensibilisation sur la prévention des risques liés aux AES : rappel des bonnes pratiques (réalisation du geste technique, tri des déchets, utilisation du matériel sécurisé).
- > Rappel de la conduite à tenir en cas d'AES. Le protocole existe mais il convient de le rappeler régulièrement. Le lien sera fait avec la direction de la communication pour optimiser les moyens de communication utiles pour diffuser ce message le plus largement possible.
- > Conciliation des impératifs en matière de limitation des infections nosocomiales et des recommandations en matière de prévention des AES. Une position commune devra être travaillée entre l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène et l'Unité de Médecine et de Santé au Travail afin de stabiliser la communication sur ces questions auprès des agents et verrouiller le discours institutionnel (notamment sur le positionnement des conteneurs à aiguilles).
- > L'information du patient prélevé constitue également un axe de travail important, le consentement devant être éclairé et l'information établie et tracée au même titre que n'importe quel geste.

### Objectif 2 : Renforcer la prévalence des modalités de prévention des AES dans la formation initiale et continue des professionnels de santé

- > Formation initiale : Les populations étudiantes sont considérées comme particulièrement à risque en matière d'AES. Un travail ciblé devra donc être mené au niveau des écoles et ce d'autant que les AES concernant les étudiants infirmiers subissent une augmentation significative.
- > Formation continue : Sensibilisation des Pôles dans le cadre du plan de formation pour les inciter à orienter les agents le nécessitant vers les formations pertinentes et pour organiser régulièrement des sessions de rappel des bonnes pratiques. Le plan de formation institutionnel identifiera clairement et veillera à la pérennisation de ce type de formation.

### Objectif 3 : Organiser le rappel par les Pôles des principes en matière de prévention des AES lors des changements d'affectation notamment

Dans le cadre d'un changement d'affectation, on note une occurrence importante d'agents victimes d'AES parmi les agents ayant récemment changé d'affectation. Une attention particulière doit donc être portée à ces questions lors de l'accueil des agents dans les Pôles. Autant que faire se peut, les protocoles de soins doivent intégrer la prévention des risques liés aux AES et préciser les spécificités au sein du Pôle concernant le type de matériel utilisé. Des formations adaptées seront proposées aux agents en fonction du bilan des connaissances techniques spécialisées de chaque professionnel. L'entretien annuel d'évaluation constitue également un vecteur intéressant pour refaire le point sur les connaissances techniques des agents et leur capacité à utiliser le matériel mis à disposition du Pôle.

#### **Objectif 4 : Intégrer la prévention des AES dans les règles institutionnelles de gestion des dispositifs médicaux**

- > Dans le cadre des règles institutionnelles de gestion des dispositifs médicaux, le lien devra être fait avec le Pôle Pharmacie et le Pôle Finances, afin d'envisager selon quelles modalités il est possible de prioriser les dispositifs médicaux sécurisés.

- > L'intégration des critères relatifs à la prévention en matière d'AES dans les cahiers des charges sera également à envisager de manière systématique, en lien avec la Cellule des Marchés publics.

---

#### **AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET**

Unité Médecine et Santé au travail, équipe opérationnelle d'hygiène, Pôles cliniques et médico-techniques, Pôle Logistique (cellule marchés publics), Pôle Pharmacie (achat des dispositifs médicaux).

---

#### **PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET**

- Pôle Ressources humaines, en lien avec l'unité de Médecine et Santé au travail.
- L'ensemble des acteurs concernés par le projet seront sollicités en fonction des thématiques et de la nature des groupes de travail constitués pour mettre en place les objectifs fixés.

#### **INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES**

- Non objectivable à ce stade.
- La question sera étudiée dans le cadre de la procédure institutionnelle de fixation du montant des enveloppes dédiées au financement des dispositifs médicaux.
- Les campagnes de communication, autant que faire se peut, seront réalisées en interne.
- Les formations seront intégrées au plan de formation.

---

#### **CALENDRIER DE RÉALISATION**

- **Objectif 1 : 2016-2020**
- **Objectif 2 : 2016-2020**
- **Objectif 3 : 2016-2020**
- **Objectif 4 : 2016-2020**

#### **INDICATEURS DE SUIVI**

- **Objectif 1 :**  
Validation d'un plan de communication sur les AES
- **Objectif 2 :**  
Identification de la prévention des AES dans le plan de formation institutionnel et validation d'un plan de prévention dédié à l'Institut Régional de Formation
- **Objectif 3 :**  
Intégration de la prévention des AES dans le guide d'accueil à destination des nouveaux recrutés dans les Pôles
- **Objectif 4 :**  
Procédure de gestion des DM intégrant la problématique des AES (équipements sécurisés).

## Partie II : Sécuriser les environnements de travail et les parcours professionnels, dans le cadre d'une politique d'amélioration continue de la qualité de vie au travail

Dans le cadre du nouveau Projet social et de la priorité donnée à l'amélioration des conditions de travail, le CHU de Reims poursuit l'objectif de définir et de mettre en œuvre une politique de gestion du maintien dans l'emploi pérenne.

Un diagnostic, réalisé par un cabinet de conseil, a permis de mettre en exergue les atouts, les marges de progrès et d'en déduire les axes de développement prioritaires, afin d'appuyer l'élaboration d'un plan d'actions réaliste, cohérent et correspondant aux besoins identifiés.

Le CHU dispose à ce jour des ressources humaines et des compétences nécessaires, qui lui permettront d'organiser un accompagnement adapté pour les agents dans le cadre du maintien dans l'emploi.

Une structuration du dispositif de gestion du maintien dans l'emploi a été engagée à la faveur d'une meilleure gestion des situations individuelles et s'est notamment traduite par la création de la fonction de référent «Conditions de travail – maintien dans l'emploi» à la DRH, la Commission «maintien dans l'emploi» qui étudie les dossiers d'agents pour lesquels une mobilité doit être envisagée compte tenu de leur état de santé, la mise en place d'un contrat tripartite pour les agents nécessitant une adaptation de leur poste de travail, etc.

Par ailleurs, de nombreuses actions sont menées en matière de prévention des risques professionnels (formateurs manutention des charges, mise à jour du document unique et élaboration en cours du plan de prévention pluriannuel, travail sur la prévention des RPS, etc.).

Néanmoins, si de nombreuses actions ont déjà pu être menées et des bonnes pratiques identifiées, le dispositif de gestion du maintien dans l'emploi doit être soutenu et animé afin de favoriser la coordination et la circulation de l'information entre les acteurs. La clarification du dispositif et l'identification des interlocuteurs, de leur rôle, et des étapes du maintien dans l'emploi, de la même manière que l'absence de suivi des situations des agents repositionnés et de centralisation des actions menées au titre du maintien dans l'emploi seront autant de pistes de travail pour les années à venir.

L'information des agents quant au handicap et au dispositif mis en place constitue par ailleurs un levier d'action important pour la mise en œuvre d'une politique handicap.

Par ailleurs, si de bonnes pratiques ont pu être recensées dans le cadre de la gestion du maintien dans l'emploi, il est désormais nécessaire de désigner, former et outiller les agents en charge de ces problématiques, de façon adaptée en vertu de leur rôle respectif : le référent « Conditions de travail – maintien dans l'emploi », les correspondants « maintien dans l'emploi » dans les Pôles et les agents RH, les cadres et les représentants du personnel.

Le CHU souhaite aujourd'hui cette politique globale de gestion du maintien dans l'emploi en s'inscrivant dans une stratégie qui lui permette de répondre de façon adaptée et durable aux besoins des agents et des cadres.

1. Structuration du dispositif handicap

2. Développer des compétences de gestion du handicap au travail : formation des agents DRH, des organisations syndicales et des cadres

3. Information et sensibilisation de l'ensemble des agents sur le handicap en général et sur le dispositif handicap mis en place au CHU

4. Mise en œuvre d'actions individualisées :  
- Mise en place d'aides individuelles destinées à favoriser le maintien dans l'emploi  
...



- OBJECTIFS :**
- Rédiger et diffuser une charte sur le dispositif fonctionnel et pérenne de gestion du maintien dans l'emploi
  - Elaborer des outils de gestion du maintien dans l'emploi
  - Former et informer des acteurs pouvant intervenir dans le cadre du dispositif de gestion du maintien dans l'emploi
  - Développer des partenariats avec les prestataires externes spécialisés

## ● PLANS D'ACTIONS

### Objectif 1 : Rédiger et diffuser une charte sur le dispositif fonctionnel et pérenne de gestion du maintien dans l'emploi

Cette charte contiendra notamment :

- > La définition du rôle et des missions de chaque acteur intervenant dans le cadre du dispositif,
- > La formalisation d'une procédure de maintien dans l'emploi et d'un logigramme, ainsi que les outils afférent à la gestion du maintien dans l'emploi,
- > Une organisation et des outils permettant une meilleure anticipation des repositionnements, notamment dans le cadre des retours au travail après CLM ou CLD,
- > La description des liens de coordination avec les Pôles et l'identification de relais handicap au sein des Pôles,
- > Un lexique des termes du maintien dans l'emploi, partagé par tous les acteurs,
- > L'organisation et le fonctionnement de la Commission «Maintien dans l'emploi» : intitulé, temporalité, préparation des dossiers à évoquer, suivi des situations traitées, etc.

### Objectif 2 : Elaborer des outils de gestion du maintien dans l'emploi

- > Permettre à chaque acteur du dispositif de connaître et comprendre le dispositif et les rôles de chacun par un document de référence qui centralise les modalités d'organisation et de fonctionnement du maintien dans l'emploi,
- > Disposer d'un outil de recensement et de suivi des agents accompagnés dans cadre du dispositif de gestion du maintien dans l'emploi. Cet outil pourra également servir

d'outil de coordination entre les acteurs de la cellule d'assistance au retour et au maintien dans l'emploi,

- > Systématiser un contrat entre le cadre, l'agent et la Médecine du travail dans la mise en place d'une solution du maintien dans l'emploi.

### Objectif 3 : Former et informer des acteurs pouvant intervenir dans le cadre du dispositif de gestion du maintien dans l'emploi

Favoriser la coordination interne et la réflexion pluridisciplinaire sur les situations des agents afin de mettre en place des solutions adaptées où le rôle de l'encadrement est valorisé :

- > Pour les agents RH, le service santé au travail et les représentants du personnel : inscription aux modules proposés par l'ANFH dans le cadre du projet handicap ANFH – FIPHF.
- > Pour l'encadrement : voir la fiche – action correspondante.

### Objectif 4 : Développer des partenariats avec les prestataires externes spécialisés

- > SAMETH (Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés),
- > Ergonomes,
- > COMETE France (service d'accompagnement à la réinsertion professionnelle suite à un accident de la vie ayant entraîné des déficiences motrices et psychomotrices lourdes et/ou complexes),
- > Prestations ponctuelles spécifiques : mise en œuvre d'expertises ou de techniques de compensation, imposées par le handicap dans des situations pré-identifiées (projet de formation, cadre de travail, définition du projet professionnel...).

---

## ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Ensemble des Pôles, directions fonctionnelles.

---

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pôle Ressources Humaines – Organisation des soins - Formation – Relations sociales (DRH –DSIRMT)
- 

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016**
- **Objectif 2 :**
  - Benchmarking **2016**
  - Développement **2016-2017**
- **Objectif 3 :**

Formation des acteurs dans le cadre des modules ANFH – FIPHP en **2016-2017**
- **Objectif 4 :**

Développement des partenariats avec les prestataires externes spécialisés dans le cadre de la mise en œuvre de la procédure - **2016**

## ● INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**

Nombre et périodicité des réunions de la Commission « Maintien dans l'emploi »
- **Objectif 2 :**

Acquisition d'un outil de suivi opérationnel
- **Objectif 3 :**
  - Nombre d'agents formés
  - Nombre d'actions d'information
- **Objectif 4 :**

Nombre d'agents pour lesquels une solution a pu être trouvée.

Promoteur / Pôle Ressources Humaines - Organisation des Soins - Formation - Relations Sociales

PARTIE  
II  
AXE  
3

- OBJECTIFS :**
- Mettre en place des interlocuteurs de référence sur le maintien dans l'emploi dans les Pôles
  - Organiser un accompagnement adapté dans le cadre du maintien dans l'emploi
  - Mettre en place des actions favorisant l'intégration ou la réintégration de l'agent
  - Organiser le suivi des situations traitées dans le cadre du maintien dans l'emploi

## PLANS D'ACTIONS

**Objectif 1 : Mettre en place des interlocuteurs de référence sur le maintien dans l'emploi dans les Pôles, qui seront en lien avec le référent Conditions de travail et maintien dans l'emploi**

- > Etre garant de l'accompagnement continu de l'agent rencontrant des problèmes de santé (accueil - information - orientation - recherche de solution - suivi et bilans).
- > Assurer la coordination des interventions individuelles autour de l'agent.
- > Etre l'interlocuteur de référence des agents et des cadres, ainsi que des relais handicap.
- > Etre le correspondant du FIPHP.
- > Constituer l'interlocuteur des partenaires externes et poursuivre le développement des partenariats.

**Objectif 2 : Organiser un accompagnement adapté dans le cadre du maintien dans l'emploi**

- > Information de l'agent sur ses droits, le dispositif mis en place au CHU et ses interlocuteurs, accompagnement au deuil

du métier le cas échéant...

**Objectif 3 : Mettre en place des actions favorisant l'intégration ou la réintégration de l'agent**

- > Adaptation matérielle du poste de travail,
- > Mise en place d'un bilan de compétences ou de repositionnement professionnel,
- > Recours au tutorat au moment de l'intégration dans un nouveau service.

*L'ensemble de ces actions peut faire l'objet d'un financement éventuel par le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHPF).*

**Objectif 4 : Organiser le suivi des situations traitées dans le cadre du maintien dans l'emploi**

- > Organisation de bilans dans le cadre de la mise en place d'un contrat tripartite de maintien dans l'emploi. Ils seront effectués par le cadre ou la Médecine du travail, en collaboration avec la DRH ou la Direction des soins,
- > Suivi centralisé par le référent « Maintien dans l'emploi ».

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Pôles médicaux et administratifs.

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pôle Ressources Humaines – Organisation des soins - Formation – Relations sociales (DRH –DSIRMT)

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016**
- **Objectif 2 : 2016-2020**
- **Objectif 3 : 2016-2020**
- **Objectif 4 :**  
A partir de **2017** (conditionné à l'effectivité de l'outil de suivi)

## INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**  
Identification des référents
- **Objectif 2 :**  
Nombre d'agents ayant été accompagnés par le référent « Maintien dans l'emploi » de la DRH
- **Objectif 3 :**  
Nombre d'adaptations matérielles ou de formations
- **Objectif 4 :**  
Nombre de bilans individuels réalisés.



Promoteur / Pôle Ressources Humaines - Organisation des Soins - Formation - Relations Sociales

**OBJECTIFS :**

- Sensibiliser l'ensemble des agents sur le handicap au travail
- Elaborer et diffuser des supports de communication spécifiques
- Favoriser l'intégration par l'organisation d'évènements spécifiques pour informer et sensibiliser les collectifs de travail

## PLANS D'ACTIONS

**Objectif 1 : Sensibiliser l'ensemble des agents sur le handicap au travail par l'utilisation des outils de communication interne existants**

- > Intranet, affichage, livret d'accueil, événements annuels,
- > Développer un plan de communication sur le projet puis la politique mise en place et valoriser les actions du CHU,
- > Mettre l'accent sur les actions du CHU et les expériences d'intégration réussies.

**Objectif 2 : Elaborer et diffuser des supports de communication spécifiques**

Triptyque d'information à destination des agents, guide du maintien dans l'emploi à destination des cadres, plaquettes d'information (sur les acteurs de la santé au travail et de la gestion du maintien

dans l'emploi, sur la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé).

**Objectif 3 : Favoriser l'intégration par l'organisation d'évènements spécifiques pour informer et sensibiliser les collectifs de travail**

- > Intégration de la thématique du handicap dans le cadre d'évènements (semaine pour la Qualité de vie au travail, semaine pour l'Emploi des personnes handicapées),
- > Groupes de parole sur le handicap au travail
- > Troupe de théâtre (intervention générale ou dans les services),
- > Exposition itinérante.

Des financements du FIPHFP peuvent être sollicités pour l'édition des outils de communication, ainsi que pour certaines actions ponctuelles de sensibilisation et d'information.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Pôles médicaux et administratifs.

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pôle Ressources Humaines – Organisation des soins - Formation – Relations sociales

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2016-2017
- Objectif 2 : 2016-2020
- Objectif 3 : 2016-2020

## INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**  
Nombre d'articles relatifs au handicap dans les supports de communication interne
- **Objectif 2 :**  
Nombre de triptyques diffusés dans l'année
- **Objectif 3 :**  
Participation à la semaine du bien-être au travail.

## Partie III : Renforcer la communauté médicale en donnant des perspectives aux jeunes praticiens

AXE  
1

Dans le cadre des échanges avec la CME, et particulièrement dans le cadre du travail de la Commission des postes, le parcours des jeunes praticiens a été identifié comme appelant des actions spécifiques. En effet, le CHU connaît depuis quelques années un renouvellement important de son personnel médical. Cela conduit à proposer aux plus jeunes des perspectives de carrière afin de consolider l'organisation des services et d'assurer une pérennité des prises en charge proposées par notre établissement.

Cet axe du projet social est donc particulièrement ciblé sur les jeunes professionnels médicaux. Il revient dans un premier temps sur l'application de la charte d'accueil et de formation des internes. L'internat constitue en effet une étape clé dans la formation des jeunes médecins, durant laquelle il convient d'aborder les perspectives de carrière qui pourront leur être offertes tant au CHU que sur le territoire.

Cela laisse apparaître le rôle important des UFR de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie pour travailler sur le rôle formateur du CHU et sur le vivier de ressources que constituent les internes et les étudiants. Dans cette coordination, le rôle de la Commission des postes sera encore renforcé, avec pour objectif d'apporter le plus en amont possible des trajectoires de recrutement solides aux candidats, et de les accompagner aux différentes étapes de leur carrière.



Promoteur / Direction des Affaires Médicales

PARTIE  
III  
AXE  
1

- OBJECTIFS :**
- Améliorer la qualité de la Journée d'accueil des internes
  - Créer une journée de formation pour les internes affectés au CHU
  - Mettre à jour le Guide d'accueil des internes
  - Faciliter la remise de l'équipement

## PLANS D'ACTIONS

### Objectif 1 : Améliorer la qualité de la journée d'accueil des nouveaux internes

Une journée d'accueil des nouveaux internes arrivant à Reims est aujourd'hui organisée par le CIRC en partenariat avec l'ARS. Un travail est à conduire pour rendre cette journée plus intéressante pour les nouveaux afin de leur donner le plus tôt possible une image positive du secteur public hospitalier.

### Objectif 2 : Créer une journée de formation pour les internes affectés au CHU

Les sous-commissions de la CME ont mis en avant la nécessité de pouvoir communiquer auprès des internes. Cela pourrait se traduire par la mise en place d'une journée de formation obligatoire pour

les internes. Celle-ci permettrait de communiquer sur des éléments utiles au quotidien pour les internes, mais également de faire passer des messages institutionnels.

### Objectif 3 : Mettre à jour le guide d'accueil des internes

Ce livret d'accueil est remis aux nouveaux arrivants au CHU. Il convient d'en effectuer une mise à jour notamment sur les droits des internes et leurs obligations.

### Objectif n°4 : Faciliter la remise de l'équipement

Afin d'améliorer l'intégration des internes au CHU un travail sera mené pour faciliter la remise de leur équipement en début de semestre.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

CME et ses sous-commissions, CIRC, ARS, directions supports.

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Direction des Affaires Médicales

## INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Impression des livrets
- Logistique des journées d'accueil et de formation

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectifs 1, 2 et 3 : 2016
- Objectif 4 : Début 2016

## INDICATEURS DE SUIVI

- Objectifs 1, 2 et 4 :  
Questionnaires de satisfaction
- Objectif 3 :  
Nombre de guides distribués.

Promoteur / Direction des Affaires Médicales

- OBJECTIFS :**
- Examiner les demandes de postes
  - Echanger sur les projets des nouveaux recrutés
  - Apporter une vision institutionnelle aux nouveaux recrutés
  - Apporter une transparence sur les affectations de poste et une mise en commun de supports budgétaires si nécessaire
  - Réviser la maquette de post-internat

### ● PLANS D' ACTIONS

#### Objectif 1 : Examiner les demandes de postes

La Commission des postes est composée d'un représentant de chaque Pôle élu par la CME, à parité entre praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires. Son objectif principal est d'examiner les demandes de postes tant à la fin de l'internat qu'au cours du déroulement de la carrière des praticiens. Chaque dossier est instruit par un rapporteur. Le candidat est auditionné par la Commission qui émet ensuite un avis.

#### Objectif 2 : Echanger sur les projets des nouveaux recrutés

Les échanges avec le rapporteur ainsi que l'audition en Commission permettent de partager au sein de l'institution les parcours et les projets des nouveaux recrutés. Cela permet d'identifier des dynamiques au cours de l'internat et du post-internat.

#### Objectif 3 : Apporter une vision institutionnelle aux nouveaux recrutés

Le travail de la Commission des postes constitue un moment d'introduction à la vie institutionnelle pour les nouveaux recrutés. Cela permet notamment de

leur transmettre une vision collective de leur exercice, et d'attirer leur attention sur des évolutions à venir dans l'organisation de leurs fonctions. Cette étape vise ainsi à faire prendre conscience aux nouveaux recrutés de leur intégration dans l'institution.

#### Objectif 4 : Apporter une transparence sur les affectations de poste et une mise en commun de supports budgétaires si nécessaire

Tous les mouvements de postes sont évoqués en Commission des postes, en lien avec la Direction des Affaires Médicales. Cela permet de partager autant les difficultés rencontrées que les solutions potentielles. Par ailleurs, la Commission peut conduire à proposer des prêts ou des réaffectations de postes entre structures pour répondre à des situations de tension transitoire ou à des évolutions de fond.

#### Objectif 5 : Réviser la maquette de post-internat

La Commission des postes mène un travail sur la maquette de post-internat visant à améliorer les conditions de recrutement des internes et leur déroulement de carrière. Cela concerne principalement les statuts proposés, les durées et les échelons afférents.

### ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

CME, UFR de Médecine (Université de Reims Champagne-Ardenne)

### ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Direction des Affaires Médicales

### ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectifs 1 à 4 : 2015 (pour mémoire)
- Objectif 5 : Début 2016

### ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Selon les modifications de la maquette de post-internat

### ● INDICATEURS DE SUIVI

- Objectifs 1 et 2 : Nombre de candidats auditionnés
- Objectif 3 : Questionnaire de perception des candidats
- Objectif 4 : Communication des mouvements de postes
- Objectif 5 : Révision de la maquette.

Promoteur / Direction des Affaires Médicales

PARTIE  
III  
AXE  
1

- OBJECTIFS :**
- Connaître les besoins de recrutement médicaux du CHU et de son territoire
  - Connaître les flux de sortie des internes
  - Assurer la coordination entre les flux d'internes et les besoins de recrutement du CHU et de son territoire
  - Apporter des perspectives de recrutement le plus tôt possible aux internes
  - Sécuriser des projets de recrutement à moyen terme avec les jeunes praticiens

## ● PLANS D' ACTIONS

### Objectif 1 : Connaître les besoins de recrutement médicaux du CHU et de son territoire

La GPMC prend tout son sens dans une approche territoriale, cela en lien avec le rôle pivot dédié aux CHU dans le cadre de la mise en place des GHT. Une analyse de la démographie médicale prospective sera réalisée par le Groupe DAM – FHF afin de pouvoir relayer aux coordonnateurs les besoins de recrutement dans la région pour leur spécialité.

### Objectif 2 : Connaître les flux de sortie des internes

Compte tenu des difficultés démographiques de notre région, il convient de travailler au mieux sur les recrutements dès le post-internat. En ce sens, un travail important doit être mené avec les coordonnateurs de spécialités afin de proposer un projet de recrutement en région à tous les internes sortants. Cela passera par la mise en place d'un dossier à remplir par les coordonnateurs priorisant les projets de recrutement.

### Objectif 3 : Assurer la coordination entre les flux d'internes et les besoins de recrutement du CHU et de son territoire

Grâce à l'analyse des besoins de recrutement au sein du CHU et sur son territoire, et au suivi des flux

d'internes en formation, il est possible d'avoir une approche prospective des recrutements médicaux. Ce travail, réalisé par la Direction des Affaires Médicales, la CME, les coordonnateurs et la FHF doit permettre de faire face au défi que représente la démographie médicale dans notre région.

### Objectif 4 : Apporter des perspectives de recrutement le plus tôt possible aux internes

Il apparaît important d'apporter le plus tôt possible aux internes en fin de cursus une perspective de recrutement dans la région. En ce sens il est envisagé d'avancer à mars / avril les commissions de sélection pour les postes de CCU-AHU et d'assistants à temps partagé. Le travail de la Commission des postes se focalisera également sur le post-internat au cours du premier trimestre de l'année.

### Objectif 5 : Sécuriser des projets de recrutement à moyen terme avec les jeunes praticiens

La démarche dans son ensemble vise à pallier au mieux les difficultés démographiques et les problèmes d'attractivité du personnel médical sur notre territoire. Il convient donc de dessiner également pour les nouveaux recrutés des perspectives et des projets dans le moyen terme.

## ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

CME – Commission des postes, coordonnateurs de spécialité, UFR, ARS.

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Direction des Affaires Médicales

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectifs 1, 2 : Fin 2015
- Objectif 3 : Début 2016
- Objectif 4 : Fin 2016
- Objectif 5 : 2016-2020

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Aucune incidence

## ● INDICATEURS DE SUIVI

- Objectif 1 : Nombre de dossiers post-internat
- Objectifs 2, 3, et 4 : Nombre de postes offerts aux internes dans la région
- Objectif 5 : Définition des projets de recrutement.



Promoteur / Direction des Affaires Médicales

**OBJECTIFS :** - Apporter aux nouveaux recrutés une transparence sur leurs conditions de recrutement  
- Donner une transparence aux nouveaux recrutés sur leurs conditions statutaires

### ● PLANS D'ACTIONS

#### Objectif 1 : Apporter aux nouveaux recrutés une transparence sur leurs conditions de recrutement

Les nouveaux recrutés mettent régulièrement en avant leur ressenti difficile durant le post-internat du fait d'un manque de transparence sur leurs perspectives de carrière. L'objectif consiste à partager avec la Commission des postes, et les responsables médicaux une trajectoire de carrière pour chaque nouveau recruté, matérialisé par une fiche qui serait intitulée «Perspectives de carrières».

#### Objectif 2 : Donner une transparence aux nouveaux recrutés sur leurs conditions statutaires

Il apparaît important de pouvoir apporter aux nouveaux recrutés une lisibilité sur leur statut, sur leurs droits et leurs obligations. Les fiches de carrière permettront de donner une base à ces échanges et une certaine formalisation.

### ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

CME, chefs de Pôle, responsables de structure interne, UFR de Médecine.

### ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Direction des Affaires Médicales

### ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2<sup>ème</sup> trimestre 2016
- Objectif 2 : 2<sup>ème</sup> trimestre 2016

### ● INDICATEURS DE SUIVI

- Objectifs 1 et 2 :  
Nombre de fiches.

## Partie III : Renforcer la communauté médicale en donnant des perspectives aux jeunes praticiens

En appui des éléments décrits dans la première partie du Projet social, il apparaît nécessaire de proposer de nouvelles actions en matière de communication à l'attention du personnel médical. L'objectif est de renforcer l'esprit de communauté médicale, et la dynamique collective qui peut aujourd'hui faire défaut au sein du CHU.

Cet axe de lecture peut être appliqué à l'ensemble du Projet social, tant parmi l'ensemble des professionnels qu'au sein de chaque catégorie. Il semble toutefois nécessaire de le décliner par des actions précises, ciblées sur le personnel médical.

Ces actions relèvent avant tout de la communication. Elles doivent permettre de tenir informés les professionnels des projets en cours, des principales orientations retenues, et de pouvoir exprimer leur point de vue, leur ressenti, leurs propositions au cours d'échanges collégiaux.





Promoteur / Direction des Affaires Médicales

**OBJECTIFS :** - Créer un temps de rassemblement ouvert à l'ensemble de la communauté médicale  
- Partager avec l'assemblée les projets majeurs de l'institution

## PLANS D'ACTIONS

### Objectif 1 : Créer un temps de rassemblement ouvert à l'ensemble de la communauté médicale

De nombreux praticiens estiment aujourd'hui qu'il y a un manque de communication au sein de l'établissement, conduisant à remettre en cause l'existence d'une réelle « communauté » médicale. Cette assemblée, qui pourrait se tenir deux fois par an, constituerait un moment de rassemblement permettant à chacun de prendre conscience du rayonnement du CHU.

### Objectif 2 : Partager avec l'assemblée les projets majeurs de l'institution

Les réunions de cette assemblée permettraient de pouvoir communiquer sur les grands projets du CHU comme le Projet médical, ou le Projet immobilier. Elles permettraient également de sensibiliser les praticiens sur les objectifs de l'institution, en termes de qualité de la prise en charge par exemple, en bénéficiant d'un auditoire plus large qu'en CME. Les praticiens pourront également profiter de cette assemblée pour communiquer leur point de vue.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

CME

### PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Direction des Affaires Médicales

### INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Moments de convivialité

### CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectifs 1 et 2 : 2016

### INDICATEURS DE SUIVI

- Objectifs 1 et 2 : Nombre de participants.

Promoteur / Direction des Affaires Médicales

**OBJECTIFS :** - Avoir une communication ciblée sur la communauté médicale  
- Diffuser les orientations de l'établissement et les décisions prises par les instances

### ● PLANS D'ACTIONS

#### Objectif 1 : Avoir une communication ciblée sur la communauté médicale

Les moyens de communication directe avec la communauté médicale sont aujourd'hui assez limités. Il est donc envisagé de créer une lettre d'information qui lui soit spécialement dédiée.

#### Objectif 2 : Diffuser les orientations de l'établissement et les décisions prises par les instances

Cette lettre d'information permettrait de diffuser plus largement les décisions prises par les instances du CHU, l'état d'avancement des projets, l'actualité des sous-commissions de la CME.

### ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

CME et ses sous-commissions, Direction de la Communication.

### ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Direction des Affaires Médicales

### ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectifs 1 et 2 : Début 2016

### ● INDICATEURS DE SUIVI

- Objectifs 1 et 2 :  
Taux de satisfaction.



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS

# PROJET D'ÉTABLISSEMENT

2016 - 2020

Projet managérial





Introduction .....	277
<b>Chapitre 1 : La formation et l'accompagnement au pilotage des acteurs de la gouvernance des pôles .....</b>	<b>277</b>
- Mettre en place des séminaires de gouvernance institutionnels (Fiche 1) .....	279
- Créer une formation institutionnelle pour les trios de pôles (Fiche 2).....	281
- Mettre en œuvre un parcours de formation pour l'exercice des fonctions de chefs de pôles, ouvert aux responsables de structure interne (Fiche 3) .....	283
- Le développement des compétences des cadres supérieurs (Fiche 4).....	285
- Promouvoir la fonction de cadre administratif de pôle dans le cadre d'un fonctionnement institutionnel (Fiche 5).....	287
- Développer les compétences des responsables de structures internes en leur apportant des outils de management (Fiche 6).....	289
- Les cadres de santé : acteurs clés du relais de la politique institutionnelle (Fiche 7) .....	291
<b>Chapitre 2 : Le développement des compétences des professionnels au sein de l'institution .....</b>	<b>293</b>
- Renforcer les compétences managériales et accompagner les parcours professionnels des cadres de santé (Fiche 8) .....	295
- Valoriser la formation professionnelle pour encourager et développer des compétences stratégiques (Fiche 9).....	297
- Favoriser la mobilité et l'évaluation pour encourager le développement des projets professionnels (Fiche 10).....	299
- Accompagner le développement des études promotionnelles (Fiche 11).....	301
- Mettre en place une politique de développement professionnel continu (DPC) pour le personnel médical (Fiche 12).....	303
- Mettre en œuvre une politique de gestion prévisionnelle des métiers et compétences (Fiche 13).....	305
<b>Chapitre 3 : Le renforcement de la qualité de la prise en charge et de la qualité de vie au travail par le management des relations de travail .....</b>	<b>307</b>
- Développer la médiation et l'accompagnement des professionnels (Fiche 14).....	309
- Définir des relations sociales qui renforcent les collectifs de travail (Fiche 15).....	311



# Chapitre 1 : La formation et l'accompagnement au pilotage des acteurs de la gouvernance des pôles

## Introduction

Depuis 2005, le Pôle est le nouveau cadre de la gestion hospitalière et il est également l'entité fédératrice des projets. Ainsi les Pôles travaillent à rendre concrète la stratégie déterminée par le projet d'établissement.

Dans son projet d'établissement 2016-2020, le CHU de Reims souhaite réaffirmer la place du Pôle dans l'organisation de l'institution. Il s'agit aussi d'accompagner les acteurs de la gouvernance du Pôle pour garantir un fonctionnement optimal des organisations au service de la qualité des soins.

La gouvernance du Pôle s'appuie sur une pluralité d'acteurs. La diversité de leurs fonctions et de leurs rôles constitue une réelle opportunité, leur permettant, en travaillant ensemble, d'appréhender le périmètre du Pôle et son fonctionnement de manière globale et exhaustive. Il s'agit donc d'un gage de qualité dans le pilotage du Pôle. Toutefois la complémentarité entre les acteurs du Pôle est également source de complexité car travailler ensemble suppose effectivement de disposer d'un socle de connaissances et de références communes. Cela implique de proposer un accompagnement à la mesure des enjeux de l'établissement.

Le premier axe du projet managérial s'attache ainsi d'une part à préciser les missions de chacun au sein du Pôle et d'autre part à proposer à tous de développer des compétences partagées et spécifiques en matière de gestion et de management.

Cet accompagnement s'appuiera notamment sur une politique de formation affirmée, à destination des responsables médicaux et de l'encadrement soignant, administratif et technique.

Des formations spécifiques seront proposées en tenant compte des besoins exprimés par les professionnels et des compétences ciblées par l'établissement comme clés de réussite du management des Pôles.

Le management est aussi au service de l'évolution des compétences des différentes équipes médicales, soignantes, techniques et administratives. C'est en développant les compétences actuelles et en préparant celles de demain qu'un hôpital, et spécifiquement un Centre Hospitalier Universitaire, peut anticiper les futures évolutions médicales et faire face aux défis à venir.





**Promoteur** / Direction des Affaires Médicales / Pôle Ressources Humaines – Organisation des soins – Formation – Relations sociales

**Sources** / Travaux de l'ANAP sur les Pôles d'excellence

**OBJECTIFS :**

- Créer des temps d'échange sous forme de séminaire avec les trios de pôle et les responsables de structure interne
- Echanger lors de la première rencontre sur le projet managérial des pôles et les formations qui seront proposées

## PLANS D'ACTIONS

### Objectif 1 : Créer des temps d'échange sous forme de séminaire avec les trios de pôle et les responsables de structure interne

Il apparaît nécessaire dans la gouvernance du CHU de créer des temps d'échanges élargis permettant d'évoquer notamment les éléments de stratégies, les orientations de l'établissement pour l'avenir, et de façon plus large les politiques de santé. Ces séminaires regrouperaient les trios de pôles, les responsables de structure interne ainsi que l'équipe de direction. Ils pourraient être organisés une à deux fois par an, avec une approche ouverte et participative.

### Objectif 2 : Echanger lors de la première rencontre sur le projet managérial des pôles et les formations qui seront proposées

Ce séminaire pourrait être réuni au premier trimestre 2016 afin d'échanger sur la mise en œuvre du projet d'établissement, et plus particulièrement du projet managérial. A cette occasion les participants pourront faire part de leurs attentes concernant la gouvernance du CHU et le fonctionnement des pôles. Cela permettra également d'échanger sur les périmètres et les fonctions de chacun au sein des pôles. Les modules de formation décrits dans les fiches actions suivantes pourront être adaptés selon les conclusions du séminaire.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Pôles cliniques, médico-techniques et administratifs.

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Direction générale
- Pôle Ressources Humaines (DRH – DSIRMT – IRF)
- Direction des Affaires Médicales

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2016-2020
- Objectif 2 : 2016

## INDICATEURS DE SUIVI

- Objectif 1 :  
Taux de participation
- Objectif 2 :  
Validation des modules de formation.



**Promoteur** / Direction des Affaires Médicales / Pôle Ressources Humaines – Organisation des soins – Formation – Relations sociales

**Sources** / Travaux de l'ANAP sur les Pôles d'excellence

- OBJECTIFS :**
- Construire des parcours de formation adaptés et des modules communs au trio de Pôle
  - Permettre aux Pôles de construire un modèle de gouvernance efficient au sein du trio de Pôle
  - Définir une cohérence institutionnelle dans le management individuel et collectif

## PLANS D'ACTIONS

### Objectif 1 : Construire des parcours de formation adaptés et des modules communs au trio de Pôle

Les Pôles constituent aujourd'hui le premier échelon de décision de gestion sur de nombreux sujets. Pour autant, les responsables médicaux et non médicaux de Pôle n'ont pas forcément les outils réglementaires et managériaux nécessaires pour assumer ces fonctions. A ce titre, une réflexion sur la création d'un module de formation pour les chefs de Pôle a été menée en 2013 et des formations pour les cadres supérieurs de Pôle ont été mises en œuvre dès 2014. Il apparaît aujourd'hui nécessaire de compléter ces démarches en proposant aux responsables de Pôle de l'établissement une formation en vue d'acquies les outils leur permettant d'exercer au mieux leurs fonctions, de renforcer leurs compétences managériales et de gestion de projet. L'objectif est à la fois de prévoir des formations spécifiques à chaque fonction (cf. fiches actions 2, 3 et 4) et d'organiser des modules communs aux trois acteurs de la gouvernance du Pôle.

### Objectif 2 : Permettre aux Pôles de construire un modèle de gouvernance efficient au sein du trio de Pôle

Cette formation constitue également une occasion importante pour permettre aux managers d'évoquer ensemble les modalités de fonctionnement internes aux Pôles. Il s'agit, par exemple, de réfléchir à l'organisation des Pôles et de leur management, à la place que chaque responsable y occupe, à ses missions et à ses objectifs. L'objectif est d'améliorer le positionnement et le portage de projets au sein de leur Pôle et au niveau institutionnel. Dans le cadre de cette définition des compétences, il convient d'aborder les thématiques sur la gestion opérationnelle, le pilotage, la démarche qualité, le développement d'activité et les filières de soins notamment pour identifier le rôle et la place de chaque acteur.

### Objectif 3 : Apporter une cohérence institutionnelle dans le management individuel et collectif

Alors que le CHU définit par son projet d'établissement les grandes lignes de sa stratégie pour les prochaines années, il apparaît indispensable de mettre également en cohérence les approches managériales des responsables médicaux et non médicaux pour renforcer la dynamique. En effet, le management constitue un vecteur important de valeurs, apte à renforcer le sentiment d'appartenance à l'établissement.

---

## ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Pôles cliniques, médico-techniques et administratifs.

---

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pôle Ressources Humaines (DRH – DSIRMT – IRF)
  - Direction des Affaires Médicales
- 

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016-2020**
- **Objectif 2 : 2017**
- **Objectif 3 : 2016-2020**

## ● INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**  
Nombre de formations dédiées
- **Objectif 2 :**  
Mise en place d'espaces d'échanges internes aux Pôles
- **Objectif 3 :**  
Nombre de projets pilotés par le trio de Pôle (assemblée générale du Pôle, bilan annuel d'activité du Pôle auprès de tout le personnel du Pôle, etc.)

Promoteur / Direction des Affaires Médicales

- OBJECTIFS :**
- Compléter la réflexion engagée lors du séminaire de travail du Directoire en formation élargie
  - Construire avec les chefs de Pôle les outils de travail appropriés à leurs fonctions
  - Créer à l'occasion de ces formations un espace d'échanges sur les pratiques des différents chefs de Pôle
  - Renforcer la cohésion avec les responsables de structures internes

## PLANS D'ACTIONS

### Objectif 1 : Compléter la réflexion engagée lors du séminaire de travail du Directoire en formation élargie

Le séminaire organisé en novembre 2013 dans le cadre des réunions du Directoire en formation élargie a permis d'engager une réflexion sur la création d'un module de formation pour les chefs de Pôle. Cette démarche s'appuie sur une dynamique législative et réglementaire. Il apparaît aujourd'hui important de la compléter en proposant aux chefs de Pôle de l'établissement une formation leur permettant d'acquérir les outils afin d'exercer au mieux leurs fonctions.

### Objectif 2 : Construire avec les chefs de Pôle les outils de travail appropriés à leurs fonctions

Les thématiques suivantes seront abordées :

- > la gestion de projets et ses outils (conduite de réunions, outils de gestion, etc.),
- > les analyses médico-économiques (tableaux de bord, etc.),
- > la communication et ses outils,
- > le positionnement du chef de Pôle au sein de l'institution, et en lien avec les autres acteurs du Pôle (aspects réglementaires, leadership, etc.).

### Objectif 3 : Créer à l'occasion de ces formations un espace d'échanges sur les pratiques des différents chefs de Pôle

Ce parcours de formation constituera un espace d'échanges entre chefs de Pôle, à même de partager les pratiques de chacun, les difficultés rencontrées et les méthodes employées pour les dépasser.

### Objectif 4 : Renforcer la cohésion avec les responsables de structure internes

Les responsables de structure interne notamment à l'occasion d'une prise de fonction, mais aussi en fonction de leur souhait, intégreront les dispositifs de formation sur une ou plusieurs thématiques.

---

## **AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET**

Pôles cliniques, médico-techniques.

---

### **PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET**

- Direction des Affaires Médicales
- Directeurs Délégués de Pôle

### **INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES**

- Financement du parcours de formation (intervenants extérieurs, frais de formation, etc.)
- 

### **CALENDRIER DE RÉALISATION**

- **Objectif 1 : 1<sup>er</sup> trimestre 2016**
- **Objectif 2 : 2016-2020**
- **Objectif 3 : 2016-2020**
- **Objectif 4 : 2016-2020**

### **INDICATEURS DE SUIVI**

- **Objectif 1 :**  
Validation du parcours de formation
- **Objectif 2 :**  
Ouverture du parcours de formation
- **Objectif 3 :**  
Taux de participation des chefs de Pôle
- **Objectif 4 :**  
Taux de participation des responsables de structure interne.

Promoteur / Pôle Ressources Humaines – Organisation des soins – Formation – Relations sociales

- OBJECTIFS :**
- Transmettre aux cadres supérieurs les clefs de lecture de la politique de santé
  - Favoriser le développement des compétences des cadres supérieurs nécessaires au pilotage des projets de Pôle
  - Renforcer la cohésion du collectif cadres supérieurs de santé

## PLANS D' ACTIONS

### Objectif 1 : Transmettre aux cadres supérieurs les clefs de lecture de la politique de santé

Les politiques nationales de santé orientent les décisions stratégiques institutionnelles et doivent être à ce titre explicitées aux cadres supérieurs.

Cette démarche est de nature à favoriser les échanges, le développement d'une pédagogie autour des décisions prises et leurs déclinaisons à l'échelle des Pôles.

Ce travail permettra de donner du sens aux projets portés.

Il permettra par exemple en 2016 d'accompagner le déploiement de la future loi de santé en présentant les évolutions majeures de ce texte et notamment la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire.

### Objectif 2 : Favoriser le développement des compétences des cadres supérieurs nécessaires au pilotage des projets de Pôle

L'accompagnement du développement des compétences des cadres supérieurs est un des objectifs prioritaires du projet managérial.

Des formations sous la forme de séminaires et de journées de conférences seront proposées chaque année à partir d'une thématique spécifique (efficacité et qualité en 2016).

Ce choix permettra de définir les axes de formation correspondant aux attentes des cadres de Pôles et traduisant l'exigence attendue à l'exercice de leur fonction (sans déconnecter ces éléments de la pratique quotidienne).

### Objectif 3 : Renforcer la cohésion du collectif cadres supérieurs de santé

Le groupe des cadres supérieurs porte des projets au sein des Pôles, mais aussi au plan institutionnel. La construction d'un collectif dynamique est de nature à faciliter le développement des compétences individuelles tout en créant un climat de travail plus sécurisant.

En ce sens, des temps communs d'information seront mis en place et un positionnement des cadres supérieurs de santé comme acteurs dans le pilotage de l'institution sera soutenu par la DSIRMT.

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pôle Ressources humaines (DSIRMT / DRH)

## INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Coût des programmes des formations annuelles

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2016-2020
- Objectif 2 : 2016-2020
- Objectif 3 : 2016-2020

## INDICATEURS DE SUIVI

- Objectif 1 :  
Nombre de temps d'information et d'échanges sur les grandes orientations en santé
- Objectif 2 :  
Nombre de formations annuelles
- Objectif 3 :  
Taux de participation aux temps collectifs.





**Promoteur** / Pôle Finances – Pilotage Médico-économique – Système d'information

**Sources** / Profil de fonction institutionnel du cadre administratif de Pôle

- OBJECTIFS :**
- Promouvoir le positionnement du cadre administratif de Pôle (CAP) au sein de l'établissement
  - Développer le rôle d'appui auprès du chef de Pôle dans une perspective institutionnelle
  - Harmoniser les méthodes par la mise en place de temps d'échange

## PLANS D'ACTIONS

### Objectif n°1 : Promouvoir le positionnement du cadre administratif de Pôle au sein de l'établissement

Il s'agit d'envisager le rôle et la place des CAP afin d'établir une redéfinition des missions et du positionnement attendu dans une perspective d'harmonisation de leur fonctionnement. A cette fin, il convient de définir les compétences attendues et de mettre en place un accompagnement à la prise de fonction. Dès lors, la mise en place d'étapes préalables à la prise de fonction et l'établissement d'un suivi des objectifs et des missions doivent être organisés. A la faveur de ce positionnement, un projet de formation personnalisé pour chaque CAP sera co-construit par le Pôle Finances et le professionnel en lien avec les projets à conduire par les Pôles.

### Objectif n°2 : Développer le rôle d'appui auprès du chef de Pôle dans une perspective institutionnelle

Le CAP est rattaché fonctionnellement au chef de Pôle. Il est nécessaire d'apporter les outils et la méthodologie de projet notamment sur le plan de

la gestion administrative. L'objectif retenu est de lui permettre d'assurer le suivi médico-économique de l'activité du Pôle et de s'inscrire dans la gestion des personnels administratifs du Pôle. Le CAP est inscrit dans la démarche d'élaboration, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du projet et du contrat de Pôle. A cet égard, il sera en mesure de proposer des actions stratégiques.

### Objectif n°3 : Harmoniser les méthodes par la mise en place de temps d'échange animés par le Pôle Finances

Compte tenu du périmètre des missions exercées, un rattachement hiérarchique au Directeur du Pôle Finances apparaît pertinent. Une animation de ce collectif de cadres administratifs sera mise en place par le Pôle Finances.

L'harmonisation des fonctionnements dans une logique inter-Pôle sera conduite par le Pôle Finances afin de favoriser les liens entre les Pôles cliniques et médico-techniques.

Dans le cadre d'un lien fonctionnel, le directeur délégué du Pôle sera en mesure de fixer des objectifs en cohérence avec les projets engagés et en correspondance avec le fonctionnement institutionnel.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Chefs de Pôle, Directeurs délégués de Pôle, Pôle Ressources Humaines (DRH)

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pôle Finances – Pilotage Médico-économique – Système d'information

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016-2020**
- **Objectif 2 : 2016**
- **Objectif 3 : 2016-2020**

## INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**  
Nombre de CAP ayant suivi les formations identifiées et prévues
- **Objectif 2 :**  
Étude annuelle sur le positionnement des CAP
- **Objectif 3 :**  
Mise en place de réunions du collectif.

Promoteur / Direction des Affaires Médicales

**OBJECTIFS :** - Créer des journées de formation pour les responsables de structure interne  
- Construire avec les responsables de structure interne des outils de management adaptés  
- Développer le recours aux fiches de postes et aux entretiens d'évaluation pour le personnel médical

## PLANS D' ACTIONS

### Objectif 1 : Créer des journées de formation pour les responsables de structure interne

Les échanges avec le personnel médical permettront d'identifier un besoin de formation au rôle de manager chez les responsables médicaux.

### Objectif 2 : Construire avec les responsables de structure interne des outils de management adaptés

L'objectif principal de ces formations consiste à construire avec les responsables de structure interne des outils de management adaptés à leur positionnement au sein de l'institution. Cela concerne la réglementation (statuts, temps de travail, etc.), mais également les savoir-faire et les savoir-être, clés du management.

### Objectif 3 : Développer le recours aux fiches de postes et aux entretiens d'évaluation pour le personnel médical

En parallèle de ces formations, une réflexion sera engagée pour mettre à disposition des responsables de structure interne deux outils importants pour le management de leur équipe :

- > Un modèle de fiche de poste, permettant de définir les périmètres d'activités, les compétences et les responsabilités de chaque praticien,
- > Un guide de l'entretien d'évaluation, permettant d'aborder de façon annuelle le positionnement de chaque praticien, ses objectifs et ses projets.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Pôles cliniques et médico-techniques, structures internes, Commission Médicale d'Etablissement.

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Direction des Affaires Médicales
- Directeurs Délégués de Pôle

## INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Organisation des formations avec l'appui d'un prestataire extérieur.

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2017
- Objectif 2 : 2017
- Objectif 3 : 2017

## INDICATEURS DE SUIVI

- Objectif 1 :  
Ouverture de la formation
- Objectif 2 :  
Taux de satisfaction des participants
- Objectif 3 :  
Utilisation des outils.



Promoteur / Pôle Ressources Humaines – Organisation des soins – Formation – Relations sociales

**OBJECTIFS :**

- Transmettre aux cadres de santé les clés de lecture de la politique de santé
- Communiquer autour des stratégies institutionnelles
- Favoriser le développement des compétences des cadres de santé nécessaires au pilotage de leurs projets

## PLANS D' ACTIONS

### Objectif 1 : Transmettre aux cadres de santé les clés de lecture de la politique de santé

Les politiques nationales de santé orientent les axes régionaux de la politique de soins. Le sens de ces reformes requiert pour les acteurs qui les portent et les déclinent au niveau opérationnel d'en comprendre le sens et les enjeux.

Les cadres de santé peuvent parfois avoir le sentiment d'une perte de repère face à ces stratégies nationales, notamment en lien avec les orientations les plus restructurantes.

Une présentation des principales orientations et des changements qu'elles induisent sera proposée aux cadres sous la forme d'un temps de travail laissant la place à l'interactivité.

### Objectif 2 : Communiquer autour des stratégies institutionnelles

Les établissements de santé sont confrontés à des enjeux nécessitant des adaptations de leurs organisations.

Les cadres de santé sont les acteurs clés de la

déclinaison des politiques institutionnelles au plus près du patient et au cœur des unités de soins.

Afin de fédérer le collectif cadres, les assemblées générales des cadres sont le lieu privilégié de présentation des orientations politiques et des projets de l'établissement.

Un cycle de quatre assemblées générales des cadres par an permet cette transmission d'information.

### Objectif 3 : Favoriser le développement des compétences des cadres de santé nécessaires au pilotage de leurs projets

Une formation sera proposée aux cadres de santé ayant comme objectifs :

- > de développer les compétences clés du cadre,
- > de fédérer le collectif cadres autour de principes managériaux communs,
- > de comprendre et mettre en œuvre la politique institutionnelle afin d'accompagner les changements,
- > de définir sa fonction de manager de proximité au regard du contexte évolutif.

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pôle Ressources Humaines (DSIRMT / DRH)

## INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Coût de formation annuelle

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016**
- **Objectif 2 : 2016-2020**
- **Objectif 3 : 2016-2020**

## INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**  
Nombre de thématiques proposées en groupe de travail
- **Objectif 2 :**  
Nombre d'assemblées générales des cadres organisées chaque année
- **Objectif 3 :**  
Nombre de formations proposées aux cadres de santé en lien avec le développement des compétences et leurs besoins identifiés.

## Chapitre 2 : Le développement des compétences des professionnels au sein de l'institution

### Introduction

Promouvoir le renforcement et le développement des compétences des agents du CHU est l'un des objectifs de l'institution pour son projet d'établissement 2016-2020. En effet, le développement des compétences est un gage de qualité du service rendu et de sécurité de la prise en charge. Mais il représente également la reconnaissance de l'établissement envers ses collaborateurs.

L'accompagnement des agents dans la construction de leur parcours professionnel sera un axe affirmé de la politique sociale du CHU de Reims, inscrite dans son projet managérial.

La politique de développement des compétences s'appuiera sur plusieurs leviers :

- > Les cadres seront sensibilisés et formés à l'enjeu que représentent le repérage des talents et l'accompagnement des agents dans la définition d'un projet professionnel.
- > L'investissement de l'établissement en matière de formation professionnelle continue, permettant le perfectionnement des pratiques et l'acquisition de connaissances, sera maintenu et affirmé. L'offre de formation professionnelle continue veillera à s'adapter aux souhaits de formation exprimés par les agents, et aux compétences attendues par l'institution, de façon à assurer un développement des compétences conforme aux besoins de tous et de chacun.

Le Développement Professionnel Continu (DPC), au cœur du dispositif global de la formation professionnelle continue, sera enrichi et valorisé.

- > Les études promotionnelles, levier efficace de promotion sociale et de construction d'une carrière, seront mieux structurées. Ce travail permettra d'assurer un accompagnement individuel à chaque agent entrant dans un cursus d'études promotionnelles.
- > Afin de mieux préparer et anticiper les projets des agents et les corrélés aux besoins de l'établissement, une politique forte de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) sera menée au CHU de Reims. Cette politique placera les compétences professionnelles au cœur des parcours au sein de l'institution.

Grâce à une politique globale d'anticipation des besoins et d'accompagnement des projets, le développement des compétences promu par le CHU de Reims, sera favorable aussi bien à l'établissement et à ses organisations, qu'aux agents et à leur carrière.





Promoteur / Pôle Ressources Humaines – Organisation des soins – Formation – Relations sociales

**OBJECTIFS :**

- Définir les modalités de repérage des potentiels des soignants souhaitant s'engager dans la fonction d'encadrement
- Définir le processus de sélection des professionnels
- Construire le parcours professionnel des futurs cadres de santé
- Mettre en place des outils à destination de l'encadrement et des faisant-fonction afin de structurer l'accompagnement
- Structurer et accompagner les cadres de santé en post-IFCS

## PLANS D'ACTIONS

La mise en place du projet managérial s'inscrit dans une dynamique institutionnelle de politique de management. Ce projet est basé sur le fondement de valeurs professionnelles partagées par l'ensemble de l'encadrement.

Un séminaire de travail avec l'encadrement a permis de définir des valeurs professionnelles fortes comme la loyauté, l'engagement, l'éthique qui accompagnent nos pratiques managériales.

### Objectif 1 : Définir les modalités de repérage des potentiels des soignants souhaitant s'engager dans la fonction d'encadrement

Le projet de devenir cadre de santé s'inscrit dans un processus de construction identitaire souvent mûri pendant plusieurs années d'exercice professionnel. Les cadres de santé et les cadres supérieurs de santé sont les acteurs privilégiés pour l'identification des futurs potentiels.

L'entretien professionnel est un temps privilégié permettant de formaliser les projets professionnels des agents. Ainsi, ce temps d'échange permet d'apprécier certaines aptitudes requises par ce nouveau métier : implication, engagement, et capacité à assumer des responsabilités. A ce stade, l'encadrement pourra le cas échéant valider la crédibilité du projet et définir avec l'agent les axes d'amélioration et d'engagement.

### Objectif 2 : Définir le processus de sélection des professionnels

La Direction des Ressources Humaines et la Direction des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques doivent construire un processus de sélection des candidats définissant des règles claires et partagées.

Ces éléments sont à définir en s'appuyant sur le travail d'un groupe projet composé de cadres supérieurs de santé, de cadres de santé et de faisant-fonction de cadres de santé permettant de construire un processus complet de sélection des candidats.

### Objectif 3 : Construire le parcours professionnel des futurs cadres de santé

Le temps d'apprentissage en tant que faisant-fonction est une étape de confirmation du projet. Il permet de confirmer les aptitudes du candidat à s'engager dans des fonctions d'encadrement mais contribue aussi à la construction de son identité professionnelle.

### Objectif 4 : Mettre en place des outils à destination de l'encadrement et des faisant-fonction afin de structurer l'accompagnement

La définition d'une fiche de poste du faisant-fonction permet de préciser les compétences et les missions attendues par l'institution pour ce dernier. De même, le plan de formation constitue un outil pertinent permettant d'accompagner le professionnel dans l'apprentissage de ses fonctions.

### Objectif 5 : Structurer l'accompagnement des cadres de santé en post-IFCS

La prise de poste du cadre nouvellement diplômé s'inscrit dans un processus de conversion identitaire, véritable concrétisation du projet cadre. Les modalités d'accueil, d'intégration et d'accompagnement du nouveau professionnel seront définies et permettront de faciliter la prise de poste.

---

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Pôles cliniques et médico-techniques, représentants du personnel

---

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pôle Ressources Humaines (DRH / DSIRMT)
  - Groupe projet cadres de santé
- 

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectifs 1 et 2 : 1<sup>er</sup> trimestre 2016
- Objectifs 3 et 4 : Février 2016
- Objectif 5 : 2016-2017

## INDICATEURS DE SUIVI

- Objectifs 1 et 2 :  
Mise en place de la procédure de repérage des potentiels cadres de santé
- Objectifs 3 et 4 :  
Nombre d'outils mis à disposition de l'encadrement et Faisant Fonction de Cadres de Santé
- Objectif 5 :  
Nombre de tutorats engagés et formations proposées aux nouveaux cadres de santé.

Promoteur / Pôle Ressources Humaines – Organisation des soins – Formation – Relations sociales

- OBJECTIFS :**
- Définir annuellement des axes prioritaires de formation au regard des projets et des besoins en compétence de l'établissement
  - Proposer des méthodes pédagogiques innovantes permettant d'enrichir l'offre de formation professionnelle
  - Poursuivre la communication sur l'offre et les différents dispositifs de formation afin d'aider le professionnel à construire son projet

## PLANS D'ACTIONS

### Objectif 1 : Définir annuellement des axes prioritaires de formation au regard des projets et des besoins en compétence de l'établissement

Le plan de formation de l'établissement est élaboré à partir des souhaits de formation des agents, exprimés lors de l'entretien de formation. Ces souhaits sont priorisés par l'encadrement du Pôle et par la Direction des Ressources Humaines. A ces demandes individuelles s'ajoutent les projets de Pôles ainsi que les formations institutionnelles proposées par l'établissement.

Dès 2016, des axes annuels prioritaires, construits par le Pôle Ressources Humaines, viendront enrichir le plan de formation.

Ces axes prioritaires correspondront à des besoins en formation identifiés et à l'image d'une politique institutionnelle forte sur ces thématiques.

### Objectif 2 : Proposer des méthodes pédagogiques innovantes permettant d'enrichir l'offre de formation professionnelle

Le CHU de Reims souhaite promouvoir les méthodes pédagogiques innovantes, comme le e-learning et la simulation en santé (cf. volet enseignement du Projet Médical et Projet de Soins).

Ces nouvelles méthodes ont pour objectif de compléter l'offre de formation, en s'adressant à un public large et en garantissant l'acquisition des bonnes pratiques en lien avec les connaissances théoriques acquises.

En ce sens, le plan de formation s'attachera à développer et valoriser une offre s'appuyant sur ces nouvelles méthodes pédagogiques. Des plateaux et supports techniques permettant le développement des méthodes pédagogiques innovantes seront déployés.

### Objectif 3 : Poursuivre la communication sur l'offre et les différents dispositifs de formation afin d'aider le professionnel à construire son projet

Les différents dispositifs de formation sont parfois insuffisamment connus des agents et de l'encadrement. Des actions de communication et de sensibilisation seront menées par le Secteur de Formation – DPC de la DRH à destination des professionnels. Les agents auront ainsi une meilleure connaissance des différents dispositifs. Les cadres seront dès lors en mesure d'aider les agents à préparer et construire leur projet professionnel.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Encadrement supérieur et encadrement de proximité.

---

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pôle Ressources Humaines (DRH et DSIRMT, Secteur de Formation – DPC de la DRH)

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Pas d'incidence particulière sur le plan de formation : développement des outils pédagogiques innovants à coût constant.

---

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016-2020**
- **Objectif 2 : 2016**
- **Objectif 3 : 2017**

## ● INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**
  - Taux de participation aux axes prioritaires
  - Satisfaction des participants et de l'encadrement (mesurée grâce aux évaluations)
- **Objectif 2 :**
  - Nombre de formations faisant appel aux méthodes innovantes
  - Nombre d'agents formés selon ces méthodes
- **Objectif 3 :**
  - Élaboration de supports écrits (articles, plaquettes informatives...).

Promoteur / Pôle Ressources Humaines – Organisation des soins – Formation – Relations sociales

- OBJECTIFS :**
- Structurer au niveau institutionnel les processus de mobilité des agents en offrant une visibilité des vacances de postes
  - Favoriser la mobilité intra Pôle afin de développer les compétences des professionnels
  - Faire de l'entretien d'évaluation un outil du management par objectifs
  - Structurer l'entretien de formation sous l'angle du développement professionnel

## PLANS D'ACTIONS

### Objectif 1 : Structurer au niveau institutionnel les processus de mobilité des agents en offrant une visibilité des vacances de postes

Afin d'encourager la mobilité des agents, des procédures sont en cours de structuration pour clarifier les processus de candidatures en cas de vacance de postes au sein de l'établissement.

Ces procédures seront présentées à l'encadrement et disponibles sur l'intranet afin de permettre à chaque agent d'en prendre connaissance.

Des avis de vacance de postes seront publiés systématiquement sur l'intranet et affichés dans l'établissement de façon à assurer une transparence sur l'ensemble des postes à pourvoir et permettre aux professionnels une démarche active de recherche.

Pour l'encadrement, il est privilégié des mobilités en inter Pôle après une période de référence d'exercice de plusieurs années. Ces mobilités sont également favorisées entre l'Institut Régional de Formation et les services de soins.

### Objectif 2 : Favoriser la mobilité intra Pôle afin de développer les compétences des professionnels

Afin de faciliter la mobilité des agents, des prérequis organisationnels nécessaires à la mise en place de la mobilité intrapôle devront être définis par l'encadrement. Ces prérequis doivent permettre une bonne harmonisation des pratiques au sein du Pôle. Cette première étape est indispensable, car elle sécurise la prise de poste des agents en mobilité intrapôle et facilite ainsi la période d'adaptation.

Les profils concernés par la mobilité devront être ciblés en amont par l'encadrement et le périmètre à définir selon les besoins institutionnels. Selon les compétences attendues, la mobilité pourra être totale ou ne concerner que certains services ou certaines spécialités.

### Objectif 3 : Faire de l'entretien d'évaluation un outil du management par objectifs

Afin de confirmer l'engagement de l'établissement dans une politique de ressources humaines agile et attractive, il convient de développer des entretiens avec les personnels d'encadrement notamment sous la forme d'entretiens fixant les objectifs et évaluant les résultats. Tous les agents pourraient le cas échéant en bénéficier par le biais de l'entretien d'évaluation annuel. L'entretien permettra d'évaluer les compétences, les projets portés et les résultats attendus au regard des objectifs fixés individuellement.

### Objectif 4 : Structurer l'entretien de formation sous l'angle du développement professionnel

Afin d'encourager la mobilité des agents, l'entretien de formation annuel est l'occasion de décrire les compétences attendues et les compétences clés à acquérir dans le cadre d'un projet professionnel construit. La mobilité interne ou la promotion professionnelle pourront être ainsi anticipées au bénéfice de l'agent et de l'institution.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Encadrement supérieur et encadrement de proximité, ANFH.

---

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pôle Ressources Humaines (DRH et DSIRMT)

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Pas d'incidence particulière.

---

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2016
- Objectif 2 : 2016-2018
- Objectif 3 : 2016-2019
- Objectif 4 : 2016-2019

## ● INDICATEURS DE SUIVI

- Objectif 1 :
  - Publication sur l'intranet de protocoles de vacances de postes
  - Publication d'avis de vacances de postes
- Objectif 2 :
  - Protocoles d'homogénéisation des pratiques
  - Ratios de mobilité sur le Pôle
- Objectif 3 :  
Nombre d'utilisateurs de GESFORM GPMC
- Objectif 4 :  
Nombre d'utilisateurs de GESFORM Evolution.

Promoteur / Pôle Ressources Humaines – Organisation des soins – Formation – Relations sociales

- OBJECTIFS :**
- Promouvoir au sein de l'encadrement le repérage et l'émergence des talents
  - Communiquer avec l'agent sur la fiabilité et la validité de son projet
  - Sensibiliser sur la fonction des études promotionnelles
  - Formaliser l'accompagnement individuel et collectif
  - Mettre en place une évaluation postérieure à la prise de poste et des retours d'expérience (RETEX)

## PLANS D'ACTIONS

### Objectif 1 : Promouvoir au sein de l'encadrement le repérage et l'émergence des talents

Afin de permettre l'identification des potentiels au sein de l'établissement, une méthodologie d'accompagnement sera mise en place. Centrée sur les compétences clés, la vérification des prérequis, la mise en place d'étapes préalables, elle permettra de mettre en adéquation les potentiels au regard des besoins de l'établissement dans le cadre de la politique de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.

### Objectif 2 : Communiquer avec l'agent sur la fiabilité et la validité de son projet avant, pendant et après son départ en formation

Des temps d'échanges en fonction du profil de l'agent seront mis en place. Un suivi par le biais d'entretiens pendant la scolarité sera mis en œuvre avec la DSIRMT et le Directeur de l'Ecole/Institut pour sécuriser les parcours. Cette démarche sera suivie d'un accompagnement post-formation afin d'assurer l'intégration idéale dans la nouvelle fonction.

### Objectif 3 : Sensibiliser sur la fonction des études promotionnelles

Une campagne de promotion de l'investissement de l'établissement dans cette politique sera réalisée et une clarification des critères d'attribution des financements des études promotionnelles auprès des professionnels sera envisagée.

Ce financement devra attester de la reconnaissance d'un investissement de la part du professionnel et d'un projet professionnel co-construit et argumenté.

L'engagement de l'agent au sein de l'institution et dans la réussite de sa formation devra être à la hauteur de l'investissement de l'établissement.

### Objectif 4 : Formaliser l'accompagnement individuel et collectif

Une définition et un portage du projet du professionnel au regard des aptitudes, de l'expérience et des évaluations professionnelles seront exigés avant de pouvoir prétendre à un accompagnement méthodologique ou financier. Dès lors, des étapes du parcours professionnel envisagé seront validées autour de l'organisation de temps d'échanges avec la Direction et de retours d'expériences de professionnels ayant bénéficié d'études promotionnelles.

### Objectif 5 : Mettre en place une évaluation postérieure à la prise de poste et des retours d'expérience (RETEX) dans une démarche d'amélioration continue

Un dispositif d'évaluation sera nécessaire pour évaluer la pertinence des critères d'évaluation et de financement. Des échanges avec les professionnels ayant bénéficié des études promotionnelles seront organisés en lien avec l'encadrement pour améliorer la démarche de détection, d'accompagnement et de prise de fonction.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Représentants du personnel, encadrement tous secteurs.



---

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pôle Ressources Humaines (DRH et DSIRMT)

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Financement dans le cadre de l'enveloppe du Fonds mutualisé des études promotionnelles (FMPE) de l'ANFH et du plan de formation de l'établissement.

---

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2016-2020
- Objectif 2 : 2016
- Objectif 3 : 2016-2017
- Objectif 4 : 2017
- Objectif 5 : 2018

## ● INDICATEURS DE SUIVI

- Objectif 1 :  
Protocole de fonctionnement diffusé et utilisé
- Objectif 2 :  
Mise en place de temps de rencontres collectifs
- Objectif 3 :  
Nombre d'articles publiés et inscription à l'ordre du jour d'assemblées générales Cadres
- Objectif 4 :  
Nombre de temps de rencontres individuelles et nombre de préparations aux concours
- Objectif 5 :  
Évaluations du dispositif.

Promoteur / Pôle Ressources Humaines – Organisation des soins – Formation – Relations sociales

- OBJECTIFS :**
- Finaliser la désignation de référents DPC médical au sein des Pôles
  - Relancer le travail de la sous-commission DPC de la CME
  - Mettre en cohérence la démarche qualité avec la politique de formation continue
  - Compléter le programme d'offre de formation DPC du CHU

## PLANS D' ACTIONS

### Objectif 1 : Finaliser la désignation de référents DPC médical au sein des Pôles

Les Pôles ont été sollicités afin de désigner des référents DPC, tant sur le plan médical que non médical. Aujourd'hui, certains Pôles n'ont pas procédé à cette désignation particulièrement pour le versant médical. Il conviendra en conséquence de finaliser cette démarche. Ces référents pourront constituer un relais au sein des Pôles, et auprès de leurs collègues pour véhiculer des messages, relayer des difficultés, et accompagner la dynamique institutionnelle.

### Objectif 2 : Relancer le travail de la sous-commission DPC de la CME

Une nouvelle sous-commission DPC a été mise en place en septembre 2015. Cela constitue une occasion de relancer une politique de formation continue et de redéfinir les règles de prise en charge financière.

### Objectif 3 : Mettre en cohérence la démarche qualité avec la politique de formation continue

Il apparaît primordial de replacer la formation continue dans un cadre plus collectif, au niveau des équipes médicales mais également de l'institution. Le lien doit particulièrement être établi avec la démarche qualité, qui se veut aujourd'hui permanente. Cela conduira à proposer des orientations prioritaires en termes de formation continue, et à moduler les prises en charge financières selon celles-ci. Il conviendra également de développer les réunions communes des sous-commissions DPC et EPP de la CME.

### Objectif 4 : Compléter l'offre de formation DPC du CHU

De nombreuses actions de formation sont réalisées aujourd'hui au sein des équipes médicales du CHU sans reconnaissance institutionnelle interne comme externe. Il y a un intérêt stratégique fort pour le CHU, en lien avec le volet enseignement du projet médical / projet de soins, à formaliser ces formations afin de pouvoir les proposer à un public plus large, et à en faire un outil de communication et de rayonnement stratégique sur le territoire.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Direction des Ressources Humaines, CME, partenaires extérieurs.

---

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Direction des Affaires Médicales

## INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Prises en charge financières sur l'enveloppe dédiée auprès de l'ANFH

---

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectifs 1 et 2 : Fin 2015
- Objectif 3 : 1<sup>er</sup> semestre 2016
- Objectif 4 : Fin 2016

## INDICATEURS DE SUIVI

- Objectif 1 :  
Nombre de référents DPC médical
- Objectif 2 :  
Taux de participation à la sous-commission DPC
- Objectif 3 :  
Nombre de réunions communes des sous-commissions DPC et EPP
- Objectif 4 :  
Nombre de programmes.

Promoteur / Pôle Ressources Humaines – Organisation des soins – Formation – Relations sociales

- OBJECTIFS :**
- Adapter la cartographie des métiers de l'établissement et favoriser la reconnaissance du travail individuel
  - Lier au sein des Pôles l'évaluation annuelle des compétences et les besoins de formation
  - Intégrer la logique de développement professionnel continu à une dynamique de formation institutionnelle
  - Disposer d'un bilan des postes vacants dans l'établissement et réaliser une projection des départs
  - Communiquer au sein de l'établissement sur la démarche

## PLANS D'ACTIONS

### Objectif 1 : Adapter la cartographie des métiers de l'établissement et favoriser la reconnaissance du travail individuel

Déterminer les métiers de l'établissement et les effectifs associés, adapter les actions en fonction du contexte de l'établissement sur les métiers en tension, émergents et en décroissance, réaliser à intervalles réguliers des analyses quantitatives et qualitatives sur les métiers présentés au sein de la cartographie, identifier les besoins immédiats et prévisionnels. Une attention particulière sera portée sur les postes adaptables aux personnes en situation de handicap.

### Objectif 2 : Lier au sein des Pôles l'évaluation annuelle des compétences et les besoins de formation identifiés dans les fonctions exercées

Déterminer les compétences à développer au sein de l'établissement au moment des évaluations annuelles, impliquer les Pôles dans des démarches de projets de Pôles ou de services au regard des besoins de formations constatés, accompagner les départs en retraite par l'anticipation du développement de compétences au regard des besoins prévisionnels, accompagner les cadres dans le développement de la GPMC par la mise en place d'une formation dédiée.

### Objectif 3 : Intégrer la logique de développement professionnel continu à une dynamique de formation institutionnelle

Axer les plans de DPC médicaux et non-médicaux sur un recensement de l'existant mais également sur les orientations du projet médical et de soins, utiliser les outils de bilan de compétences, de valorisation des acquis de l'expérience, de congé de formation professionnelle ou encore d'études promotionnelles conformément aux besoins identifiés de l'établissement afin de promouvoir le développement des compétences.

### Objectif 4 : Disposer d'un bilan des postes vacants et réaliser une projection des départs

Identifier de manière pluriannuelle les postes vacants et les départs annoncés afin de se placer dans une logique prévisionnelle au plan des effectifs et des compétences, réaliser une pyramide des âges sur les métiers en tension pour contribuer à une démarche prospective des compétences attendues au regard des flux entrants et sortants, notamment pour les métiers pour lesquels il existe des difficultés de recrutement ou des départs importants dans les années à venir. La mise en place d'une cartographie des métiers pourra dès lors être un outil au service de l'attractivité et de la fidélisation des personnels.

### Objectif 5 : Communiquer au sein de l'établissement sur la démarche

Définir le contenu de la GPMC, insister sur le développement de la politique de mobilité interne, s'appuyer sur des retours d'expériences concrets, utiliser le journal interne pour diffuser largement.

---

## ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Pôles cliniques et médico-techniques, Direction de la Communication.

---

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pôle Ressources Humaines – Formation – Relations sociales : Secteur Gestion des compétences
- Direction des Affaires Médicales

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Application GESFORM «Formation»
- Application GESFORM «GPMC»

---

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 : 2016-2020**
- **Objectif 2 : 2016-2020**
- **Objectif 3 : 2016-2020**
- **Objectif 4 : 2016-2020**
- **Objectif 5 : 2016-2020**

## ● INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**  
Cartographie des postes adaptés
- **Objectif 2 :**  
Identification des besoins de formations dans le cadre des entretiens d'évaluation
- **Objectif 3 :**  
Nombre de programmes DPC conformes au projet médical et de soins
- **Objectif 4 :**  
Bilan des postes vacants annuels
- **Objectif 5 :**  
Nombre d'actions de communication GPMC.

## Chapitre 3 : le renforcement de la qualité de la prise en charge et de la qualité de vie au travail par le management des relations de travail

### Introduction

Le monde hospitalier et ses organisations de travail sont en constante évolution afin d'optimiser le fonctionnement.

Cette recherche d'efficience ne peut s'envisager sans une réflexion sur le bien-être au travail. En ce sens, le CHU de Reims souhaite proposer des modèles d'organisation conformes aux attentes en matière de qualité de vie au travail.

Les actions menées pour améliorer la qualité de vie au travail et l'éthique professionnelle ont pour but de conforter l'appartenance des agents à leur institution et de garantir aux professionnels qui souhaitent s'investir au sein du CHU des environnements de travail satisfaisants et épanouissants.

Dans cette optique, le CHU de Reims s'est fixé deux objectifs fondamentaux pour son projet d'établissement 2016-2020. Ces deux objectifs auront vocation à garantir aux professionnels des dynamiques d'équipe sereines, au sein de collectifs professionnels forts.

La médiation sera développée afin de garantir de bonnes relations interprofessionnelles dans les équipes. Un accompagnement et des espaces d'écoute et de dialogue seront mis en place afin d'aider les agents ou les équipes.

Parallèlement, un socle de valeurs communes pourra permettre de renforcer les collectifs de travail.

En effet, si le CHU de Reims souhaite améliorer l'efficience de ses organisations et la qualité de ses prises en charge, il tient surtout à affirmer l'éthique et la bientraitance comme étant au cœur de son action, auprès des patients autant que des agents qui œuvrent quotidiennement pour les prendre en charge.



Promoteur / Direction des Affaires médicales

- OBJECTIFS :**
- Identifier des professionnels volontaires pour s'impliquer dans une démarche de médiation et d'accompagnement
  - Créer des procédures de contact et d'alerte
  - Apporter un accompagnement concret et une médiation aux praticiens en difficulté
  - Mettre en place des groupes de parole en cas de survenue d'un évènement indésirable grave ou d'une crise majeure

## PLANS D' ACTIONS

### Objectif 1 : Identifier des professionnels volontaires pour s'impliquer dans une démarche de médiation et d'accompagnement

Les professions de santé sont exposées à des tensions au quotidien et peuvent conduire ces professionnels à connaître des périodes difficiles, qu'elles soient individuelles ou collectives. Si une aide extérieure peut être importante, il apparaît que l'écoute, l'accompagnement, et l'investissement d'autres professionnels de l'établissement peuvent être un véritable atout. Un appel à candidature sera lancé afin d'identifier des professionnels volontaires pour s'impliquer dans ces démarches, dans la réalisation des procédures ou de l'accompagnement sur le terrain. Ces professionnels devront avoir des compétences en matière de médiation, de coaching, et de psychologie. Au besoin, des formations appropriées pourront être proposées.

### Objectif 2 : Créer des procédures de contact et d'alerte

L'accompagnement et la médiation doivent pouvoir s'appuyer sur des procédures de contact et d'alerte. Celles-ci doivent envisager les sollicitations potentielles, les moyens d'y répondre et les personnes à mobiliser pour ce faire. Ces procédures devront être travaillées avec les personnes volontaires pour s'impliquer dans la démarche, et formées au besoin à celle-ci.

### Objectif 3 : Apporter un accompagnement concret et une médiation aux professionnels en difficulté

Les personnes identifiées pour travailler sur ce sujet constitueront une cellule qui aura vocation à couvrir les situations de tension individuelles et collectives. Le travail mené par cette cellule sera complémentaire de celui mené par la cellule ACADD (Accompagnement du Changement et Appui au Développement Durable) du Pôle RH. Cela concerne par exemple des problèmes d'entente inter-personnels, les suites de situations difficiles avec des patients, etc. Il sera important de communiquer sur l'existence de cette cellule et de ce service offert, afin de pouvoir apporter concrètement de l'aide aux personnes en demande, tant au sein du personnel médical que du personnel non médical.

### Objectif 4 : Mettre en place des groupes de parole en cas de survenance d'un évènement indésirable grave ou d'une crise majeure

L'activité de soins est une activité contraignante, incluant des facteurs de pénibilité non négligeables (solicitations physique et psychique importantes) mais non exempte de risques. La survenue d'évènements indésirables graves ou de crises majeures peut remettre en cause les professionnels médicaux et non médicaux dans leur métier et est susceptible d'insécuriser leurs pratiques. Les gestionnaires de ressources humaines dans les Pôles interviennent en premier lieu mais il est important de pouvoir les accompagner dans la gestion de ces crises. La mise en place de groupes de paroles pilotés par un psychologue rattaché au Pôle Ressources Humaines, en lien avec l'unité de Médecine et Santé au travail le cas échéant, sera proposée aux Pôles. En fonction de la nature du problème seront proposées les compétences du psychologue du travail ou du psychologue clinicien-victimologue.



---

## ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

CME, Unité Médecine et Santé au travail, chefs de Pôle, responsables de structure interne, Pôle Ressources Humaines.

---

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Direction des Affaires Médicales
- 

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2017
- Objectif 2 : 2018
- Objectifs 3 et 4 : 2016-2020

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Coûts de communication sur le dispositif
- 

## ● INDICATEURS DE SUIVI

- Objectif 1 :  
Nombre de volontaires
- Objectif 2 :  
Validation de procédures de contact et d'alertes
- Objectif 3 :  
Opérationnalité du dispositif
- Objectif 4 :  
Nombre d'activations de groupes de parole.

- OBJECTIFS :**
- Identifier et partager des valeurs communes
  - Donner l'accès à des lieux d'expression pour tous
  - Développer une bienveillance managériale

## ● PLANS D'ACTIONS

### Objectif 1 : Identifier et partager des valeurs communes

Les récentes évolutions du monde hospitalier ont pu conduire à un manque de lisibilité des valeurs hospitalières, ce qui provoque un écart de représentation entre les missions réelles et l'idéal que les professionnels projettent de leur métier.

Il s'agit de définir des valeurs partagées par l'ensemble de la communauté des acteurs et de les décliner de manière opérationnelle afin de renforcer le sens de l'exercice hospitalier.

Les valeurs émergeant de ce travail feront l'objet d'une communication du CHU autant en interne auprès des équipes, qu'en externe notamment auprès de nos partenaires.

### Objectif 2 : Donner l'accès à des lieux d'expression pour tous

La création au sein des Pôles de lieux d'échanges permettra d'écouter les remarques, les observations, les interrogations, les réflexions de chaque acteur ce qui favorise la reconnaissance professionnelle.

La tenue d'assemblées générales de Pôle offrira des lieux d'expression favorisant un management éthique et permettant la compréhension des décisions mises en place et leur accompagnement.

La mise en place de cycles de conférences à destination des étudiants et des professionnels au sein de l'IRF sera l'occasion de valoriser les travaux universitaires de chacun et de mettre en place des temps d'échanges de pratiques favorables à l'exercice pluri-professionnel. Des questionnements seront établis par des groupes d'étudiants ou de professionnels issus de différents métiers.

Des assemblées générales de l'encadrement permettant à l'ensemble des managers de l'établissement de se retrouver sur des thématiques transversales seront proposées de nature à renforcer le collectif d'encadrement.

### Objectif 3 : Développer une bienveillance managériale

La notion de bienveillance recouvre un ensemble d'attitudes et de comportements positifs et constants de respect, de marques d'attention bienveillante, d'exigence, d'écoute, d'encouragement et de soutien.

Il est important de baser la relation hiérarchique sur une bienveillance, démarche n'excluant pas le contrôle et l'évaluation au regard des règles professionnelles.

Des formations auprès de l'ensemble des agents en responsabilité d'équipe autour de la notion de management bienveillant permettront d'améliorer les relations sociales au sein de l'établissement.

## ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Pôle Ressources Humaines, pôles cliniques et médico-techniques.

---

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Pôle Ressources Humaines (DRH – DSIRMT)

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Financement des actions de formation
- 

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- Objectif 1 : 2016-2020
- Objectif 2 : 2016-2020
- Objectif 3 : 2016-2020

## ● INDICATEURS DE SUIVI

- Objectif 1 :  
Réalisation d'une enquête permettant de définir les valeurs partagées par les professionnels du CHU
- Objectif 2 :  
Nombre d'assemblées mises en place
- Objectif 3 :  
Nombre de formations concernant le management bienveillant.



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS

# PROJET D'ÉTABLISSEMENT

2016 - 2020

Projet Qualité et Gestion des Risques





# Sommaire

Introduction .....	317
- Amélioration de la qualité et de la sécurité dans la prise en charge des patients à travers un management de la qualité et de la gestion des risques performant (Fiche 1) .....	319
- Implication des usagers dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge (Fiche 2) .....	323
- Renforcement de la culture qualité et gestion des risques auprès de tous les professionnels (Fiche 3) .....	325



## Introduction

Le CHU est engagé dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des soins et des prestations offertes aux patients. Assurer la sécurité de prise en charge et la satisfaction des patients sont les principales motivations qui animent cette démarche.

L'objectif de la Direction et des instances décisionnaires, traduit dans la formalisation d'une lettre d'engagement signée conjointement par la Directrice Générale et le Président de la CME en mars 2015, vise à ce que cette démarche soit partagée par tous, à tous les niveaux et dans tous les secteurs d'activité.

La Politique Qualité Sécurité définie repose sur l'engagement et sur les valeurs partagées par l'ensemble des professionnels et s'organise autour d'axes généraux inscrits dans les orientations stratégiques de l'établissement :

- Développement de la démarche qualité dans les Pôles et dans toutes les approches des processus hospitaliers,
- Optimisation de la culture des risques hospitaliers pour pérenniser une culture de sécurité,
- Analyse des pratiques professionnelles pour améliorer le service rendu au patient et la performance hospitalière,
- Renforcement des droits des patients et de leur implication dans les démarches d'amélioration de la qualité au CHU,
- Inscription de l'établissement dans une démarche de développement durable,
- Développement d'une réflexion éthique dans la démarche de soins.

Le développement de la culture qualité et sécurité est le fil conducteur de cette politique et repose sur un engagement constant, individuel et collectif des professionnels.

Etroitement liée à la notion de qualité des soins, l'ambition première de la sécurité du patient est d'éviter tout événement indésirable. Les événements indésirables associés aux soins sont rarement liés au manque de connaissance ou à un défaut de compétence des professionnels, mais le plus souvent à des défauts d'organisation, de vérification, de coordination, ou de communication au sein des équipes. La qualité du travail en équipe impacte la sécurité des patients. L'enjeu est donc d'évoluer d'une équipe d'experts vers une équipe experte et de développer les principes d'un management par la qualité.

L'implication des usagers est également un facteur essentiel pour répondre au mieux à leurs attentes. Les représentants des usagers désignés par l'ARS ont pour mission d'être les garants du respect des droits des malades et des usagers et c'est en cette qualité, que le CHU de Reims les associe en tant que témoins et acteurs de l'amélioration de la qualité.

Des structures sont en place pour soutenir cette démarche :

- Un Comité de Pilotage Qualité-Gestion des Risques présidé par la Directrice Générale et le Président de la CME, chargé de veiller à la mise en œuvre de la politique qualité.
- Une Direction Qualité-Gestion des Risques chargée, en lien avec le Coordonnateur de la Gestion des Risques, de coordonner la démarche au quotidien : son champ d'action concerne la formation des professionnels, la communication, l'animation de groupes de travail ainsi qu'un soutien méthodologique aux initiatives de terrain.

Cette politique se traduit par des mesures concrètes tendant à améliorer les pratiques professionnelles et à s'assurer de la satisfaction des patients :

**Axe 1 : Amélioration de la qualité et de la sécurité dans la prise en charge des patients, à travers un management de la qualité et de la gestion des risques performant (fiche n°1).**

**axe 2 : Implication des usagers dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge (fiche n°2).**

**Axe 3 : Renforcement de la culture qualité et gestion des risques auprès de tous les professionnels (fiche n°3).**





**Promoteur** / Direction de la Qualité et Gestion des Risques

**Sources** / Procédure de certification HAS / Analyse de processus & Compte Qualité / PAQS (Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité)

**OBJECTIFS :**

- Asseoir la gouvernance du management de la qualité et de la gestion des risques
- Promouvoir les démarches d'évaluations externes de la qualité sécurité
- Promouvoir le système de gestion des risques
- Favoriser le développement du partenariat en termes de qualité et gestion des risques de la prise en charge

## PLANS D'ACTIONS

L'exigence de performance devient un enjeu majeur pour le système de santé. La nécessité de développer la qualité des soins, de structurer la gestion des risques et de répondre aux attentes des patients y contribue.

Un des principes du management de la qualité est l'amélioration continue : celle-ci doit être un objectif permanent. Il s'agit d'un véritable état d'esprit qu'il faut parvenir à communiquer et à intégrer dans les pratiques au quotidien.

Cette ambition se trouve aujourd'hui décliner autour de quatre objectifs opérationnels.

### Objectif 1 : Asseoir la gouvernance du management de la qualité et de la gestion des risques

Une politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge et de la sécurité des patients est définie au sein de l'établissement. Celle-ci s'appuie sur la gouvernance de la Qualité-Gestion des risques en place et fixe la politique du management de la qualité et de la gestion des risques. Le CHU entend aujourd'hui s'appuyer sur une reconnaissance institutionnelle de cette organisation afin d'inscrire l'ensemble des actions en faveur de la qualité et de la sécurité de prise en charge dans une démarche globale et collective d'amélioration continue.

Cet objectif s'appuie sur plusieurs axes de travail :

1. Le positionnement institutionnel du Comité de Pilotage Qualité-Gestion des Risques à travers la révision de son règlement intérieur en faveur de la prise en compte de l'ensemble des démarches d'évaluation menées au sein de l'établissement.
2. Le développement opérationnel du réseau de référents qualité-gestion des risques, médicaux et non médicaux, et de

correspondants qualité-gestion des risques, identifié (lisibilité des circuits de l'information, mise à disposition d'un réseau partagé, développement d'outils communs, coordination des actions...).

3. La structuration des démarches qualité-sécurité des Pôles à l'appui des contrats de Pôles : définition d'objectifs qualité-gestion des risques pluriannuels, cohérents avec la politique qualité-sécurité institutionnelle et visant la promotion d'actions qualité-sécurité spécifiques aux pôles.

4. La coordination de l'ensemble des sources d'information en vue d'alimenter le Programme d'Amélioration Qualité-Sécurité et le Compte Qualité HAS, à travers notamment la définition d'un programme d'audits, un suivi d'indicateurs et la mise en place d'une équipe d'auditeurs internes.

### Objectif 2 : Promouvoir les démarches d'évaluations externes de la qualité

Il convient pour le CHU d'inscrire l'ensemble des démarches d'évaluation externe de la qualité dans une approche globale et collective d'amélioration continue de la qualité. Cette démarche s'appuie notamment sur :

1. La poursuite et l'accompagnement des démarches de certifications ISO, Agence de Biomédecine, COFRAQ...
2. Le suivi des démarches d'évaluation des EHPAD inscrites dans le cadre du renouvellement d'autorisations d'activités.
3. Le suivi de la procédure de certification HAS de l'établissement : préparation et suivi de la visite de certification, alimentation en continu du Compte Qualité.
4. La communication des résultats en interne et en externe.

### Objectif 3 : Promouvoir le système de gestion des risques

Le développement de la gestion des risques repose sur un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels qui cherchent continuellement à prévenir l'apparition de dommages, lesquels peuvent être liés aux soins.

La volonté institutionnelle de développer le système de gestion des risques repose sur une culture de l'exploitation positive de l'erreur, du partage d'expériences et de la non-sanction.

Cet objectif se décline à travers plusieurs actions de consolidation :

1. La poursuite de la coordination des vigilances sanitaires.
2. Le développement de l'approche par analyse de processus, visant à évaluer a priori les défauts dans l'organisation et définir des actions de prévention.
3. Le renforcement du dispositif de signalement des événements indésirables, en accompagnant les professionnels dans le déploiement d'un logiciel de signalement et de suivi des événements indésirables.
4. Le renforcement de la mise en œuvre de démarches d'analyses des causes et de conduite de RMM.
5. La participation de la Direction Qualité-Gestion des risques et / ou Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins aux démarches d'inspection et l'accompagnement de la mise en œuvre des plans d'action en lien avec la qualité et sécurité des prestations.

### Objectif 4 : Favoriser le développement du partenariat en termes de qualité et gestion des risques de la prise en charge

En lien avec la logique de territoire de santé et de parcours de prise en charge des patients, le développement de partenariats en matière de qualité et de gestion des risques est un élément qui favorise le dynamisme des démarches au service de la qualité et de la sécurité de prise en charge des patients.

Impulser et dynamiser les démarches qualité internes, mais également partager et valoriser les expériences et compétences respectives, sont les principes qui prévalent et soutiennent la modernisation des organisations.

L'établissement participe à ce développement à travers :

1. Le renforcement des liens d'expertise entre le CHU et ses partenaires au niveau régional et national par :
  - > la mise en place d'une meilleure coordination entre ces interlocuteurs et le CHU pour la préparation des contrôles, des inspections,
  - > l'organisation du retour d'information auprès des équipes pluridisciplinaires,
  - > la mise en place de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique régionale (CUMP) : rôle d'animation et de coordination, harmonisation des schémas types d'intervention,
  - > la gestion coordonnée des situations d'urgences.
2. Le travail en partenariat avec les établissements de santé de proximité à travers :
  - > l'harmonisation des méthodes sur le plan opérationnel,
  - > l'échange d'expériences au travers du groupe de référents régionaux des responsables qualité et gestion des risques mis en place par l'ARS,
  - > la formation notamment concernant la gestion de crise.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

CME à travers ses commissions, C.S.I.R.M.T., Comité de Pilotage Qualité-Gestion des Risques, cellules chargées de la qualité et sécurité des soins, Direction de la Communication, pôles cliniques et médico-techniques.

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Direction Qualité-Gestion des Risques
- Coordonnateur de la Gestion des Risques
- CECOIA (Cellule de Coordination et d'Appui)
- Président de la CME

## CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 :**
  - 1- Positionnement institutionnel du Comité de Pilotage Qualité-Gestion des Risques : **Janvier 2016**
  - 2- Développement opérationnel du réseau de référents qualité-gestion des risques : **Janvier 2016**
  - 3- Structuration des démarches qualité-sécurité des pôles à l'appui des contrats de pôles : **Décembre 2016**
  - 4- Coordination de l'ensemble des sources d'information en vue d'alimenter le Programme d'Actions Qualité et Sécurité des soins (PAQS) et le Compte Qualité : **Décembre 2016**
- **Objectif 2 :**
  - 1- Poursuite et accompagnement des démarches de certifications : **2016-2020**
  - 2- Suivi des démarches d'évaluation des EHPAD : **2016-2020**
  - 3- Suivi de la procédure de certification HAS de l'établissement : **2016-2020**
  - 4- Communication des résultats : **2016-2020**
- **Objectif 3 :**
  - 1- Poursuite de la coordination des vigilances sanitaires : **Décembre 2016**
  - 2- Développement de l'approche par analyse de processus : **Décembre 2016**
  - 3- Renforcement du dispositif de signalement des événements indésirables : **Janvier 2016**
  - 4- Participation de la Direction Qualité-Gestion des risques et / ou Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins aux démarches d'inspection : **Septembre 2016**
- **Objectif 4 :**
  - 1- Renforcer les liens d'expertise entre le CHU et ses partenaires au niveau régional et national : **Décembre 2019**
  - 2- Travailler en partenariat avec les établissements de santé de proximité : **Décembre 2019**

## INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**
  - Règlement intérieur
  - Indicateurs des contrats de Pôles
- **Objectif 2 :**

Taux annuel d'avancement des démarches de certification et d'évaluation externe
- **Objectif 3 :**
  - Nombre de vigilances utilisant le logiciel de signalement des événements indésirables
  - Nombre de professionnels formés au logiciel de signalement des événements indésirables
  - Nombre annuel de signalements des événements indésirables par Pôle
  - Nombre annuel de démarches d'inspection suivies
- **Objectif 4 :**

Actions, événements, communication en faveur d'un partenariat qualité gestion des risques



**Promoteur** / Direction de la Qualité et Gestion des Risques

**Sources** / Procédure de certification HAS / Analyse de processus & Compte Qualité / PAQS (Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité)

**OBJECTIFS :**

- Renforcer la place des usagers dans la vie institutionnelle
- Valoriser la relation « soignants – soignés »
- Mettre en place le signalement d'événements indésirables et / ou de dysfonctionnements par les usagers

## PLANS D'ACTIONS

La volonté de promouvoir une dynamique qualité efficace et pérenne pour l'institution, centrée sur le patient et prenant en compte ses attentes, se traduit concrètement et de façon coordonnée avec des représentants des professions de santé et des usagers.

Un des leviers forts pour améliorer la qualité et la sécurité des patients est en effet l'utilisateur, car il est au centre du dispositif et permet d'apporter son expertise au service de l'institution. Le CHU de Reims s'emploie à mettre en place une démarche participative en consolidant le partenariat avec les usagers et leurs proches. Cet objectif prioritaire pour l'établissement est traduit aujourd'hui à travers trois axes de travail.

### Objectif 1 : Renforcer la place des usagers dans la vie institutionnelle

Cet objectif vise à affirmer la place de l'utilisateur en tant que partenaire institutionnel, en s'appuyant sur les actions suivantes :

1. Impliquer les représentants des usagers dans la rédaction de documents stratégiques de l'établissement.
2. Développer en collaboration avec les représentants des usagers, des outils de communication sur la vie institutionnelle à destination des usagers et de leurs proches (flyers, affiches, sets de table, animations...).
3. Impliquer les usagers et leurs proches dans l'évaluation des pratiques professionnelles à travers leur participation à la méthode du patient traceur, nouvelle méthode d'évaluation du parcours de prise en charge des patients, des pratiques et des organisations, s'appuyant sur le vécu des patients, et ce sur l'ensemble des Pôles de l'établissement.

### Objectif 2 : Valoriser la relation «soignants-soignés»

La qualité et la sécurité de la prise en charge repose sur une relation de confiance entre les soignants et le soigné.

Cette relation conditionne l'adhésion du patient et son positionnement comme acteur de sa santé et de sa sécurité.

Facteur essentiel de l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge, le patient doit ainsi être en mesure d'exprimer ses besoins et ses attentes, et le soignant, de donner du sens aux actes qu'il engage.

La relation de confiance se nourrit alors de temps d'échanges et de dialogue : adaptation de la prise en charge au regard de l'expertise médicale, diffusion d'informations précises, ciblées et utiles pour les soins, visant à recueillir le consentement du patient et l'associer dans un programme personnalisé de prise en charge.

Il convient à ce titre à l'échelle de l'établissement de :

1. Mettre en œuvre des actions (communication, formation...) visant à améliorer la prise en compte des droits des patients.
2. Promouvoir des actions en faveur de l'écoute et l'information des patients (témoignages patients...).

### Objectif 3 : Mettre en place le signalement d'événements indésirables et / ou de dysfonctionnements par les usagers

Dans le domaine médical, les systèmes de signalement sont essentiels pour identifier, analyser et réduire le risque de survenue d'événements indésirables graves. Depuis plusieurs années, le CHU est engagé dans une démarche de déclarations des événements indésirables visant à définir et mettre en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité de prise en charge des patients.

Les usagers peuvent aussi être témoins au décours de leur parcours hospitalier d'événements dommageables dans leur prise en charge, ce qui fait d'eux des témoins précieux.

L'établissement a pour objectif aujourd'hui de valoriser cette source d'information :

1. Donner la possibilité aux usagers de signaler un événement indésirable.
2. En organiser le retour d'expérience.

## AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

Direction des Usagers, Direction de la Communication, Direction des Soins, Direction des Ressources Humaines / Formation continue, Commission Médicale d'Établissement, représentants des Usagers.

## PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Direction Qualité et Gestion des Risques
- Direction des Usagers

## INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Aucune incidence financière prévisible

## CALENDRIER DE RÉALISATION

### ● Objectif 1 : Renforcer la place des usagers dans la vie institutionnelle

- 1- Impliquer les représentants des usagers dans la rédaction de documents stratégiques de l'établissement :

**2016-2020**

- 2- Développer des outils de communication :

**Décembre 2016**

- 3- Impliquer les usagers et leurs proches dans l'évaluation des pratiques professionnelles :

**Mars 2016**

### ● Objectif 2 :

- 1- Mettre en œuvre des actions visant à améliorer la prise en compte des droits des patients : **Décembre 2017**

- 2- Promouvoir des actions en faveur de l'écoute et information des patients :

**Décembre 2017**

### ● Objectif 3 :

- 1- Donner la possibilité aux usagers de signaler des événements indésirables :

**Décembre 2017**

- 2- Organiser le retour d'expérience :

**Décembre 2017**

## INDICATEURS DE SUIVI

### ● Objectif 1 :

- Nombre de documents d'information diffusés
- Actions de communication menées
- Nombre de méthodes « Patients Traceurs » menées

### ● Objectif 2 :

- Actions valorisées
- Indicateurs de satisfaction des patients

### ● Objectif 3 :

- Signalement des événements indésirables.

**Promoteur** / Direction de la Qualité et Gestion des Risques

**Sources** / Procédure de certification HAS / Analyse de processus & Compte Qualité / PAQS (Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité)

**OBJECTIFS :**

- Structurer la communication qualité et gestion des risques
- Développer une culture de la mesure et de l'évaluation
- S'appuyer sur des outils au service de la qualité et de la sécurité

## PLANS D'ACTIONS

La volonté du CHU repose sur un engagement fort et continu pour replacer le patient au centre du dispositif. Avoir une vision partagée des besoins du patient reste un objectif primordial et repose sur des axes pertinents : la communication, le décloisonnement des organisations, la culture de la mesure et des outils adaptés.

### Objectif 1 : Structurer la communication qualité et gestion des risques

Le développement de la culture qualité et sécurité des soins nécessite une politique de communication active, véritable vecteur de changement. Elle joue un rôle essentiel dans la progression des démarches qualité. Le CHU utilise une communication formelle régulière en direction des instances et déploie des actions envers les professionnels à travers des objectifs définis :

1. Expliquer la démarche d'amélioration de la qualité et sécurité tant sur le plan théorique que sur celui de son organisation interne (instances, réseau des référents qualité et gestion des risques, Pôles...)
2. Informer de façon systématique les professionnels sur l'état d'avancement de la démarche et du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité.
3. Valoriser et partager les démarches qualité et gestion des risques portées par les équipes
4. Réaliser des publications et les diffuser (journal interne Connexion, intranet...)

### Objectif 2 : Développer une culture de la mesure et de l'évaluation

La mesure est un impératif de la qualité et permet d'apprécier la satisfaction des patients et le bon déroulement des processus. Elle permet, à travers des outils mis à disposition des professionnels, de suivre en continu certaines actions et d'agir si un dysfonctionnement apparaît.

1. Favoriser les démarches de retour d'expérience entre les professionnels à travers un travail d'introspection (pédagogie réflexive).
  - > en structurant les comités de retour d'expérience (fonctionnement, suivi des plans d'actions...),
  - > en formant des professionnels à l'analyse des causes dans le cadre du comité technique de retour d'expérience,
  - > en intégrant les actions correctives issues des analyses des causes dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité.
2. Développer les méthodes d'évaluation des pratiques pluri-professionnelles à travers la méthode du patient traceur.
3. Proposer et diffuser des outils d'évaluation des pratiques et des prises en charge (analyse de processus, cartographie des risques...).
4. Analyser les indicateurs relevant du recueil de la satisfaction des patients et des résidents (indicateur e-Satis, questionnaires de satisfaction, patients traceurs...).

### Objectif 3 : S'appuyer sur des outils au service de la qualité et de la sécurité

L'établissement s'appuie sur un déploiement transversal d'outils permettant la sécurisation des données médicales du patient et la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des actions portant sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge à travers :

1. Le développement d'un système d'information adapté.
2. L'harmonisation du dossier du patient et la facilitation à l'accès au dossier médical pour les patients.
3. Le déploiement d'un logiciel de signalement et de suivi des événements indésirables.
4. L'identification et l'évaluation des risques au travers du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité et du compte qualité.



## ● AUTRES SERVICES OU STRUCTURES CONCERNÉS PAR LE PROJET

CME à travers ses commissions, C.S.I.R.M.T., Comité de Pilotage Qualité-Gestion des Risques, cellules chargées de la qualité et sécurité des soins, Direction de la Communication, pôle Ressources Humaines, pôles cliniques et médico-techniques, unité de Médecine et Santé au travail.

## ● PERSONNES RESPONSABLES ET ACTEURS DU PROJET

- Président de la CME
- Coordonnateur de la gestion des risques
- Direction de la Qualité et Gestion des Risques

## ● INCIDENCES FINANCIÈRES PRÉVISIBLES

- Aucune incidence financière prévisible

## ● CALENDRIER DE RÉALISATION

- **Objectif 1 :**
  - 1- Expliquer la démarche d'amélioration de la qualité et sécurité : **2016 - 2020**
  - 2- Informer de façon systématique les professionnels : **2016 - 2020**
  - 3- Valoriser et partager les démarches qualité et gestion des risques portées par les équipes : **2016 - 2020**
  - 4- Réaliser des publications et les diffuser : **2016 - 2020**
- **Objectif 2 :**
  - 1- Favoriser les démarches de retour d'expérience entre les professionnels à travers un travail d'introspection (pédagogie réflexive) : **2016 - 2020**
  - 2- Développer les méthodes d'évaluation des pratiques pluri-professionnelles à travers la méthode du patient traceur : **Décembre 2017**
  - 3- Proposer et diffuser des outils d'évaluation des pratiques et des prises en charge : **2016 - 2020**
  - 4- Analyser les indicateurs relevant du recueil de la satisfaction des patients et des résidents : **2016 - 2020**
- **Objectif 3 :**
  - 1- Développer un système d'information adapté : **Décembre 2018**
  - 2- Harmoniser le dossier du patient et faciliter l'accès au dossier médical pour les patients : **Décembre 2018**
  - 3- Déployer un logiciel de signalement et de suivi des événements indésirables : **Décembre 2016**
  - 4- Identifier et évaluer les risques au travers du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité et du compte qualité : **2016 - 2020**

## ● INDICATEURS DE SUIVI

- **Objectif 1 :**
  - Nombre annuel d'articles parus dans le journal interne de l'établissement
  - Nombre annuel et types de supports de communication élaborés
  - Nombre annuel de réunions d'information à destination de l'encadrement
- **Objectif 2 :**
  - Nombre annuels de démarches de retours d'expérience partagés
  - Nombre annuel de démarches de patients traceurs mises en œuvre par Pôle
  - Nombre annuel d'analyses des risques a priori mises en œuvre
  - Résultats de l'indicateur national e-Satis
- **Objectif 3 :**
  - Nombre de lits informatisés
  - Nombre annuel de signalements des événements indésirables par pôle
  - Résultats des Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) « tenue du dossier patient ».



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS

# PROJET D'ÉTABLISSEMENT

2016 - 2020

Projet du système d'information





## Sommaire

Introduction .....	331
<b>I-</b> Accompagner le projet médical en dotant le CHU d'un système d'information médical moderne.....	333
<b>II-</b> Se doter d'un système d'information décisionnel .....	336
<b>III-</b> Garantir la sécurité du système d'information .....	336
<b>IV-</b> Assurer l'adéquation de l'infrastructure technique et matérielle aux projets .....	337
<b>V-</b> Mettre en œuvre des projets d'informatisation contribuant à améliorer l'efficacité de l'établissement.....	337
Conclusion .....	338



## Introduction

Le schéma directeur informatique 2008-2014 n'a pas été intégralement réalisé, laissant des pans entiers de la production de soins non informatisés. L'année 2015 a permis de définir une trajectoire pour rattraper le retard ainsi créé et permettre au CHU de Reims de disposer d'ici 2018 d'une informatisation médicale conforme aux ambitions décrites dans les autres volets du projet d'établissement.

Un programme d'informatisation a été proposé par la Direction des Systèmes d'Information et des Télécommunications (DSIT). Par ailleurs, le CHU a confié à un groupement de deux cabinets de conseil une mission d'audit de l'existant, de réalisation d'une enquête de satisfaction et de contre-expertise du projet. Le projet, ajusté suite à cet audit, a été présenté aux instances de l'établissement.

Ce volet Système d'Information est construit autour de deux axes structurants : être au service de la stratégie de l'établissement et plus particulièrement du Projet Médical, des coopérations et des projets immobiliers et assurer l'ouverture du système d'information vers l'extérieur, que ce soit les patients, les professionnels de santé ou les autres établissements de santé.

Il se décline en 5 branches :

- > Accompagner le projet médical en dotant le CHU d'un système d'information médical moderne (I),
- > Faciliter la prise de décision en équipant l'établissement d'un système d'information décisionnel (II),
- > Garantir la sécurité du système d'information (III),
- > Assurer l'adéquation de l'infrastructure technique et matérielle aux besoins (IV),
- > Contribuer à la performance économique globale en mettant en œuvre des projets de dématérialisation et de simplification (V).



## I- ACCOMPAGNER LE PROJET MÉDICAL EN DOTANT LE CHU D'UN SYSTÈME D'INFORMATION MÉDICAL MODERNE

La finalisation incomplète du schéma directeur précédent a conduit à ce que, d'une part, des domaines importants ne soient pas informatisés :

- ◆ Dossier de soins,
- ◆ Prescription de biologie,
- ◆ Blocs opératoires,
- ◆ Gestion de la dosimétrie Patient,
- ◆ Stérilisation Centrale,
- ◆ Prescription et circuit du médicament,
- ◆ Traçabilité des dispositifs médicaux,

et à ce que, d'autre part, les évolutions des logiciels existants soient gelées, aboutissant à une instabilité de certains d'entre eux.

Afin d'avancer rapidement, le CHU de Reims s'est tourné vers la solution Easily, conçue par les équipes des Hospices Civils de Lyon (HCL). Il s'agit ainsi d'une solution publique, pensée par des hospitaliers pour des hospitaliers.

Elle dispose d'une couverture fonctionnelle très complète :

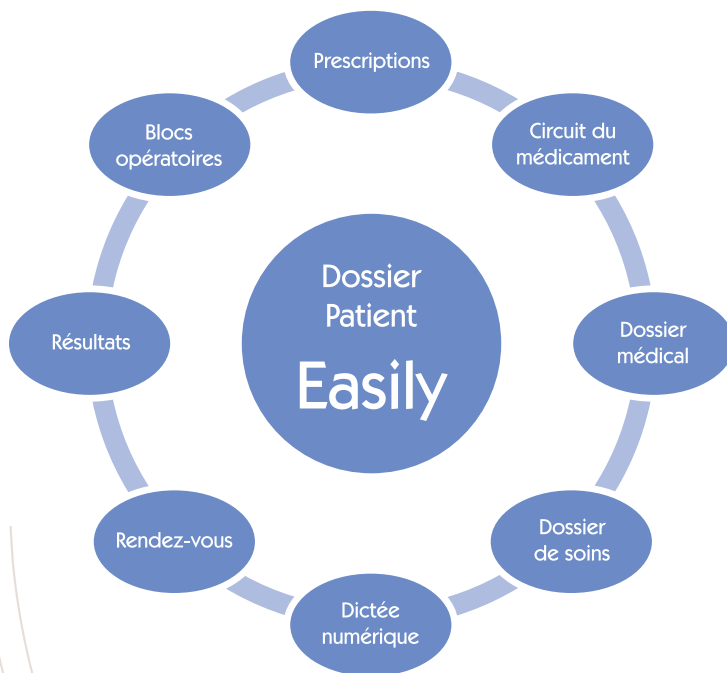


Schéma 1 : Couverture fonctionnelle d'Easily

Par ailleurs, le recours à une solution publique dans le cadre de l'adhésion à un groupement d'intérêt économique (le GIE Hopsis), formé entre les établissements utilisateurs du logiciel, dont les HCL, génère deux avantages : premièrement les coûts d'investissement et d'évolution sont mutualisés entre les membres, ce qui limite l'ampleur de l'investissement pour le CHU, deuxièmement le calendrier de mise en œuvre est plus rapide.

Bien que la solution Easily dispose d'une couverture fonctionnelle très large, elle ne couvre pas l'intégralité des besoins du CHU. Il convient notamment d'assurer les liens entre le dossier patient Easily et les logiciels métiers déployés dans les services médico-techniques.



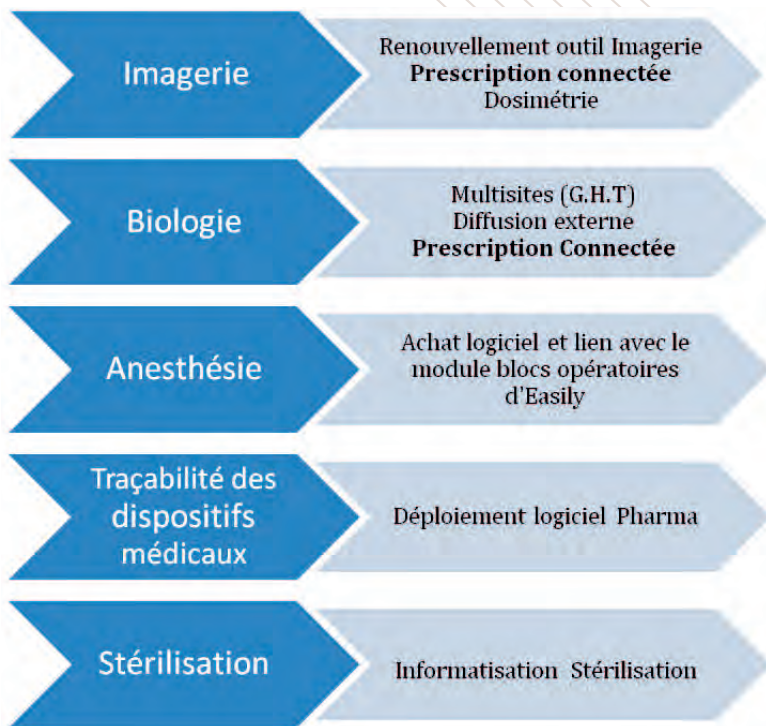


Schéma 2 : Lier les logiciels médico-techniques à Easily

Les projets concernant l'Imagerie et la Biologie permettent par ailleurs de renforcer la communication vers l'extérieur. Ainsi, la rénovation du système d'information d'imagerie conduit à doter l'établissement d'un PACS (Picture Archiving and Communication System) permettant un partage facilité des images entre établissements de santé. Par ailleurs, dans le cadre des travaux en cours relatifs à la constitution d'un laboratoire d'analyse médical commun entre le CHU de Reims, le Centre Hospitalier de Châlons-en-Champagne et le Centre Hospitalier Auban-Moët à Epernay, le système de gestion du laboratoire doit être renforcé pour permettre une gestion multisites de l'activité de Biologie Médicale.

Le calendrier de mise en œuvre de ce volet médical du projet de système d'information est décrit dans le schéma ci-dessous :

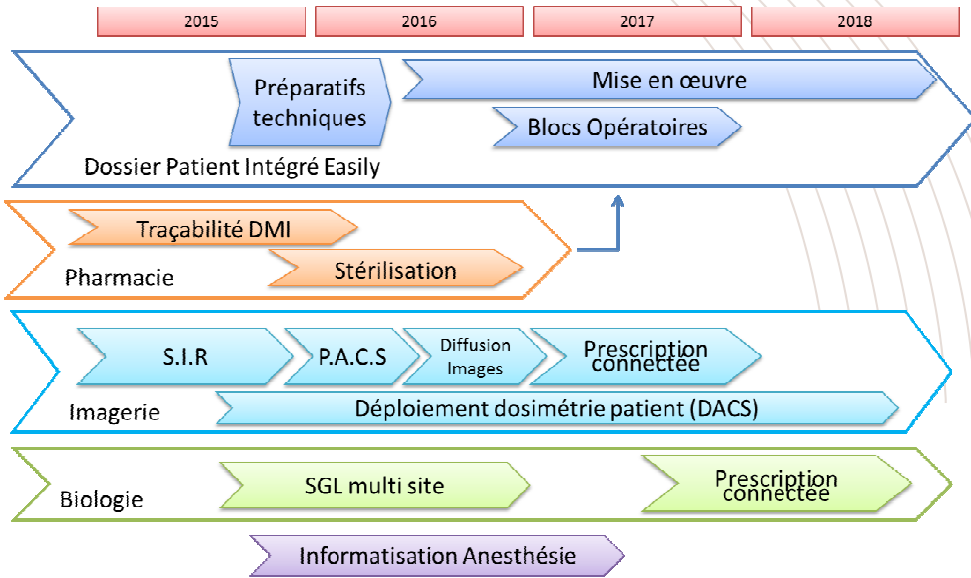


Schéma 3 : Macro-planning de réalisation du programme d'informatisation médicale

La mise en œuvre du dossier patient se décomposera en trois modules selon le calendrier suivant :

● **Module 1 : Dossier médical : de mars 2016 à janvier 2018**

- ◆ Dossier clinique / courriers médicaux / dictée numérique / résultats de laboratoires / Agenda patient et rendez-vous

● **Module 2 : Soins et mobilité : de juin 2016 à février 2018**

- ◆ Dossier de soins / prescription d'imagerie / mobilité

● **Module 3 : Médicaments : préparation de septembre 2015 à juin 2017  
déploiement de juin 2017 à novembre 2018**

- ◆ Circuit du médicament et prescription de biologie

## II- SE DOTER D'UN SYSTÈME D'INFORMATION DÉCISIONNEL

Le CHU doit, comme tout établissement de santé, tenir une comptabilité analytique et en exploiter les résultats. Il dispose pour réaliser les comptes de résultats analytiques, le retraitement comptable, l'analyse des coûts par activité (Base d'Angers), le suivi des indicateurs, de plusieurs outils, dont le logiciel CANADA, produit en interne. Celui-ci ne peut plus être maintenu.

La nécessité d'un pilotage fin de l'activité et des moyens dans le contexte économique actuel est telle qu'il convient de remplacer l'outil CANADA par un outil moderne et d'ouvrir le chantier de la mise en place d'un véritable système d'information décisionnel au CHU.

Cet outil de gestion permettra d'alimenter le dialogue de gestion au sein du CHU de façon encore plus interactive qu'à l'heure actuelle. Il devra conduire à atteindre les cibles fixées dans le cadre du programme hôpital numérique en la matière.

D5 / Pilotage médico-économique		Cible
D5.1	Production du tableau de bord de pilotage médico-économique fondée sur un SI alimenté des données de production	Existence d'un SI alimenté des données de production
D5.2	Tableau de bord de pilotage infra-annuel par pôle ou entité corrélant des indicateurs sur l'activité, la performance financière, les ressources humaines et la qualité, produit dans un délai de trois mois post période	100% des pôles ou entités
D5.3	Utilisation du tableau de bord de pilotage dans le cadre du dialogue de gestion	Existence et contractualisation interne

## III- GARANTIR LA SÉCURITÉ DU SYSTÈME D'INFORMATION

La sécurité des systèmes d'information vise les objectifs suivants :

1. La disponibilité : le système doit fonctionner sans faille durant les plages d'utilisation prévues et garantir l'accès aux services et ressources installées avec le temps de réponse attendu.
2. L'intégrité : les données doivent être celles que l'on attend, et ne doivent pas être altérées de façon fortuite, illicite ou malveillante.
3. La confidentialité : seules les personnes autorisées ont accès aux informations qui leur sont destinées. Tout accès indésirable doit être empêché.
4. La traçabilité : garantie que les accès et tentatives d'accès aux éléments considérés sont tracés et que ces traces sont conservées et exploitables.
5. L'authentification : l'identification des utilisateurs est fondamentale pour gérer les accès aux espaces de travail pertinents et maintenir la confiance dans les relations d'échange.
6. La non-répudiation et l'imputation : aucun utilisateur ne doit pouvoir contester les opérations qu'il a réalisées dans le cadre de ses actions autorisées, et aucun tiers ne doit pouvoir s'attribuer les actions d'un autre utilisateur.

Les étapes de diagnostic ont été menées. En regard notamment de l'approche définie dans le cadre de la Certification HAS et des prérequis Hôpital Numérique, un plan d'action a conduit à établir une liste d'actions consolidées au travers de chantiers structurants :

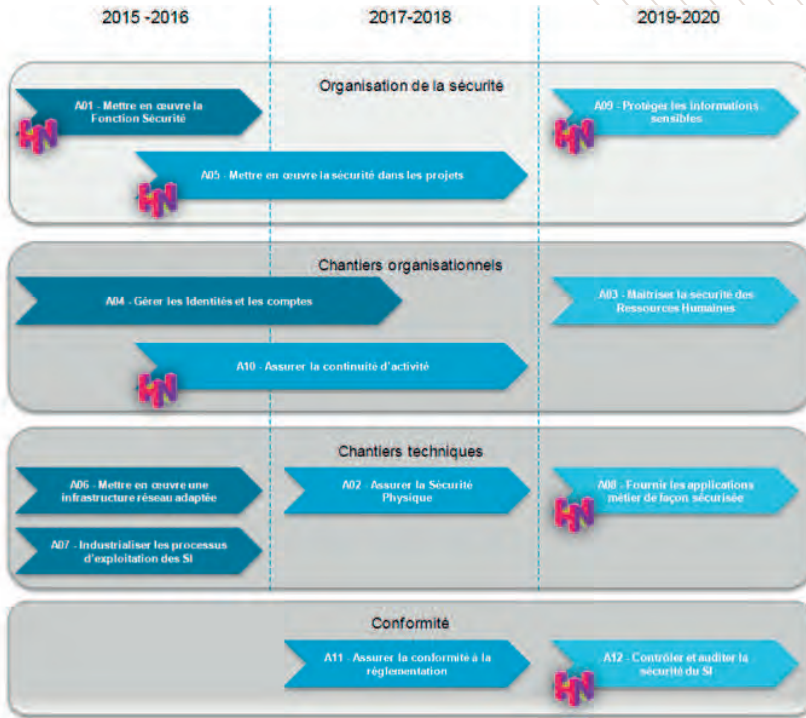


Schéma 4 : Chantiers de renforcement de la sécurité du système d'information

#### IV- ASSURER L'ADÉQUATION DE L'INFRASTRUCTURE TECHNIQUE ET MATÉRIELLE AUX PROJETS

Le schéma directeur du système d'information complet qui déclinera ce volet informatique du projet d'établissement précisera les évolutions techniques et matérielles nécessaires à la réalisation des projets visés aux trois parties précédentes.

En ce qui concerne les matériels, le renforcement de l'informatisation de la production de soins amènera à initier une réflexion sur les outils numériques mobiles utilisés au CHU.

#### V- METTRE EN ŒUVRE DES PROJETS D'INFORMATISATION CONTRIBUANT À AMÉLIORER L'EFFICIENCE DE L'ÉTABLISSEMENT

La réalisation des projets déjà évoquée sera la priorité du CHU pour l'emploi de ses ressources informatiques. Seuls des projets, de moindre envergure et contribuant à améliorer l'efficacité de l'établissement pourront être mis en œuvre en dehors des trois éléments prioritaires évoqués ci-dessus.

## Conclusion

La relance de l'informatisation médicale au CHU de Reims générera de nombreux changements. Le pilotage de la démarche implique un renforcement de la gouvernance.

Cette dernière sera assurée par :

- ♦ Un comité stratégique, composé de la direction générale, du président et du vice-président de la CME, du médecin responsable de l'information médicale, du coordonnateur général des soins, du directeur du pôle finances - pilotage médico-économique - systèmes d'information, d'un représentant de la direction des ressources humaines, d'un représentant de chaque pôle clinique ou médico-technique, chargé de donner son avis sur la stratégie générale, sur la politique générale de sécurité, sur les orientations générales du projet, sur les demandes d'évolution. Il se réunira 3 à 4 fois par an.
- ♦ Un comité de pilotage opérationnel du projet, composé de la direction générale, du président et du vice-président de la CME, du médecin responsable de l'information médicale, du coordonnateur général des soins, du directeur du pôle finances - pilotage médico-économique - systèmes d'information, du directeur de projet, des référents médecin, pharmacien et cadre et des responsables concernés le cas échéant.

Les projets en lien avec une coopération sont pilotés par un comité de pilotage ad hoc intégrant les représentants des autres établissements concernés.



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS

# PROJET D'ÉTABLISSEMENT

2016 - 2020

Projet des relations avec les usagers





Introduction .....	343
<b>Les plans d'actions à mettre en œuvre .....</b>	<b>343</b>
- 1- Améliorer l'accueil du patient .....	343
- 2- Mieux évaluer la satisfaction des usagers.....	344
- 3- Renforcer le dialogue avec les représentants des usagers .....	344
- 4- Donner aux patients une plus grande lisibilité sur leurs droits.....	344
- 5- Optimiser l'accès du patient à ses données médicales .....	344
- 6- Développer une communication lisible et facilement accessible en interne et externe .....	344





## INTRODUCTION

Ce volet du projet d'établissement a pour objet de définir la politique du CHU en matière de prise en charge non soignante des patients.

Ce volet constitue un complément à la fois indispensable et indissociable du projet médical et du projet de soins. L'hôpital est en effet non seulement un lieu de soin mais également un lieu de vie où toute personne doit être accueillie en tenant compte de son âge, de ses habitudes de vie, de ses croyances éventuelles, de son entourage familial, de ses activités et de son environnement. Chaque patient doit être considéré en tant que personne dans sa globalité avec son libre-arbitre, ses devoirs et ses droits, afin de promouvoir toutes les dimensions de sa santé (physique, psychique et sociale).

Avant de faire état des plans d'actions spécifiques que le CHU souhaite mettre en œuvre dans le cadre de ce projet, il convient d'énoncer les fondements sur lesquels s'appuie la politique institutionnelle de prise en charge des patients :

- ♦ **Les patients et leurs représentants doivent être considérés comme des partenaires des équipes hospitalières.**  
Ils sont en effet les premiers experts de leur propre maladie et leur ressenti constitue une véritable ressource en vue d'optimiser leur prise en charge.
- ♦ **L'hospitalisation ne doit pas être ressentie par le patient comme une rupture avec son environnement humain et culturel.**  
Ses proches doivent avoir une place auprès de lui, ses croyances être respectées dans les limites du respect de la laïcité et de la neutralité du service public.
- ♦ **L'hôpital doit garantir à ses patients un accueil de qualité et le respect de leurs droits**
- ♦ **L'hôpital doit s'efforcer de prendre en compte toutes les dimensions de la personne et non pas la seule condition de patient.**  
La culture doit avoir une place, des services peuvent être proposés, hors du soin (accès internet...).

Ces fondements doivent constituer une référence pour chaque professionnel dans l'exercice quotidien de ses fonctions. Ils doivent par ailleurs se décliner en plans d'actions opérationnels afin de permettre l'atteinte des objectifs institutionnels.

## LES PLANS D' ACTIONS A METTRE EN OEUVRE

### 1. Améliorer l'accueil du patient

Les orientations retenues en vue d'améliorer l'accueil des patients visent d'une part la gestion des rendez-vous, d'autre part l'accessibilité.

Les actions à mettre en œuvre en vue d'améliorer la gestion des rendez-vous de consultation sont les suivantes :

- ♦ La restructuration de la gestion des rendez-vous, dont l'accueil téléphonique, pour les secteurs fortement sollicités (notamment pour l'ophtalmologie, la gynécologie, la cardiologie).
- ♦ La mise en place d'un formulaire de demande de rendez-vous sur internet.
- ♦ La confirmation des rendez-vous et rappels par SMS.
- ♦ La mise en place d'un logiciel de paiement en ligne.
- ♦ L'impression, par le patient, de son bordereau d'admission accessible sur internet, lorsque celui-ci est déjà enregistré.

L'accessibilité doit être facilitée par :

- ♦ L'amélioration du stationnement pour les consultants, voire l'ensemble des usagers. Une réflexion devra être conduite par site en tenant compte des spécificités de chacun d'entre eux et en intégrant l'impact des projets immobiliers.
- ♦ La définition d'une politique cohérente et structurée en matière de signalétique en prenant en compte les différents handicaps des usagers.
- ♦ Le développement d'une signalétique connectée : bornes d'orientation, plans inter actifs téléchargeables, géolocalisation.

## 2. Mieux évaluer la satisfaction des usagers

La mesure de la satisfaction des patients est non seulement une obligation, mais elle doit surtout constituer un levier de progrès pour les services hospitaliers. Son recueil, sa mesure et sa diffusion doivent être modernisés pour porter plus efficacement les messages des usagers aux hospitaliers. Sont ainsi évoquées :

- ♦ La création et la mise en place d'un questionnaire unique et spécifique aux consultations.
- ♦ L'articulation de la gestion des réclamations avec le traitement des événements indésirables, travail en lien avec les travaux du GRECS afin de travailler conjointement à des actions d'amélioration (exemple : l'annonce d'un diagnostic grave).

## 3. Renforcer le dialogue avec les représentants des usagers

Cet objectif concerne les membres de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) ainsi que les associations :

- ♦ **Dynamiser le dialogue avec les représentants des usagers au sein de la CRUQPC**  
Le CHU entend conforter un dialogue constructif avec les représentants des usagers au sein de la CRUQPC, et par le biais de la participation de représentants d'usagers à différentes instances.
- ♦ **Développer la place des associations à l'hôpital et encourager le bénévolat**  
Le CHU souhaite accentuer sa politique de soutien aux associations, notamment au moyen de l'Espace dédié aux associations à l'Hôpital Robert Debré.

## 4. Donner aux patients une plus grande lisibilité sur leurs droits

Cet objectif suppose de mener différentes actions auprès des professionnels :

- ♦ La mise en place d'une veille juridique permettant d'actualiser et d'enrichir les informations ainsi que les documents dans Intranet, Internet et la Gestion Documentaire.
- ♦ La réponse aux questions et problèmes spécifiques des unités, liés aux droits et à l'information des patients, par des interventions ciblées (séances d'information-formation...).
- ♦ La promotion du Comité « Droits et Information du Patient (DIP) » au travers de ses actions (rencontres DIP, dossier dans intranet : « Information, bénéfice - risques et consentement aux soins », procédures et outils à disposition des professionnels...).

Des actions doivent par ailleurs être mises en œuvre directement auprès des usagers :

- ♦ La poursuite des actions d'information par thématique portant sur les droits des patients : personne de confiance, directives anticipées, loi Léonetti, CRUQPC (représentants des usagers, médiateurs), associations de bénévoles... en diversifiant les outils de communication (séances d'information, affiches, quizz, forum...).
- ♦ L'optimisation de l'articulation avec les associations en tant que partenaires pour les droits des patients.
- ♦ La création de documents d'information par thématique, par mode de prise en charge à partir d'une trame institutionnelle.

## 5. Optimiser l'accès du patient à ses données médicales

Afin d'optimiser l'accès du patient à ses données médicales, les actions suivantes ont été ciblées :

- ♦ L'optimisation des délais d'accès au dossier patient pour les dossiers de moins de 5 ans.
- ♦ L'optimisation de la communication entre les différents professionnels, afin de transmettre des informations cohérentes et concordantes au patient et à sa famille, au regard de la prise en charge du patient.
- ♦ Le développement d'une culture de l'information permettant au patient d'être systématiquement informé quant aux dysfonctionnements : des délais d'attente, des retards de prise en charge, des annulations de rendez-vous.

## 6. Développer une communication lisible et facilement accessible en interne et externe

L'atteinte de cet objectif suppose la mise en œuvre des actions suivantes :

- ♦ La structuration du site internet de façon lisible et compréhensible pour l'utilisateur permettant de décrire l'offre de soins, les différentes modalités de fonctionnement et de prise en charge.
- ♦ La structuration du site intranet afin de disposer d'un outil d'information et d'échanges actualisé en temps réel
- ♦ La diffusion d'informations au travers d'un canal spécifique de la chaîne interne de télévision.
- ♦ L'organisation d'une communication régulière avec les médias afin de valoriser les actions du CHU (ex : prises en charge spécifiques), en lien direct avec la Direction de la Communication.



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS

# PROJET D'ÉTABLISSEMENT

2016 - 2020

Projet immobilier





<b>Les opérations du Plan Directeur</b> .....	<b>349</b>
I- Résidence Roux.....	349
II- Hôpital Sébastopol : extension du plateau technique de rééducation.....	349
III- Reconstruction de la Fondation Roederer Boisseau.....	350
IV- L'American Memorial Hospital.....	350
V- Projet de reconstruction du Site Principal.....	350



# Les opérations du plan directeur

La période 2016-2020 sera l'occasion de mener à terme différentes opérations du Plan Directeur déjà engagées :

- ♦ Résidence Roux : Démolition des anciens bâtiments et aménagements des abords
- ♦ Hôpital Sébastopol : Extension du Plateau Technique de Rééducation.
- ♦ Fondation Roederer Boisseau : Reconstruction d'un bâtiment d'une capacité de 90 lits dédiés à l'hébergement des personnes âgées.
- ♦ Première phase du Schéma Directeur du site principal : Construction des nouveaux bâtiments dédiés au Pôle de Biologie d'une part, au Pôle d'Odontologie d'autre part.

Par ailleurs, et compte tenu de la validation par le Comité Interministériel de la Performance et de la Modernisation de l'Offre de Soins (COPERMO) le 24 novembre 2015, cette même période sera l'occasion d'engager la réalisation des autres phases du projet immobilier concernant le site principal du CHU tel que décrit ci-après (cf. point V).

## I- RÉSIDENCE ROUX

Cette opération a eu pour objet la reconstruction, sur le site de la Résidence Roux, d'un nouveau bâtiment dédié à l'hébergement des personnes âgées.

La première tranche de ce nouveau bâtiment a été mise en service en mai 2011 et a accueilli 140 résidents. En 2012, les anciens locaux ont été démolis et la construction de la seconde partie du nouveau bâtiment a débuté à l'automne. Cette seconde tranche a été livrée au second trimestre de l'année 2014, permettant ainsi d'accueillir au mois de juin 147 résidents supplémentaires dans les nouveaux bâtiments.

D'une superficie de 15.000 m<sup>2</sup>, la nouvelle Résidence Roux dispose donc d'une capacité d'accueil de 287 lits pour améliorer et personnaliser la prise en charge des résidents.

Cette nouvelle résidence a en effet été conçue pour répondre à un double enjeu : le confort et les besoins des résidents d'une part, la qualité des conditions de travail des personnels d'autre part.

Le bâtiment est conçu comme une « place de village » rassemblant les locaux communs (hall d'accueil, salle de spectacle et d'animation, espace de soins, salle à manger...) sur laquelle viennent se greffer des « maisonnées » qui comportent les chambres des résidents, autour d'une zone de détente partagée.

Plus spacieuses, plus lumineuses, les chambres individuelles préservent l'intimité des résidents et assurent un confort optimal, avec notamment une salle de douche ergonomique. Le nouveau bâtiment comprend également un espace Snoezelen® destiné à favoriser le bien-être de la personne âgée et à stimuler les sens. Le coût de l'opération, toutes dépenses confondues, sera de l'ordre de 35 000 000 €. Pour mémoire, cette opération a bénéficié d'une subvention d'investissement de l'Etat d'un montant de 15 000 000 €.

La dernière tranche de l'opération consistera à démolir les derniers anciens bâtiments et à aménager les abords des nouveaux bâtiments. Cette dernière tranche s'achèvera au premier trimestre de l'année 2016.

## II- HÔPITAL SÉBASTOPOL : EXTENSION DU PLATEAU TECHNIQUE DE RÉÉDUCATION

Ce projet a pour objectif la construction d'un bâtiment de 1 600 m<sup>2</sup>, relié au Centre de Rééducation Fonctionnelle par une galerie et destiné à accueillir :

- ♦ L'activité d'Hospitalisation de Jour du service de Médecine Physique et de Réadaptation.
- ♦ Une extension de l'espace dédié aux activités de rééducation sous forme de deux salles.
- ♦ L'unité de Médecine du Travail et Pathologies Professionnelles implantée actuellement dans un bâtiment modulaire ayant vocation à être détruit.

Suite au commencement des travaux lors du premier trimestre 2016, le calendrier prévisionnel de cette opération conduit à prévoir une livraison du bâtiment dans le premier semestre de l'année 2017.

Le coût de l'opération est inscrit à hauteur de 4.000.000 € dans le Plan Global de Financement Pluriannuel.



### III- RECONSTRUCTION DE LA FONDATION ROEDERER BOISSEAU

L'impossibilité de mettre le bâtiment actuel aux normes applicables en matière de sécurité incendie a conduit à la décision de la reconstruction de cette résidence.

Le nouveau bâtiment, qui ne comportera que des chambres individuelles avec salles de bain, permettra d'améliorer de manière très significative la qualité de l'accueil et le confort des résidents, compte tenu de la vétusté des locaux actuels et du caractère très minoritaire des chambres individuelles.

D'une superficie de l'ordre de 5 000 m<sup>2</sup>, la nouvelle construction accueillera 90 lits et sera implantée à l'arrière de la Résidence Wilson, et reliée à celle-ci par une galerie.

La livraison de la nouvelle résidence est programmée lors du dernier trimestre de l'année 2018. Le coût de l'opération est inscrit à hauteur de 11 000 000 € dans le Plan Global de Financement Pluriannuel.

### IV- L'AMERICAN MEMORIAL HOSPITAL

L'American Memorial Hospital 2 est le futur hôpital d'enfants du CHU de Reims. Installé dans le prolongement du bâtiment Alix de Champagne, il accueillera, sur un espace de 12 000 m<sup>2</sup>, toutes les activités pédiatriques (urgences, imagerie, hospitalisations, consultations...).

Initialement prévue en mai 2011, la mise en service du bâtiment a été reportée. Suite à de nombreuses fuites constatées sur les réseaux d'eau froide et d'eau chaude, le CHU a saisi le Tribunal Administratif afin de désigner un expert judiciaire chargé de déterminer les responsabilités à l'origine des dommages constatés. Dans le cadre de l'expertise judiciaire, le CHU de Reims a été autorisé à engager les travaux de réfection des réseaux d'eau chaude et d'eau froide. Ces travaux, dont la durée a été estimée à un an, ont débuté en juillet 2015. Le transfert des activités au sein du nouveau bâtiment est prévu en octobre 2016.

A la suite de la remise du rapport de l'expert judiciaire, le CHU engagera une procédure devant le Tribunal Administratif pour obtenir réparation de l'ensemble des préjudices subis.

### V- PROJET DE RECONSTRUCTION DU SITE PRINCIPAL

Lors de sa séance du 17 décembre 2013, le COPERMO a déclaré éligible le projet immobilier du CHU, assortissant sa décision de trois recommandations :

- ♦ Un développement plus important de la prise en charge ambulatoire accompagné d'une réduction significative du nombre de lits en hospitalisation complète.
- ♦ La production d'un programme technique détaillé définissant notamment les organisations ainsi que la liste des locaux de chacun des secteurs d'activité et leur superficie.
- ♦ Un taux de marge brute (hors aides) égal à 8 % à l'issue du projet.

En application de ces recommandations, le CHU a engagé la démarche qui lui a permis de déposer son dossier à la DGOS le 26 juin 2015, dossier qui a fait l'objet d'une validation par le COPERMO lors de sa séance du 24 novembre.

### LE PROGRAMME CAPACITAIRE

Le programme capacitaire porte sur un ensemble de 823 lits et places (725 lits et 98 places). Il a été déterminé en application des critères d'efficience attendus en matière de durée moyenne de séjour (IPDMS égal à 0,96), de taux d'occupation et de développement de l'ambulatoire.

Ce programme capacitaire est la résultante : d'une réduction capacitaire de 144 lits en hospitalisation complète, de l'accroissement de 17 places de la capacité ambulatoire (taux de chirurgie ambulatoire de l'ordre de 47 %), et de la création de 43 lits avant la réalisation du projet immobilier (Soins intensifs et Surveillance continue, Soins de Suite et de Réadaptation Cardio-Vasculaires, Pathologies du Sommeil).

Il convient de souligner que sur le périmètre du projet la réduction capacitaire (- 144 lits en hospitalisation complète) représente 19 % des lits actuels et qu'elle s'inscrit dans la continuité de la démarche engagée par le CHU puisque 108 lits avaient déjà été supprimés entre 2006 et 2013.

Il comporte une Phase 0 correspondant à deux opérations :

- ♦ d'une part la construction d'un Pôle de Biologie permettant le regroupement des 10 laboratoires aujourd'hui répartis sur les Hôpitaux Maison Blanche et Robert Debré,
- ♦ d'autre part la construction d'un bâtiment dédié à l'Odontologie ayant pour finalité le regroupement des fauteuils dentaires implantés actuellement sur les sites de l'Hôpital Maison Blanche et de l'Hôpital Sébastopol.

Cette phase 0 est aujourd'hui en cours de réalisation compte tenu de l'accord donné par la DGOS en février 2014.

L'opération relative à la construction du Pôle de Biologie est au stade de l'Avant-Projet Définitif. Le calendrier prévisionnel conduit à une livraison du bâtiment en septembre 2018. Le coût prévisionnel de l'opération est de l'ordre de 40.000.000 €.

Concernant le bâtiment dédié à l'Odontologie, le choix a été fait de la conception-réalisation. Cette opération est actuellement en phase « Etudes » au stade « Projet ». La livraison du bâtiment, dont le coût prévisionnel est de 15.000.000 €, est programmée en septembre 2017.

Le cœur du projet consiste en la construction de deux bâtiments situés de part et d'autre du bâtiment des urgences et reliés à celui-ci. Sa réalisation comporte trois phases :

- ♦ une phase 1 qui correspond à la construction d'un bâtiment abritant un total de 489 lits et places (375 lits d'hospitalisation complète, 23 lits de réanimation, 16 lits de surveillance continue, 32 lits de soins intensifs, 23 places de chirurgie ambulatoire et 20 places de médecine ambulatoire) ainsi que le plateau technique permettant le regroupement des activités interventionnelles (bloc opératoire, imagerie et cardiologie interventionnelles) et la proximité des activités d'imagerie et de soins critiques de celles qui resteront implantées dans le bâtiment des urgences (à savoir l'ensemble de l'imagerie conventionnelle et 15 lits de réanimation). Ce bâtiment abrite par ailleurs les activités de consultations et d'explorations fonctionnelles des disciplines qui y sont implantées.
- ♦ une phase 2 correspondant à la construction d'un second bâtiment abritant le complément des hospitalisations, soit un total de 334 lits et places (268 lits d'hospitalisation complète, 11 lits de soins intensifs et 55 places de médecine ambulatoire). Cette phase 2 se décompose en deux opérations : la démolition de l'aile de chirurgie de l'Hôpital Maison Blanche d'une part, la construction du bâtiment neuf d'autre part. Ce bâtiment abrite par ailleurs les activités de consultations des disciplines qui y sont implantées ainsi que 36 postes de dialyse.
- ♦ une phase 3 correspondant à la démolition de l'Hôpital Robert Debré et de l'aile de médecine de l'Hôpital Maison Blanche ainsi qu'aux aménagements des abords (parkings et espaces verts).

### Phase 2

Complément hospitalisations  
• 268 lits HC  
• 11 lits de SI  
• 55 places UMA  
Total :  
334 lits/places  
Dialyse : 36 postes

### Phase 1

Plateau technique et hospitalisations  
• 375 lits HC  
• 23 lits de réa.  
• 16 lits de SC  
• 32 lits de SI  
• 23 places UCA  
• 20 places UMA  
Total :  
489 lits/places



## LE DIMENSIONNEMENT DU PROJET

L'ensemble du projet représente une superficie de l'ordre de 87.800 m<sup>2</sup> (56.600 m<sup>2</sup> pour la phase 1 et 31.200 m<sup>2</sup> pour la phase 2), correspondant à une réduction de l'ordre de 12.000 m<sup>2</sup> par rapport aux surfaces actuelles. Il a été conçu dans le respect des normes ministérielles tant en ce qui concerne le programme capacitaire que la définition des surfaces des différents secteurs d'activité.

## LE CALENDRIER DE L'OPÉRATION

Le calendrier prévisionnel de la réalisation des travaux est le suivant :

- ◆ Phase 1 : janvier 2019 - juillet 2022
- ◆ Phase 2 : octobre 2023 - septembre 2025
- ◆ Phase 3 : juillet 2026 - décembre 2027

## LE COÛT DE L'OPÉRATION

Le projet représente un investissement de l'ordre de 383.200.000 € (Toutes Dépenses Confondues).

## EN SYNTHÈSE...

Ce projet a été approuvé à l'unanimité par les différentes instances : CME, CTE, Directoire en formation élargie aux chefs de Pôles et Conseil de Surveillance, chacune d'entre elles considérant que ce projet permettrait de répondre aux enjeux auxquels le CHU devra faire face dans les années à venir en termes d'efficacité.

Les principales caractéristiques de ce projet sont les suivantes :

- ◆ Il est la résultante d'une démarche institutionnelle issue du Contrat Performance signé avec l'ANAP et l'ARS.
- ◆ Il s'inscrit dans la continuité des actions déjà entreprises en matière de réduction du nombre de lits en hospitalisation complète et se traduit, en terme capacitaire, par une évolution privilégiant une volonté forte de développement de l'activité ambulatoire.
- ◆ Il se caractérise par une organisation efficiente du site principal du CHU qui trouve sa traduction dans le regroupement des activités médico-techniques au sein d'un plateau technique unique et dans la création d'unités d'hébergement « standard » d'une capacité de 30 lits.
- ◆ Il est le gage d'une prise en charge de qualité tant médicale qu'hôtelière.
- ◆ Il présente l'avantage de constituer un projet évolutif et adaptable. Ce caractère évolutif permettra également de répondre aux adaptations nécessaires à la prise en compte des coopérations.
- ◆ Il offre une réponse à la non-conformité des bâtiments en matière de sécurité incendie afin de prévenir le risque exceptionnel d'incendie.
- ◆ Il garantit une situation financière équilibrée sur la période concernée.

Suite à l'abandon du projet immobilier précédent, le présent projet revêt trois enjeux majeurs :

- ◆ Le premier enjeu est stratégique et s'inscrit dans la modernisation de l'offre hospitalière et universitaire de la région Champagne-Ardenne, dans la perspective de la grande région avec l'Alsace et la Lorraine.
- ◆ Le deuxième permet de répondre à une situation patrimoniale hospitalière extrêmement vétuste nécessitant d'importantes mises en conformité (Hôpital Maison Blanche et Hôpital Robert Debré ouverts respectivement en 1935 et 1976 et faisant l'objet pour chacun d'entre eux d'un avis défavorable de la Commission de Sécurité Incendie). A cela s'ajoute un confort hôtelier extrêmement sommaire (absence de douches et seulement 35 % des lits en chambres individuelles).
- ◆ Le troisième enjeu est l'engagement de performance et de qualité dans lequel le CHU de Reims continue à s'inscrire et qui se caractérise par des évolutions capacitaires et organisationnelles importantes.



---

Directeur de la publication : Dominique De Wilde, Directrice Générale du CHU de Reims  
Conception coordination rédaction : Jean-Michel Rosé, Secrétaire Général  
Conception création graphique : Valérie Petitfrère, Infographiste, Direction de la Communication  
Janvier 2016 - 148001



**CHU DE REIMS**

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS  
45, RUE COGNACQ-JAY - 51092 REIMS CEDEX**

**TÉL. 03 26 78 78 78  
[www.chu-reims.fr](http://www.chu-reims.fr)**





**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS**  
**45, RUE COGNACQ-JAY - 51092 REIMS CEDEX**

**TÉL. 03 26 78 78 78**  
**[www.chu-reims.fr](http://www.chu-reims.fr)**