

PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2012 - 2016



SOMMAIRE

Préambule

La feuille de route du CHU.....	7
---------------------------------	---

Première partie

Le projet de management	13
-------------------------------	----

1. La gouvernance : équilibre et responsabilisation	15
1.1 Les instances	15
1.2 Les pôles hospitalo-universitaires et de gestion	17
1.3 Le pilotage par projet et la contractualisation.....	18
1.4 La politique de communication interne et externe	20
2. Le management de la qualité et la gestion des risques : l'action collective.....	21
2.1 L'engagement des instances de pilotage, la mise en œuvre de la politique qualité et la promotion de la culture qualité	21
2.2 La gestion des risques et les vigilances	24
2.3 La gestion documentaire	25
2.4 Le système d'information, gage de la qualité et de la sécurité de la prise en charge ..	25
3. Le pilotage médico-économique : l'engagement dans la durée	27
3.1 Inscrire la santé financière du CHU dans la durée et dégager les marges budgétaires indispensables au financement du plan de modernisation.....	27
3.2 L'amélioration de la performance de la production scientifique	28
3.3 La politique achats / investissement	29
4. Réorganiser les fonctions supports, en recherchant l'efficacité des organisations, au service des équipes du CHU et de ses partenaires hospitaliers, en intégrant l'exigence de développement durable	31
4.1 Réorganiser les fonctions supports, en recherchant l'efficacité des organisations, au service des équipes du CHU et de ses partenaires hospitaliers.....	31
4.2 Intégrer l'exigence d'une politique de développement durable	32

Deuxième partie Les objectifs de stratégie médico-scientifique 35

1. Développer les activités d'excellence	39
1.1 La chirurgie lourde et robotique	40
1.2 Les activités interventionnelles	42
1.3 Les greffes d'organe et de moelle.....	44
1.4 Les centres de référence	46
2. Assurer le leadership attendu dans l'offre de soin régionale (aspect maillage)	49
2.1 L'émergence du centre régional de cancérologie (OBJECTIF 3 du contrat de performance)	49
2.2 L'unité régionale neurovasculaire (OBJECTIF 2 du contrat de performance).....	51
2.3 La périnatalité	51
2.4 Autonomie et vieillissement	52
2.5 Promouvoir les politiques de santé publique	54
2.6 Un projet médico-social au service d'un territoire	60
2.7 Le CHU, animateur universitaire en NTIC.....	62
2.8 Etre un acteur déterminant des réseaux de soins et améliorer l'accès aux compétences du CHU pour les professionnels de santé	63
3. Mettre en œuvre une stratégie collaborative de recherche et innovation	63
3.1 Les principaux niveaux de positionnement du CHU dans l'environnement de la recherche	64
3.2 La définition et le soutien d'axes stratégiques de recherche fortement identifiés...	65
3.3 La dynamique de la recherche paramédicale	68
4. L'enseignement	68
4.1 Une stratégie de formation universitaire pour accompagner l'activité de soin du CHU ..	68
4.2 Un processus engagé et un accompagnement à poursuivre : l'universitarisation des formations paramédicales	69
4.3 Des dispositifs et des outils innovants au service d'une politique de formation	72

Troisième partie Le projet de prise en charge des patients 75

1. Considérer le patient et dialoguer avec les usagers	77
1.1 La personne, au cœur de la prise en charge.....	77
1.2 Les usagers, pour nous aider à prendre soin.....	78
1.3 La bientraitance et la réflexion éthique, pour guider nos pratiques professionnelles	78
2. Offrir des soins de qualité en toute sécurité	79
2.1 Un dossier unique pour chaque patient.....	79
2.2 Une prescription des médicaments de qualité et adaptée.....	80
2.3 Des certifications et des démarches ciblées	81
2.4 Une évaluation des pratiques professionnelles et une accréditation individuelle des médecins.....	82
3. Adapter les modes de prise en charge et les parcours de soins	82
3.1 Développer les plateformes ambulatoires (objectif 7 du contrat de performance)..	82
3.2 Mieux programmer pour mieux prendre en charge l'urgence (objectif 5 du contrat de performance).....	83
3.3 Améliorer les parcours de soins en définissant les filières de prise en charge, dans les murs et hors les murs.....	84
3.4 Garantir l'efficacité des organisations médico-soignantes.....	89

Quatrième partie Le projet social et professionnel..... 91

1. Politique de Management individuel et collectif.....	93
1.1 Reconnaître le rôle et la place des cadres dans l'institution.....	93
1.2 Reconnaître la valeur professionnelle des équipes et des agents	95
1.3 Assurer une politique d'accompagnement des contractuels	97
2. Parcours, développement des compétences et politique de formation.....	98
2.1 Promouvoir la GPMC en mode gestion au service de l'institution et des personnels.....	98
2.2 Favoriser l'insertion professionnelle des bénéficiaires de l'obligation d'emploi, dans le cadre d'un recrutement, d'un maintien ou retour dans l'emploi ou lors d'un reclassement	101
2.3 Développer une politique de mobilité et favoriser une mobilité choisie	102
3. Conditions de vie au travail.....	103
3.1 Attirer et fidéliser les personnels.....	103
3.2 Améliorer les conditions de travail	105
4. Politique d'allocation des ressources	107
4.1 Améliorer l'adaptation des effectifs à l'activité	107
4.2 Définir et mettre en œuvre une politique de remplacement.....	109
5. Organisation du travail.....	111
5.1 Identifier et mettre en place des cibles organisationnelles	111
5.2 Adapter les organisations de travail	112
5.3 Améliorer le service rendu par le Pôle RHOSQ.....	113
6. Dialogue social.....	114
6.1 Améliorer les modalités de travail avec les partenaires sociaux.....	114
6.2 Valoriser les actions réalisées	115

Cinquième partie Le plan de modernisation..... 117

1. Mettre en œuvre un programme capacitaire revisité pour accompagner la stratégie médi- cale et le projet de prise en charge	119
1.1 Une démarche globale et cohérente avec les orientations stratégiques du CHU de Limoges	119
1.2 Une révision capacitaire globale, pôle par pôle.....	119
1.3 Un virage majeur en faveur de l'ambulatoire d'ici 2020	121
2. Réaliser un projet immobilier et des équipements à la juste mesure des besoins des équipes et des attentes des patients.....	123
2.1 Le projet immobilier.....	123
2.2 Les équipements	131
3. Accompagner l'amélioration de la prise en charge globale des patients dans les murs et sur le territoire par un schéma directeur informatique au service des équipes.....	131
3.1 Contexte et bilan.....	131
3.2 Informatique médicale et médico-technique : le projet e-DP	138
3.3 Informatique de gestion	144
3.4 Sécurité, infrastructures et réseaux	147
4. Se doter d'un plan d'efficience qui, par retour sur investissement, permet de financer l'indispensable modernisation	156

GLOSSAIRE..... 159

LA FEUILLE DE ROUTE

Préambule

LA FEUILLE DE ROUTE D'UN CHU EN MOUVEMENT

Le CHU est entré dans une période déterminante pour son avenir qui commande un projet d'établissement volontariste, adapté au contexte évolutif et aux enjeux majeurs.

Le CHU est en mouvement pour préparer l'hôpital de demain. Son modèle reste à inventer mais l'on sait qu'il repose moins sur des structures que sur des modes et des parcours de prise en charge; ce projet, ce n'est pas encore l'hôpital de demain mais ce n'est déjà plus l'hôpital d'aujourd'hui.

Le présent projet, largement concerté et alimenté en grande partie par les projets qui émanent du terrain ainsi que par le dialogue avec les partenaires sociaux, constitue la feuille de route du CHU pour les 5 années qui viennent, déterminantes à l'égard des activités comme des équipes. Il dessine un nouvel équilibre, à renouveler sans cesse au gré de l'évolution des pathologies et du progrès médical, entre toutes les missions d'un Etablissement de santé Universitaire :

- **Excellence et recours,**
- **Enseignement, Recherche, et Innovation,**
- **Proximité et santé publique.**

C'est également l'amélioration continue de la qualité des soins et l'adaptation des modes et filières de prise en charge qui a guidé les travaux, à travers un projet médico-soignant unifié par la démarche qualité ; « *le bon patient, au bon endroit, au bon moment, avec les ressources appropriées, au juste tarif* » est l'objectif recherché, pour assurer la meilleure qualité de l'accueil et des soins due au patient qui fait confiance au CHU.

Cette feuille de route ne saurait se réaliser sans s'inscrire dans un environnement singulier d'un territoire de santé unique marqué par son hétérogénéité qui confère une responsabilité particulière au CHU dans le maillage de l'offre de soins régionale avec la CHT qui se dessine ; le CHU est au service de la dynamique régionale et doit offrir, à travers son projet ; l'accessibilité

à l'expertise. Il est aussi un acteur économique majeur de la région, comme employeur et acheteur intégré dans le tissu économique et social. Pour remplir ses missions et assumer son rôle régional et au-delà, le CHU doit moderniser son infrastructure ; c'est à cette seule condition que les équipes seront attirées et fidélisées au service des patients. Faire préférer le CHU pour les personnels comme pour les patients nécessite la mise en œuvre d'un projet immobilier indispensable, une mise à niveau de l'outil informatique et un politique d'équipements de pointe adaptée. C'est pourquoi le présent projet intègre un plan de modernisation de l'outil hospitalo-universitaire, conçu en 2009 et débuté depuis 2010.

Enfin, le présent projet place en son cœur la question des Ressources Humaines, médicales comme soignantes, administratives, techniques et logistiques avec une politique d'attractivité et de fidélisation volontariste ; «prendre soin des équipes pour prendre soin des malades» doit être l'obsession qui guide la mise en œuvre du projet.

Au total, un projet pensé, discuté et mûri pour moderniser le CHU, avec l'accompagnement du contrat de performance signé avec l'ANAP et l'ARS pour aider les équipes dans l'atteinte d'objectifs particuliers qui réinterrogent nos organisations.

La mise en œuvre de la feuille de route du CHU doit permettre de démontrer que service public et performance sont deux notions nécessairement conjuguées. Dépasser les intérêts particuliers par une vision partagée de l'intérêt général reste l'exigence qui doit guider l'action.

Un environnement en mutation...

Le projet d'établissement du CHU s'est construit en tentant de cerner aux mieux les mutations de l'environnement, nombreuses et rapides. Citons notamment :

- L'évolution des pathologies, des besoins de santé publique et des attentes des usagers : la singularité connue de la population régionale, son vieillissement, l'incidence croissante des maladies chroniques ou la chronicisation des maladies à forte cohorte sont

des éléments déterminants des orientations de stratégie médicale et du projet de prise en charge ;

-Les problématiques de démographie médicale et la tension sur les métiers, notamment de soignant sont des éléments centraux du diagnostic dans une région réputée peu attractive ;

-L'évolution des techniques médicales qui ont un impact sur les modes de prise en charge et la durée de séjour conduit à revoir les organisations et les pratiques médicales et à acquérir dans certains cas des équipements de pointe pour la chirurgie ou les techniques interventionnelles ;

-La régionalisation du système de santé promeut une approche décloisonnée des prises en charge dans une logique de filière avec tous les professionnels de santé ; elle remet en cause « l'hospitalo-centrisme » et c'est heureux si l'hôpital réaffirme sa juste place dans l'offre de soin et sort de ses murs sur un territoire régional qui exige un maillage hospitalier porté par le CHU ;

-L'accroissement de la concurrence avec des opérateurs privés contribue à la recherche des complémentarités des activités ou invite à des partenariats avec ceux qui partagent les mêmes valeurs au service des patients ;

-La situation macroéconomique et le déficit structurel de l'assurance maladie induisent une tendance lourde de pression budgétaire qui renforce les exigences d'efficacité des organisations ; la tentation de concentrer les moyens sur des plateaux techniques ou de recherche conduit à adapter les stratégies de collaboration infra et interrégionales ;

-Le pilotage contraint et contractualisé de l'activité incite à repenser la stratégie médicale en développant les activités à forte valeur ajoutée pour les patients et le CHU, grâce au savoir faire des équipes ;

-La remise en cause du modèle traditionnel de l'hospitalisation et la tentation connexe de réduire drastiquement les capacités d'accueil mérite une adaptation régionale des filières sur un territoire dont la population a moins recours à l'hospitalisation que la moyenne nationale ;

-enfin, l'évolution profonde de la gouvernance de l'hôpital, traduite dans les réformes successives et amplifiées par la loi dite Hôpi-

tal, patient, santé et territoire, qui bouleverse le rôle et le positionnement des acteurs et conduit à modifier les règles du jeu.

...qui, à partir des fondamentaux pris en compte...

La préparation du projet d'établissement, concomitante aux travaux du Projet régional de santé, a donné l'occasion de réaliser et de faire partager un véritable diagnostic médico-économique, dans le cadre notamment de la préparation du contrat de performance. Les activités ont été passées en revue, les organisations analysées, la gestion évaluée. Sans concession et parfois douloureux, les diagnostics ont permis d'orienter les axes du présent projet et de partager sans tabou au sein de la communauté hospitalière du CHU, les faiblesses, les risques comme les atouts et les opportunités.

Les éléments de diagnostic pris en considération peuvent s'établir ainsi :

► Les fondamentaux exploités

- Données de santé publique issues de l'ORS
- Les études épidémiologiques
- Les politiques publiques de santé et hospitalière

► Les diagnostics réalisés et les indicateurs partagés

- Audit régional « stratégie de groupe » (avril 2008, CIEL)
- Diagnostic ANAP
- Bilans des volets du précédent projet d'établissement (projet social et projet de soins)
- Le rapport de visite AERES
- Le rapport de certification HAS
- Le rapport annuel Activité - Finances et les éléments de parangonnage
- L'étude Occupation Inadéquate des Lits
- Les tableaux de bord des pôles HU et les études du SIME

Le projet prend également en compte :

- Les projets de pôle hospitalo-universitaire
- la feuille de route du contrat de performance : 11 objectifs
- le plan de modernisation du CHU, notamment son projet immobilier déjà conçu à partir
 - d'un contour des pôles HU profondément remanié (janvier 2010) avec une logique d'organe ou de filière de prise en charge

du patient,

- des organisations médico-soignantes revues,
- ▶ le projet de CHT 87 puis régionale ;
- ▶ le projet qualité et le processus de gestion des risques ;
- ▶ la feuille de route régionale : plan stratégique du PRS, politiques de santé publique et SROS PRS ;
- ▶ l'impulsion nationale pour une politique RH renouvelée notamment à l'endroit des équipes médicales (protocole d'accord sur l'exercice médical à l'hôpital).

...commande de préparer l'hôpital de demain...

Avec ce projet d'établissement, le CHU se dote d'une feuille de route qui comporte des objectifs transversaux que l'on peut ordonner autour de 5 axes stratégiques :

-développer les activités d'excellence, la recherche, l'innovation et l'enseignement et assurer le leadership attendu dans l'offre de soin régionale ;

« l'expertise accessible »

-offrir des soins de qualité, adapter les modes de prise en charge et les parcours de soin, autour du patient et à l'écoute des usagers ;

« d'un CHU de séjours à un CHU de parcours »

-adapter la politique de GRH en améliorant les conditions de vie au travail et en accompagnant le changement pour attirer et fidéliser les équipes ;

« prendre soin des équipes »

-renforcer le pilotage médico-économique de l'institution en adaptant le management pour répondre aux enjeux du présent et préparer l'avenir ;

« permettre un développement durable du CHU »

-moderniser les infrastructures du CHU en réalisant un projet immobilier indispensable et en adaptant l'outil informatique

« adapter l'outil HU au service des patients et des professionnels »

Cette feuille de route peut aussi être déclinée autour de six mots clés qui ont animé les discussions et le dialogue préparatoires :

Ouverture

- ▶ vers les hôpitaux de la région, notamment

dans le cadre de la CHT, en développant la télémédecine, en initiant une approche régionale de la GRH médicale, en mettant en cohérence le SIH, et en développant les coopérations en matière de biologie et de logistique;

▶ vers les professionnels de santé libéraux : pour être au service des patients, le CHU doit aussi être à l'écoute de tous les professionnels de santé qui concourent à leur prise en charge ;

▶ vers les usagers : le CHU souhaite amplifier sa politique en direction des usagers pour les associer à la vie hospitalière ;

▶ vers l'international : le CHU participe activement à la politique nationale et régionale de coopération internationale.

Qualité

▶ le management de la qualité et la gestion des risques : la complexité des activités de l'hôpital exige une organisation sans faille de la gestion des risques et une politique qualité dont le résultat doit être à la hauteur des attentes des patients ;

▶ le dossier patient : la qualité de la prise en charge des patients au sein du CHU d'abord mais plus largement dans les parcours de soins qui se dessinent commande une parfaite tenue des dossiers médicaux, préalable au futur DMP ;

▶ prescription : enjeu pour la qualité des soins et l'efficacité médico-économique, l'adaptation des outils mis à disposition des équipes est indispensable ;

▶ prise en charge globale et efficacité des organisations : réunir les compétences des professionnels du CHU au service du soin et du parcours du patient demeure un défi qui se renouvelle sans cesse.

Attractivité

▶ prendre soin des équipes en permettant à chacun d'évoluer dans un environnement favorable à l'épanouissement professionnel avec le meilleur équilibre possible entre vie personnelle et vie professionnelle ;

▶ moderniser la politique de gestion des ressources humaines, pour répondre au mieux à la problématique persistante de la reconnaissance, en trouvant le meilleur équilibre possible entre valorisation de la contribu-

tion individuelle aux résultats et révision des organisations de travail nécessairement collectives et pluri professionnelles ; développer également l'approche régionale de la GRH médicale notamment pour faire face aux tensions démographiques sur certains métiers susceptibles d'accroître l'inégalité d'accès aux soins

► offrir aux équipes un développement continu des compétences pour accompagner le changement et adapter les prises en charge à l'évolution des pathologies et des techniques thérapeutiques.

Excellence

► des activités pour lesquelles le CHU constitue un recours régional voire au-delà, en poursuivant l'innovation thérapeutique et en cultivant l'avance technologique dans certaines techniques de prise en charge chirurgicales ou interventionnelles ;

► poursuivre le développement de la recherche en soutenant notamment les équipes émergentes en lien avec l'université ;

► développer l'innovation avec les partenaires économiques et sociaux de la région, notamment sur le champ de l'autonomie et du vieillissement pour que le Limousin devienne un laboratoire national reconnu.

Adaptation des modes de prise en charge

► dans les murs, pour que l'hospitalisation dite complète ou traditionnelle devienne un mode de prise en charge d'exception pour laisser la place à des séjours de courte durée, en particulier ambulatoire, séquences dans un parcours de soins moins hospitalo-centré

► hors les murs, dans une logique de filière de prise en charge avec les hôpitaux publics de la région à travers la CHT et avec l'ensemble des professionnels de santé, à travers notamment les réseaux ; la télémédecine est l'outil essentiel à développer pour contribuer à cette adaptation dans un contexte d'hétérogénéité de l'offre de soin et de démographie médicale en tension.

Modernisation

► de l'outil HU : les conditions d'accueil des patients comme les conditions de travail des équipes sont pénalisées par un patrimoine qui

n'est plus adapté ; réaliser le projet immobilier, poursuivre une politique volontariste sur les équipements et mettre au service des équipes une informatique sécurisée sont les axes indispensables de modernisation des infrastructures du CHU ;

► de la gouvernance, en installant les nouveaux équilibres issus de la réforme dite HPST dans les pratiques : généraliser l'approche médico-administrative au niveau de l'institution comme au niveau polaire, responsabiliser les acteurs et déléguer la gestion en appliquant le principe de subsidiarité sont quelques lignes directrices du projet de management afin de garantir l'intérêt général et d'inscrire le CHU dans un développement durable.

...avec un accompagnement du contrat de performance

La feuille de route du contrat de performance, établie sur la base d'un diagnostic médico-économique partagé, a préfiguré un certain nombre d'axes retenus dans le projet d'établissement. Par suite, sa mise en œuvre fait l'objet pour certains objectifs d'un accompagnement par le contrat de performance signé avec l'ANAP et l'ARS (voir tableau page suivante).

Inspirée, en externe, par la préparation concomitante du Projet Régional de Santé, et alimentée, en interne, par l'élaboration des projets de pôle HU et de gestion, la feuille de route du CHU est constituée avec une méthode qui est le gage d'une contractualisation externe (négociation nouveau CPOM) et interne cohérente et qui offre une meilleure lisibilité aux acteurs.

Face aux enjeux, la structuration du projet est originale, s'écartant quelque peu de la lettre des textes pour en mieux saisir l'esprit, grâce à un travail commun des communautés médicales et soignantes et avec un directoire ouvert aux approches susceptibles de répondre à la mesure des défis à relever.

Ainsi, le présent Projet s'articule très simplement autour de 5 parties qui correspondent aux 5 axes stratégiques développés plus haut :

- le pilotage : **le projet de management**
- les missions : **les objectifs de stratégie médico-scientifique**
- le patient : **le projet de prise en charge**
- les équipes : **le projet social et professionnel**

-l'outil HU : le plan de modernisation

A travers cette structuration, le projet d'établissement a pour ambition de répondre au mieux aux défis posés, pour donner le sens global d'une feuille de route dont la réalisation est indispensable au CHU pour assurer son avenir et remplir les missions qui lui sont dévolues, grâce à un élan collectif.

 Structure de la feuille de route	
PISTE A : Adapter la STRATEGIE MEDICALE	Objectif 1 : Elaborer et faire partager les orientations stratégiques de l'établissement et accompagner la préparation du projet médical, du projet scientifique et des projets de pôles Objectif 2 : Organiser et rendre lisible le parcours du patient vasculaire et cardiaque Objectif 3 : Structurer la filière cancérologique autour d'un Centre Régional du Cancer
PISTE B : Amélioration DES PRISES EN CHARGE	Objectif 4 : Améliorer l'accès aux compétences du CHU pour le patient et l'ensemble des professionnels de santé Objectif 5 : Améliorer la prise en charge des patients programmés et non programmés Objectif 6 : Mettre en place une politique d'amélioration continue de la qualité portée par la CME Objectif 7 : Constitution d'un circuit patient ambulatoire Objectif 8 : Améliorer et faciliter l'accessibilité aux équipements lourds d'imagerie
PISTE C : GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	Objectif 9 : Organiser la fonction RH au service d'un projet social et professionnel Objectif 10 : Politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels de santé
PISTE D : INVESTISSEMENT	Objectif 11 : Pré-programme fonctionnel du plan de modernisation

1 Le pilotage

Première partie

LE PROJET DE MANAGEMENT

« Créer les conditions d'un développement durable »

Comment accompagner les équipes par une gouvernance adaptée ? Comment donner le sens de l'action de l'action collective ? Comment prendre les décisions au bon niveau ? Quelle gouvernance de la recherche ? Quelle organisation de l'équipe de direction ? Comment associer les chefs de pôle ? Quelles adaptations du management de la qualité et de la gestion des risques ? Et l'encadrement ? Quel pilotage médico-économique pour concilier santé financière et portage du plan de modernisation ? Comment mieux organiser les fonctions supports au service des équipes du CHU et de la dynamique régionale ? Comment, au total, créer les conditions d'un développement durable du CHU ?

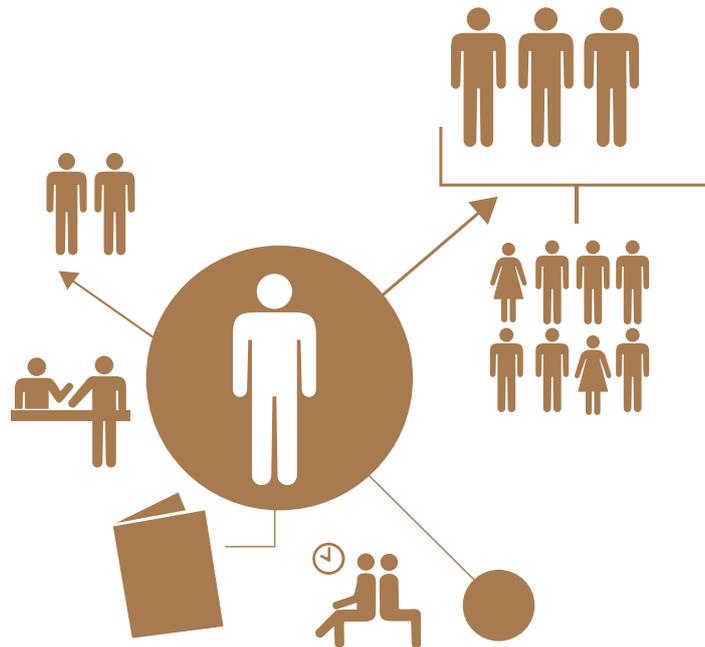
Le projet de management esquisse les voies à emprunter pour répondre à ce questionnement renouvelé par la mutation de l'environnement :

- réforme de la gouvernance hospitalière en lien avec régionalisation et décloisonnement du système de santé ;
- contrainte budgétaire qui s'accroît en même temps que la poursuite de la réforme

de la tarification et au moment où les exigences en matière de sécurité et de qualité sur tous les champs d'activité se multiplient ;
- l'inflation normative complexifie la gestion et renforce les responsabilités dans l'exercice des activités.

La démarche est complétée d'une refonte du règlement intérieur du CHU qui fixe précisément les règles du jeu collectif, notamment celles liées à la gestion des risques, à la délégation de gestion, ou les missions et la composition des différentes instances ou encore les règles qui s'appliquent aux relations du CHU avec les patients et les associations de toute nature.

Gérer la complexité dans un contexte de plus en plus contraint et marqué par l'incertitude est le défi que l'hôpital doit relever. Les tensions liées à ce contexte peuvent conduire à exacerber les intérêts particuliers que les conditions de pilotage de l'institution doivent permettre de dépasser pour assurer un développement durable du CHU.



SOMMAIRE

Première partie

Le projet de management	13
1. La gouvernance : équilibre et responsabilisation	15
1.1 Les instances	15
1.2 Les pôles hospitalo-universitaires et de gestion	17
1.3 Le pilotage par projet et la contractualisation.....	18
1.4 La politique de communication interne et externe	20
2. Le management de la qualité et la gestion des risques : l'action collective.....	21
2.1 L'engagement des instances de pilotage, la mise en œuvre de la politique qualité et la promotion de la culture qualité	21
2.2 La gestion des risques et les vigilances	24
2.3 La gestion documentaire	25
2.4 Le système d'information, gage de la qualité et de la sécurité de la prise en charge ..	25
3. Le pilotage médico-économique : l'engagement dans la durée	27
3.1 Inscrire la santé financière du CHU dans la durée et dégager les marges budgétaires indispensables au financement du plan de modernisation.....	27
3.2 L'amélioration de la performance de la production scientifique	28
3.3 La politique achats / investissement	29
4. Réorganiser les fonctions supports, en recherchant l'efficacité des organisations, au service des équipes du CHU et de ses partenaires hospitaliers, en intégrant l'exigence de développement durable.....	31
4.1 Réorganiser les fonctions supports, en recherchant l'efficacité des organisations, au service des équipes du CHU et de ses partenaires hospitaliers.....	31
4.2 Intégrer l'exigence d'une politique de développement durable	32

1. La gouvernance : équilibre et responsabilisation

1.1 Les instances

1.1.1 Un exécutif médicalisé

La gouvernance du CHU est organisée, en application de la loi, autour d'un Directoire qui, en lien étroit avec l'équipe de direction du CHU, conseille le Directeur général dans la gestion et la conduite de l'établissement, avec une représentation médicale majoritaire au-delà de ce que la réglementation exige. Cette composition illustre le virage médico-économique du pilotage du CHU afin d'adapter les décisions aux enjeux, notamment en matière d'activités et de qualité de prise en charge.

Cet exécutif qui associe les visions médicales, soignantes et administratives trouve un prolongement naturel avec la constitution des équipes de direction des pôles HU qui, avec les responsables de service ou d'unité et les cadres de santé, organisent les activités et les ressources. Les missions rénovées de l'exécutif s'accomplissent :

- **d'instances consultatives confortées** : elles jouent également pleinement leur rôle et sont associées au-delà des thématiques d'attribution réglementaire afin de garantir une gouvernance impliquant l'ensemble des professionnels et des partenaires sociaux.
- **d'une instance délibérative renforcée** : le Conseil de Surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

1.1.2 Recherche et innovation : une gouvernance au service de la stratégie médico-scientifique

Le rapport Marescaux et la loi HPST sont à l'origine d'une révision de la gouvernance qui se traduit en matière de recherche par une volonté de renforcer la représentation universitaire et médicale.

Au sein du CHU de Limoges la gouvernance de la recherche vise, dans ce cadre, à favoriser la complémentarité des instances compétentes en recherche, qu'elles soient de portée générale ou spécifique.

La Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) constitue un des piliers de la recherche clinique et assure des fonctions de :

- expertise scientifique et méthodologique des projets de recherche promus par le CHU,

- décision de promotion, prise sur la base de l'expertise du conseil scientifique et méthodologique, mais également de tout le travail préalable effectué par la direction de la recherche et de l'innovation avec l'appui des structures supports à la recherche.

Dans un cadre de coopération du CHU avec l'Université et les EPST, le Comité de la Recherche Biomédicale et en Santé Publique (CoReBioSP) permet de formaliser et de faciliter le partage d'information et la prise de décision collégiale concernant la recherche en biologie et santé du site, qu'elle porte sur les axes prioritaires et émergents en recherche, le renforcement des effectifs de recherche, l'audition commune des équipes universitaires et/ou hospitalières porteuses de projets de recherche, et la réflexion commune sur la réorientation et la restructuration de certaines de ces équipes. Ses missions recouvrent également la décision sur la réalisation de démarches conjointes pour des demandes de labellisation ou de recommandation, et le partage de toute information en lien avec la recherche. Le CoReBioSP, qui sera renouvelé début 2012 se dotera d'un nouveau plan d'action dans la continuité du mandat précédent, avec notamment pour objectif de finaliser l'actualisation de la convention HU et la prise en compte des recommandations de l'AERES. En conformité avec le rapport Marescaux et la loi HPST, un vice-président chargé de la recherche est nommé au sein du Directoire. Sa mission est de porter au niveau institutionnel les intérêts de la politique de recherche : relayer les mesures structurantes prises ou proposées par la DRCI et le CoReBioSP, analyser l'impact des mesures nationales affectant l'environnement de la recherche et en faire part aux membres du directoire, proposer des mesures concrètes permettant d'adapter la stratégie et le positionnement du CHU face à ces enjeux.

En complémentarité avec ces structures, des instances spécifiques ou thématiques en recherche sont actives au sein du CHU

Le Comité pour l'Orientement de la Recherche sur le Cancer (CORC) est le relais en région Limousin de la politique du Cancéropôle Grand Sud Ouest. Le prochain défi du CORC, outre la consolidation des acquis en onco-hématologie, est d'aider la structuration d'une équipe

de recherche en cancérologie « solide » et de globalement dynamiser la recherche en cancer du site, en conformité avec les orientations stratégiques de l'établissement sur la prise en charge du patient atteint de cancer.

Le Comité technique du CIC-P (Centre d'Investigation Clinique) est l'instance de validation des orientations scientifiques du CIC-P et d'information quant aux évolutions de son plan d'actions. Le CIC-P bénéficie d'une délégation de la DRI pour le portage de la mission de développement de la recherche dans les hôpitaux non CHU (associée au projet de portail régional de recherche) et pour la conduite d'action de formation à la recherche clinique. Outre le suivi de la réalisation de son projet scientifique à travers ses collaborations avec les équipes portant les thématiques labellisées, le CIC-P aura plusieurs défis à relever :

- renfort des missions d'aide à l'investigation par la mise en œuvre des moyens obtenus pour l'équipe ARCH (Accompagnement de la Recherche Clinique Hospitalière), dans le cadre de l'appel à projet dédié aux établissements dotés d'un CIC, lancé par la circulaire du 29 juillet 2011 ;
- conduite d'une démarche qualité conforme au référentiel des pratiques professionnelles INSERM / DGOS ;
- participation au projet de mise en place d'un Centre de ressources biologiques (CRB) institutionnel, pour valoriser les échantillons biologiques utilisés dans le cadre des protocoles portant sur les thématiques labellisées.

La gouvernance de la recherche s'appuie également sur des structures supports qui doivent être renforcées dans une optique de professionnalisation de la recherche

La Direction de la recherche et de l'innovation apporte son concours au fonctionnement de la DRCI, notamment dans la conception des projets, leur mise en place, leur suivi et leur évaluation. Elle représente également les intérêts du promoteur.

Plateformes d'aide à l'investigation et/ou bénéficiant de délégation de missions du promoteur, les structures supports en recherche sont des partenaires indispensables à la conduite d'essais cliniques de qualité et elles sont étroitement associées aux organes de gouvernance de la recherche du CHU et aux travaux de la DRCI

et de la DIRC. Les principaux enjeux concernant ces structures tiennent :

- à leur capacité à assumer dans la durée les responsabilités qui leur sont confiées, dans un environnement réglementaire contraint et des ressources déterminées ;
- aux évolutions envisageables en termes de gestion des ressources humaines des personnels de ces structures, qui répondent à des métiers spécifiques et/ou à des compétences rares, dans une double optique de professionnalisation et de fidélisation.

Sur le domaine de la recherche paramédicale, le Comité de Promotion de la Recherche Paramédicale et de l'Innovation, qui est une sous commission de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, vient s'articuler avec les autres structures de gouvernance de la recherche et assure la mission de promoteur pour entretenir et développer la dynamique active de montage des projets de recherche paramédicaux.

Cette gouvernance de la recherche permet une déclinaison des objectifs en recherche et innovation dans les pôles, en cohérence avec les objectifs médicaux et de prise en charge.

Le périmètre des pôles n'ayant pas cherché prioritairement à répondre à une logique scientifique, l'appréciation de l'activité de recherche des équipes d'un pôle nécessite une lecture d'ensemble, impliquant des passerelles inter-pôles et tenant compte des relations avec les équipes universitaires. Suite à l'évaluation AERES et dans le cadre de son projet, chaque pôle a néanmoins décliné un volet relatif à la recherche et innovation et à l'enseignement.

Des référents « recherche » et des référents « enseignement » ont été nommés dans les pôles. Ils contribuent à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet scientifique et de formation du pôle, dans un objectif de proximité des équipes. A ce titre, ils ont vocation à veiller au respect de la cohérence des thématiques de recherche du pôle avec les axes scientifiques prioritaires et à l'articulation entre les objectifs médicaux et les objectifs scientifiques du pôle, dans la mesure où une recherche de qualité se développe là où les potentiels sont les plus forts en matière de soin.

1.1.3 Une ouverture à la Communauté hospitalière de territoire

Le CHU de Limoges est l'établissement siège de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) du Limousin, qui rassemble les cinq établissements publics de la Haute-Vienne depuis septembre 2011. L'article L. 6132-2 du code de la santé publique prévoit que le conseil de surveillance, le directoire et les organes représentatifs du personnel de l'établissement siège de la CHT, comprennent chacun des représentants des établissements parties à la convention. Cette ouverture à des représentants des établissements de la Communauté Hospitalière de Territoire, a pour sens de permettre l'expression des préoccupations de la communauté d'intérêts et de destin que forment les établissements de la CHT. Elle doit donner aux instances du CHU une vision large, conforme à ses responsabilités de niveau régional.

Le conseil de surveillance, le directoire, la Commission Médicale d'Etablissement et le Comité Technique d'Etablissement du CHU, invitent donc à chacune de leurs séances ordinaires ou extraordinaires, un représentant des instances correspondantes des établissements de la Communauté Hospitalière de Territoire, désignés selon les modalités prévues par la convention constitutive de cette CHT. Ces personnes invitées ne prennent pas part aux délibérations.

Dans le cadre de l'élargissement de la CHT aux dimensions de la région, et des modifications de sa gouvernance qui en résulteront, la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et médico-Techniques (CSIRMT) du CHU pourra aussi être amenée à inviter à chacune de ses séances ordinaires ou extraordinaires, un représentant des CSIRMT des autres établissements de la CHT.

1.2 Les pôles hospitalo-universitaires et de gestion

Le contour des pôles HU a fait l'objet d'une révision à partir de logiques d'organe ou de filière de prise en charge des patients, à compter de 2010. La cohérence médico-soignante des pôles est en effet le socle des réorganisations menées ou à mener avec l'accompagnement du plan de modernisation.

L'organisation polaire des activités permet notamment de piloter les moyens dévolus à une échelle pertinente et de rassembler les exper-

tises nécessaires à la prise en charge des pathologies, tout en valorisant l'unité de base du soin et de la formation qui demeure **la discipline**.

Ce redécoupage s'est accompagné d'une remise à plat complète du **fichier structure** de l'établissement qui identifie les activités, précise les responsabilités médicales et prend en compte les impératifs de comptabilité analytique. Cette démarche a permis d'accroître la lisibilité des activités et d'assurer une **cohérence du pilotage médico-économique**, tout en préparant les adaptations futures en fonction du présent projet d'établissement.

Le pilotage des pôles HU est confié à un chef de pôle, assisté d'un cadre de santé et d'un cadre administratif, entouré d'un bureau de pôle composé des responsables de service ou d'unité. La préparation des projets des pôles, avec l'accompagnement du contrat de performance, a permis d'alimenter le présent projet d'établissement. Les projets de pôle définitifs mettent donc en œuvre, en les déclinant, les objectifs du projet d'établissement.

Le pilotage des pôles a fait l'objet d'un travail de formalisation par un groupe pluri professionnel, qui a abouti à une **Charte des pôles HU**, qui préfigure une partie du futur règlement intérieur du CHU, en précisant :

- les modalités du dialogue interne de gestion,
- les acteurs,
- les modalités de pilotage, de concertation et de communication,
- la délégation de gestion.

Une délégation de gestion est en effet consentie aux pôles HU et se traduit concrètement par une délégation de signature accordée aux chefs de pôle. La délégation de gestion va être développée, à mesure de la disponibilité des outils, pour permettre notamment à l'équipe de direction des pôles HU de disposer d'un compte de résultat prévisionnel indispensable au pilotage médico-économique de l'activité. **Le principe de subsidiarité** demeure l'aiguillon du chemin qu'il reste à parcourir en matière de délégation, notamment s'agissant de la gestion des ressources humaines, pour assurer la meilleure adéquation possible de l'activité et des ressources.

L'organisation polaire est également initiée pour les fonctions administratives, techniques

et logistiques afin d'améliorer l'efficacité des organisations et la cohérence des politiques menées, au service des activités de soins.

L'approfondissement de la délégation de gestion induit la mise à disposition de l'ensemble des acteurs du CHU de Limoges **d'un outil d'aide à la décision**. Ce dernier viendra parfaire le dispositif de délégation de gestion mis en œuvre depuis l'introduction de la nouvelle gouvernance.

Le système d'information décisionnel, dont le déploiement effectif est prévu au cours du premier semestre 2012, poursuit deux objectifs majeurs :

- l'accompagnement du Directoire dans le pilotage et la prise de décision, en mettant à disposition, de façon mensuelle, l'ensemble des indicateurs d'activité, de valorisation, de qualité et de ressources humaines, présentés selon les mêmes règles de gestion que celles développées dans les outils de benchmark national (Hospidiag, BDHF, ANAP, HAS) ; cet outil est destiné au pilotage de la mise en œuvre des projets définis dans le projet d'établissement ;
- la responsabilisation des acteurs des pôles HU par la mise à disposition de l'ensemble des éléments nécessaires au pilotage effectif de leurs pôles, au regard des objectifs contractualisés annuellement avec la Direction générale, conformément aux orientations du projet d'établissement.

Plus globalement, le déploiement du SID va se traduire par un approfondissement du cycle du **dialogue interne de gestion**, en permettant aux pôles HU de faire le reporting de leur activité et du suivi de leurs objectifs, préalable à la mise en œuvre de la politique d'intéressement. Ce dialogue interne de gestion sera renforcé par la possibilité qui sera donnée aux pôles HU de disposer d'un budget de pôle. Son élaboration constituera la première étape de la construction de l'EPRD du CHU, et dont les orientations seront validées lors du dialogue interne de gestion du début de chaque année. A partir du chemin parcouru, les pôles HU et les pôles de gestion ont vocation à s'inscrire dans une logique de territoire de santé régional pour accompagner la dynamique du maillage de l'offre de soins et de politique commune en matière de GRH, de système d'information ou de fonctions logistiques.

La convention constitutive de la Communauté Hospitalière de Territoire du Limousin ainsi prévoit la possibilité de créer des **pôles de territoire**. Ces pôles rassembleront, sous l'autorité d'un chef de pôle unique, des services et unités de différents établissements membres de la CHT.

La structuration de filières publiques régionales ou départementales, pourra ainsi être favorisée par la constitution de ces pôles. Les filières dont la structuration est considérée comme prioritaire sont la filière cancérologique, la filière cardiologique, la filière AVC et la filière gériatrique.

La structuration de ces filières en pôles de territoire permettra :

- bien sûr d'organiser le parcours des patients dans le cadre d'un pôle de territoire cohérent, intégrant les différents éléments de la filière,
- d'apporter, sous certaines conditions, le label «CHU» aux différents services et unités intégrés aux pôles de territoire,
- de faciliter la coopération en matière de ressources humaines, notamment médicales, au sein de chaque pôle de territoire.

1.3 Le pilotage par projet et la contractualisation

- au niveau de l'institution

La mise en œuvre d'une feuille de route de cinq ans mérite que l'on s'y arrête régulièrement : un bilan et une actualisation annuels sont prévus par le projet de management en tissant les liens :

- ▶ en interne,
 - avec la mise en œuvre **des projets de pôle et l'annexe annuelle des contrats de pôle**,
 - avec le **rapport d'activité** présenté au conseil de surveillance,
- ▶ en externe, avec le suivi du CPOM.

Sur certains objectifs, le **contrat de performance** accompagne la démarche (cf. préambule).

Doté d'un nouveau projet d'établissement, le CHU va s'engager dans la préparation du nouveau CPOM au cours du premier semestre 2012. Les différents volets du CPOM, très encadré par le guide national, seront déclinés en interne dans les contrats de pôle, en conformité avec le projet d'établissement.

- au niveau polaire

Le CHU s'est doté dès la fin de l'année 2010 d'un contrat **socle de pôle HU**, décliné annuellement par une annexe qui fixe les objectifs. Le préambule du contrat socle fixe ainsi les missions des pôles HU :

Les pôles HU ont une mission permanente de recherche de la performance, en assurant,

- la sécurité des soins et la qualité de la prise en charge globale des patients au meilleur coût pour la collectivité,
- le développement de la recherche,
- la qualité de l'enseignement,

dans le respect des textes en vigueur, du code de déontologie médicale et de la politique institutionnelle menée.

Ils répondent aux besoins de proximité tout en développant les activités d'excellence, et en assurant les missions d'intérêt général qui leur sont dévolues.

La bonne utilisation des deniers publics correspondants doit permettre de garantir l'adaptation des moyens et des structures à l'activité et de préparer l'avenir, conditions essentielles à l'efficacité des organisations qui garantissent une amélioration de l'environnement du travail des équipes.

La recherche de la performance ainsi définie est l'objectif essentiel du projet de pôle HU. Afin d'articuler d'une part, le projet de pôle et d'autre part, le projet médical et le projet d'établissement, un contrat est conclu entre le chef de pôle et le Directeur général, en déclinaison du CPOM. Sur la base de l'organisation déterminée par le Directeur, le contrat de pôle mentionné à l'article L. 6146-1 définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués.

Le chef de pôle met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.

Les annexes annuelles préparées dans le cadre du dialogue interne de gestion (deux rencontres par an avec chacun des pôles HU) prévoient :

- les objectifs de pilotage,
- les objectifs organisation – qualité – process,

- les objectifs activité – finances,
- les objectifs enseignement, recherche et innovation.

Les principaux objectifs poursuivis font l'objet d'une **fiche projet** dont le contenu type et les modalités de préparation sont prévus par la Charte des pôles HU.

Afin de reconnaître le chemin parcouru, un **dispositif d'intéressement** est prévu et mis en œuvre ; il sera adapté à la mesure du développement de la délégation de gestion et de l'évolution possible des textes en la matière.

L'ensemble du dispositif de pilotage par projet sera développé et adapté au cours des années qui viennent, en renforçant le dialogue avec les équipes de direction des pôles HU tout en reconnaissant les responsabilités particulières dévolues aux responsables de service et d'unité.

Les pôles HU comme les pôles de gestion préparent et mettent en œuvre un projet de pôle. Après avoir nourri le présent projet d'établissement, les projets de pôle déclinent, chacun pour ce qui les concerne, le projet d'établissement, avec une vigilance particulière sur les interfaces qui conditionnent souvent l'efficacité de la prise en charge du patient ou de la gestion des affaires du CHU. Le développement de la **contractualisation inter polaire** devra permettre de répondre à cette difficulté.

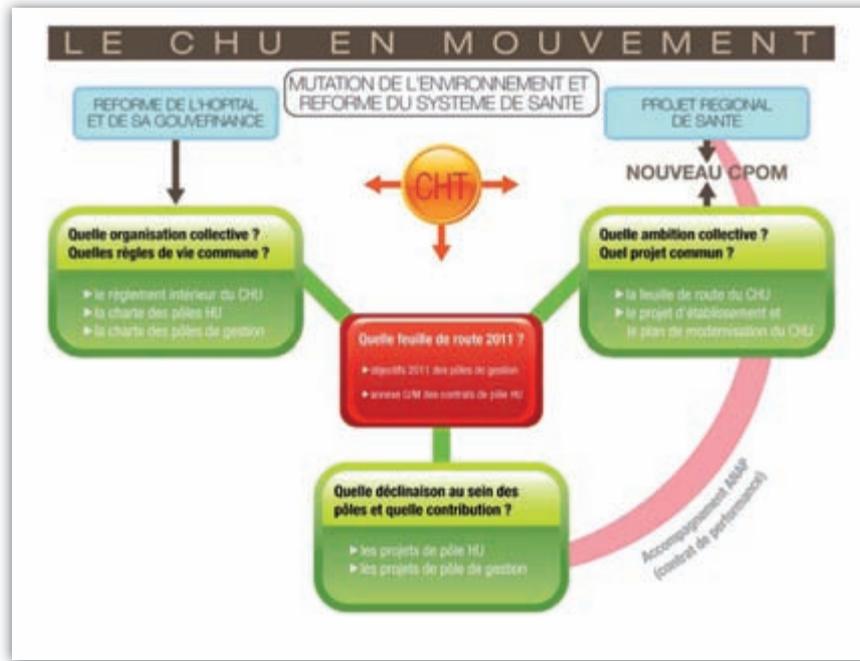
Enfin, le système de tableaux de bord sera adapté, en lien avec le projet SID développé plus haut.

Outils de reporting, mais aussi de pilotage et de suivi de la mise en œuvre des contrats de pôle, **les tableaux de bord** verront leur utilisation généralisée et automatisée dans leur alimentation, grâce au déploiement du système d'information décisionnel. Ce dernier permettra par ailleurs une adaptation des tableaux au profil des pôles, avec la sélection des indicateurs les plus pertinents tout en restant cohérents avec les indicateurs sur lesquels l'établissement sera annuellement évalué par l'ARS.

Par ailleurs, les tableaux de bord ne seront plus l'outil de reporting exclusif des pôles hospitalo-universitaires. Les pôles de gestion produiront également un tableau de bord mensuel, à destination de la Directoire. Ces tableaux de bord serviront de base pour la constitution d'un tableau de bord de pilotage institutionnel complet.

Au total...

Le schéma suivant illustre le pilotage, replacé dans son contexte, en articulant les différents projets :



Il convient également de souligner que les travaux relatifs au projet d'établissement doivent être complétés d'une refonte totale du règlement intérieur; **alors que le projet d'établissement fixe le cap, le règlement intérieur précise les règles du jeu.**

Afin d'adapter le CHU au contexte et aux défis à relever en donnant une meilleure lisibilité aux acteurs, ce sont donc les « fondamentaux » qui sont en cours de refonte.

1.4 La politique de communication interne et externe

La communication a un rôle transversal. **Elle sert le projet d'établissement** et accompagne les équipes dans leurs projets. Elle impulse et accompagne les actions de communication interne et externe en lien avec la feuille de route du CHU. Le service communication doit mettre ses compétences au service des priorités définies tant dans le projet d'établissement que dans le contrat de performance.

En 2012-2016, et par parallélisme avec les missions de CHU, la communication cherchera **l'équilibre entre communication interne et externe**, tant sur ses activités d'excellence que de recours, sur des actions programmées et non programmées.

Communiquer sur l'institution et les pôles hospitalo-universitaires, auprès de nos équipes, partenaires et patients n'est pas antinomique, bien au contraire. Pour autant, les communi-

cations ne devront pas être conduites en recherche d'équité de service « pour tous », mais bien en priorisant celles qui servent les objectifs du présent projet d'établissement et l'actualité de l'hôpital.

L'organisation du service communication devra évoluer pour s'adapter à un environnement en mutation (parcours patient, techniques médicales, pression budgétaire, évolu-

tion des besoins et pathologies des patients, offre régionale du privé plus structurée...) et une nouvelle gouvernance. Elle va aussi être révisée en anticipant l'émergence prévisible de nouveaux supports de communication, et en conséquence de nouvelles attentes et modes de consommation de nos cibles, internes et externes. Ceci implique donc une évolution des compétences de ses agents et une redistribution des missions.

La communication réalise ou coordonne en 2012 la quasi-totalité des actions de communication vers la presse, vers le public et les partenaires, a en charge les actions culturelles et a la responsabilité des activités de la reprographie et la signalétique. Elle continuera ce travail en 2012-2016, mais en augmentant fortement ses compétences pour développer :

- L'animation et la vidéo : la vidéo permet par exemple une communication plus dynamique, plus moderne, et beaucoup plus démonstrative, notamment pour informer de « bonnes pratiques » nos patients comme nos personnels : éducation thérapeutique, protocoles de soins...

- La présence sur les médias numériques : l'intranet du CHU, des espaces métiers, un extranet et des supports électroniques

pour dialoguer avec nos partenaires, un site internet aux fonctionnalités nouvelles, des applications pratiques (localisation et informations sur Smartphones et tablettes numériques...), et l'investissement sur les sites communautaires ou médias sociaux doivent émerger d'ici 2016.

La communication a pour ambition de servir tous les projets du CHU en accompagnant sa feuille de route, notamment sur les thèmes suivants :

- Qualité des prises en charge et diffusion des bonnes pratiques ;
- Implication des usagers, acteurs de la prise en charge ;
- Attractivité du CHU pour les personnels, en lien avec le projet social et professionnel ;
- Mise en œuvre du plan de modernisation : les patients et les équipes devront être informés, d'un point de vue pratique (de l'avancée des projets à la signalétique) des incidences d'organisation et d'accès, mais évidemment aussi pour valoriser ces investissements qui modifieront positivement la prise en charge, en terme de qualité, de parcours, d'hôtellerie...

Ces actions contribuent à **créer du lien** à travers une connaissance commune « de l'autre » (avec en premier lieu la révision avec le pôle RHOSQ du format des journées d'accueil/découverte) et parfois des actions de rencontres non professionnelles mais culturelles (dans le cadre des actions Culture à l'hôpital), et de développer le **partage d'une culture commune**.

2. le management de la qualité et la gestion des risques : l'action collective

La politique de la qualité et de la sécurité des soins constitue **un levier majeur du projet d'établissement 2012-2016** et structure le projet de prise en charge des patients. La promotion de la qualité et la sécurité des soins doit conduire vers un véritable changement de paradigme et permettre de passer d'une logique de séjours à une logique de parcours. Il s'agit ainsi de développer des filières de prise en charge autour des exigences de qualité, de sécurité et d'efficience, à toutes les étapes de la prise en charge.

Ainsi, le CHU entend développer à la fois une

culture orientée vers le patient et son entourage, et une vision qualité- sécurité – risques, en optimisant l'ensemble des compétences de professionnels de l'établissement et en déployant une vision transversale des projets.

Conscient des difficultés objectivées par le récent rapport de certification de l'HAS, le CHU de Limoges a souhaité placer la qualité au cœur de son projet de prise en charge médico-soignant et entend se doter des moyens nécessaires pour relever les enjeux liés à la consolidation d'un **système de management par la qualité et la gestion des risques**, et développer au sein de l'institution une véritable culture qualité.

Toutefois, la qualité ne se décrétant pas mais se construisant de manière collégiale et itérative, le CHU a souhaité concevoir une organisation et un pilotage cohérent et transversal de la qualité et de la gestion des risques au sein de l'établissement, la formation des professionnels et la communication, tant interne qu'externe, étant également des leviers stratégiques à utiliser pour faire partager les grands enjeux de la politique qualité et **faire évoluer les pratiques individuelles et collectives des professionnels médicaux et soignants**. L'organisation précise des instances et du pilotage de la politique qualité et de la gestion des risques sera précisée dans le **règlement intérieur** de l'établissement.

2.1 L'engagement des instances de pilotage, la mise en œuvre de la politique qualité et la promotion de la culture qualité

Le constat initial témoignant d'une organisation fragmentée et insuffisamment structurée de la politique qualité et sécurité des soins au sein de l'établissement, ainsi qu'une déclinaison à géométrie variable selon les pôles, le CHU a souhaité porter, au travers du projet d'établissement, et notamment managérial, l'importance stratégique d'une politique qualité, sollicitant l'engagement de chaque professionnel de santé.

Le portage de la politique de la qualité et de la sécurité des soins est ainsi inscrit comme objectif prioritaire de l'accompagnement du CHU par l'ANAP dans le cadre du contrat de performance.

La prise en compte du retard du CHU en matière de démarche qualité ainsi que la mise en application de la loi n°2009-879 portant « réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » (HPST) ont entraîné la révision

des modalités de collaboration des instances de pilotage de la politique de la qualité et de la sécurité des soins.

Le CHU de Limoges construit ainsi une nouvelle organisation de la politique qualité et gestion des risques centrée autour du besoin des patients, pour améliorer le parcours de soins et assurer une prise en charge adaptée et protocolisée à chaque situation.

La mobilisation de la communauté médicale autour des enjeux de la qualité et de la sécurité des soins représente un des premiers objectifs poursuivis.

Le renouvellement précurseur de la Commission Médicale d'Établissement (CME) dès janvier 2011 témoigne de la volonté de l'établissement d'asseoir cette commission comme l'instance de pilotage de la politique qualité, en lien étroit avec la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation, et Médico-Technique (CSIRMT), en conformité avec les dispositions de la loi HPST.

La politique qualité et sécurité des soins connaît actuellement de profondes modifications, tant institutionnelles que managériales, pour ancrer et harmoniser à chaque étape de la prise en charge des patients les grands principes et les pré-requis de la culture qualité de l'établissement.

Le pilotage en est une des composantes clefs pour transmettre à chaque niveau de l'institution la culture qualité et

faciliter la circulation et l'échange d'informations et de savoirs, conformes aux règles de bonne pratique, au bénéfice des patients mais également des professionnels de santé.

Ainsi, la coordination de la démarche qualité – gestion des risques se décline ainsi autour des structures suivantes, qui ont pour mission de structurer et d'impulser la démarche qualité-GDR et évaluation, au niveau institutionnel, et

de favoriser sa déclinaison au niveau polaire :

Au plan institutionnel, la démarche est, conformément au décret du 30 avril 2010, portée par la CME, en lien avec la CSIRMT.

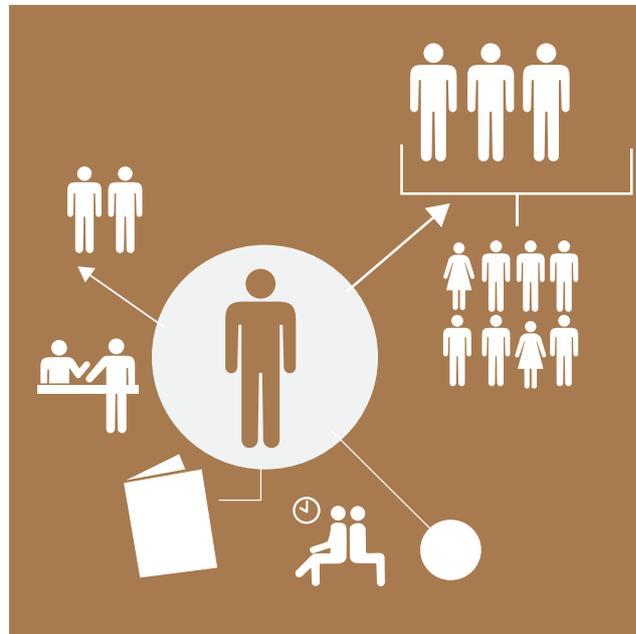
Le management par la qualité devra en outre se développer au travers du directoire, lequel doit être plus étroitement associé à l'ensemble des démarches de qualité et de gestion des risques. Cette structuration doit se poursuivre selon deux axes :

► au plan managérial, par la pérennisation et le renfort de **structures ad hoc** destinées à porter, au plan opérationnel et technique, ces démarches.

- Comité stratégique de la qualité : lieu de débat et de propositions des orientations stratégiques. Il est composé de la Direction Générale, de la Présidence de la CME, de la Présidence de la CSIRMT et de l'ensemble des responsables ou coordonnateurs des politiques qualité et de la gestion des risques notamment, le responsable du management

de la qualité de la prise en charge médicale, le coordonnateur de la gestion des risques associés au soins et du médecin expert chargé de la coordination des vigilances et de la gestion des événements indésirables.

- Groupes projets thématiques : au regard des échéances et des défis à relever dans les années à venir, la Direction Générale favorise le déploie-



ment des démarches en mode « projet » associant de manière régulière les professionnels concernés par un dossier particulier.

Il s'agit ainsi de garantir efficacité et qualité dans la conduite des projets.

Le dossier patient unique, le dossier médical personnel ainsi que la gestion documentaire sont traités en mode projet

► au travers des **sous-commissions de la CME** :

ainsi, les comités et commissions spécialisées, tels que le CLIN, le CLUD, le CLAN, le CSTH, le COMEDIMS et la commission des anti-infectieux ont été maintenus dans le souci de préserver une expertise technique sur tous les sujets composant la politique d'amélioration continue de la prise en charge du patient.

Ces structures ont pour missions d'informer ou d'alerter la CME sur les champs d'intervention qu'elles recouvrent, et de lui transmettre les résultats de leurs travaux afin de contribuer à la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. De même, il s'agit de garantir la pérennité des structures pluri-professionnelles, placées sous le pilotage de la Direction Générale et du Président de la CME, tel que :

- Collège de l'Évaluation des pratiques professionnelles : Le CHU de Limoges, conformément aux recommandations de la HAS, a structuré ce collège pour favoriser l'intégration des démarches d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) dans le quotidien des professionnels et l'acquisition d'une culture pérenne de l'évaluation. Le collège de l'EPP a pour mission d'organiser le programme des EPP en cohérence avec le plan d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et de promouvoir la culture de l'évaluation au sein de la communauté médicale.

Ce collège travaille en étroite collaboration avec les instances chargées de l'élaboration et du suivi de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'organisation des EPP et la mise en œuvre des actions d'amélioration et leur évaluation sont présentées au CSQ.

Le programme des EPP est soumis à la concertation du Directoire puis présenté à la CSIRMT pour avis, et en CME pour validation, avant d'être décliné dans les pôles HU - Comité de gestion des risques associés aux soins : ce comité analyse les Événements Indésirables, recueille toute information complémentaire en faisant le lien avec les comités compétents et en assure le suivi. Piloté par le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, il associe l'ensemble des acteurs concernés et définis par le système de management de la qualité.

L'objet de la politique qualité, portée au travers de ce projet de management, et traduit au sein du projet de prise en charge est donc de formaliser et de consolider l'articulation entre ces différentes instances et de mettre à disposition de la CME les outils de pilotage pertinents afin qu'elle puisse assurer pleinement les missions qui lui sont assignées par la loi « HPST » et les dispositions réglementaires qui en découlent.

Au travers des structures partenaires, dont le champ d'action nécessite l'appropriation de la culture et des outils de la qualité et de la gestion des risques :

- ▶Le **CHSCT**, ainsi que le comité des risques professionnels

Le management par la qualité, mis en avant au travers du projet d'établissement, nécessite une mise en cohérence des actions relatives à l'ensemble des thématiques de gestion, et notamment des ressources humaines. Ainsi, le lien avec ces deux structures se doit d'être renforcé, comme le prévoit le projet social et professionnel.

- ▶La **CRUCQ** et le secteur en charge du droit des patients, ainsi que des contentieux :

Le CHU place le patient au cœur de ses préoccupations et entend adapter les modalités de prise en charge aux besoins de la population.

Afin de valoriser davantage les droits des usagers, la Direction Générale a décidé du rattachement du service des relations des usagers au service de la qualité et de la gestion des risques.

Ainsi, la politique qualité et de gestion des risques entend prendre pleinement en considération l'écoute client, dont la systématisation doit être mise en œuvre.

De même, la politique de la qualité et de la sécurité intégrera des actions d'amélioration de prise en charge proposées par la CRUQPC. Les liens seront ainsi approfondis entre les instances représentatives des usagers.

Au plan des pôles hospitalo-universitaires et de gestion :

L'enjeu pour le CHU est l'harmonisation des pratiques au sein de l'établissement et de créer les conditions facilitant la transmission, le partage et la circulation de l'information et des

savoirs, l'enjeu étant de passer d'une vision parfois vécue comme procédurale de la qualité, à une approche constructive et pluridisciplinaire au service des patients et des professionnels. Le CHU devra poursuivre sa structuration au niveau des pôles HU et de gestion, en confortant et spécifiant :

- les missions des équipes de direction des pôles en matière de démarches qualité, Gestion des risques, évaluation
- les missions des référents qualités institutionnels, par l'instauration de binômes médicaux / non médicaux par pôle.

Enfin, au-delà de la poursuite de la structuration de la qualité et de la gestion des risques, il conviendra de s'attacher à la création d'une véritable culture de la qualité, de la gestion des risques et de l'évaluation, par la mise en place d'une véritable culture.

Ainsi, seront privilégiées les actions institutionnelles visant à diffuser l'information et les savoirs, et favoriser les retours d'expérience :

- organisation de séminaires,
- mise en place de journées ou soirées thématiques...

2.2 La gestion des risques et les vigilances

Convaincu de la nécessité d'atteindre un niveau de sécurité optimal, tant dans le cadre de la qualité de prise en charge de ses, le CHU de Limoges développe et structure une politique continue de gestion globalisée des risques.

Le CHU a mis en place depuis plusieurs années une coordination des vigilances et de la gestion des risques dont le périmètre couvre non seulement les domaines réglementés de la sécurité sanitaire mais intègre également des rubriques créées en interne à partir des risques identifiés.

Un système de signalement des événements indésirables, institutionnel et informatisé, est en place.

Une campagne de sensibilisation et de formation à son utilisation a été déployée dans tous les secteurs de soins, administratif et technique.

Le traitement de ces signalements est centralisé au niveau de la coordination des vigilances qui s'appuie sur un réseau de vigilants et correspondants déployés dans différents secteurs d'activité.

L'analyse est ensuite soumise à la cellule opérationnelle de gestion des risques qui propose

un plan d'actions d'amélioration dont la validation revient à la CME et au Conseil Stratégique de la Qualité.

La cellule opérationnelle de gestion des risques est chargée du suivi de ce plan d'amélioration. Le CHU va adapter d'une part, le **pilotage de la qualité et de la gestion des risques et d'autre part, va préciser l'organisation de la coordination des vigilances.**

Au-delà du pilotage, l'organisation interne de la gestion des risques au CHU vise à garantir son caractère opérationnel conformément au décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins et de la circulaire d'application du 18 novembre 2011.

Elle vise à renforcer le rôle et les missions de la **coordination de la gestion des risques associés aux soins** et à structurer la fonction, afin de développer une organisation globale et coordonnée, au travers d'un comité de la gestion des risques associés aux soins.

Elle pose ainsi le socle d'une gestion globalisée des risques que le projet d'établissement 2012- 2016 entend conforter au moyen d'un système renouvelé du management de la qualité et de la gestion des risques.

Dans ce cadre, quatre objectifs sont visés :

- Faire de la gestion des risques **un levier managérial** conformément aux dispositions de la circulaire du 18 novembre 2011,
- Développer la médicalisation** de la gestion des risques par la diffusion des travaux du comité de la gestion des risques associés aux soins et la promotion de la formation et de l'accréditation individuelle des médecins,
- Coordonner la gestion des risques professionnels** avec le programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins,
- Structurer et animer un réseau** de correspondants portant sur la gestion des risques globalisés.

L'atteinte de ces objectifs permettra de consolider une organisation au sein du CHU à la mesure du caractère transversal et pluridisciplinaire de la gestion des risques.

Elle intégrera en effet l'ensemble des risques et mettra en convergence et en complémentarité toutes les structures, commissions et comités dédiés au traitement des risques.

Le Directeur en charge de la Qualité et de la

Gestion des Risques en lien étroit avec le médecin expert, coordonnateur des vigilances et de la gestion des événements indésirables a pour mission de veiller à la mise en œuvre du système globalisé de la gestion des risques.

Pour ce faire, la structuration d'un réseau de correspondants paraît fondamentale.

Ainsi structurée, la gestion des risques doit constituer un véritable levier de management de l'établissement.

2.3 La gestion documentaire

La gestion documentaire est une des clés de l'efficacité et l'efficience de la démarche qualité – gestion des risques des établissements de santé, et constitue à ce titre un point fort du projet de management du CHU de LIMOGES. Elle permet d'offrir à l'ensemble des professionnels une visibilité sur les procédures existantes conduisant à une mise en commun, permettant d'améliorer les organisations et de sécuriser toutes les étapes critiques, en matière de prise en charge des patients, mais aussi dans une logique de gestion des interfaces managériaux, au profit des pôles hospitalo-universitaires et de gestion. La gestion documentaire du CHU doit évoluer grâce à la mise en œuvre du programme de la qualité et de la sécurité des soins, qui devra permettre de générer un outil adapté à la pratique



permettant d'atteindre les objectifs de sécurité, qui aboutisse à la mise en œuvre d'une **gestion documentaire institutionnelle** efficace et informatisée répondant à l'ambition de la démarche qualité impulsée par la Direction Générale.

Outre sa double finalité, à savoir **apporter une plus-value aux professionnels de santé**, et contribuer à la promotion de la culture qualité et gestion des risques de l'établissement, le système documentaire, qui constitue la mémoire vive du CHU permet la transmission de savoirs et de savoir-faire, la formalisation des processus et activités de l'établissement, la mise à disposition des professionnels d'outils de prévention et de gestion des risques.

Afin de parvenir à la mise en place d'une gestion documentaire structurée, les actions suivantes sont planifiées :

- Actualisation de la procédure de rédaction et gestion documentaire,
- Extension du champ à l'ensemble des documents qualité de l'institution (règlement intérieur, chartes, décisions et notes à l'attention du personnel, fiches de postes...)
- Déploiement d'un logiciel de gestion documentaire, visant à mettre en place une gestion électronique des documents, permettant une diffusion maîtrisée des documents qualité
- Information et formation des professionnels à l'utilisation de la gestion documentaire,

Le système documentaire permettra ainsi, au terme de sa structuration, d'associer de manière équilibrée à la fois la démarche d'amélioration continue de la qualité, permettant la maîtrise des canaux d'information et la maîtrise des techniques conformes aux bonnes pratiques, mais aussi la démarche d'innovation, ainsi sécurisées, qui constituent l'une et l'autre des leviers pour l'institution

2.4 Le système d'information, gage de la qualité et de la sécurité de la prise en charge

Une coopération étroite entre les équipes Qualité et Système d'information est désormais installée depuis l'automne 2010, afin de mettre le système d'information au service de la politique qualité du CHU, et plus particulièrement de la sécurisation de la prise en charge des patients. Cette coopération doit se renforcer dans le cadre du projet d'établissement 2012 – 2016, selon



trois axes de travail :

- sécurisation de la prise en charge des patients ;
- mise à disposition de la bonne information, pour le bon patient, au bon endroit et au bon moment ;
- donner accès aux instances de gouvernance de l'hôpital aux outils de gestion adéquats.

Le système d'information a un impact immédiat en matière de sécurisation de la prise en charge des patients dès lors que l'informatisation des processus des soins s'accompagne de leur actualisation, de leur structuration, et de leur formalisation.

Le principal enjeu est la sécurisation du circuit des prescriptions, et plus particulièrement des prescriptions du médicament, où l'informatisation est notamment la garantie d'une diminution significative du risque iatrogénique. Ces enjeux ont été formalisés dans l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. Ce même arrêté rappelle également, dans son article 8, l'importance d'engager une démarche d'analyse des risques, y compris pour ceux liés à l'utilisation d'une démarche informatisée. C'est pourquoi, dans le cadre du projet d'établissement 2012 – 2016, la collaboration entre Qualité, Système d'information, Pharmacie, Pharmacologie Clinique et COMEDIMS sera renforcée.

L'engagement du CHU dans **une nouvelle phase d'informatisation du bloc opératoire**, après le projet AMELI conduit dans les années 1990, va également dans ce même sens de sécurisation de la prise en charge, avec notamment l'intégration des check-lists HAS, la centralisation des informations de traçabilité issues des équipements biomédicaux, etc. Ce dernier point est très important car il correspond à une tendance de fond dont les effets se feront

sentir pendant la durée de réalisation du projet d'établissement : il est de plus en plus possible d'intégrer dans le système d'informations des données issues des équipements biomédicaux, notamment en matière de monitoring des patients. Cela permet de disposer d'une traçabilité complète des informations ayant conduit à la prise de décision médicale, et des événements qui se sont produits.

Le deuxième axe de travail est d'adapter continuellement les organisations et le système d'information pour atteindre un objectif qui peut se résumer de la manière suivante : **la bonne information, pour le bon patient, au bon endroit et au bon moment.**

C'est dans ce cadre que s'intègrent toutes les actions entreprises pour améliorer les outils mis à disposition de la cellule d'identito-vigilance, mais également toutes les actions relatives à la production documentaire (comptes rendus d'hospitalisation, lettres de sorties, etc.) et à la diffusion vers les médecins traitants (messagerie sécurisée, alimentation du DMP...). La mise en place du PACS (Picture Archiving and Communication System) permettra encore de renforcer cette mise à disposition de l'information auprès des médecins traitants, avec ouverture d'une plateforme web qui donnera accès aux images des patients pris en charge au CHU. C'est aussi dans ce cadre que s'intègre la collaboration étroite mise en œuvre pour accompagner la naissance du dossier patient unique, collaboration qui poursuit un double objectif : à court terme, disposer d'un système fiable et unique de gestion des dossiers médicaux papier, puis à moyen terme, harmoniser la structure, voire les contenus, des dossiers patients informatisés et papiers.

Le troisième axe de travail est **d'accompagner le renforcement du management de la qualité**

et du pilotage médico-économique du CHU, en donnant aux décideurs les outils nécessaires à la mise en œuvre de politiques structurantes et transversales (gestion documentaire, gestion des risques...), ou à l'analyse de l'activité du CHU (système d'information décisionnel, et notamment l'outil FIFS, filières internes de production de soins).

Au total, le CHU est engagé dans une rénovation du système de management de la qualité et de la gestion des risques afin de permettre une conduite adaptée des politiques et des projets associés. Préalable au partage d'une véritable culture qualité par l'ensemble des équipes, la définition du management institutionnel et de ses prolongements sur le terrain doit permettre l'action collective au service des patients. En application du présent projet d'établissement, un document retraçant le système de management de la qualité et de la gestion des risques sera très vite établi et largement diffusé afin de faciliter l'appropriation collective des enjeux et de donner une meilleure lisibilité sur le rôle des instances et les responsabilités des acteurs.

3. le pilotage médico-économique : l'engagement dans la durée

3.1 Inscrire la santé financière du CHU dans la durée et dégager les marges budgétaires indispensables au financement du plan de modernisation

L'objectif pluriannuel de maîtrise des charges au regard de l'évolution de l'activité constitue en soi un enjeu stratégique. Le CHU doit **inscrire le maintien de l'équilibre budgétaire et financier dans la durée pour dégager les marges budgétaires indispensables au financement du plan de modernisation.**

Le pilotage de la masse salariale en adéquation avec les ressources issues principalement de l'activité et la mise en œuvre du programme ministériel PHARE relatif aux économies d'achats vont permettre d'inscrire dans une trajectoire durable un résultat comptable à l'équilibre, une capacité d'autofinancement destinée à préserver la santé financière du CHU et à assurer sa capacité d'emprunt pour investir.

Le CHU a pu générer un excédent comptable au cours de ces trois dernières années (2,8 M€ en 2009, 1,5 M € en 2010 et 0.64 M € en

2011) concernant le compte de résultat principal.

Ce résultat est permis par un pilotage rigoureux de l'évolution de charges tout en préservant l'emploi, avec une baisse des charges à caractère hôtelier et général.

Ce processus de réduction des coûts sera poursuivi.

Les charges de personnel ont été contenues : +1,3 % de 2009 à 2010 et + 0.9 % de 2010 à 2011.

Les charges à caractère médical ont également pu être maîtrisées : +3,5 % de 2009 à 2010 et 0 % de 2010 à 2011.

Les charges à caractère hôtelier et général ont elles aussi été très largement maîtrisées : +1,3 % de 2009 à 2010 et -2,2 % de 2010 à 2011.

Les budgets annexes sont également équilibrés ou excédentaires.

Grâce à cette politique volontariste à poursuivre sur la durée du projet d'établissement compte tenu de l'ampleur du plan de modernisation attendu, le CHU a su préserver un niveau de capacité d'autofinancement en légère augmentation pour faire face aux investissements stratégiques à conduire (le taux de CAF rapporté aux produits d'exploitation est > 8 % en 2009, 2010 et 2011) grâce à une augmentation de ses dotations aux amortissements et provisions (charge de titre 4).

Le CHU présente des ratios d'équilibre financier positifs avec un ratio d'indépendance financière < 50 % et une durée apparente de la dette < 10 ans, garantissant sa solvabilité.

Le maintien d'une situation financière saine est un impératif pour le CHU.

Ces objectifs s'inscrivent dans un contexte de rigueur budgétaire accrue avec un niveau incertain de financements publics en raison des plans d'économies successifs imposés aux établissements sur les MIGAC (mission d'intérêt général et aide à la contractualisation).

De plus, compte tenu des dépassements réguliers de l'ONDAM, le Parlement maintient un mécanisme systématique de mises en réserve de crédits en début d'année de dotations qui se sont traduits par une diminution des recettes allouées aux établissements de santé au cours des derniers exercices.

Le CHU devra intégrer les grands axes de cet environnement macro-économique dans le pilotage de ses projets.

Au-delà de la poursuite du maintien de ces grands équilibres, le CHU doit se positionner fortement à court et moyen terme sur les dossiers à fort impact budgétaire et financiers.

Le CHU doit se préparer à la **facturation individuelle** dès 2012 pour une mise en œuvre dès 2013 de cette facturation au fil de l'eau sur le champ de l'ensemble des actes et consultations externes, conformément à l'article 54 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 et un décret 11 septembre 2011.

Le champ couvert est bien évidemment celui des patients assurés sociaux, mais aussi des patients bénéficiant d'un régime étranger d'assurance maladie et de ceux relevant de « l'aide médicale Etat ».

Le CHU s'engage ainsi dans l'objectif général de cette réforme pour améliorer la connaissance du détail de ce qui est facturé aux organismes d'assurance maladie.

Pour prévenir les impacts de cette réforme et éviter des conséquences négatives liées à des difficultés de trésorerie en résultant, le CHU doit anticiper une modification des organisations et renforcer la collaboration de tous les services engagés dans cette démarche.

Ceci implique une action pluriannuelle engagée dès à présent et à poursuivre sur la durée du projet d'établissement pour améliorer la qualité et l'exhaustivité des données, structurer une fonction de contrôle interne s'appuyant sur un système d'information et des organisations adaptées.

Le CHU est également engagé dans la **démarche de certification des comptes**, fondée sur l'article 17 de la loi HPST du 21 juillet 2009 et précisée dans la circulaire du 10 octobre 2011 relative à la fiabilisation des comptes.

Cette réforme marque un changement culturel et organisationnel capital pour les établissements publics de santé.

A l'instar des démarches de certification engagées pour les comptes de l'Etat et les comptes sociaux, les établissements de santé verront leurs comptes certifiés annuellement par un auditeur externe.

La qualité des comptes est un déterminant de la performance hospitalière.

Le CHU doit poursuivre son engagement dans

les 5 années à venir dans l'évaluation de la qualité, de la fiabilité, de l'exhaustivité et de la sincérité des informations financières.

La fiabilisation des comptes repose sur 3 axes principaux rappelés par la DGOS (direction générale de l'offre de soins) :

- volet comptable avec la fiabilisation des écritures et la correction des anomalies
- maîtrise des risques avec la mise en œuvre d'une politique de contrôle interne permanent
- évolution des systèmes d'information

Cette approche est centrée sur les six processus comptables principaux (personnel, immobilisations, recettes et produits, achats, endettement-trésorerie, fonds déposés).

Elle doit être proportionnée au degré d'impact financier des risques identifiés pour conduire aux corrections des anomalies substantielles.

Le CHU doit s'engager dans cette démarche dès 2012 pour se préparer à la certification des comptes en 2016 (sur la base du compte financier 2015).

Elle devra être corrélée à une adaptation des organisations et des outils. Elle devra permettre l'émergence d'une fonction de contrôle interne permanent et structurée, qui assurera une démarche continue d'amélioration de la qualité des informations et des processus comptables. Il s'agit d'une action transversale qui ne se limite pas au champ comptable. Elle s'inscrit dans la rénovation de la gouvernance hospitalière. Elle représente un enjeu majeur pour le pilotage de l'établissement en permettant une amélioration de l'information financière et elle conforte le conseil de surveillance dans son rôle de contrôle lui apportant une garantie dans l'approbation des comptes.

3.2 L'amélioration de la performance de la production scientifique

Compte tenu des contraintes budgétaires qui vont peser sur le financement de la recherche et des enjeux en matière de poursuite et de développement des politiques de recherche, le CHU doit se doter d'une politique d'amélioration de la performance de la production scientifique au cours des cinq années à venir.

L'impératif d'évaluation s'applique désormais au domaine de la recherche clinique comme à l'ensemble des secteurs d'activité de l'hôpital. La principale évolution traduite par l'ajuste-

ment qui intervient chaque année du modèle de financement de la recherche à travers les MERRI montre **une priorisation de la logique de résultats sur la logique de moyens** : ainsi, ce n'est plus seulement ni même plus tant le nombre de projets obtenus aux appels d'offres nationaux qui est pris en compte mais le taux de réussite (nombre de projets retenus / déposés) et le devenir des projets (utilisation des ressources à bon escient, valorisation des travaux).

Le levier financier permet en principe de guider la priorisation du ciblage des moyens sur les équipes ou projets à plus fort potentiel, mais la difficulté en pratique tient à plusieurs facteurs :

- une idée scientifique séduisante et correctement évaluée peut se révéler un échec si la faisabilité de l'étude aux plans logistique et organisationnel n'a pas été suffisamment étudiée en amont ;
- la réglementation complexe en matière de recherche génère un certain nombre de formalités mal comprises et surtout mal vécues par les investigateurs qui finissent parfois par se décourager ;
- les aléas survenant dans la vie d'un projet de recherche, dont la durée moyenne est de 5 ans, sont nombreux et entravent parfois sa finalisation (départ de l'investigateur principal, épuisement des ressources financières après plusieurs prolongations de l'étude...).

Au plan statistique, le secteur de la recherche clinique qui fait l'objet de moult enquêtes et évaluations regorge de données. Les éléments d'activité et financiers présentés annuellement en assemblée plénière de la DRCI montrent :

- une analyse en tendance au niveau macro (à l'échelle du CHU) ;
- une grande diversité au niveau micro (de chaque projet).

Il convient donc systématiquement de croiser les deux niveaux pour avoir une idée de **la performance scientifique de l'établissement**.

Les paramètres suivis par le CHU sont également ceux des financeurs institutionnels et industriels :

- dynamique d'inclusion et respect des objectifs quantitatifs ;
- respect de l'enveloppe financière allouée au projet pour sa durée totale ;
- respect des délais d'achèvement de l'étude ;
- devenir des études en termes de valorisation (publication, brevets).

L'information sur les résultats de la recherche clinique du CHU est largement diffusée sous différents supports : plaquette des chiffres clés, bilans présentés en DRCI, guide SIGAPS annuellement diffusé...

L'enjeu tient donc à passer du diagnostic au traitement, étant entendu que les mesures appellent parfois la remise en cause de situations historiquement établies (en termes d'habitudes de gestion, d'allocation de ressources...). L'amélioration de la performance scientifique passe par des mesures touchant la production scientifique elle-même, mais également l'environnement de la recherche. Ainsi, les mesures évoquées à l'axe IV telle que l'intégration d'une valence recherche aux critères de recrutement du personnel médical du CHU est évidemment de nature à renforcer les compétences en recherche et donc, les conditions de sa réalisation.

Concernant l'amélioration de la production scientifique elle-même, si les instances en recherche de l'établissement (DRCI, Directoire, CoReBioSP) ont toute latitude pour éclairer la direction générale et proposer des mesures concrètes, plusieurs chantiers paraissent déjà s'imposer : cf. synthèse du plan d'action.

3.3 La politique achats / investissement

Pour le CHU de Limoges, les achats sont le deuxième titre de dépenses après les ressources humaines. Ils représentent plus de 28 % des dépenses d'exploitation du budget principal. Le spectre des achats réalisé est large puisqu'il inclut l'ensemble des travaux, fournitures et services nécessaires au fonctionnement de l'établissement. Il s'agit donc d'une fonction clé dans la maîtrise des charges.

Les achats sont également un levier pour améliorer la qualité des produits achetés, promouvoir des comportements éco-responsables, sécuriser les approvisionnements et offrir de meilleures conditions de travail.

Par ailleurs, les achats hospitaliers s'inscrivent dans un cadre juridique exigeant défini par le Code des Marchés Publics. La sécurité juridique des procédures engagées est donc une priorité, qui doit être conciliée avec la recherche de la performance économique, dans une logique de maîtrise du risque contentieux, les fournisseurs se montrant de plus en plus vigilants sur les

conditions d'attribution des procédures mises en œuvre.

Le pilotage de cette fonction achat est assuré au sein du pôle Investissement et Fonctions Support (IFS) par le directeur adjoint en charge des achats, qui assure la coordination des achats réalisés par les pôles de gestion pour permettre l'atteinte des objectifs institutionnels fixés.

La politique d'optimisation de la fonction achat du CHU de Limoges pour les années 2012-2016 s'inscrit dans le cadre national défini par le programme « performance hospitalière pour des achats responsables » (PHARE) qui vise à réaliser au plan national 910 millions d'euros d'économies sur 3 ans. Elle s'appuie également sur le diagnostic réalisé par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) en 2010.

Cette politique vise à améliorer **la performance de la fonction achat de l'établissement** en s'appuyant sur plusieurs axes complémentaires :

Mutualiser les achats : la massification des achats est une source de gains économiques et le CHU de Limoges s'est résolument engagé dans cette voie depuis de nombreuses années en étant membre du GCS UNIHA et du groupement de commandes des établissements de santé, maisons de retraite et collectivités de la région Limousin. Cet engagement sera poursuivi et renforcé selon les nouveaux segments qui seront proposés.

Généraliser les bonnes pratiques achats : il s'agit notamment de :

- négocier lorsque la réglementation le permet ;
- raisonner en coût complet, en intégrant le

cycle de vie des produits achetés, le coût des consommables associés et les conditions de maintenance ;

- assurer un dialogue efficace entre prescripteurs et acheteurs afin de répondre au juste besoin et au bon usage ;
- standardiser les produits achetés afin d'harmoniser les matériels utilisés ;
- améliorer le suivi fournisseur et la connaissance des produits disponibles sur le marché, en particulier les plus innovants ;
- généraliser le calcul de gains sur achats et communiquer sur les résultats obtenus.

Favoriser les achats éco-responsables : accroître l'utilisation de produits, services ou activités ayant un moindre impact sur l'environnement, et intégrer des clauses sociales et environnementales dans les cahiers des charges. Cet axe s'inscrit également dans la politique développement durable de l'établissement.

Développer l'expertise achat : en accompagnant les professionnels par des formations métiers, permettant notamment l'appropriation des pratiques évoquées ci-dessus.

Adapter nos structures pour en optimiser le fonctionnement : le renforcement d'une fonction achat transversale au sein de l'établissement doit permettre au fur et à mesure de l'avancement des différents axes évoqués ci-dessus de rationaliser les organisations en place dans les différents secteurs achats.

Renforcer le pilotage budgétaire et organiser la maîtrise des dépenses de titre II et de titre III en fonction d'objectifs chiffrés établis en



partenariat avec le pôle Activité, Finances, Recherche et Innovation (AFRI) et les pôles hospitalo-universitaires.

Poursuivre la délégation de gestion au profit des pôles hospitalo-universitaires : il s'agit d'adapter les pratiques et l'organisation des équipes à la mise en œuvre du Décret du 11 juin 2010 relatif à la délégation de gestion dans les pôles hospitalo-universitaires.

L'atteinte des objectifs de gains prévus par le programme PHARE et la nécessaire maîtrise des charges sont impératives pour le maintien de l'équilibre financier de l'établissement dans la perspective du financement du plan de modernisation. Elles impliquent donc la mise en œuvre rapide des actions prévues et supposent un engagement de tous les professionnels : acheteurs, prescripteurs, utilisateurs.

4. Réorganiser les fonctions supports, en recherchant l'efficacité des organisations, au service des équipes du CHU et de ses partenaires hospitaliers, en intégrant l'exigence de développement durable

4.1 réorganiser les fonctions supports, en recherchant l'efficacité des organisations, au service des équipes du CHU et de ses partenaires hospitaliers

Le secteur logistique regroupe un ensemble de fonctions supports, prestataires de services pour le patient et pour tous les professionnels de l'hôpital : blanchisserie, restauration, traitement des déchets, nettoyage de locaux, entretien des espaces extérieurs, magasin et ses équipes logistiques, transport logistique, service intérieur, service de transports et d'acheminement des malades (STAM), unité de maintenance des équipements logistiques automatisés, garage, service du courrier.

La politique logistique du CHU de Limoges s'articule autour de 2 axes transversaux, déclinés en objectifs :

- **Assurer une prestation de qualité et durable orientée vers la satisfaction du patient et des clients internes et externes** : la mission première des fonctions logistiques est de mettre à disposition des autres

secteurs de l'établissement les ressources nécessaires à une prise en charge de qualité. Afin de garantir ce résultat, il est essentiel de poursuivre la structuration d'une véritable relation « client / fournisseur ». Par ailleurs, le CHU par son importance et son rayonnement régional doit inscrire son action dans un cadre durable et responsable.

Contribuer à une prise en charge fondée sur la qualité, le confort et la sécurité : au-delà du soin, la prestation hôtelière fournie au patient et à son entourage constitue un élément important de leur satisfaction et donc un facteur d'attractivité dans un environnement concurrentiel croissant. L'atteinte de ces objectifs implique la mobilisation et la collaboration de l'ensemble des acteurs : équipes logistiques, services de soin, équipe opérationnelle d'hygiène, CLIN, CLAN...

Développer la démarche « client / fournisseur » au profit des unités fonctionnelles : le service proposé doit s'adapter aux besoins exprimés, ce qui suppose d'identifier précisément les attentes des différents services. Les enquêtes de satisfaction et les contrats de service développés dans le cadre des certifications ISO constituent des outils à développer dans les autres secteurs. Le contrat permet notamment de fixer les engagements réciproques nécessaires à la réalisation de la prestation attendue.

Poursuivre et valoriser la politique de certification des unités : depuis plusieurs années, il a été choisi de s'engager dans une démarche volontaire de certification de certaines unités, dont la fonction de production est particulièrement adaptée à la mise en place du système qualité de type ISO : la cuisine centrale de l'HUD a été certifiée ISO 9001 en 2000 et ISO 22000 en 2008; la blanchisserie a été certifiée ISO 9001 en 2000, l'unité de traitement des déchets a été certifiée ISO 9001 et ISO 14001 en 2010, la stérilisation certifiée en 2002 renouvelée en 2008, 2010 et 2011. Cette démarche permet de garantir l'efficacité du système qualité mis en place au sein de ces unités, tout en valorisant le travail réalisé au sein de ces différents secteurs. Cette certification des unités est également un atout important dans la recherche de nouveaux clients externes. Elle repose sur un engagement de la direction et des professionnels

concernés et implique une recherche continue d'amélioration des process en place. L'expertise acquise au sein de ces unités certifiées dans le management de la qualité doit être mise à profit de l'ensemble des secteurs logistiques, afin de contribuer à la politique qualité de l'établissement.

Maîtriser les risques liés aux activités logistiques : les secteurs logistiques génèrent par leurs activités des risques pour les personnels, les patients et leur environnement. Il est donc essentiel de poursuivre la politique engagée en matière de gestion des risques, conformément à la dernière certification HAS.

S'adapter aux évolutions organisationnelles : les fonctions logistiques doivent s'adapter aux évolutions que connaissent les autres secteurs de l'établissement. Cet objectif revêt une importance particulière pour la période à venir compte tenu du plan de modernisation et de la structuration de la communauté hospitalière de territoire.

Intégrer l'action du secteur logistique dans la politique de développement durable de l'établissement : les fonctions logistiques représentent un levier d'action important dans la politique de développement durable en cours de formalisation au sein de l'établissement et elles devront inscrire leur évolution dans le cadre des axes qui seront retenus.

•Rationaliser l'organisation et maîtriser les coûts : les fonctions logistiques constituent un poste important de dépenses pour l'établissement et elles doivent nécessairement contribuer aux efforts d'efficacité nécessaires au maintien de l'équilibre financier de l'établissement et au financement du plan de modernisation de l'établissement.

Faire évoluer les processus de production : plusieurs secteurs ont une activité de type industriel (restauration, blanchisserie, unité traitement des déchets) et il est important de veiller à ce que les processus de production mis en œuvre soient les plus performants possibles et permettent de fournir une prestation de qualité à un coût comparable à celui des entreprises privées. Les données de parangonnage seront utilisées chaque fois que nécessaire.

Adapter nos structures pour en optimiser le

fonctionnement : l'objectif est de favoriser les mutualisations et d'éviter la dispersion des activités entre les différents sites, source potentielle de redondance dans l'organisation mise en place. La mise en œuvre de la communauté hospitalière de territoire invite à rechercher des coopérations avec les autres établissements membres par la mise en œuvre de structures communes adaptées.

Optimiser la gestion des flux : au sein du CHU de multiples flux s'entrecroisent (humains, matériels, d'informations) et la bonne gestion de ces flux est à la fois un enjeu d'efficacité mais aussi de sécurité. Le développement des outils informatiques de gestion des flux est un axe à privilégier afin notamment d'améliorer la traçabilité (ascendante et descendante). Parmi les enjeux de la traçabilité dans le secteur de la santé on notera en particulier : assurer la sécurité du patient et des personnels de santé, maîtriser les coûts de production et d'approvisionnement, maîtriser les coûts logistiques et être en conformité avec la réglementation.

Le suivi détaillé des différents flux est également le corollaire de l'approfondissement de la délégation de gestion au profit des pôles hospitalo-universitaires.

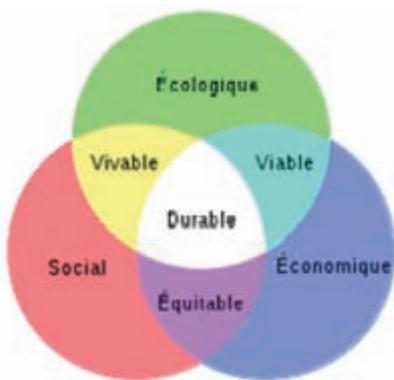
Rechercher de nouveaux « clients externes : la réduction de nos coûts d'unités d'œuvre à travers l'amélioration des processus de production et de nos structures peut permettre au CHU de trouver de nouveaux clients externes, sources d'activités et de recettes supplémentaires. Toutefois, les modalités de mise en œuvre de la mutualisation des fonctions doivent autant que possible s'inscrire dans les cadres juridiques offerts par la loi « HPST ».

4.2 Intégrer l'exigence d'une politique de développement durable

Le développement durable a été défini dans le rapport élaboré par la commission Brundtland (1987), comme **“la capacité des générations présentes à satisfaire leurs besoins sans empêcher les générations futures de satisfaire leurs propres besoins”**. S'agissant plus spécifiquement des établissements de santé, cette définition peut être complétée du principe d'Hippocrate : « d'abord ne pas nuire, ensuite soigner ».

Depuis de nombreuses années, le CHU de Limoges a témoigné de son engagement dans le développement durable par des choix innovants et structurants : premier CHU à mettre en place une chaudière biomasse (2009), démontage de son incinérateur (2007), certification ISO 14001 de son unité de traitement des déchets (2010), process de lavage basse température à la blanchisserie (2010), participation aux travaux préparatoires du plan climat énergie territoire (PCET) de Limoges Métropole (2011), etc. Il doit aujourd'hui formaliser sa politique et l'inscrire dans une action pluriannuelle.

L'objectif d'un projet de développement durable est de sensibiliser les acteurs **aux bonnes pratiques du développement durable**, afin de mieux mesurer les conséquences de leur activité sur les aspects sociaux, écologiques et environnementaux.



Le projet d'établissement 2012-2016 du CHU de Limoges vise à conforter l'engagement de l'établissement dans le développement durable et à le renforcer en définissant le développement durable comme une véritable politique transversale, touchant l'ensemble des activités de l'hôpital.

Cette politique est définie au sein du Comité de Pilotage Développement Durable, qui réunit l'ensemble des compétences de l'établissement (médicales, soignantes, techniques, administratives) afin d'assurer son caractère global et transversal.

Dans un premier temps, la phase de diagnostic doit être finalisée en s'appuyant sur les différents éléments déjà disponibles (rapport de certification V2010 de la HAS, diagnostic conduit par l'ARS du Limousin, les bilans menés dans les différents secteurs...) et sur un diagnostic environnemental (incluant un bilan carbone) qui sera réalisé en 2012.

Les résultats de ce diagnostic permettront ensuite au COPIL DD d'élaborer un plan d'action pluriannuel s'articulant autour des trois dimensions du développement durable. Certains axes de travail peuvent d'ores et déjà être identifiés :

La dimension sociale :

- ▶ répondre aux attentes et besoins des patients (intégration des différences culturelles dans l'établissement, accessibilité, respect des droits des patients, etc.) ;
- ▶ promouvoir la qualité de vie au travail, la santé au travail et la sécurité des biens et des personnes ;
- ▶ sensibiliser le personnel de l'établissement au développement durable ;
- ▶ communiquer sur les objectifs liés au développement durable en interne et externe.

La dimension environnementale :

- ▶ prendre en compte le développement durable pour la construction et la réhabilitation des bâtiments ;
- ▶ améliorer le processus d'élimination des déchets en assurant le respect des règles d'hygiène, de sécurité et en prenant en compte les aspects financiers ;
- ▶ optimiser la consommation d'énergie ;
- ▶ préserver la qualité de l'eau et de l'air ;
- ▶ optimiser et gérer durablement les transports liés à l'activité de l'établissement.

La dimension économique :

- ▶ prendre en compte les principes d'achats éco-responsables ;
- ▶ assurer le suivi des dépenses liées aux consommations.

La mise en œuvre du plan d'action s'appuiera sur des groupes de travail thématiques, permettant d'associer l'ensemble des acteurs concernés, et qui seront chargés d'identifier les actions concrètes susceptibles de permettre l'atteinte des objectifs fixés. Pour certains axes, il sera nécessaire de faire le lien avec d'autres composantes du projet d'établissement, notamment le projet social, le projet de prise en charge et le projet qualité.

Annuellement, le Comité de Pilotage Développement Durable évaluera l'état d'avancement des actions retenues et proposera, autant que de besoin, les adaptations devant être réalisées. Les objectifs fixés et les résultats obtenus feront l'objet d'une communication en interne et en externe.

2 Les missions

Deuxième partie

LES OBJECTIFS DE STRATEGIE MEDICO-SCIENTIFIQUE

« L'expertise accessible »

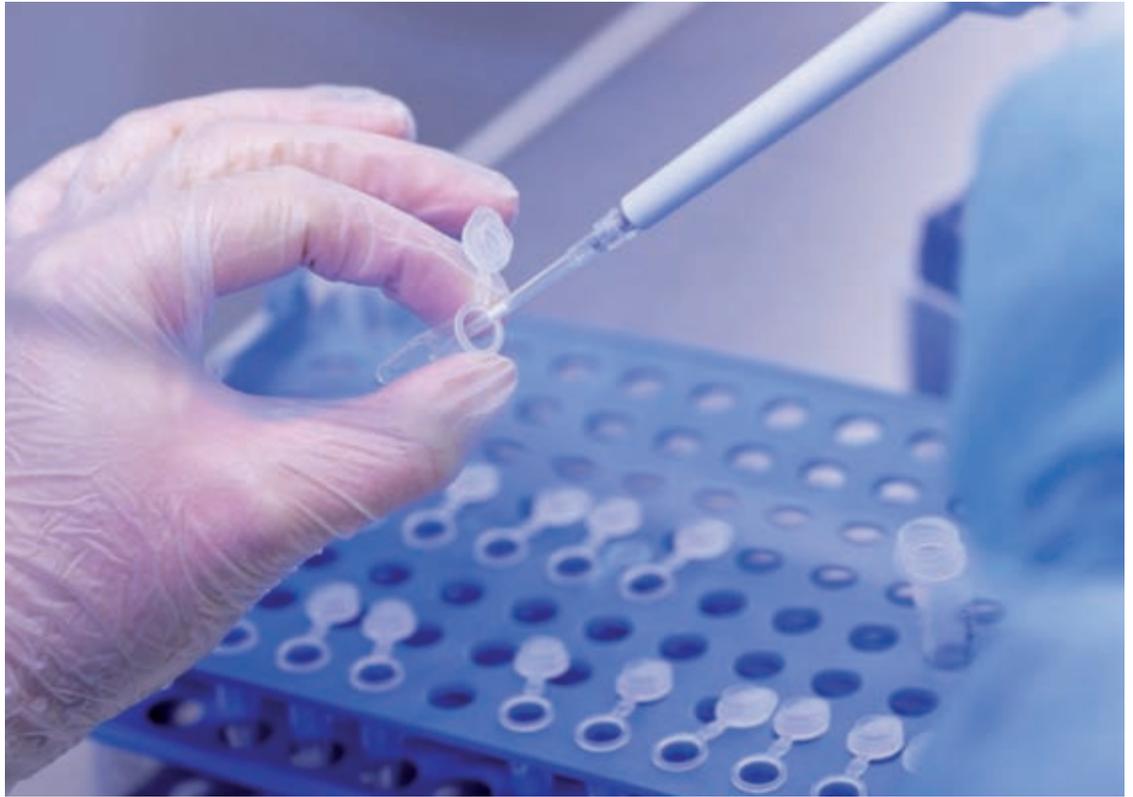
Quelles sont les activités qui caractérisent le CHU ? Qu'est-ce qui le différencie ? Quelles activités d'excellence à développer ? Quel projet scientifique ? Quels axes de recherche ? Quelles réponses aux besoins de proximité ? Comment contribuer au maillage de l'offre de soins régionale ? Quelles missions d'intérêt général ? Quelle politique de santé publique ?

Cette deuxième partie consacrée aux missions du CHU met en relief le lien entre activités d'excellence et le projet scientifique, tout en valorisant sa responsabilité dans l'offre de soins de proximité.

En cohérence avec la circulaire N°DGOS/R5/2011/485 du 21 décembre 2011 relative au guide de pilotage de l'activité des établissements de santé, complétée par la circulaire du 10 janvier 2012 N°DGOS/PF3/2012/09 relative au guide d'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), qui définit

clairement l'articulation attendue entre les objectifs de pilotage de l'ONDAM, au niveau national, et la maîtrise des dépenses de santé par le pilotage de l'offre de soins au niveau régional, le projet médical et scientifique du CHU s'attache à répondre aux besoins de santé de la population du Limousin tout en assurant son rôle de recours et d'excellence. En effet, le CHU est reconnu par le SROS comme l'établissement de recours du territoire de santé régional. Il est le seul établissement de la région garantissant une filière complète de soins, quel que soit le mode de prise en charge.

Le SIOS lui confère également un rôle majeur dans les spécialités relevant d'une planification à dimension interrégionale (prélèvements et greffes d'organes, chirurgie cardiaque, etc.). A travers ses objectifs de stratégie médico-scientifique, l'ambition du CHU est, en somme, de rendre l'expertise accessible.



SOMMAIRE

Deuxième partie	
Les objectifs de stratégie médico-scientifique	35
1. Développer les activités d'excellence	39
1.1 La chirurgie lourde et robotique	40
1.2 Les activités interventionnelles	42
1.3 Les greffes d'organe et de moelle.....	44
1.4 Les centres de référence	46
2. Assurer le leadership attendu dans l'offre de soin régionale (aspect maillage)	49
2.1 L'émergence du centre régional de cancérologie (OBJECTIF 3 du contrat de performance)	49
2.2 L'unité régionale neurovasculaire (OBJECTIF 2 du contrat de performance).....	51
2.3 La périnatalité	51
2.4 Autonomie et vieillissement	52
2.5 Promouvoir les politiques de santé publique	54
2.6 Un projet médico-social au service d'un territoire	60
2.7 Le CHU, animateur universitaire en NTIC.....	62
2.8 Etre un acteur déterminant des réseaux de soins et améliorer l'accès aux compétences du CHU pour les professionnels de santé	63
3. Mettre en œuvre une stratégie collaborative de recherche et innovation	63
3.1 Les principaux niveaux de positionnement du CHU dans l'environnement de la recherche.....	64
3.2 La définition et le soutien d'axes stratégiques de recherche fortement identifiés...65	
3.3 La dynamique de la recherche paramédicale	68
4. L'enseignement	68
4.1 Une stratégie de formation universitaire pour accompagner l'activité de soin du CHU .68	
4.2 Un processus engagé et un accompagnement à poursuivre : l'universitarisation des formations paramédicales	69
4.3 Des dispositifs et des outils innovants au service d'une politique de formation	72

Recours et excellence

Prenant en charge près de 15% de l'ensemble de l'activité d'hospitalisation du grand sud ouest de la France (SIOS), le CHU de Limoges constitue véritablement un acteur majeur en matière d'offre de soins.

Ce positionnement est le résultat de choix audacieux en matière d'activités médicales d'excellence développées au CHU. Il en va ainsi de l'hématologie avec l'activité des allogreffes, de la chirurgie cardiaque avec le développement de l'assistance mécanique ou bien des cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels. Ce positionnement résulte aussi de sa capacité à anticiper certaines évolutions technologiques dans le domaine de la chirurgie robotique, puisque le CHU de Limoges a été un des tout premiers CHU à s'équiper de cette nouvelle technique et réalise aujourd'hui près de 300 interventions chirurgicales sous robot chaque année, au plus grand bénéfice des patients. Et cette capacité d'innovation et d'anticipation se traduira à moyen terme par un plateau technique étoffé en chirurgie robotique et dans le domaine interventionnel.

Cette capacité d'innovation et d'anticipation se manifeste aussi par l'intermédiaire de la labellisation des centres de référence (neuropathies périphériques rares, amyloses primitives, maladies rares du métabolisme du calcium et du phosphore) et de plusieurs centres associés qui contribuent au positionnement du CHU au-delà du territoire régional. Eu égard aux caractéristiques démographiques et sanitaires de la population limousine, le CHU assume également les missions de centre de référence dans la prise en charge des pathologies chroniques et dans la prise en charge de la personne âgée poly-pathologique.

Par ailleurs, la structuration d'un centre régional du cancer et d'une filière de recours régional pour la prise en charge des AVC avec l'identification d'une unité régionale neuro-vasculaire répondent à ces préoccupations majeures en matière de santé publique et constituent deux éléments fondamentaux du projet d'établissement du CHU de Limoges, en cohérence avec les priorités identifiées dans le contrat de performance CHU-ARS-ANAP.

Recherche

Ses bons résultats en matière de recherche

procurent un bénéfice direct à l'ensemble des activités de soins, permettant le développement d'activités d'excellence en lien avec les projets de recherche.

Les équipes labellisées développent ainsi des interactions avec les services de soins, renforçant l'excellence de la prise en charge.

Des thèmes comme la «Pharmacologie des immunosuppresseurs en transplantation» de l'équipe l'UMR-S850 INSERM, les «Agents anti-infectieux : supports moléculaires des résistances et innovations thérapeutiques» de l'UMR INSERM 1092 ou la «Physiologie moléculaire de la réponse immune» de l'équipe UMR CNRS 6101 sont portés en étroite collaboration avec les laboratoires et le CIC P 0801 , et viennent s'articuler avec des axes de prise en charges des pôles cliniques, que ce soit la greffe pour le pôle cœur-poumon-rein, le sepsis pour le pôle urgences réanimation ou l'activité clinique du service d'hématologie.

Les travaux en Neuroépidémiologie Tropicale par l'UMR INSERM 1094 entrent en interaction avec la prise en charge des pathologies neurodégénératives, telles que la SLA, et les prises en charge liées à l'épilepsie et à la toxoplasmose.

Les équipes de recherche émergentes participent également de cette dynamique, sur les pathologies liées aux nerfs périphériques et à la cancérologie solide, étudiées chacune par une Equipe avenir dédiée en lien avec le Pôle dans lequel les patients sont pris en charge (EA Maintenance myélinique et neuropathies périphériques ; EA 3842 Homéostasie cellulaire et pathologies).

Les orientations stratégiques 2012-2016 du CHU répondent aux besoins d'une population caractérisée en Limousin par un indice de vieillissement deux fois supérieur à la moyenne nationale, avec une croissance des plus de 75 ans et des plus de 80 ans à anticiper en termes de santé publique et de recherche (STATIS 2010 ARS).

Cet axe de développement associant soins et recherche autour de la personne âgée est investi par le CHU de Limoges à travers plusieurs projets expérimentaux de dimension nationale, portés par la 3e équipe de recherche émergente du CHU de Limoges, l'EA HAVAE, Handicap, Autonomie, Vieillesse Activité, Environnement. Ses travaux ont conduit au dévelop-

pement d'équipes mobiles spécifiques de suivi et de maintien à domicile :

- l'une, l'UPSAV (Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillessement) dédiée à la personne âgée ;
- l'autre, HEMIPASS, consacrée aux patients ayant connu un AVC.

Ces équipes, à l'action innovante en matière de soins de par leur proximité avec le domicile des patients, permettent le développement de projets de recherche axés sur l'étude des déterminants de l'autonomie, en particulier dans le cadre de déploiement d'outils technologiques tels que la domotique et la téléassistance.

Le CHU de Limoges fait du soutien de ces équipes labellisées et émergentes un axe central de son projet scientifique.

Innovation

En complément de ses activités de recherche, le CHU a fait le choix résolu de poursuivre une dynamique de soutien à l'innovation technologique ou thérapeutique, en investissant dans les technologies novatrices et en adaptant son infrastructure.

Grâce aux investissements technologiques réalisés et à poursuivre, la chirurgie robotique et les activités de soins interventionnelles permettent également au CHU d'offrir aux patients une expertise de qualité et une prise en charge de haute technicité.

Cette expérience doit pouvoir trouver un prolongement dans les partenariats industriels en gestation notamment autour du projet d'installation, par un industriel produisant des radio-pharmaceutiques, d'un cyclotron à Limoges. Le CHU de Limoges pourrait ainsi profiter de cette exceptionnelle opportunité pour imaginer des projets cliniques et de recherche en phase avec cet équipement. En effet, disposer d'un cyclotron en proximité d'un centre de référence, d'expertise, de recherche et d'enseignement comme le CHU permettrait d'optimiser et de sécuriser les approvisionnements grâce à la mise en œuvre d'une logistique de fabrication et de livraison favorable de traceurs émetteurs de positons pour les services d'imagerie au service d'une véritable amélioration notamment de la prise en charge des patients traités.

De plus, il s'agit là d'un pré-requis indispensable pour utiliser des isotopes à demi-vie courte comme le carbone 11C (20 minutes). Actuel-

lement, aucun centre TEP en France n'utilise, en routine clinique, les radio-pharmaceutiques marqués au 11C, la concrétisation de ce projet sur Limoges conduirait, à n'en pas douter, avec l'implication de l'ensemble des acteurs autour d'une organisation fédérée et synergétique, à renforcer de façon significative le positionnement du CHU de Limoges tant au niveau de son attractivité auprès des patients et des professionnels qu'au niveau des retombées attendues en termes de recherche et d'innovation.

Avec l'installation d'un cyclotron sur place, une partie de l'activité pourrait être réservée à la mise au point de traceurs marqués au 11C comme la 11C-Choline qui est performant dans l'imagerie des patients victimes d'un cancer de la prostate. Cette installation doit ainsi judicieusement être accompagnée par la création d'une unité de recherche de marquage de radio-pharmaceutiques par émetteur de positons et la création d'une unité d'imagerie TEP clinique et recherche.

C'est un projet ambitieux, qui dépasse les limites des seuls pôles Onco-Hématologie et de Plateau Médico-Technique, puisque nécessitant l'implication de l'ensemble des acteurs du CHU, mais aussi celle de la Région Limousin, de l'Université de Limoges et l'Agence Régionale de Santé. Il convient de souligner, d'ores et déjà, l'inscription dans le SROS-PRS Imagerie du Limousin de la nécessaire création d'un centre TEP clinique et recherche en relation avec l'éventuelle installation d'un cyclotron.

Proximité et référence

Le CHU joue également un rôle d'établissement de proximité, compte tenu du nécessaire maillage territorial permettant un accès aux soins de tous et dans un souci de complémentarité avec les autres établissements de santé.

La structuration d'une politique de prévention et de santé publique avec le développement et la coordination de l'éducation thérapeutique sera l'axe déterminant de la politique de proximité du CHU dans les 5 ans à venir en réponse aux besoins et au développement des pathologies chroniques.

C'est dans ce cadre que le CHU se doit également de poursuivre l'exercice de ses missions de santé publique et de service public, garant de l'intérêt général (contribution au contrat local de santé, centre de recours régional en

matière de dépistage de la surdité infantile, centre régional spécialisé de l'obésité, centre de lutte antituberculeux, centre de dépistage anonyme et gratuit, antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales, éducation thérapeutique, addictologie, soins aux détenus, permanence d'accès aux soins de santé).

La mission de service public exercée par le CHU et tous les établissements publics du territoire doit s'entendre dans sa globalité (égalité d'accès aux soins, sans discrimination financière, prévention et éducation thérapeutique, veille épidémiologique, santé publique, prise en charge de la dépendance, recherche et enseignement) pour en garantir un exercice continu et pérenne et pour éviter un morcellement territorial de l'offre de soins dicté par des effets d'aubaine financiers.

C'est dans cette perspective que les établissements publics contribuent de manière solidaire à une stratégie de territoire qui préserve l'existence d'un tissu sanitaire sur l'ensemble du territoire avec une offre de soins graduée et un accès organisé au plateau technique régional spécialisé.

A ce titre, le CHU de Limoges est l'établissement-siège de la communauté hospitalière de territoire du Limousin, composée de l'ensemble des établissements publics de santé de la région. La coopération hospitalière est un moteur de développement de l'activité des établissements publics qui doivent renforcer leur collaboration. La CHT s'appuie sur les principes suivants :

- l'élaboration d'une stratégie médicale commune à ses membres, en organisant des filières de soins régionales en concordance avec le projet d'établissement du CHU (notamment en cardiologie, oncologie, gériatrie et AVC) avec leurs déclinaisons dans les territoires de proximité,
- la structuration d'une véritable politique régionale de ressources humaines (recrutement, formation, fidélisation, déroulement de carrière, parcours professionnel),
- l'optimisation de l'organisation de la permanence des soins,
- le développement des relations avec la médecine de ville.

Il poursuit donc une stratégie de maillage du territoire, de renforcement des liens entre ses équipes et celles des établissements publics du

Limousin, dans l'objectif de renforcer encore son rôle d'établissement de référence de la région à la fois dans la gradation des prises en charge, dans la formation des équipes médicales et non médicales des établissements partenaires, et de soutien aux établissements publics de santé dans les domaines de compétences médicales, soignantes, techniques et administratives pour lesquelles il est l'acteur régional de référence.

1. Développer les activités d'excellence

En tant que centre de recours, le CHU de Limoges a pour missions de rendre accessibles aux patients de son territoire de santé les techniques de prise en charge les plus avancées. Aussi, et depuis les années 2000, le CHU de Limoges a fait le choix d'acquérir, dans la plupart des disciplines chirurgicales médicales, des équipements de pointe.

De plus en plus répandues et apportant un bénéfice réel pour la prise en charge et le rétablissement du patient, elles permettent aux équipes médicales du CHU de bénéficier des dernières



avancées en matière de technique médicale tout en s'engageant très clairement dans la médecine interventionnelle.

A terme, le CHU de Limoges disposera d'un plateau technique complet, regroupant les techniques robotiques et interventionnelles et qui concourront, dans la plupart des spécialités, à améliorer la prise en charge du cancer.

1.1 La chirurgie lourde et robotique

La chirurgie robotique est destinée à accompagner les principales spécialités chirurgicales dans l'application des dernières avancées en matière de prise en charge médicale.

• Acquis en 2008, le robot chirurgical permet au CHU de Limoges d'asseoir sa vocation universitaire et d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients, tout en réduisant les risques infectieux et les éventuels inconforts grâce à la précision des gestes qui découle de la technologie robotique.



Les applications actuelles du **robot chirurgical** concernent déjà plusieurs spécialités :

- ▶ l'urologie, qui réalise déjà plus de 200 indications par an dans le traitement du cancer de la prostate, en permettant de réaliser des prostatectomies avec des conséquences mineures pour les patients ;
- ▶ la gynécologie, dans le traitement du cancer ;
- ▶ la chirurgie pédiatrique ;
- ▶ l'ORL, dans la prise en charge des cancers de la sphère ORL ;
- ▶ la chirurgie digestive, générale et endocrinienne.

Toutefois, l'objectif du CHU de Limoges est de pouvoir disposer à terme d'un plateau technique complet lui permettant d'accompagner les spécialités les plus dynamiques tout en facilitant le développement de nouvelles indications, notamment en matière de chirurgie cardiaque (chirurgie de la valve mitrale). Face à un environnement concurrentiel renouvelé, le CHU de Limoges envisage de renforcer son offre de soins en matière de chirurgie robotique. C'est indispensable pour maintenir son avance technologique et garantir son accessibilité à l'ensemble des patients de la région du Limousin et au-delà.

• **La chirurgie cardiaque** : le développement de l'assistance circulatoire et la reconnaissance comme centre autorisé d'implantation de valves aortiques percutanées.

Le CHU de Limoges est un centre régional de référence reconnu en chirurgie cardiaque, et notamment en matière de transplantation cardiaque. Cette reconnaissance permet au CHU de Limoges de disposer d'une filière globale de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, notamment par le biais de l'assistance circulatoire.

Cette reconnaissance permet au CHU de Limoges d'offrir au territoire de santé du Limousin et bien au-delà un plateau technique complet destiné à prendre en charge dans sa globalité une maladie fréquente qui frappe chaque année une à cinq personnes pour 1 000 dans les pays industrialisés, tous âges confondus, avec une prévalence de trois à vingt pour mille sur l'ensemble de la population, et touchant près de 10 % des personnes de plus de 75 ans. La survie

à 1 an, tous stades confondus, est de l'ordre de 65 %.

L'insuffisance cardiaque est une maladie grave, et représentant un véritable enjeu pour la prise en charge de la population vieillissante du Limousin.

L'IC représente en France 1 % de l'ensemble des hospitalisations MCO, soit plus de 230 000 séjours et de 2 000 000 journées. Elle représente 21 % de l'ensemble des hospitalisations avec un diagnostic principal cardiologique pour un coût de plus de 800 millions d'euros, soit le quart du coût global des hospitalisations en cardiologie. Face à cet impératif de santé publique, le CHU de Limoges développera et renforcera dans les prochaines années ses activités en matière d'assistance, voie mécanique de la transplantation, notamment pour répondre aux limites majeures posées par la transplantation :

- ▶ une dégradation prononcée des patients en attente de greffon, et dont l'assistance cardiaque peut se révéler être une véritable alternative ;
- ▶ des patients ayant une contre-indication à la transplantation.

Par ailleurs, le CHU de Limoges verra son positionnement renforcé par l'autorisation qui lui sera délivrée en 2012 pour implanter des valves aortiques percutanées.

•**ORL** : chirurgie des VADS et création d'un centre régional d'implants cochléaires

Le CHU de Limoges est le centre de référence en matière de prise en charge des cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) en Limousin et son action s'insère dans la structuration d'un Centre régional du cancer. A cet égard, le CHU de Limoges est un des centres pionniers en France dans la chirurgie robotisée des cancers des VADS. Aussi, cette orientation, en lien avec l'objectif du CHU d'étoffer son plateau technique en matière de chirurgie robotique, devra naturellement être poursuivie.

Par ailleurs, un des objectifs poursuivis par le CHU est la structuration du centre régional d'implants cochléaires afin de répondre aux besoins de prise en charge des adultes et des enfants souffrant de surdité et de troubles de la communication. Ce centre est renforcé par la généralisation régionale du dépistage pré-implantaire et permet un suivi post-implantaire.

•**La chirurgie maxillo-faciale**

Le CHU de Limoges a engagé la structuration de la spécialité de chirurgie maxillo-faciale au sein du pôle Neurosciences, Tête, Cou et Rachis. Le CHU couvre déjà tous les domaines d'activités relatifs à la chirurgie maxillo-faciale en particulier les pathologies médicales stomatologiques et maxillo-faciales, la traumatologie crânio-maxillo-faciale, les pathologies tumorales bénignes ou malignes, la chirurgie reconstructrice crânio-maxillo-facial (implants crâniens) et la chirurgie des malformations crânio-faciales. A ceci s'ajoute une activité de chirurgie réparatrice en dehors de la face et du cou (prise en charge des sarcomes des tissus mous). Cette activité singularise le CHU dans une offre de soin régionale voire interrégionale qui connaît peu cette activité.

Couvrant donc un large spectre d'activités, 3 axes majeurs vont être particulièrement renforcés et développés dans les prochaines années, en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement, notamment en matière de prise en charge du cancer.

Les orientations retenues en matière de structuration de la spécialité de chirurgie maxillo-faciale au CHU de Limoges se déclinent de la façon suivante :

- ▶ la chirurgie maxillo-faciale générale, pour les adultes, avec l'ensemble des actes relatifs à cette spécialité ;
- ▶ la chirurgie plastique pédiatrique, avec notamment le traitement des malformations faciales ;
- ▶ la chirurgie réparatrice des membres et du tronc après ablation de tumeurs cancéreuses.

Cette stratégie dont le fil conducteur est la chirurgie réparatrice, est axée sur la plan de la recherche par le développement de substituts osseux de troisième génération (à la fois ostéo-conducteurs et ostéoinducteurs) susceptibles à terme de remplacer les autogreffes osseuses dont le prélèvement est très souvent préjudiciable pour les patients. Ce faisant, le CHU de Limoges contribue à mettre en valeur son environnement proche en développant cette activité d'excellence en partenariat avec des laboratoires et des industries spécialisées dans le domaine des biocéramiques phosphocalciques. Ce partenariat a déjà permis le développement des implants crâniens posés au CHU.

•La neurochirurgie et le développement de l'institut du rachis :

En neurochirurgie, la pathologie tumorale constitue le 3^{ème} motif d'hospitalisation après les affections dégénératives et traumatiques. Face à cette problématique, le CHU de Limoges, et plus particulièrement le service de neurochirurgie a établi un certain nombre de partenariats avec d'autres centres hospitaliers universitaires, notamment pour la prise en charge de la tumeur cérébrale de l'enfant.

Pour optimiser la prise en charge chirurgicale de la tumeur, le CHU de Limoges s'est doté d'un neuronavigateur pour la chirurgie crânio-encéphalique et spinale, ainsi que d'un robot O-ARM, lui permettant de faire bénéficier aux patients du Limousin (environ 60 chaque année) de cette technologie novatrice. En effet, il s'agit d'un équipement innovant, qui permet au neurochirurgien d'obtenir des images en 3 D en temps réel pendant l'intervention. Le système de navigation, couplé à un scanner, contribue à assurer une précision exceptionnelle de l'acte chirurgical lors d'une intervention complexe sur la colonne vertébrale. Un des grands avantages de cette technique est de permettre au chirurgien de s'assurer que l'ensemble des actes réalisés durant l'intervention a permis d'atteindre le résultat recherché, et notamment le placement exact de chaque implant. De fait, les interventions pos-opératoires deviennent inutiles.

En raison de ces orientations, le CHU de Limoges, dont le service de neurochirurgie, à vocation régionale, a joué un rôle précurseur, avec la mise en œuvre d'une offre de prise en charge novatrice et actuelle de la pathologie rachidienne.

Ainsi, faut-il le rappeler, la création en 2008 de l'Institut Universitaire du Rachis a permis de faire bénéficier d'une prise en charge et d'une expertise pluri professionnelle (rhumatologie, médecine physique et de réadaptation, chirurgie pédiatrique et neurochirurgie) l'ensemble des patients atteints de pathologies rachidiennes.

Cette dynamique d'excellence doit être poursuivie et l'avance du CHU conservée :

- ▶ avec le développement de la chirurgie rachidienne mini-invasive percutanée ;
- ▶ l'appropriation de nouvelles techniques d'imagerie per-opératoire (neuronavigation, fluoronavigation, système d'imagerie 3D per-opératoire O-ARM) notamment en

matière d'ostéosynthèses neuronaviguées avec l'OARM afin de sécuriser au maximum la mise en place d'implants pédiculaires tout en réduisant significativement la dose d'irradiation reçue par le chirurgien.

Le développement de l'Institut Universitaire du Rachis doit ainsi permettre au cours des 5 années à venir de :

- ▶ renforcer l'approche globale et pluridisciplinaire pour être plus réactif au bénéfice du patient,
- ▶ bénéficier des avancées médicales scientifiques, technologiques et industrielles permettant de réaliser une prise en charge optimale chirurgicale ou médicale.

•La chirurgie réfractive en ophtalmologie

Centre d'ophtalmologie majeur comparativement aux autres CHU, le CHU de Limoges a pour objectif de rendre accessible aux patients du territoire de santé du Limousin les dernières techniques de prise en charge de la myopie.

Aussi, le CHU de Limoges disposera à terme d'une offre de soins complète en matière de techniques de diagnostic et de traitement des pathologies de l'œil et de ses annexes, avec notamment les nouveaux outils de découpe cornéenne au laser femtoseconde, les nouvelles techniques de vitrectomie micro-invasives, les techniques de diagnostic des affections rétinienues par technologie OCT ainsi que les nouveaux traitements de la DMLA, des uvéites et du glaucome par injections intraoculaires ou dispositifs intra-vitréens. Le CHU de Limoges sera également leader en matière de nouvelles tendances concernant la chirurgie réfractive, qu'il s'agisse de l'aberrométrie (en recourant au laser Excimer, le traitement est désormais sur mesure, au bénéfice du patient), les lentilles intra cornéennes et bien sûr le laser femtosecondes.

1.2 Les activités interventionnelles

•La neuroradiologie interventionnelle

La neuroradiologie interventionnelle (NRI) est une activité de recours qui concerne le soin des patients porteurs de malformations vasculaires cérébrales congénitales ou acquises, spinales ou superficielles. Le recrutement du service est régional, centré sur les 3 départements mais l'activité et l'attractivité du service vont au-delà de son bassin de population et déborde sur les



départements extra régionaux, et même extra nationaux pour une partie d'entre eux.

La NRI est l'une des composantes majeures de la filière régionale AVC en cours de formalisation avec l'accompagnement de l'ANAP et de l'ARS dans le cadre de la feuille du contrat de performance.

Les progrès technologiques permettent de proposer le traitement endovasculaire comme traitement de première intention dans de nombreuses pathologies avec un potentiel de développement dans les années à venir avec le déploiement de nouvelles technologies et de nouvelles indications thérapeutiques.

•L'endoscopie digestive

L'hépto-gastro-entérologie, positionnée au sein du pôle Viscéral et Orthopédie, a vu son organisation et sa cohérence d'ensemble renforcée par le regroupement de l'ensemble des activités relatives à l'hépatologie au sein du même service. Cette réorganisation, qui répond à un réel besoin de structuration de cette activité, va permettre de renforcer l'attractivité du CHU en matière d'hépto-gastro-entérologie, mais aussi de conforter l'activité de chirurgie digestive, notamment dans sa dimension cancérologique. Composante essentielle de cette démarche, l'activité d'endoscopie interventionnelle, particu-

lièrement dynamique, dispose d'atouts majeurs comparativement à l'activité de chirurgie laparoscopique, dont le fait d'éviter toute incision. Surtout, elle interagit de façon étroite avec les services de chirurgie, en particulier digestive, pour le diagnostic, le bilan évolutif des maladies du tube digestif et les maladies du foie, les bilans extension en cancérologie, et la prise en charge de troubles nutritionnels.

En conséquence, un des objectifs du CHU de Limoges sera de renforcer l'activité d'endoscopie interventionnelle, par la mise à disposition des équipes médicales et soignantes d'un plateau technique de pointe rénové et commun à l'ensemble de l'activité d'endoscopie, atout indispensable pour fidéliser et attirer les meilleurs spécialistes de cette technique d'avenir.

•La cardiologie interventionnelle

La région Limousin se caractérise par une surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire par rapport au territoire national (262,4 versus 251,9) plaçant la région au 9^{ème} rang des régions de métropole. Cette surmortalité se retrouve également au niveau de la Creuse (285,5) et de la Corrèze (261,4) mais pas au niveau de la Haute-Vienne.

En matière d'insuffisance cardiaque, on compte chaque année en moyenne 453 décès en Limou-

sin. La région se situe donc en surmortalité significative (40,5 versus 36,3) par rapport au territoire national.

Face à cette situation, la cardiologie fait partie des spécialités médicales qui ont été marquées par le développement soutenu de l'interventionnel : les progrès importants effectués lors des récentes décennies dans la compréhension des arythmies, dans leur évaluation et leur thérapeutique se sont poursuivis au cours des dernières années avec l'électrophysiologie interventionnelle et la défibrillation cardiaque.

Si la stimulation cardiaque est une activité «historique» dans l'ensemble des centres hospitaliers, les dernières années ont vu l'essor de la défibrillation et des techniques ablatives. Ces techniques ont longtemps été réservées aux CHU. La dernière décennie a vu un élargissement des indications d'ablation (fibrillation atriale) mais aussi des défibrillateurs (prévention primaire). En corol-

laire, les autorisations pour ces activités ont été étendues à certains centres non universitaires. Face à cette situation, le CHU de Limoges entend poursuivre le rôle majeur qu'il a toujours joué dans le développement de la cardiologie interventionnelle, notamment par l'intermédiaire d'un plateau technique régional complet et ouvert à l'ensemble des opérateurs publics et privés.

Ce rôle de référence et de recours est confirmé par le fait que le CHU de Limoges a acquis un positionnement central sur son territoire de santé, dans la mesure où il réalise la totalité de l'activité de défibrillation, soit dans une proportion plus large que celle des autres CHU. Par ailleurs il est parvenu à conserver un rôle régional dans le domaine des ablations.

Toutefois, ce positionnement devra être conforté, notamment dans le domaine de l'ablation de tachycardies complexes, que ce soit pour l'ablation de la fibrillation atriale, pour laquelle 2 000

nouveaux cas potentiels sont estimés chaque année dans la tranche d'âge des 30 à 74 ans en Limousin, ou pour l'ablation des tachycardies ventriculaires, qui est en pleine expansion dans les centres de rythmologie interventionnelle.

Ce positionnement et ce rôle de référence seront renforcés dans les prochaines années, notamment par l'organisation à termes de l'activité de cardiologie interventionnelle sur un plateau technique regroupant l'ensemble des activités interventionnelles du CHU de Limoges.

1.3 Les greffes d'organe et de moelle

•Une fédération pour les greffes d'organe

Les activités de prélèvement et de greffes du CHU de Limoges constituent des activités d'excellence qui permettent de répondre à un besoin majeur de santé sur le territoire. Dans un contexte national de promotion du don d'organes et de tissus, de coordination croissante et nécessaire avec



l'agence de Biomédecine, et de revalidation du Schéma Interrégional d'Organisation des Soins, la constitution d'une Fédération de prélèvement et greffes du Limousin, portée par le CHU de Limoges, permet de :

- ▶répondre aux exigences d'optimisation de l'organisation de ces activités, et
- ▶développer des axes d'actions concertés entre toutes les disciplines et structures concernées dans le but de consolider les activités et de prévoir leurs évolutions.

En conformité avec les recommandations de mai 2011 et le rapport de janvier 2012 de l'Agence de Biomédecine, La Fédération de prélèvements et greffes du Limousin réunit en son sein des représentants de tous les acteurs du prélèvement, de la greffe et de la transplantation.

Au niveau opérationnel, le Conseil de la Fédération réunira les professionnels hospitaliers impliqués au sein de la CHPOT (Coordination

Hospitalière des Prélèvements d'Organes et de Transplantation), et des activités de greffe de rein, de cœur, de cornée, de peau et du suivi des patients greffés hépatiques et pulmonaires. Ils seront rejoints par les acteurs de la greffe de cellule souche hématopoïétique.

Ouverte sur la coopération et sur le plan régional et inter régional, la Fédération prévoit d'intégrer au sein de son assemblée générale ses partenaires des centres hospitaliers. Sont associés également les représentants des associations d'usagers afin que le travail sur la filière de soins prenne pleinement en compte les patients et leurs proches. Compte tenu des collaborations nécessaires pour la gestion de l'activité de greffe et la fluidité du parcours patient, une dynamique de partenariat stratégique inter-CHU est à réfléchir et à animer au sein de la Fédération.

Pilotée par un coordonnateur élu, l'activité de la Fédération vise avant tout à optimiser l'organisation des activités et des ressources pour améliorer la prise en charge du patient. Dans cette optique, la Fédération développe et conforte la démarche qualité et de gestion des risques, à travers des démarches de certification ciblée telle JACIE pour l'activité d'allogreffe ou les processus transversaux comme les RCP et RMM.

Elle se voit confier le suivi et la gestion des moyens humains et budgétaires liés aux activités de greffe et de transplantation et l'évaluation des activités sur le plan médico-économique.

Elle a un rôle de conseil et de proposition en matière de choix d'investissement. A ce titre, elle suit et encourage les évolutions technologiques, contribuant notamment au développement de l'assistance mécanique cardiaque, ou des appareils de perfusion de greffons rénaux. Forte de sa composante hospitalo universitaire, elle développe des actions d'enseignement, de formation et de recherche. Elle peut compter sur cet axe sur l'expertise scientifique du laboratoire HLA du CHU de Limoges, et sur la dynamique de recherche portée par les équipes du CHU, et notamment l'UMR-S850 INSERM «Pharmacologie des immunosuppresseurs en transplantation». Le projet de laboratoire d'excellence intitulé 3IS : Infection et Immunité sous Immunosuppression, porté par les équipes de recherche labellisées du CHU, permet de développer des axes de travail, tous

pertinents au regard de l'activité de greffe que ce soit :

- ▶infections et immunosuppression ;
- ▶CMV comme modèle de résistance aux antiviraux chez les patients immunodéprimés ;
- ▶Nouvelles stratégies pharmacologiques d'immunosuppression ;
- ▶Modèles animaux pour les lymphomes post transplantation ;
- ▶Immunosuppression et lymphocytes B.

Enfin, elle définit et anime des objectifs régionaux dans le but de promouvoir et améliorer l'activité de prélèvement, de greffe et de transplantation.

•L'activité de greffe de cellules souches hématopoïétiques et la thérapie cellulaire

La population du Limousin est une des populations les plus âgées de France, ce qui explique la présence d'un nombre très important d'hémopathies malignes dans la population, dont l'incidence augmente de façon exponentielle après 65 ans. Cette caractéristique positionne le service d'Hématologie Clinique et de Thérapie Cellulaire du CHU de Limoges au niveau national comme un centre d'importance pour la prise en charge des hémopathies malignes du sujet âgé.

Dans ce cadre, l'activité de greffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) au CHU de Limoges comprend deux composantes : l'autogreffe (greffe des CSH du patient à lui-même) et l'allogreffe (greffe des CSH d'un donneur, volontaire sain, à un receveur, le patient).

L'expertise du CHU de Limoges s'est développée depuis longtemps dans ce domaine : le service d'hématologie clinique et de thérapie cellulaire du CHU de Limoges pratique l'autogreffe depuis 1994, et est accrédité comme centre de greffe européen, sous le numéro CIC 977 pour l'autogreffe et les prélèvements de moelle de donneurs sains depuis 2001.

Afin de consolider et d'enrichir la qualité de la prise en charge des patients, l'équipe est engagée actuellement dans la procédure d'accréditation JACIE (Joint Accreditation Committee of International Society of Cellular Therapy).

L'activité d'allogreffe a débuté en mars 2009 et sur les 3 sites d'allogreffe autorisés en 2009 par l'Agence de Biomédecine et le SIOS greffe, le CHU de Limoges est le seul à avoir démarré

dès 2009 avec une montée en charge très rapide du nombre d'allogreffes. Il est à noter que la cohorte de patients suivis est de près de 800 patients dont 29 % provenant d'une région hors Limousin révélant une zone d'attractivité réelle. L'activité de greffe de CSH repose sur 3 structures du CHU assurant une prestation coordonnée de haut niveau :

- ▶ le service d'hématologie clinique et de thérapie cellulaire du CHU, qui a développé et s'appuie sur un important travail de partenariat ;
- ▶ le laboratoire d'hématologie du CHU de Limoges, responsable de la quantification des CSH, et du contrôle qualité des greffons collectés ;
- ▶ le laboratoire HLA, porté par le laboratoire d'immunologie du CHU qui assure le groupage HLA, les enquêtes familiales et les interrogations de fichier des donneurs de CSH.

Ils collaborent de manière étroite avec le «laboratoire de thérapie cellulaire», géré par l'EFSAL sur un site limousin dédié. Il exerce des activités de niveau 3 soit le recueil ou la réception des greffons, leur conservation et leur délivrance. La proximité de ces 4 structures permet d'offrir un soin de haute technicité avec des garanties de proximité à la population limousine, qui présente des spécificités en termes d'enclavement et d'âge moyen élevé. L'âge moyen des patients bénéficiant d'une greffe augmentant progressivement, l'offre de soins garantie par le plateau technique du CHU de Limoges, en lien avec le site limousin de l'EFSAL, est déterminante pour assurer un accès facile, et un suivi de qualité, proche de l'environnement familial.

Pour garantir cette unité de lieu et la qualité de la prise en charge, le maintien d'un plateau de production de thérapie cellulaire en lien avec ou sur le site du CHU de Limoges fait partie des enjeux majeurs de l'établissement, en cohérence avec les objectifs du Projet Régional de Santé, qui prévoit la poursuite sur le site de Limoges d'une activité de thérapie cellulaire, dont l'autorisation est actuellement portée par l'EFSAL. Le CHU se doit d'être prêt, en lien avec la mise en service du bâtiment de Biologie pour le cas où cette activité ne soit plus assurée par l'EFSAL.

L'activité de thérapie cellulaire du CHU Limoges bénéficie fortement de l'interface

étroite qui existe, sur le soin et la recherche, entre le service d'hématologie clinique et les laboratoires d'hématologie et d'immunologie. Sur l'axe recherche, l'équipe d'hématologie clinique est fortement impliquée dans des essais cliniques sur l'autogreffe (PHRC national), et des essais cliniques multicentriques testant l'allogreffe chez des patients atteints de diverses hémopathies malignes avec facteur de risques. Par ailleurs des projets concernant la pharmacologie des immunosuppresseurs en greffe de moelle se développent, en collaboration avec le service de pharmacotoxicologie du CHU de Limoges et l'unité INSERM 850 «Pharmacologie des immunosuppresseurs en transplantation». Les axes de travail du projet de laboratoire d'excellence intitulé 3IS : Infection et Immunité sous Immunosuppression, précité, porté par les équipes de recherche labellisées du CHU, bénéficieront aussi à l'activité de greffe de CSH.

L'activité de greffe de CSH et de thérapie cellulaire sera également dynamisée par le projet de structuration régionale (Fédération des greffes, réseaux).

1.4 Les centres de référence

• la prise en charge des maladies rares

Le CHU s'est engagé depuis plusieurs années dans le développement de compétences ciblées et a obtenu la labellisation de 3 centres de référence maladies rares en tant que CHU coordonnateur et de 3 autres centres en tant que centre associé.

Les centres de référence permettent d'améliorer l'accès au diagnostic de maladies rares.

Ils assurent la mise en place et la coordination d'un projet médical et médico-social global, en lien avec les autres partenaires de santé et médico-sociaux, l'animation de projets dans les domaines de la recherche et de la surveillance épidémiologique, la promotion d'actions d'enseignement et l'information du patient et de son entourage.

Le CHU va conforter dans les 5 ans à venir son positionnement dans la prise en charge des maladies rares, pour lesquelles il bénéficie d'une reconnaissance nationale de son expertise en tant que coordonnateur des «centres de référence maladies rares» suivants :

- ▶ le centre de référence national neuropathies périphériques rares Limousin-Auvergne. Il a

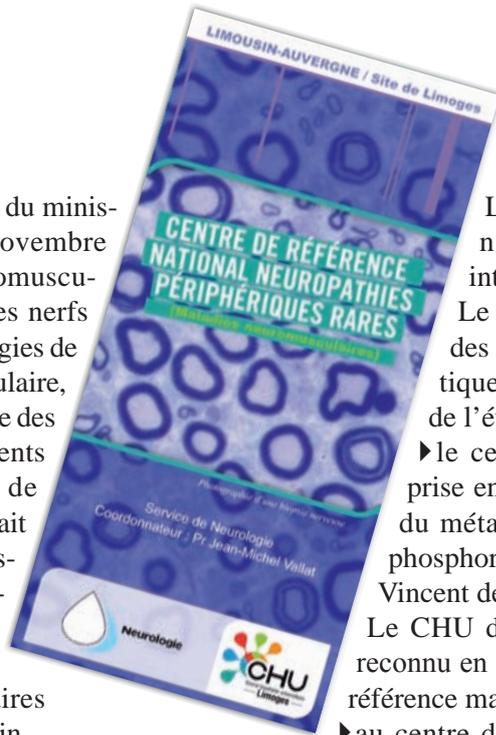
obtenu la labellisation du ministère de la santé en novembre 2006 (maladies neuromusculaires : pathologies des nerfs périphériques, pathologies de la jonction neuromusculaire, myopathies). Il effectue des analyses de prélèvements reçus de France ou de l'étranger. Ce centre fait l'objet d'une reconnaissance nationale et internationale quant aux techniques de biopsie nerveuses et musculaires développées en son sein.

Il est également au cœur de l'activité de l'équipe de recherche dédiée du pôle Neurosciences, lui permettant de devenir Equipe Accueil, d'être sollicitée pour animer des formations, y compris sur le plan international, et de développer des projets d'ampleur dans le cadre de collaborations nationales, notamment avec l'équipe de biologie du développement (unité INSERM et CNRS) de l'ENS Paris ou à l'étranger (Egypte, Australie). Ces travaux et l'activité du centre de référence pourront permettre une évolution du laboratoire de neurologie vers un label de «centre morphologique de référence» pour les neuropathies périphériques dans le 2ème plan national maladies rares.

En complémentarité avec les actions de recherche initiées, les objectifs à 5 ans sont le développement des techniques, comme l'analyse des fibres amyéliniques des nerfs périphériques, le développement d'autres approches techniques à partir des biopsies cutanées pour l'étude des fibres nerveuses intradermiques et intra-épidermiques et la poursuite de l'apport de la biologie moléculaire, indispensable dans le domaine des neuropathies périphériques.

►le centre de référence des amyloses primitives et autres maladies de dépôt d'immunoglobuline (bi site avec Poitiers, 2006).

L'activité du centre de référence permet la coordination des essais français dans ces pathologies avec un impact majeur sur les pratiques et proche de cette thématique, des recherches sur les dyscrasies plasmocytaires.



Le centre a procédé à de nombreuses publications internationales.

Le centre répond également à des demandes d'avis thérapeutiques extérieurs, de France ou de l'étranger.

►le centre de référence pour la prise en charge des maladies rares du métabolisme du calcium et du phosphore (bi site avec Cochin - St Vincent de Paul).

Le CHU de Limoges est également reconnu en tant que «centre associé de référence maladies rares» :

- au centre de référence de Rouen des maladies bulleuses auto-immunes (2005) ;
- au centre de référence des amyloses - fièvre méditerranéenne familiale et maladies apparentées de Tenon (2005) ;
- au centre de référence des maladies rénales rares de Toulouse (2007).

•Les autres centres de référence et de compétence, hors maladies rares.

Depuis 2008, plusieurs centres de référence et de compétence complètent le maillage territorial des centres identifiés pour la prise en charge des maladies rares, Ils bénéficient d'une labellisation INVS ou d'un financement faisant suite à leur reconnaissance au titre des «missions de recherche, d'enseignement, de formation, d'expertise, de coordination et d'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies ainsi que des activités hautement spécialisées» :

- centre national de référence Cytomégalo-virus (labellisation INVS) ;
- centre national de référence toxoplasmose (labellisation INVS) ;
- pôle de référence hépatite C et virales ;
- centre de ressources et de compétences Mucoviscidose ;
- centre de référence sclérose latérale amyotrophique - SLA.

Ce centre participe à la promotion de la recherche clinique centrée sur l'épidémiologie de la SLA (axe majeur de recherche dans l'UMR Inserm 1094, labellisée INSERM en 2011).

La prise en charge des maladies neuro-dégénératives est dynamisée au CHU de Limoges par l'activité des centres dédiés à cette activité

que sont le Centre de référence des neuropathies périphériques (maladie rare), et le Centre de référence sur la Sclérose Latérale Amyotrophique. Les deux centres développent une activité de prise en charge de pointe, dans le but d'améliorer la prise en charge des patients présentant ces pathologies, ainsi que des missions de formation et de recherche. Leur visibilité nationale est affirmée et les activités de formation et de recherche portées par les praticiens responsables de ces structures renforcent l'expertise sur ces pathologies. Sur la SLA des études se développent dans le cadre de l'équipe l'UMR INSERM 1094 Neuroépidémiologie Tropicale. Elles vont s'appuyer notamment sur un projet de Registre de la SLA au niveau du Limousin, qui a vocation à s'étendre dans les années à venir sur un périmètre plus large pour favoriser les études à partir de ces données. Reconnues pour leur expertise, les équipes de ces deux centres de référence ont été sollicitées pour développer un partenariat avec l'Institut du Cerveau et de la Moelle de la Pitié Salpêtrière (AP-HP).

- ▶ centre de référence sur l'hémophilie
- ▶ centre de référence sur la mort subite du nourrisson
- ▶ centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal
- ▶ centre de ressources sur les maladies professionnelles
- ▶ centre mémoires de ressources et de recherche et centre référent pour troubles spécifiques d'apprentissage du langage ; (sujet âgé mais aussi sujet jeune)
- ▶ comité de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (Corevih)
- ▶ centre référent pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage
- ▶ centre spécialisé de prise en charge de l'obésité sévère (labellisation DGOS)
- ▶ centre national de référence autonomie et santé

Le CHU est centre associé pour :

- ▶ le centre de compétence démence frontale, aphasie primaire progressive, dégénérescences cortico-basale et paralysie supranucléaire,
- ▶ le centre de compétence AMS.

En plus de la poursuite de l'ensemble de ces activités, une orientation stratégique du CHU

dans les 5 ans à venir conjuguera innovation et référence avec :

- ▶ la reconnaissance souhaitée du CHU en tant que centre correspondant pour les infections ostéo-articulaires
- ▶ et le développement du centre régional d'implants cochléaires avec un accompagnement en MIG.

L'objectif est d'assurer une accessibilité pour l'ensemble de la population concernée à la réhabilitation de l'audition de patients sourds profonds, quand l'appareillage auditif conventionnel est inopérant. L'objectif est de permettre une réhabilitation des surdités congénitales de l'enfant mais aussi des surdités acquises de l'adulte, d'assurer un suivi ultérieur des patients (réglages, rééducation orthophonique, accompagnement de l'enfant dans l'apprentissage du langage oral) en lien avec le centre de référence régional de dépistage de la surdité infantile en cours de structuration.

- ▶ la poursuite de la participation au centre national de référence santé à domicile et autonomie : lancée en 2009 par le Ministère de l'industrie, de l'économie et de l'emploi, ce centre de référence travaille sur le champ des technologies de l'information et de la communication (TIC) et sur la manière dont leur adoption peut faire émerger de nouvelles organisations de soins plus efficaces et permettre aux citoyens de vivre, être soignés et vieillir chez eux. Il réunit tous les acteurs pertinents au niveau national. La collaboration entre le CHU de Limoges et l'Université de Limoges, le pôle de compétitivité ELOPSYS, la région Limousin et son Living Lab « Autonom'Lab » ont permis au Limousin d'être région partenaire fondatrice du Centre National Référence « Santé à Domicile, Autonomie », conférant à la recherche Hospitalo-universitaire menée au CHU de Limoges une visibilité nationale et une reconnaissance de son expertise en la matière. La participation active de professionnels du CHU aux travaux du CNR, notamment à son comité scientifique permet de développer les partenariats et les actions en lien avec l'autonomie et la santé à domicile. Elle s'inscrit en relation avec les études menées par l'équipe de recherche HAVAE (Handicap Autonomie Vieillesse-ment Activité Environnement) du CHU,

et le projet de chaire Autonomie et santé développé par la Fondation partenariale de l'Université de Limoges, dont le CHU est membre fondateur.

2. Assurer le leadership attendu dans l'offre de soin régionale (aspect maillage)

2.1 L'émergence du centre régional de cancérologie (OBJECTIF 3 du contrat de performance)

Le CHU demeure aujourd'hui le premier acteur en cancérologie sur le bassin régional avec une part de marché avoisinant les 70%. La structuration d'une filière cancérologique autour d'un centre régional de cancérologie permettra de mieux répondre aux besoins dans une région dépourvue de CLCC en renforçant la filière cancérologique notamment sur le champ de la chirurgie carcinologique. Le rôle majeur du CHU est mis en relief dans la forte attente que les pouvoirs publics ont exprimé pour qu'il soit le moteur de la réouverture du service de radiothérapie du CH de Guéret, en dépit de ses propres difficultés à surmonter.

La création d'un centre régional de cancérologie permettra de mettre à disposition des professionnels un plateau de consultations multidisciplinaires et de concertation et visera à offrir à la population une offre de soins de qualité et de haute technicité, accessible pour tous les patients du Limousin, quelles que soient leur localisation géographique et leurs conditions de ressources. Il s'agit également d'accompagner les patients atteints de cancer, tout au long de leur parcours de soins au sein et en dehors de l'hôpital en leur offrant des prestations complé-

mentaires. L'objectif visé également est de pouvoir prévenir, informer et éduquer les patients et leur entourage à la fois sur les déterminants du cancer et sur les comportements à adopter pour vivre avec et après le cancer.

Le centre régional du cancer sera mis en place afin de fédérer l'ensemble des acteurs participant à la prise en charge du cancer tant en intra et extra hospitalier. Il devra jouer le rôle de chef d'orchestre de la filière régionale de cancérologie, en cohérence avec la consolidation du réseau régional de cancérologie, ROHLIM.

L'enjeu est donc de renforcer le positionnement du CHU de Limoges sur son bassin d'attractivité, d'améliorer la qualité de la prise en charge afin de répondre au plus près des besoins des patients atteint d'un cancer.

Comme évoqué précédemment, la visibilité et lisibilité sont les maîtres mots du projet de centre régional de cancérologie :

- La lisibilité évoque ici le périmètre intra-hospitalier et la nécessité de fluidifier et apporter de la cohérence dans les parcours de prise en charge des patients atteints du cancer
- La visibilité se préoccupe de la composante extrahospitalière, régionale, voire nationale, avec l'ambition de renforcer le positionnement de l'établissement et faire savoir les projets de transformation en cours de mise en œuvre.

La structuration d'un centre régional du cancer

Le CHU mettra en œuvre la feuille de route stratégique du centre régional du cancer, notamment à l'aide d'un plan d'actions détaillé et vali-



dé par l'ensemble des parties prenantes (pôle Onco-Hématologie et services de spécialités). Le centre régional du cancer a pour objectif premier de constituer, autour du pôle Onco-Hématologie, un centre de coordination, rassemblant dans un même lieu les activités d'hôpital de jour, de radiothérapie, les soins de supports et l'ensemble des actions de coordination de la prise en charge du patient atteint d'un cancer. L'articulation du centre régional du cancer avec ROHLIM, ainsi qu'avec le 3C, dans un environnement particulièrement évolutif en matière de financement de l'activité de cancérologie sera également une priorité.

Par ailleurs, le Centre régional du Cancer accueillera un Espace Rencontre Information, ce qui constitue un impératif majeur pour une prise en charge de qualité des patients atteints d'un cancer.

L'amélioration du parcours de soins pour le patient atteint d'un cancer

Cet objectif plus organisationnel, qui dépend et découle de la constitution du centre régional du cancer, a pour vocation d'optimiser et raccourcir la prise en charge des patients atteints du cancer, et notamment celui du côlon et du sein. La prise en charge de cette pathologie nécessite que la coordination entre tous les acteurs soit optimale, guidée par les critères de l'INCA. Un effort particulier doit notamment être fait pour raccourcir les délais de réalisation et d'interprétation des examens de tumeurs.

La prise en charge des personnes âgées, thématique transversale dans les établissements santé, et plus particulièrement au CHU de Limoges sera organisée par l'UCOG.

Poursuivre le développement d'une unité de coordination onco-gériatrique à vocation régionale

L'unité de coordination onco-gériatrique (UCOG), développée par le CHU, soumise à labellisation de l'INCA, constitue un axe important du développement du centre régional du cancer.

Les objectifs poursuivis vont permettre :

- de formaliser la collaboration des oncologues et des gériatres pour permettre une meilleure prise en charge des patients âgés atteints de cancer,
- promouvoir la prise en charge oncogé-

trique au sein de la région afin de garantir un égal accès aux soins,

- contribuer au développement de la recherche en oncogériatrie, notamment par des collaborations régionales et nationales,
- développer la formation et l'information en oncogériatrie.

Le projet développé par le CHU en collaboration avec les établissements publics et privés de la région, permettra :

- l'utilisation d'un outil simple de dépistage de la « fragilité », par l'IDE qui sera intégré comme paramètre gériatrique minimal lors de la présentation des dossiers en RCP (2012-2013).
- la création des consultations gériatriques à programmation courte
- l'identification de consultations spécifiques gériatriques à orientation cancérologique
- le recours aux équipes mobiles de gériatrie pour les structures privées ayant l'autorisation de prise en charge des patients atteints de cancer.
- l'utilisation d'un compte-rendu de la consultation gériatrique est standardisé
- la garantie d'une approche globale, multidimensionnelle et multidisciplinaire recherchée
- la mise en place de Réunion RCP hebdomadaire (CHU) et réunion RCP mensuelle régionale organisée en visioconférence par ROHLIM.

Les actions de formation / information seront bien évidemment poursuivies ainsi que l'implication du CHU sur cette thématique en recherche Clinique.

La coordination du dispositif sera assurée grâce à un comité de pilotage au sein du réseau ROHLIM (binômes oncologues et hématologues / gériatres des 3 départements), avec une réunion au moins deux fois par an.

L'harmonisation et la mise en œuvre des recommandations de l'INCA

Les grands principes du dispositif INCa (RCP, consultation d'annonce, PPS, PPAC) ne sont pas toujours partagés et connus de tous. De ce constat, il est apparu crucial pour le pôle Onco-Hémato de veiller à l'harmonisation des pratiques de prise en charge et à l'élaboration d'un référentiel de bonnes pratiques INCa (pro-

jet PICSEL) à destination de tous les services impliqués dans la prise en charge du patient cancéreux. Pour aller plus loin dans le suivi et le pilotage de l'activité cancérologique, un tableau de bord INCa sera élaboré afin d'évaluer périodiquement les résultats de l'établissement par rapport aux seuils INCa et renforcer ainsi ses capacités d'action.

La consolidation et le renforcement de l'activité de cancérologie permettra d'enrichir les bases de données constituées par le registre du cancer, mais aussi de dynamiser les activités de recherche dans le domaine de la prise en charge et de la lutte contre le cancer.

2.2 L'unité régionale neuro-vasculaire (OBJECTIF 2 du contrat de performance)



La prise en charge des AVC est une urgence médicale et une priorité de santé publique, il s'agit de la 3^e cause de mortalité chez l'adulte. Les AVC regroupent les AVC Ischémiques (80%) et les AVC Hémorragiques (20%).

L'incidence est de 150 cas pour 100 000 habitants. En Limousin, en 2010, les AVC ont représentés 2 300 séjours (dont 1 200 au CHU).

L'objectif est de formaliser dès 2012 une filière spécialisée et structurée, centrée autour d'une unité de neuro-vasculaire (UNV) régionale pour

permettre une égalité de traitement sur l'ensemble du territoire. L'engagement du CHU est conforté par l'inscription de cette priorité au sein des 11 chantiers ANAP contractualisés dans le cadre de l'élaboration du contrat de performance.

La dimension régionale de l'UNV traduit l'exercice de la mission de recours du CHU avec un rôle d'expertise, de référence en matière de prises en charge spécifique, de diffusion de bonnes pratiques, de formation et de coordination régionale.

La mise en place de l'UNV régionale doit s'appuyer sur :

- une protocolisation du parcours patient lors de sa prise en charge au CHU, un dimensionnement adéquat de l'UNV (stratégie thérapeutique coordonnée par le neurologue, en lien avec la neurochirurgie et la NRI) et une organisation du parcours patient formalisée avec le concours services des urgences, de radiologie pour la garantie d'un accès rapide à l'IRM, de cardiologie, de réanimation et de SSR.
- une identification du parcours du patient en amont de sa prise en charge au CHU (lien avec la médecine de ville, régulation centre 15, intervention du neurologue aux urgences, structuration de l'éducation thérapeutique tout au long du parcours patient AVC, et en aval accès fluidifié aux services d'aval SSR et EHPAD, formalisation d'un réseau régional dans le cadre de la CHT sur la base du déploiement de l'outil régional TRAJECTOIRE et du projet régional de télémédecine),
- un projet régional de télémédecine,
- une politique de communication des pouvoirs publics (symptômes et prévention des facteurs de risque, promotion du recours à la régulation Centre 15)

Le développement de la télémédecine est primordial pour garantir le principe d'égalité d'accès aux soins prévu dans le SROS. Dans la prise en charge des AVC, le développement de la télémédecine, va permettre dans les 5 années à venir et dès 2012 la structuration de la filière régionale autour de l'unité régionale neuro-vasculaire :

- d'établir un diagnostic d'AVC et décider de la conduite à tenir dans le cadre de l'Urgence via la téléconsultation. Ceci implique

un examen neurologique à distance (caméra HD contrôlée à distance) et le partage des données cliniques, biologiques et d'imagerie. La prise en charge peut aboutir à la télé-assistance d'un acte de thrombolyse.

- d'offrir la possibilité, en dehors de l'urgence, pour tout médecin prenant en charge un AVC d'avoir accès à l'USI-NV pour un avis médical spécialisé du centre de recours régional (télé-expertise).

2.3 La périnatalité

Ouvert depuis 2007, l'hôpital de la mère et de l'enfant du CHU de Limoges rencontre un réel succès pour l'ensemble des activités assurées. Ce succès implique toutefois un certain nombre d'adaptations à conduire.

- **Un centre de recours reconnu qui doit être conforté dans sa mission de maternité de niveau 3 :**

Disposant d'une maternité de niveau 3, l'hôpital de la mère et de l'enfant constitue d'abord le centre de recours en matière de périnatalité en Limousin. Toutefois, le site de l'HME joue également un rôle majeur et grandissant de proximité.

Du fait de cette attractivité, les capacités d'accueil du site de l'hôpital de la mère et de l'enfant sont régulièrement confrontées à un afflux de patients de plus en plus difficile à absorber. Surtout, cette forte attractivité se traduit par une forte concentration de l'activité du HME sur ce qui relève d'une activité de proximité, donc de maternité de niveau 1, remettant en cause sa capacité à accueillir dans les meilleures conditions les parturientes relevant d'une maternité de niveau 3, pour lesquelles le CHU de Limoges reste le centre de référence et de recours.

Fort de ce constat, le CHU de Limoges envisage de mettre en œuvre une révision profonde du circuit patient et de l'organisation de la prise en charge au sein de l'HME, afin de garantir une véritable gradation des soins au niveau régional, pré-requis pour une prise en charge optimale et en accord avec une maternité de niveau 3.

Aussi, le CHU de Limoges mettra en œuvre à très court terme les orientations suivantes :

- ▶ une révision globale du parcours patient, destinée à assurer que le patient disposera de la prise en charge adaptée à sa pathologie, que ce soit en hospitalisation ambulatoire,

en hospitalisation de semaine ou en hospitalisation conventionnelle ;

- ▶ une réorganisation de l'accueil des urgences, et notamment gynécologiques ;

- ▶ une augmentation des capacités d'accueil en obstétrique, combinée à un effort fait en matière d'optimisation de la durée de prise en charge, en lien avec le développement de l'HAD ;

- ▶ un accompagnement architectural destiné à mettre à disposition à court terme un nombre de salles de naissance et de travail cohérent avec la forte augmentation de l'activité constatée depuis l'ouverture de l'HME.

- **Le renforcement de l'activité de réanimation néonatale et pédiatrique**

Concomitante aux problématiques de consolidation du rôle de recours de la maternité du CHU de Limoges, les activités de réanimation néonatale et pédiatrique seront confortées. Confronté aujourd'hui à des évolutions contradictoires, entre une réanimation néonatale en difficulté et une réanimation pédiatrique dont les besoins de fonctionnement sont confirmés, le CHU engagera très rapidement une réflexion destinée à assurer le renforcement de l'équipe médicale de réanimation néonatale et l'augmentation des capacités d'accueil en réanimation pédiatrique.

Cette démarche ira de pair avec l'adaptation des capacités d'accueil en surveillance continue pédiatrique.

- **Le centre régional de dépistage de la surdité**

En anticipant les obligations réglementaires et légales à venir, le CHU s'investit dans la structuration d'un centre régional de dépistage de la surdité. Il s'agit d'assurer le dépistage et la prise en charge des surdités et des troubles de la communication de l'enfant, par une approche pluridisciplinaire.

L'incidence d'un trouble de l'audition à la naissance est de 1/1000.

En cas de test positif, la mesure des seuils auditifs est effectuée en cabine par la technique des potentiels évoqués auditifs (PEA).

Le centre a vocation à assurer des audim tries comportementales, des bilans orthophoniques et des essais prothétiques.

Le partenariat avec la pédiatrie, les audioprothésistes, les psychologues en particulier est

fondamental.

Une coordination avec l'ensemble des maternités devra permettre une harmonisation des pratiques, l'utilisation d'outils communs standardisés, un échange de pratiques et des formations homogènes contribuant à la bonne mise en œuvre de cette politique de santé publique. Ce centre assurera bien évidemment une mission de recours régional à destination des enfants sourds profonds pour le bilan préimplantatoire et le suivi de ces patients.

2.4 Autonomie et vieillissement

•Emergence d'un Pôle Régional pour la prévention, le diagnostic et le traitement de la Polypathologie Chronique associée au vieillissement (PRPC)

L'absence de toute anticipation préventive des décompensations organiques et psychologiques des maladies chroniques liées au grand âge demeure aujourd'hui problématique.

Si la filière gériatrique interne au CHU de Limoges a permis, notamment par les équipes mobiles de gériatrie ou les structures transdisciplinaires telles que le Centre Mémoire de Recherche et Ressources ou l'oncogériatrie, elle a aussi fait prendre conscience de l'apport de la spécialité gériatrique dans ce domaine au sein de notre établissement.

La création d'un pôle régional pour la prévention, le diagnostic et le traitement de la polypathologie chronique associée au vieillissement permettra :

- ▶une lisibilité de cette spécificité de l'offre de soins gériatriques de notre CHU dans ce domaine
- ▶une relation plus étroite avec la médecine libérale et une coordination des intervenants dans un domaine stratégique de santé publique
- ▶une optimisation du plateau technique et des consultations pluridisciplinaires ouvertes aux personnes polypathologiques
- ▶une diffusion des connaissances de la prise en charge de la polypathologie chronique

tant au sein de la médecine de ville que dans les centres hospitaliers de la région.

▶Un positionnement clair de l'apport de la gériatrie dans le soin et dans la prévention au grand âge.

Une telle structure, s'appuyant sur la démarche pionnière de la gériatrie au CHU de Limoges depuis 8 ans, sera une première au niveau national.

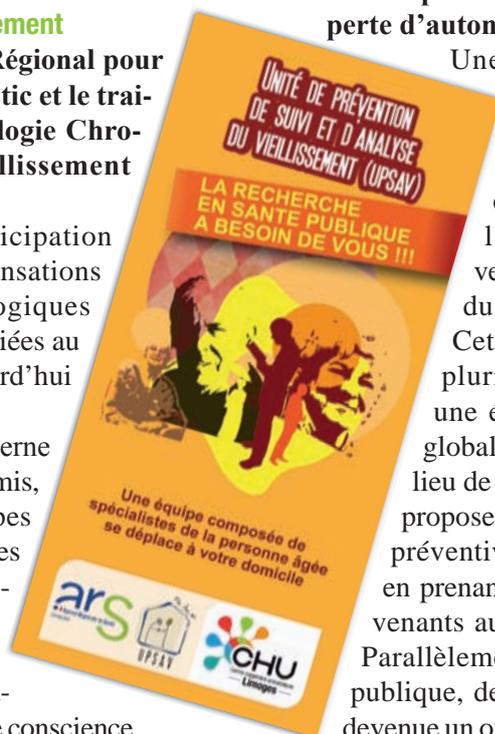
•Un laboratoire d'expérimentation en matière de prévention et d'aide en cas de perte d'autonomie (LEPAPA)

Une expertise conséquente est développée depuis 2009 dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie sur la base de l'activité de l'Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillessement (UPSAV). Cette dernière est une équipe pluridisciplinaire qui réalise une évaluation gérontologique globale (EGG) au sein même du lieu de vie des personnes âgées, et propose une coordination d'actions préventives médicales et sociales, en prenant en compte tous les intervenants autour de la personne âgée. Parallèlement à sa mission de santé publique, de prévention, l'UPSAV est devenue un outil innovant dans la mesure où elle permet d'évaluer scientifiquement :

- ▶les facteurs de la rupture d'autonomie, de la polypathologie chronique,
- ▶et l'impact des solutions organisationnelles, cliniques ou technologiques sur la prévention de la perte d'autonomie et de la polypathologie chronique.

Cette évaluation est possible aussi bien au sein de la filière gériatrique qu'au domicile du patient.

L'activité de l'UPSAV permet de constituer une base de données riche, qui s'appuie sur la création d'un logiciel innovant d'évaluation, de suivi et de coordination de la prévention de la perte d'autonomie appelé e-GEROPASS. Elle intègrera l'ensemble des éléments des suivis de cohortes locales internes ou externes au CHU, régionales (expérimentations interdépartementales) ou nationales (PHRC ou expé-



rimentations coordonnées au plan national par les gériatres du CHU de Limoges). Cette technologie représente une véritable avance de notre CHU en matière d'outils d'identification des déterminismes de la rupture d'autonomie et de la polypathologie chronique, positionnant l'UPSAV comme un élément central au sein du Laboratoire d'Expérimentation pour la Prévention de la rupture d'autonomie.

Ce dernier s'appuie également sur le développement de la mission recherche de l'UPSAV, en lien avec l'équipe de recherche HAVAE (Handicap Autonomie Vieillesse Activité Environnement) labellisée récemment en tant qu'équipe avenir. Sept expérimentations ont pu être mises en place sur les trois dernières années, avec des périmètres territoriaux diversifiés que ce soit sur :

- ▶ l'étude de l'impact de l'UPSAV ou du développement de l'outil informatique (étude GEROPASS, et e-GEROPASS)
- ▶ l'évaluation de la prise en charge médicale des résidents en EHPAD (EVAL-EHPAD) en incluant l'étude de l'impact d'un système de télésurveillance automatisé sur la prévention des chutes graves Haute-Vienne et Creuse (TELEHPAD)
- ▶ l'évaluation de l'impact d'un système de télésurveillance automatisé sur la prévention des chutes graves en Unité de Réadaptation Cognitivo-Comportementale (GET-BETTER)
- ▶ l'évaluation de l'impact de solutions domestiques et/ou de télésurveillance sur la prévention de la perte d'autonomie et en particulier sur la prévention des chutes à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie (ESOPPE, DOMOLIM).

L'équipe HAVAE contribue également au dépôt de projets scientifiques collaboratifs tel que

- ▶ e-COBALT qui est une Etude de l'impact de technologies innovantes pour la surveillance des maladies chroniques des personnes âgées à domicile ainsi que sur la prévention des hospitalisations et sur le maintien à domicile,
- ▶ Ic@re, dans le cadre des investissements d'avenir, qui porte sur l'évaluation de l'impact d'un kit de Tablette numérique tactile associée à des Services Médicaux

et Sociaux » (TSMS) sur la ré-hospitalisation des personnes âgées fragiles en perte d'autonomie dans le cadre d'une évaluation, sanitaire et médico-social.

La dynamique de recherche est ainsi soutenue, avec des projets en cours de rédaction comme :

- ▶ HYDROCORPS qui consiste en une évaluation chez l'homme, d'un capteur cutané dérivé d'une technologie appliquée au monde végétal,
- ▶ GERONTACCESS qui porte sur une étude de l'impact de consultations préventives gérontologiques, psycho-gériatriques, en soins palliatifs et médecine physique sur l'état de santé, la qualité de vie et l'autonomie des résidents d'EHPAD dans le cadre du Pôle d'Excellence Rurale de la vallée de la Gorre.

Le projet de création d'Unité de Coordination Régionale de l'UPSAV sera un atout majeur pour ce laboratoire, pour suivre ces projets de recherche sur le périmètre régional et étendre ses activités.

L'expertise du LEPAPA repose également sur le Laboratoire Habitat Handicap créé au CHU de Limoges. Il s'agit d'un Lieu de vie expérimental à proximité de l'usager et des professionnels du handicap et il est intégré au niveau régional, dans le dispositif du Living Lab - Autonom'Lab et au niveau national, au sein du Centre National de Référence « santé à domicile et autonomie » (constitué à l'issue d'un appel à projet Ministère de l'industrie) associant 4 territoires (4 CHU et 4 pôles de compétitivité ; Toulouse, Nice, Grenoble et Limoges) comme plateforme d'expérimentation et de tests pour les nouveaux dispositifs à l'étude proposés par les chercheurs et les industriels (ENSIL, LEGRAND, etc.).

Il propose ainsi une possibilité unique de développer des projets de recherche clinique ou fondamentale dans le domaine de la prévention primaire ou secondaire de la perte d'autonomie :

- ▶ par l'étude de l'usage d'aides techniques ou technologiques ainsi que leur utilisabilité avant le retour à domicile ou lors de la phase de retour à domicile
- ▶ mais aussi par les tests préliminaires indispensables à la recherche développement de nouvelles applications de technologies pré-existantes.

Véritable outil d'innovation, le L2H permet la collaboration interdisciplinaire avec les spécia-

listes de la médecine physique et de l'activité physique ainsi que des chercheurs des sciences humaines (sociologues, sémioticiens, linguistes, économistes) et des ingénieurs (X-LIM). Il est une ressource importante également pour l'équipe de recherche HAVAE pour le développement des études.

Enfin, le PRPC et le LEPAPA intégreront le secteur médico-social pour développer l'excellence du soin de la polyopathie chronique dans le secteur EHPAD et USLD ainsi que pour participer aux expérimentations dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie. L'EHPAD du CHU de Limoges deviendra un élément clé de ces structures innovantes afin de créer un nouveau modèle économique de l'accompagnement des personnes âgées les plus fragiles dans le respect de l'éthique et des valeurs du service public.

2.5 Promouvoir les politiques de santé publique

•Prévention des troubles nutritionnels et émergence du centre spécialisé de l'obésité

Le dépistage des troubles nutritionnels (DTN) et la prise en charge des troubles nutritionnels constituent l'une des priorités de santé publique au titre du programme national nutrition santé (PNNS). Le CHU de Limoges s'inscrit dans cette politique de santé publique avec :

- ▶le développement de l'unité nutrition, qui propose des consultations spécialisées ouvertes sur l'extérieur (axées sur la prise en charge de la nutrition à domicile (NAD), de la dénutrition, de l'obésité et des autres troubles du comportement alimentaire) et des consultations de recours en interne
- ▶le service d'endocrinologie-diabétologie-maladies métaboliques assure la coordination des soins et l'organisation de la RCP obésité complexe depuis 2004, en plus des 80 % des consultations de l'obésité proposées au CHU, en lien avec la médecine de ville.
- ▶l'implication de tous les services concernés pour une prise en charge globale des patients (service d'hépatogastroentérologie, endocrinologie-diabétologie-maladie métabolique, chirurgie, consultations diététiques, oncologie, soins palliatifs...),
- ▶les liens avec le réseau LINUT (réseau ville hôpital spécialisé dans la prise en charge

nutritionnelle des personnes âgées), pour améliorer la prise en charge et l'information des patients concernés

▶la structuration de programmes d'éducation thérapeutique pour que le patient devienne acteur de sa santé

▶et les travaux du CLAN. Le CLAN est une structure pluridisciplinaire qui pour mission d'organiser une politique d'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des malades, de réaliser le suivi de l'état nutritionnel des patients, l'éducation à la santé et le conseil dans le domaine nutritionnel, et la formation du personnel.

Ces actions seront confortées au cours des 5 années à venir.

De plus, compte tenu des incidences majeures de l'obésité sur l'état de santé de la population dans les années à venir, le CHU est amené à développer son offre de soins en tant que centre spécialisé de prise en charge de l'obésité sévère. L'obésité est une pathologie de plus en plus fréquente (14 % de la population régionale), dont les co-morbidités sont sévères (cardiologiques, métaboliques, dermatologiques, respiratoires, rhumatologiques et cancérologiques) justifiant d'un traitement adapté et d'une stratégie de prévention

Actuellement, 1 200 séjours d'hospitalisation et plus de 1 000 consultations externes par an sont dédiés au soin du patient obèse (2010)

Le CHU propose une prise en charge pluri professionnelle (service hépato-gastro, endocrinologie-diabétologie, chirurgie, prise en compte de la dimension psychologique et sociale intégrée et réalisation de RCP mensuelles).

Le CHU offre également une prise en charge pédiatrique.

La mobilisation de l'ensemble des modalités de prises en charge a permis la structuration d'une filière de soins interne complète (consultations médicales et chirurgicales, hospitalisation de jour, hospitalisation complète pour les prises en charge médicales et chirurgicales).

Parallèlement, le CHU coordonne l'organisation d'une filière régionale conformément aux recommandations de la DGOS (circulaire du 29 juillet 2011), qui permet le partage d'outils harmonisés, l'organisation d'actions de formation et d'information, l'organisation de staffs mensuels.

En effet, afin de garantir une filière de soins

complète aux patients, le CHU a passé une convention avec un SSR spécialisé (géré par la Mutualité française en collaboration avec le CH de Saint-Yrieix).

•Les prélèvements d'organes

La mission de prélèvements d'organes et de tissus est assurée par une équipe du CHU, la CHPOT (Coordination Hospitalière des Prélèvements d'Organe et de Tissus) appartenant au service de réanimation polyvalente du pôle Urgences- Réanimation-SAMU-SMUR. Cette équipe bénéficie d'une culture historique ancrée du prélèvement, avec une activité qui remonte à 1974 et validée par une première autorisation en 1997, toujours renouvelée.

L'exigence professionnelle de l'ensemble de l'équipe ainsi que sa grande humanité a été reconnue lors de l'audit de l'Agence de Biomédecine de septembre 2011, et ils se traduisent par le niveau élevé de prélèvement réalisé par la CHPOT du CHU de Limoges. Ce dernier place la région Limousin parmi les régions françaises les plus performantes en matière de recensement et de prélèvements rapportés à la population, un atout majeur dans le contexte national de pénurie des greffons.

La CHPOT développe son action sur le territoire et collabore avec les établissements de la région. Des conventions ont été validées avec des établissements publics du territoire dans le but :

- ▶ d'aider à la prise en charge des patients en coma grave,
- ▶ d'assurer, dans des conditions optimales leur transfert vers le service de réanimation polyvalente du CHU
- ▶ d'améliorer le recensement des patients potentiellement donneurs d'organes et/ou de tissus
- ▶ et ainsi d'augmenter le nombre et la qualité des prélèvements d'organes et de tissus.

Cette action s'inscrit dans un projet plus large de création et d'animation, en 2012, d'un réseau

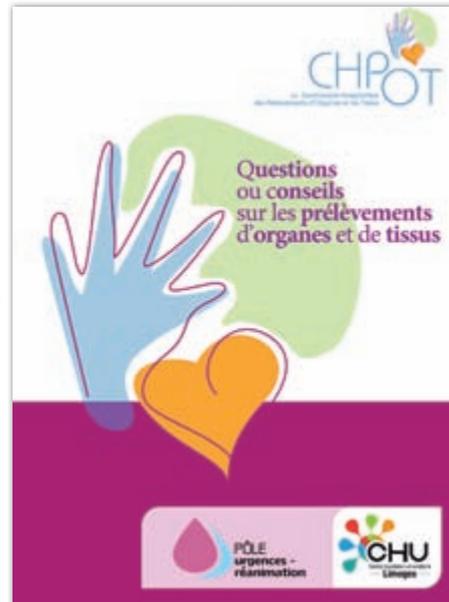
régional de prélèvements d'organes et de tissus, en accord avec la loi de Bioéthique du 06 août 2004, qui réunira tous les établissements de santé du territoire (Haute Vienne, Corrèze et Creuse), dans le but de contribuer aux objectifs sus mentionnés. Ce réseau a également vocation à pouvoir s'ouvrir, sur accord du comité de pilotage à toute association dont l'objet est en lien avec le prélèvement d'organes et/ou de tissus ainsi que toute personne physique ou morale, publique ou privée souhaitant concourir à cette activité.

Le réseau permettra également d'harmoniser les pratiques médicales et paramédicales entre les établissements dans la prise en charge spécifique des donneurs potentiels. La formation des personnels impliqués dans les différents établissements du réseau, et prévue dans le cadre de la convention, sera assurée par la CHPOT en partenariat avec l'Agence de BioMédecine. Elle viendra en relais opérationnel des formations dispensées par la CHPOT du CHU de Limoges dans la plupart des écoles formant les personnels de santé.

Ce périmètre régional ouvre également la voie à un renforcement et une extension des missions existantes

d'éducation et de prévention, qui sont réalisées dans les lycées et collèges auprès des jeunes publics, ainsi que des actions plus globales d'information et de promotion du don d'organes et de tissus.

Le réseau, en cohérence avec la politique régionale du CHU de Limoges, s'intégrera dans le périmètre plus large des activités de la Fédération des greffes, transplantations et prélèvements du Limousin (cf. supra 1.3), qui sera installée en 2012 au sein du CHU et qui réunira tous les pôles de l'établissement impliqués dans ces activités, ainsi que les partenaires régionaux et inter régionaux. Le réseau assurera l'animation régionale sur l'activité de prélèvement sous la coordination de la Fédération sur l'ensemble de la filière de prise en charge des greffes et transplantations.



Dans ce cadre, la CHPOT du CHU de Limoges développe et renforce ses missions. En matière de prélèvement de tissus, la CHPOT va mettre en place une activité de prélèvement de peau au sein du CHU en 2012. Active dans le domaine de la recherche clinique à travers des études interrégionale (PHRI) et avec l'appui du CIC-P, elle se fixe l'objectif de maintenir cette implication forte et d'élaborer des projets de recherche clinique dans ce domaine dans le cadre de PHRC.

Elle bénéficiera, pour consolider ses activités, du renforcement de ses liens opérationnels sur le site du CHU, avec le service de réanimation, le SAU, les blocs opératoires et le plateau d'imagerie, dans le cadre de l'extension du service de Réanimation prévue pour 2014-2015.

•La politique de prévention et éducation thérapeutique (UTEP)

Le développement des maladies chroniques nécessite d'impliquer les patients concernés dans un processus de soins continu leur permettant de contribuer à la gestion des évolutions de leur pathologie.

Pour ce faire plusieurs programmes d'éducation thérapeutique ont été reconnus par l'ARS conformément aux textes en vigueur. Le CHU est impliqué depuis plusieurs années dans la mise en œuvre de cette politique de santé publique qui représente un enjeu majeur de la qualité de la prise en charge du patient.

Ils font partie de la prise en charge du patient et incluent l'élaboration d'un diagnostic éducatif ainsi que la définition d'un programme personnalisé. Ils prévoient la planification et la mise en œuvre des séances (collectives ou individuelles) d'éducation thérapeutique et ils comportent une dimension d'évaluation individuelle et générale pour permettre aux patients de gérer leur maladie.

L'ARS a reconnu à ce jour 23 programmes pour le CHU. Ces programmes ont vocation à être complétés dès 2012 et dans les 5 années à venir par de nouveaux projets qui seront soumis à autorisation (transplantés cardiaques, maladies vasculaires rares, patients atteints d'insuffisance rénale chronique, filières AVC, patients épileptiques, SEP, SLA, patients trachéotomisés ou trachéostomisés, prévention de la récurrence pour les patients opérés d'une hernie discale par exemple).

De plus, la définition de la politique d'éducation thérapeutique ayant été structurée en 2011 au sein du CHU, l'objectif est désormais de mettre en place dans les années à venir une unité d'éducation thérapeutique du patient (UTEP) qui a vocation à coordonner et accompagner la réalisation des programmes thématiques de prévention et d'éducation thérapeutique des patients financés par MIG.

Elle sera dotée de missions de coordination, formation, information.

Elle devra évaluer les programmes d'éducation thérapeutique autorisés dans les différents pôles hospitalo-universitaires et devra accompagner l'émergence de nouveaux programmes dans la perspective de leur reconnaissance.

Le dimensionnement cible de l'UTEP est de 1 ETP de praticien, 1 ETP d'IDE formé à l'éducation thérapeutique et 1 ETP de secrétariat soit 180KE/an. Cet objectif est conditionné au financement de l'UTEP, qui ne bénéficie pas d'une tarification à l'activité.

•La réponse aux besoins médico-sociaux de proximité

Actif au sein de son territoire, le CHU s'investit dans des modalités de prises en charge de proximité, ouverte sur la ville et aux usagers. Plusieurs équipes du CHU animent des actions au sein de structure de prise en charge de ce type. Le Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG), qui fonctionne en mutualisation avec le Centre de Dépistage d'Information et de Diagnostic sur les Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST), est accessible au public sans rendez vous. Portées par le service de maladies infectieuses du CHU, ces structures remplissent une importante mission de dépistage, de formation et d'information, tant que public qu'aux professionnels.

Dans ce cadre, le CHU de Limoges développe également une activité, comme centre associé, au sein du COREVIH Midi Pyrénées Limousin, Comité de Coordination de la lutte contre les infections par le VIH. Des actions de soins, de formation et d'information sont menées en région, et le site Limousin contribue aux actions de recueil épidémiologique, de coordination des acteurs, d'évaluation et harmonisation des pratiques et d'éducation thérapeutique menées dans le cadre du comité interrégional.

Le CHU de Limoges est investi également dans

le Réseau Sida Limousin, contribuant à sa mission de prévention et d'accompagnement. Le Centre de Lutte contre la Tuberculose développe son action à partir du CHU de Limoges, proposant un dépistage gratuit de la tuberculose avec accès à des Consultation médicale, Radiographie pulmonaire, Intra-Dermo-Réaction (IDR), vaccination. La structure prévoit également un Accompagnement social et la mise à disposition d'Informations, documentations. Dans ce cadre sont menées des Campagnes d'information dans différents espaces, que ce soit en milieux scolaire et universitaire, au sein des Instituts de Formation aux Carrières de Santé (IFCS), les foyers sociaux, les centres d'accueil, etc. Son action s'appuie sur les compétences médicales et l'équipe socio éducatrice présente au sein du CHU.

Le CHU de Limoges, en lien avec l'ARS Limousin, la Préfecture et la Ville de Limoges, s'investit également dans la mise en œuvre du contrat local de santé qui permet de mobiliser, autour d'un projet commun l'ensemble des acteurs d'un territoire dans le champ et hors du champ de la santé, dans le but de créer des synergies et de réduire de manière plus efficace les inégalités territoriales. Il va concourir à la mise en œuvre des 5 axes stratégiques du CLS que sont :

- ▶ l'amélioration de la connaissance des problématiques et des besoins
- ▶ l'amélioration de l'accès aux soins des personnes résidants dans les quartiers
- ▶ l'action sur l'environnement pour agir sur la santé
- ▶ l'amélioration de la prise en compte des besoins en santé mentale
- ▶ le développement de la prévention et de la promotion de la santé.

Sur ce dernier axe notamment les ressources du CHU seront mobilisées, notamment pour l'amélioration du dépistage du cancer du sein, l'amélioration de la couverture vaccinale, la promotion d'actions pour lutter contre le surpoids et l'obésité et favoriser le repérage précoce, le dépistage et la prise en charge spécifique des enfants en surpoids ou souffrant d'obésité. Dans ce cadre, le CHU étudie l'opportunité de la mise en œuvre d'une maison de santé pluridisciplinaire.

•L'épidémiologie et les registres

Au travers des enseignements dispensés mais également des actions entreprises, le CHU de Limoges est un acteur indispensable à la production de données médicales et paramédicales permettant une meilleure description et une meilleure lisibilité de la morbidité ainsi que de la mortalité régionale. Il s'appuie sur de nombreux réseaux et registres. D'autres travaux sont réalisés dans toutes les disciplines par l'intermédiaire de mémoires ou de thèses.

L'expertise du CHU de Limoges en épidémiologie s'appuie sur des registres spécialisés qui servent d'outils de référence pour l'élaboration des politiques publiques de prise en charge et de support pour la recherche.

Le Registre des cancers du CHU en l'expression la plus aboutie. Il recense l'ensemble des cas de cancer au plan épidémiologique et participe aux actions de recherche en cancérologie. Le soutien conjoint du CHU de Limoges, de l'ARS du Limousin, de l'InVS et de l'INCa permet au registre de réunir les conditions nécessaires au dépôt d'une demande de relabellisation sur le périmètre du département de la Haute-Vienne. Cette démarche est envisagée comme un préalable au développement et à la pérennisation d'un outil épidémiologique exhaustif en cancérologie dans la région. Il a vocation à s'intégrer dans le projet de création d'une base de données intégrée sur le cancer porté par le pôle onc-hématologie et le centre régional du cancer, qui associera les données du pôle et du centre de l'UCOG et de manière général des acteurs de la prise en charge de et de la recherche sur le



cancer.

Le registre des cancers a une importance forte en matière de santé publique. Le recul dont dispose le registre permet l'analyse fine des tendances chronologiques et l'évaluation de l'impact des mesures de prévention et des pratiques de soins sur l'incidence, la mortalité et la survie des cancers. La spécificité du département en termes de vieillissement et de fréquence du cancer du côlon en particulier encourage le développement de liens étroits entre le registre et l'association de dépistage des cancers de Haute-Vienne.

Dans cette population particulière, les projections d'incidence à partir des données du registre permettront d'éclairer la politique locale de planification et d'organisation des soins. Les données du registre contribuent déjà à l'Atlas de la santé en Limousin ainsi qu'à des tableaux de bord sur la thématique Cancer produits par l'ORS du Limousin. Une collaboration plus étroite entre l'ORS et le registre est prévue, parmi les thèmes identifiés l'analyse des inégalités géographiques et sociales face au cancer.

Outre leur apport dans la production des estimations d'incidence à l'échelle nationale, les données de la Haute-Vienne seront intégrées à la prochaine étude internationale d'incidence des cancers conduite par le CIRC (Cancer Incidence in Five Continents X).

Enfin, le Limousin, dont la Haute-Vienne, est concerné par la présence de gisements minéraux d'uranium et d'une radioactivité naturelle, de fortes activités volumétriques de radon ont été retrouvées dans les habitations. Dans le cadre de la surveillance sanitaire qu'il mène le registre peut contribuer à l'identification d'éventuels clusters de cancers. Il est identifié comme partenaire dans le suivi sanitaire, dans le cadre du Schéma Régional de Prévention de l'ARS Limousin.

Le registre développe des objectifs en termes de recherche. Dans le cadre du réseau Francim, le registre participe à différentes études en cours ou à venir. Le registre est rattaché au Cancéropôle Grand-Sud Ouest, et plus particulièrement à son axe 4 : « Cancers : enjeux individuels et collectifs ».

La spécificité démographique du territoire couvert par le registre doit lui permettre de développer une expertise en oncogériatrie et de déve-

lopper les travaux prospectifs sur les bénéfices de l'évaluation gériatrique en oncologie, qui sont peu nombreux à ce jour.

Le registre des cancers s'associe également aux travaux de l'équipe de recherche HAVAE « Handicap Autonomie Vieillesse Activité Environnement » dans son axe sur l'étude des déterminants et des conséquences du mésusage des médicaments et de la iatrogénie médicamenteuse en gériatrie, de l'efficacité des médicaments et ses déterminants chez le sujet âgé. Le Registre des Cancers a vocation à être intégré au sein du Centre régional du cancer porté par le CHU de Limoges.

L'observatoire régional du pneumocoque, en place depuis 2007 assure sa mission. Il surveille la résistance aux antibiotiques et l'évolution des sérotypes de pneumocoques impliqués dans les infections invasives et dans les otites moyennes aiguës. En Limousin 15 laboratoires publics et privés participent à cet observatoire et tous les établissements publics de la région sont représentés. La coordination régionale, et nationale des 23 observatoires, est assurée par le laboratoire de bactériologie-virologie-hygiène du CHU de Limoges.

Le registre Estim, créé en 2001, recense l'ensemble des cas d'infarctus du myocarde en Limousin, évalue la prise en charge et le respect des recommandations. Il produit des analyses et propose des mesures pour améliorer la prise en charge. Il communique et informe les équipes de la région sur les évolutions en lien avec l'infarctus du myocarde et actualise régulièrement les protocoles communs de prise en charge entre le SAMU, les Urgences et le service de cardiologie. Il présente la plus grande série de patients de tous les registres ESTIM (près de 3 000 dossiers).

Le REIN, Réseau épidémiologique et information en néphrologie contribue à l'élaboration et à l'évaluation des stratégies sanitaires visant à améliorer la prévention et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.

L'objectif de la politique du CHU, en matière d'épidémiologie, est de renforcer ses capacités par le développement des registres, mais également par les études observationnelles, la

connaissance du parcours de soins du patient indispensable à la compréhension des flux d'amont et d'aval, mais également par l'analyse de la file active des nouveaux cas.

•L'animation de la politique de formation et de recherche dans le domaine de la santé publique

La politique de formation et de recherche dans le domaine de la santé publique est portée par le pôle de Santé Publique du CHU.

En matière de recherche, il développe deux axes thématiques majeurs pilotés par les médecins du pôle, que sont la neuroépidémiologie et la pharmaco épidémiologie.

Sur l'axe neuroépidémiologie, l'équipe de recherche sur la neuroépidémiologie tropicale a été reconnue UMR INSERM 1094, validant l'expertise de cette équipe, seule à mener des recherches sur ce thème en Europe. Elle développe des travaux sur l'épidémiologie de pathologies neurodégénératives en zones tropicales et de l'épilepsie en zones tropicales et sur l'épidémiologie moléculaire et facteurs de risque de toxoplasmose. Son objectif est de pouvoir proposer et évaluer des stratégies d'intervention qui pourraient constituer des modèles de prise en charge pour d'autres affections, et agir pour aider au développement des pays du Sud. L'équipe développe de nombreux partenariats à travers la contribution au Réseau de Neuroépidémiologie Tropicale, constitué avec les centres africains, asiatiques et américains partenaires et avec d'autres centres en Italie, Suisse, Cambodge et Laos. L'équipe participe également au réseau Inserm de méthodologie coordonnée d'investigation des agrégats spatio-temporels de sclérose latérale amyotrophique (SLA).

Sur l'axe pharmaco épidémiologie, les travaux se poursuivent en fixant comme objectif général d'étudier comment optimiser la thérapeutique chez les personnes âgées à travers trois axes : étude des acteurs, des déterminants et des conséquences du mauvais usage des médicaments en gériatrie ; étude des déterminants et des conséquences de la iatrogénie médicamenteuse en gériatrie ; étudier l'efficacité des médicaments et ses déterminants en gériatrie. Le pôle de santé publique anime, pour mener ces travaux, différentes collaborations avec le Département de Gérontologie du CHU de Limoges, l'Assurance Maladie (CETAF, DRSM Limousin Poi-

tu-Charentes), l'unité de recherche clinique en Economie de la Santé d'Ile de France (Pr Durand-Zaleski) et le Groupe de recherche en sociologie de Limoges (GRESKO), le réseau des 31 centres régionaux de pharmacovigilance. Il travaille ainsi, en interne au CHU, en lien étroit avec le service de Pharmacologie, Toxicologie, les acteurs de la pharmaco-épidémiologie du Centre Régional de Pharmacovigilance initiateurs de nombreuses et anciennes collaborations et les équipes de recherche concernées par les thématiques.

Deux axes complémentaires sont approfondis, en collaboration avec les autres pôles de l'établissement : la recherche clinique en cancérologie et l'économie de la santé, et un axe de biologie fondamentale qui est rattaché à l'EA 3 842 « homéostasie cellulaire et pathologies ». Sur le premier, est particulièrement développée la modélisation des stratégies médicales et des analyses médico-économiques. L'UE 707 « Epidémiologie, Systèmes d'Information, Modélisation », équipe de recherche de Paris UPMC, à laquelle contribue le chef du pôle de santé Publique du CHU de Limoges, est reconnu comme un groupe de référence dans le cadre de l'évaluation médico-économique des cancers broncho-pulmonaires. Les travaux de recherche sur cette thématique se poursuivent au sein du CHU, en lien avec le pôle Cœur Poumon Rein. Concernant la biologie fondamentale, sont explorés en particuliers les marqueurs de sensibilité et/ou de pronostic à la chimiothérapie des cancers colorectaux, en collaboration avec l'équipe avenir.

Le pôle de Santé Publique du CHU de Limoges favorise également des actions transversales, dans le cadre de l'activité de thanatologie _ l'Institut de Médecine légale du CHU étant centre de référence pour le limousin et l'Indre_ de la vigilance et de la prévention des pathologies professionnelles dans le cadre de réseau (RAISIN et RNV3P), et de la vigilance sur les cancers, en s'appuyant sur le registre des cancers (développé supra).

Le pôle Santé Publique fédère l'ensemble des enseignements tournés vers la méthodologie nécessaire à de nombreux autres pôles mais également à son fonctionnement propre : épidémiologie, santé publique, prévention, évaluation, l'économie de la santé, la recherche clinique, la biostatistique.



Ces enseignements concernent l'ensemble des professions médicales et paramédicales et ils sont distribués dans tous les cycles d'enseignement. Le pôle de Santé Publique a en charge les Masters spécifiques à sa discipline, (Master 1 et Master 2, neuroépidémiologie et parasitologie tropicale). Il assure une unité d'enseignement de Master 1 « Méthodologie en Epidémiologie et en Recherche Clinique » qui ouvre la porte à de nombreux master 2. Les enseignants sont également impliqués dans des enseignements par internet (DU Méthodes et pratiques en méthodologie). Le nombre d'étudiants de master 2 et de doctorants est un des plus importants parmi les pôles du CHU de Limoges.

Un investissement particulier est programmé dans les années à venir en termes de formation sur le développement de la télémédecine, indispensable pour répondre aux nouvelles organisations. Il doit se décliner dans la formation des IFSI, et la préparation des Masters pour les professions médicales. Ceci représente une charge de travail considérable impliquant des réflexions sur les restructurations géographiques nécessaires et le renforcement des techniciens de visioconférence.

2.6 Un projet médico-social au service d'un territoire

La place de l'EHPAD Chastaingt sur le territoire

L'EHPAD du CHU, d'une capacité de 283 lits participe à l'hébergement médico-social des grands âgés dépendants du territoire, et plus particulièrement de Limoges et sa banlieue. Pour mémoire, plus de 74 % des personnes âgées de plus de 75 ans du département de la Haute-

Vienne vivent à Limoges. La proximité des familles permet un accompagnement facilité des aidants. Il s'agit là d'une priorité institutionnelle (relais des familles, commissions individuelles, Conseil de Vie Sociale...). L'accueil de jour Alzheimer contribue également à favoriser le répit des familles.

Le double flux intra-CHU et domicile, fait l'objet d'une stratégie institutionnelle permettant d'une part de faciliter l'aval des patients âgés accueillis en court et moyen séjour hospitalier et d'autre part de privilégier les usagers primo-accédants venant du domicile. Cette dynamique devra être amplifiée.

L'appartenance de l'EHPAD à une filière gériatrique complète est un atout majeur pour la prise en charge optimale de la personne âgée accueillie, de même que son accès privilégié à un plateau technique de recours et de proximité associé à des équipes pluridisciplinaires d'excellence.

L'EHPAD Chastaingt est d'un fonctionnement récent (2010). Il appartient à l'institution de renforcer ses outils de communication et d'information auprès du grand public, des partenaires du secteur social et médico-social et de la médecine de ville.

Du fait de son positionnement au cœur de la cité, il offre une large ouverture sur le monde extérieur tant sur le versant associatif, intergénérationnel que culturel et artistique qui doit être maintenue et optimisée.

Une structure en mouvement

Dans son plan de modernisation, le CHU a prévu la construction d'un EHPAD de 80 lits

sur le site de Chastaingt. Il comprendra 48 lits dédiés à la pathologie Alzheimer dont une UHR, ainsi qu'un PASA de 14 places.

Une unité de 21 lits d'EHPAD bénéficie d'un aménagement expérimental domotique (capteurs visuels de mouvements, commande d'ouverture de volets roulants centralisée + accompagnement par la lumière naturelle,..) et à compter de 2012, les chambres seront dotées d'un système de télésurveillance automatisé pour la prévention des chutes graves du sujet âgé.

L'EHPAD : un accès à la recherche

Le Pôle Régional de Référence et de Ressources pour la Prévention de la pathologie Chronique (PRRRPC) et le Laboratoire d'Expérimentation en matière de Prévention et d'Aide en cas de Perte d'Autonomie (LEPAPA) intégreront le secteur médico-social pour développer l'excellence du soin de la polypathologie chronique dans le secteur EHPAD ainsi que pour participer aux expérimentations dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie. L'EHPAD du CHU de Limoges deviendra un élément clé de ces structures innovantes afin de créer un nouveau modèle économique de l'accompagnement des personnes âgées les plus fragiles dans le respect de l'éthique et des valeurs du service public.

Le SSIAD

Une aide au maintien à domicile

Le SSIAD du CHU est également d'un fonctionnement récent. Sa capacité est actuellement de 32 places et doit atteindre 40 places dans les mois à venir.

Il répond au besoin d'une population vieillissante domiciliée sur Limoges et sa banlieue et permet une prise en charge adaptée, le plus souvent à l'issue d'une hospitalisation de courte durée ou de soins de suite et de réadaptation et ce 7j/7j.

L'accompagnement de personnes âgées sur des séquences courtes (moins de 6 mois) doit être maintenu voire amplifié à hauteur de 20 à 25% de l'effectif.

Le SSIAD participe au développement et à la mise en œuvre de la domotique et des nouvelles

technologies auprès des usagers suivis à domicile. Cet engagement sera maintenu et accru en lien avec les projets de recherche portés par le CHU.

Une aide au maintien du lien social

Les équipes du SSIAD développent des projets d'ateliers occupationnels comme les ateliers cuisine, ou un accompagnement à des sorties culturelles afin de favoriser le lien social de personnes souvent isolées et vulnérables.

Vers un partenariat de proximité

Les coopérations avec les services d'aide à domicile (auxiliaires de vie, aides ménagères...) doivent être optimisées. De même, il conviendra d'organiser des réunions d'information avec les associations de visiteurs hospitaliers.

Les réunions d'échange de pratiques avec le SSIAD de la Mutualité Française Limousine possédant la même couverture géographique que le SSIAD du CHU doivent se poursuivre. Il appartient au SSIAD de faire connaître son expertise en matière d'accompagnement du grand âge à domicile auprès du grand public et de la médecine de ville.

2.7 Le CHU, animateur universitaire en NTIC

Le CHU est un acteur engagé, à la hauteur de son rôle d'établissement régional de recours, dans le développement de la télémédecine en Limousin.

Les équipes du CHU sont engagées depuis l'automne 2010, en collaboration étroite avec EPSILIM, dans le projet régional de télémédecine soutenu par l'ASIP, qui doit aboutir à la mise en œuvre, dès 2012, de nouveaux dispositifs de télémédecine, dans le cadre d'une organisation régionale commune.

Mais l'engagement du CHU en matière de télémédecine, et plus globalement de télésanté, est ancien. Une dizaine de salles de visioconférences sont actives et accueillent régulièrement des séances de télé-staff. Il a été développé un centre de référence, le CURES (centre universitaire régional d'e-santé), dont la très forte activité de télé-enseignement contribue au rayonnement régional du CHU et à la diffusion de ces nouvelles méthodes de travail. Il convient aussi de noter que les

équipes de la filière gériatrique sont engagées de longue date dans la télésanté avec, en matière de télé-médecine, une expérience réussie de téléconsultations avec les EHPAD de la vallée de la Gorre, et un travail approfondi de recherche sur les solutions de domotique et de suivi à domicile des patients.

Cette dynamique devra être amplifiée dans le cadre du projet d'établissement 2012-2016, avec la double ambition de faire de la télé-médecine et du suivi à domicile des patients une alternative sérieuse aux modalités traditionnelles d'hospitalisation. Des gains économiques sont à escompter, mais surtout des gains qualitatifs, avec limitation des transferts inappropriés de patients, maintien le plus longtemps possible à domicile, etc. Plusieurs spécialités sont particulièrement concernées : diabétologie, cardiologie, etc. Plusieurs technologies de télésurveillance sont désormais disponibles, couplées aux appareils biomédicaux utilisés par les patients à leur domicile.

Chaque projet de pôle hospitalo-universitaire comporte un volet consacré à la télé-médecine, en collaboration étroite avec les équipes du pôle IFS / Système d'information pour les aspects technologiques.

L'enjeu est en effet de mettre les nouvelles technologies, notamment en matière de mobilité (Smartphones) au service de ces différents projets de télé-médecine.

L'ambition du CHU est de faire émerger un plateau technique de télé-médecine, gérant les différentes ressources disponibles (salles, matériel de télé-médecine, connexions...) en collaboration avec la structure régionale en charge du pilotage de cette activité. Le fonctionnement de ce plateau technique pourra être envisagé à l'échelle de la CHT, dans une double logique de mutualisation des compétences et de partage des expertises.

Il s'agit avant tout d'adapter la prise en charge à la chronicisation des pathologies à forte incidence qui place la phase d'hospitalisation comme une simple étape, dans un contexte de raréfaction de la ressource médicale.

2.8 Etre un acteur déterminant des réseaux de soins et améliorer l'accès aux compétences

du CHU pour les professionnels de santé

Le CHU contribue à l'activité des réseaux de soins, dans le but de faire partager l'expertise des professionnels du CHU et de contribuer au décloisonnement des prises en charge, favorisant ainsi l'approche pluridisciplinaire, et les liens à développer entre les différents acteurs de la prise en charge, qu'ils soient publics, privés, ou associatifs. Dans ce cadre le lien avec les médecins généralistes est à souligner en particulier. La participation active à différents réseaux permet également de proposer des prises en charge coordonnées sur un périmètre géographique plus étendu que celui de la zone d'attraction immédiate du CHU, facilitant l'accès des patients et des professionnels associés à l'expertise développée par le CHU.

Le CHU concourt particulièrement à la structuration et à l'activité de deux réseaux, qui répondent à des exigences réglementaires, voire à des attentes d'agences nationale.

Il a ainsi intégré, en conformité avec la circulaire du 30 mars 2006, le réseau Perinatlim et participe à son activité, qui vise à

- faciliter l'accès aux soins de la femme enceinte et de son enfant,
- faciliter la sécurité et la qualité de leur prise en charge.
- favoriser leur suivi médico-

psycho-social ;

- favoriser la coordination des interventions des professionnels de santé concernés.

Le CHU s'investit ainsi dans l'organisation de dépistages permettant de détecter des facteurs de risque, l'élaboration de protocoles communs et de guides de bonnes pratiques, le recueil et la transmission des données épidémiologiques. Il porte une attention particulière à l'information et la formation des acteurs impliqués dans la prise en charge, l'organisation et le partage de l'information dans le respect du secret médical et l'information et l'accompagnement des futurs parents.

Le CHU de Limoges concourt activement à la constitution du réseau ROHLIM, réseau d'oncologie-hématologie du Limousin, qui regroupe plusieurs structures fédératives pré-existantes. Son objectif, en cohérence avec la circulaire du 25 septembre 2007, est de participer à l'organisation et à la qualité de la prise



en charge globale des patients présentant des pathologies cancéreuses afin que chacun d'eux bénéficie de soins efficaces et conformes aux données actuelles de la science, délivrés par des professionnels formés et compétents, intervenant dans des structures appropriées, en utilisant des protocoles validés dans le cadre d'une organisation coordonnée. Son périmètre régional lui permet de s'investir dans la coordination des acteurs et valoriser les apports pluridisciplinaires. La reconnaissance de son activité par l'INCa lui permettra de poursuivre ses missions en lien avec les objectifs ambitieux du CHU de Limoges dans la prise en charge des patients atteints de cancer.

La participation du CHU de Limoges à la dynamique des réseaux de santé s'étend également à plusieurs autres réseaux, aux périmètres divers tels Diablim (prise en charge des patients diabétiques, Nephrolim (maladies rénales chroniques), Linut (nutrition), etc.

3. Mettre en œuvre une stratégie collaborative de recherche et innovation

Le paysage de la recherche clinique se caractérise par une multiplicité d'acteurs participant soit à la définition de la stratégie scientifique, soit à la réalisation de la recherche elle-même. Dans cette configuration, le CHU doit tisser des partenariats et affirmer sa spécificité, mais dans tous les cas, l'élaboration d'une stratégie scientifique doit s'inscrire pour le CHU dans le cadre de collaborations donnant plus de poids et de lisibilité à l'activité de recherche, et dans une pleine conscience de son positionnement au regard des autres opérateurs de recherche. L'axe stratégique majeur de sa politique scientifique est donc de définir une stratégie collaborative de recherche et innovation sur le site hospitalo-universitaire de Limoges.

Celle-ci s'appuie sur les points forts du CHU qui s'organisent en interne autour de l'activité d'équipes de reconnaissance nationale voire internationale (équipes EPST, centres de référence, etc.). La taille du site rend aisée les connexions entre le soin / la recherche et le CHU / l'Université et crée une proximité des acteurs, amenant à des relations de travail facilitées. Le CHU de Limoges peut également s'appuyer sur une gouvernance en recherche

relativement souple et peu stratifiée (cf. point 1.1 du projet de management) et des spécificités fortes à savoir sa place de pilote régional de la recherche.

Il intègre également des éléments d'opportunité externes qui se matérialisent par un soutien marqué des pouvoirs publics locaux à l'activité de recherche. Le plan de modernisation du CHU, et notamment la construction d'un bâtiment de biologie-santé permettent de développer de nouvelles synergies en rapprochant des équipes de recherche. Les potentiels de partenariats sont nombreux et offerts par la proximité du site et la réactivité que cela permet (protocoles de recherche au domicile du patient via CIC-P, protocoles d'innovation / évaluation au domicile du patient via UPSAV et HEMIPASS). Enfin, la montée en puissance des pôles HU et la cohérence renforcée entre objectifs médicaux / objectifs scientifiques impulsée par le projet d'établissement dynamise l'activité de recherche.

3.1 Les principaux niveaux de positionnement du CHU dans l'environnement de la recherche

Au niveau national il se doit d'être présent au sein des instances de représentation et de défense d'intérêts collectifs, que ce soit à travers la participation aux conférences nationales (Directeurs généraux de CHU, présidents de CME, Doyens), au Comité National de Coordination de la Recherche (CNCR) et au Groupement de Coopération Sanitaire en recherche formé par ce dernier.

Les représentants du CHU poursuivent leurs mandats spécifiques au sein des structures de ce type. Le CHU de Limoge est présent auprès de la FHF dans la coordination du groupe de travail sur le développement de la recherche dans les hôpitaux non CHU, dans le cadre de la présidence du conseil scientifique du Centre National de Référence autonomie et santé, et à travers la participation de praticiens du CHU à divers organismes et sociétés savantes.

Il intervient dans son inter-région de rattachement (Sud Ouest). Une des spécificités du site hospitalo-universitaire de Limoges tient à son ancrage territorial protéiforme en matière de recherche et d'enseignement.

Dans le cadre du PRES Limousin / Poitou-Charentes, quelques actions amorcées portent déjà leurs fruits en termes de collaborations (école

doctorale, financement de projets dont plusieurs pour l'IFR GEIST en 2010, représentation à l'international) et se poursuivent.

Le CHU de Limoges est également très actif au sein de la DIRC (délégation interrégionale à la recherche clinique) Sud Ouest Outre-Mer et futur GIRCI (Groupement Interrégional de Recherche Clinique et Innovation). Les professionnels de la DRCI de Limoges participent au bureau, et s'investissent dans la coordination de groupes comme le développement de la recherche dans les hôpitaux non CHU, pharmacogénétique et le développement de la certification des centres de ressources biologiques. Enfin le CHU de Limoges est représenté de manière permanente au sein du Cancéropôle Grand Sud Ouest et du pôle de compétitivité cancer-bio-santé et ses représentants participent aux groupes de travail thématiques.

Cette diversité de rattachements est une source de complexité, mais le CHU de Limoges a su tirer parti de la territorialité : concernant la recherche clinique, le CHU est pilote de la mission de développement de la recherche clinique dans les hôpitaux non CHU (publics comme privés) au niveau de l'inter-région mais aussi coordonnateur d'un groupe de travail national. A travers l'action structurante du rôle du CIC, et en partenariat avec la DRCI, le CHU remplit des missions de formation et d'aide à l'investissement en recherche.

Cette dynamique territoriale se retrouve au niveau régional et est renforcée par les partenariats industriels, comme la mission expérimentale en recherche clinique à promotion industrielle soutenue par le Cengeps (fond d'actions ciblées), les projets d'innovation autour des thématiques d'autonomie et de vieillissement en partenariat avec des industriels locaux (Legrand) et les pôles de compétitivité (Elo-psy) autour de l'action fédératrice du living'lab Autonom'lab.

Les caractéristiques du site permettent une mise en relation rapide des acteurs, au sein du site (CHU, Université) mais également avec les partenaires publics et privés de la Région.

A travers le développement de cette dynamique qui reçoit un accueil favorable des pouvoirs publics locaux (ARS, Région), le CHU de Limoges souhaite faire de sa configuration territoriale spécifique une opportunité de développement de partenariats innovants en recherche.

Le CHU se positionne fortement, en lien avec les EPST. Sa stratégie scientifique s'inscrit pleinement dans les recommandations que peuvent faire les EPST (INSERM, CNRS) à l'occasion des procédures de labellisation des équipes ou de rencontres sollicitées par le CHU. Ainsi, le travail de structuration de la stratégie scientifique autour d'axes prioritaires et de niches d'excellence s'est fondé sur ces orientations, relayées au niveau du Comité pour la recherche Biomédicale et en Santé Publique (CoReBioSP) par les délégués régionaux des EPST.

Le partenariat avec l'Université de Limoges constitue également un axe de travail fondamental. Les relations entre l'Université et le CHU de Limoges concernent essentiellement les problématiques du secteur santé et en matière de recherche, celles de l'**Institut Fédératif de Recherches (IFR 145)** labellisé en 2007 et devenu FR 3503 en 2012. Cette structure fédérative « GEIST » (Génomique, Environnement, Immunité, Santé et Thérapeutiques) réunit les équipes Biologie-Santé et Chimie-Environnement de l'Université autour de projets transversaux.

La convention de structure HU d'origine remonte à 1974 et se limite à quelques aspects patrimoniaux. Le travail d'actualisation de cette convention de structure HU a été confié par le directeur général du CHU et le président de l'Université au Président du CoReBioSP, afin d'assurer une parfaite cohérence entre les projets d'établissements respectifs de l'université et du CHU, avec le contrat quadriennal de l'Université et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens du CHU.

Un travail collaboratif entre le CHU et l'Université a été amorcé, la convention a pour objet de décliner les axes stratégiques et les modalités de mise en œuvre de la politique du site hospitalo-universitaire, notamment en matière de recherche biomédicale, de formation, de mise en commun et mutualisation des ressources (humaines, matérielles, en équipement, en locaux) et de valorisation du site.

En termes de gouvernance, l'articulation entre le CHU et l'Université est assurée à différents niveaux : le CoReBioSP est le lieu privilégié d'échanges et de concertation entre le CHU, l'Université et les EPST. Le Conseil de gestion de l'U.F.R. de médecine intervient natu-

rellement dans les domaines pédagogique et de la recherche. Par ailleurs la composition du Conseil de gestion de la Faculté de Médecine comprend, de façon statutaire, le Directeur Général du CHU ainsi que le Président de la CME. A l'inverse, le Doyen est le vice-président au Directoire du CHU en charge de l'enseignement.

Plus récemment, le CHU a intégré comme membre fondateur la **Fondation partenariale** initiée par l'Université. Le plan d'actions pluriannuel de cette fondation permettra le développement de différentes formes de soutien à la recherche en biologie et santé, dont la création de chaires d'excellence.

3.2 La définition et le soutien d'axes stratégiques de recherche fortement identifiés

La stratégie scientifique définie conjointement par le CHU et l'Université vise d'une part à soutenir les thématiques locales qui ont pu démontrer leur excellence à travers leur production scientifique et leur reconnaissance internationale ou nationale (notamment par INSERM ou le CNRS) et sur lesquelles sont priorisés des moyens. D'autre part, le CHU et l'Université ont cherché à favoriser de nouvelles émergences de thématiques cohérentes ayant une lisibilité nationale.

Les axes stratégiques (prioritaires ou émergents) retenus en matière de recherche biomédicale et de recherche clinique ont été discutés et choisis par le CoReBioSP, qui a contribué à la clarification des projets scientifiques de certaines équipes.

Les axes stratégiques en recherche de l'établissement, retenus conjointement avec l'Université et les EPST, traduisent deux formes de soutien :

- le soutien aux thématiques des équipes labellisées EPST d'une part,
- le soutien aux thématiques émergentes à fort potentiel, lié soit à des individualités scientifiques de très haut niveau soit à une volonté de structuration d'une thématique sur le site ou répondant à une priorité régionale d'autre part.

Concernant les équipes labellisées EPST, les thématiques sont les suivantes :

- **l'immuno-hématologie : thématique portée par l'UMR CNRS 6101 « Physiologie moléculaire de la réponse immune » ; elle**

correspond à un axe hospitalier fort, en particulier avec l'activité clinique et en recherche clinique du service d'hématologie clinique, du pôle « onco-hématologie », du laboratoire d'hématologie et du laboratoire d'immunologie du pôle « biologie-hygiène ». Ces équipes ont fait la preuve de leur capacité à porter des PHRC nationaux et des études multicentriques ambitieuses.

- **la pharmacologie : thématique portée par l'UMR-S850 INSERM** « pharmacologie des immunosuppresseurs en transplantation, ainsi que par le service de pharmacologie, toxicologie et pharmacovigilance du pôle « biologie-hygiène » et le service de néphrologie-dialyse-transplantation du pôle « cœur, rein, poumon », avec des collaborations de recherche avec plusieurs autres services hospitaliers (ex. cancérologie, fédération d'hépatologie, pédiatrie...). Cette unité a été relabellisée par l'INSERM au cours de l'été 2011.

Le service de pharmacologie, toxicologie et pharmacovigilance en particulier, a développé un des plus gros laboratoires de France pour le dosage des médicaments et toxiques, la modélisation pharmacocinétique et l'adaptation de posologie. Il a mis au point et ouvert à l'ensemble des pharmacologues, français et étrangers à l'aide d'un site Internet très fréquenté, des outils d'individualisation thérapeutique, pour les médicaments de la transplantation mais aussi plus récemment certains anti-infectieux ou anticancéreux. Ce service a obtenu 1 PHRC national et 3 PHRC régionaux ou interrégionaux depuis 2007, ainsi que de nombreux cofinancements publics ou privés pour les essais cliniques qu'il coordonne ou auxquels il participe.

- **l'infectiologie : thématique portée par l'équipe UMR INSERM 1092 nouvellement créée** « Agents anti-infectieux : supports moléculaires des résistances et innovations thérapeutiques et au niveau hospitalier par le service de bactériologie, virologie, hygiène du pôle « biologie-hygiène » ainsi que par le CIC-P 0801, pôle « Urgences-Réanimation », dans sa thématique spécifique sur le sepsis. Cet axe est renforcé par le Centre National de Référence « cytomégalovirus », porté au sein du service de bactériologie, virologie, hygiène (membre de l'UMR INSERM 1092) qui a également obtenu

1 PHRC national et 1 PHRC régional.

Cette équipe qui bénéficiait déjà d'un contrat Avenir INSERM a été labellisée UMR INSERM au cours de l'été 2011.

- **le Centre d'Investigation Clinique pluri thématique CIC-P 0801** du CHU de Limoges a été labellisé INSERM sur ces trois axes stratégiques fin 2009 (immunologie-hématologie, pharmacologie et infectiologie). Le CIC-P est ainsi devenu une équipe de recherche prioritairement tournée vers le développement de la recherche translationnelle du site. Il est par ailleurs un acteur indispensable à la professionnalisation de la recherche clinique au plan institutionnel et joue également le rôle de plateforme de soutien aux essais cliniques de l'établissement, notamment les plus sophistiquées ou d'envergure nationale voire internationale.

- **l'épidémiologie** : thématique portée par l'UMR INSERM 1094 Neuroépidémiologie tropicale qui a obtenu sa labellisation INSERM au cours de l'été 2011. Les domaines de recherche couverts par cette équipe sont l'épidémiologie de pathologies neurodégénératives en zones tropicales, l'épidémiologie de l'épilepsie en zones tropicales, l'épidémiologie moléculaire et facteurs de risque de la toxoplasmose.

Les équipes labellisées du site travaillent non seulement sur leurs thématiques ciblées dans une perspective d'excellence, mais recherchent également le développement de la transversalité et des complémentarités entre elles, afin de conduire en commun une recherche translationnelle et une prospective scientifique, une animation scientifique, des capacités de formation, un potentiel d'innovation, de valorisation et de transfert.

Les thématiques émergentes définies au sein du CHU sont les suivantes :

- **les neurosciences plus particulièrement la thématique des neuropathies périphériques**, portée par des individualités scientifiques de haut niveau ; le CHU vise une labellisation EPST pour cette équipe à l'horizon de 5-6 ans ;

- **la cancérologie**, avec un accompagnement des autorités hospitalières, universitaires, de l'ARS et du Conseil régional pour l'aide à la structuration d'une équipe de cancérologie

solide (EA 3842) à travers le soutien offert par le CORC. Une labellisation EPST sera également recherchée pour cette équipe.

- **autonomie et vieillissement**, cette thématique étant portée par une équipe récemment constituée « HAVAE » (Handicap, Autonomie, Vieillesse, Activité, Environnement) et appelée de ses vœux par les autorités régionales compte tenu de l'enjeu de santé publique dans ce domaine pour le Limousin.

En complément, la structuration d'une plateforme de médecine, imagerie et chirurgie expérimentale (MICE) a vocation à permettre le développement de nouvelles thématiques ou le renforcement de thématiques existantes, grâce à l'expérimentation sur les gros animaux. Une première thématique est identifiée : « médecine, imagerie et chirurgie vasculaire » et d'autres projets de recherche doivent se constituer en lien structurel avec cette plateforme.

L'accompagnement des équipes labellisées et des équipes en émergence à fort potentiel se traduit par différents modes d'action, qui regroupent, à titre non exhaustif :

- le soutien institutionnel et la défense des intérêts des équipes auprès des instances compétentes en recherche ;

- la mise à disposition des équipes labellisées de moyens structurants (personnel de recherche clinique, locaux) ;

- le développement des appels à projets locaux par le CHU ou avec le soutien des pouvoirs publics locaux. Il existe ainsi différents outils susceptibles d'aider à l'émergence ou au soutien des équipes ;

- le soutien local à la recherche clinique qui permet de financer des projets mono-centriques pour aider à l'émergence de jeunes chercheurs ou de cofinancer des projets de plus grande envergure n'ayant pas été retenus aux appels d'offres nationaux très sélectifs ;

- le soutien local à l'innovation qui s'exprime à travers l'action de la commission des innovations ;

- l'appel à projets annuel du CIC-P via l'aide du Conseil Régional qui permet le financement de projets (équipement, fonctionnement) associant le CIC-P et liés aux thématiques labellisées ;

- l'appel à projets annuel du CORC via l'aide

du Conseil Régional et de l'ARS qui permet le financement de projets ou la consolidation de plateformes dédiés à la recherche sur le cancer ;

- enfin, le CHU souhaite déployer un appel à projets orienté sur les équipes labellisées et émergentes du site, par réajustement des soutiens précités.

Les dispositifs d'aides à la contractualisation interne interviennent également dans les modalités de soutien aux équipes de recherche. En fonction des résultats de l'exercice, le CHU constitue des provisions dédiées sur l'aide à la contractualisation interne, pour le soutien aux projets des pôles. Ces projets doivent être en lien avec les objectifs du pôle, et peuvent notamment concerner les objectifs de recherche et innovation.

Bien entendu, le projet de bâtiment biologie santé constitue en lui-même l'affirmation d'une volonté de soutien au développement de la recherche en santé du site et d'attractivité pour l'accueil de nouveaux chercheurs ou de nouvelles équipes sur le site de Limoges. La proximité recherchée entre la composante hospitalière et la composante universitaire de ce bâtiment est de nature à favoriser l'interaction entre les équipes, la mutualisation des ressources humaines et des équipements. Le CHU en a fait une opération prioritaire dans le cadre du plan de modernisation. Le bâtiment devrait être finalisé et occupé début 2014.

Dans ce cadre, la recherche clinique occupe une place importante, qu'il faut souligner, au sein de l'activité de recherche du CHU. Elle est appuyée sur le travail de :

- plusieurs équipes et investigateurs, dont certains ne sont pas membres d'une équipe labellisée ou émergente,
- celui de la DRCI, Délégation à la recherche clinique et à l'innovation, qui assure l'expertise scientifique et méthodologique des projets de recherche promus par l'établissement et la décision de promotion elle-même, prise sur la base de l'expertise du conseil scientifique et méthodologique,
- mais également de tout le travail préalable effectué par la direction de la recherche et de l'innovation (réglementation, financement, faisabilité) avec l'appui des structures supports à la recherche.

Elle va bénéficier, pour les thèmes des équipes

labellisées et émergentes, de la priorisation des moyens qui découle des orientations décrites précédentes. Néanmoins, la recherche clinique portée par les équipes et chercheurs, hors équipe labellisées, sera également soutenue de manière appuyée. Seront poursuivies et renforcées les modalités de soutien local à la recherche clinique qui permettent de financer des projets mono centrés pour aider à l'émergence de jeunes chercheurs ou de cofinancer des projets de plus grande envergure n'ayant pas été retenus aux appels d'offres nationaux très sélectifs. Elle sera également dynamisée par la mise en place d'une structure de renfort à l'investigation clinique, ARCH, suite à l'appel à projet initié par la circulaire du 29 juillet 2011. Adossée au CIC PO81, elle va permettre d'offrir aux praticiens engagés dans la recherche, sur des thèmes hors Inserm, un soutien pour réaliser leurs investigations.

3.3 La dynamique de la recherche paramédicale

La recherche paramédicale est un complément à fort potentiel de la recherche médicale, centrée sur les pratiques de soins. Le CHU de Limoges accorde une importance particulière à cette activité de recherche paramédicale, avec comme objectif qu'elle soit conduite collectivement par les porteurs de projets paramédicaux et les investigateurs médicaux.

Pour ce faire, il s'appuie sur le Comité de Promotion de la Recherche Paramédicale et de l'Innovation, une sous-commission de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques qui remplit depuis septembre 2008 le rôle de structure support au promoteur pour le montage des projets de recherche paramédicaux, qu'ils soient portés par des acteurs du CHU ou par des établissements de santé de la région sans structure de recherche paramédicale.

Le CPRPI fait partie des structures de la recherche de l'établissement notamment par l'action du cadre de santé en mission transversale qu'il pilote et assure la liaison avec les référents recherche paramédicale au niveau de la DRCI.

Les perspectives pour la recherche paramédicale au CHU de Limoges sont de :

- poursuivre les actions volontaristes enga-

gées sur la formation, en ouvrant largement aux autres établissements de la région, et sur la communication

- poursuivre le développement de projets dans le cadre de PHRIP
- renforcer le partenariat développé avec les CHU de Bordeaux et de Toulouse et faire de l'inter région Sud Ouest Outre Mer une référence nationale en matière d'organisation de la recherche paramédicale.
- intégrer la recherche paramédicale au périmètre de travail du groupe interrégional sur le développement de la recherche clinique dans les établissements non CHU et ainsi aider au montage des dossiers PHRIP.

Aujourd'hui, l'activité de recherche paramédicale sur le CHU de Limoges est visible et en plein développement avec des projets qui continuent d'émerger au niveau des pôles d'activité. Cette dynamique donne du sens aux pratiques professionnelles, contribue à la découverte de nouveaux savoirs au bénéfice des patients et de leur entourage dans un processus d'amélioration continue de la qualité des soins.

4 L'enseignement

4.1 Une stratégie de formation universitaire pour accompagner l'activité de soin du CHU

Concernant la stratégie générale de formation dans les composantes santé de l'Université, une analyse du potentiel, des orientations et perspectives de développement en matière de pédagogie a été conduite avec l'aide externe du Professeur B. Charlin de l'Université de Montréal. Par ailleurs, l'UFR de médecine réfléchit actuellement au développement des outils technologiques innovants en enseignement.

L'offre de formation se caractérise par un partage avec d'autres composantes. Ainsi les UFR de médecine et de pharmacie partagent un Master avec l'UFR des sciences et techniques de l'Université de Limoges, mention sciences de la vie et de la santé, qui comporte plusieurs spécialités à orientation recherche ou professionnelles.

L'offre de formation spécifique au domaine de la santé proposée par les UFR de médecine et de pharmacie est significative et comprend les années d'études et diplômes suivants :

- Etudes médicales (PAES, PCEM2, DCEM1, DCEM2, DCEM3, DCEM4, internat et post-

internat)

- Etudes pharmaceutiques (PAES, P2, P3, P4, P5, P6, internat et post-internat)
- Etudes de sages-femmes (4 années)
- Institut de formation aux soins infirmiers (6 semestres)
- DEUST Délégué pharmaceutique et commercial de la santé
- DEUST Technicien de laboratoire de contrôle et de mise au point analytique
- Licence professionnelle Contrôle technique de l'immobilier : santé et sécurité de l'habitat
- Spécialité de Master 2 Distribution pharmaceutique
- Spécialité de Master 2 Neuroépidémiologie et parasitologie tropicales
- Capacités : Angiologie – Gériatrie – Médecine et biologie du sport – Médecine pénitentiaire – Médecine pratiques médico-judiciaires
- DFMS et DFMSA
- DU et DIU

Par ailleurs, sont en cours dans le cadre de la réforme pour une entrée dans le système LMD :

- 2^{ème} année des études pharmaceutiques
- 2^{ème} année des études médicales
- 2^{ème} année des études de sages-femmes.



Sont en cours d'habilitation les diplômes suivants :

- Master 2 « Produits de santé : développement et distribution » qui remplacera les Master 2 « Distribution pharmaceutique » et « Biotechnologie, développement des produits de santé, bioréactifs ».

- Licence Sciences du vivant avec l'UFR des sciences et techniques : 2 parcours propres au secteur santé : parcours BCM (Biologie et Chimie du Médicament) et MSD (Médicament-Santé-Distribution).

Il convient de noter l'implication forte de l'Université et notamment de ses composantes santé dans la formation au sein de l'Ecole de sages-femmes et des Instituts de formation aux soins infirmiers. Par ailleurs, c'est dans ce cadre qu'un projet de création d'une école paramédicale universitaire associant l'Université, le CHU et le Conseil Régional est en cours pour la formation des masseurs kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes et orthophonistes.

L'Université est aussi fortement présente dans la formation continue des professionnels. Les étudiants en formation continue ou permanente sont principalement inscrits en DU, DIU ou capacités. Néanmoins, les formations plus généralistes telles que DEUST, Master et Licence professionnelle peuvent accueillir des étudiants sous ces régimes. Le CHU de Limoges offre d'ailleurs, quel que soit le champ disciplinaire, une palette large de terrains de stage. Le CHU coordonnera ainsi, avec les UFR de médecine et de pharmacie, sa politique de développement dans le domaine notamment de l'évaluation des besoins en fonction de l'évolution de la démographie des métiers de santé et des besoins de santé.

4.2 Un processus engagé et un accompagnement à poursuivre : l'universitarisation des formations paramédicale et maïeutique

Deux formations sont déjà conduites sous un format universitaire. Il s'agit de la formation des infirmiers et des sages-femmes. Concernant les autres formations, l'avancée des projets de réingénierie diffère. Le projet de mastérisation de la formation des infirmiers anesthésistes apparaît comme le plus abouti aujourd'hui avec une probable rentrée sous le nouveau format dès 2012. En ce qui concerne les formations

d'IBODE et de Cadre de Santé, les discussions sont en cours pour une mise en place en septembre 2012, 2013, voire 2014.

4.2.1 La formation des infirmiers

L'universitarisation de la formation des infirmiers est en cours et nécessite une réingénierie complète du dispositif de formation tant sur le plan des enseignements (introduction des technologies de l'information et de la communication (TIC) avec participation renforcée des universitaires) que sur le plan des apprentissages en stage. Cette réforme s'inscrit dans le processus universitaire Licence-Master-Doctorat (LMD).

Le référentiel de formation des infirmiers a été créé en 2009 et s'inscrit dans une logique professionnelle et universitaire. En 2012, le diplôme d'état infirmier confèrera le grade de licence. Il s'agit d'un enjeu pour l'université car le conventionnement avec les universités est déterminant et l'intégration progressive de la formation infirmier à l'Université entraînera par un effet domino celle de toutes les formations paramédicales.

Cette réforme devra se faire de manière progressive pour garantir la qualité de l'action de formation et il s'agit d'enjeux importants pour la composante Santé de l'Université en nombre d'inscrits et en développement de l'enseignement à distance au sein de la Région Limousin. L'éloignement entre elles et l'Université des 6 IFSI de la Région Limousin (1500 étudiants) a nécessité en effet l'utilisation des TIC et l'emploi d'outils comme la visioconférence et l'enregistrement Podcast.

En 2012, la réforme est en cours. L'enseignement universitaire des 3 premiers semestres et leurs évaluations sont pris en charge pour les 6 IFSI (300 heures de cours). Une structure régionale de télé-médecine (CURES) prend en charge le téléenseignement.

Pour les 5 années à venir, le projet pédagogique de l'IFSI du CHU de Limoges visera à optimiser le dispositif de formation en identifiant les différentes articulations entre les enseignements universitaires et l'approche par les compétences.

Ce dispositif centré sur l'acquisition des compétences indispensables à l'exercice professionnel

infirmier, s'inscrira dans une logique de progressivité des apprentissages.

Sur le plan de la qualité, la réflexion menée actuellement par le groupe de pilotage devra s'appuyer sur les 3 axes stratégiques : le respect de la personne, la continuité de parcours, l'efficacité de la formation.

4.2.2 La formation des sages-femmes

La formation des sages-femmes a intégré en partie le cursus universitaire depuis 2002 avec le recrutement par PCEM1 puis depuis 2010 par la PACES. La réforme LMD a pris effet à la rentrée 2011 avec la création du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques (DFGSMa) donnant un grade de licence. La parution des textes inhérents au grade de master pour la formation de sage-femme devrait paraître durant l'été 2012 pour mise en place en septembre 2013. A partir de 2015, les diplômés auront le diplôme d'Etat de sage-femme et un grade de master.

La collaboration avec l'université et la faculté de médecine fait partie intégrante de la dynamique de l'école de sages-femmes depuis de nombreuses années.

Les 5 années à venir sont orientées vers :

- La mise en place complète de la réforme des études en développant le partenariat avec l'université et la mutualisation des cours avec les étudiants en médecine.
- L'universitarisation de l'école elle-même : une réflexion est en cours pour la création d'une structure associée à la faculté de médecine après conventionnement entre les différents acteurs concernés (le CHU, la Région et l'Université).
- Le développement de la formation conti-

nue : Pour cela, l'école organise tous les ans des journées sur différentes situations peu fréquentes mais urgentes comme la réanimation néonatale ou les manœuvres obstétricales. Un mannequin nouveau-né interactif est actuellement mis à disposition de l'école par la faculté de médecine ce qui a permis d'organiser des séances de simulation en réanimation néonatale pour les professionnels. Cette dynamique devrait se développer avec la mise en place d'un centre de simulation au sein de la faculté de médecine auquel est associée l'école.

-Le développement de la recherche en maïeutique.

Ces projets vont dans le sens d'un rapprochement des formations médicales et d'une coopération qui permettrait de développer la mutualisation entre les différentes filières (médecine, maïeutique, pharmacie) et la recherche en maïeutique.

4.2.3 La formation des infirmiers anesthésistes

Le processus de réingénierie du diplôme IADE est engagé depuis 2009. L'AERES évalue aujourd'hui l'existant pour les 29 écoles françaises et leurs possibilités de progression.

Le grade MASTER sera délivré par l'université au niveau de chaque école. La rentrée pour la nouvelle formation au format universitaire est prévue pour septembre 2012.

Dans ce contexte d'adossement à l'université et en particulier à la recherche, la part d'enseignements assurée par des enseignants chercheurs se voit développée afin de répondre aux critères universitaires.



Le nouvel arrêté ministériel prévoira prochainement un renforcement des missions de formation continue des écoles IADE.

Par ailleurs, une réponse en termes de formations complémentaires sera à apporter aux professionnels IADE déjà en poste souhaitant accéder à un grade MASTER dans le cadre de la VAE.

Ainsi, le projet de l'école IADE pour les 5 ans vise à :

- Construire et mettre en œuvre la nouvelle formation en 2012-2013 pour la 1ère année et 2013-2014 pour la seconde année.
- Répondre aux exigences de l'AERES en termes de qualification des enseignants (permanents et vacataires), et en termes d'adossés à la recherche d'ici 2015.
- Développer un programme de formation continue à la hauteur des nouvelles missions confiées aux écoles IADE : création de diplômes universitaires, simulation.

Dans cette perspective, l'université et l'école IADE vont être amenées à renforcer leur collaboration, à améliorer leurs performances, à co-construire de nouveaux parcours professionnalisant dans le cadre notamment des pratiques avancées, en lien avec leur domaine d'expertise.

4.2.4 La formation des cadres de santé

L'universitarisation de la Formation Cadre de Santé est en voie d'élaboration. Ainsi, le nouveau programme de formation et l'entrée dans le système LMD devraient être mis en place à la rentrée 2013, voire 2014.

Pour anticiper l'universitarisation de la formation cadre, l'IFCS du CHU de Limoges a établi depuis septembre 2011 un partenariat avec l'Institut d'Administration des Entreprises de l'Université de Limoges. Moyennant un certain nombre d'enseignements universitaires complémentaires, les étudiants cadres de santé ont la possibilité d'obtenir conjointement, après validation de leur cursus de formation, le Diplôme de Cadre de Santé et le Master 1 de « Management des Entreprises de la Santé et du Social ». Parallèlement, l'IFCS est partenaire et acteur d'un projet portant sur l'élaboration d'un Master en Sciences Infirmières, en partenariat avec l'Université de Lausanne.

L'universitarisation de la Formation Cadre va ouvrir la voie à la VAE et l'IFCS devra s'atta-

cher à offrir des parcours différenciés ou partiels pour répondre aux besoins et aux évolutions sociétales.

L'IFCS souhaite poursuivre et développer les actions de formation continue suivantes :

- La formation à la fonction tutorale (2 sessions par an en partenariat avec l'IFSI CHU et la Coordination Générale des Soins).
- La formation à la rédaction du protocole de recherche paramédicale en partenariat avec la CGS, l'UFRCB, et la DRC (2 sessions par an).

Les actions envisagées pour les 5 années à venir porteront sur :

- L'organisation de sessions de formation au management, destinées aux Cadres, aux Cadres Supérieurs de santé, et aux Cadres Administratifs.
- L'organisation de sessions de formation à la pédagogie destinées aux Cadres de Santé Formateurs.

4.2.5 La formation des infirmiers de bloc opératoire

L'universitarisation de la formation d'infirmier de bloc opératoire est en cours et pourrait être effective à la rentrée 2012.

Les orientations qui se dessinent, sont les suivantes :

- Une formation en 18 mois répartie sur 2 ans d'octobre à juin.
- Un retour chez l'employeur de début juillet à fin septembre en 1ère année en tant qu'infirmier(e).
- Une formation en alternance (50 % théorie – 50 % stage).

Pour les 5 ans à venir, l'Ecole d'IBODE souhaite poursuivre les actions de formation suivantes :

- « Le portefeuille de compétences » destiné aux IBODE et aux infirmières DE de bloc opératoire.
- Une formation d'adaptation à l'emploi pour les IDE nouvellement en fonction dans un bloc opératoire dont le but sera de promouvoir à la fois, l'attractivité pour la fonction d'IBODE et pour l'école d'IBODE du CHU de Limoges.

Un projet de formation continue proposant un perfectionnement des pratiques des IBODE sera également étudié.

4.2.6 Les autres formations dispensées : le rôle du Centre d'Enseignement des Soins d'urgence (CESU)

Le centre d'enseignement des soins d'urgence du CHU de Limoges a été créé le 7 octobre 1977.

L'évolution de la réglementation concernant les formations aux gestes et soins d'urgence intervenue en 2007 a fortement impacté son activité. Le CESU a dû réagir rapidement afin de répondre à des demandes de formation multipliées et dont il a l'exclusivité réglementaire. Avec aujourd'hui :

- plus de 1 000 AFGSU délivrés chaque année,
- la création en mars 2011 du RESUL (réseau d'enseignement des soins d'urgence du Limousin),
- le CESU a largement atteint les objectifs qui lui étaient assignés et a obtenu le 23 janvier 2012, après son rattachement au pôle Urgences-Réanimation, un nouvel agrément par le DGARS.

Les perspectives pour le projet 2012-2016 s'inscrivent dans la continuité des axes précédents :

- Professionnaliser la structure en renforçant les compétences des formateurs,
- Renforcer au niveau institutionnel l'adéquation formations / besoins, en particulier dans le champ du NRBC,
- Répondre aux besoins de formation des étudiants médecins et pharmaciens,
- Développer des formations ciblées dans le champ social et médico-social.

4.3 Des dispositifs et des outils innovants au service d'une politique de formation

4.3.1 Le rôle central de la simulation

La simulation en santé est un dispositif pédagogique intéressant autant la formation initiale que la formation continue (développement professionnel continu).

Elle s'adresse aux étudiants en médecine, aux médecins, aux sages femmes mais aussi aux étudiants des écoles paramédicales et aux professionnels déjà en activité.

Les disciplines prédominantes concernées par

la simulation sont :

- l'anesthésie-réanimation ;
- la médecine d'urgence ;
- la pédiatrie et la néonatalogie ;
- l'obstétrique et la maïeutique ;
- les soins infirmiers.

Les nouvelles exigences de l'apprentissage par simulation tant dans les professions médicales que paramédicales doivent conduire au développement indispensable du Centre Universitaire de Simulation en Santé qui est installé à la Faculté de Médecine de Limoges. Il s'agit là d'un axe de collaboration très fort entre la Faculté et le CHU.

4.3.2 Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), vers une généralisation de l'usage

L'évolution des modes d'enseignement, l'augmentation du nombre d'étudiants, toutes filières confondues, l'universitarisation des professions paramédicales rendent indispensables une approche nouvelle d'un enseignement partagé. D'autre part, la délocalisation des sites d'enseignement nécessite dans notre région une mutualisation des ressources et des compétences autour de l'enseignement. De même, la raréfaction des ressources médicales et l'éloignement des experts imposent des systèmes de recours adaptés au contexte.

Il existe actuellement un équipement de visioconférence dans le service de neurochirurgie qui a été le modèle pour le développement de l'enseignement et du diagnostic à distance. Sur ce socle des organisations ont d'ores et déjà été mises en œuvre depuis de nombreuses années notamment pour permettre le téléenseignement au bénéfice des étudiants des 6 IFSI que compte la région et soutiendront l'universitarisation des écoles paramédicales.

L'avenir passe ainsi par la création d'un centre mutualisé entre la Faculté de Médecine et le CHU de Limoges pour développer et structurer tant le télé-enseignement que la télémédecine (télédiagnostic, téléexpertise, téléconsultation...).

Pour répondre à ces enjeux d'aujourd'hui et de demain, un projet a été déposé dans le cadre du Grand Emprunt pour la création d'un CURRIPPS (Centre Universitaire Régional de Ressource pour l'Ingénierie Pédagogique des Professions de Santé).

③ Le patient

Troisième partie

LE PROJET DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

« D'un CHU de séjours à
un CHU de parcours »

Comment améliorer la qualité des soins et prévenir les risques ? Comment adapter les modes de prise en charge ? Comment améliorer les parcours de soins et développer les filières de prise en charge ? Comment assurer le respect des droits du malade, considérer la personne, acteur du soin, dialoguer avec les usagers ? Comment promouvoir la réflexion éthique ?

Pour tenter de répondre à ces questions, défis sans cesse renouvelés, le CHU souhaite faire d'une partie du projet médical, du projet de soins et du projet qualité, un projet unique et innovant : le projet de prise en charge médico-soignant des patients, acteur de sa santé.

Ce projet s'attache à promouvoir la qualité de la prise en charge en garantissant la qualité et la sécurité des soins et des pratiques professionnelles dans une approche pluridisciplinaire, en lien avec la recherche et l'innovation dans les soins. Il s'inscrit dans une démarche

continue d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques en assurant le maintien des compétences des professionnels et en les renforçant.

La référence de ce projet de prise en charge est le parcours du patient depuis son évaluation à domicile, son accueil en structure, jusqu'à l'organisation de sa sortie. Son but est d'optimiser la prise en charge pluridisciplinaire pour aboutir à une prise en charge efficiente à partir de recommandations de bonnes pratiques professionnelles et organisationnelles, et ainsi de :

- faire préférer le CHU de Limoges,
- transformer un CHU de séjours en CHU de parcours,
- consolider les fondamentaux de la prise en charge.

Afin de tenir compte de ces enjeux et de mettre en œuvre la feuille de route du CHU, le projet de prise en charge s'organise autour de 3 programmes d'action.



SOMMAIRE

Troisième partie Le projet de prise en charge des patients 75

1. Considérer le patient et dialoguer avec les usagers.....	77
1.1 La personne, au cœur de la prise en charge.....	77
1.2 Les usagers, pour nous aider à prendre soin.....	78
1.3 La bientraitance et la réflexion éthique, pour guider nos pratiques professionnelles	78
2. Offrir des soins de qualité en toute sécurité.....	79
2.1 Un dossier unique pour chaque patient.....	79
2.2 Une prescription des médicaments de qualité et adaptée.....	80
2.3 Des certifications et des démarches ciblées	81
2.4 Une évaluation des pratiques professionnelles et une accréditation individuelle des médecins.....	82
3. Adapter les modes de prise en charge et les parcours de soins	82
3.1 Développer les plateformes ambulatoires (objectif 7 du contrat de performance)..	82
3.2 Mieux programmer pour mieux prendre en charge l'urgence (objectif 5 du contrat de performance).....	83
3.3 Améliorer les parcours de soins en définissant les filières de prise en charge, dans les murs et hors les murs.....	84
3.4 Garantir l'efficacité des organisations médico-soignantes	89

1. Considérer le patient et dialoguer avec les usagers

1.1 La personne, au cœur de la prise en charge

►Respecter les droits du patient

Le CHU est résolument engagé dans le respect des droits du patient, au quotidien en renforçant ses actions, notamment :

- Garantir la confidentialité des informations liées aux patients dans le respect des règles professionnelles et poursuivre la formation des professionnels à ces règles.
- Rechercher et renforcer le consentement libre, écrit et éclairé du patient sur son état de santé et la prise de décision le concernant, et plus spécifiquement pour des actes comme l'assistance médicale à la procréation, le don d'organes, certains dépistages ou la participation à des études à des fins scientifiques.
- Optimiser l'accès à l'information concernant la santé et la prise en charge du patient et notamment l'accès au dossier médical.
- Généraliser les consultations médicales d'annonce du diagnostic grave avec présence paramédicale.
- Améliorer la diffusion de l'information par la mise à disposition de supports informatifs et éducatifs avec des traductions en langues étrangères et la possibilité d'avoir recours à des interprètes y compris dans la langue des signes.
- Faciliter l'accès du patient à l'information en cas de dommage lié aux soins.
- Organiser l'accompagnement psychologique et social du patient et de son entourage lors de son séjour hospitalier.
- Renforcer la traçabilité de la personne de confiance et du recueil des directives anticipées.

►Soulager la douleur

Le développement et l'optimisation de la prise en charge de la douleur aiguë, notamment péri-opératoire et/ou induite par les soins, et la douleur chronique des patients, sont un enjeu majeur pour le quotidien de la personne malade. Les équipes du CHU sont engagées dans la lutte contre la douleur et son soulagement ; pour autant, le sujet reste d'actualité et mérite de renouveler un plan d'action.

Les principales actions sont :

- Impliquer chaque pôle HU clinique dans

un contrat d'engagement contre la douleur.
-Systématiser l'évaluation et la traçabilité de la douleur à l'arrivée et pendant le séjour hospitalier.

-Harmoniser les protocoles de prise en charge médicamenteuse de la douleur.

-Améliorer la dotation des services en équipements adaptés comme les pompes à analgésie contrôlée par le patient par exemple.

-Poursuivre le développement des techniques de prise en charge non médicamenteuse et les formaliser.

-Promouvoir une unité transversale et mobile de prise en charge de la douleur en lien avec le Comité de lutte contre la Douleur (CLUD) en lui donnant une dimension régionale grâce entre autre à la télémédecine.

-Poursuivre la formation des professionnels médicaux et paramédicaux à la prise en charge de la douleur et à l'utilisation de matériel adapté.

►Accompagner la fin de vie

L'accompagnement de la fin de vie dans tous les pôles HU est indispensable en promouvant le travail du service d'Accompagnement et de Soins Palliatifs auprès des patients dans sa dimension institutionnelle et régionale.

Dans ce but, il s'agit de :

-Renforcer l'accompagnement des enfants en fin de vie par la mise en place d'une équipe mobile pédiatrique de soins palliatifs.

-Faciliter les interventions de l'équipe mobile de soins palliatifs.

-Privilégier les soins de confort et les soins relationnels.

-Favoriser la présence des familles et de l'entourage.

-Mettre en place des groupes de soutien ou d'expression pour les professionnels ou les aidants.

-Continuer à mesurer la satisfaction des patients et de leur entourage afin d'adapter les organisations mises en place.

-Développer la formation des professionnels à cette prise en charge.

►Prévenir le risque suicidaire

L'examen clinique du patient et l'entretien d'accueil permettent de repérer les facteurs de risque suicidaire. Cette recherche est renforcée notamment dans les secteurs de court séjour et

doit faire l'objet de transmissions ciblées.

La prise en charge de ces patients est améliorée aussi bien au niveau des services d'Urgences que des autres secteurs d'activité par l'intervention des équipes de liaison en psychiatrie. Les modalités d'intervention et de recours à ces équipes sont formalisées.

Les professionnels de santé médicaux et paramédicaux sont formés à l'identification et à la prise en charge du patient suicidaire.

1.2 Les usagers, pour nous aider à prendre soin

Le CHU de Limoges a toujours accordé une place fondamentale à la prise en compte des attentes et besoins des usagers.

La mise en place d'une **maison des usagers**, axe fort du précédent projet d'établissement, en témoigne. Située dans le hall d'accueil de l'Hôpital Dupuytren, elle offre un espace de convivialité, d'échanges d'information et de rencontre entre les associations et les patients. De même, le CHU met à disposition des associations des locaux sur l'ensemble de ses sites.

Depuis plusieurs années, afin d'apporter un soutien aux proches de patients âgés, et dans un souci de renforcer le lien ville-hôpital, le CHU offre les services du **relais des familles**. En partenariat avec des associations d'aide à domicile, des rencontres entre les aidants et des professionnels du secteur médico-social sont organisées afin de diffuser des informations théoriques et pratiques pour aider à l'accompagnement des parents âgés.

De nombreuses associations interviennent également auprès des enfants malades, notamment pour ceux hospitalisés en onco-pédiatrie.

Dans la continuité de cette politique, le CHU entend ouvrir un espace d'écoute et de prise en charge des patients qui inclura un Espace Rencontre et Information (ERI). Il sera destiné à accompagner les patients atteints de cancer (et leur entourage) tout au long de leur parcours de soins et à leur apporter soutien et conseils. L'ERI sera également un lieu de promotion de l'éducation thérapeutique. L'ERI constitue un

axe important du projet de création d'un Centre Régional du Cancer, projet permettant au CHU de Limoges de donner une meilleure visibilité à la filière de cancérologie au sein de la région.

Par ailleurs, la politique des droits des usagers est pleinement intégrée au programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Depuis l'automne 2011, le service des relations avec les usagers est rattaché à la direction Qualité et Gestion des Risques. Ce positionnement a vocation à enrichir les partenariats conclus avec les associations et à développer davantage d'actions en direction des usagers.

1.3 La bientraitance et la réflexion éthique, pour guider nos pratiques professionnelles

Le CHU de Limoges est doté d'espaces éthiques institutionnels afin de promouvoir la réflexion éthique et de la décliner au sein de l'ensemble des pôles HU en renforçant ainsi les actions de bientraitance et de lutte contre la maltraitance.

Le **Comité d'Éthique institutionnel** est composé de représentants hospitaliers médicaux, paramédicaux, administratifs et de personnalités extrahospitalières. Il a pour mission, au-delà des avis concernant la recherche clinique, de promouvoir la réflexion éthique institutionnelle. Il peut être saisi également en urgence pour émettre des avis sur des situations cliniques humainement complexes.

La **Cellule de Promotion de la Réflexion Éthique (CPRE)** de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) a pour missions de développer les connaissances et les compétences des professionnels paramédicaux dans les différents domaines de l'éthique autour du soin. Elle est aussi à l'écoute des équipes soignantes pour les accompagner dans leur questionnement éthique en lien avec leurs pratiques. Elle anime des soirées thématiques ouvertes à tous les professionnels et usagers et participe à divers enseignements et manifestations afin de diffuser la culture éthique dans l'établissement et à l'extérieur.

Dans le cadre spécifique de la recherche, et en complément de l'action du comité d'éthique, le **Conseil Scientifique et Méthodologique de la DRCI** examine globalement les projets de



recherche dont le CHU est amené à se porter promoteur, y compris sous l'angle éthique. Il a un but à la fois d'expertise scientifique des projets mais également un objectif pédagogique d'aide à leur optimisation.

Le **Comité de Protection des Personnes** est systématiquement saisi pour les projets de recherche biomédicale et pour les projets impliquant la constitution et l'utilisation de collections biologiques.

Un **projet de comité local d'éthique en expérimentation animale** est en cours de développement au niveau de l'Université, pour compléter les déclarations et les agréments du comité interrégional dédié et qui bénéficiera aux actions de recherche fondées sur l'expérimentation animale que le CHU prévoit de développer. A partir de ces expériences, le CHU a la volonté d'être moteur dans la construction d'un **espace éthique régional** permettant de promouvoir la réflexion éthique et la bientraitance au sein de la région, au service des usagers du système sanitaire et médico-social, en s'inscrivant dans le dispositif réglementaire très récemment complété.

2. Offrir des soins de qualité en toute sécurité

Le CHU a défini **une politique d'amélioration**

continue de la qualité et de la sécurité des soins, inscrite dans le projet qualité de l'établissement, soutenue par l'engagement de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et de la CSIRMT.

Cette politique met l'accent sur le développement d'une **culture partagée de la sécurité des soins** et s'appuie sur l'intégration, dans la pratique des professionnels, des fondamentaux de la gestion des risques.

Les priorités du CHU, en matière d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, sont de :

- Promouvoir et faire partager la culture qualité à l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux.
- Créer autour de la qualité une dynamique de projet tant en intra pôle qu'en inter pôle afin de capitaliser, faire savoir et confronter les actions mises en place.
- Introduire la qualité comme levier de pilotage pour l'institution en complément des indicateurs usuels dans le cadre de la contractualisation interne.

Pour ce faire, quatre objectifs opérationnels sont privilégiés.

2.1 Un dossier unique pour chaque patient

Le dossier du patient est un élément majeur de la sécurité et de la qualité de la prise en charge, en évitant également des actes inutiles.

Un préalable demeure indispensable : l'identitovigilance.

C'est pourquoi le CHU se dote d'une politique institutionnelle visant à garantir **une identification fiable et unique du patient** à toutes les étapes d'organisation et d'administration des soins et à optimiser le fonctionnement du système d'information hospitalier. Pour déployer cette politique d'identification, le CHU a mis en œuvre une **cellule d'identitovigilance** chargée d'une part de la mise en place des règles communes de saisie et de gestion des identités, consignées dans une charte d'identification institutionnelle, et d'autre part de la surveillance et de la gestion des risques liés à l'identification. L'identification du patient est renforcée par la généralisation du **port du bracelet d'identification** tout au long de son parcours de soin

dans l'établissement.

Le CHU met en œuvre une politique partagée du dossier patient en instaurant le **Dossier Patient Unique (DPU)**, dans lequel sont recueillies et conservées toutes les informations relatives à la prise en charge du patient.

Les règles de tenue et de gestion du DPU sont formalisées dans un guide qui tient compte des obligations citées dans le décret du 29 avril 2002, et rappelle les informations devant figurer dans le dossier et les modalités de leur classement, ainsi que l'organisation de l'archivage de ces dossiers.

La généralisation de ce dossier patient unique dans tous les services a pour but de garantir :

- ▶ Un contenu uniformisé,
- ▶ Une traçabilité et un partage par tous les acteurs des informations nécessaires à la prise en charge et à la continuité des soins,
- ▶ Un respect des droits du patient et de la confidentialité des données,
- ▶ Une traçabilité de l'information donnée au patient et/ou à la personne de confiance, et au médecin traitant.

La qualité de la tenue du dossier patient est évaluée annuellement dans le cadre de l'enquête nationale de la HAS. Des audits ciblés (dossiers de soins par exemple) viendront compléter le recueil des Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) afin de garantir le suivi, la pertinence et la qualité du dispositif DPU.

Par ailleurs, le CHU est impliqué dans le portage du projet de déploiement en région Limousin du **Dossier Médical Personnel (DMP)**. Ce

dossier, créé sur la demande expresse du patient, vise à faciliter l'échange d'informations entre les différents établissements de santé et les professionnels du secteur libéral. Dans ce cadre, le CHU s'engage dès 2012 à la création de dossiers médicaux personnels ainsi qu'à l'enclenchement de toutes les démarches nécessaires pour en garantir leur alimentation.

2.2 Une prescription des médicaments de qualité et adaptée

Le CHU de Limoges met en place, conformément à l'arrêté du 6 avril 2011, **un système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse**. De même, il est très fortement impliqué au niveau régional au sein de l'Observatoire des Médicaments, des Dispositifs et des Innovations thérapeutiques (OMEDIT).

La priorité pour le CHU est de sécuriser le circuit du médicament et d'en maîtriser toutes les étapes : prescription, dispensation, préparation, approvisionnement, détention et stockage, transport, administration, information du patient et surveillance du traitement.

Cette sécurisation passe par :

- le respect de la réglementation,
- la mise en place d'un support unique de prescription-administration des médicaments,
- la généralisation de la prescription informatisée à tous les services,
- le développement d'une organisation permettant l'analyse de prescriptions nominatives,



- l'évaluation du circuit du médicament,
- la gestion du risque iatrogène médicamenteux,
- la communication autour du bon usage du médicament,
- la promotion de l'éducation thérapeutique des patients.

2.3 Des certifications et des démarches ciblées

La dynamique qualité est impulsée sur l'ensemble des services du CHU. Des accompagnements ciblés sont en place et se développent, conformément aux démarches mentionnées dans les différents projets de pôle.

De nombreuses démarches volontaires de reconnaissance externe sont soutenues par l'institution et orientées vers la sécurité des soins et la satisfaction des patients-usagers et des différents partenaires de l'établissement.

Des démarches effectives sur différents secteurs bénéficient d'un accompagnement de proximité :

- Certification NF EN ISO 9001 : blanchisserie, unité de production cuisine, unité de traitement des déchets d'activité de soins à risque infectieux, stérilisation, unité des essais cliniques, centre d'assistance médicale à la procréation, laboratoire de parasitologie.
- Certification NF EN ISO 22000 : unité de production cuisine.
- Certification NF EN ISO 14001 : unité de traitement des déchets d'activité de soins à risque infectieux.
- Accréditation COFRAC NF EN ISO 15189 : laboratoire du CHU (8 services).
- Accréditation COFRAC NF EN ISO / CEI 17205 : laboratoire (biologie médicale, biologie médicolégale, unité légionnelle).
- Accréditation JACIE : hématologie clinique et thérapie cellulaire.
- Certification ABM pour la Coordination Hospitalière des Prélèvements d'Organes et de Tissus.
- Evaluation externe au niveau de l'Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) Dr Chastaingt (secteur médico-social).
- Labellisation HAS des centres de maladies

rares (centre de référence des amyloses primitives, centre de référence des neuropathies périphériques).

D'autres démarches en phase projet sont également encouragées et suivies :
Certification NF EN ISO 9001 : unité de nutrition parentérale.

Le contexte législatif et réglementaire de la recherche biomédicale étant devenu extrêmement exigeant, le CHU de Limoges s'est engagé de manière particulière dans la démarche qualité en recherche. La stratégie scientifique du CHU intègre donc et encourage la dynamique de certification et de démarches de qualité ciblées, en complément de l'action transversale menée par la DRI :

- la démarche la plus aboutie concerne l'Unité des Essais Cliniques de la Pharmacie : première unité en France à avoir obtenu cette certification, l'UEC a été certifiée ISO 9001, version 2008, le 1er octobre 2010 et poursuit le processus.
- une démarche qualité spécifique est en cours de mise en place au sein du CIC-P 0801, dynamisée par les recommandations de l'audit Inserm de janvier 2012.
- Un Centre de Ressources Biologiques doit se développer et il intègre une démarche de certification NF S96-900. La Tumorothèque du CHU, dans ce cadre, est précurseur dans la mise en œuvre de cet objectif
- La démarche d'accréditation EN 15189 engagée par le laboratoire du CHU va développer la culture qualité au sein du pôle et permettre de garantir et de tracer la qualité des analyses qui y sont réalisées dans le cadre des projets de recherche.

L'établissement s'implique également dans le suivi des visites d'inspection (Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé, Autorité de Sûreté Nucléaire, etc.) et œuvre pour le déploiement de systèmes de management de la qualité auprès des secteurs d'activité à risques majeurs. Un accompagnement des professionnels est décliné dans les démarches d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques appliquées à ces secteurs, au niveau notamment des services de Médecine Nucléaire et de Radiothérapie, de la Salle de

Naissance, du Lactarium et du Bloc Opératoire.

2.4 Une évaluation des pratiques professionnelles et une accréditation individuelle des médecins

Il s'agit de faire de la démarche qualité un outil d'amélioration des pratiques et d'accompagnement du changement.

L'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) fait l'objet d'un engagement collectif et d'un soutien particulier de l'institution. A cette fin, des référents qualité médicaux et paramédicaux sont désignés et formés au niveau des pôles. Ces référents sont impliqués dans le nouveau collège des EPP constitué fin 2011. Ce collège intègre les nouvelles exigences réglementaires de la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) et du décret du 30 avril 2010 relatif à la CME dans les établissements publics de santé. Des missions ont été définies afin notamment de valoriser les EPP, de valider le programme d'EPP de l'établissement, d'assurer une cohérence des thématiques d'EPP engagées, et d'organiser la communication autour de ces EPP. Le Collège des EPP intègre la démarche d'EPP conduite par le Comité de l'Évaluation de la Qualité des Pratiques Paramédicales (CEQPP) issu de la CSIRMT.

L'engagement dans la démarche de généralisation des EPP à l'ensemble des secteurs de l'établissement porte aussi sur les actions suivantes :

- Renforcer les staffs pluridisciplinaires.
- Elargir et partager la pratique d'audits et de comités de retour d'expérience (CREX).
- Poursuivre les revues de morbidité- mortalité (RMM).
- Privilégier les EPP à dimension collective portées par des équipes pluri-professionnelles et pluridisciplinaires.
- Systématiser le dépistage, l'amélioration et la prévention des situations à risque : dénutrition, maltraitance, escarres, chutes, infections nosocomiales, etc.
- Optimiser le délai d'envoi des courriers de sortie dans les délais réglementaires.
- Appliquer la revue de pertinence des soins.
- Développer les analyses de situations ou analyse de pratiques réflexives auprès des équipes paramédicales et médicales.

L'accréditation individuelle des médecins, et notamment pour les spécialités à risque, reste à développer et à articuler avec le Développement Professionnel Continu (DPC) des praticiens hospitaliers.

3. Adapter les modes de prise en charge et les parcours de soins

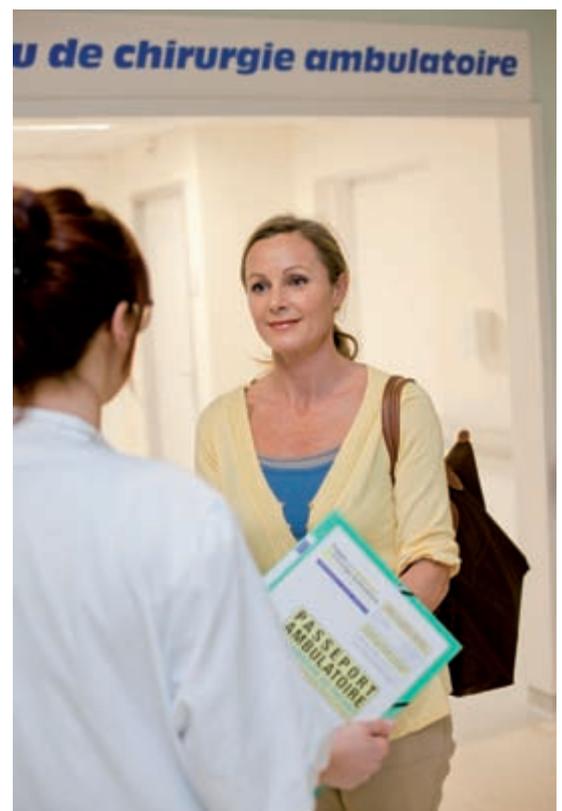
3.1 Développer les plateformes ambulatoires (objectif 7 du contrat de performance)

L'évolution des pathologies et le progrès médical comme les attentes des patients transforment les réponses à apporter dans la prise en charge. La prise en charge en hospitalisation complète, médicale comme chirurgicale, n'est plus la modalité de prise en charge de référence.

Le CHU est déjà engagé dans la prise en charge ambulatoire et dans le cadre de son projet d'établissement, cette modalité, tant en chirurgie qu'en médecine, est un élément essentiel de son plan de modernisation.

Elle fait également l'objet d'un objectif particulier du contrat de performance.

Les capacités de son Plateau de Chirurgie



Ambulatoire (PCA) sont amenées à augmenter progressivement pour atteindre 40 places sur l'Hôpital Dupuytren et 30 places à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant afin de mieux répondre à la demande des patients ainsi qu'à l'évolution des techniques médico-chirurgicales.

Pour se réorganiser dans cette perspective ambulatoire, les pôles HU cliniques bénéficient des projets de restructuration de 2 pôles HU :

- L'individualisation dès 2012 d'un hôpital de jour médico-chirurgical de la femme et de l'enfant d'une capacité de 30 places pour mieux répondre aux demandes des patients et à l'évolution de l'activité médico-chirurgicale du pôle Mère-Enfant ainsi qu'à la saisonnalité de cette activité.

- L'individualisation d'un plateau partagé de consultations externes et d'explorations fonctionnelles et le regroupement des hôpitaux de jour et de semaine dans le nouveau bâtiment du pôle Clinique Médicale à l'horizon 2014.

De nouveaux modes de prise en charge ambulatoire tel l'accueil de nuit peuvent être développés si nécessaire au bénéfice d'une activité ou d'une demande de patients.

3.2 Mieux programmer pour mieux prendre en charge l'urgence (objectif 5 du contrat de performance)

La meilleure prise en charge des urgences par l'ensemble du CHU est une priorité. L'institution a décidé de renouveler les missions et la composition de la Commission des admissions non programmées et de revenir à l'esprit sinon à la lettre des textes de 2003. Mieux prendre en charge les urgences suppose de revoir concomitamment la gestion de l'activité programmée. L'accueil et la prise en charge du patient sont organisés selon la spécificité des pôles mais aussi des services, filières de soins et modes d'hospitalisation et à partir de procédures institutionnelles. Elles sont fondées sur le respect des droits des patients, l'approche pluridisciplinaire et la coordination des soins.

Les organisations prennent en compte les capacités d'accueil et les ressources humaines affectées et doivent permettre de s'adapter à l'activité. Un des garants du bon fonctionnement de

ces organisations est **la définition de chemins cliniques médico-soignants**, notamment pour les pathologies prévalentes prises en charge dans les structures de soins du CHU.

Deux modes d'entrée au sein de ces structures de prise en charge sont identifiés :

►La prise en charge programmée du patient

L'hospitalisation programmée du patient est organisée au plus tôt (consultation externe ou appel téléphonique du médecin traitant) et dans son intégralité, **de l'entrée à la sortie**. Les examens complémentaires, explorations fonctionnelles, modalités de soins, transferts prévisibles sont planifiés. Pour cela, les structures développent de nouvelles fonctions comme gestionnaire de lits ou coordonnateur des activités de soins.

En complément de l'ambulatoire, des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle sont renforcées comme la mise en place de l'hospitalisation de semaine ou le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD).

La sortie du patient est anticipée et organisée afin de répondre au mode de sortie le plus adapté à ses besoins, d'assurer la meilleure continuité des soins et d'éviter une réhospitalisation précoce. Dans ce but, il est impératif que le patient sorte de l'hôpital avec les courriers et ordonnances nécessaires à la continuité de sa prise en charge.

Les sorties sont réalisées avant midi de façon à permettre l'accueil dès le début de l'après-midi des patients programmés et des patients admis par le service des Urgences.

►La prise en charge non programmée du patient

Le CHU met en place des actions en amont et en aval des services d'Urgences (adultes et pédiatriques) pour améliorer la prise en charge des patients non programmés, et diminuer le temps d'attente aux Urgences.

- En amont**, le CHU redéfinit sa place dans la permanence des soins, en lien avec la médecine de ville et les partenaires de la CHT et développe une politique de communication en

direction :

- de la médecine libérale, sur l'**accessibilité** à un conseil diagnostique et thérapeutique auprès des médecins hospitaliers ;
- de la population, sur l'offre et la permanence des soins, et le **bon usage du service des Urgences**.

-**En aval**, le CHU implique chaque pôle HU dans la prise en charge des patients venant des Urgences en termes :

- d'**accessibilité aux compétences** des spécialistes ;
- de **mise à disposition de lits adaptés** aux motifs d'hospitalisation de ces patients.

Le CHU doit améliorer le dispositif de connaissance de la disponibilité des lits dans les services par :

- l'**anticipation annuelle des fermetures saisonnières des lits** grâce au renforcement du rôle de la commission des admissions non programmées ;
- l'amélioration de l'outil de transmission des données sur la **disponibilité quotidienne des lits**.

Pour faciliter l'accueil des patients non programmés, les acteurs internes des structures de soins s'engagent à promouvoir les **entrées directes**, ainsi que le lissage de l'activité programmée en fonction, bien entendu, du mode d'hospitalisation, de la capacité d'accueil et des sorties programmées avant midi. De plus, l'organisation de certains parcours patients (personne cardiaque, vasculaire, neurologique, âgée) doit permettre également d'améliorer le flux de patients dans le service des Urgences ainsi que les délais de prise en charge.

Une cellule d'ordonnancement des lits sera mise en place au CHU afin d'améliorer la gestion des lits de court séjour, en programmant les entrées en fonction des modes d'hospitalisation proposés, des capacités d'accueil disponibles et des actes diagnostiques et thérapeutiques planifiés. En lien avec les services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et d'HAD, elle aura aussi pour objectif, dès la programmation de l'entrée du patient, d'anticiper sa sortie grâce à la connaissance de sa durée de séjour prévisionnelle et de sa situation socio-familiale.

3.3 Améliorer les parcours de soins en définissant les filières de prise en charge, dans les murs et hors les murs

La finalité est d'assurer un haut degré de technicité et de professionnalisation de l'offre de soins au sein du CHU de Limoges, à toutes les étapes du parcours du patient et de sa prise en charge, en continu sur les 24 heures, et dans le contexte de la CHT.

C'est aussi de contribuer à **réduire les inégalités** sociales et territoriales de santé et à **garantir l'accès** pour tous, sans perte de chance, à l'offre de premier recours.

3 objectifs sont poursuivis.

► Renforcer les collaborations territoriales

Le CHU de Limoges a mis en place, depuis plusieurs années, des coopérations nombreuses avec les établissements de son environnement régional, et même au-delà des limites de la région Limousin. Ces coopérations sont concrétisées notamment par des conventions de réservation de lits de SSR, par la présence de consultations avancées dans des établissements de santé, et par des collaborations spécifiques dans certaines spécialités (par exemple la cardiologie interventionnelle, la chirurgie cardiaque, l'hématologie) et dans certains domaines techniques (fonctions logistique, systèmes d'information).

Il doit, dans les années 2012 à 2016, poursuivre le développement de ses collaborations territoriales, dans le cadre notamment de la Communauté Hospitalière de Territoire. Ainsi, et conformément au projet de territoire de la CHT du Limousin, et aux évolutions de ce projet qui seront validées au cours de l'extension régionale de la CHT, des filières de soins devront être mieux structurées.

• Au niveau régional :

- la filière oncologique devra être structurée, autour de l'institut régional du cancer, afin de rendre visible et fluide un parcours de soins du patient cancéreux dans le cadre des établissements publics et des établissements associés, intégrant chaque étape de cette filière, sur l'ensemble du territoire régional

de santé (dépistage, consultations, hospitalisation, chimiothérapie, radiothérapie, soins de suite), afin de réaliser une gradation efficace des soins en oncologie ;

- la filière AVC devra être structurée aussi afin de renforcer, comme cela a été fait dans d'autres régions, le lien entre les services prenant en charge les AVC en Limousin, et d'améliorer la complémentarité entre eux, ce qui sera le moyen de renforcer la sécurité des patients concernés ;

- la filière régionale cardiologique permettra aussi d'assurer à la fois le maillage du territoire en termes de présence et de diffusion de l'expertise du CHU, et de rendre plus sûre et efficace la gradation des soins dans cette spécialité ;

- la structuration de la filière gériatrique permettra d'apporter le bénéfice de l'expertise du CHU dans cette spécialité pour laquelle le Limousin présente des spécificités évidentes.

- Au niveau de proximité, c'est-à-dire principalement du département de la Haute-Vienne :

- dans toutes les spécialités, le CHU doit renforcer les filières d'aval avec les établissements de proximité ; pour cela, il signera des conventions de partenariat, formalisant la réservation de lits de soins de suite au bénéfice de ses patients, cette réservation de lits devant, chaque fois que c'est possible, prendre sa place dans le cadre plus large de coopérations générales et multisectorielles ;
- l'oncologie sera notamment une spécialité où les coopérations de proximité devront se développer, dans la suite notamment de la mise en place d'une UCOG ;

- le CHU de Limoges a vocation aussi à continuer à développer le maillage du territoire départemental au moyen de consultations avancées, dans toutes les spécialités là-aussi, chaque fois que ses effectifs médicaux le permettent.

► Améliorer l'accès aux compétences du CHU

L'objectif du CHU est de consolider le **réseau ville-hôpital** sur la base de relations de réciprocité, de temps d'échange et de réflexion collective pour une continuité et une coordination effective entre les différents acteurs des

parcours de soins. Il s'agit donc de développer le partage d'informations entre ces acteurs, y compris par des moyens innovants comme les newsletters régulières, des RMM ouvertes aux professionnels libéraux, le e-learning à destination des médecins de ville. Il s'agit de faciliter l'**accessibilité des professionnels** de santé du secteur libéral, de la médecine scolaire et des autres établissements à l'ensemble des compétences du CHU.

Le CHU souhaite en effet investir le champ de la **facilitation du parcours de soins** en y associant le patient, sa famille, ses proches et ses professionnels libéraux de santé, et ainsi :

- Améliorer l'accès à l'ensemble des compétences du CHU (accès aux avis spécialisés).

- Garantir l'accès aux soins des personnes démunies (permanence d'accès aux soins de santé), porteuses d'un handicap (physique, mental ou sensoriel) ou en situations spécifiques (Unité de Soins de Longue Durée pour des patients jeunes).

- Renforcer la lisibilité du parcours patient vis-à-vis de l'extérieur (patient, famille et médecin traitant).

- Réduire les délais pour obtenir des rendez-vous à la fois pour les consultations et les examens complémentaires.

- Rendre plus opérationnelles les filières d'aval.

► Organiser les parcours patients

Le CHU dispose de différents leviers d'amélioration des étapes du parcours patient comme :

- l'accessibilité à l'expertise médicale et paramédicale ;

- la pluridisciplinarité ;

- la poly compétence ;

- la coopération inter pôles ;

- l'accompagnement psychosocial du patient de son entrée à sa sortie de l'hôpital ;

- l'organisation de son séjour hospitalier et de son devenir à l'issue de ce séjour.

L'activation de ces leviers est le garant d'une réduction des occupations inappropriées des lits, notamment pour les personnes âgées poly pathologiques. Ces inadéquations sont préjudiciables à des prises en charge de qualité et à l'amélioration rapide de l'état de santé des

patients, le maintien de leur autonomie et la prévention de complications potentielles.

Le CHU est particulièrement vigilant sur certains parcours patient :

►La prise en charge du patient en cancérologie

La cancérologie est une des priorités institutionnelles. L'absence en Limousin d'un centre de lutte contre le cancer et la nécessité de consolider son positionnement, notamment en chirurgie carcinologique, conduit le CHU de Limoges à individualiser et à mettre en place un véritable Centre Régional du Cancer.

Il est donc nécessaire de faciliter l'accessibilité et la lisibilité de la filière cancérologique en Limousin et d'optimiser l'organisation des soins en regard des besoins actuels des patients atteints de cancer, tout au long de leur parcours en respectant les procédures de l'Institut National du Cancer (INCa).

En pratique, il s'agit de :

- Centraliser la prise en charge ambulatoire des tumeurs solides et les chimiothérapies en hôpital de jour d'oncologie ;
- Organiser la prise en charge du patient notamment au sein de plateaux partagés de consultations ;
- Généraliser les consultations médicales d'annonce du diagnostic avec présence paramédicale.
- Utiliser des supports de transmissions spécifiques et adaptés afin d'assurer la continuité des soins et permettre au patient de détenir les informations essentielles tel que

le Programme Personnalisé de Soins (PPS).
-Faciliter l'accessibilité aux résultats des examens complémentaires.

-Renforcer et coordonner la prise en charge onco-gériatrique.

-Développer et formaliser les programmes personnalisés de soins.

-Mettre en place un espace d'écoute, de soutien et de prise en charge du patient atteint d'un cancer.

-Réorganiser les postes supports aux soins.

►La prise en charge du patient âgé

La prise en charge de la personne vieillissante est une priorité du projet d'établissement 2012-2016 dans la continuité du précédent.

Les structures innovantes proposées au sein du CHU de Limoges sont reconnues sur le plan régional et national tels :

- l'Unité de Prévention de Suivi et d'Analyse du Vieillessement (UPSVA) qui est en cours d'extension à la région Limousin ;
- l'Unité de Recours et

de Soins en Gériatrie (URSG) ;

-la régulation en journée par un gériatre des appels téléphoniques des professionnels de santé ;

-l'accès aux consultations spécialisées en gériatrie et à l'évaluation gériatrique.

Les actions à développer dans le cadre de ce projet de prise en charge peuvent être résumées comme suit :

-Coordonner l'évaluation à domicile des personnes âgées dans le cadre de la prévention à la rupture d'autonomie.

-Créer un centre de référence de la poly pathologie de la personne vieillissante permettant une prise en charge par filière.



-Renforcer le rôle de l'équipe mobile gériatrique au sein du service des Urgences et des pôles HU, notamment en chirurgie.

-Restructurer et « sénioriser » la filière de prise en charge spécialisée de la traumatologie de la personne âgée.

-Mettre en place une unité mobile médico-soignante sur des problématiques transversales (poly pathologie, chute, iatrogénie, escarre, pansement, dénutrition, etc.).

-Améliorer l'accueil et la prise en charge médicalisée spécifique de la personne âgée dans les services de court séjour et notamment en chirurgie.

-Développer les compétences médico-soignantes dans les services de court séjour sur la prise en charge des personnes âgées.

-Promouvoir la bientraitance.

-Reconnaître le rôle des aidants naturels.

-Faciliter les partenariats avec les EPHAD et les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) grâce aux techniques de télémédecine et de domotique.

-Favoriser les prises en charge ambulatoire et le recours à l'HAD chaque fois que cela est compatible avec la situation de soins et la situation socio-familiale de la personne âgée.

►La prise en charge du patient dans le cadre d'une transplantation d'organe

La greffe d'organes reste une thérapeutique d'exception, elle exige une prise en charge médico-soignante d'excellence. Le CHU s'engage dans ce sens afin de maintenir et développer les greffes de reins et de cœur à Limoges.

La qualité et la sécurité du parcours du patient candidat à une greffe puis greffé dépendent d'une équipe pluridisciplinaire experte où le rôle de chacun, en lien avec ses compétences et ses missions, est déterminant.

Le processus repose sur une définition claire des indications donnant lieu à des propositions thérapeutiques éclairées, une articulation efficace entre les acteurs de ville et les acteurs de l'hôpital pour une cohérence des actions thérapeutiques.

De ce fait, cette activité doit être structurée, organisée, coordonnée, évaluée. La mise en place de la Fédération des greffes d'organes témoigne de la volonté du CHU de Limoges d'organiser la collaboration médico-soignante,

c'est-à-dire la pluridisciplinarité entre médecins, chirurgiens, réanimateurs, anesthésistes, cadres paramédicaux, infirmières coordonnatrices de prélèvements, équipes paramédicales ainsi que l'harmonisation et l'évaluation des pratiques professionnelles. L'écriture du parcours du patient identifiera, à toutes les étapes, les acteurs, les protocoles, et y associera les règles de bonnes pratiques et les recommandations. Toutes les dimensions du soin y seront représentées et notamment, l'information du patient, la réhabilitation pré et post greffe, les règles d'hygiène.

D'autre part le CHU de Limoges souhaite renforcer, consolider et formaliser les activités de suivi sur son site des patients transplantés en dehors de la région Limousin (greffe hépatique et pulmonaire). Il souhaite aussi consolider l'activité de greffe de moelle et anticiper les évolutions thérapeutiques et technologiques en amont et en aval de la transplantation d'organe, notamment dans la prévention, le dépistage, le développement de la biothérapie et l'éducation thérapeutique.

►La prise en charge du patient souffrant de troubles cardio-vasculaires

La réorganisation complète de la filière cardiaque et vasculaire périphérique doit se faire de façon transversale au sein du CHU et en lien avec les partenaires externes de la CHT et les professionnels libéraux, en développant sur le plan régional la télémédecine dans ses différentes dimensions.

Le fil rouge de cette réorganisation est le développement de l'interventionnel sous anesthésie (rythmologie et endovasculaire) ainsi que la réhabilitation cardiaque.

Sur le plan organisationnel, il s'agit de :

-Mettre en commun des moyens pour toutes les actions de prévention, de dépistage, et de traitement à la fois sur le plan cardiaque et vasculaire, dans le cadre de la restructuration du pôle Cœur-Poumon-Rein.

-Faciliter l'ensemble du parcours de soins depuis la lisibilité vis-à-vis des patients et médecins, l'obtention d'un rendez-vous rapide à la fois pour les consultations et les

examens complémentaires, et la sortie en SSR dans les filières d'aval.

-Organiser l'accueil et la prise en charge rapide du patient présentant une douleur thoracique.

-Renforcer la filière de prise en charge spécialisée d'un infarctus du myocarde en amont et en aval de l'hospitalisation en Unité de Soins Intensifs de Cardiologie.

►La prise en charge du patient présentant un déficit neurologique brutal

Le devenir de ces patients peut être amélioré par une prise en charge organisée dans une filière clairement identifiée et spécifiquement structurée comportant une prise en charge en urgence dès les premiers signes cliniques, une hospitalisation en service aigu, en unité neurovasculaire notamment puis, en fonction de la récupération, le transfert en SSR ou le retour au domicile.

La prise en charge adaptée de l'urgence neurologique permet la mise en place rapide de procédures diagnostiques et thérapeutiques adéquates favorisant la récupération.

Mais l'amélioration de la prise en charge globale ne peut se concevoir sans une amélioration de la filière d'aval. Elle implique les établissements de SSR mais aussi, pour le retour au domicile, le secteur sanitaire et/ou médico-social ainsi que l'HAD. Tout patient doit pouvoir bénéficier, si son état le nécessite, de soins de suite adaptés et d'une aide à la réinsertion.

Sur le plan opérationnel, il s'agit, dans la chronologie du parcours patient, de :

-Œuvrer à une meilleure communication auprès de la population et des professionnels de santé de la région.

-Fluidifier le parcours au sein du service des Urgences.

-Améliorer l'accessibilité à l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) 24 heures sur 24.

-Adapter les capacités d'accueil de l'Unité de Soins Intensifs Neuro Vasculaire et de l'Unité Neuro Vasculaire (UNV).

-Individualiser l'UNV.

-Optimiser le recours à l'évaluation par un neurologue pour chaque déficit neurolo-

gique admis ailleurs que dans l'UNV.

-Réduire les délais pour la réalisation des explorations fonctionnelles cardio-vasculaires.

-Faciliter les interfaces avec l'ensemble des SSR du territoire de santé.

►La prise en charge du patient en traumatologie

L'amélioration de cette prise en charge devient une des priorités du projet de prise en charge de par l'importance des flux des patients et la nécessité pour le CHU d'offrir une prestation de qualité en réponse à cette demande.

Un travail de collaboration entre urgentistes et orthopédistes traumatologues doit permettre de garantir le meilleur service rendu aux patients, dans le cadre d'une véritable filière de prise en charge.

L'élément central de la nouvelle organisation est la « séniorisation » de la prise en charge de ces patients, ambulatoires ou hospitalisés, dès l'arrivée dans le service des Urgences adultes.

Une fois le diagnostic posé et la conduite à tenir décidée, le patient qui ne nécessite pas d'acte chirurgical quitte le service des Urgences avec un courrier à l'attention de son médecin traitant et les éléments administratifs nécessaires.

Par contre s'il nécessite une prise en charge chirurgicale :

-soit il peut être pris en charge en chirurgie ambulatoire et quitte les urgences avec un rendez-vous pour revenir au PCA 24 ou 48 heures plus tard ;

-soit il doit être hospitalisé et il est admis dans une zone post urgence dans le service d'Orthopédie-Traumatologie.

Les staffs pluridisciplinaires (urgentiste, orthopédiste et radiologue) sont à développer, notamment pour la relecture des radiographies des patients ambulatoires, mais aussi pour développer les partages et transferts de compétences. Les compétences des paramédicaux seront également actualisées et renforcées sur ce type de prise en charge.

►La prise en charge du patient dans sa globalité

Le CHU de Limoges encouragera et proposera aux patients admis dans ses différents pôles d'activité clinique des prises en charge globales lorsque leurs situations de soins le demandent.

C'est le cas des patients souffrant de troubles nutritionnels et/ou de désadaptation fonctionnelle lors de l'hospitalisation. Une réhabilitation avant le retour à domicile, tant sur le plan de la nutrition que de la réadaptation fonctionnelle, leur sera proposée.

Le CHU de Limoges a mis en place une Fédération de Rééducation afin de développer et de renforcer la prise en charge transversale du patient dans sa globalité. L'objectif de cette fédération est de coordonner les actions des rééducateurs médicaux et paramédicaux afin de prévenir, réduire ou compenser les conséquences fonctionnelles, physiques et sociales des déficiences, incapacités ou handicaps des patients et de restaurer leur autonomie.

Le dépistage des troubles nutritionnels s'inscrit dans les priorités de Santé Publique. Pour cela le CHU de Limoges a mis en place un Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN) qui a vocation à participer à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients, et à la qualité de l'ensemble de la prestation



alimentation-nutrition. Le CHU de Limoges souhaite également systématiser le dépistage de ces troubles au cours des 48 premières heures du séjour par la traçabilité et la prise en compte de l'Indice de Masse Corporelle (IMC). Le CHU de Limoges intègre le repas dans le processus de soins avec l'identification de la fonction d'hôtesse, le développement des consultations diététiques, la réduction du jeûne nocturne ainsi que l'organisation d'ateliers d'éducation thérapeutique sur la prévention des troubles nutritionnels.

La prise en charge globale s'impose aussi dans le cas des patients atteints d'une maladie chronique pour lesquels les compétences en **éducation thérapeutique** des professionnels médicaux et paramédicaux doivent être développées, compte tenu de l'étendue des besoins (maladies cardio-vasculaires, diabète, obésité, hémiparésie post AVC, fonctions viscérales périnéales post médullaires, patients irradiés au niveau de la sphère ORL, mucoviscidose, asthme, insuffisance respiratoire, insuffisance rénale, trachéotomie, polyarthrites inflammatoires, douleur chronique, addictologie, éducation sexuelle, etc.) et de la prévention des complications nécessaires pour limiter les hospitalisations.

Le transfert des compétences dans ces domaines sera organisé à l'attention des professionnels médicaux et paramédicaux, libéraux ou des différents établissements de santé par des actions de formation. L'organisation de RMM régionales et d'études de cas partagées sont autant de leviers pour réfléchir ensemble, acteurs hospitaliers, de ville et médico-sociaux, aux actions à entreprendre pour améliorer l'état de santé des populations vulnérable et/ou isolées.

3.4 Garantir l'efficacité des organisations médico-soignantes

L'ambition du CHU est de promouvoir la coopération intra-pôles et inter-pôles afin de :

- Faciliter les interfaces entre les différents secteurs et promouvoir les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) afin de décloisonner les prises en charge.
- Renforcer le rôle et le recours aux différentes équipes mobiles institutionnelles ainsi que leur ouverture en dehors du CHU

(Hémipass, plaie et cicatrisation, gériatrie, soins palliatifs, douleur, etc.).

-Développer les expertises professionnelles et la coopération professionnelle.

-Mettre en œuvre la contractualisation des pratiques paramédicales avancées et des nouvelles coopérations.

Au sein des pôles, les secteurs de consultations et soins externes, les secteurs d'explorations fonctionnelles et les secteurs interventionnels sont en général organisés selon la logique de spécialité. Les circuits des patients ambulatoires ou hospitalisés s'en trouvent fortement complexifiés. L'enchaînement des rendez-vous génère des venues et des transports multiples. Les délais de rendez-vous sont importants. La mutualisation géographique de ces secteurs permettrait de concrétiser des marges d'optimisation importantes en termes de ressources humaines et de coût tout en améliorant les délais de rendez-vous, la qualité des services rendus et l'efficacité des organisations.

Dans la continuité des projets de pôles, les coopérations inter pôles sont à formaliser, partager, évaluer et adapter, notamment entre les pôles HU transversaux (Plateau Médico-Technique, Biologie- Hygiène, Urgences-Réanimation, Personnes Agées et Soins à Domicile) et les autres pôles cliniques.

Au niveau du Bloc Opératoire, la restructuration déjà entreprise par le conseil de bloc est à poursuivre :

-Les modes de planification et de programmation doivent être optimisés au regard des possibilités structurelles d'accueil.

-La mutualisation du bloc tant des locaux que du matériel, du personnel et des pratiques doit devenir effective.

-La coordination globale des activités par une autorité de régulation doit être mise en place avec une lisibilité et un partage des fonctionnements entre les secteurs.

-Le renforcement des bonnes pratiques professionnelles doit être poursuivi notamment

avec l'utilisation systématique de la checklist.

-La gestion du temps des médecins anesthésistes doit être rigoureuse compte tenu de la tension actuelle sur ces ressources.

Au niveau du Plateau d'Imagerie Médicale (PIM), conformément aux objectifs du Contrat Performance, l'accessibilité aux équipements lourds et aux compétences spécifiques doit être améliorée, tout particulièrement pour répondre à la demande croissante d'expertise en imagerie pédiatrique et en imagerie interventionnelle.

Le développement des activités interventionnelles est poursuivi et renforcé, notamment en gynécologie, en ostéo-articulaire, en digestif et en cérébral grâce à la création de la Fédération d'Imagerie Médicale. En effet, ces activités imposent fréquemment d'une part la combinaison des explorations en coupes tomodensitométriques ou par résonance magnétique et endovasculaires, dans les phases pré, per et post interventionnelles et contribuent d'autre part à la prise en charge des patients en Médecine Nucléaire et en Radiothérapie. De ce fait, les délais de rendez-vous de scanner ou d'IRM ainsi que la production des comptes rendus de résultats doivent être raccourcis.

Les compétences spécifiques des acteurs doivent être affichées. Le PIM doit être réorganisé et reprendre son rôle de coordonnateur en matière de qualité et de pertinence de la prescription des examens d'imagerie. La pratique de la télémédecine déjà démarrée avec le centre hospitalier de Saint-Yrieix doit être élargie aux structures de la région sous sa forme de télésurveillance pour la réalisation d'actes d'imagerie et de téléexpertise pour l'analyse des données. Cette organisation

doit permettre d'accentuer le rôle régional de l'imagerie du CHU notamment pour la prise en charge de l'AVC en lien avec l'UNV.



4 Les équipes

Quatrième partie

LE PROJET SOCIAL ET PROFESSIONNEL

« Prendre soin des équipes »

« Prendre soin des équipes », qui sont au service du patient, telle est l'ambition de ce projet social et professionnel, dans un contexte de mutations qui oblige à repenser et à moderniser la gestion des ressources humaines. Comment mieux associer les équipes à la décision ? Comment reconnaître la valeur de ceux qui s'engagent au quotidien pour le malade ? Comment développer ou approfondir le dialogue avec les partenaires sociaux ? Comment veiller à l'état de santé des équipes ? Comment améliorer les conditions de travail et plus largement les conditions de vie au travail ? Comment adapter les ressources et les compétences à l'activité ? Quelles organisations du travail pour concilier qualité de la prise en charge et rareté des ressources ? Comment passer d'une logique administrative de gestion des « statuts » à une démarche de management des hommes et des compétences ? Comment impulser une dynamique régionale de GRH médicale ? Comment mieux prendre en compte la spécificité de la gestion des équipes recherche en CHU ? Le projet recherche les meilleures réponses,

trace les perspectives, décline des actions concrètes en considérant ensemble les équipes, médicales et soignantes, administratives, techniques et logistiques, qui sont au service du patient, pour attirer, fidéliser les équipes et les accompagner au changement. Il prend en compte les travaux nationaux qui tendent vers une GRH hospitalière renouvelée, particulièrement pour l'encadrement, ou en partant des conditions de l'exercice médical à l'hôpital. Négocié avec les organisations syndicales et discuté avec les acteurs médicaux, le Projet est ordonné autour de six parties :

- politique de management individuel et collectif
- parcours, développement des compétences et politique de formation
- conditions de vie au travail
- politique d'allocation des ressources
- organisation du travail
- dialogue social

Sa mise en œuvre est accompagnée par deux objectifs particuliers de la feuille de route du contrat de performance.



SOMMAIRE

Quatrième partie	
Le projet social et professionnel.....	91
1. Politique de Management individuel et collectif	93
1.1 Reconnaître le rôle et la place des cadres dans l'institution.....	93
1.2 Reconnaître la valeur professionnelle des équipes et des agents	95
1.3 Assurer une politique d'accompagnement des contractuels	97
2. Parcours, développement des compétences et politique de formation	98
2.1 Promouvoir la GPMC en mode gestion au service de l'institution et des personnels.....	98
2.2 Favoriser l'insertion professionnelle des bénéficiaires de l'obligation d'emploi, dans le cadre d'un recrutement, d'un maintien ou retour dans l'emploi ou lors d'un reclassement	101
2.3 Développer une politique de mobilité et favoriser une mobilité choisie	102
3. Conditions de vie au travail.....	103
3.1 Attirer et fidéliser les personnels.....	103
3.2 Améliorer les conditions de travail	105
4. Politique d'allocation des ressources	107
4.1 Améliorer l'adaptation des effectifs à l'activité	107
4.2 Définir et mettre en œuvre une politique de remplacement	109
5. Organisation du travail.....	111
5.1 Identifier et mettre en place des cibles organisationnelles	111
5.2 Adapter les organisations de travail	112
5.3 Améliorer le service rendu par le Pôle RHOSQ.....	113
6. Dialogue social.....	114
6.1 Améliorer les modalités de travail avec les partenaires sociaux.....	114
6.2 Valoriser les actions réalisées	115

1. Politique de management individuel et collectif

La gestion des ressources humaines ne peut plus aujourd'hui se limiter à l'application stricto sensu de la réglementation et du statut de la fonction publique hospitalière. Les changements et les mutations liés à la recomposition de l'offre de soins conduisent à engager des réorganisations internes dans la logique polaire qui modifient les conditions d'exercice des équipes.

C'est pourquoi, il est apparu important de réfléchir sur la possibilité de concilier les diverses contraintes, souvent contradictoires, et de définir les valeurs qui doivent servir de fondement à la politique des ressources humaines et donner un sens partagé aux pratiques quotidiennes.

1.1 Reconnaître le rôle et la place des cadres dans l'institution

Le contexte

Le rôle de l'encadrement dans la motivation des agents et la mobilisation des équipes est fondamental. Il est important de rapprocher le management au plus près des agents, de prendre en compte les besoins et les attentes de chacun en lien avec les objectifs de l'établissement et d'accompagner le personnel tout au long de sa carrière, du recrutement à la fin d'activité.

L'identité de la fonction cadre doit être renforcée, notamment par la reconnaissance par chaque professionnel de la compétence technique du cadre en matière de management des équipes et d'organisation des services.

Par ailleurs, la mise en œuvre opérationnelle des pôles HU et de gestion a mis en évidence le rôle clef des cadres soignants et administratifs de

pôles dans le déploiement de la stratégie d'établissement et la permanence du dialogue entre la Direction et les équipes dirigeantes des pôles. Une clarification des organigrammes fonctionnels s'impose pour améliorer le circuit de l'information et permettre l'identification des personnels assurant le relai et le suivi des actions au plus près du terrain.

Les objectifs

Ils visent à permettre une redéfinition de la fonction cadre, d'une part auprès des agents dans son rôle d'organisation des services de soins et de décloisonnement entre les différents secteurs d'activité (soins, administration, services techniques et logistiques) et d'autre part, auprès de la Direction en étant davantage associé au processus décisionnel.

Par ailleurs, ils visent à appuyer sur l'expérimentation de l'entretien professionnel pour faire de l'évaluation des cadres et des agents un temps fort de la politique managériale de l'établissement.

Les axes à développer

- Organiser un réel positionnement institutionnel de l'encadrement
- Former les équipes de direction des pôles à l'exercice du dialogue social
- Préparer le passage de la notation à la contractualisation de l'évaluation par objectifs dans le cadre de l'expérimentation de l'entretien professionnel (Cf. circulaire DGOS du 12 janvier 2012)
- l'expérimentation de l'entretien professionnel dans la fonction publique hospitalière
- Déconcentration de la fonction RH dans les pôles en développant les délégations de gestion

Objectifs	Actions à conduire	Modalités
Organiser un réel positionnement institutionnel de l'encadrement	Redéfinir le rôle des cadres pour renforcer leur identité	Elaboration des fiches de poste et des fiches de fonction pour l'ensemble des cadres Communication au sein de l'institution sur la fonction cadre.
	Associer les cadres à la réflexion stratégique de l'équipe de direction	Diffusion du journal des instances à l'ensemble de l'encadrement Création de groupes transversaux de réflexion et d'échange de type « commission des cadres » ou « comité de l'encadrement et du management » Mise en place de réunions de concertation pour l'ensemble des cadres des pôles de gestion Création d'un groupe de suivi restreint : 1CS/1 CA/1CT qui soit force de proposition pour organiser ces groupes transversaux et ces réunions de concertation. Organisation de journées de l'encadrement (à raison de deux journées par an) intégrant notamment les cadres administratifs et techniques
	Clarifier le processus décisionnel des cadres	Elaboration et diffusion d'un organigramme fonctionnel pour chaque pôle HU et de gestion Organisation dans chaque pôle HU de réunions d'équipe médecins/cadres (hors conseil de pôle) et mise à jour régulière d'un planning prévisionnel
	Repositionner l'encadrement supérieur, intermédiaire et de proximité dans son rôle de manager d'équipe et dans le contexte de délégation de gestion aux pôles	Organisation de formations ciblées au management pour les équipes de direction de pôle HU et de gestion et de l'encadrement de proximité au sein des structures et unités fonctionnelles, afin d'acquérir une culture managériale commune
	Favoriser la constitution et l'identification d'équipes médicales en tant qu'unité de base de l'organisation médicale de notre CHU	Identification de l'équipe médicale en cohérence avec les structures internes du pôle et en intégrant tous les praticiens concourant à son activité quel que soit leur statut
		Elaboration de projets communs et partagés destinés à fédérer le fonctionnement des équipes médicales au sein des pôles
		Elaboration de modèles types de contrat collectif d'équipe et de contrat individuel d'engagement passé par chaque praticien composant l'équipe
Former les équipes de direction des pôles à l'exercice du dialogue social	Faire connaître le rôle du CTE et du CHSCT	Intégration du rôle du CTE et du CHSCT dans le règlement intérieur de l'établissement Organisation d'une formation au dialogue social et à l'accompagnement du changement (inscription au plan) Publication des comptes rendus et envoi systématiques aux équipes de pôles
Préparer le passage de la notation à la contractualisation de l'évaluation par objectifs	Mettre en place et communiquer sur les nouveaux outils définis par un groupe de travail issu du précédent Projet Social (guide de l'évaluateur et de l'évalué)	Suppression de la notation chiffrée • Rédaction et diffusion du guide d'évaluation • Rédaction et diffusion du guide de l'évaluateur

Objectifs	Actions à conduire	Modalités
		Corréler l'évaluation à l'avancement de carrière : <ul style="list-style-type: none"> • Rédaction et diffusion d'une procédure commune définissant les critères et modalités de l'impact de l'évaluation sur les avancements d'échelon, de grade et la promotion interne • Définition de l'impact sur le régime indemnitaire : modulation des outils indemnitaires en vigueur (prime de service – IFTS...) et instauration progressive de la Prime de Fonction et de Résultat (PFR)
Déconcentration de la fonction RH dans les pôles en développant les délégations de gestion	Délimiter le rôle des cadres de santé et des cadres administratifs de pôles	Définition des missions des cadres de santé de pôle dans le domaine du management et des ressources humaines Définition des missions des cadres administratifs de pôle en tant qu'appui à la gestion administrative et statutaire
		Identification d'un référent ressources humaines dans chaque pôle de gestion en tant qu'appui à la gestion administrative et statutaire.
	Désigner un référent médical par pôle en application de l'accord cadre relatif à l'exercice médical à l'hôpital	Accompagnement des praticiens hospitaliers dans la gestion de leur carrière
	Simplifier les procédures administratives	Elaboration d'un registre des procédures RH déconcentrées dans les pôles HU Evaluation et bilan et de la connaissance, l'utilisation, la pertinence et l'actualité des procédures Mise à la réforme des procédures obsolètes
		Remodelage du classeur des procédures administratives avec création éventuelle de procédures complémentaires (procédure de recrutement...) Mise en place d'un guichet unique RHM/RHNM au sein du pôle RHOSQ

1.2 Reconnaître la valeur professionnelle des équipes et des agents

Le contexte

Un personnel compétent et motivé impliqué dans sa fonction et dans son service, est un gage de réussite pour les projets de l'établissement et pour assurer un fonctionnement de qualité au quotidien.

C'est pourquoi, il convient :

- d'assurer la reconnaissance et la valorisation des personnels dans l'exercice de leurs fonctions,
- de créer les conditions de la motivation et développer l'implication des acteurs sociaux, notamment par la prise de responsabilité au sein des services et des instances.

Un levier important de cette reconnaissance est proposé aux établissements de santé par la loi HPST au travers de la mise en place :

- d'une part, de l'intéressement par pôle en lien avec l'amélioration des conditions de travail,
- d'autre part, de l'intéressement collectif, dont les modalités de mise en œuvre dans notre établissement seront négociées avec les partenaires sociaux.

Les objectifs

Ils visent à négocier les principes ainsi que les conditions et modalités de mise en œuvre de l'intéressement collectif au sein de notre établissement. Ils visent également à garantir l'utilisation de l'intéressement par pôle pour le bénéfice commun des agents et des patients. Ils cherchent enfin à développer une véritable politique d'honorariat et de reconnaissance de l'engagement dans le service public.

Les axes à développer

- En fonction de l'évolution du cadrage national, instaurer progressivement la prime d'intéressement liée à la performance collective :

- des personnels non médicaux en application de la loi de 2010 relative à la rénovation du dialogue social
- des personnels médicaux en application de l'accord cadre sur l'exercice médical à l'hôpital

- Accompagner la mise en place de l'intéressement par pôle

- Donner du sens à l'appartenance institutionnelle

Objectifs	Actions à conduire	Modalités
<p>Etudier la faisabilité d'un dispositif d'intéressement en fonction de la performance collective :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ des personnels non médicaux en application de la loi de 2010 relative à la rénovation du dialogue social ▶ des personnels médicaux en application de l'accord cadre sur l'exercice médical à l'hôpital 	<p>Arrêter les objectifs retenus en concertation avec les organisations syndicales</p>	<p>Définition d'objectifs clairs correspondant à la situation concrète de chacune des structures et unités fonctionnelles concernées :</p> <ul style="list-style-type: none"> -l'amélioration de la performance -l'amélioration de la qualité du service -l'amélioration de l'activité -l'amélioration de la situation sociale
	<p>Arrêter les conditions d'accès au dispositif en concertation avec les organisations syndicales</p>	<p>Définition du périmètre des agents bénéficiaires et des principales conditions d'accès :</p> <ul style="list-style-type: none"> -ancienneté dans le service -présence effective -implication dans l'activité du service -absence de sanction disciplinaire
<p>Accompagner la mise en place de l'intéressement par pôle</p>	<p>Décrire le lien avec l'amélioration des conditions de travail et clarifier ses modalités d'utilisation.</p>	<p>Actualisation de la fiche « délégation de gestion » dans la charte des pôles HU</p> <p>Etudier l'extension de l'intéressement collectif aux pôles de gestion</p> <p>Définition d'indicateurs de conditions de travail au sein des pôles HU</p> <p>Intégration de ces indicateurs, après adaptation à chaque contexte, dans les contrats de pôles et dans la feuille de route de chaque pôle</p> <p>Communication aux personnels des modalités d'utilisation de l'intéressement</p>
	<p>Garantir son utilisation pour le bénéfice des agents et des patients.</p>	<p>Elaboration d'un tableau de suivi de l'utilisation de l'intéressement par pôle</p> <p>Elaboration d'un plan d'action prévisionnel des possibilités d'utilisation de l'intéressement</p>
<p>Donner du sens à l'appartenance institutionnelle</p>	<p>Mettre en place une véritable politique d'honorariat par la remise de la médaille du travail</p>	<p>Accompagnement des agents qui remplissent les conditions d'attribution dans le montage de leur dossier</p> <p>Communication sur les conditions de l'honorariat et ses avantages matériels et financiers</p> <p>Définition de nouvelles modalités de cérémonie de remise des médailles</p>
	<p>Mettre en place l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) pour les praticiens hospitaliers, prévue par l'accord cadre sur l'exercice médical à l'hôpital</p>	<p>Définition du périmètre des agents bénéficiaires et des conditions d'accès</p>



1.3 Assurer une politique d'accompagnement des contractuels

Le contexte

La place des personnels contractuels, de droit public ou de droit privé mérite d'être clairement identifiée dans la politique générale de ressources humaines du CHU de Limoges. En particulier, les modalités de leur évaluation ou les règles d'accès à la formation professionnelle continue les concernant doivent être formalisées.

Une attention particulière doit être portée à la spécificité des personnels de la recherche clinique, afin de pouvoir, en l'absence de statut national, leur proposer un déroulement de carrière en concertation avec les organisations syndicales.

Sur un plan général, l'absence actuelle de cartographie des emplois et des métiers nuit à la correcte qualification des emplois permanents/non permanents.

Le Projet Social et Professionnel prévoit enfin d'accompagner l'intégration des personnels contractuels en favorisant leur mobilité et leur possibilité de s'inscrire dans un parcours professionnel sécurisé, destiné à les amener vers un emploi permanent.

Les objectifs

Les emplois non permanents doivent être correctement identifiés secteur par secteur afin d'intégrer les personnels contractuels dans un parcours de résorption de l'emploi précaire.

Les axes à développer

- Mieux identifier les emplois permanents et non permanents
- Prendre en compte la spécificité des personnels de la recherche clinique
- Clarifier les parcours professionnels des contractuels (Emplois aidés et CDD/CDI) au sein du CHU

Objectifs	Actions à conduire	Modalités
Mieux identifier les emplois permanents et non permanents	Améliorer la lisibilité des TPER par pôle	Création d'une requête sur l'outil TPER Diffusion lors de l'avenant annuel aux contrats de pôles HU
	Accompagner l'intégration des contractuels sur des emplois permanents	Elaboration d'une politique de résorption de l'emploi précaire (VAE, préparation aux concours...)
Prendre en compte la spécificité des personnels de la recherche clinique	Proposer un déroulement de carrière pour ces personnels en l'absence de statut national en concertation avec les organisations syndicales	Finalisation d'un guide institutionnel de gestion des métiers de la recherche clinique Organisation d'une évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'entretien des connaissances après obtention d'une qualification au métier d'ARC Intégration dans le plan de formation d'un volet permettant de répondre à la professionnalisation accrue des personnels impliqués dans la recherche Intégration des aspects recherche dans le cadre de l'élaboration de la procédure de révision des postes HU et de gestion des postes monoappartenants
Clarifier les parcours professionnels des contractuels (Emplois aidés et CDD/CDI) au sein du CHU	Renforcer les modalités d'évaluation des contractuels.	Actualisation de la grille d'évaluation des personnels en fin de contrat (prolongation, renouvellement...) Elaboration d'un guide de l'évaluation annuelle des personnels contractuels
	Elaboration d'une politique de mobilité interne tenant compte des souhaits des personnels et des besoins des services	Définition et diffusion d'une procédure de mobilité inter-pôles et intra-pôles pour les personnels contractuels
	Définition des modalités de l'accès à la formation pour le personnel contractuel	Formaliser les règles d'accès à la formation continue et professionnelle Mettre en place une évaluation annuelle de ces politiques de formation

2. Parcours, développement des compétences et politique de formation

L'évolution rapide de l'environnement hospitalier et l'apparition d'attentes nouvelles des usagers vis-à-vis de l'hôpital public rendent indispensables l'accompagnement au changement, l'évaluation des compétences dont dispose l'établissement pour les faire évoluer, mais également leur repérage en amont pour faire émerger les talents.

Il importe aussi d'appréhender cette démarche dans une approche qualitative afin de permettre à chaque agent de développer un parcours professionnel individualisé au sein du CHU de Limoges.

Il convient d'appréhender la manière selon laquelle la GPMC influe sur les perspectives de carrière de l'agent et son évolution au sein de l'institution en utilisant les deux leviers de changements que sont la mobilité interne d'une part et le plan de formation d'autre part.

La démarche de GPMC trouvera sa légitimité dans sa capacité à identifier les besoins émergents, les métiers en tension et à rendre lisible, au travers des flux de personnels, les opportunités professionnelles sur la base desquels les agents pourront bâtir leur projet individuel.

2.1 Promouvoir la GPMC en mode gestion au service de l'institution et des personnels

Le contexte

Une politique de Gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétences (GPMC) consiste à ajuster les emplois et métiers aux besoins en identifiant les mouvements du personnel, la démographie de celui-ci par catégories et métiers, les défis technologiques, les évolutions sociales, les projets institutionnels.

Elle repose à la fois sur un diagnostic (analyse de l'impact des évolutions et changements sur les personnels) et sur une volonté de faire évoluer les compétences et qualifications, mais aussi de favoriser la mobilité du personnel.

Le CHU de Limoges s'est doté d'un modèle type de fiche de poste valable à la fois pour le personnel médical et non médical. A ce jour, plus de 80% des emplois sont rattachés à une fiche métier et/ou une fiche de poste.

La volonté de l'établissement pour les cinq années à venir est d'ériger la démarche de GPMC en véritable stratégie de Gestion des

Ressources Humaines pour redéfinir le périmètre et le contenu de ses fondamentaux, à savoir :

- recrutement
- avancement et promotion
- formation
- mobilité
- rémunération
- reconversion, aménagement de poste, reclassement

Un soutien à la démarche de déploiement des outils de la GPMC, notamment au plan du système d'information, sera assuré par l'ANFH dans le cadre du démarrage du présent Projet Social et Professionnel.

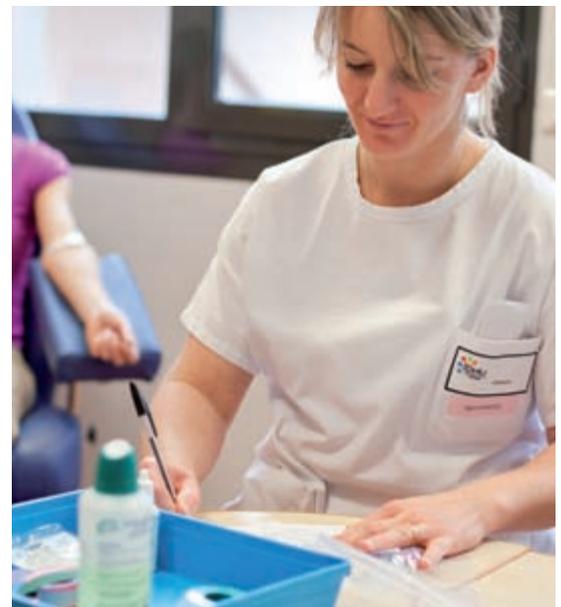
Les objectifs

Ils visent, à partir de l'existant, à rénover la politique de GRH en revisitant ses fonctions essentielles à l'aune de la GPMC.

Pour ce faire, il convient de développer et de mettre en routine les outils nécessaires au lancement de cette démarche (cartographie des métiers, fiches de postes, système d'information permettant le suivi de l'évolution des effectifs...)

L'ambition du CHU est donc bien de construire une gestion des ressources humaines anticipatrice et prospective tenant compte de l'évolution des métiers et des besoins en formation afférents, en lien avec les reconversions volontaires et/ou rendues nécessaires.

Dans le même temps, le CHU souhaite déve-



opper l'amélioration des compétences des personnels sur leur cœur de métier (par exemple concernant la prise en charge des personnes âgées) et ainsi accroître le nombre de professionnels susceptibles de proposer des pratiques paramédicales avancées.

Les axes à développer

-Identifier et formaliser le contenu des emplois

dans le cadre d'une démarche GPMC (pour les personnels médicaux et non médicaux)

-Pallier les difficultés de recrutement sur les métiers en tension au sein de l'établissement

-Avoir une vision prospective des métiers émergents au sein de l'établissement

-Anticiper les éventuelles reconversions professionnelles au sein de l'établissement

Objectifs	Actions à conduire	Modalités
Identifier et formaliser le contenu des emplois dans le cadre d'une démarche GPMC (pour les personnels médicaux et non médicaux)	Réaliser la cartographie des métiers en lien avec le projet GPMC régional et le projet ANAP	Réalisation de la cartographie des métiers de l'établissement Intégration de la cartographie des métiers à un système d'information dédié à la GPMC compatible avec le système d'information RH (EVRH)
	Poursuivre la généralisation des fiches de poste dans chaque service du CHU	Actualisation du modèle institutionnel de fiche de poste intégrant les contraintes liées à chaque poste Généralisation à l'ensemble des praticiens et des personnels non médicaux
	Actualiser, si besoin, annuellement ces fiches de poste à l'occasion de l'entretien individuel d'évaluation	Définition de critères et d'indicateurs GPMC en fonction de l'activité, des contraintes réglementaires, techniques et de service, et de l'expertise des agents
	Doter l'établissement des outils informatiques adaptés à la mise en œuvre et au suivi de la GPMC	Suivi du déploiement des outils ANFH Elaboration d'un calendrier de déploiement Elaboration d'un retro planning de montée en charge assorti de dates butoir Formation du personnel à l'utilisation de l'outil
Pallier les difficultés de recrutement sur les métiers en tension au sein de l'établissement	Etudier la faisabilité de coopérations, dans le respect de la réglementation, notamment pour faire face à la pénurie de certains métiers et de certaines compétences	Développer les coopérations interprofessionnelles et les pratiques avancées et favoriser la pluridisciplinarité Définition d'indicateurs RH et intégration dans les tableaux de bord des pôles
Avoir une vision prospective des métiers émergents au sein de l'établissement	Repérer les nouveaux besoins dans chaque pôle HU et de gestion	Construction de parcours professionnels personnalisés (PPI) pour accompagner les professionnels s'inscrivant dans une démarche de changement et de mobilité Adaptation du plan de formation aux besoins émergents et aux parcours professionnels identifiés Mise en place de formations communes médecins/non médecins
Anticiper les éventuelles reconversions professionnelles au sein de l'établissement	Prendre en compte dans le Plan de formation certaines nécessités de reconversion hospitalière	Elaboration d'un plan d'actions par pôle et mise au point d'un dispositif d'accompagnement collectif et individuel aux changements susceptibles d'être induits par une réorganisation de services Intégration au guide de la formation de dispositions précisant la possibilité d'actions infra annuelle Mise en place d'un tableau de bord des changements d'affectation et des reclassements

Objectifs	Actions à conduire	Modalités
Anticiper les éventuelles reconversions professionnelles au sein de l'établissement	Prendre en compte dans le Plan de formation certaines nécessités de reconversion hospitalière	Elaboration d'un plan d'actions par pôle et mise au point d'un dispositif d'accompagnement collectif et individuel aux changements susceptibles d'être induits par une réorganisation de services Intégration au guide de la formation de dispositions précisant la possibilité d'actions infra annuelle Mise en place d'un tableau de bord des changements d'affectation et des reclassements
Mettre en œuvre le Développement Professionnel Continu (DPC) conformément à la loi HPST : art L 4133 1 : 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. Il constitue une obligation pour les médecins.	Structurer le plan de FMC, en lien avec le plan de formation non médicale, en intégrant des axes institutionnels thématiques annuels, en réponse aux priorités institutionnelles et/ou réglementaires (démarches qualité, management...), en sus des axes relatifs aux formations diplômantes et aux formations individuelles	Mettre en œuvre les modalités de travail communes telles que prévues dans le cadre de la réorganisation du pôle RHOSQ : -mettre en place le « guichet unique » de formation -établir une procédure de recensement des besoins et de gestion des axes et modalités de formation, au CHU de LIMOGES, incluant un calendrier -poursuivre la démarche engagée en matière de formations institutionnelles (formation à l'anglais, informatique...) en offrant des formations communes -poursuivre le travail sur les marchés de formation communs
		Etablir une cartographie des priorités de formation, en lien avec les pôles de gestion et pôle HU, afin de définir institutionnellement le plan de formation permettant de répondre aux priorités définies par le projet d'établissement et de répondre à la levée de réserves du rapport de certification
	Etablir un RI de la FMC, rappelant les modalités d'accès et la prise en charge	Définir les règles du jeu au plan institutionnel et les faire partager au sein des pôles HU
	Mettre en place la délégation de gestion pour les pôles HU, en matière de formations courtes (hors formations diplômantes et institutionnelles)	-mettre en œuvre et évaluer le dispositif
	Développer l'accréditation volontaire individuelle des médecins, avec pour objectif l'engagement de chaque praticien, pour les spécialités à risques ;	-mettre en place des modalités de financement, dans le cadre de la FMC, des modalités d'engagement -intégrer l'accréditation volontaire dans le dispositif de GDR du CHU
	Développer l'EPP au sein des pôles HU, en lien avec la CME	- prévoir au plan institutionnel un axe relatif à l'EPP, - former l'ensemble des référents par pôle HU aux méthodes EPP - organiser des actions annuelles de promotion des EPP, en lien avec la CME, par l'intermédiaire de référents par pôle

2.2 Favoriser l'insertion professionnelle des bénéficiaires de l'obligation d'emploi, dans le cadre d'un recrutement, d'un maintien ou retour dans l'emploi ou lors d'un reclassement

Le contexte

L'objectif de la loi du 11 février 2005 est de promouvoir l'insertion, l'accompagnement et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées au travers de différentes actions comme le recrutement, la sensibilisation des équipes et de l'encadrement, le maintien dans l'emploi, la protocolisation des outils de gestion (processus de recrutement, processus de reclassement...). Le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHP) a été créé pour encourager cette politique et financer les différentes actions engagées par les employeurs publics. Il prévoit l'obligation légale d'employer des personnes handicapées sous réserve de sanctions financières lorsque le seuil de 6% de personnes handicapées par rapport à l'effectif total n'est pas atteint.

Dans ce cadre, le CHU de Limoges a engagé depuis 2007 une démarche globale en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés, qui s'est traduite par la signature d'une convention avec le FIPHP en 2009. Cette convention sera prolongée jusqu'à la fin 2012 et donnera lieu à la conclusion d'une convention de seconde génération.

A ce jour, le taux de Bénéficiaires de l'Obligation d'Emploi au sein l'établissement est de 5,92% au dessus de la moyenne nationale des CHU. L'effort engagé se doit donc d'être poursuivi et les moyens conférés à la commission de maintien et de retour à l'emploi doivent être renforcés afin d'atteindre l'objectif national, notamment avec l'aide de partenaires externes (SAMET, AGEFIPH, MDPH...).

Au-delà du strict respect des textes, l'établissement ambitionne de faire de sa politique d'insertion des travailleurs handicapés un des domaines d'intervention prioritaires de son espace « santé au travail » (cf. thème 3, objectif 2). A ce titre, la démarche GPMC sera aidante dans la mesure où elle permettra de mieux identifier les emplois « handicap compatibles ».

L'objectif

Il nécessite la poursuite de la démarche déjà engagée en corrélation avec la GPMC et le travail pluridisciplinaire conduit par la Commission de Maintien et de Retour dans l'Emploi (CMRE).

Les axes à développer

-Participer à l'insertion des travailleurs handicapés par des actions de recrutement et de maintien dans l'emploi

Objectifs	Actions à conduire	Modalités
Participer à l'insertion des travailleurs handicapés par des actions de recrutement et de maintien dans l'emploi	Réaliser la cartographie des postes « handicap-compatibles » prévue par la convention signée avec le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHP).	<p>Elaboration des fiches de postes correspondantes en lien avec les cadres de proximité, les référents handicap des pôles et les médecins du travail</p> <p>Recensement des personnels concernés.</p> <p>Formation des référents handicap et affirmation de leur rôle et de leurs missions au sein des pôles</p> <p>Poursuite du travail pluridisciplinaire engagé par la Commission de maintien et retour dans l'emploi (CMRE), voir dispositions arrêtées dans le cadre de l'espace santé au travail dans le thème 3 objectif 2.</p>

2.3 Développer une politique de mobilité et favoriser une mobilité choisie

Le contexte

L'adaptation au poste de travail est une condition essentielle à la qualité de vie au travail comme à la qualité du travail lui-même ; la recherche d'une concordance optimale entre la situation et les aspirations de l'agent d'une part et les besoins de l'établissement d'autre part est une préoccupation constante en matière de Gestion des Ressources Humaines.

Le Répertoire et la cartographie des métiers, en tant qu'outils de base de la GPMC, représenteront un atout déterminant dans l'analyse des postes de travail fondée non plus seulement sur le grade mais sur l'activité professionnelle.

A ce titre, ils faciliteront le décroisement des services en instaurant des passerelles entre les emplois et offriront la possibilité d'affectations appropriées pour les agents qui s'engageront dans une démarche de mobilité interne, en lien

avec leur parcours professionnels individualisés.

Les objectifs

La mobilité professionnelle, qu'elle soit fonctionnelle ou spatiale, doit, autant que possible, s'inscrire dans une démarche volontaire des agents concernés qui doit être favorisée par l'établissement via le développement d'approches décroisées dans la gestion des structures comme dans l'information apportée aux agents sur les différents secteurs d'activité.

Les axes à développer

- Organiser les conditions de la mobilité en favorisant la coopération dans le travail et le décroisement entre les services et entre les Pôles
- Identifier, anticiper et réguler les flux entrants et sortants de personnel par les voies statutaires
- Rendre plus accessibles (en ligne) les protocoles institutionnels qui contiennent des images ou des vidéos

Objectifs	Actions à conduire	Modalités
Organiser les conditions de la mobilité en favorisant la coopération dans le travail et le décroisement entre les services et entre les Pôles	Favoriser la conception identique des salles de soins, uniformisation des procédures ...	Elaboration de règles d'organisation type des salles de soins avec a minima : <ul style="list-style-type: none"> •Armoire médicaments •Chariot dossier •Chariot urgence •Organisation du DPU •Affichage des plannings Constitution d'un groupe de travail ad hoc avec des représentants médicaux et non médicaux Rédaction de procédures et protocoles
	Organiser des stages de découverte et des échanges interservices	Recensement des possibilités de mobilité « découverte »
Identifier, anticiper et réguler les flux entrants et sortants de personnel par les voies statutaires	Mettre en place des tableaux de bord et des outils de suivi pour chaque pôle (HU ou de gestion)	Création d'un tableau des agents par pôle et par âge incluant un système d'alerte : procédure d'anticipation des départs en retraite Adaptation en conséquence de la politique de recrutement
Rendre plus accessibles (en ligne) les protocoles institutionnels qui contiennent des images ou des vidéos	Rendre la documenthèque plus attractive	Communication régulière sur l'existence de la documenthèque et ses modes d'utilisation Elaboration d'un plan d'actions de communication et d'un plan d'action de mesures techniques Elaboration d'un tableau de suivi

3. Conditions de vie au travail

La dernière enquête sociale globale de l'établissement fait ressortir l'inquiétude des personnels face à la lourdeur de certaines prises en charge et la charge importante de travail qui en découle. Il convient de s'interroger sur la manière dont le travail doit être organisé mais aussi sur l'amélioration des conditions de travail des agents au sein des services. Cette amélioration repose sur une recherche d'adéquation entre les effectifs, à la fois en termes quantitatifs et qualitatifs, et l'activité des services de l'établissement.

La performance des agents dépend des bonnes conditions de travail et de la qualité de vie au travail.

Pour ce faire, il convient :

- d'optimiser l'organisation du travail
- de renforcer la sécurité au travail et poursuivre les efforts d'amélioration des conditions de travail
- de prévenir et accompagner les difficultés d'adaptation au poste de travail
- de favoriser une vie au travail de qualité
- de promouvoir une politique d'intégration active

Dans un contexte de raréfaction des ressources, il convient de cibler les éléments clefs de l'amélioration des conditions de vie au travail afin de ne pas grever les possibilités futures de recrutement.

3.1 Attirer et fidéliser les personnels

Le contexte

Les tensions sur la démographie médicale et soignante conduisent à une faible attractivité concernant des catégories sensibles de personnel : médecins, infirmières spécialisées, fonctions paramédicales de support. Une décroissance des ressources disponibles est également constatée concernant le personnel infirmier et aide soignant, obligeant l'établissement à élaborer des stratégies de recrutement audacieuses, notamment auprès des instituts de formation. En outre, le personnel médical universitaire se raréfie du fait d'un départ programmé en retraite de 52 praticiens sous cinq ans et du taux de fuite très important de la faculté de médecine de Limoges. Le renouvellement des chefs de file hospitalo-universitaires, théoriquement possible en interne, ne peut s'envisager que par le soutien massif de nouvelles équipes médicales

spécialisées permettant le maintien du rapport actuel HU/non HU (30% / 70%).

Devant de tels enjeux, des démarches innovantes doivent être proposées.

La fidélisation des personnels à l'établissement passe ainsi par la recherche de solutions négociées avec la Commune et les autres partenaires institutionnels afin d'élargir le soutien individuel aux agents nouvellement recrutés notamment concernant le rapprochement du conjoint (logement, emploi, garde d'enfants...).

Le supérieur hiérarchique direct étant l'interlocuteur privilégié du nouvel agent, l'encadrement doit également être sensibilisé à l'importance de l'accueil des nouveaux arrivants et jouer un rôle d'intermédiaire avec la Direction, tout comme il facilite la professionnalisation et l'intégration des étudiants.

Les objectifs

Ils s'attachent au développement de dispositifs permettant à l'établissement de proposer une gamme de services complémentaires aux mesures d'attractivité déjà existantes (crèche du personnel, CGOS...).



Les axes à développer

- Améliorer la procédure de recrutement des personnels médicaux en lien avec le directoire et la CME ainsi que des personnels non médicaux
- Améliorer le dispositif d'accueil des agents nouvellement recrutés
- Améliorer l'accueil des étudiants médicaux et paramédicaux en stage ainsi que des internes (en médecine et pharmacie) au sein de l'établissement
- Rendre l'établissement attractif auprès des

étudiants des écoles paramédicales

- Faciliter la garde des enfants du personnel
- Proposer aux agents différents services leur permettant de gagner du temps dans leur vie privée
- Accompagner la recherche d'emploi du conjoint en relation avec les collectivités et établissements publics de la Région Limousin ainsi qu'avec les entreprises du secteur concurrentiel
- Faciliter l'aide à la recherche au logement en relation avec le service social de l'établissement

Objectifs	Actions à conduire	Modalités
Améliorer la procédure de recrutement des personnels médicaux en lien avec le directoire et la CME ainsi que des personnels non médicaux	Etablir un bilan des procédures et des pratiques existantes	Elaboration et traitement d'un questionnaire d'enquête anonyme auprès d'un panel représentatif (agents nouvellement recrutés, étudiants des écoles paramédicales, candidats non retenus...) d'agents nouvellement recrutés
	Revoir le processus de recrutement de la publication des postes à la sélection des candidats	Constitution d'un groupe de travail ad hoc (DRH, CGS, cadres supérieurs et rééducateurs...) Mise en place d'une cellule de recrutement spécifique pour les postes médicaux en tension
Améliorer le dispositif d'accueil des agents nouvellement recrutés	Elaborer une procédure d'accueil institutionnelle sur le modèle de l'existant pour les personnels soignants	Constitution d'un groupe de travail ad hoc Définition des éléments d'un kit d'accueil en partenariat avec la Direction de la communication Poursuite du travail engagé sur les plans d'intégration pour les équipes relevant de la CGS. Mieux faire connaître les différents volets de la politique sociale de l'établissement (MNH, CGOS, ANFH...)
Améliorer l'accueil des étudiants médicaux et paramédicaux en stage ainsi que des internes (en médecine et pharmacie) au sein de l'établissement	Elaborer une procédure d'accueil institutionnelle	Constitution d'un groupe de travail ad hoc Définition des éléments d'un kit d'accueil en partenariat avec la Direction de la communication Mise en place d'un programme de rénovation des vestiaires pour les étudiants et les internes Elaboration, lancement et analyse d'une enquête de satisfaction des étudiants et des internes
Rendre l'établissement attractif auprès des étudiants des écoles paramédicales	Mettre en place le Tutorat au sens de la réforme LMD	Intégration de la formation des tuteurs dans le cadre du plan de formation de l'établissement Elaboration de la fiche de fonction « tuteur » Faire le lien avec la cellule de Maintien et de Retour à l'Emploi sur des reconversions professionnelles, et la gestion des fins de carrière
Faciliter la garde des enfants du personnel	Etudier les possibilités d'extension de la capacité d'accueil de la crèche en lien avec les services de la CAF et la ville de Limoges	Conduite d'une étude d'opportunité en lien avec les personnes ressources externes Etudier la possibilité de regrouper les crèches collectives des sites Dupuytren et Esquirol, en partenariat avec d'autres collectivités et/ou entreprises
Proposer aux agents différents services leur permettant de gagner du temps dans leur vie privée	Etudier les différents dispositifs de services à la personne	Conduite d'une étude sur la faisabilité de la mise en place du CESU ou de la mise en place d'un partenariat avec des prestataires externes

Objectifs	Actions à conduire	Modalités
Accompagner la recherche d'emploi du conjoint en relation avec les collectivités et établissements publics de la Région Limousin ainsi qu'avec les entreprises du secteur concurrentiel	Nouer des relations partenariales avec les employeurs publics et privés du bassin d'emploi	Identifier et prendre contact avec les partenaires potentiels Identification d'un référent RH au sein des institutions partenaires Identification d'une personne ressource au sein du département Relations sociales de la DRHNM
Faciliter l'aide à la recherche au logement en relation avec le service social de l'établissement	Nouer des relations partenariales avec des agences immobilières et les offices HLM	Identification des partenaires potentiels Formalisation de partenariats locaux Organisation de réunions régulières avec les référents identifiés

3.2 Améliorer les conditions de travail

Le contexte

Plusieurs facteurs exogènes et endogènes à savoir :

-L'apparition et la prise en compte des risques psychosociaux

-La réforme des retraites et l'allongement de la durée du temps de travail

-Les contraintes financières de l'établissement et la nécessité d'une gestion plus rigoureuse de l'absentéisme

-Les obligations réglementaires sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique conduisent aujourd'hui le CHU de Limoges à constituer un véritable espace santé au travail au service des agents dans le cadre du futur bâtiment médico-administratif.

C'est pourquoi, en cohérence avec le volet social de sa politique de développement durable et dans le souci de renforcer une approche pluridisciplinaire et transversale, notre établissement :

-Opèrera d'une part un rapprochement fonctionnel entre ses partenaires internes (DRHNM, CGS, service social...)

-Développera d'autre part un travail avec des partenaires externes (cap emploi, PRITH, SAMETH 87...)

Par ailleurs, le CHU mettra en place, en concertation avec la CME, un espace santé au travail pour le personnel médical tel que prévu par l'accord cadre sur l'exercice médical à l'hôpital. Le CHU de Limoges souhaite renforcer la qualité de vie au travail résultant de l'ensemble des

conditions et du contexte de l'exercice professionnel.

Les objectifs

Il s'agira de mettre en place un espace santé au travail couvrant les domaines d'intervention suivants :

-Les agents en absence de longue durée

-Les agents en situations de handicap ou d'invalidité

-Les agents en difficulté pour cause de risques psychosociaux ou de blocage managérial

Cet espace santé au travail, fer de lance de la politique sociale de l'établissement, répond à la nécessité d'une politique structurée de prévention des risques professionnels, en lien avec le CHSCT et s'appuyant sur les conseils fiables et adaptés du département de santé au travail.

Les secteurs et/ou activités prioritairement concernés étant identifiés, des actions ciblées devront également être proposées pour améliorer rapidement les conditions de travail, notamment de nuit.

Les axes à développer

-Poursuivre et amplifier la politique de gestion des risques professionnels (Cf. circulaire DGOS du 23 décembre 2011 relative au rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière)

-Prendre soin des équipes en constituant un véritable espace santé au travail au service des agents dans le cadre du futur bâtiment médico

administratif (BMA)

-Prévenir les risques psycho sociaux et résoudre les conséquences qui en résultent

-Poursuivre le travail engagé sur « le travail de nuit »

-Identifier et aménager une salle de repos dans les différents services

-Concevoir une politique de maintien dans l'emploi des agents en fin de carrière

Objectifs	Actions à conduire	Modalités
Prendre soin des équipes en constituant un véritable espace santé au travail au service des agents dans le cadre du futur bâtiment médico administratif (BMA)	Opérer un rapprochement fonctionnel entre les partenaires internes (le département de santé au travail, les RH, le service social et la CGS)	Définition d'actions communes en cohérence avec le volet social de la politique de développement durable, permettant de répondre aux situations suivantes : -Les agents en absence de longue durée et/ou agents en situation d'inaptitude (TMS ...) : préparation au retour à l'emploi dans le cadre de la commission de maintien et retour à l'emploi aménagement de poste anticipation de la situation statutaire (reclassement avec changement de corps, retraite pour invalidité, mobilité inter fonctions publiques...) -Les agents en situation de handicap (voir thème 2 objectif 2) -Les agents en difficulté pour cause de risques psycho-sociaux (cf. infra), de situations de harcèlement, discrimination ou blocage managérial -Les conditions de travail et la sécurité : nécessité d'une politique de prévention des risques professionnels structurée, en lien avec le CHSCT et s'appuyant sur les conseils fiables et adaptés du département de santé au travail actualisation du document unique d'évaluation des risques analyse et gestion des accidents du travail
	Développer un travail avec des partenaires externes	Identification des partenaires potentiels (CAP Emploi, PRITH, SAMETH 87, centres de réadaptation professionnelle...) Définition des conditions d'un partenariat actif
	Mettre en place en concertation avec la CME un espace santé au travail spécifique aux PH tel que prévu par l'accord cadre sur l'exercice médical à l'hôpital	Renforcement de la surveillance médicale des personnels médicaux en lien avec le Département de santé au travail
		Amélioration des conditions de vie au travail des praticiens tous statuts confondus.
Prévenir les risques psycho sociaux (RPS) et résoudre les conséquences qui en résultent	Mener une enquête sur les RPS en vue d'établir des plans d'actions	Construction d'une enquête sociale RPS Réalisation de la cartographie des RPS par pôle à intégrer au Document Unique Déclinaison de plans d'actions par pôle
	Elaboration d'une procédure de médiation	Formation spécifique des membres du CHSCT sur les RPS Formation de l'encadrement à la prévention des RPS en lien avec la politique managériale de l'établissement Recrutement d'un psychologue du travail au sein de l'équipe du Département de Santé au Travail
	Proposer au personnel des méthodes de gestion du stress	Augmentation des plages horaires pour le « Toucher Bien être »

Objectifs	Actions à conduire	Modalités
	Permettre le temps partiel choisi	Recensement des demandes de temps partiel choisi non satisfaites Analyse des motifs de refus Apporter une réponse individualisée aux demandes
Poursuivre le travail engagé sur « le travail de nuit »	Valoriser et communiquer sur les actions entreprises éducation, prévention santé, attractivité.	Arrêter un plan de communication spécifique avec la Direction concernée (article dans CHORUS) Diffusion des plaquettes spécifiques élaborées par le groupe de travail du CHSCT sur le travail de nuit Amélioration du suivi médical des agents de nuit
Identifier et aménager une salle de repos dans les différents services	Intégrer cette problématique dans chaque projet de construction ou de rénovation	Organisation de visites de chantier dans le cadre des missions du CHSCT Etablissement, pour chaque projet de travaux, d'une annexe au document unique
Concevoir une politique de maintien dans l'emploi des agents en fin de carrière	Définir une procédure de redéploiement des agents exposés à des tâches pénibles	Identification, à l'aide de la GPMC, des postes comportant une charge de travail moins contraignante (tutorat, fonctions support, fonction d'expertise, fonction de coordination,...)
Poursuivre et amplifier la politique de gestion des risques professionnels		

4. Politique d'allocation des ressources

Les changements récents dans la structuration de l'effectif ont un effet sur l'allocation des ressources humaines aux différents secteurs d'activité du CHU de Limoges :

- le taux d'absentéisme, encore élevé, pèse sur l'activité en réduisant la capacité des cadres à maintenir les postes fonctionnels,
- l'organisation médicale et soignante ne sont pas toujours en cohérence, ce qui peut avoir, un impact sur le climat social entraînant un risque potentiel de sur absentéisme et de désorganisation des équipes soignantes,
- la répartition des effectifs des personnels soignants directs (IDE, ISGS, AS) freine l'optimisation de la productivité paramédicale.

Les conséquences de ces éléments varient selon les pôles.

Les effectifs ne doivent donc plus seulement être affectés en fonction des capacités d'accueil des services mais l'organisation proposée doit être confrontée au tableau de présence des professionnels. Les besoins en remplacement doivent également être calculés par secteur d'activité afin de garantir l'efficacité des dis-

positifs prévus à cet effet.

4.1 Améliorer l'adaptation des effectifs à l'activité

Le contexte

Les pôles HU ont tous quantifié leurs besoins en postes fonctionnels unité par unité. La seule description des besoins n'est pas suffisante pour tenir compte :

- de la saisonnalité de l'activité,
- des taux d'occupation des services,
- des modifications organisationnelles induites par la stratégie médicale (développement des prises en charge en ambulatoire...),
- des durées moyennes de séjour.

En outre, on constate des disparités dans l'adéquation des tableaux de service et des tableaux de présence (décalage dans les horaires journalier, dans les prises de congés...). Ces situations inégales pourront se résoudre par l'amélioration des filières de prise en charge et l'évaluation du temps de travail médical disponible, dans le respect de la réglementation.

Enfin, une meilleure organisation de la gestion des lits, au service de l'efficacité des équipes médico-soignantes et des conditions de travail

doit être installée afin de garantir l'adéquation entre la programmation et les temps de présence des personnels médicaux et paramédicaux.

Les objectifs

Les fermetures de lits liées à la non concordance des temps de travail doivent rester l'exception dans une organisation offrant des solutions

alternatives aux services dans le respect de la qualité de la prise en charge des patients.

Les axes à développer

- Coordonner les temps de travail médicaux et non médicaux,
- Mieux anticiper les fermetures de lits.



Objectifs	Actions à conduire	Modalités
Coordonner les temps de travail médicaux et non médicaux	Améliorer la planification des congés annuels des personnels médicaux et non médicaux	Elaboration d'un tableau prévisionnel des congés annuels des personnels médicaux Rédaction d'une procédure commune visant à une meilleure coordination entre la prise des congés des PM et des PNM Identification du temps de travail médical disponible en concertation avec l'ARS et la CHT Organiser des « temps de concertation » sur la gestion du temps de travail au sein des pôles Mesure de l'impact des CET médicaux et non médicaux
	Améliorer la programmation des activités chirurgicales et médicales en lien avec les organisations paramédicales, au bénéfice du patient	Elaboration du plan d'action par pôle d'intégration des ressources en fonction de l'activité Définition des règles de présence et de temps de travail médical et paramédical Acquisition d'un outil de gestion des lits
Mieux anticiper les fermetures de lit	Définir et harmoniser les critères de fermeture des lits	Constitution d'un groupe de travail ad hoc impliquant les équipes de direction des pôles et le pôle AFRI afin d'élaborer une procédure en cohérence avec l'activité Mettre en adéquation la procédure de fermeture des lits avec la mesure de l'activité médicale et le présentisme non médical
	Améliorer le fonctionnement de la commission des admissions non programmées (CANP) au vu des données du Pôle AFRI	Mise en place d'une cellule d'ordonnancement Elaboration d'un planning annuel de réunions Définition systématique d'un ordre du jour Rédaction systématique de comptes rendus

4.2 Définir et mettre en œuvre une politique de remplacement

Le contexte

L'établissement possède des équipes polaires dont les agents assurent les remplacements de courte durée.

L'expérience des trois dernières années montre que les agents affectés à ces pools ne suffisent pas, dans l'organisation actuelle, à combler les besoins en remplacement, que ceux-ci soient dus à l'absentéisme de courte durée ou la saisonnalité de l'activité.

Le CHU de Limoges s'est par ailleurs engagé dans une politique volontariste de réduction des dépenses de remplacements limitant le recours à l'intérim et aux heures supplémentaires.

Une action ciblée concernant l'absentéisme est en cours, fondée sur différentes études internes et externes qui tendent à démontrer que les causes premières de cet absentéisme sont diffuses et multiples, le plus souvent liées à des modalités d'organisation jugées inappropriées. La politique de remplacement à construire

repose sur la conviction que l'activité de l'établissement sera soutenue par un meilleur taux de remplacement des personnels soignants, ce qui nécessite un redimensionnement des pools de pôles, la création d'un pool institutionnel « remplacement-activité » et la recherche de solutions innovantes pour les situations de tension.

Les objectifs

La mise en place d'un pool institutionnel « remplacement-activité » ainsi que la mise en œuvre de solutions alternatives est une priorité du présent Projet Social et Professionnel.

Les axes à développer

- Constituer et mettre en place un pool institutionnel « remplacement-activité » pour pallier l'absentéisme et maintenir l'activité,
- Solliciter les étudiants des écoles paramédicales pour des remplacements ponctuels (nuit, WE ou vacances scolaires).

Objectifs	Actions à conduire	Modalités
Constituer et mettre en place un pool institutionnel « remplacement-activité » pour pallier l'absentéisme et maintenir l'activité	Définir les modalités de fonctionnement d'un pool institutionnel « remplacement-activité » articulé autour de postes IDE et AS et coordonné avec les pools de pôles déjà existants	Recensement du nombre d'ETP déjà affectés dans les pools de pôles Définition du nombre d'ETP IDE et AS affectés au pool institutionnel « remplacement-activité » Rédaction d'un règlement intérieur du pool intégrant : -les missions assignées aux agents du pool -les amplitudes horaires -les contreparties (en termes de congés, délai de prévenance...) -les contraintes -les pré-requis (formation initiale, expérience, choix de l'agent...) -un outil commun de mesure de la charge en soins Mise en œuvre de ce pool pour compenser l'absentéisme de courte durée (CMO, formation, CET...) dans les 11 pôles HU Evaluation du fonctionnement du pool institutionnel « remplacement-activité »
	Expérimenter les modalités de fonctionnement d'un pool institutionnel « remplacement-activité » élargi à d'autres secteurs professionnels	Recensement les secteurs d'activité pertinents (dans les pôles HU et les pôles de gestion) et fixer le nombre d'ETP nécessaire Adaptation du règlement intérieur institutionnel créé pour les IDE et AS Mise en œuvre de ce pool pour compenser l'absentéisme de courte durée (CMO, formation, CET...) Evaluation du fonctionnement du pool institutionnel « remplacement-activité » élargi

Objectifs	Actions à conduire	Modalités
	Expérimenter les modalités de fonctionnement d'un pool institutionnel « remplacement-activité » élargi dédié à l'absentéisme de longue durée (CLM/CLD, maternité, AT/MP et temps partiel)	Définition des règles de fonctionnement de ce pool institutionnel « remplacement-activité » spécifique Mise en place d'un un outil de mesure de la charge de travail au sein des pôles. Evaluation du fonctionnement de ce pool institutionnel « remplacement-activité » spécifique
Solliciter les étudiants des écoles paramédicales pour des remplacements ponctuels (Nuit, WE ou vacances scolaires)	Mettre en place ce dispositif pour les étudiants IFSI ayant validé leur première année	Expérimentation de l'action sur le pôle PASD Evaluation du dispositif
	Expérimenter ce dispositif pour les étudiants des écoles de kinésithérapie ayant validé leur 2 ^{ème} année	Promotion de l'action pour les actes de maintien de l'autonomie sous le contrôle d'un kinésithérapeute diplômé



5. Organisation du travail

5.1 Identifier et mettre en place des cibles organisationnelles

Le contexte

La mise en œuvre du plan de modernisation concomitante à la réalisation du présent Projet Social et Professionnel, ainsi que les orientations médicales stratégiques décidées pour la période 2012-2016 vont modifier largement les organisations du travail du fait des modifications structurelles et/ou fonctionnelles prévues. Un plan de déploiement des équipes dans les nouvelles structures et/ou au sein d'unités modifiées sera élaboré et doit permettre la montée en charge progressive du plan de modernisation à partir du premier semestre 2012.

Le présent Projet Social et Professionnel servira de base à la mise en œuvre

- d'un plan d'actions par pôle
- des modalités de délégation de gestion en cohérence avec la déconcentration de la fonction Ressources Humaines (cf. thème 1, objectif 1).
- de l'allocation des ressources nécessaires au sein des pôles

Les objectifs

Ils visent à planifier les besoins en effectifs et en compétences au fur et à mesure de la montée en charge du plan de modernisation de l'établissement.

Les axes à développer

- Anticiper l'impact des restructurations et des réorganisations de services sur la gestion des ressources humaines

Objectifs	Actions à conduire	Modalités
Anticiper l'impact des restructurations et des réorganisations de services sur la gestion des ressources humaines	Communiquer sur le projet institutionnel et conduire le changement avec les équipes concernées	Constitution d'un groupe projet associant la direction et les professionnels de terrain (médicaux et non médicaux) Détermination et/ou identification des changements induits au niveau de la GRH en termes : -d'effectifs -d'organisation du temps de travail -d'harmonisation des pratiques professionnelles -de formation et d'adaptation -d'identification des métiers émergents ou en mutation
	Déterminer les potentiels de mutualisations de ressources (ressources humaines, matérielles...)	Définition des zones d'activité communes et/ou partagées par le groupe projet Détermination et/ou identification des changements induits par les mutualisations au niveau de la GRH en termes : -d'effectifs -d'organisation du temps de travail -d'harmonisation des pratiques professionnelles -de formation et d'adaptation -d'identification des métiers émergents ou en mutation



5.2 Adapter les organisations de travail

Le contexte

L'établissement possède un règlement intérieur de gestion du temps de travail médical et un manuel des règles de gestion du temps de travail non médical à destination des cadres et des chefs de pôles.

Ces documents servent de base à l'élaboration des cycles de travail et des roulements dans les services de soins, administratifs ou techniques ainsi qu'à l'établissement des tableaux de service médicaux.

Leur mise à jour est assurée par le pôle RHOSQ qui contrôle également la juste application des règles édictées dans ces documents.

La mise en œuvre du plan de modernisation va fortement impacter le volume effectif de temps de travail dévolu à chaque pôle et secteur d'activité et nécessite une remise à plat, sur la base d'audits ciblés, des règles de fonctionnement du temps de travail médical et non médical.

Les objectifs

Ils visent à objectiver les pratiques en place au sein du CHU et à proposer des améliorations sur la base des référentiels nationaux et de la réglementation en vigueur pour déployer progressivement des modèles d'organisation et de gestion du temps renouvelés.

Les axes à développer

-Améliorer la gestion et l'organisation du temps médical, en conformité avec la réglementation et en adéquation avec l'activité

-Adapter l'organisation du temps de travail à l'activité de l'établissement en vue de l'amélioration du service rendu aux usagers.

- Instaurer un pilotage des secrétariats médicaux, notamment pour les accompagner dans la mise en œuvre des politiques menées (DPU, FIDES, organisation et accessibilité, dictée numérique...)

Objectifs	Actions à conduire	Modalités
Clarifier et formaliser les règles de gestion du personnel médical	Elaborer un guide de gestion et accompagner les réorganisations médicales	Elaboration du guide de gestion du temps médical Généralisation de la rédaction des fiches de postes PM Elaboration et négociation de la Charte du temps de travail médical
	Elaborer des fiches de postes	Elaboration de la cartographie des métiers médicaux Structuration de la cartographie des métiers médicaux par pôle Intégration de la rédaction des fiches de poste dans le plan d'action de chaque pôle
Adapter l'organisation du temps de travail à l'activité de l'établissement en vue de l'amélioration du service rendu aux usagers	Procéder à l'évaluation de la charge de travail des personnels médicaux et non médicaux	Définition d'une méthodologie d'audit Définition des outils de recueil des données Consolidation des résultats Partage avec les professionnels concernés Elaboration et mise en œuvre des préconisations en termes d'adaptation des organisations et des effectifs
	Procéder à l'évaluation des cycles de travail	Définition d'une méthodologie d'audit Définition des outils de recueil des données Consolidation des résultats Partage avec les professionnels concernés Elaboration et mise en œuvre des préconisations en lien avec la charge de travail
Instaurer un pilotage des secrétariats médicaux, notamment pour les accompagner dans la mise en œuvre des politiques menées (DPU, FIDES, organisation et accessibilité, dictée numérique...)	Désigner un coordonateur des secrétariats médicaux Définir et mettre en œuvre les modalités de management Définition de profils de poste	

5.3 Améliorer le service rendu par le Pôle RHOSQ

Le contexte

Le pôle Ressources Humaines, Organisation des Soins et Qualité est né en 2009 avec pour mission principale de développer le dialogue interne de gestion avec les pôles HU et regrouper les grandes fonctions de la gestion des ressources humaines, du management et l'organisation des soins (coordination générale des soins, gestion des effectifs, carrières, paie, qualité, SSH...). La mise en œuvre de la délégation de gestion, selon le périmètre retenu, va entraîner durant l'exécution de ce Projet Social et Professionnel une collaboration accrue entre le pôle RHOSQ (secteur Ressources Humaines) et les pôles Hospitalo-Universitaires via l'installation des cellules administratives, et par la même, une reconfiguration des missions des secteurs par la mise en place de référents « experts ». Les cellules administratives nécessiteront, avant mise en œuvre, une formation des agents,

accompagnée d'évolutions techniques adaptées (déploiement des logiciels Ressources Humaines en licences multipostes dans les pôles Hospitalo-Universitaires).

Un « guichet unique » sera par ailleurs mis en place au sein du pôle RHOSQ, en vue de réceptionner les demandes des chefs de pôle hospitalo-universitaires dans le cadre de la délégation de gestion.

Les objectifs

Le pôle RHOSQ doit être reconnu, de par son organisation et ses missions, comme un pôle d'expertise au service des autres pôles HU et de gestion grâce à un appui administratif et méthodologique dans le management des équipes.

Les axes à développer

-Configurer l'organisation du pôle RHOSQ afin de promouvoir une politique de gestion des ressources humaines médicales et non médicales harmonisée.

Objectifs	Actions à conduire	Modalités
Configurer l'organisation du pôle RHOSQ afin de promouvoir une politique de gestion des ressources humaines médicales et non médicales harmonisée, en fonction de l'organisation des soins et de la politique qualité	Identifier l'ensemble des actes de gestion RH communs aux personnels médicaux et non médicaux	Elaboration de la feuille de route RHOSQ Après validation, communication aux instances Elaboration d'un tableau de suivi des actions
	Recentrer les ressources humaines sur l'expertise, la stratégie et les fondamentaux	Identification des actes de gestion RH susceptibles d'être délégués aux pôles en raison de leur proximité avec les agents



6. Dialogue social

La qualité des modalités de partage de l'information est un élément essentiel de la stratégie d'un établissement de l'envergure du CHU de Limoges. Elle contribue à renforcer la communication et le développement de valeurs partagées.

L'application du projet d'établissement aura une incidence notable sur les échanges interpersonnels en nécessitant une appropriation encore plus importante de l'information de la part des agents et de leurs représentants.

De la qualité des échanges et des relations sociales dépend le bon fonctionnement de l'institution, c'est pourquoi il est nécessaire de :

-Préserver et promouvoir des relations sociales et professionnelles saines fondées sur la circulation et le partage de l'information, la responsabilisation des acteurs et la qualité du dialogue social

-Renforcer le lien social par le partage d'une culture hospitalière commune et une vision partagée de l'avenir de l'établissement.

6.1 Améliorer les modalités de travail avec les partenaires sociaux

Le contexte

Le dialogue social est constant au Centre Hospitalier Universitaire de Limoges, et repose sur différents supports :

-les instances consultatives officielles, en particulier le Comité Technique d'Etablissement, les Commissions Administratives Paritaires et le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail, qui se réunissent à périodicité régulière avec un ordre du jour et un compte rendu établi par la Direction en concertation avec les partenaires sociaux et validé par le secrétaire de chaque instance ; l'amélioration de la diffusion des avis et décisions, doit être poursuivie

-des rencontres bilatérales bimestrielles Direction des Ressources Humaines/Syndicats soit dans le cadre de groupes de travail particuliers, soit dans le cadre de la préparation des ordres du jour de réunions ultérieures.

La diffusion de l'information vers le personnel prend des formes diverses :

-de la direction directement vers les équipes (feuille de paie ; notes de service, intranet)

-des cadres vers les agents.

-des syndicats vers le personnel.

Enfin, le dialogue social repose sur la participation active des personnels et sur la qualité des relations entretenues avec les organisations syndicales. Il s'accompagne d'une veille permettant de déceler les tensions éventuelles très en amont et participant aux conditions propices à la confiance et à un échange constructif.

L'effort pour la période que couvre ce nouveau Projet Social et Professionnel doit consister à renforcer les modalités de communication entre la direction et les partenaires sociaux, mais aussi à améliorer la lisibilité de leur action auprès des agents.

Les objectifs

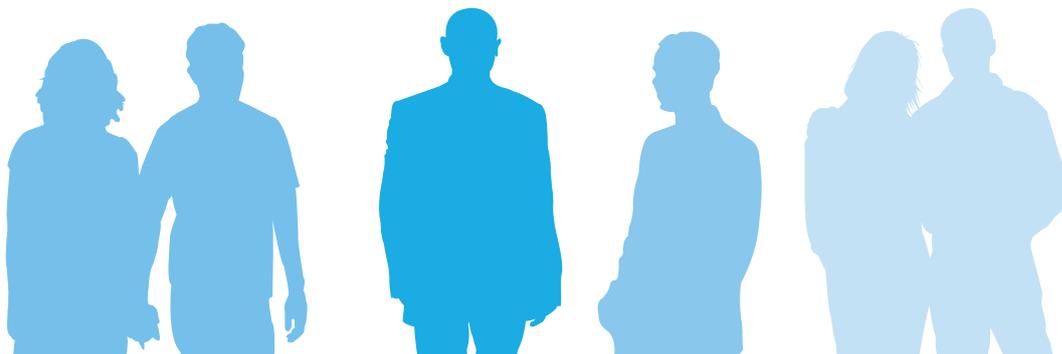
Ils visent à poursuivre l'effort d'intégration des partenaires sociaux dans le suivi opérationnel du projet d'établissement, et notamment du Projet Social, à promouvoir leur implication et à donner les moyens aux instances représentatives du personnel d'avoir une action mieux reconnue.

Les axes à développer

-Elaborer un protocole d'accord syndical

-Poursuivre l'amélioration du fonctionnement des instances

-Créer un comité de pilotage ad hoc chargé du suivi du PSP



Objectifs	Actions à conduire	Modalités
Elaborer un protocole d'accord syndical	Clarifier l'exercice du dialogue social autour de 3 thématiques : ▶toiletage du règlement intérieur des différentes instances ▶codification du droit syndical et identification des moyens matériels et informatiques mis à disposition ▶définition de l'exercice du droit de grève par des organigrammes de service minimum actualisés	Définition d'un calendrier de réunions entre les RH et les organisations syndicales Rédiger un protocole en concertation reprenant la synthèse des travaux conduits sur ces trois thèmes
Poursuivre l'amélioration du fonctionnement des instances	Rendre lisible le calendrier des instances et les ordres du jour	Intégrer le calendrier des instances à l'agenda institutionnel et communiquer ce calendrier aux OS en début d'année Publication de l'ordre du jour dans HERMES
	Favoriser les rencontres Direction/PCME/OS	Programmer chaque semestre une rencontre OS/Directoire sur l'actualité institutionnelle et organiser une réunion annuelle OS/Directeur Général
	Mieux faire connaître le rôle des OS	Créer une page intranet pour les OS sur laquelle apparaîtraient leurs coordonnées et un bilan annuel de leur activité Dédier une page du CHORUS au rôle des OS Programmer une intervention annuelle des OS dans les écoles paramédicales du CHU
	Créer une instance de dialogue propre au personnel médical	Définir un calendrier de rencontres dialogue-social Création d'une sous-commission ad-hoc de la CME
Créer un comité de pilotage ad hoc chargé du suivi du PSP	Identifier un seul groupe restreint pour le suivi Formaliser le rôle et les missions (évaluation annuelle, suivi)	Constitution d'un groupe composé d'un représentant RH-CGS-IFS-1 par OS se réunissant chaque fin d'année pour évaluation de l'avancement du projet

6.2 Valoriser les actions réalisées

Le contexte

La qualité du dialogue avec le personnel implique une stratégie de communication interne visant à harmoniser et mettre en synergie toutes les formes d'informations existantes dans la structure.

Les outils de cette approche sociale sont multiples : des réunions périodiques, conseils de pôles, conseils de services, groupes d'expression, aux informations écrites : journaux traditionnels, affichage, en passant par les nouvelles technologies : intranet, messagerie...

Les procès-verbaux, relevés de conclusions des réunions, décisions qui leur font suite expriment

clairement les propositions et modalités de mise en œuvre et de suivi des actions, et sont systématiquement mis à la disposition du personnel. L'action du CHSCT doit être mieux valorisée au travers du rôle renforcé du secrétaire et du développement des visites sur site.

Les objectifs

Le renforcement des possibilités d'action des instances représentatives du personnel, notamment du CHSCT, dans la vie institutionnelle.

Les axes à développer

- Rendre lisible l'action des instances
- Valoriser l'action du CHSCT

Objectifs	Actions à conduire	Modalités
Rendre lisible l'action des instances	Mieux faire connaître les actions entreprises	Création d'une page HERMES dédiée aux CHSCT dans laquelle apparaîtrait sa composition, les ordres du jour, les points clefs, le suivi des groupes de travail issus du CHSCT, le calendrier des visites
Valoriser l'action du CHSCT	Développer les visites sur site en lien avec le pôle IFS	Etablir un calendrier annuel de visites programmées et visiter systématiquement les services renouvelés et/ou restructurés en associant le CHSCT au projet
		Organiser une visite annuelle des personnels de nuit pour le CHSCT
	Informier le CHSCT en temps réel sur les accidents graves	Rédiger une procédure ad hoc, en lien avec la procédure de gestion des risques

③ L'outil HU

Cinquième partie

LE PLAN DE MODERNISATION

« Adapter l'outil HU au service des patients et des professionnels »

Le CHU accuse un retard majeur d'investissement et doit pourtant à la population et à ses équipes, un outil hospitalo-universitaire à la hauteur de ses orientations pour assurer son avenir et préparer l'hôpital de demain.

Comment relever ce défi dans les meilleurs délais ? Comment concilier exigence de sécurité et confort des patients ? Comment adapter l'architecture à des organisations médico-soignantes renouvelées ? Comment concilier la réponse aux attentes des utilisateurs de l'informatique et les contraintes d'un système collectif complexe ? Comment améliorer la sécurité du système d'information et réaliser les ouvertures nécessaires ? Comment parve-

nir à construire, à rénover en gênant le moins possible l'activité ? Comment dégager les ressources nécessaires au financement de la modernisation des locaux et des équipements de pointe dans le contexte de contrainte budgétaire croissante ? Comment optimiser le patrimoine et donner des surfaces à l'activité médicale au moment où chaque mètre carré doit être discuté ? Comment mieux prendre en compte les exigences de développement durable dans ce contexte ?

Le plan de modernisation, fondé sur un socle organisationnel médico-soignant revu, à partir du contour des pôles HU redessinés en janvier 2009, répond au mieux à ces interrogations en 4 points.



Cinquième Partie	
Le plan de modernisation.....	117
1. Mettre en œuvre un programme capacitaire revisité pour accompagner la stratégie médicale et le projet de prise en charge	119
1.1 Une démarche globale et cohérente avec les orientations stratégiques du CHU de Limoges	119
1.2 Une révision capacitaire globale, pôle par pôle.....	119
1.3 Un virage majeur en faveur de l'ambulatoire d'ici 2020	121
2. Réaliser un projet immobilier et des équipements à la juste mesure des besoins des équipes et des attentes des patients	123
2.1 Le projet immobilier.....	123
2.2 Les équipements	130
3. Accompagner l'amélioration de la prise en charge globale des patients dans les murs et sur le territoire par un schéma directeur informatique au service des équipes.....	131
3.1 Contexte et bilan.....	131
3.2 Informatique médicale et médico-technique : le projet e-DP	137
3.3 Informatique de gestion	143
3.4 Sécurité, infrastructures et réseaux	147
4. Se doter d'un plan d'efficience qui, par retour sur investissement, permet de financer l'indispensable modernisation	155

1. Mettre en œuvre un programme capacitaire revisité pour accompagner la stratégie médicale et le projet de prise en charge

1.1 Une démarche globale et cohérente avec les orientations stratégiques du CHU de Limoges

La mise en œuvre du projet d'établissement du CHU de Limoges s'accompagnera de la poursuite de la démarche engagée depuis plusieurs années : l'adaptation des modalités d'accueil, et donc des capacités, du patient.

En effet, dans la mesure où les pouvoirs publics incitent fortement au développement de l'activité ambulatoire, qui est désormais « substitutive », et non plus une simple alternative à l'activité d'hospitalisation conventionnelle, le CHU de Limoges poursuivra sa démarche de développement volontariste de l'activité ambulatoire. Cela se traduira par l'extension du plateau de chirurgie ambulatoire de 12 à 40 places d'ici à 2015 et par la structuration d'un plateau médico-chirurgical de 30 places sur l'hôpital de la mère et de l'enfant.

Par ailleurs, une démarche spécifique sera développée sur la médecine ambulatoire, avec l'organisation de plateaux ambulatoire, notamment en cancérologie (Centre régional du Cancer) et en cardiologie.

Cette démarche est complémentaire avec l'objectif de développer la chirurgie lourde et robotique : dans la mesure où l'activité ambu-

latoire sera organisée au sein de structures dédiées, plus adaptées à ce genre de prise en charge, les unités d'hospitalisation pourront être entièrement dédiées à ce qui fait leur cœur de métier, l'accueil et la prise en charge de patients nécessitant une surveillance postopératoire plus longue.

1.2 Une révision capacitaire globale, pôle par pôle

Préalable : afin d'identifier les efforts réalisés et à venir en matière d'adaptation des capacités d'accueil aux nouvelles modalités de prise en charge des patients, les capacités sont présentées selon deux niveaux :

-les capacités lits en hospitalisation conventionnelle et de semaine MCO, avec une **réduction de 43 lits d'hospitalisation** au total depuis 2010 ; cette évolution est minorée dans la mesure où l'impact du renforcement des structures dédiées à l'accueil de l'activité ambulatoire n'est pas encore évaluable ;

-les capacités d'accueil en chirurgie et médecine ambulatoire, en progression annoncée de 33 places ; les prévisions en matière de médecine ambulatoire sont minorées, dans la mesure où les conclusions des travaux actuellement en cours sur le volet de la médecine ambulatoire ne sont pas encore connues.

SPECIALITE	CAPACITE LITS						Différentiel (proposition - capacité installée au 01.06.2010)
		HDS	Hosp Conv dont LISP	SI *	SC *	Total	
PLATEAU DE CHIRURGIE AMBULATOIRE	Capacité Installée au 01.06.2010					0	
	Capacité Installée au 03.02.2012					0	
	Proposition					0	
TOTAL PÔLE PLATEAU MEDICO-TECHNIQUE	Capacité Installée au 01.06.2010	0	0	0	0	0	
	Capacité Installée au 01.07.2011	0	0	0	0	0	
	Proposition	0	0	0	0	0	
HEMATOLOGIE CLINIQUE	Capacité Installée au 01.06.2010		15	10		25	
	Capacité Installée au 03.02.2012		13	10	2	25	
	Proposition		15	10	2	27	2
ONCOLOGIE MEDICALE	Capacité Installée au 01.06.2010	8	21			29	
	Capacité Installée au 03.02.2012	8	21			29	
	Proposition	8	21			29	0
TOTAL PÔLE ONCO HEMATOLOGIE	Capacité Installée au 01.06.2010	8	36	10	0	54	
	Capacité Installée au 03.02.2012	8	34	10	2	54	
	Proposition	8	36	10	2	56	Création de 2 lits
CHIRURGIE DIGESTIVE GENERALE ET ENDOCRINIENNE	Capacité Installée au 01.06.2010		71	4	16	91	
	Capacité Installée au 03.02.2012	14	42			56	
	Proposition	14	42	4	15	75	-16
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	Capacité Installée au 01.06.2010		73			73	
	Capacité Installée au 03.02.2012		70			70	
	Proposition		70			70	-3
CHIRURGIE UROLOGIQUE ET ANDROLOGIE	Capacité Installée au 01.06.2010	7	29			36	
	Capacité Installée au 03.02.2012	7	26			33	
	Proposition	5	26			31	-5
HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE	Capacité Installée au 01.06.2010	8	25		4	37	
	Capacité Installée au 03.02.2012	10	22		3	35	
	Proposition	8	26		0	34	-3
SOINS HAUTEMENT SPECIALISES	Capacité Installée au 01.06.2010			4	8	12	
	Capacité Installée au 03.02.2012			4	16	20	
	Proposition					0	-12
TOTAL PÔLE VISCERAL ET ORTHOPEDIE	Capacité Installée au 01.06.2010	15	198	8	28	249	
	Capacité Installée au 03.02.2012	31	160	4	19	214	
	Proposition	27	164	4	15	210	Réduction de 39 lits

SPECIALITE	CAPACITE LITS						Différentiel (proposition - capacité installée au 01.06.2010)
		HDS	Hosp Conv dont LISP	SI *	SC *	Total	
NEUROCHIRURGIE	Capacité Installée au 01.06.2010	5	37	8		50	0
	Capacité Installée au 03.02.2012	6	40	8		54	
	Proposition	5	37	4	4	50	
NEURORADIO INTERVENTIONNELLE	Capacité Installée au 01.06.2010	3	3			6	2
	Capacité Installée au 03.02.2012	4	0			4	
	Proposition	4	4			8	
NEUROLOGIE (dont HDJ SLA ouvert au 01/02/2010)	Capacité Installée au 01.06.2010		35	6	2	43	-1
	Capacité Installée au 03.02.2012		35	6	2	43	
	Proposition		34	6	2	42	
ORL	Capacité Installée au 01.06.2010	6	20		4	30	-5
	Capacité Installée au 03.02.2012	8	13		5	26	
	Proposition	8	13		4	25	
CHIRURGIE MAXILLO FACIALE	Capacité Installée au 01.06.2010		6			6	0
	Capacité Installée au 03.02.2012	3	5			8	
	Proposition		6			6	
OPHTALMOLOGIE	Capacité Installée au 01.06.2010	8	9			17	-4
	Capacité Installée au 03.02.2012	6	7			13	
	Proposition	6	7			13	
EFN	Capacité Installée au 01.06.2010					0	0
	Capacité Installée au 03.02.2012					0	
	Proposition					0	
MPR	Capacité Installée au 01.06.2010					0	0
	Capacité Installée au 03.02.2012					0	
	Proposition					0	
TOTAL PÔLE NEUROSCIENCES TETE, COU ET RACHIS	Capacité Installée au 01.06.2010	22	110	14	6	152	Réduction de 8 lits
	Capacité Installée au 03.02.2012	27	100	14	7	148	
	Proposition	23	101	10	10	144	

SPECIALITE	CAPACITE LITS						Différentiel (proposition - capacité installée au 01.06.2010)
		HDS	Hosp Conv dont LISP	SI *	SC *	Total	
CARDIOLOGIE	Capacité Installée au 01.06.2010	6	49	12		67	0
	Capacité Installée au 03.02.2012	6	49	12		67	
	Proposition	15	40	12		67	
CTCV	Capacité Installée au 01.06.2010		48	11		59	0
	Capacité Installée au 03.02.2012		40	11	8	59	
	Proposition		40	11	8	59	
PATHOLOGIE RESPIRATOIRE	Capacité Installée au 01.06.2010	9	37		3	49	-7
	Capacité Installée au 03.02.2012	9	37		3	49	
	Proposition	6	36		0	42	
NEPHROLOGIE	Capacité Installée au 01.06.2010		19	5		24	0
	Capacité Installée au 03.02.2012		19	5		24	
	Proposition		19	5		24	
TOTAL PÔLE CŒUR POUMON REIN	Capacité Installée au 01.06.2010	15	153	28	3	199	Réduction de 7 lits
	Capacité Installée au 03.02.2012	15	145	28	11	199	
	Proposition	21	135	28	8	192	
DERMATOLOGIE	Capacité Installée au 01.06.2010	7	11			18	-2
	Capacité Installée au 03.02.2012	5	11			16	
	Proposition	5	11			16	
MALADIES INFECTIEUSES	Capacité Installée au 01.06.2010		15			15	1
	Capacité Installée au 03.02.2012		15			15	
	Proposition		16			16	
MEDECINE INTERNE A	Capacité Installée au 01.06.2010	6	18		5	29	-5
	Capacité Installée au 03.02.2012	9	15		5	29	
	Proposition	9	15		0	24	
POLYCLINIQUE	Capacité Installée au 01.06.2010		18			18	2
	Capacité Installée au 03.02.2012		18			18	
	Proposition		20			20	
MEDECINE INTERNE B	Capacité Installée au 01.06.2010	12	17			29	3
	Capacité Installée au 03.02.2012	15	17			32	
	Proposition	20	12			32	
RHUMATOLOGIE	Capacité Installée au 01.06.2010	14	13			27	1
	Capacité Installée au 03.02.2012	14	13			27	
	Proposition	14	14			28	
SOINS PALLIATIFS	Capacité Installée au 01.06.2010		10			10	0
	Capacité Installée au 03.02.2012		10			10	
	Proposition		10			10	
TOTAL PÔLE CLINIQUE MEDICALE	Capacité Installée au 01.06.2010	39	102	0	5	146	
	Capacité Installée au 03.02.2012	43	99	0	5	147	
	Proposition	48	98	0	0	146	

SPECIALITE	CAPACITE LITS						Différentiel (proposition - capacité installée au 01.06.2010)
		HDS	Hosp Conv dont LISP	SI *	SC *	Total	
MEDECINE GERIATRIQUE	Capacité Installée au 01.06.2010		12			12	13
	Capacité Installée au 03.02.2012		20			20	
	Proposition		25			25	
POST URGENCES GERIATRIQUES	Capacité Installée au 01.06.2010		8			8	0
	Capacité Installée au 03.02.2012		8			8	
	Proposition		15			15	
TOTAL PÔLE PERSONNES AGEES ET SOINS A DOMICILE	Capacité Installée au 01.06.2010	0	20	0	0	20	Création de 20 lits
	Capacité Installée au 03.02.2012	0	28	0	0	28	
	Proposition	0	40	0	0	40	
URGENCES HORS DETENUS	Capacité Installée au 01.06.2010		9		2	11	0
	Capacité Installée au 03.02.2012		9		2	11	
	Proposition		11			11	
REANIMATION	Capacité Installée au 01.06.2010		22			22	0
	Capacité Installée au 03.02.2012		22			22	
	Proposition		22			22	
UNITE MUTUALISEE DE SC **	Capacité Installée au 01.06.2010				0	0	10
	Capacité Installée au 03.02.2012				0	0	
	Proposition				10	10	
TOTAL PÔLE URGENCES REANIMATION	Capacité Installée au 01.06.2010	0	31	0	2	33	Création de 10 lits
	Capacité Installée au 03.02.2012	0	31	0	2	33	
	Proposition	0	33	0	10	43	
ETABLISSEMENT Hors Pôle Mère-Enfant	Capacité Installée au 01.06.2010	99	650	60	44	853	TOTAL : Réduction de 19 lits
	Capacité Installée au 03.02.2012	124	597	56	46	823	
	Proposition	127	607	52	45	831	

SPECIALITE	CAPACITE LITS						Différentiel (proposition - capacité installée au 01.06.2010)
		HDS	Hosp Conv dont LISP	SI *	SC *	Total	
PEDIATRIE (dont UNCO, Néonatalogie et Onco-Hématologie)	Capacité installée au 01.06.2010		63	6	3	72	
	Capacité installée au 03.02.2012		63	6	3	72	
	Proposition	6	52	10	3	71	-1
REANIMATION PEDIATRIQUE	Capacité installée au 01.06.2010		1			1	
	Capacité installée au 03.02.2012		1			1	
	Proposition		2			2	1
REANIMATION NEO NATALE	Capacité installée au 01.06.2010		10			10	
	Capacité installée au 03.02.2012		10			10	
	Proposition		6			6	-4
PLATEAU MEDICO-CHIRURGICAL AMBULATOIRE	Capacité installée au 01.06.2010						
	Capacité installée au 03.02.2012						
	Proposition	0	0	0	0	0	0
CHIRURGIE PEDIATRIQUE	Capacité installée au 01.06.2010		28			28	
	Capacité installée au 03.02.2012	7	18			25	
	Proposition	7	13	0	0	20	-8
GYNECOLOGIE	Capacité installée au 01.06.2010	9	9		3	21	
	Capacité installée au 03.02.2012	9	9		3	21	
	Proposition	9	7	0	2	18	-3
OBSTETRIQUE	Capacité installée au 01.06.2010		50			50	
	Capacité installée au 03.02.2012		50			50	
	Proposition	0	53	0	0	53	3
TOTAL PÔLE MERE-ENFANT	Capacité installée au 01.06.2010	9	161	6	6	182	
	Capacité installée au 03.02.2012	16	151	6	6	179	
	Proposition	22	133	10	5	170	Réduction de 12 lits
ETABLISSEMENT	Capacité installée au 01.06.2010	168	811	66	50	1 035	
	Capacité installée au 03.02.2012	140	748	62	52	1 002	
	Proposition	149	740	62	50	1 001	TOTAL : Réduction de 43 lits

Evolution prévisionnelle des capacités d'accueil en médecine et chirurgie ambulatoire :

SPECIALITE	CAPACITE D'ACCUEIL	CA	HDJ	TOTAL	
PLATEAU CHIRURGIE AMBULATOIRE	Capacité installée au 01.06.2010	0		0	
	Capacité installée au 03.02.2012	12		12	
	Proposition	40		40	
ONCO-HEMATOLOGIE	Capacité installée au 01.06.2010		27	27	
	Capacité installée au 03.02.2012		27	27	
	Proposition		30	30	
PLATEAU MEDICO-CHIR AMBULATOIRE	Capacité installée au 01.06.2010	8	12	20	
	Capacité installée au 03.02.2012	8	12	20	
	Proposition	30		30	
VISCERAL ET ORTHOPEDIE	Capacité installée au 01.06.2010		13	13	
	Capacité installée au 03.02.2012		11	11	
	Proposition		10	10	
NEUROSCIENCES TETE, COU ET RACHIS	Capacité installée au 01.06.2010	7	10	17	
	Capacité installée au 03.02.2012	0	10	10	
	Proposition	0	10	10	
CŒUR POU MON REIN	Capacité installée au 01.06.2010		12	12	
	Capacité installée au 03.02.2012		12	12	
	Proposition		8	8	
CLINIQUE MEDICALE	Capacité installée au 01.06.2010		22	22	
	Capacité installée au 03.02.2012		18	18	
	Proposition		16	16	
PERSONNES AGEES ET SOINS A DOMICILE	Capacité installée au 01.06.2010		2	2	
	Capacité installée au 03.02.2012		2	2	
	Proposition		2	2	
TOTAL ETABLISSEMENT	Capacité installée au 01.06.2010	18	98	113	
	Capacité installée au 03.02.2012	20	92	112	
	Proposition	70	76	146	TOTAL : Création de 33 places

1.3 Un virage majeur en faveur de l'ambulatoire d'ici 2020

Depuis 2009, où les capacités MCO installées s'élevaient à 1176 (soit une réduction de 200 lits et places depuis 2000), le CHU a mis en œuvre plusieurs opérations de réduction capacitaire comme esquissé dans son plan de modernisation, conduisant à anticiper la réduction des capacités d'hospitalisation, notamment en chirurgie digestive et en médecine.

Les réductions capacitaires envisagées par le CHU d'ici 2020, à hauteur de 10 % de ses capacités installées en 2009, sont la traduction de la rupture programmée par la mise en œuvre du plan de modernisation, conséquence :

-du développement offensif de l'activité ambulatoire en médecine et en chirurgie en lien avec les réorganisations architecturales,

avec une perspective :

► concordant avec les projections de l'ANAP en médecine (56 places et 108 places pour les dialyses et la chimiothérapie, pour un total de 164 places),

► et en les doublant en chirurgie (60 places programmées par le CHU contre 26 pour l'ANAP) et conduisant à avoir une **organisation ambulatoire dotée de 224 places, soit près de 20 % des capacités MCO installées.**

-de l'impact de ces orientations sur l'évolution des capacités d'accueil en médecine, en chirurgie et en obstétrique (colonne Modèle retenu CHU « virage ambulatoire »), le développement de l'ambulatoire se faisant par le biais d'une redistribution des capacités conventionnelles au profit du secteur ambulatoire.

EVOLUTION DU NOMBRE DE LITS ET PLACES MCO 2000 à 2020

% - Evolution entre 2009 et 2020



122

Ces évolutions s'accompagnent par ailleurs du développement de la chimiothérapie à domicile depuis 2010, qui s'est traduite par une contractualisation entre le CHU et les HAD de la région ainsi que de la mise en place de consultations avancées sur l'ensemble du territoire.

Récapitulatif des différents modèles ANAP et modèle retenu "virage ambulatoire"

Modèle 1 : Alignement DMS longues à la référence nationale, HDJ = 0, 1, 2 Nuits, TO Cible HDJ Médical : 150 %

Modèle 2 : Alignement DMS longues à la référence nationale, HDJ = 0, 1Nuit ; TO Cible HDJ Médical : 150 %

Modèle 3 : Pas d'alignement de la DMS, HDJ = 0, 1, 2 Nuits; TO Cible HDJ Médical : 125 %

Modèle 4 : Alignement DMS longues à la référence nationale, Effet de l'Age du Patient ; TO Cible HDJ Médical : 125 %

Modèle 5 : Alignement DMS longues à la référence des CHU, Effet de l'Age du Patient TO Cible HDJ Médical : 125 %

	SITUATION ACTUELLE (2009)						Modèle retenu virage ambulatoire (09/2011)
	Capacités installées (A)	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4	Modèle 5	
MEDECINE* - LITS, PLACES, POSTES	673	661	679	676	707	702	661
Séjours - Hospitalisation Complète (DS>=1 jour) - LITS	569	497	527	501	545	540	497
Séjours - Hospitalisation Ambulatoire (DS=0 nuit) - PLACES	104	56	44	67	54	54	164
Séances (Chimio, Dialyse, transfusion, ...) - PLACES/POSTES		108	108	108	108	108	
CHIRURGIE* - LITS, PLACES	422	343	353	366	353	354	343
Séjours - Hospitalisation Complète (DS>=1 jour) - LITS	398	321	337	340	332	333	293
Séjours - Hospitalisation Ambulatoire (DS=0 nuit) - PLACES	24	22	16	26	21	21	50
GYNECO-OBSTETRIQUE - LITS, PLACES	81	52	53	56	54	54	52
Séjours - Hospitalisation Complète (DS>=1 jour) - LITS	71	48	49	51	49	49	42
Séjours - Hospitalisation Ambulatoire (DS=0 nuit) - PLACES	10	4	4	5	5	5	10
TOTAL MCO - LITS	1 038	866	913	892	926	922	832
TOTAL MCO - PLACES	138	190	172	206	188	188	224
TOTAL MCO - LITS, PLACES, POSTES	1 176	1 056	1 085	1 098	1 114	1 110	1 056

2. Réaliser un projet immobilier et des équipements à la juste mesure des besoins des équipes et des attentes des patients

2.1 Le projet immobilier

2.1.1 Les éléments conceptuels

•le préprogramme fonctionnel

L'objectif du préprogramme fonctionnel est de concourir à l'approfondissement des choix déjà retenus dans le Plan de Modernisation du CHU, en validant le choix de réponses architecturales traitées autour de l'organisation de l'institution en 11 pôle hospitalo-universitaires, tout en prenant en compte les contraintes de compétences et de ressources, et de réglementation qui peuvent conduire à des regroupements inter polaires d'activités.

Dans le cadre de l'objectif 11 du contrat avec l'ANAP une note de cadrage est produite et vise à identifier dans une première phase :

- Des éléments documentés de benchmarking architectural pour ce qui est de certains secteurs ou activités phares ;
- Des premières esquisses de faisabilité en termes d'utilisation d'un étage courant du bâtiment Dupuytren ;
- La définition des invariants organisationnels et fonctionnels retenus et fixant les grandes lignes directrices du pré programme fonctionnel ;
- Les indicateurs majeurs du pré programme : programme capacitaire, activités, équipements structurants, macro dimensionnement théorique correspondant ;
- Les alternatives laissées à la réflexion des utilisateurs dans le cadre de la phase d'élaboration du programme fonctionnel propre à chaque opération ;
- Le périmètre de réflexion des groupes de travail opérationnels à constituer.

Le pré programme fonctionnel du plan de modernisation du CHU se poursuivra par la rédaction du (ou des) programme(s) technique(s) détaillé(s).

Il se traduira par :

- Un bilan des besoins propres à chaque pôle ou grands secteurs d'activités en raison du projet médico-soignant et de prise en charge, débouchant sur les principes organisationnels retenus, liaisons / proximités privilégiées, programme capacitaire, surfaces projetées (en global par secteur) ;

- Un calendrier détaillé des mises en œuvre, adapté aux priorités du CHU en termes de mise en œuvre des pôles : pôles onco-hémato et cœur poumon rein par exemple ;
- Des représentations graphiques de localisation des différentes activités ;
- Des données financières associées : montants des travaux et répercussions en bilan d'opération valeur finale, bilan d'opération décliné ensuite selon l'échéancier prévisionnel de réalisation.

Au cours de la seconde phase, les équipes seront accompagnées pour l'élaboration du pré programme avec comme axes structurants :

- Des lignes directrices arrêtées à faire partager

La première étape de la mission aura permis de conforter ou d'amender les organisations envisagées, de pré dimensionner les différents pôles et de décliner un échéancier opérationnel.

►Sur les existants avec notamment quelques transcriptions graphiques des principales difficultés rencontrées, des flux internes et externes, des points durs relevés...

►Sur le contexte opérationnel du CHU : opérations engagées ou en cours de réflexion

- Pour des thèmes ou des problématiques ciblées, identification du « champ des possibles » issue d'expériences d'autres établissements, de références réalisées, de réflexions émergentes et proposition argumentée des alternatives possibles

- La définition des potentialités et des contraintes existantes : Adaptabilité des locaux et des bâtiments / Contraintes de réutilisation de bâtiments ou de changement d'activités

- Mettre en exergue et intégrer les objectifs capacitaires et de stratégie médicale ou organisationnels ayant un impact sur le pré programme fonctionnel

- Adapter les éléments de dimensionnement du CHU au regard des projections envisagées en termes de capacité, activités, équipements, localisation

- Traduire les réflexions précédentes sous forme de simulations d'implantation/faisabilité, d'axonométrie

- Proposer un pré dimensionnement théorique (macro dimensionnement) global

•Le développement de l'ambulatorio

Les objectifs s'articulent autour de la dimension médico-soignante de l'ensemble de l'activité ambulatoire

Pour la chirurgie ambulatoire :

- ▶ Identifier un circuit ambulatoire
- ▶ Réduire le taux de chirurgie ambulatoire forain
- ▶ Contribuer à l'ouverture d'une unité ambulatoire médico-chirurgicale à l'HME (en y associant les urgences gynécologiques)
- ▶ Contribuer à la réorganisation des prises en charge et à l'adaptation des capacités des services de chirurgie
- ▶ Ré estimer la taille de l'unité de chirurgie ambulatoire qui paraît sous dimensionnée au vu des chiffres de l'activité 2009

Pour les hôpitaux de jour de médecine et les soins externes :

- ▶ Définir un modèle d'organisation cible d'un plateau ambulatoire (hôpital de jour de médecine, consultations et d'explorations fonctionnelles)
- ▶ Mettre en œuvre ce modèle dans un site pilote développant ces activités selon les possibilités des locaux et accompagner le changement auprès des équipes
- ▶ Documenter l'organisation cible, la méthodologie de mise en œuvre, les résultats obtenus et à venir, les vigilances à mettre en œuvre
- ▶ Étudier la faisabilité de créer des plateaux ambulatoires mutualisés sur chaque pôle d'activité médicale (ou groupement de pôles) et définir une cible pour l'établissement adaptée aux pratiques médicales actuelles : nombre de plateaux, dimensionnement, localisations, avec l'objectif de réduire les surcoûts par rapport à d'autres CHU notamment concernant l'activité exploration fonctionnelle,,
- ▶ Accompagner le déploiement des organisations cibles pour l'ensemble de l'établissement
- ▶ Adapter la communication interne et externe aux nouvelles organisations

•La modularité et l'évolutivité des espaces construits ou restructurés

Les établissements hospitaliers ont à répondre

en permanence à des besoins de santé évoluant, à suivre les évolutions thérapeutiques et à pallier en continu à l'obsolescence technologique. De plus les modes d'organisation s'appuient eux aussi sur des concepts appelés à changer sous l'effet de la réglementation (par exemple la gouvernance) ou des pratiques professionnelles (la pluridisciplinarité). Ceci doit conduire à privilégier des modes constructifs facilitant ces évolutions.

•L'ouverture des plateaux techniques sur la ville

Le CHU, au service des patients du Limousin, entend permettre et faciliter l'accès de ses plateaux techniques aux professionnels de santé de l'unique territoire régional qu'a retenu l'Agence Régionale ; il s'agit par exemple du plateau de cardiologie interventionnelle et de ses équipements d'imagerie.

2.1.2 Le schéma directeur 2011 – 2020

La recherche d'une meilleure efficacité des organisations, la maîtrise de l'évolution des charges, et le double souci d'améliorer les conditions d'accueil des patients et de vie au travail des agents conduisent à la réalisation d'un projet immobilier ambitieux mais réaliste et indispensable pour consolider et renforcer l'attractivité du CHU.

C'est pourquoi, les objectifs prioritaires de ce plan d'investissement sont :

- Un projet immobilier ambitieux : les restructurations architecturales et la mise aux normes des installations techniques comme supports des nouvelles organisations et de leur sécurité ;
- Des investissements en matériels notamment biomédicaux volontaristes pour le développement de l'activité, de la performance et de la sécurité ;
- Un système d'information structurant, indispensable pour accompagner la modernisation et le renouvellement des organisations ;
- La mise en sécurité incendie du CHU, pour faire suite à l'avis défavorable de la sous commission départementale de sécurité à la poursuite de l'exploitation des ailes A et B du site principal hôpital Dupuytren (soit 30 % de sa surface)

Le montant global de l'investissement pour la

période 2011/2020 atteint 439 088 715 euros dont, notamment 72 487 525 euros pour les équipements biomédicaux et 31 261 768 euros pour le système d'information.

Les opérations d'investissement ne seront pleinement réussies que si elles sont systématiquement conçues dans une logique transversale, qui associe immobilier, équipements, et informatique. Le pôle «investissement et fonctions support» a la responsabilité de porter cette cohérence en collaboration étroite avec les pôles hospitalo-universitaires et les autres pôles de gestion.

•Un projet immobilier et une rénovation des installations et des réseaux techniques pour mettre à niveau l'outil Hospitalo-Universitaire

Aujourd'hui le CHU de Limoges présente en effet un patrimoine immobilier obsolète qui n'est pas à la hauteur des objectifs d'excellence et des missions de recours régional qui lui incombent.

La décision de restructurer l'hôpital Dupuytren pour le moderniser et améliorer le confort des patients impose la réalisation des surfaces supplémentaires nécessaires pour augmenter le nombre de chambres individuelles et améliorer les conditions d'hébergement des patients, libérer les espaces à restructurer dans un site qui restera en service.

Au plan organisationnel, le projet comporte le regroupement géographique des pôles Hospitalo-Universitaires dans le cadre d'un programme capacitaire revisité et de façon à optimiser des démarches polaires de réorganisation.

Au total c'est un ensemble de 83 200 m² qui va être restructuré ou construit. Des cessions viendront en atténuation des coûts d'investissement : le bâtiment du Cluzeau et l'ensemble de ses annexes (soit près de 14 000 m²), du foyer de l'enfance et l'exploitation agricole de Condat (44 ha).

La réalisation de ces opérations nécessite la remise aux normes des installations techniques primaires sachant qu'elles sont encore d'origine. La problématique liée à la mise en sécurité incendie du bâtiment fait l'objet d'un développement particulier compte tenu de son acuité. L'ensemble du projet a été planifié sur 10 ans pour donner un terme proche à une opération qui demeure très complexe mais attendue depuis

une décennie par les professionnels hospitaliers et les patients.

•L'impact exceptionnel de la mise en sécurité incendie doit être souligné

Le programme d'investissement a été substantiellement modifié par rapport à la version 2010. En effet la mise en sécurité incendie dont le surcoût a été estimé en juin 2011 et qui s'élève à 50,1 M€ doit répondre à la modification de classification ERP, désormais déclaré IGH de 1ère catégorie et interfère par conséquent avec les opérations du plan de modernisation.

Cette information récente grève lourdement le programme d'investissement actualisé puisque certaines opérations sont décalées, étant liées à la mise en sécurité du bâtiment.

Le programme d'investissement comprend ainsi le schéma directeur sécurité incendie estimé à hauteur de 86,7 M €

•La nécessaire construction d'extensions pour pouvoir restructurer et mettre en sécurité la bâtiment Dupuytren

Trois bâtiments (27 404 m²) vont être construits pour libérer des surfaces dans le bâtiment Dupuytren à restructurer et le bâtiment du Cluzeau qui sera cédé (14 000 m²).

Ils comprennent :

- 10 987 m² SDO pour le bâtiment biologie-santé
- 12 000 m² SDO (sans la passerelle qui relie ce bâtiment au site principal de Dupuytren pour le bâtiment clinique médicale
- 4 417 m² SDO pour le bâtiment médico-administratif

L'opportunité est ainsi offerte :

- de réinstaller 2 pôles hospitalo-universitaires dans des locaux neufs :
- de sortir les pôles de gestion de l'hôpital Dupuytren, de rapatrier l'unité fonctionnelle de recherche et biostatistique hébergée dans les locaux de la Faculté de Médecine et de dédier ainsi l'espace libéré aux activités de soins, notamment à la structuration d'un Centre régional de cancérologie,
- mais aussi de disposer de liaisons fonctionnelles opérationnelles au regard des enjeux liés notamment à la facturation directe (FIDES), regroupant ainsi les services de la trésorerie, le service facturation, le SIME et une partie des services informatiques.

-de libérer le site du Cluzeau en vue de sa cession.

- de procéder à des aménagements nécessités par la restructuration et qui en l'occurrence - soit correspondent à des opérations tiroirs : réinstallations des vestiaires au SS2 et du département technique biomédical pour libérer l'espace nécessaire à la réanimation, et au relogement du Centre d'Investigation Clinique (CIC) en adéquation avec les engagements institutionnels pris lors de la labellisation INSERM.

Le regroupement des pôles :

En termes organisationnels, la même logique de regroupement géographique des activités des pôles qui s'applique aux extensions est mise en œuvre pour la restructuration du bâtiment Dupuytren.

L'opération allie ainsi restructuration et mise aux normes des espaces et réorganisation fonctionnelle par regroupement géographique des pôles, sauf objectif d'optimisation des plateaux techniques et de conformité réglementaire. Là se fait le lien entre le projet médical et le projet immobilier dans un but d'efficacité et donc de financement des investissements consentis.

Un « niveau type » a été pensé permettant d'atteindre un objectif de 64 %

de chambres à un lit dans les espaces restructurés et 80 % pour l'ensemble de l'établissement. La démarche est complétée par la mise aux normes de l'ensemble au plan des installations techniques, de sécurité, du bâtiment et des VRD et espaces verts et du respect de l'environnement.

L'objectif étant d'avoir, à la fin du plan un bâtiment agrandi, restructuré, réorganisé à la fois dans ses locaux mais aussi inscrit dans un urbanisme repensé du site afin de mettre à disposition de la population du Limousin, un établissement entièrement modernisé.

Le regroupement des pôles (soit hors bâtiment biologie-santé, pôle clinique médicale et construction du bâtiment médico-administra-

tif et réaménagement du RDC de Dupuytren) concernera 11 niveaux en tout ou partie

2.1.3 Le schéma directeur incendie et installations techniques

•Un historique

Le permis de construire du bâtiment « Dupuytren » a été accordé en 1967 en fonction du décret n° 54-856 du 13 août 1954 modifié et de l'arrêté du 23 mars 1965 relatif au règlement de sécurité contre les risques incendie et de panique dans les établissements recevant du public.

La mise en service est intervenue en 1976 sans que les dispositions du décret n° 67-103 du 15 novembre 1967 relatif à la sécurité dans les immeubles de grande hauteur ne lui soient appliquées.



En février 1993, à la demande de la sous-commission départementale, les principes de sécurité suivants sont décidés :

- ▶ Implantation de la détection incendie,
- ▶ Recoupement et aménagement des dispositifs de sécurité,
- ▶ Désenfumage.

Il est dans le même temps confirmé que le classement IGH reste l'objectif à atteindre et que le projet de restructuration complète du bâtiment doit répondre à l'arrêté du 18 octobre 1977 portant règlement de sécurité pour la construction des IGH et leur protection contre les risques d'incendie et de panique.

Le 11 septembre 2002 la sous commission consciente de la difficulté de mettre en œuvre

la mise en conformité admet une approche de mise en sécurité pour les niveaux de 1 à 10 et valide le principe de désenfumage proposé par l'établissement.

Lors des visites du mois de mars 2010, la sous commission émet un avis défavorable à la poursuite de l'exploitation des ailes A et B et réaffirme que le CHU est un IGH de type U de 1^{ère} catégorie.

Afin de poursuivre l'exploitation, l'établissement a entrepris depuis début 2011, de faire réaliser un diagnostic de sécurité incendie, d'accessibilité, et des installations techniques devant permettre d'identifier les préconisations à prendre en compte dans la réalisation du plan de modernisation, ces préconisations devant prendre en compte la nouvelle réglementation (parue en janvier 2012).

•Un diagnostic

Les principaux manquements constatés au classement IGH type U 1^{ère} catégorie, sont les suivants :

Une stabilité au feu de la structure inférieure à deux heures,

L'absence de recouvrements des planchers et/ou une stabilité ne présentant pas le degré coupe-feu deux heures,

La présence de gaines toute hauteur (CARTRAC),

La non dissociation des escaliers,

L'insuffisance d'isolement par rapport aux bâtiments présents sur le site et classés ICPE (blanchisserie, chaufferie, DASRI),

L'inexistence de compartiments et des sous-compartiments conformes à la réglementation IGH,

L'absence de dispositifs de franchissements devant les escaliers,

L'absence partielle de protection des paliers d'ascenseurs,

L'insuffisance du désenfumage,

La présence d'une conduite de gaz de ville alimentant la cuisine,

L'absence de système d'alarme adapté au bâtiment IGH (nécessité d'une alarme générale sélective),

Un système de sécurité incendie (S.S.I.) inadapté à un IGH,

La présence d'un cheminement de gaz médicaux au 3^{ème} sous-sol,

La mise en conformité des installations, des

réseaux techniques et du bâtiment complète l'ensemble :

▶ Sur toute la période le projet immobilier sera ainsi complété par la rénovation et la remise aux normes des installations et des réseaux techniques.

▶ Déjà commencé avec la construction d'une chaufferie biomasse et la mise aux normes de l'ancienne chaufferie du site cet effort concernera tous les secteurs techniques alimentation et sécurité électrique, production d'eau chaude et d'eau glacée, réseau d'eau froide, traitement d'air réseaux de fluides médicaux, appareils de levage.

L'ensemble des préconisations vont se traduire par un schéma directeur incendie et par un schéma directeur des installations électriques et techniques, tous deux définissant les priorités au regard de la sécurité et de la vulnérabilité et devront arrêter les préconisations à respecter lors des opérations de restructuration.

Les objectifs de recherche d'économies d'énergie et de respect de l'environnement seront systématiquement recherchés.

2.1.4 Les constructions neuves de 2012 à 2015

•Le bâtiment biologie-santé

C'est un projet de partenariat avec l'université qui consiste à réinstaller les laboratoires hospitaliers réorganisés dans un bâtiment partagé avec les laboratoires de recherche de l'université dans le cadre d'un projet scientifique ambitieux validé par un comité d'experts extérieurs. Il s'agit là de la manifestation de la composante recherche du CHU.

Il s'agit ainsi, non seulement de regrouper dans un bâtiment neuf de 13 987m² (10 987 SDO en phase APD pour le CHU et 3000 pour l'université) les activités de la biologie hospitalière afin d'optimiser l'organisation et les moyens consacrés à ces activités mais encore de poursuivre le développement de la recherche, en partenariat avec l'Université dans le cadre d'un projet fédérateur.

Cette opération nécessitera un fort accompagnement en équipement biomédical qui permet d'assurer la réorganisation de ce pôle associée à la mise en place d'un pneumatique reliant le bâtiment aux services de l'hôpital Dupuytren et de l'hôpital de la mère et de l'enfant et de la prescription connectée.

Ce projet permet de libérer des surfaces au RDC, 1SS et 2SS qui vont permettre leur mise en sécurité et donner des solutions aux projets d'extension du plateau de chirurgie ambulatoire et de regroupement avec l'endoscopie ambulatoire et de mise en conformité des activités de réanimation et de surveillance continue.

Au-delà, le pôle biologie-santé est un projet structurant pour consolider l'activité de recherche et les équipes d'excellence du site hospitalo-universitaire de Limoges.

•Le bâtiment clinique médicale

Le projet Clinique médicale : (construction : 2013 et 2014)

L'accroissement des surfaces dévolues aux activités actuellement hébergées dans l'hôpital Dupuytren est indispensable pour atteindre l'objectif d'amélioration du confort des patients. Il s'agit également de libérer le site du Cluzeau le plus rapidement possible afin de le céder et obtenir ainsi non seulement une diminution du nombre de sites hospitaliers et générer les économies d'exploitation qui en découlent mais encore de mettre les recettes, obtenues de sa vente, en atténuation des dépenses d'investissement du présent projet immobilier.

Une extension de 12 000 m² SDO en phase programme (sans la passerelle) raccordée au bâtiment principal permettra de regrouper toujours selon les principes d'organisation rappelés plus haut, l'ensemble des services et unités composant le pôle clinique médicale.

NB : Par rapport à la version 2010, ce bâtiment n'intègre plus la dimension gériatrique, réduisant sa capacité à 162 lits (192 dans la version 2010 d'un pôle clinique médicale – gériatrie). Le projet du bâtiment Clinique Médicale, tel que détaillé dans le programme fonctionnel déjà réalisé par le programmiste, en concertation avec les équipes envisage une organisation cohérente et développe une logique hospitalière ou l'ensemble des consultations et

explorations fonctionnelles sont regroupées au rez-de-chaussée du bâtiment construit, en relation immédiate avec l'accueil et les admissions. Les hospitalisations de semaine et de jour sont aménagées au 1er étage du bâtiment en lien rapide avec les liaisons verticales ; les hospitalisations conventionnelles étant développées sur les 3^{ème} et 4^{ème} étages du bâtiment à construire avec des locaux de soins et fonctions supports mutualisés.

Le nouveau bâtiment sera relié à l'hôpital Dupuytren par 2 galeries de liaison permettant d'instaurer une séparation des flux (public, médical et logistique) dans la logique de gestion interne des flux du CHU de Limoges..

Concernant les unités d'hospitalisation conventionnelle, des indicateurs cibles peuvent être ressortis du projet, qui sont en cohérence avec le référentiel de dimensionnement des établissements de santé élaboré par la MAINH et qui pourront donc servir de support à l'ensemble du plan de modernisation de l'établissement

•Le bâtiment 80 lits EHPAD à Chastaingt

Les services de long séjour s'organisent autour de deux sites du CHU de Limoges :

- l'hôpital Jean Rebeyrol,
- et l'hôpital Chastaingt.

L'hôpital Chastaingt est composé de deux bâtiments : l'un construit en 1964 dont les conditions d'accueil des personnes âgées ne correspondent plus aux recommandations de surface et d'accessibilité en vigueur (chambres à 2 lits

et surface moyenne des chambres à 1 lit) et exigerait une restructuration lourde. L'autre, édifié en 1997, nécessite une réhabilitation plus légère.

Après un état des lieux des deux sites, un schéma directeur a été réalisé.

Le scénario retenu prévoit de réaliser, sur le site de Chastaingt, une extension d'une capacité de 80 lits et de restructurer les autres

bâtiments du site de l'hôpital Chastaingt, et sur le site de Jean Rebeyrol de restaurer le V80 et les niveaux de l'hôpital Rebeyrol consacrés à



la gérontologie.

Les objectifs auxquels répond ce schéma consistent à :

- Assurer une prise en charge de qualité pour les personnes âgées hébergées, en répondant aux normes d'accessibilité et de surface,
- Rationaliser l'utilisation des sites,
- Regrouper les lits de soins de suite et de réadaptation gériatrique à l'hôpital Jean Rebeyrol
- Identifier un lieu unique d'EHPAD : l'hôpital Chastaingt
- Intégrer dans chacun des sites des lits de soins de longue durée.



Le programme fonctionnel du

bâtiment à construire sur le site de Chastaingt comprend la construction de 80 lits d'EHPAD incluant une unité d'hébergement renforcé de 12 lits, trois unités Alzheimer de 12 lits chacune, deux unités EHPAD de 16 chacune lits et un pôle d'activités et de soins adaptés

•Le bâtiment médico-administratif

Ce projet s'inscrit dans l'objectif de libérer des surfaces au profit des activités hospitalo-universitaires et en l'occurrence d'obtenir une cohérence géographique des activités liées à la prise en charge du cancer rendant ainsi lisible l'offre de soins à vocation régionale.

L'opportunité a été saisie dans le cadre de cette construction de regrouper la gouvernance de l'établissement : direction générale, présidence de la CME et pilotage de la recherche.

Enfin, le regroupement des pôles de gestion dans un même lieu favorise les mutualisations et des organisations plus efficaces que l'organisation actuelle caractérisée par un éclatement de leurs structures internes, dans des locaux éloignés. L'installation de la salle serveurs viendra sécuriser notre système d'information

2.1.5 Les opérations de restructuration à compter de 2012

•Le pôle onco-hématologie

C'est le premier pôle qui sera réalisé regroupant

les activités d'hématologie clinique et d'oncologie médicale concourant à la structuration d'un Centre régional de cancérologie.

- Localisation : RDC et N1

- Contenu de l'opération : Installation du service d'hématologie dans les ailes A/B du N1 dans la continuité de l'oncologie déjà installé an N1 depuis septembre 2009.

- Consultations et Institut du cancer au RDC avec entrée indépendante donnant de la lisibilité à ces activités et offrant une meilleure lisibilité de l'offre de soin en cancérologie du CHU ainsi que la garantie de prises en charge globales et pluri-

disciplinaires.

- Planification : études en 2012 et travaux 2013-2014

•Le pôle cœur – poumon - rein

Il bénéficie d'une aide au titre du plan hôpital 2012.

- Localisation : N6, 7 et 8 aile A

- Contenu de l'opération : précédée d'une opération « tiroir » pour libérer le niveau 7 de l'aile A. celui-ci comprend la réinstallation de la cardiologie, la chirurgie thoracique et vasculaire, la néphrologie, le centre lourd de dialyse, la pathologie respiratoire, des plateaux de cardiologie interventionnelle et d'exploration fonctionnelle et des soins intensifs et de surveillance continue.

- Planification : travaux du pôle de 2014 à 2018

•Le pôle viscéral-orthopédie

- Localisation : N2 et N3

- Contenu de l'opération : ailes A/B du N3 pour l'orthopédie, ailes C/D du N 2 pour l'hépatogastro, ailes A/B du N2 pour les chirurgies viscérale et digestive regroupées, aile C/D du N3 pour la chirurgie urologique et androgénique et une opération tiroir pour libérer les ailes C/D du 2^{ème} étage.

- Planification : des travaux « opérations tiroirs » seront réalisés dès 2014 et les travaux du pôle seront réalisés de 2015 à 2018.

•Le pôle urgences-réanimation

- Localisation : 1SS
- Contenu de l'opération : mise aux normes, augmentation du nombre de chambres à un lit, installation unité mutualisée de surveillance continue, Centre d'Investigation Clinique.
- Localisation SAMU :
- Contenu de l'opération : extension/relocalisation intégrant le CESU
- Planification : travaux du pôle octobre 2014 à 2016

•Le pôle plateau médico-technique

Pôle plateau médico-technique (Dupuytren) :

- Capacité prévue : 40 places
- Localisation : 1SS
- Contenu de l'opération : extension d'un plateau de chirurgie ambulatoire et d'endoscopie adossé au bloc opératoire et agrandissement de la pharmacie 15
- Planification : décembre 2013-2015

Aménagements d'un plateau de consultations au RDC:

- Localisation : RDC
- Contenu de l'opération : Créer un plateau de consultations pluridisciplinaires pour l'ORL, l'ophtalmologie, la chirurgie maxillo-faciale, l'anesthésie, la psychiatrie
- Planification : 2013-2014

•Le pôle neuro-sciences-tête-cou et rachis

- Localisation : N4 et N5
- Contenu de l'opération : opération tiroir dès 2014 avec des travaux préparatoires pour libérer le N4 aile A/B, N4 ailes A/B pour la neurologie, N5 ailes A/B pour la neurochirurgie et la neuroradio interventionnelle, N4 ailes C/D pour l'ORL et l'ophtalmologie.

A noter que les consultations de ces disciplines restent localisées au RDC plus compatible avec les facilités d'accès qu'il autorise pour les consultations très volumineuses en nombre de patients.

- Planification : travaux préparatoires en 2014 et travaux du pôle de 2015 à 2019

•Le pôle Mère Enfant

Ce bâtiment récent fera l'objet de travaux d'adaptation afin de faire face à l'augmentation de la fréquentation et à l'évolution des moda-

lités de prises en charge, ainsi qu'à la prise en compte des exigences normatives ; les travaux porteront sur la création d'un plateau ambulatoire médico-chirurgical, la création d'une salle supplémentaire de naissance, la création de trois chambres nouvelles d'obstétrique, la réorganisation des urgences pédiatriques, un réaménagement des consultations ORL et OPH et des améliorations de l'accueil administratif et social.

•« Jean Rebeyrol »

L'hôpital Jean Rebeyrol regroupe la majorité des lits de services de soins de suite ainsi que 114 lits de soins de longue durée. Son annexe (V80), accueille encore des lits de soins de suite gériatriques, bien que répondant davantage à une architecture adaptée à des lits de soins de longue durée. Ces deux bâtiments, construits dans les années 1980 nécessitent d'importants travaux de réhabilitation.

La restructuration du bâtiment V80 interviendra après la construction neuve sur le site de Chastaingt soit début 2014, pour une durée de travaux de deux ans. En parallèle les travaux portant sur le SSR gériatrique se poursuivront

•Le pôle Santé Publique

Pôle santé publique (et le réaménagement du RDC Dupuytren)

- Capacité prévue : Sans objet
- Localisation : RDC

Contenu de l'opération : Réinstallation du SIME (DIM) dans le bâtiment principal de Dupuytren pour libérer le bâtiment du Cluzeau dans la perspective d'une cession.

Planification : 2014

Cette installation sera réalisée à proximité des services facturation, de la trésorerie des hôpitaux et d'une partie de la direction du système d'information compte tenu des liens fonctionnels entre ces services.

2.2 Les équipements

•Les équipements biomédicaux : le chu de Limoges poursuivra sa politique de développement technologique

L'essentiel de l'enveloppe d'équipements est consacrée aux investissements biomédicaux pour un montant de 72 487 525 euros intégrant l'accompagnement du projet immobilier sur la durée totale de celui-ci.

Le remplacement des équipements lourds d'imagerie et de radiothérapie (IRM, Scanners, Gamma caméras, TEPSCAN, salles de cardiologie interventionnelle et accélérateurs de particules) soit 26 936 869 euros est bien sûr complété par des achats d'équipements concourant à l'activité courante (appareils de dialyse, respirateurs, instrumentation des blocs opératoires...) pour des montants de 4 M€ par an. Ces investissements doivent permettre au CHU

au-delà c'est-à-dire au niveau de l'établissement pour certains équipements.

3. Accompagner l'amélioration de la prise en charge globale des patients dans les murs et sur le territoire par un schéma directeur informatique au service des équipes



3.1 Contexte et bilan

3.1.1 Rappel du contexte d'élaboration du schéma directeur 2009-2011

Le schéma directeur 2009-2011 a été conçu comme une réponse volontariste à un système d'information en grande difficulté, tant d'un point de vue technologique (retard dans des mises à jours cruciales), fonctionnel (décalage majeur avec les plans produits de plusieurs éditeurs, à commencer par le fournisseur du dossier patient informatisé et de la gestion administrative des patients, décalage avec les besoins des utilisateurs), qu'organisationnel (absence de pilotage structuré). Ces difficultés ont été précisées dans le cadre de l'audit de la fonction informatique du CHU lancé par la Direction Générale et conduit avec le cabinet CG2 Conseil de mai à septembre 2009. Cet audit concluait à la double nécessité :

de confirmer sa position en termes d'activité, de formation et de recherche mais aussi de maintenir l'attractivité des professionnels de santé. Il conviendra aussi à l'occasion des opérations d'investissement de s'assurer de l'organisation et l'utilisation optimale de ces équipements.

• les équipements non biomédicaux

S'agissant des équipements hôteliers, ils devront contribuer à améliorer le confort hôtelier des patients, à améliorer les conditions de travail et à renforcer la performance des équipes logistiques.

L'enveloppe totale est estimée à 20 415 601 euros sur la durée totale du plan de modernisation. Il conviendra d'évaluer les gains obtenus, afin de s'assurer là aussi du bon usage et de la mutualisation des ressources au sein du pôle et

-de refondre complètement la gouvernance du système d'information du CHU, ce qui s'est traduit par la mise en place et la réunion régulière du comité stratégique du système d'information (CSSI) ;

-d'élaborer rapidement un schéma directeur du système d'information afin de se donner collectivement des objectifs ambitieux mais réalistes, pour engager très vite la modernisation du système d'information du CHU.

Si le schéma directeur 2009-2011 a donc été conçu comme un plan d'action volontariste destiné à rattraper une partie du retard accumulé par le CHU dans les années 2000, son ambition était également de préparer les investissements futurs, se présentant ainsi comme la première tranche d'un schéma directeur 2009-2016, qui serait aligné sur le nouveau projet d'établissement 2012-2016.

3.1.2 Une volonté de rupture

Le schéma directeur 2009-2011 a voulu marquer une rupture importante dans le pilotage du système d'information, que le présent schéma 2012-2016 vise à prolonger et amplifier :

- dans la méthode d'élaboration : les schémas directeurs 2009-2011 et 2012-2016 sont issus d'un recensement le plus exhaustif possible des besoins des utilisateurs, et d'une analyse de la capacité de faire des équipes de la Direction du Système d'information afin de proposer des échéances réalistes, hors aléas majeurs et évolution des produits proposés par le marché ;
- dans le mode d'adoption et de suivi : le schéma directeur du système d'information est désormais porté par un comité stratégique du système d'information (CSSI), présidé par le Directeur Général, et composé de médecins, de soignants, et de représentants des pôles de gestion. Le CSSI se réunit tous les deux mois environ. Il a pour mission d'évaluer le degré d'avancement des différents projets, et de proposer au Directeur Général les arbitrages nécessaires ;
- dans les choix financiers : le montant moyen des investissements informatiques prévus dans le plan de modernisation du CHU est de plus 3 M€ par an, soit une augmentation de plus de 50%, à ressources humaines constantes, par rapport à la moyenne des investissements réalisés entre 2001 et 2008 ;
- dans les choix techniques et fonctionnels : l'objectif est d'avoir une stratégie globale et cohérente, qui privilégie les actions de fond, plutôt que la dispersion des projets et le décalage entre ambitions fonctionnelles et socle technique. Un équilibre permanent doit être trouvé entre la consolidation et la rationalisation du système d'information d'une part, et la poursuite de son développement d'autre part.

3.1.3 Bilan des principales réalisations du schéma directeur 2009-2011

• Projets techniques

Le schéma directeur 2009-2011 a été réalisé conformément aux prévisions. Les projets majeurs et très structurants ont apporté les résultats attendus, dans le respect des délais annoncés.

L'année 2009 a été essentiellement dédiée aux opérations de sécurisation, à la fois en termes d'infrastructures et de logiciel. Cela s'est concrétisé par la mise à niveau des plateformes d'antivirus associée à la mise en production de la solution WSUS (mise à jour préventive des environnements Windows). Les opérations se sont poursuivies par la migration des solutions de sauvegarde et la mise en place des premières briques nécessaires à la future architecture de virtualisation des serveurs X86.

En 2010, au premier trimestre notamment, la mise en production complète de l'infrastructure de virtualisation a été réalisée. Les travaux de migration de tous les environnements Windows 2000 vers Windows 2003 ont pu être engagés, permettant une structuration et une sécurisation forte des environnements serveurs (Citrix, serveurs de fichiers, d'impression, Active Directory, radiothérapie, résultats de laboratoires, stérilisation, réanimation, etc.).

Dès le deuxième trimestre 2010, et jusqu'à la fin de cette même année, la mise en place de l'architecture permettant l'urbanisation et la mutualisation des environnements Unix a été réalisée avec les résultats attendus, notamment pour les applications Web100T, gestion des repas des malades, socle d'applications McKesson. Ce point technique était des plus stratégiques pour permettre la mise en œuvre dans les délais de la première phase du projet e-DP (évolution du Dossier Patient).

L'année 2010 a également été marquée par l'élaboration des spécifications et le début de la réalisation de la salle serveurs de secours, terminée au premier trimestre 2011. Cette salle est un élément essentiel pour la mise en œuvre du plan de continuité et de reprise d'activité.

En dehors de la mise en place effective d'un filtrage sécurisé entre les différents réseaux de l'établissement, l'année 2010 a été fortement consacrée à l'élaboration des besoins pour différents projets réseau, qui se sont concrétisés en 2011. Les principales opérations ont été :

- la mise en œuvre des solutions de double attachement réseau sur l'ensemble des sites ;
- le déploiement du Wifi sur Jean Rebeyrol et au Cluzeau ;
- la rénovation complète du réseau de Jean Rebeyrol ;
- la normalisation des locaux techniques sur

Dupuytren ;

-l'extension des contrôleurs Wifi associée au remplacement des cœurs de réseau permettant de faire face aux besoins supplémentaires du CHU.

2011 a également permis de remplacer la solution de filtrage des flux Internet, qui était particulièrement à risque en raison de la fin de maintenance prévue mi 2011.

Différentes réalisations ont été effectuées sur 2010 et 2011 afin d'offrir aux utilisateurs un poste de travail plus adapté. La normalisation des applications disponibles sous Citrix a notamment constitué un élément majeur dans le confort d'utilisation courante pour les utilisateurs.

D'autre part, l'ensemble des postes de travail accédant au système de dessin assisté par ordinateur (DAO sur Autocad) a été complètement refondu et fusionné avec les PC du réseau CHU pour ne faire qu'un seul poste de travail. Au quotidien, l'intérêt pour l'utilisateur est de pouvoir, à partir d'un même PC, accéder aussi bien aux applications et données sécurisées du réseau CHU qu'aux éléments applicatifs de la DAO. Cette opération a également constitué un test grandeur nature des travaux à réaliser sur l'ensemble des postes de travail du CHU dans le cadre du schéma directeur 2012-2016.

•Projets médicaux

Les années 2009-2011 se sont caractérisées par une double démarche de finalisation ou de réalisation de projets très attendus par les utilisateurs et, conformément aux orientations du schéma directeur adopté en 2009, par la mise en place des éléments fondamentaux indispensables à la poursuite du développement du dossier patient informatisé sur la période 2012-2016.

L'année 2010 a été marquée par la mise en production du nouveau système d'information de la Radiologie, le logiciel XPLORE, remplaçant la solution LAURA développée en interne une dizaine d'années plus tôt. Le démarrage du logiciel XPLORE sur l'ensemble des services d'Imagerie a été associé à une refonte complète du parc des postes de travail, ainsi qu'à la mise en place de la dictée numérique et de la reconnaissance vocale, ce qui a permis une amélioration significative des délais de production des comptes rendus.

Les années 2009-2011 ont également été syno-

nymes d'un fort investissement dans l'informatique des laboratoires. En 2009, une interface a été installée entre le dossier patient informatisé du CH Esquirol et le système de gestion des laboratoires du CHU afin de transmettre directement les résultats d'analyse, suite à la reprise de l'activité de Biologie par le CHU. Les travaux d'uniformisation du système de gestion des laboratoires, pré-requis indispensable pour réaliser dans de bonnes conditions la prescription connectée des examens de Biologie à l'occasion de l'ouverture du pôle de Biologie-Santé, se sont accélérés et seront finalisés en 2012. Enfin, le logiciel de gestion du laboratoire de Pathologie, LISA, développé en interne dans les années 1990, a été remplacé par la solution DIAMIC. Comme pour XPLORE, cette opération a conduit à engager une refonte complète du parc de postes de travail, et à la mise en place de la dictée numérique.

Dans les services cliniques, le déploiement de la prescription connectée du médicament s'est poursuivi dans les USLD, en Médecine de Suite Aigu (MSA) et en Médecine Interne A – Polyclinique, portant le nombre de lits en prescription connectée à plus de 500. Un important travail a également été réalisé, en partenariat étroit avec la Pharmacie, pour déployer la solution CHIMIO en remplacement du logiciel CYTOS développé en interne pour tout ce qui concerne la prescription et l'administration des chimiothérapies. Enfin, en juin 2011, a été mis en production le logiciel CardioReport, sur le plateau technique de Rythmologie, d'Echocardiologie, et de Coronarographie. Il s'agit à la fois d'un dossier de spécialité et d'un système de partage d'images dédié à la Cardiologie, qui s'intégrera ensuite dans le PACS (Picture Archiving and Communication System).

A côté de ces grands projets, de l'activité courante, et des différentes opérations qui ne peuvent être présentées dans le détail mais qui ont fait l'objet d'un reporting régulier auprès du CSSI, les années 2010-2011 ont été largement consacrées aux premières étapes du projet e-DP (évolution du Dossier Patient), notamment en partenariat avec l'éditeur McKesson, que le CHU avait choisi au début des années 2000 pour son dossier patient informatisé.

Au cours du premier semestre 2010, un accord cadre a ainsi été négocié avec la société McKes-

son pour organiser les relations entre le CHU et cet éditeur, et partager un plan projet commun, sur la période 2010-2014. Cette accord cadre couvre tout le spectre fonctionnel et technique des besoins en licences et prestations du CHU sur la période de référence. Il a également pour ambition une professionnalisation médicale et soignante de la relation avec l'éditeur, afin de contribuer à faire évoluer l'offre logicielle.

C'est dans ce cadre que les équipes de la DSI et les référents métiers, anesthésistes, chirurgiens et soignants, ont été associées aux phases de spécifications fonctionnelles du logiciel M-Blocs, puis de validation des maquettes issues des unités de développement de la société McKesson. En parallèle de cette démarche contractuelle bilatérale, le CHU a renforcé son implication dans les organes dirigeants de l'association SYNERGIH, qui réunit les utilisateurs des solutions proposées par la société McKesson, afin d'engager une politique achat pro-active au niveau national.

Une étape majeure a été franchie le 20 juin 2011, avec le démarrage de la version 7 du socle d'applicatif (CRW, Urqual, Noyay, GAM, EVRH, GEF), sur une architecture technique entièrement refondue, conformément aux préconisations techniques de ce fournisseur et à l'état des règles de l'art. Le pari de cumuler migration fonctionnelle et migration technique (passage en Oracle 11g) a été réussi, dans les délais, et sans impact majeur sur le fonctionnement quotidien de l'établissement.

L'année 2011 a enfin été marquée par le choix de la solution qui sera utilisée pour remplacer le logiciel Carevue en Réanimation et Soins Intensifs, et la conduite d'un dialogue compétitif pour l'acquisition d'un PACS. Ces deux procédures d'achat ont été réalisées dans les délais annoncés, permettant de poser les jalons pour la réalisation du schéma directeur 2012-2016.

•Projets Informatique de gestion

Le schéma directeur 2009-2011 prévoyait la réalisation de plusieurs projets importants pour être au rendez-vous de la modernisation des pôles de gestion, de la délégation de gestion vers les pôles hospitalo-universitaires, et préparer les évolutions plus importantes des années 2012-

2016. Les objectifs ont globalement été atteints, même si certains projets n'ont pu démarrer dans les délais en raison de la fragilité des effectifs des ressources métiers nécessaires.

Le projet système d'information décisionnel a été le principal projet des années 2009-2011. Conduit en partenariat avec la société AXEGE Santé, suite à une mise en concurrence fin 2009, il est désormais en phase de test dans quelques pôles expérimentateurs avant d'être généralisé sur l'ensemble du CHU en 2012.

Un important travail a été réalisé sur ces trois années pour mettre en œuvre EVRH, en remplacement de l'ancienne solution ALIENOR.

La démarche d'enrichissement et d'optimisation de l'outil Hermès s'est poursuivie, en partenariat avec le service Communication, dans la limite des possibilités offertes par un outil désormais vétuste. Plusieurs espaces documentaires ont ainsi été créés, tandis qu'un important travail a été réalisé pour refondre l'annuaire afin de le mettre en phase avec la structuration polaire du CHU et de permettre sa mise à jour décentralisée dans les services.

Côté PMSI, les années 2010-2011 ont été marquées par la préparation de la mise en production de la nouvelle version de Web100T, préalable nécessaire pour aborder le chantier de la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES).

•Politique régionale

Depuis 2009, l'action régionale de la Direction du Système d'information (DSI) est en pleine croissance, dans la limite des moyens qui lui sont affectés (un chargé de mission et contribution ponctuelle des équipes opérationnelles en fonction de l'activité courante et de l'avancement des projets du CHU).

Dès juin 2009, une convention de coopération a été conclue avec le Centre Hospitalier de Saint-Junien afin d'accompagner l'équipe informatique de cet hôpital dans la migration de son système d'information vers le socle applicatif McKesson.

En 2010 et 2011, le CHU s'est particulièrement

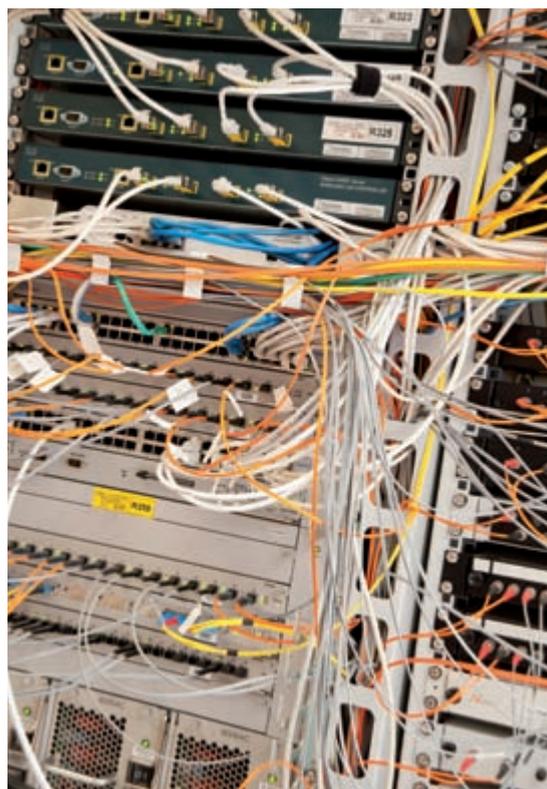
impliqué dans la constitution de la communauté hospitalière de territoire (CHT) de la Haute-Vienne, avec élaboration des orientations stratégiques pour les systèmes d'information et mise en place d'un groupe de travail permanent destiné à créer une dynamique collaborative entre les équipes informatique des établissements de la CHT.

Cette action s'est renforcée en 2011 avec l'organisation régulière de revues de projets entre les établissements ayant choisi le dossier patient informatisé Crossway – Urqual (CHU, CH de Brive, CH de Saint-Junien) et le Syndicat Interhospitalier du Limousin (SIL).

Enfin, le CHU a été un membre actif dans la fondation puis la mise en place du groupement de coopération sanitaire EPSILIM (Expertise Performance Systèmes d'Information en Limousin), entretenant d'étroites relations avec l'équipe responsable du pôle Systèmes d'information.

•Réorganisation de la DSI

Suite à l'audit de la fonction informatique réalisé en 2009, les années 2009-2011 ont été marquées par un très important travail de réorganisation de la Direction du Système d'information



(DSI) dans une triple logique de concentration fonctionnelle et géographique, de structuration des processus, et de maîtrise de l'activité d'exploitation courante au profit des projets.

L'organigramme a été modifié au 1er mai 2010, avec suppression d'un département, suppression de toute l'équipe administrative par mutualisation avec les autres équipes administratives du pôle Investissement et Fonctions support, et refonte des équipes Dossier patient, Informatique médico-technique, Support et Déploiement, Informatique décisionnelle et gestion économique et financière.

Un important travail d'organisation des processus, de planification de l'activité courante et des projets, ainsi que d'optimisation de la prise en charge des incidents a été réalisé, avec mise en place d'un outil commun à la DSI (Gestion Ressources Plannings Opérationnels Projets, GRPOP), la structuration du centre d'appel Informatique assistance, la rénovation d'une partie des locaux, et l'organisation de regroupements fonctionnels architecturalement cohérents.

•Une analyse encore insuffisante du retour sur investissement des projets

Le schéma directeur 2009-2011 posait le principe suivant : « à l'exception des dépenses déjà engagées qui ne pourront faire l'objet que d'une analyse a posteriori, les investissements ne seront lancés qu'après évaluation de leur niveau de retour sur investissement et de leur impact sur le coût d'exploitation du système d'information. »

La démarche de retour sur investissement reste encore insuffisamment développée, ce qui s'explique en partie par le fait que la période 2009-2011 a surtout été consacrée au rattrapage du retard, et au franchissement de caps essentiels pour la modernisation du système d'information du CHU. Elle sera donc à renforcer dans la mise en œuvre du schéma 2012-2016 et plus particulièrement des grands projets structurants en informatique médicale ou en informatique de gestion.

•Pilotage

Le comité stratégique du système d'informa-

tion (CSSI) s'est réuni dix fois depuis sa séance inaugurale du 20 octobre 2009. Le niveau de participation est très satisfaisant, et une grande quantité d'information est transmise dans ce cadre. Pourtant, le CSSI ne joue pas encore suffisamment son rôle dans la régulation du portefeuille projet, contrairement au plan d'action arrêté à l'issue de l'audit de la fonction informatique réalisé en 2009. Le nombre de projets ouverts en parallèle reste très élevé, ce qui constitue un facteur de risque, tant sur le plan qualitatif qu'en termes de tenue des délais.

Si cela s'explique par la jeunesse de cet organe de gouvernance du système d'information, et par le fait que la période 2009-2011 a été une période de réalignement technologique et fonctionnel, il conviendra de veiller à ce que le CSSI joue pleinement son rôle de régulateur dans la mise en œuvre du schéma directeur 2012-2016, afin de concilier grands projets structurants et petits projets fonctionnels. Ce sera surtout vrai pour la séquence 2015-2016, qui reste encore relativement ouverte en termes de priorités, tandis que la période 2012-2014 est déjà très nettement jalonnée par les échéances de tous les grands projets qui ont été lancés dans le cadre du schéma directeur 2009-2011.

3.1.4 Les enjeux du schéma directeur 2012-2016

Le schéma directeur du système d'information 2012-2016 a été élaboré dans l'objectif d'être en parfait alignement stratégique avec :

- au niveau national, les orientations du plan Hôpital Numérique, du Dossier Médical Personnel (DMP), et plus globalement les travaux de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés (ASIP) et de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) ;

- au niveau régional, le programme régional de santé (PRS), le schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS), le programme régional de télémédecine, et plus globalement les travaux conduits par le GCS EPSI-LIM (Expertise, Performance, Systèmes d'information en Limousin) ;

- au niveau de la communauté hospitalière de territoire (CHT), de Haute-Vienne d'abord, et du Limousin ensuite, le plan d'action stratégique pour les systèmes d'information, qui prévoit une première phase d'ouverture des dossiers patients informatisés, avant d'aller

vers une plus ou moins grande harmonisation et intégration des systèmes d'information ;

- le projet d'établissement 2012-2016 du CHU, dans toutes ses composantes : projet médico-soignant, politique qualité, projet scientifique, etc.

La principale ambition de ce schéma directeur est de franchir un cap significatif dans l'informatisation de la prise en charge des patients et des processus de soins, afin de donner aux professionnels de santé les outils les plus ergonomiques et les plus sécurisés possibles, en couvrant la totalité des périmètres fonctionnels. L'enjeu est d'être au rendez-vous des évolutions organisationnelles internes, du volet immobilier du plan de modernisation (pôle de Biologie, pôle Clinique médicale, restructuration des sites Dupuytren, Chastaingt et Rebeyrol), du renforcement et de la construction de filières de prise en charge régionale, et d'apporter une solution aux problèmes de démographie médicale en facilitant les échanges d'information inter-établissements.

La finalisation et l'approfondissement de l'informatisation des processus de prise en charge des patients doivent s'accompagner d'une réflexion sur l'utilisation de l'information médicale et paramédicale contenue dans les bases de données, notamment à des fins de statistique et de recherche, en se dotant le cas échéant d'outils de requête ou de formulaires de saisie appropriés. Le Comité Informatique Recherche aura ainsi un rôle important à jouer sur la période 2012-2016 afin de définir les besoins et d'arrêter les priorités en fonction de l'actualité des appels à projet de Recherche et des ressources disponibles.

Pour la télémédecine, l'ambition du CHU est de jouer un rôle moteur dans la mise en œuvre du programme régional de télémédecine, et d'accompagner le développement des filières de soins en mettant en place, au moins en interne, une organisation de type plateau technique qui mutualise les ressources matérielles et soit dotée de compétences dédiées.

L'informatique de gestion franchira également un cap significatif sur la période 2012-2016 avec un double mouvement de dématérialisation accrue des échanges internes et externes,

et de décentralisation des tâches vers les pôles hospitalo-universitaires. Le volet Informatique de gestion du présent schéma directeur constitue un levier pour accompagner la poursuite de la réorganisation des pôles de gestion et l'amélioration de leur niveau de performance. Cela impliquera une formalisation et une révision de l'ensemble des processus de gestion.

Ces grandes évolutions fonctionnelles ne pourront avoir lieu sans un investissement conséquent dans le renforcement des infrastructures et la refonte des postes de travail. L'enjeu est à la fois de fournir un socle technique solide, sécurisé et optimisé, en s'appuyant notamment sur les toutes dernières technologies de virtualisation, mais aussi de proposer aux utilisateurs des interfaces d'accès au système d'information qui soient ergonomiques, mobiles, mais également aussi sécurisées que ce que requiert le système d'information d'un hôpital.

La stratégie engagée dans ce schéma directeur implique également de revoir à la fois l'urbanisation technico-fonctionnelle du système d'information mais aussi les modalités d'échanges inter applicatifs (intégration). En effet il est devenu essentiel de gérer l'ensemble des flux en étendant l'outil d'EAI (Enterprise Application Integration) Cloverleaf, initialement prévu uniquement pour l'environnement McKesson, à l'ensemble des applications qui composent le système d'information.

Au regard du caractère transversal de l'intégration inter-applicative, il sera nécessaire de revoir l'organisation entre les différentes équipes de la Direction du Système d'information. Il est probable que cette organisation inclura le périmètre relatif au fichier structure, lui aussi très transversal. Sur le plan technique, cette urbanisation se concrétisera par la consolidation et la mutualisation de l'ensemble des plateformes (principe de virtualisation des serveurs AIX et X86).

La réussite du schéma directeur 2012-2016 ne sera possible qu'en pérennisant les pratiques de bonne gouvernance du système d'information du CHU mises en place sur la période 2009-2011 :

- avec les équipes de la Direction du Système d'information, au quotidien et dans le suivi pluriannuel (outil de suivi des projets de l'activité : application GRPOP) ;
- avec les utilisateurs et les référents métiers dans le cadre des projets : comités de pilotage ;
- en partenariat avec les pôles de gestion dans le cadre de différentes réunions de suivi organisées à échéances régulières ;
- en partenariat avec les pôles hospitalo-universitaires, selon des modalités à développer dans le cadre du renforcement de la délégation de gestion ;
- à l'échelle du CHU, dans le cadre de comités thématiques (Recherche, Sécurité par exemple) ;
- au niveau de la Direction Générale, avec le Comité Stratégique du Système d'Information (CSSI), le Directoire, et les différentes instances de l'établissement.

L'investissement collectif dans la bonne gouvernance est la condition sine qua non de la réussite des projets du présent schéma directeur, dans le respect des équilibres du programme pluriannuel d'investissement et dans la maîtrise la plus stricte des charges d'exploitation. Les projets devront être décidés puis ordonnancés en fonction des ressources disponibles, humaines et financières, après analyse des niveaux de retour sur investissement attendus, et en tenant compte du cycle de vie des applications et des matériels, qui globalement n'excède pas 3 à 5 ans. Après un rattrapage très important de son retard sur le schéma directeur 2009-2011, le CHU se doit d'être au rendez-vous des grandes évolutions technologiques des dix prochaines années.

3.1.5 Modalités de révision du schéma directeur 2012-2016

Le présent schéma directeur fera l'objet d'une mise à jour annuelle, en fonction de l'avancement des projets, et des arbitrages du CSSI quant à l'intégration de nouveaux projets ou à la révision de l'ordonnancement des projets en cours.

3.2 Informatique médicale et médico-technique : le projet e-DP

3.2.1 Qu'est-ce que le projet e-DP ?

Le schéma directeur 2009-2011 affichait une

volonté institutionnelle forte de structurer les dossiers patients papier et informatique autour des outils Crossway et Urqual choisis par le CHU au début des années 2000.

Cette orientation a conduit à la conclusion d'un accord cadre en juillet 2010 avec la société Mc Kesson, éditeur de ces solutions, mais également des applications de gestion administrative des patients. D'une durée de quatre ans, cet accord cadre poursuit trois grands objectifs :

- exploiter toutes les fonctionnalités de l'outil Crossway, notamment à la faveur des changements de versions proposés par l'éditeur ;
- renforcer le poids des utilisateurs, médecins et soignants, dans les relations avec l'éditeur, et au sein du club utilisateur SYNERGIH, afin que les outils répondent le mieux possible à leurs besoins et à leurs pratiques ;
- construire un système d'information le plus intégré possible en réduisant au maximum le nombre d'interfaces, sans toutefois se priver d'outils plus performants proposés par le marché.

C'est dans ce contexte qu'est né le projet e-DP (évolution du Dossier Patient). Lancé le 6 octobre 2010, conduit pour l'essentiel en partenariat avec la société **Mc Kesson**, mais également avec plusieurs sociétés spécialisées, il a pour objectif d'améliorer significativement le

niveau et la qualité des réponses apportées aux utilisateurs médicaux – soignants. Il a également pour ambition d'arriver, à l'horizon 2016, à un niveau d'informatisation du processus de soin suffisamment poussé afin d'engager l'élimination complète du papier dans le cadre du schéma directeur 2017-2021.

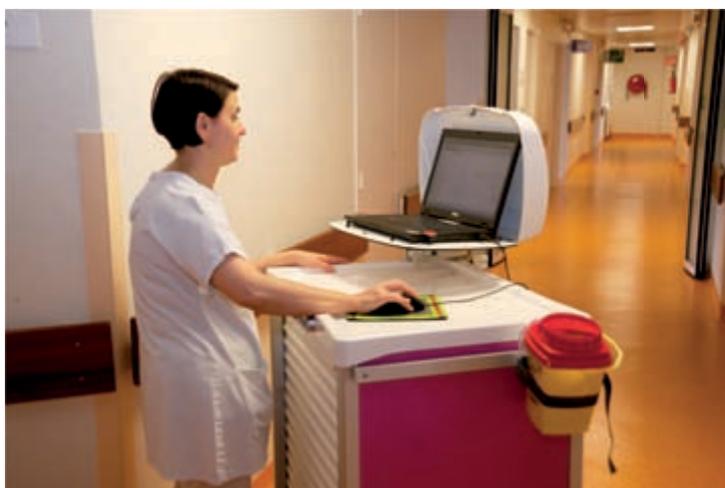
Le projet e-DP couvre de manière exhaustive l'ensemble des composantes du dossier patient informatisé :

- prise de rendez-vous ;
- mouvements des patients et gestion des lits ;
- accès au dossier patient et structuration des documents ;
- dictée numérique, reconnaissance vocale et messagerie sécurisée ;
- documents de spécialités et statistiques médicales ;
- gestion du bloc opératoire et des données d'anesthésiologie ;
- remplacement du logiciel de Réanimation et informatisation des Soins intensifs ;
- prescriptions du médicament et des examens de laboratoire et d'imagerie ;
- dossier de soins infirmiers ;
- PACS (Picture Archiving and Communication System).

3.2.2 Un projet au service de la performance des organisations de soin

Le projet e-DP n'est pas seulement un projet de système d'information. C'est un projet organisationnel, au service de l'amélioration de la performance du CHU. C'est pourquoi son portage par les correspondants et référents métiers est essentiel. Une équipe métier dédiée sera ainsi mise en place, réunissant des compétences multidisciplinaires, et dont les principales missions sont :

- le pilotage institutionnel des différentes phases du projet en s'appuyant sur une vision généraliste et transversale des besoins et des contraintes de chaque corps de métier représenté au sein de l'équipe projet ;
- l'organisation de réunions de suivi, au minimum mensuelles, avec les correspondants métiers des services ;
- faire le lien avec l'équipe informatique pour toutes questions d'ordre fonctionnel ;
- définir les besoins, dans une logique de périmètres phasés dans le temps ;



- définir les processus organisationnels et opérationnels en lien avec les contraintes de tout type (règlementaire, terrain, etc.) ;
- veiller à la cohérence des règles de gestion et des processus dans le cadre de la politique qualité du CHU ;
- définir les référentiels et les paramétrages fonctionnels ;
- définir des scénarios de tests avec les chefs de projet informatiques ;
- participer aux différentes phases de tests des applications dans les domaines d'activité respectifs pour s'assurer que l'outil répond aux besoins des utilisateurs ;
- assurer la formation par chaque représentant des corps de métiers de leurs homologues dans les pôles hospitalo-universitaires, et plus particulièrement des correspondants métiers ;
- assurer l'accompagnement au démarrage auprès des utilisateurs.

3.2.3 Les grandes phases du projet

TI 2012 - Mise en production du logiciel Crossway Archives

Ce logiciel permettra de mettre fin au système d'information vétuste et fragmenté des archives médicales du CHU (logiciels SIGAL et ACCESS DDM), d'accompagner la mise en place du dossier patient unique, et la restructuration de l'actuel département des dossiers médicaux.

Crossway Archives est un outil permettant d'identifier la localisation d'un dossier papier. Ses principales fonctionnalités sont :

- création d'un dossier ;
- recherche d'un dossier avec visualisation de sa localisation et de son historique ;
- retour d'un dossier aux archives ;
- transfert d'un dossier vers un autre service.

L'application est complètement intégrée à Crossway, ce qui permet notamment d'exploiter la même base de données patients.

Recette puis mise en production de la version 7.1 du socle Crossway – Urqual – GAM – Noyau.

Cette version apporte plusieurs évolutions attendues par les utilisateurs, notamment en matière de prescription connectée du médicament. Elle constitue également un pré-requis pour le projet M-Blocs.

T2 2012 - M-Blocs phase n°1

Le projet M-Blocs a pour objectifs :

- le remplacement de la solution actuelle Ameli Bloc, solution développée par la Direction du Système d'information, qui n'est plus maîtrisée que par une seule personne et repose sur des technologies anciennes ;
- la mise en place d'une solution complètement intégrée au dossier patient informatisé (Crossway) ;
- l'informatisation du dossier d'anesthésie ;
- l'optimisation de l'utilisation des salles du bloc opératoire ;
- l'optimisation du circuit des interventions ;
- l'intégration des prescriptions dans le circuit ;
- la centralisation des informations de traçabilité.

La première phase porte sur le périmètre suivant :

- demande d'intervention ;
- consultation d'anesthésie ;
- planification ;
- programmation ;
- préparation de l'intervention dans le service de soins (préparation infirmière et visite pré-anesthésique) ;
- planification ;
- plan du bloc et circulation des patients ;
- saisie minimale per-opératoire (interventions, horodatage des tops horaires, saisie des check-lists HAS, actes réalisés)
- les fonctions post-intervention (codification et thésaurus, compte-rendu opératoire et anesthésique) ;
- les prescriptions ;
- les fonctions de supervision (traçabilité du circuit patient et demandes de ressources, production des indicateurs ANAP, rapports et statistiques, pilotage de l'activité).

Réanimation – Soins intensifs

Le projet initial ne concernait que le remplacement du logiciel Carevue installé en Réanimation depuis 1994. Les unités de Soins intensifs et de Surveillance continue ne pouvant entrer

dans le cadre du projet M-Bloc, la décision a été prise en CSSI d'intégrer toutes ces unités dans le projet.

Après un travail approfondi d'analyse des offres disponibles sur le marché et l'organisation de visites de sites, les médecins et les soignants des unités de Réanimation, de Soins intensifs et de Surveillance continue ont fait le choix de la solution ICIP proposée par PHILIPS.

Le démarrage du printemps 2012 portera sur la Réanimation, avant que les unités soient informatisées les unes après les autres, avec refonte des organisations et des locaux (paramétrage commun, installation de matériel ergonomique...).

Après achèvement de cette première grande phase de déploiement, prévu en 2014, il conviendra d'étudier les modalités d'installation de ce logiciel en Réanimation pédiatrique.

T3 2012 - Interface logiciel de Gynécologie-Obstétrique – Crossway

L'objectif est de mettre en place une interface entre le logiciel de Gynécologie-Obstétrique développé sur la technologie Filemaker et le dossier patient informatisé du CHU, Crossway, afin de garder dans Crossway tout ce qui relève de l'identité, des mouvements et des rendez-vous, tandis que le logiciel de Gynécologie-Obstétrique gèrera toute la prise en charge médicale et soignante.

L'interface portera également sur les documents, afin que les informations relatives à la prise en charge des patientes hospitalisées en Gynécologie-Obstétrique soient accessibles à l'ensemble des professionnels de santé du CHU, et afin de pouvoir alimenter le dossier médical personnel (DMP).

Cette première étape permettra ensuite d'engager une extension du dossier à l'ensemble des établissements du réseau PERINATLIM intéressés par la mise en place d'un dossier commun d'obstétrique.

Dictée numérique – Reconnaissance vocale

L'enjeu est de mettre en place une solution de

dictée numérique et de reconnaissance vocale complètement intégrée au dossier patient informatisé du CHU, afin de réduire les délais de production et de transmission des comptes rendus à la médecine de ville, d'optimiser le fonctionnement des secrétariats médicaux, et de garantir un retour sur investissement significatif.

La généralisation de la dictée numérique et de la reconnaissance vocale commencera par une phase pilote, probablement autour des plateaux techniques ambulatoires, où la réduction des délais de production des comptes-rendus constitue une priorité.

Le déploiement de la dictée numérique et de la reconnaissance vocale nécessitera la mise en place d'un pilotage transversal des secrétariats afin d'avoir un portage fort du projet par les métiers, condition essentielle à sa réussite et à l'optimisation de son retour sur investissement.

T4 2012 - Messagerie sécurisée – Alimentation du DMP

L'enjeu est de pouvoir diffuser automatiquement à la médecine de ville une sélection d'informations contenues dans le dossier patient informatisé et d'alimenter les DMP des patients, selon des processus et des règles qui devront être définies par les référents métiers médicaux en conformité avec le cadre fixé par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés (ASIP).

Portail M-EVA et structuration des informations du dossier patient informatisé

Le portail M-EVA constitue un pré-requis pour la mise en place de l'outil M-Bloc. Il aura donc été installé en même temps que la première phase de ce projet.

Toutefois, un important travail devra être réalisé par les référents métier médicaux et soignants afin de structurer l'information accessible depuis ce portail, qui deviendra la principale porte d'entrée du dossier patient informatisé.

Logiciel de traçabilité des dispositifs médicaux

L'objectif est de remplacer l'actuelle solution TRACI, qui a été développée en interne, sur

des technologies désormais anciennes et qui ne sont plus maintenues. Le délai indiqué sera anticipé dans la mesure du possible, au regard de la vétusté de l'outil actuel.

T3 2013 - Informatisation des consultations d'Ophtalmologie

L'enjeu est de doter le service d'Ophtalmologie d'un dossier informatisé interfacé à la fois avec le parc d'équipements biomédicaux, afin de récupérer directement les données, et avec le dossier patient informatisé Crossway.

Cette opération devra s'accompagner d'une redéfinition de l'organisation de la consultation et du secrétariat d'Ophtalmologie.

2013 - M-Blocs phase n°2

La deuxième phase porte sur le périmètre suivant :

- check-lists d'ouverture de salle, de préparation de l'intervention, de validation du bio nettoyage, de fermeture de salle ;
- alerte automatique vers la cellule de régulation du Bloc en cas de dysfonctionnement ;
- récupération des données des consultations spécialisées pré-interventionnelles (actes, intervenants, matériels...) ;
- saisie d'un top horaire par simple clic reporté de la feuille d'écologie à la feuille d'anesthésie et inversement ;
- comptage des consommables ;
- traçabilité des DMI ;
- intégration des données des équipements biomédicaux à la feuille d'anesthésie ;
- saisie des événements patient ou anesthésique ;
- Suivi du patient en SSPI avec poursuite des données anesthésiques ;
- prescriptions et consignes postopératoires ;
- aide au codage des actes ;
- semi-automatisation de la production des comptes-rendus opératoires ;
- récupération des prescriptions dans les services de soins dans CrossWay (sans interface).

2013 - M Visibilité

L'outil M-Visibilité permet de disposer, dès lors que les mouvements des patients sont réalisés en temps réel, d'une vue synthétique des lits disponibles sur le CHU depuis les Urgences, et dans chaque unité de soins équipée.

La mise en œuvre d'un tel outil implique un portage institutionnel fort par une équipe projet dédiée à la problématique de gestion des lits et de régulation des flux patients. Le chantier en cours sur l'amélioration de la prise en charge des patients programmés et non programmés, dans le cadre de l'objectif n°5 du contrat de performance signé avec l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) devrait permettre de préciser les modalités de réalisation de ce projet.

A court terme, les données contenues dans le Noyau et Crossway seront exploitées dans les formats disponibles afin d'apporter une aide à la décision aux équipes des Urgences.

2013 - Version 8 du socle Crossway – Urqual – Noyau – GAM

Point d'achèvement de l'accord-cadre 2010-2014 signé avec McKesson, cette version devrait apporter de nouvelles améliorations fonctionnelles, et surtout la possibilité de faire fonctionner le logiciel Crossway en mode multi-entités juridiques, ce qui permettra de partager dans de meilleures conditions l'information médicale au sein de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) entre les établissements qui auront choisi Crossway.

2012-2013 - Accompagnement de la création d'un Centre régional du cancer

L'enjeu est d'apporter une réponse, de préférence au moyen de l'outil Crossway, à la structuration de la filière Cancérologie au sein du CHU, dans une dynamique de partage de l'information à l'échelle régionale.

La première étape consistera en l'informatisation du programme personnalisé de soins (PPS), et en une adaptation de l'outil Crossway pour assurer un meilleur recensement des consultations d'annonce.

La deuxième étape sera la réalisation d'un dossier commun de cancérologie, à dimension régionale, selon des modalités qui seront définies en fonction des ambitions des porteurs de projets, mais également des préconisations de l'ASIP (Agence des Systèmes d'Information Partagés), qui devrait proposer un dossier type de cancérologie.

2012-2014 - Poursuite et finalisation du chantier prescriptions du médicament, puis élargissement aux prescriptions des examens de biologie et d'imagerie.

En 2012-2013, la priorité sera donnée aux prescriptions du médicament, avec un objectif de généralisation de la prescription dans Crossway. L'accélération du déploiement de la prescription connectée est un impératif au regard des enjeux en matière de sécurisation du circuit du médicament, clairement rappelés dans l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, et conformément aux engagements pris par le CHU dans le cadre du contrat de bon usage du médicament.

L'outil HEO (Horizon Expert Order) pourra être expérimenté, puis généralisé dans une seconde phase, une fois qu'il aura fait ses preuves dans d'autres établissements, et que le taux de lits MCO prescrivant dans Crossway au CHU aura atteint un niveau satisfaisant.

Un travail approfondi sera toutefois engagé en parallèle afin de préparer la mise en place des prescriptions connectées des examens d'imagerie et de biologie, ce dernier objectif devant impérativement être atteint au moment de l'ouverture du pôle de Biologie – Santé afin d'être au rendez-vous du projet d'efficience porté par le pôle Biologie.

2012-2015 - PACS (Picture Archiving and Communication System)

Le projet PACS comporte une tranche ferme et quatre tranches conditionnelles.

Tranche ferme :

- Stockage et archivage des images des services d'imagerie médicale et de médecine

nucléaire. Sont concernées toutes les modalités connectées au RIS (Système d'Information de la Radiologie) ;

- Diffusion des images dans l'établissement ;
- Intégration au système d'information ;
- Serveur de diffusion web ;
- Consoles diagnostiques ;
- Outils de post-traitement ;
- Outil de téléradiologie ;
- Archivage des images produites par le scanner de simulation virtuelle du service de radiothérapie.

La réalisation de la tranche ferme est prévue sur 2012-2013, sous réserve des plannings à finaliser avec le fournisseur en cours de sélection à la date de rédaction du présent document.

Tranche conditionnelle n°1

Extension du PACS aux images produites par les échographes des services cliniques de l'établissement (environ 30) avec intégration du mini PACS du service de Réanimation polyvalente.

Tranche conditionnelle n°2

Extension du PACS aux images produites par les blocs opératoires et le service de Neurologie.

Tranche conditionnelle n°3

Extension du PACS aux images produites par le service de Cardiologie.

Tranche conditionnelle n°4

Extension du PACS à la vidéo et aux photos produites par les unités de soins et les laboratoires.

Les tranches conditionnelles seront affirmées et réalisées sur la période 2014-2015, indépendamment de l'ordre de numérotation des tranches, en fonction des capacités d'investissement du CHU actualisées à chaque EPRD - PGFP, de la disponibilité des ressources humaines nécessaires, et de la stabilisation des solutions mises en place dans les tranches précédentes.

Le projet PACS devra faire l'objet d'un portage médical fort, tant par les radiologues que par les cliniciens, avec une évolution des organisations

et la naissance de nouveaux métiers (administrateur PACS notamment).

2013-2016 6 Valorisation de l'information contenue dans Crossway

L'enjeu est de renforcer la quantité et la qualité de l'information médicale et soignante contenue dans le dossier par le développement de formulaires de spécialités, du dossier de soins infirmiers, et la mise en place d'un infocentre permettant la réalisation de requêtes dans la base de données Crossway.

Cette phase du projet e-DP nécessitera un important travail de paramétrage avec les référents métiers médicaux et soignants, en partenariat avec les travaux conduits pour structurer les contenus du dossier patient papier.

3.2.4 Quelle stratégie pour les besoins non couverts par le projet e-DP ?

Pour certaines spécialités, il se peut que les différents sous-projets du projet e-DP n'apportent qu'une réponse partielle au regard des enjeux auxquels elles sont confrontées.

Si la logique sera de gérer au maximum les spécialités et filières de soins spécialisées dans Crossway, dans une logique de maîtrise des interfaces, en utilisant les outils de développement des formulaires, et en les faisant évoluer chaque fois que possible, certains logiciels devront être acquis et intégrés au système d'information du CHU.

Un important travail devra notamment être engagé sur l'informatisation des consultations externes, avec la saisie des observations médicales dans Cross-

sway, en cohérence avec le volet immobilier du plan de modernisation qui prévoit la constitution de plateaux de consultations par pôles.

Sauf révision des priorités par le CSSI, ces actions ne pourront être menées que sur la

séquence 2014-2016, dans le respect des montants annuels prévus au plan d'investissement, et après analyse de leur retour sur investissement.

3.3 Informatique de gestion

3.3.1 Facturation : vers la facturation directe

•Les enjeux

La généralisation de la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) est prévue au 1er janvier 2013 pour les consultations externes, et à une échéance qui n'est pas encore arrêtée pour les séjours.

Un comité de pilotage (COPIL FIDES) se réunit désormais tous les mois pour préparer la mise en œuvre de la FIDES ainsi que le regroupement géographique d'une partie des équipes des pôles AFRI (Activité Finances Recherche Innovation) et IFS (Investissements et Fonctions support), des équipes du SIME (Service de l'Information Médicale) et de la Trésorerie dans un pôle commun de facturation implanté sur le site de Dupuytren.

Quelles que soient les échéances finales, l'enjeu est d'optimiser et d'industrialiser la chaîne de facturation du CHU en s'appuyant sur des outils informatiques performants qui fonctionnent le plus possible en temps réel. Cela implique aussi de réviser l'ensemble des processus.

Le COPIL FIDES s'est donné trois axes de travail :

- organisation de la chaîne de facturation ;
- bonnes pratiques et qualité ;
- système d'information.

•Les grands projets

Le COPIL FIDES organisera le détail

du plan projet, et proposera un certain nombre d'actions au CSSI, notamment pour la période 2014-2016.

Toutefois, trois grands projets sont d'ores-et-déjà identifiés :

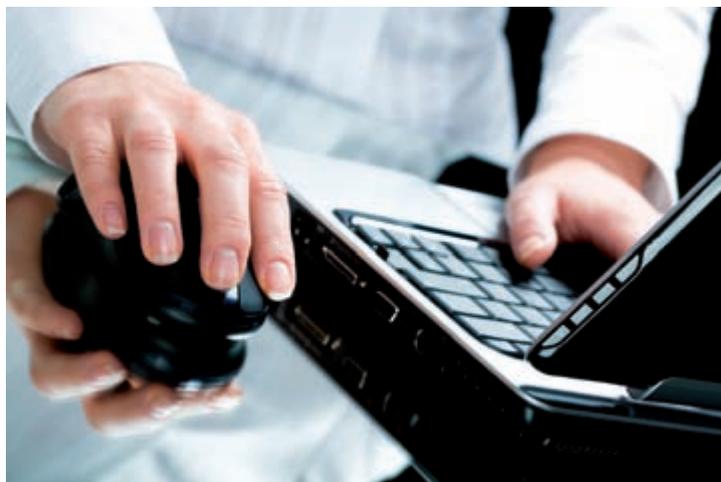


2012 - Généralisation des mouvements patients en temps réel dans Crossway.

Après la mise en œuvre des mouvements dans Crossway en 2011 à l'occasion du passage en version 7 et l'élaboration d'un guide institutionnel décrivant l'ensemble des règles du jeu, l'enjeu est de procéder à la généralisation de cette solution.

2013 - 2014 - Mise en place de l'outil « moniteur T2A »

Le Moniteur T2A est un outil de pilotage de l'activité de facturation, qui fait le lien entre les dossiers administratifs et les dossiers PMSI, et propose différentes vues métiers (admissions, département de l'information médicale, pôles...).



Un plan d'action devra être arrêté sur les modalités de dialogue entre l'outil de PMSI, Web100T, et le moniteur orienté T2A. Il devra être également cohérent avec le système d'information décisionnel AXEGE Santé.

3.3.2 Une informatique décisionnelle au service de la délégation de gestion

L'année 2012 verra l'achèvement du projet de mise en place d'un système d'information décisionnel lancé en 2009 en partenariat avec la société AXEGE Santé.

L'accès à l'outil AXEGE Santé sera généralisé à l'ensemble des pôles hospitalo-universitaires et des pôles de gestion pour accompagner la politique de contractualisation interne et de délégation de gestion.

L'outil entrera ensuite en phase de maintenance, corrective et évolutive, selon les besoins. Il devra notamment intégrer les données issues

des différents outils mis en place dans le cadre de la mise en œuvre du présent schéma directeur (gestion des risques, blocs opératoires, etc.).

3.3.3 Une gestion économique et financière consolidée, au service de la délégation de gestion

•Les enjeux

L'information économique et financière constitue la colonne vertébrale de la gestion financière du CHU. Fragilisée de longue date par une situation de mono-compétence au niveau de la DSI et un réseau des référents métiers qui ne se réunissait plus, elle doit faire l'objet d'une double consolidation :

- en développant au sein de la DSI une véritable dynamique informatique économique et financière – informatique décisionnelle ;
- en faisant vivre le réseau des référents métiers.

L'enjeu est d'être au rendez-vous des grands chantiers que sont :

- la délégation de gestion des pôles de gestion vers les pôles hospitalo-universitaire ;
- la restructuration des fonctions achats et approvisionnement, notamment avec la mise en place d'un système de e-procurement qui permettra une dématérialisation des flux internes de commandes et de factures ;
- la restructuration de la fonction logistique et l'optimisation des stocks ;
- la dématérialisation des échanges avec la Trésorerie dans le cadre de la Convention de services comptables et financiers ;
- la certification des comptes.

•Les grands projets

2012-2013 - Mise en production du nouvel infocentre GEF, en partenariat avec les référents métiers.

Développement de nouvelles requêtes pour accompagner la mise en place du programme PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats REsponsables).

Lancement du chantier e-procurement, sous réserve de l'avancée des travaux du groupement UNIHA.

Exploitation de toutes les fonctionnalités de la gestion des stocks : préconisations de commandes, réceptions, traçabilité, livraison des unités, etc.

A la date de rédaction du présent schéma directeur, l'absence de lisibilité sur la négociation de la prochaine convention de services comptables et financiers, sur le projet e-procurement, sur la politique achat – approvisionnement du CHU à l'horizon 2016, et sur la certification des comptes, ne permettent pas de présenter un plan d'action plus détaillé. Ce périmètre fera donc l'objet d'une actualisation ultérieure après avis du CSSI.

3.3.4 Une informatique de gestion des ressources humaines rénovée au service du projet social

•Les enjeux

L'année 2012 sera marquée par l'achèvement de la rénovation des outils informatiques de gestion des ressources humaines (logiciel Evoluance RH, interfaces associées, notamment avec le moteur de paye MCKPH hébergé au Syndicat Interhospitalier du Limousin).

L'enjeu des années 2013-2016 sera donc d'exploiter pleinement toutes les fonctionnalités de cette boîte à outil logicielle, tout en la complétant par de nouveaux outils pour la gestion du temps de travail médical notamment, qui sera probablement mutualisée à l'occasion du remplacement de l'outil actuel de gestion du temps de travail non médical (GESTOR), pour accompagner la mise en œuvre du projet social et de la délégation de gestion auprès des pôles hospitalo-universitaires.

•Les grands projets

Les principaux projets identifiés sont décrits ci-dessous. Ils font l'objet d'un calendrier global régulièrement mis à jour avec le pôle RHOSQ, et de plans détaillés par projets.

T1 2012 - Finalisation de la mise en œuvre du

droit individuel à la formation (DIF)

Mise en œuvre de l'interface GESFORM – Evoluance RH

Mise en œuvre de l'interface GESTOR – Evoluance RH

Interconnexion Evoluance RH – MCKPH

Automatisation de la gestion des contractuels

T2 2012 - Automatisation de la gestion des avis de mi-stage et titularisation

Interface structures vers le moteur de paie MCKPH

2012 - Gestion du temps médical

T3 2012 - Gestion du publipostage

T4 2012 - Gestion de la NBI

Gestion des étudiants en médecine et pharmacie

Mise en place de GESFORM Web

Migration vers nouvelle version GESTOR (5.5)

2012-2014 - Analyse et mise en œuvre GPMC

3.3.5 Moderniser l'informatique logistique

•Les enjeux

L'objectif est d'accompagner la mise en œuvre du schéma directeur logistique, et plus globalement le projet de modernisation des fonctions support porté par le pôle IFS. L'enjeu est également de renforcer l'appropriation du fonctionnement courant des logiciels par les équipes métiers, dans le même esprit que ce qui se fait pour l'informatique médicale.

•Les grands projets

2012 - Consolidation de l'architecture technique pour l'application RAMSES (blanchisserie)

Consolidation de l'architecture technique pour l'application RECO (restauration du personnel)
Gestion du transport des patients

2012-2014 - GMAO (gestion de la mainte-

nance assistée par ordinateur) et gestion des stocks de pièces détachées pour services du pôle Investissement et Fonctions support

Remplacement du logiciel AURIGA (Gestion des écoles)

2013-2014 - Gestion de la production en Restauration

2013-2015 - Gestion des accès par carte (parkings, ascenseurs, restauration, etc.

Ce projet sera conduit dans le cadre du projet annuel d'établissement – SSO.

3.3.6 Accompagner la mise en œuvre de la politique Qualité

•Les enjeux

L'objectif est d'accompagner la mise en œuvre de la politique Qualité du CHU sur les différents axes stratégiques qui ont été retenus : gestion documentaire, gestion des risques, identito-vigilance.

•Les grands projets

Les principaux projets se réaliseront à court terme. D'autres projets seront ensuite lancés en fonction de la politique Qualité du CHU, en fonction des arbitrages du CSSI.

T1 2012 - Extension du logiciel Qualims

Outil de gestion documentaire retenu pour accompagner la démarche d'accréditation COFRAC des laboratoires, il a vocation à être étendu à l'ensemble de l'établissement, en fonction des orientations de la politique de gestion documentaire du CHU.

T2 2012 - Remplacement de l'outil actuel de gestion des risques, VIGILIM

L'enjeu est de remplacer cette application développée en interne par un logiciel

du marché, doté de fonctionnalités supérieures, et en phase avec les orientations de la politique de gestion des risques du CHU.

Mise en œuvre du plan d'action identito-vigilance.

Ce plan d'action sera mis en œuvre en fonction des orientations de la charte de l'identito-vigilance du CHU, des possibilités offertes par les outils de gestion administrative du patient, et en cohérence avec les travaux sur la qualité des données destinées à la facturation conduits dans le cadre du COPIL FIDES.

D'autres projets pourront être conduits sur les années 2013-2016 en fonction de l'avancement de la politique qualité du CHU, et des arbitrages du CSSI.

3.3.7 Accompagner la politique de communication du CHU

•Les enjeux

L'ambition est d'accompagner la politique de communication du CHU, en mettant à disposition des outils structurants, tant en matière d'intranet, que d'écrans et de bornes d'information. Il s'agit de donner au service Communication les moyens d'une communication au goût du jour, qui s'appuie sur les technologies les plus récentes.

•Les grands projets
T2 2012 - Mise en place d'une gestion centralisée des écrans et des bornes.

2012-2013 - Remplacement de l'outil intranet Hermès

L'enjeu est de remplacer cet outil développé en interne par un outil plus ergonomique et plus performant, qui facilite l'autonomie des utilisateurs et apporte une meilleure réponse à leurs besoins.



3.4 Sécurité, infrastructures et réseaux

3.4.1 Infrastructures et réseaux

MIGRATION DES PLATEFORMES UNIX

•Les enjeux

La majorité des applications proposées par les éditeurs de logiciels s'appuient, ou s'appuieront dans les prochaines années, sur des architectures « n-tiers » permettant de bien séparer la partie serveur d'application de la partie serveur de base de données. De ce fait, il est communément admis et confirmé que la stratégie de virtualisation des plateformes serveurs est la solution la plus efficace pour des contextes comparables à celui du CHU.

Le projet de migration des plateformes Unix physiques vers des environnements virtualisés va notamment permettre :

- de bénéficier de plateformes plus évolutives, qui apportent une meilleure réponse aux projets fonctionnels, notamment en termes de délais de mise en œuvre des plateformes de tests ;
- d'augmenter le retour sur investissement des serveurs en exploitant au maximum leurs capacités pour l'ensemble des applications médicales et administratives, contrairement aux serveurs physiques très souvent sous utilisés et non mutualisables pour des contraintes de compatibilité applicative ;
- de réduire les consommations énergétiques, aussi bien en termes de puissance électrique que de climatisation ;
- de réduire l'encombrement physique dans les salles serveurs ;
- de faciliter les migrations qui doivent régulièrement être réalisées ;
- d'augmenter le niveau de sécurité pour les applications concernées, notamment par le principe de dédoublement des infrastructures, serveurs comme stockage, sur deux salles machines (cf. chapitre sur le plan de continuité et de reprise d'activité).

•Les grands projets

TI 2012 - Migration de GLIMS sur les nouveaux serveurs UNIX

Cette migration technique sera aussi l'occasion de mettre en place la version 8 de GLIMS, nécessaire pour bénéficier des évolutions de l'application.

Migration des applications Pharma et Chimio

sur les nouveaux serveurs UNIX

Migration de l'application InfoFiv sur les nouveaux serveurs UNIX

2012 2013 - Finalisation de la migration des applications (notamment des bases Oracle) sur les nouveaux serveurs UNIX et mise au rebut des nombreux serveurs en fin de vie

Les principales applications concernées sont :

- Hermès ;
- Cyberlab ;
- DataStore Citrix ;
- Systèmes d'information décisionnels « locaux » ;
- Xplore ;
- GestForm ;
- Sharedoc (archivage dossier patient) ;
- Ameli Blocs (en fonction du projet de mise en place de M-Blocs).

MUTUALISATION ET CONSOLIDATION DES SERVEURS DE TYPE X86

•Les enjeux

A l'instar de l'architecture virtualisée UNIX, et pour les mêmes raisons, il est essentiel de poursuivre et finaliser la mise en place de l'architecture virtualisée X86 (plateformes de type Windows ou Linux).

Cette infrastructure mutualisée doit aussi permettre d'accompagner les nouveaux besoins, tels que :

- migrations d'applications afin de bénéficier des nouvelles versions (Optim, MOSAIQ, WEB100T, Dipspool, Cyberlab, Cardioreport, CervoPrint, Urqual, Xplore, Traceline, Diamic, Gyneco-Obstétrique, Qualims...) ;
- nouveaux projets (ICIP, ACCOSS, M-Blocs, M-Visibilité, HEO, Portail M-EVA, Dictée Numérique, PACS, Annuaire SSO, outils de supervision) ;
- migration d'environnements pour des contraintes de fin de maintenance (Citrix, Active Directory, Exchange, serveurs de fichiers, Kitry...).

•Les grands projets

TI 2012 - Définition et mise en place du nouveau socle VMWARE avec baies de stockage performantes et répliquées

Les premières applications hébergées sur ces nouvelles plateformes seront le PACS, ICIP, M-BLOCS et M-EVA. La mise en place de ces applications se fera en conformité avec les exigences de continuité et de reprise d'activité.

2013-2016 - Extension de l'infrastructure mise en place

L'extension sera progressive, en fonction des nouveaux projets, et de besoins qui pourraient émerger dans le cadre de la communauté hospitalière de territoire.

MIGRATION DES PLATEFORMES WINDOWS 2003 VERS WINDOWS 2008



•Les enjeux

Windows Serveur 2003 n'étant maintenu par la société Microsoft que jusqu'en juillet 2015, un projet de migration de l'ensemble des serveurs fonctionnant avec ce système d'exploitation est nécessaire avant fin 2014, à l'instar de ce qui a été fait en 2010 pour le remplacement de Windows 2000.

•Les grands projets

2013-2015 - Migration des serveurs sous WS 2003 en WS 2008

Le projet comportera une phase d'inventaire, d'analyse puis de définition des cibles de paramétrage, capitale pour la mise en œuvre. Très souvent, le changement technique s'accompagnera également du changement de la version de l'application concernée complexifiant d'autant la migration.

INFRASTRUCTURE INFORMATIQUE DE RECHERCHE

•Les enjeux

Les nombreux usages de la Recherche Clinique au sein de l'établissement et l'importance de celle-ci nécessitent un accompagnement cohérent en termes d'infrastructure informatique. L'objectif est de mettre à disposition des équipes de Recherche, sous la coordination de la Délégation à la Recherche Clinique

et à l'Innovation (DRCI), une infrastructure mutualisée via le logiciel VMWARE, utilisé pour la politique de mutualisation actuelle du parc de serveurs, assortie d'une prestation de service qui fera l'objet d'une contractualisation interne.

•Les modalités de mise en œuvre

La mise en œuvre fera l'objet d'un plan d'action détaillé en cours de validation finale à la date de rédaction du présent document.

REFONTE ET MIGRATION ACTIVE DIRECTORY – ANNUAIRE D'ÉTABLISSEMENT (PROJET H 2012)

•Les enjeux

La mise en place d'un annuaire d'établissement associé à une solution de single sign on (SSO) est un pré requis indispensable à l'application du décret confidentialité pour l'accès aux informations médicales. Ce projet permettra par la même occasion de mettre en place un Active Directory rationnel et maîtrisé, particulièrement utile pour une gestion efficiente des accès au système d'information, en cohérence avec les fonctions des différentes ressources humaines de l'établissement.

Un important travail organisationnel devra être réalisé, notamment à travers un partenariat entre le pôle RHOSQ et équipe Informatique RH, afin de concevoir les nouveaux circuits de gestion.

•Les grands projets

SI 2012 - AMOA technique et fonctionnelle

Il apparaît nécessaire de faire appel à une assistance à maîtrise d'ouvrage (AMOA) permettant au CHU de bien définir ses besoins, notamment au regard du caractère transversal de ce projet et de ses nombreux impacts organisationnels.

2013-2015 - Mise en œuvre d'un Annuaire et d'une solution de SSO

Suite au travail réalisé avec l'AMOA au premier semestre 2012, le CHU de Limoges s'engagera contractuellement avec le fournisseur retenu dans le cadre de la procédure conduite par le groupement de commande régional ad hoc.

La mise en œuvre s'exécutera majoritairement sur les années 2013 à 2015 en différentes phases qui seront précisées avec le partenaire industriel retenu.

MISE EN PLACE DE L'ARCHIVAGE

•Les enjeux

Les volumes de données qui constituent désormais le système d'information hospitalier du CHU sont tels qu'il est indispensable de rationaliser et sécuriser les solutions d'archivage. Ces solutions ne pourront être mises en œuvre qu'à partir de la définition de processus d'archivage transverses à l'ensemble des applications de l'établissement.

•Les grands projets

T4 2012 - Définition et mise en place d'une solution logicielle d'archivage

La solution logicielle d'archivage qui sera définie devra obligatoirement s'appuyer sur les baies d'archivage fournies dans le cadre de l'acquisition du PACS.

2013-2015 - Définition et mise en œuvre des processus d'archivage en liaison avec les métiers

La complexité de ce dossier nécessitera une étude approfondie en partenariat avec les différents acteurs concernés et au regard de la réglementation applicable, avant d'engager le plan de mise en œuvre.

SÉCURISATION DE L'EXPLOITATION COURANTE AVEC MISE EN PLACE D'UNE SUPERVISION PROACTIVE

•Les enjeux

Afin de garantir une disponibilité maximale des applications, nécessitée par la criticité de certaines d'entre elles au regard de leur impact sur la prise en charge des patients (application MOSAIQ pour la Radiothérapie, prescription connectée, logiciels de résultats de laboratoires, logiciel de Réanimation, etc.), il est nécessaire d'avoir une supervision proactive des serveurs et des systèmes. Celle-ci pourrait être mise en place avec le logiciel qui permet actuellement de superviser le réseau (logiciel Nagios/Centreon).

•Les modalités de mise en œuvre

T2 2012 - Définition des besoins et mise en place d'une maquette par type de serveurs

2013 - Déploiement de la supervision sur l'ensemble des serveurs du système d'information

MIGRATION DE LA FERME CITRIX

•Les enjeux

La ferme Citrix a été refondue en 2010 sur des environnements Windows 2003 et en version XenApp 5. Elle devra faire l'objet, avant 2015, d'une migration complète, aussi bien pour remplacer Windows 2003 par Windows 2008 que pour bénéficier des nouvelles versions Citrix (XenApp 6). Ce projet est particulièrement sensible, complexe et stratégique, car il signifie refondre la totalité des applications mises à disposition des utilisateurs au quotidien.

•Les modalités de mise en œuvre

T4 2012 - Définition des cibles de paramétrage de la solution de publication des applications utilisateurs

2013-2014 - Migration effective de la ferme Citrix

Ce projet de mise en œuvre passera par une étape cruciale de maquetage, ainsi que la définition des scénarios de migration permettant d'assurer la continuité de service pour les utilisateurs.

MIGRATION DE LA MESSAGERIE ÉLECTRONIQUE EXCHANGE

•Les enjeux

Afin d'accompagner la migration de l'Active Directory en version 2008 et de bénéficier des nouvelles fonctionnalités, une migration de la messagerie en version 2010 ou supérieure est nécessaire. En outre, la fin de maintenance d'Exchange 2003 actuellement en place rend nécessaire ce changement.

•Les modalités de mise en œuvre

Cette migration sera organisée pendant ou après la migration de l'Active Directory en Windows Serveur 2008 selon les contraintes de mise en place compte tenu de lien très fort en Exchange et l'Active Directory.

3.4.2 Réseaux et Télécom AMÉLIORATION DES PERFORMANCES RÉSEAUX

•Les enjeux

Les différentes applications qui sont mises en place pour accompagner les besoins des utilisateurs du CHU nécessitent un niveau de plus en plus élevé de performances réseau. Des projets comme le PACS, la dictée numérique et la reconnaissance vocale, ou la télé-médecine sont très consommateurs de bande passante.

Il est donc essentiel d'être proactif sur ce secteur afin de régulièrement moderniser les infrastructures pour ne pas se trouver en situation de blocage.

•Les grands projets

T1 2012 - Couverture WIFI de Jean Rebeyrol (bâtiment V80)

L'enjeu est d'accompagner la finalisation du déploiement des prescriptions connectées du médicament dans le secteur des USLD.

Augmentation des débits réseau à 1 Gb/s pour l'ensemble des postes de travail utilisateurs

Ce chantier permettra de bénéficier de toutes les fonctionnalités des nouveaux postes de travail et, à court terme, de fournir un accès plus fluide au système d'information.

S1 2012 - Regroupement des écoles du CHU sur un seul site géographique

Il est prévu de regrouper sur un seul site géographique distant du reste du CHU l'ensemble des écoles de l'établissement. Pour accompagner cette opération, il est donc nécessaire de prévoir les infrastructures réseaux, dans un premier temps sous forme de réseau « Wifi », puis dans un second temps via une liaison filaire type fibre (en lien avec le chapitre concernant l'augmentation des débits internet).

T1 2013 - Liaison fibre avec Chastaingt en remplacement de la liaison hertzienne

A ce jour, la liaison hertzienne entre le site de Dupuytren et Chastaingt atteint ses limites en termes de performance et devient désormais un frein pour dif-

férents projets qui nécessitent notamment de gros volumes de données via le WIFI. D'autre part le faisceau hertzien reste sensible aux variations climatiques. Il est donc essentiel de prévoir le remplacement du faisceau par une liaison filaire type fibre dont la mise en place sera facilitée avec l'adhésion à RELIER (voir chapitre sur la sécurisation des accès internet).

SÉCURISATION DES ACCÈS INTERNET ET AUGMENTATION DES DÉBITS POUR LES NOUVEAUX BESOINS

•Les enjeux

Les principaux objectifs à atteindre sont :

- la régularisation de l'accès RENATER par rapport à l'Université de Limoges ;
- la mise à disposition des acteurs et prestataires du CHU d'un accès internet WIFI ;
- l'augmentation de la bande passante pour les échanges régionaux et nationaux (télé-médecine, PACS...);
- l'augmentation de la bande passante pour les systèmes de visioconférence IP ;
- la mise en place d'un secours à l'accès internet actuel Orange ;
- la suppression de tous les accès ADSL ;
- l'augmentation du débit de l'accès internet actuel ;
- la sécurisation de la liaison hertzienne actuelle pour le site de Chastaingt particulière nécessaire du fait d'une utilisation accrue du SIH sur le site (prescription, consultation des images du PACS...);
- le raccordement du nouveau bâtiment des écoles en fibre ;
- la conservation de la traçabilité des flux afin d'être en conformité avec la législation en vigueur.

•Les modalités de mise en œuvre

S1 2012 - Signature de l'agrément Renater et de la convention d'adhésion à RELIER

Connexion à Renater à 100 Mb/s

S2 2012 - Mise en place d'un accès WIFI pour les acteurs, prestataires et visiteurs du CHU de Limoges

L'enjeu est de mettre en



place un nouveau service à destination de toutes les personnes qui fréquentent les sites du CHU de Limoges, qu'il s'agisse d'acteurs de santé, de prestataires extérieurs intervenant dans le cadre de différents chantiers, ou de familles de patients souhaitant connecter leurs outils informatiques personnels.

Un modèle économique et un mode de gestion sont à construire afin de garantir le retour sur investissement de ce projet.

MODERNISATION DES ÉQUIPEMENTS DE GESTION DE LA SÉCURITÉ DES ACCÈS EXTÉRIEURS

•Les enjeux

Les équipements actuels de gestion de la sécurité des accès extérieurs (type internet) sont désormais en fin de maintenance. D'autre part, l'ouverture à venir du système d'information du CHU vers d'autres entités, au sein de la région notamment, nécessite de renforcer le niveau de sécurité jusqu'alors en vigueur au CHU. Ces différentes problématiques engendrent inévitablement l'obligation de mettre en place des équipements avec un haut niveau de performance.

•Les grands projets

T3-2012 - Mise en place de firewalls mutualisés dans les cœurs de réseau existants

La mise en place des nouveaux cœurs de réseaux réalisée fin 2011 avait comme objectif parallèle à l'extension WIFI, de mutualiser les châssis. Le choix technique fait pour le remplacement des équipements actuels de sécurité va permettre de renforcer et d'optimiser cette logique de mutualisation. En effet, pour des questions de coût, de facilité de mise en œuvre et d'exploitation au quotidien, les nouveaux firewalls seront de « simples cartes » supplémentaires à insérer dans les châssis (par opposition à la fourniture d'appliances spécifiques).

OUVERTURE DE L'INTERNET AUX PATIENTS

•Les enjeux

Dans le cadre de sa politique hôtelière et de sa politique d'amélioration de la qualité de service pour les patients, le CHU souhaite mettre à disposition un accès Internet auprès

des patients. Le choix a été fait de s'appuyer sur le prestataire de services retenu par le CHU pour le téléphone et la télévision. Cette société assurera la gestion complète de la prestation. Le CHU mettra simplement son infrastructure réseau à disposition.

•Les grands projets

T2 2012 - Mise en place de l'accès patients

Le modèle économique et la grille tarifaire devront être arrêtés en tenant compte des attentes des utilisateurs.

Intégration de la téléphonie dans le champ SI

•Les enjeux

L'objectif majeur est d'optimiser les organisations au sein du pôle Investissements et Fonctions support (IFS) en regroupant les activités Téléphonie et Informatique sous la même direction. En effet, les technologies évoluant, la téléphonie et l'informatique sont désormais très liées de ce point de vue.

Cette mutualisation des ressources va, dans un premier temps, permettre de renforcer ce secteur d'activité, d'avoir une maîtrise complète et centralisée des flux VDI (Voix Données Images) et d'optimiser les ressources humaines. Dans un second temps, cela permettra d'engager un plan de convergence des différents équipements (téléphones, Smartphones, ordinateurs, etc.) en fonction de l'évolution des technologies disponibles sur le marché et de la refonte des postes de travail du CHU.

•Les modalités de mise en œuvre

SI 2012 - Etude des modalités d'intégration

Le secteur Téléphonie - Courants faibles gère actuellement une grande diversité de domaines (téléphonie, appels malades, standard, téléviseurs...). Il est donc essentiel d'évaluer précisément le périmètre à intégrer à la DSI, et d'organiser le rattachement des autres activités au sein du pôle IFS.

T4 2012 - Intégration de la téléphonie selon les modalités fixées au premier semestre 2012

Cette intégration se réalisera en fonction du schéma d'organisation qui aura été arrêté, et après consultation des instances compétentes.

SÉCURISATION ET SURVEILLANCE DU RÉSEAU DE L'ÉTABLISSEMENT

•Les enjeux

L'ouverture des postes de travail doit s'accompagner d'une gestion plus proactive des incidents et des malveillances sur le réseau. L'objectif est de garantir un même niveau de sécurité et de veiller d'une part, à ce que des attaques virales de type « Conficker » (printemps 2009) ne se reproduisent pas et, d'autre part, se protéger des intrusions de type malveillance ou détournement d'informations ne soient plus possibles. La mise en œuvre de cette sécurisation nécessitera impérativement la définition de processus de contrôle et de surveillance. Ils seront accompagnés des outils permettant de garantir qu'un ordinateur (portable ou pas) qui se connecte au réseau répond bien à un certain nombre de pré-requis (mises à jour de sécurité Microsoft effectuées, antivirus à jour, ordinateur autorisé à se connecter au réseau...).



•Les grands projets

T3 2012 - Mise en place d'une sonde d'analyse de réseau

T1 2013 - Mise en place du protocole 802.1x / NAC sur les prises réseaux du CHU

3.4.3 Postes de travail

REFONTE DES POSTES DE TRAVAIL

•Les enjeux

A l'instar des évolutions des infrastructures réseaux, le poste de travail doit également faire l'objet d'une très forte modernisation afin d'être en cohérence avec les besoins informatiques et bureautiques du CHU.

Les évolutions majeures porteront sur :

- la simplification de l'accès aux données de type bureautique (Word, Excel...);
- l'augmentation des tailles de messagerie associée à des formations sur l'utilisation des dossiers de classement et d'archivage;
- l'accès aux fonctionnalités web et multi-

média ;

- la simplification de l'accès aux applications métier et aux images (PACS notamment) ;
- l'usage des clés USB et des CD ROM, tout en maintenant un haut niveau de sécurité ;
- l'unification des postes de travail : le poste type « CHU » doit être le seul au service de l'utilisateur quel que soit son besoin ;
- les solutions de mobilité : dans les services, mais aussi à l'extérieur du CHU (webmail, securegateway, smartphones...).

Une contrainte supplémentaire est à prendre en compte pour la refonte du poste de travail. En effet la fin de maintenance de Windows XP est confirmée par Microsoft pour avril 2014. La quasi-totalité du parc (soit près de 4 000 PC) est équipée de ce système d'exploitation. Une bonne partie des matériels actuellement en place n'est pas compatible avec

Windows Seven. Par conséquent, refondre le poste de travail signifie également renouveler le matériel mis à disposition des utilisateurs. Ce projet constitue donc un risque sur plusieurs axes (budget, organisation, technique et délais).

Ce projet sera également très interdépendant avec le projet de mise en place de la solution d'annuaire et de SSO.

•Les grands projets

S2 2012 - Définition des spécifications du nouveau poste de travail et expérimentation sur un périmètre donné



Au cours de cette phase le choix du nouveau matériel devra être réalisé : terminaux légers ou PC classiques. Une expérimentation sera conduite sur un ou deux pôles.

2013-2015 - Poursuite et finalisation des déploiements sur l'ensemble de l'établissement

Le volume très important de matériel à remplacer impliquera le retour à des prestataires externes, dans le cadre d'un plan d'action qui aura été préalablement défini et partagé avec les différents utilisateurs.

Prise en charge nouveaux matériels

Les copieurs, écrans multimédias et bornes interactives sont désormais dans le champ d'action de la DSI afin de rationaliser la mise en place sur le réseau de ces équipements et avoir une approche globale des problématiques d'impression.

SI 2012 - Définition des modalités de gestion et de l'organisation associée au sein des équipes Support et Déploiement et Logistique – Communication

QUALITÉ DE SERVICE

•Les enjeux

L'enjeu est de poursuivre la démarche d'amélioration continue de la qualité du service rendu aux utilisateurs engagée depuis 2009 en travaillant notamment sur les trois axes suivants :

- optimisation du processus de gestion des demandes ;
- structuration de la gestion de parc ;
- gestion des événements indésirables.

Ces différents points se concrétiseront par la mise en place d'outils adaptés et d'indicateurs de suivi appropriés, outils de pilotage pour le Directeur du Système d'information, et de reporting au près du CSSI.

•Les modalités de mise en œuvre

TI 2012 - Suite du suivi rigoureux de l'activité de l'équipe Support et Déploiement :

- contrôle qualité des réponses apportées aux appels reçus au 58 501 ;
- contrôle qualité des interventions sur site ;
- mise en place de fiches réflexes permettant au niveau 1 d'avoir un maximum de cohérence dans les réponses données quel que soit le hotliner.

Mise en place du processus de gestion des demandes

Le nombre croissant de demandes adressées à la Direction du Système d'Information nécessite la mise en place et le pilotage d'une organisation rigoureuse de gestion des demandes, en prévoyant un bilan régulier des demandes en cours, et un retour vers les utilisateurs pour les informer d'état d'avancement des dossiers.

SI 2013 - Mise en place d'un logiciel ACD (automatic call distribution)

La mise en place de cet outil poursuit deux objectifs :

- connaître le nombre d'appels perdus ;
- distribuer les appels selon certains critères.

2013 - Mise en place d'un logiciel de gestion de parc

Selon l'avancement du projet de GMAO et les possibilités offertes par ce type d'outil, la gestion du parc sera réalisée dans un outil complètement transversal, ou bien dans un outil spécialisé en gestion de parc informatique.

3.4.4 Politique de sécurité

Fondamentaux de sécurité

•Les enjeux

Le CHU comme tout établissement de santé a l'obligation d'établir une politique et une stratégie de sécurité pour l'ensemble de son système d'information. En termes de périmètre elle doit notamment couvrir les aspects suivants :

- sécurité des accès (aussi bien pour les utilisateurs que pour les locaux techniques) ;
- sécurité des infrastructures ;
- stratégie de sauvegarde ;
- stratégie d'archivage.

Ces différents points nécessitent une définition institutionnelle des règles à appliquer et une mise en œuvre pilotée au plus haut niveau hiérarchique.

Une évaluation régulière du niveau de sécurité du système d'information du CHU est de fait indispensable pour permettre l'évolution et l'adaptation de la politique de sécurité.

•Les grands projets

T2 2012 - Adoption de la Charte du Système d'information du CHU composée de :

- la charte d'utilisation du système d'information ;

-la charte de l'information médicale.
L'ambition est d'actualiser et de formaliser les règles fondamentales d'utilisation du système d'information du CHU et de partage de l'information médicale, en rappelant la réglementation applicable, et en organisant la signature, par chaque agent, de ces documents.

2012-2013 - Reparamétrage des 2400 codes utilisateurs de Crossway

L'enjeu est de mettre en œuvre les principes de la nouvelle charte de l'information, selon le plan d'action et les orientations qui seront arrêtées par la Commission de gestion des droits d'accès.

2012-2014 - Définition et mise en œuvre du plan de continuité et de reprise d'activité (PCA – PRA)

L'objectif est de mettre le CHU en conformité avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé et avec la réglementation Hébergeur de données de santé.

2014 - Mise en production de la nouvelle salle serveur

Ce projet sera conduit à l'occasion du déménagement de l'essentiel des activités de la Direction du Système d'information dans le bâtiment médico-administratif. Cette salle serveur fonctionnera en miroir avec la salle serveur installée en 2010 dans le bâtiment Dupuytren.

2012-2015 - Mise en place d'un SSO et de carte CPS pour les accès au SIH

cf chapitre IV

PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE SÉCURITÉ

Il s'agit à la fois d'organiser le pilotage opérationnel en consolidant et renforçant la fonction de responsable de la sécurité du système d'information (RSSI), et en organisant un pilotage stratégique au niveau institutionnel, soit dans le cadre d'un Comité dédié à la sécurité, soit directement par le CSSI.

C'est dans ce cadre que seront programmées les actions d'évaluation de la politique de sécurité qui doivent être régulièrement organisées, que les enseignements des audits anti-intrusion et autres audits de sécurité qui seront conduits, mais également faire un point régulier sur la

mise en œuvre de la Charte du Système d'information.

3.4.5 Les moyens mobilisés

QUEL POTENTIEL DE PRODUCTION ?

Les travaux d'exploitation constituent une activité essentielle pour la vie courante de la Direction du Système d'information et contribuent à la satisfaction quotidienne des utilisateurs. Ils incluent notamment les actions suivantes :

- maintenance des 120 applicatifs (comptes utilisateurs, droits, plannings de rendez-vous à créer, mise à jour, paramétrages de tous types...);
- suivi des interfaces inter applicatives ;
- mise à jour des nomenclatures, des structures (UF...);
- gestion des facturations (simulation, planification);
- production de tableaux d'activité ;
- statistiques à la demande des services administratifs et médicaux ;
- analyse des demandes quotidiennes de toute nature (extractions de données...);
- actions autour de l'activité (T2A, fichsup, fichcomp, ENCC, relance sur les consultations externes non codées...);
- correction de données (par requête...);
- test des nouvelles versions applicatives ;
- actions de formation des personnels du CHU ;
- maintien à niveau des équipes de la DSI (veille technologique);
- gestion des demandes diverses (déménagement d'un agent, accès à de nouvelles applications...);
- surveillance du bon fonctionnement des applications, des serveurs et des échanges avec l'extérieur (Trésorerie, CPAM, SIL...);
- petits projets et réponse aux demandes ;
- assistance aux utilisateurs ;
- etc.

La politique conduite depuis 2009 a permis de modifier le ratio exploitation / projets en faveur de ces derniers, non de manière très significative, car il n'est pas possible d'augmenter excessivement les délais de réponse aux utilisateurs, mais en « sanctuarisant » le temps consacré aux projets, afin de permettre leur déroulement de la manière la plus linéaire possible.

Sur la période 2012-2016, pourront être explorées de manière plus approfondie les perspec-

tives d'externalisation d'une partie de l'activité d'exploitation au profit du Syndicat Interhospitalier du Limousin (SIL) ou d'autres structures, en fonction des orientations retenues pour la progression des charges de titre 3, et l'éventuelle mutualisation des ressources informatiques dans le cadre de la CHT. L'enjeu sera de réussir ce type d'opération sans diminuer la qualité du service rendu aux utilisateurs, en veillant notamment à une maîtrise des connaissances métiers de base.

Ces actions n'apporteront de véritables résultats que si elles sont soutenues par un pilotage fort du portefeuille projet par le CSSI, avec ajustement de l'ordonnancement et de l'ordre de priorité des projets en fonction des ressources humaines et financières disponibles.

PROTOCOLISER POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DE SERVICE

La poursuite du travail de structuration des différents processus de la fonction informatique (gestion des demandes, gestion du parc, gestion des changements, etc.) est essentielle, tant pour améliorer la capacité de production que la qualité du service rendu aux utilisateurs.

Une certification ITIL (Information Technology Infrastructure Library) ou équivalent s'impose à l'horizon 2016, afin de faire reconnaître par un tiers extérieur et agréé le travail réalisé, et identifier les actions à poursuivre.

REGROUPEMENTS GÉOGRAPHIQUES

Les années 2012-2016 seront marquées par la poursuite de la politique de regroupement géographique, avec réunion de l'encadrement de la DSI, du département d'Informatique médicale et médico-technique, ainsi que du département Production et Support dans le Bâtiment Médico Administratif.

Seule l'équipe Laboratoires – Imagerie rejoindra le pôle de Biologie dans une logique de proximité avec les utilisateurs.

Le département Informatique de gestion rejoindra le site de Dupuytren, afin de former un pôle de facturation avec les autres services concernés, dans le cadre de la mise en œuvre de la FIDES.

QUEL BUDGET ?

Le présent schéma directeur sera mis en œuvre dans le respect des montants inscrits au plan

d'investissement du CHU, révisés annuellement dans le cadre EPRD – PGFP. Ce qui veut dire que le périmètre et le calendrier de certains projets pourront être ajustés.

4. Se doter d'un plan d'efficience qui, par retour sur investissement, permet de financer l'indispensable modernisation

La modernisation du CHU est conditionnée par la faisabilité financière du programme d'investissement. Cette équation implique une démarche continue de recherche de retour sur investissement des projets développés pour dégager des marges de manœuvre permettant leur financement.

Depuis 2007, les pouvoirs publics ont exigé des établissements de santé « la nécessaire prise en compte du critère de la recherche d'efficience par la mobilisation de ses ressources propres ». Le CHU a élaboré en 2009 un plan d'efficience pour garantir le principe de retour sur investissement des opérations engagées, corrélé au contrat de performance conclu avec l'ANAP. Cet objectif suppose une optimisation des organisations, des achats et des ressources propres. Le dimensionnement des capacités au regard de l'activité en est un élément. Les évolutions attendues des modes de prise en charge avec un virage ambulatoire à accentuer et avec la croissance de l'HAD vont également induire des gains de productivité.

Parallèlement, les regroupements géographiques possibles à l'occasion de la mise en œuvre du programme d'investissement et la révision du programme capacitaire telle que présentée au point 1 vont produire des économies d'échelle.

Les pôles hospitalo-universitaires, comme les pôles de gestion, sont concernés par cette politique fondée sur l'activité. La construction du pôle biologie, du bâtiment clinique médicale et du bâtiment médico-administratif sont conditionnées par l'identification des marges d'auto-financement dégagées pour accompagner ces projets. Les coûts engendrés par leur mise en service doivent être compensés par des économies.

En effet, la mutualisation de certaines fonctions administratives permettra de couvrir les

surcoûts du bâtiment médico-administratif, la réorganisation du pôle biologie devra compenser ceux du bâtiment correspondant.

La modernisation des outils et des supports de travail doit également conduire à des gains d'efficience (par exemple le déploiement de la dictée numérique).

En complément des actions menées sur les charges, le plan d'efficience est également alimenté par l'identification de nouvelles recettes permises par la réalisation des projets (pôle clinique médicale et pôle cœur poumon rein), et par le potentiel de développement de certaines activités nouvelles ou en émergence.

Les cessions immobilières et la mise en œuvre d'une tarification des chambres particulières à mettre en place progressivement dès 2012 doivent également générer de nouvelles recettes indispensables à l'équilibre du plan de financement des opérations d'investissement.

Le plan d'efficience élaboré dans le cadre du Plan de Modernisation du CHU et repris dans la démarche du Contrat de Performance, est actualisé chaque année dans le Plan Global de Financement Pluriannuel en lien avec l'Etat des Prévisions des Recettes et des Dépenses de l'année considérée.

La maîtrise des charges et l'identification de potentiels de recettes supplémentaires permettent à l'établissement de financer une partie de ses investissements présents et d'emprunter pour compléter le plan de financement assurant la réalisation de ses projets futurs.

Les produits de l'activité doivent permettre de dégager une marge au-delà de la couverture des charges d'exploitation courante. Cette marge est destinée à assurer le financement des amortis-

sements assurant la modernisation et le renouvellement du patrimoine et le financement des intérêts de la dette.

Pour mémoire, les investissements prévus sont synthétisés comme suit sur la période 2011-2020.

TOTAL programme investissement	439,00 M €
dt immobilier	314,92 M €
dt bio médical	72,48 M €
dt achats logistique	20,41 M €
dt informatique	31,26 M €

Le montant des emprunts prévus au titre des investissements s'élève à 165 M € dont 150 au titre du plan de modernisation du CHU. Ils génèrent un total de 24,7 M € dont 22,3 au titre du plan de modernisation sur la base des taux d'intérêts en vigueur à ce jour.

Le plan de financement est autofinancé à hauteur de 40 % par les ressources propres issues de l'activité supplémentaire générée par la réalisation des projets prévus, par les cessions immobilières envisagées, par les reprises sur provisions et par la facturation des chambres individuelles. Cet équilibre correspond aux recommandations usuelles.

Le projet d'établissement tel qu'il a été prévu permet un retour sur investissement, qui constitue le socle du plan de modernisation.

Il traduit l'engagement du CHU dans sa volonté de moderniser l'outil hospitalo-universitaire et de préserver les possibilités d'investissements innovants assurant le développement de ses activités de recherche, d'excellence et de recours.

GLOSSAIRE

- A** **AFSSAPS** : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARS : Agence Régionale de Santé
ASN : Autorité de Sûreté Nucléaire
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
- C** **CHPOT** : Coordination Hospitalière de Prélèvements d'Organes et de Tissus
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIC : Centre d'Investigation Clinique
CIEL : Comité Inter Etablissement du Limousin
CLAN : Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition
CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur
CME : Commission Médicale d'Etablissement
COFRAC : Comité Français d'Accréditation
CPRE : Cellule de Promotion de la Réflexion Ethique
CRB : Centre de Ressources Biologiques
CREX : Comité de Retour d'Expérience
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques
- D** **DMP** : Dossier Médical Partagé
DPU : Dossier Patient Unique
- E** **EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPSILIM : Expertise Performance et Système d'Information en Limousin
ERI : Espace de Rencontre et d'Information
- H** **HAD** : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire
HU : Hospitalo-universitaire
- I** **IMC** : Indice de Masse Corporelle
INCa : Institut National du Cancer
IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
- O** **OMEDIT** : Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques
- P** **PCA** : Plateau de Chirurgie Ambulatoire
PIM : Plateau d'Imagerie Médicale
- R** **RCP** : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RMM : Revue de Mortalité et de Morbidité
- S** **SROS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
- U** **UFRCB** : Unité Fonctionnelle de Recherche Clinique et de Biostatistiques
UNV : Unité Neuro-Vasculaire
UPSAV : Unité de Prévention de Suivi et d'Analyse du Vieillessement
USIC : Unité de Soins Intensifs en Cardiologie
USINV : Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaire
URSG : Unité de Recours et de Soins en Gériatrie

