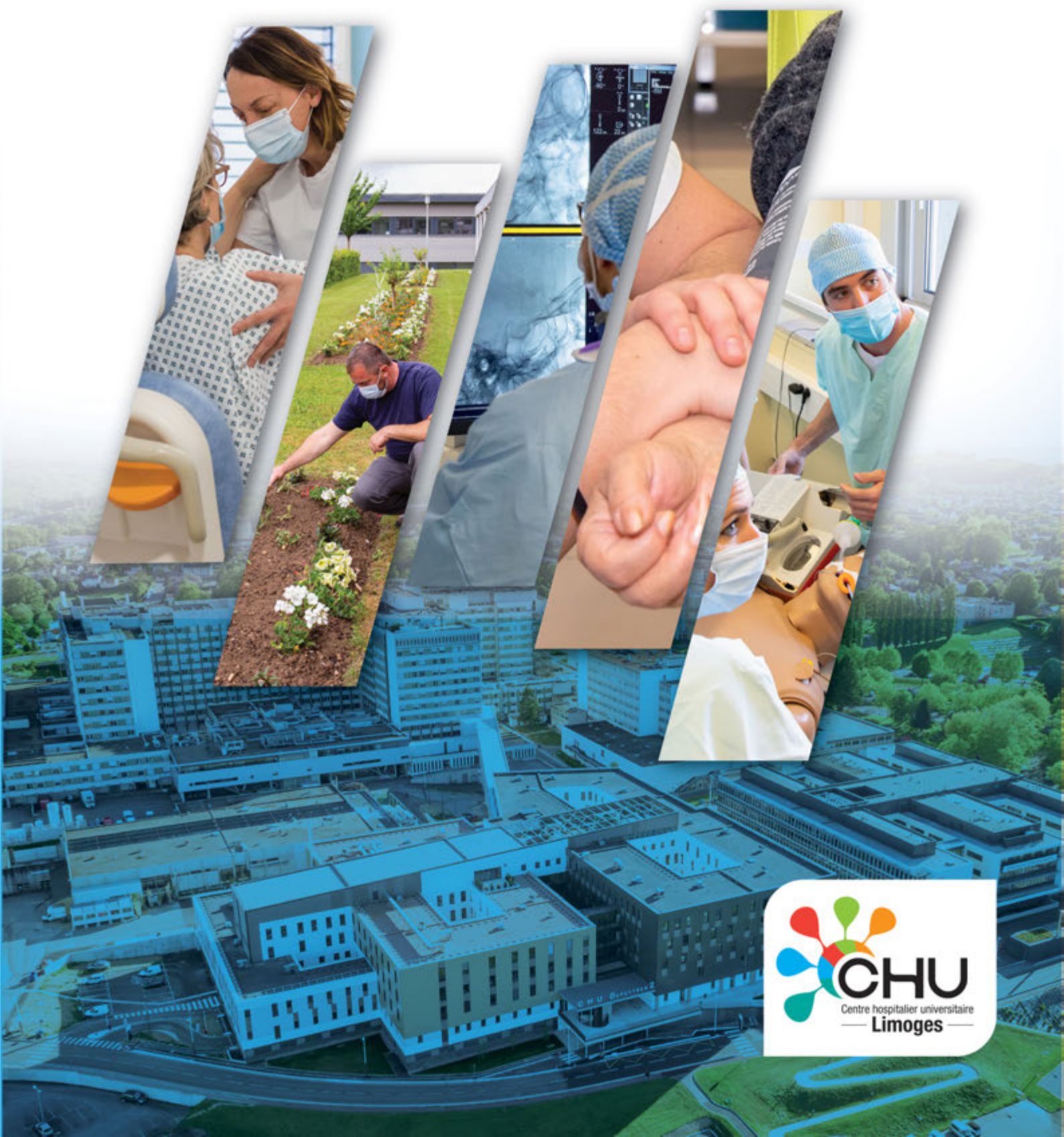


PROJET MÉDICAL

CHU de Limoges





SOMMAIRE

I. EDITORIAL	p.03
II. DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE	p.04
1. Le territoire couvert, la population et les besoins prioritaires de santé.....	p.04
2. La démographie médicale et l'offre de soins du territoire du CHU de Limoges	p.11
3. Le CHU de Limoges : présentation générale (données clés), activité globale et par domaine d'activité	p.14
4. Analyse du positionnement concurrentiel sur son territoire d'attractivité.....	p.18
5. La matrice SWOT concernant le CHU de Limoges.....	p.21
III. UN PROJET MEDICAL QUI S'ARTICULE AVEC LES ORIENTATIONS REGIONALES ET LOCALES DU TERRITOIRE DU CHU DE LIMOGES	p.22
IV. LA DEMARCHE D'ELABORATION DU PROJET MEDICAL 2025-2029 DU CHU DE LIMOGES.....	p.26
V. LES SIX AXES STRATEGIQUES DU PROJET MEDICAL 2025-2029 ET DECLINAISON PAR AXE DES 38 FICHES PROJET.....	p.27

I. EDITORIAL

Etabli pour une durée de cinq ans, le projet médical 2025-2029 entend doter le CHU de Limoges d'un document cadre lui permettant de répondre, de manière opérationnelle, aux besoins de santé présents et futurs des usagers du territoire du Limousin et des départements limitrophes, soit environ un million de personnes. Son achèvement constitue, à ce titre, une étape essentielle dans l'élaboration du projet d'établissement.

En effet, alors que les transformations affectant les pratiques professionnelles et les habitudes du quotidien s'accroissent sous l'effet conjugué des transitions sociétales, technologiques et écologiques, la construction de ce projet a nécessité un travail collectif de projection de la communauté médicale et hospitalière vers un horizon de moyen terme. Le Limousin qui a, par ailleurs, engagé sa transition démographique avant le reste du territoire national, apporte un contexte intéressant et stimulant qui confère à l'exercice prospectif réalisé par les équipes du CHU de Limoges à l'occasion de l'élaboration de ce projet médical une portée plus large, anticipant les principales orientations qui seront, dans les années à venir, celles de notre système de santé.

Notre action sera ainsi désormais conduite à l'aune de 6 axes stratégiques, eux-mêmes déclinés en 38 fiches projet, à savoir : permettre l'excellence médicale en fluidifiant les parcours de proximité et en accompagnant l'activité de recours (axe n°1) ; développer les innovations organisationnelles (axe n°2) ; collaborer avec les établissements et partenaires au sein d'un territoire étendu pour une prise en charge graduée (axe n°3) ; relever le défi du vieillissement accru dans le Limousin et être attentif aux besoins des populations vulnérables (axe n°4) ; renforcer la prévention et la prise en charge des maladies chroniques (axe n°5) ; consolider la recherche et innover pour répondre aux enjeux actuels et à venir (axe n°6).

Le CHU de Limoges, en tant qu'acteur incontournable de l'offre de soins en Nouvelle-Aquitaine, mais aussi établissement hospitalo-universitaire devant afficher ses ambitions et conforter ses activités en matière de recherche clinique et de formations initiale et continue, entend ainsi prendre toute sa part dans la réponse à apporter aux défis posés en matière d'organisation territoriale, de responsabilité populationnelle et de santé publique, en cohérence avec les priorités également identifiées par le Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2028, et, pour les filières de soins concernées, par le Projet Médico-Soignant Partagé du GHT du Limousin, récemment actualisé.

Afin que soit la plus naturelle possible l'appropriation de ce projet par la communauté médico-soignante, son élaboration s'est voulue particulièrement participative et à l'écoute des professionnels de l'établissement. Aussi, nous savons pouvoir compter sur votre engagement à nos côtés pour le mettre en œuvre et lui donner sa pleine effectivité, au bénéfice à la fois de votre pratique médicale et des patients et usagers du CHU de Limoges.



Pr Muriel MATHONNET
Présidente de la CME



Pascale MOCAËR
Directrice générale

II. DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE

Le projet médical du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Limoges, établi tous les cinq ans, est un élément central et fondateur du projet d'établissement. Il recense l'ensemble des projets de la communauté médicale qui permettront de répondre de façon cohérente aux défis actuels et à venir.

Il présente la politique médicale que l'établissement entend adopter pour répondre à des enjeux stratégiques identifiés et précise les objectifs et les moyens qui seront mis en œuvre pour déployer les actions de transformation sur la période 2024-2029.

Il constitue également un document de référence pour tous les acteurs de l'établissement, du territoire (GHT) et de la région qui disposeront ainsi d'une analyse contextuelle, connaîtront la situation de l'établissement, ses objectifs et sa stratégie en matière médicale.

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

En amont de l'élaboration du projet médical du CHU de Limoges, un diagnostic stratégique a été réalisé. Il comprend l'analyse des caractéristiques de la population, des besoins prioritaires de santé et de l'offre de soins du territoire ainsi que des analyses quantitatives concernant l'activité du CHU et son positionnement concurrentiel.

Ce diagnostic a permis d'intégrer dans la réflexion un certain nombre de facteurs susceptibles d'impacter les prises en charge médicales. Il a également permis d'identifier les forces et les faiblesses, ainsi que les tendances à venir (opportunités et menaces) pour le CHU.

1. Le territoire couvert, la population et les besoins prioritaires de santé

a) Le territoire couvert par le CHU de Limoges est vaste et s'étend sur l'ensemble du territoire du GHT Limousin et au-delà

La zone d'attractivité du CHU de Limoges correspond à celle du GHT Limousin - dont le CHU est l'établissement support - et s'étend aux territoires limitrophes.

Le CHU de Limoges **couvre les besoins de santé d'un bassin de population d'au moins 720 293 habitants** au 1^{er} janvier 2023¹ répartis au sein des trois départements du GHT Limousin (la Haute-Vienne, la Corrèze et la Creuse) **ainsi que la population des territoires limitrophes du Limousin**. Plus précisément, le territoire d'attractivité du CHU porte majoritairement sur l'ensemble du département de la Haute-Vienne tel que présenté dans les analyses ci-après.

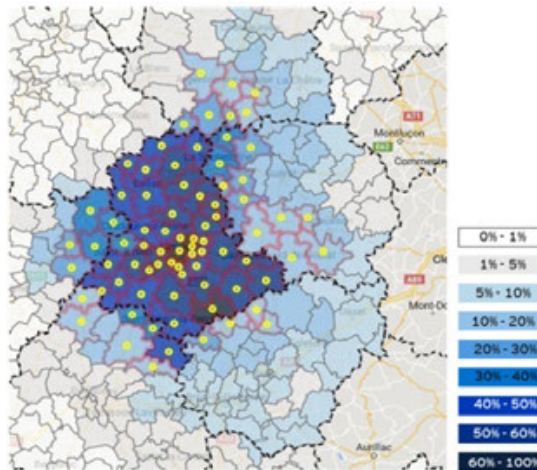
Parmi les aspects notables de ce territoire, **le GHT du Limousin est l'un des plus grands GHT de France** en s'étendant sur une superficie de 16 942 km² et en regroupant un total de 18 établissements parties.

Le territoire d'attractivité du CHU et du GHT **est globalement peu dense avec 44 habitants au km²**, soit deux fois moins qu'au niveau national. En revanche, il est à noter que la Haute-Vienne est le département le plus densément peuplé avec 69 habitants au km², dont près de la moitié de population (49%) est concentrée autour du seul grand pôle urbain : Limoges.

¹Source : [Données INSEE, Estimation de population par département, lien : Estimation de la population au 1^{er} janvier 2023 | Insee](#)

II. DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE

Carte de la répartition géographique des parts de marché sur la zone d'attractivité du CHU de Limoges (2023)*



*Données PMSI. Zone d'attractivité (ZA) = Territoire caractérisé par les communes où les établissements réalisent les taux d'hospitalisation les plus élevés (taux d'hospitalisation = nb de séjours / nb d'habitants).

b) La population du Limousin est plus âgée et anticipe le vieillissement de la population de France métropolitaine de 25 ans

A l'échelle nationale, le vieillissement de la population est le résultat de l'allongement de la durée de la vie et s'accélère particulièrement depuis les années 2010. La part des seniors âgés de 65 ans ou plus, soit 20% de la population française en 2020, croît plus vite que celle des jeunes.

En 2030, les plus de 65 ans seront plus nombreux que les moins de 20 ans². En 2060, un tiers de la population aura plus de 60 ans et plus de 16% plus de 75 ans en France métropolitaine³.

Le territoire du Limousin est caractérisé par un double constat :

✳ **Un vieillissement plus marqué de la population du Limousin** en comparaison au national avec 30% de personnes âgées de 65 ans ou plus et 15% de personnes âgées de plus de 75 ans (contre respectivement 20% pour les 65 ans et plus et 9% pour les plus de 75 ans au national⁴) . **Les trois départements du Limousin – et tout particulièrement la Creuse et la Corrèze – présentent un indice de vieillissement supérieur voire nettement supérieur au national** : soit 158 en Creuse, 136 en Corrèze et 109 en Haute-Vienne contre 79,9 en France métropolitaine⁵.

✳ La mutation démographique au sein des départements du Limousin est plus précoce en comparaison à l'échelle nationale. **La démographie du Limousin anticipe ainsi le vieillissement de la population nationale de 25 ans⁶** : le Limousin présente en effet la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans la plus élevée en France (30%, contre 20% en France), ce qui était déjà le cas en 2011 (avec 23% de personnes âgées de 65 ans et plus, contre 17% au national). **Des enjeux d'isolement de la population âgée** liés au profil rural des territoires en Creuse et en Corrèze sont soulignés. Concernant la Haute-Vienne, la part de personnes âgées en proportion de la population totale est plus importante en zone rurale⁷ (les territoires du département les plus vieillissants sont situés dans des communes peu ou très peu denses, hors influence de la ville). **Ces spécificités induisent ainsi des enjeux d'accompagnement des personnes âgées en territoire rural plus prégnants qu'à l'échelle de la métropole.**

La prise en compte de cette évolution démographique particulière s'est traduite par le développement depuis quelques années de plusieurs expérimentations par les acteurs du territoire, telle que la chaire « e-santé, bien vieillir et autonomie ».

²Données INSEE

³[Les enjeux du vieillissement - Chaire d'Excellence e-santé, bien-vieillir et autonomie \(unilim.fr\)](#)

⁴Idem

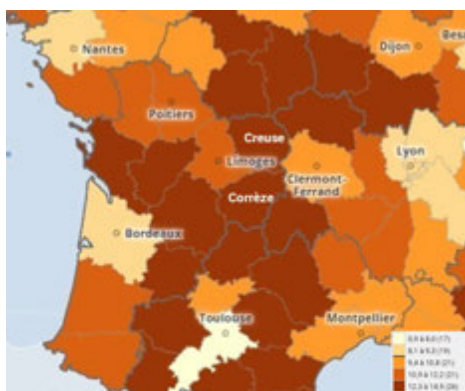
⁵Diagnostique des Schéma autonomie 2022-2026 pour la Creuse et la Corrèze

⁶Site Fondation unilim. <https://fondation.unilim.fr/chaire-esante-bienvieillir-autonomie/enjeux-mission-et-objectifs/enjeux/>

⁷Diagnostic schéma autonomie 2022-2026 Haute-Vienne

II. DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE

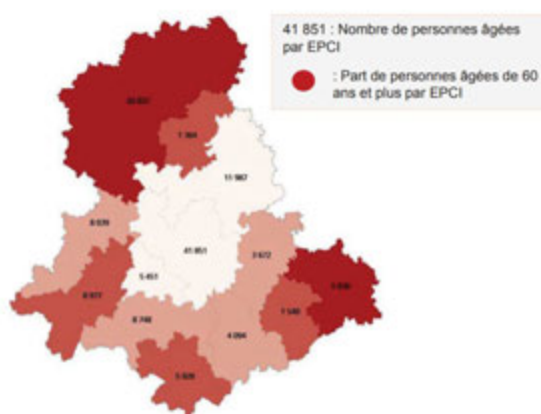
Part de la population par tranche d'âge (%) – 60 à 74 ans



Part des 60-74 ans pour chaque département du Limousin :

- Creuse : 24%
- Corrèze : 21,4%
- Haute Vienne : 19,6%

Répartition de la population âgée de 60 ans et plus par EPCI en Haute-Vienne



- **Le vieillissement accentué de la population du Limousin a pour conséquence un recours accru aux soins hospitaliers**, notamment en raison des besoins inhérents aux personnes âgées qui cumulent des maladies chroniques (la prévalence des polypathologies augmente avec l'âge) et qui sont exposées aux risques d'iatrogénie médicamenteuse et de séjours hospitaliers avec un passage par le service des urgences. A titre d'exemple, en 2023, 21,6 % des passages au SAU du CHU de Limoges concernaient des patients de plus de 75 ans (vs 21,4 % en 2021).

- Selon les projections de l'INSEE, **cette tendance au vieillissement devrait se poursuivre.**

La population devrait continuer de vieillir dans tous les départements de la Nouvelle-Aquitaine d'ici 2040 et la Creuse figurerait parmi les départements métropolitains les plus âgés.

- **Il faut donc en attendre un impact significatif sur les prises en charge liées au vieillissement de la population : les pathologies cardio neuro vasculaires, néphrologiques et les cancers notamment.** Cela pourra se traduire notamment par un besoin accru de places de SMR, EHPAD et USLD. Dans ce contexte le développement des coopérations avec les acteurs du territoire est primordial.

II. DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE

c) Le Limousin est marqué par une balance natalité / mortalité défavorable

Les trois départements du Limousin se caractérisent par une population en diminution entre 2014 et 2020 : - 0,1% en Corrèze, -0,2% en Haute-Vienne, -0,6% en Creuse. Selon les projections de l'INSEE, la population de la région Nouvelle-Aquitaine gagnerait + 400 000 habitants entre 2018 et 2040 selon le scénario central⁸. À l'Ouest comme au Nord de la région, la population continuerait de croître (notamment en Gironde et dans le département des Landes). En revanche à l'Est de la région (à savoir la Haute-Vienne, la Creuse, la Corrèze, la Charente, la Dordogne et le Lot-et-Garonne), ces territoires continueraient de perdre des habitants d'ici 2040.

En parallèle, une baisse de la natalité est observée entre 2014 et 2023, en particulier en Haute-Vienne (qui comptait 3 115 naissances domiciliées en 2023, versus 3 724 en 2014) et en Corrèze (avec 1 690 naissances domiciliées en 2023, contre 2 094 en 2014). Cette évolution s'inscrit en cohérence avec la baisse de la natalité constatée au niveau national. En effet, avec 678 000 naissances en 2023 et un taux de natalité au national passant de 12,3% à 9,9% en 2023, cette diminution correspond à environ 20% de naissances en moins qu'en 2010 au niveau national (année du dernier pic des naissances) selon l'INSEE. En Creuse, le taux de natalité était le plus faible de France en 2019 (soit 6,6%)⁹. En outre, les taux de natalité concernant les trois départements du Limousin sont inférieurs au taux de natalité en France (hors Mayotte), soit 9,9% en 2023.

Les trois départements du Limousin présentent des taux bruts de mortalité plus élevés en comparaison au national, en particulier en Creuse avec 16,4 décès pour 1 000 habitants en 2023 (contre 11,5 en Haute-Vienne et 9,2 au national). Conséquence logique de la structure d'âge, le département de la Creuse qui présente une population particulièrement âgée par rapport au national a en effet un taux brut de mortalité plus élevé. Après standardisation, le taux de mortalité standardisé prématuré (pour les 0-64 ans) et le taux de mortalité standardisé des 65 ans et plus sont aussi plus élevés pour la Creuse en comparaison au national. Au contraire le département de la Haute-Vienne présente un taux de mortalité standardisé des 65 ans et inférieur au national et la Corrèze a un taux de mortalité standardisé des 0-64 ans semblable au taux national.

	Taux de natalité ¹⁰ Pour 1 000 hab. en 2023 et évol. du nombre de naissances domiciliées	Taux de mortalité brut (‰) Pour 1 000 habitants - 2023 vs 2021	Taux de mortalité standard des 0-64 ans en 2023 (prématuré) (en ‰)	Taux de mortalité standard des 65 ans ou plus en 2023 (en ‰)
Creuse	► Taux de natalité : 7,4% en 2023 ► Naissances domiciliées : -12% entre 2014-2023	► 16,4 en 2023 (vs 17,4)	► 2,1	► 42,3
Haute-Vienne	► 8,5% en 2023 ► -16% entre 2014-2023	► 11,5 en 2023 (vs 11,5 en 2021)	► 1,8	► 35,2
Corrèze	► 7,1% ► -19% entre 2014-2023	► 13,6 en 2023 (vs 14)	► 1,7	► 38
France	► Taux de natalité : 9,9% en 2023	► 9,2 en 2023 (vs 9,8)	► 1,7	► 35,9

Source : INSEE. Précisions : Taux de natalité : rapport du nombre de naissances vivantes à la population totale moyenne de l'année. Taux brut de mortalité : rapport du nombre de décès de l'année à la population totale moyenne de l'année. Les taux de mortalité standardisés selon l'âge permettent de comparer les zones, en supprimant les effets des différences de structure par âge de la population. Ces taux de mortalité standardisés proposés pour chaque zone sont calculés en prenant en compte la structure par âge quinquennal de la population.

d) Un contexte socio-économique en Haute-Vienne plutôt aligné par rapport au régional et au national, mais des indicateurs défavorables au sein du pôle urbain de Limoges et en Creuse

Au regard des données les plus récentes présentées dans le graphique ci-après, la région Nouvelle-Aquitaine et le département de la Haute-Vienne présentaient un contexte socio-économique plus favorable par rapport au national en 2021 : notamment avec un taux de chômage de 8,3% en Haute-Vienne et 8,2% en Nouvelle-Aquitaine contre 8,8% au national. En outre avec un niveau de vie médian de 22 140 euros, la Haute-Vienne se positionnait dans la 2^{ème} catégorie des départements dont le niveau de vie médian est le plus élevé en 2022 selon l'INSEE.

Au-delà de ce premier constat, certains aspects notables méritent d'être soulignés. Au sein de la région, le projet régional de santé (PRS) Nouvelle-Aquitaine met en exergue un taux de pauvreté plus marqué en Creuse en comparaison des autres départements, avec un cinquième des habitants de ce territoire en situation de pauvreté.

⁸Source : Insee Analyses Nouvelle-Aquitaine • n° 136 • Juin 2023

⁹Source : Diagnostic des Schéma autonomie 2022-2026 pour la Creuse

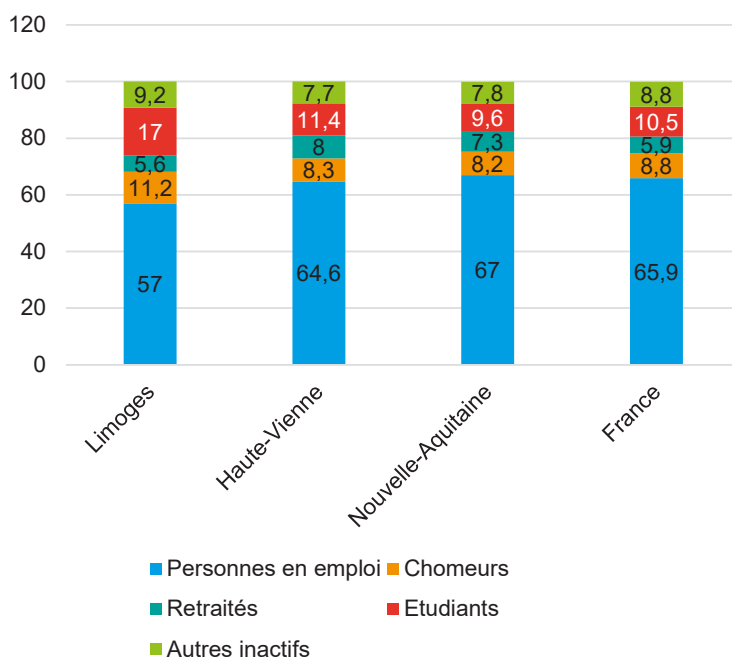
¹⁰Taux de natalité : correspond au rapport du nombre de naissances vivantes à la population totale moyenne de l'année. Source : [Taux de natalité - Haute-Vienne | Insee](#) ; [Taux de natalité - Corrèze | Insee](#)

¹¹Sources : INSEE, CLS – [Ville de Limoges](#) ; [PRS Nouvelle Aquitaine 2018-2028](#)

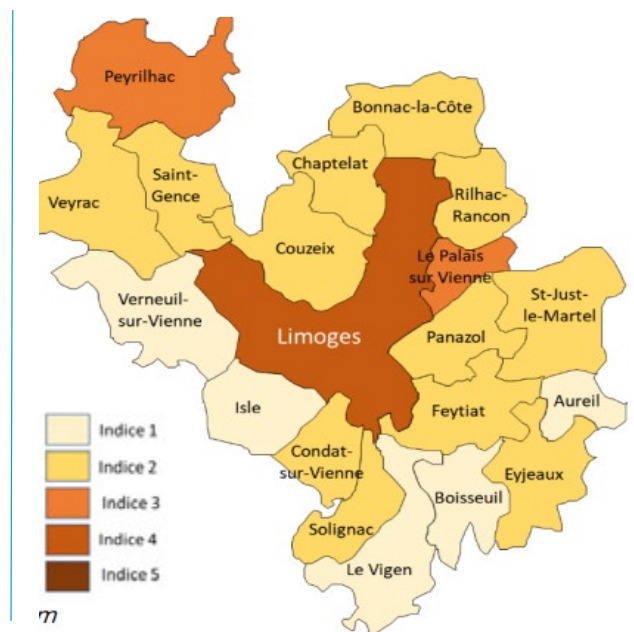
II. DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE

En outre la commune de Limoges est marquée par des indicateurs socio-économiques plus défavorables en comparaison de la situation départementale, régionale et nationale en 2021 : en effet, le taux de chômage à Limoges était supérieur aux taux départemental, régional et national (cf. schéma ci-dessous). Le Contrat Local de Santé (CLS) de la ville de Limoges met également en lumière un **indice de défavorisation sociale** de 4 pour la commune de Limoges, ce qui indique un contexte de désavantage social plus important pour ce territoire (cf. carte ci-dessous). En effet, cet indicateur combine 4 variables : le revenu fiscal médian par unité de consommation, la part des diplômés de niveau baccalauréat dans la population de 15 ou plus non scolarisée et les parts des ouvriers et des chômeurs dans la population active.

Population de 15 à 64 ans par statut d'activité et chômeurs au sens du recensement de la population en 2021 (INSEE)



Indice de défavorisation sociale (Fdep15) à l'échelle des communes (source : CLS)



Précision : moins désavantagées (indice 1)
au plus désavantagées (indice 5)



- En conclusion, ces indicateurs mettent en évidence un contexte de fragilité socio-économique au sein du pôle urbain de Limoges et en Creuse et sont à considérer pour l'élaboration du projet médical.
- En effet, les conditions sociales et économiques interagissent et influencent l'état de santé. De nombreuses études mettent en lumière **des inégalités de santé entre les milieux favorisés et les plus précaires**. Elles mettent en avant l'influence des déterminants sociaux sur la santé. A titre d'exemple une étude conduite en 2013 met en évidence une augmentation des hospitalisations et de la mortalité pour certaines maladies cardio-neuro-vasculaires (AVC, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque et embolie pulmonaire) lorsque le niveau socio-économique des patients diminue¹³. **La prévalence des maladies chroniques illustre aussi des différences selon les caractéristiques sociales**. Dans une publication de 2022, la DREES montrait qu'entre 2016 et 2017, le risque - standardisé sur l'âge et le sexe - d'être atteint dans l'année par une maladie chronique, était plus élevé chez les personnes les plus modestes que chez les plus aisées¹⁴.
- Parmi les enjeux identifiés pour le CHU de Limoges figure donc la **nécessité de poursuivre le développement d'une prise en charge adaptée aux publics en situation de précarité**, par exemple avec l'accompagnement selon la situation des patients accueillis dans les démarches administratives pour faciliter l'accès aux soins ou bien encore en renforçant les actions de prévention et d'éducation à la santé déployée au sein de l'établissement.

¹²CLS – [Ville de Limoges](#)

¹³Santé publique France, les inégalités sociales et territoriale de santé, étude citée : « Hospitalisations pour maladies cardio-neuro-vasculaires et désavantage social en France en 2013 ». Lien : https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/20-21/2016_20-21_2.html

¹⁴<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/les-maladies-chroniques-touchent-plus-souvent>

II. DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE

e) L'état de santé de la population du Limousin et les besoins prioritaires en lien avec la progression des maladies chroniques

Dans l'analyse ci-après, les ALD sont abordées en termes de prévalence, représentant le nombre total de bénéficiaires d'une prise en charge en ALD.

Le projet régional de santé (PRS) 2018-2028 de la région Nouvelle-Aquitaine permet d'identifier des points saillants concernant les besoins de santé des Néo-Aquitains qui peuvent être observées aussi au sein du Limousin, avec des situations assez contrastées entre les départements.

Caractéristiques au niveau régional :

- La Nouvelle-Aquitaine **présente un état de santé plutôt favorable et aligné par rapport au national selon les données issues du diagnostic du PRS¹⁵** : l'espérance de vie et le taux standardisé de mortalité (soit 743,1 pour 100 000 habitants) sont semblables au national.
- En revanche, **la mortalité prématurée évitable est plus élevée qu'au national**. Au niveau régional, on compte ainsi 60 000 décès en moyenne chaque année et 10 000 surviennent prématurément, avant 65 ans.
- En Nouvelle-Aquitaine, **plus d'un million de personnes souffraient d'une maladie chronique** et bénéficiaient d'une prise en charge en ALD en 2015, soit 17 % de la population, majoritairement des personnes âgées de 65 ans et plus.
- Les premières causes d'ALD concernaient les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers et les pathologies mentales.

Caractéristiques au niveau départemental (Haute-Vienne, Corrèze et Creuse) :

- En termes de mortalité prématurée évitable, les trois départements (en particulier la Creuse) présentent **une situation de santé globalement moins favorable par rapport au national** (cf. tableau ci-après).
- Les données du PRS mettent en effet en évidence un taux de mortalité prématurée évitable¹⁶ de **61,5 décès pour 100 000 habitants au niveau régional** et jusqu'à 75 en Creuse, contre 57,8 sur le territoire national. En outre, la Creuse et la Corrèze présentent respectivement un taux de mortalité évitable avec des traitements efficaces (T) et avec des mesures de prévention (P) plus élevé par rapport au national.
- Concernant les trois départements, comme au niveau national, **le nombre de patients pris en charge souffrant d'ALD dans la population augmente entre 2014 et 2022** et la part de ces patients souffrant d'ALD dans la population est plus importante par rapport au national en 2022.

Taux de mortalité évitable Pour 100 000 habitants - 2020	Taux moyen de mortalité évitable** décès qui ne devraient pas se produire T : avec les prestations de soins de santé efficaces, P : y compris des services de prévention - 2015-2017	Proportion de patients souffrant d'une ALD dans la population ¹⁷ Données en 2022 par rapport à 2014
✳ Creuse : 75,7% ✳ Haute-Vienne : 61,4% ✳ Nouvelle-Aquitaine : 64% ✳ France : 60%	✳ Haute-Vienne: 59 (T), 120,7 (P) ✳ Corrèze: 63,5 (T), 129,4 (P) ✳ Creuse : 60,3 (T), 144,3 (P) ✳ France: 57 (T), 123,1 (P) <i>Pour 100 000 hab.</i>	✳ Haute-Vienne : 19% en 2022 (par rapport à 14,8% en 2014) ✳ Creuse : 21,6% (vs 16,4%) ✳ Corrèze : 18,6% (vs 15%) ✳ France : 16,2% en 2022 (vs 13,1%)

¹⁵Diagnostic régional, PRS 2018-2028 Nouvelle-Aquitaine. Lien : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-04/PRS%20NA_Synthese_diag_09_2017.pdf

¹⁶Les décès pour des causes évitables comme l'alcool, le tabac, les accidents de la circulation, (...) les suicides représentaient un tiers des décès en région Nouvelle-Aquitaine

**Atlas de la Santé Nouvelle-Aquitaine 2018; CLS de la ville de Limoges (2020); Insee

¹⁷Données CartoSanté

II. DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE

- Les départements de la Haute-Vienne, de la Creuse et de la Corrèze présentent une situation semblable au niveau national : en effet les cinq ALD les plus fréquentes pour ce territoire sont : le diabète, les cancers, les affections psychiatriques, l'insuffisance cardiaque grave et les maladies coronariennes.

Principales affections de longue durée par département

Effectif de personnes prises en charge (2022)

	Diabète de types 1 et 2	Insuffisance cardiaque grave, ..*	Maladie coronaire	Tumeurs malignes	Affections psychiatriques
Haute-Vienne	19 730	8 880	8 140	17 460	11 770
Creuse	6 580	3 120	3 100	5 000	4 500
Corrèze	12 390	6 140	6 070	8 860	6 540
Total	38 700	18 140	17 310	31 320	22 810

Les 5 premières causes d'ALD sont :

- Le diabète
- Les tumeurs
- Les affections psychiatriques
- L'insuffisance cardiaque
- Les maladies coronaires

*Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies vulvaires graves, cardiopathies congénitales graves

Focus sur l'état de santé de la population de Limoges¹⁸ :

- La ville de Limoges présente une prévalence en ALD (toute ALD confondue) supérieure par rapport au national avec environ 43 000 habitants en ALD en 2019 (soit plus d'un habitant sur cinq).
- Le ALD les plus fréquentes à Limoges étaient en 2019 : les maladies cardiovasculaires (plus de 12 000 habitants), les tumeurs (environ 10 200 habitants), suivis du diabète (plus de 9 300 habitants en ALD pour un diabète de type 2) et des affections psychiatriques de longue durée (près de 7 800 habitants dont 300 parmi les 15-24 ans).

Néanmoins, Limoges se caractérise par des indicateurs de mortalité (taux de mortalité et de morbidité) moins défavorables par rapport à la France sur la période 2012-2016 : soit 769 décès pour 100 000 habitants à Limoges contre 863 au niveau national¹⁹. Une sous-mortalité générale est aussi observée chez les hommes comme chez les femmes.



- Ces indicateurs mettent en évidence des besoins croissants de prise en charge liés au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques (notamment avec la hausse de bénéficiaires d'ALD).
- Ils permettent d'identifier des besoins de santé majeurs à adresser pour ces territoires (concernant le diabète, les cancers et la prise en charge des maladies cardiovasculaires).
- Ces données s'inscrivent en cohérence avec l'augmentation du nombre de séjours (et séances) réalisés par le CHU concernant ces prises en charge (ex: cancers).
- Concernant la mortalité prématurée évitable, particulièrement liée aux comportements à risque (exemple : alcool, tabagisme, alimentation...), une grande partie de ces décès pourrait être évitée par un renforcement des actions de prévention en agissant sur les facteurs de risque.

¹⁸CLS de Limoges et Limoges Métropole – 2022

¹⁹Sources : CNOM et CartoSanté

II. DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE

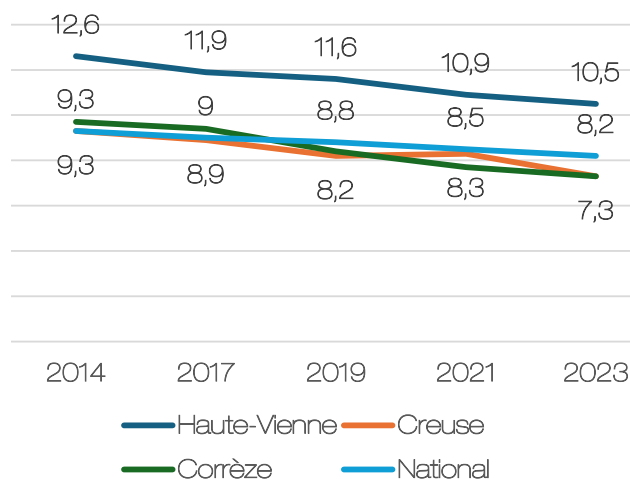
2. La démographie médicale et l'offre de soins du territoire du CHU de Limoges

a) L'offre de soins libérale des trois départements couverts par le CHU de Limoges

La Haute-Vienne, avec **10,5 médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants en 2023**, présente une **densité de médecins généralistes libéraux nettement plus favorable** en comparaison au national (8,2) et une moyenne d'âge plus faible de médecins inscrits à l'ordre en 2023. En revanche, la densité de médecins généralistes en Haute-Vienne est en baisse constante sur la période 2014-2023 et le département est marqué par une **densité des spécialistes libéraux inférieure par rapport au national pour plusieurs spécialités** (Gastro-entérologie et hépatologie, pédiatrie, pathologies cardiovasculaires...).

En outre, on observe pour les deux autres départements (Creuse et Corrèze), une **densité de médecins généralistes bien en-deçà par rapport au national et à la Haute-Vienne**, associée à une moyenne d'âge des médecins inscrits à l'ordre élevée. **Le département de la Creuse est particulièrement marqué par un déficit de spécialistes médicaux** avec une très faible densité voir l'absence de certaines spécialités (ex: dermatologie, stomatologie, neurologie, pneumologie, rhumatologie).

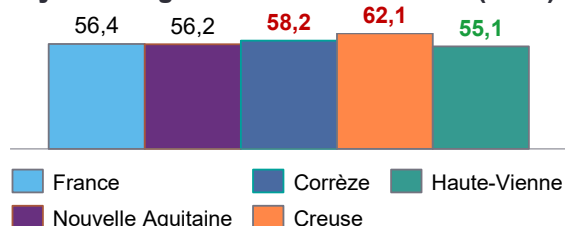
Densité des médecins généralistes libéraux (pour 10 000 habitants)



Densité des médecins spécialistes libéraux (pour 100 000 habitants) – 2023

pour 100 000 hab.	Haute-Vienne	Creuse	Corrèze	France
Cardio-vasculaire	4,6	1,7	6,3	7,5
Radiodiagnostic et imagerie médicale	5,6	2,6	5,4	8,3
Psychiatrie générale	8,1	4,3	2,9	9,2
Gynécologie obstétrique	6,5	1,7	3,3	6,5
Dermatologie et vénéréologie	4	0	2,1	3,6
Pédiatrie	2,4	2,6	1,7	4
Gastro-entérologie et hépatologie	1,6	1,7	2,5	3
Neurologie	1,6	0,9	1,3	1,6
Pneumologie	2,4	0,9	1,5	1,8
Rhumatologie	3,8	0,9	2,1	2,2
Stomatologie	1,3	0	1,3	1,1

Moyenne d'âge des médecins inscrits (2023)



Densité des professionnels libéraux – en 2023 Pour 10 000 hab.

	Haute-Vienne	Creuse	Corrèze	France
Infirmiers libéraux	20,6	28,3	24,9	15,3
Masseurs-kinésithérapeutes	11,8	8,8	11,8	12
Sages-femmes	1,7	1,2	1,3	2,3



- Le contexte plus favorable en densité de médecins libéraux en Haute-Vienne peut constituer une opportunité pour renforcer les coopérations Ville-Hôpital, et par conséquent réduire les durées moyennes de séjours (DMS) et éviter le recours non pertinent à une hospitalisation.
- Les constats de la faible densité en médecins libéraux et du déficit de spécialistes médicaux pour les deux autres départements - en particulier en Creuse - plaident en faveur de la poursuite des collaborations entre établissements de santé au sein du GHT et d'un renforcement de l'accès aux avis spécialisés dans les zones où les spécialistes manquent.

²⁰Source : CNOM

²¹Communiqué de presse Mars Bleu 2022 ; lien : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/105935/download?inline>

II. DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE

b) Un renforcement possible des actions en faveur du dépistage des cancers, avec des disparités territoriales à prendre en compte

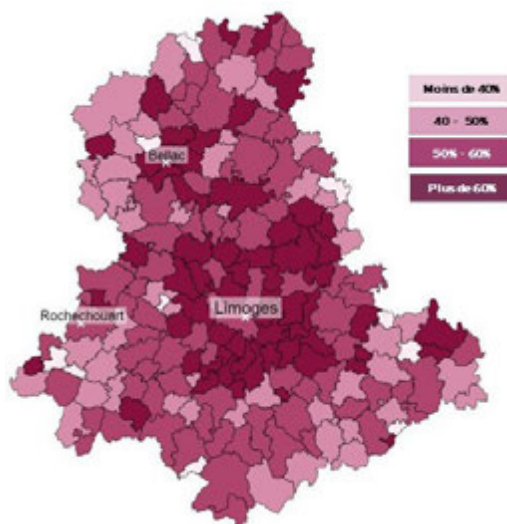
En matière de dépistage des cancers, une progression significative du taux de participation au programme de dépistage du cancer colorectal est observée en 2022, avec un taux de participation de 34,6% en Nouvelle-Aquitaine, soit une hausse de 5,2 points depuis la campagne 2019-2020, et 34,1 % en Haute-Vienne. Mais cette participation reste largement insuffisante au regard du taux cible estimé à 65 % (ce qui permettrait d'éviter environ 647 décès)²¹.

Plus encore, la participation au programme de dépistage du cancer du sein est en diminution en 2022 avec un taux de participation 46,8% pour la Nouvelle-Aquitaine, soit 7,6 points de moins qu'en 2021, et de 51,4% en Haute-Vienne²². Ce taux est à renforcer pour atteindre un taux cible de 70% de participation (objectif fixé à l'horizon 2025).

Une disparité importante du taux de participation entre les différentes communes est aussi observée (cf. carte ci-dessous), avec une plus faible participation dans les communes rurales et dans certains territoires urbains, tels que les quartiers prioritaires à Limoges.

Ces constats **révèlent ainsi la nécessité de renforcer les parcours en cancérologie et cela dès le stade du dépistage précoce.**

Cartographie du taux de participation en Haute-Vienne au dépistage du cancer du sein par commune (2022)



Il peut être noté également pour l'accès aux soins (accès à un médecin traitant) : 9,2% de la population de la communauté urbaine de Limoges n'avaient pas de médecin traitant, soit plus de 14 000 habitants, en 2020. En France hexagonale ce taux s'élève à 10,3%.

c) L'offre de soins du territoire et le rôle majeur du CHU de Limoges

Le CHU de Limoges est **le premier établissement de santé du Limousin et le troisième de Nouvelle-Aquitaine.**

Le GHT Limousin :

Les **18 établissements publics de santé de l'ex-région Limousin** (6 en Haute-Vienne, 6 en Corrèze, 6 en Creuse) constituent le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du Limousin, dont le CHU de Limoges est l'établissement support (cf. carte ci-dessous).

L'offre de soins du GHT, répartie **sur un très vaste territoire (17 000 km²)**, comprend les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), de santé mentale et médico-sociales et représente 9 000 lits et places, dont plus de 2 800 en MCO.

²²Octobre rose 2023 Haute-Vienne

II. DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE

Parmi les données clés, le GHT représente également²³ :

- ✱ 1 971 personnels médicaux en ETP (dont 63% au sein du CHU de Limoges),
- ✱ 12 067 personnels non médicaux en ETP (dont 36% au sein du CHU de Limoges en 2019),
- ✱ 656 937 journées MCO (dont 42% réalisées par le CHU, suivi du CH de Brive (19%), puis du CH Guéret et du CH Cœur de Corrèze de Tulle réalisant respectivement 11% et 10% des journées),
- ✱ 276 223 journées SMR (dont 28% réalisées par le CHU, suivi du CH de Brive (12%), puis le CH de St Junien, le CH Cœur de Corrèze de Tulle et le CH Esquirol qui est l'établissement de psychiatrie de Limoges réalisant chacun 7%).

Carte des établissements membres du GHT Limousin



Le GHT porte une dynamique commune tant sur l'organisation des soins au sein du Limousin avec des filières de soins graduées et la qualité des soins, qu'en matière de mutualisation (achats, convergence des systèmes d'information et partage d'information entre équipes).

Au regard des caractéristiques de ce vaste territoire marqué par une densité faible de la population et de médecins libéraux, une forte proportion de personnes âgées (maladies chroniques), et de nombreuses spécialités en difficulté de recrutement dans la plupart des établissements, le renforcement des coopérations entre les établissements est crucial.

Le CHU de Limoges **contribue à conforter l'attractivité médicale et à assurer les meilleures conditions d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire au travers de nombreuses coopérations et par le biais des temps médicaux partagés**. L'établissement a développé une politique ambitieuse de partage de temps médical, parfois autour d'équipes médicales communes, se traduisant par 130 praticiens à temps partagé en 2020-2021, dont le nombre s'élève désormais à 160 praticiens en 2024.

Sa dimension hospitalo-universitaire est essentielle, notamment au bénéfice des hôpitaux du GHT. Le CHU est ainsi le chef de file du Groupement Territorial de Recherche (GTR) du Limousin, créé en juin 2023 dans l'objectif de développer les collaborations territoriales en matière de recherche et d'innovation.

Par ailleurs, des partenariats étroits ont également été structurés avec les centres hospitaliers en direction commune (CH de Saint-Yrieix et CH de Saint-Junien).

Concernant l'offre médico-sociale et le secteur privé, le CHU de Limoges collabore étroitement avec les structures médico-sociales du Limousin, en particulier dans la filière gériatrique. La structuration de l'offre de soins du territoire repose également sur la complémentarité avec l'offre assurée par le secteur privé (et notamment la Polyclinique de Limoges).

²³https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2020-03/GHT_Limousin_2019.pdf

II. DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE

3. Le CHU de Limoges : présentation générale (données clés), activité globale et par domaine d'activité

a) Les données générales concernant le CHU de Limoges

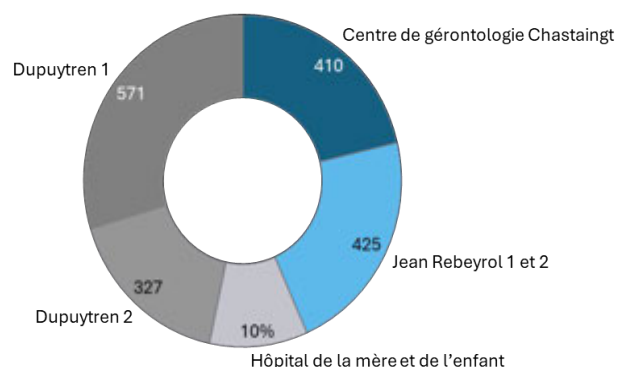
CAPACITÉ



1 926 lits et places installés au 31 décembre 2022

- Dont 1 063 Médecine, chirurgie, obstétrique (court séjour)
- Dont 275 SMR
- Dont 268 EHPAD
- Dont 248 USLD

Nombre de lits et places par site (5 sites) :



LE 1^{ER} EMPLOYEUR DU LIMOUSIN

Données concernant les ressources humaines médicales et non médicales

Personnel médical



398 ETP PM sénior rémunéré - 2023
contre 394 en 2022

PM
âge moyen :
45 ans
en 2022
(vs 45,96 en 2020)

Turn-over (PM)



Turnover PM (2023) –
vs = 0.14% en 2022 et
0.11% en 2021

Absentéisme (PM)



Taux d'absentéisme PM (2023)
– vs 3.85% en 2021
et 3,67% en 2022

Personnel non médical (PNM) (tout grade)



5 247 ETP PNM – 2023
contre 5 248 en 2022

Turn-over (PNM)



Turnover PNM tout grade
(2023) - contre 9,6% en 2022
et 8,6% en 2021

Absentéisme (PNM)



Taux d'absentéisme PNM tout
grade (2023) – contre 9,9% en
2022 et 8,2% en 2021

Personnel médical (PM) :

- Une évolution favorable en nombre d'ETP PM sénior rémunéré en 2023 par rapport à 2022.
- Un taux d'absentéisme du PM en 2023 de 5,35%, ce taux pour l'année 2023 comprend aussi les internes et les étudiants.

Personnel non médical (PNM) :

- Une stabilité en termes d'ETP PNM est observée en 2023 par rapport à 2022.
- Un taux de turn-over concernant le PNM plus élevé en 2023 (12,3% contre 8,6% en 2021).
- Au niveau du PNM, une répartition équitable des tranches d'âges entre 20 – 60 ans (données bilan social 2022).

²⁴Bilan social, données 2022 transmise par l'établissement

II. DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE

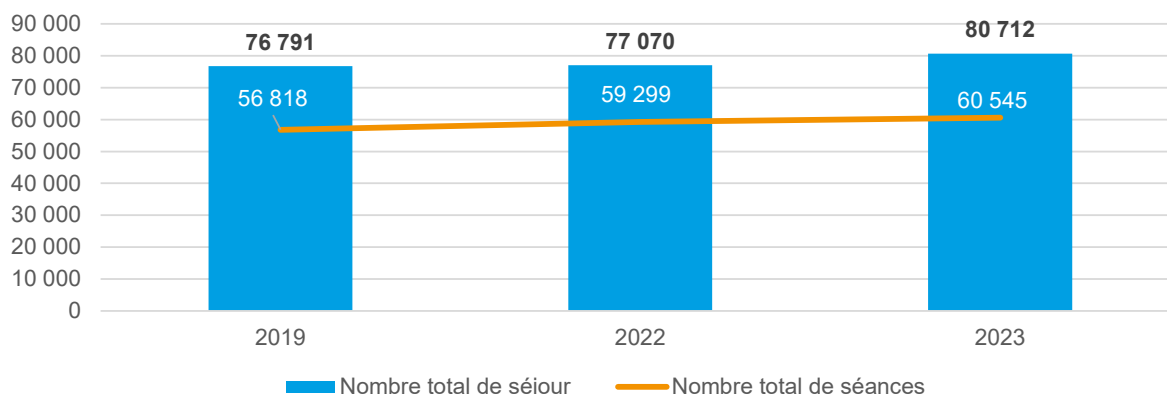
b) Evolution de l'activité globale du CHU : l'activité augmente en séjours et en séances de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO) et en termes de valorisation T2A, avec des patients plus lourds

De manière globale, l'activité de MCO du CHU de Limoges augmente en nombre de séjours (moins de 24h et 1 jour et plus) – en passant de 76 791 séjours en 2019 à 80 712 séjours en 2023 (en augmentation de 5% comparé à 2019). De même concernant les séances, le CHU présente une augmentation du nombre de séances en passant de 56 818 séances en 2019 à 60 545 séances en 2023, soit une augmentation de 6,5% comparé à 2019 (cf. graphique détaillé ci-dessous). En miroir avec l'évolution de l'activité, le CHU enregistre une augmentation de la valorisation des séjours et séances entre 2019 et 2023.

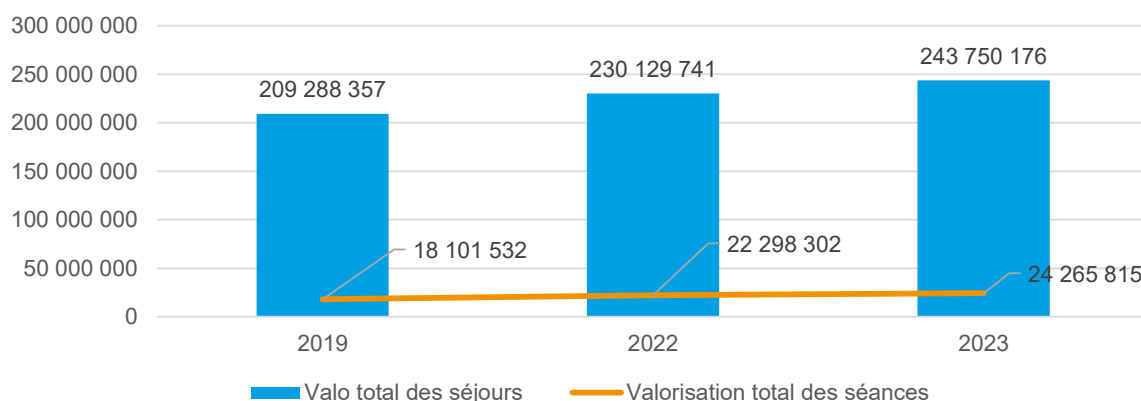
Cette augmentation du nombre de séjours concerne en particulier les séjours d'hospitalisation de moins de 24 heures avec 28 792 séjours en 2023, soit une augmentation de 19% comparé à 2019. Une progression de 6% du volume de séances en 2023 par rapport à 2019 est également observée.

Le Poids Moyen du Cas Traité (PMCT) augmente en 2023 de +2,5% par rapport à 2022 (lié notamment au vieillissement, à l'augmentation du nombre de personnes âgées prises en charge et des durées de séjours prolongées).

Evolution de l'activité globale du CHU de Limoges (total séjours hors séances et total séances) En bleu : nombre total de séjours (moins de 24h et 1 jour et plus) - en orange : nombre total de séances*



Evolution des valorisations totales des séjours et séances du CHU de Limoges - En bleu : valorisation des séjours (moins de 24h et 1 jour et plus) / en orange : valorisation des séances*



*Données transmises par le contrôle de gestion PMSI

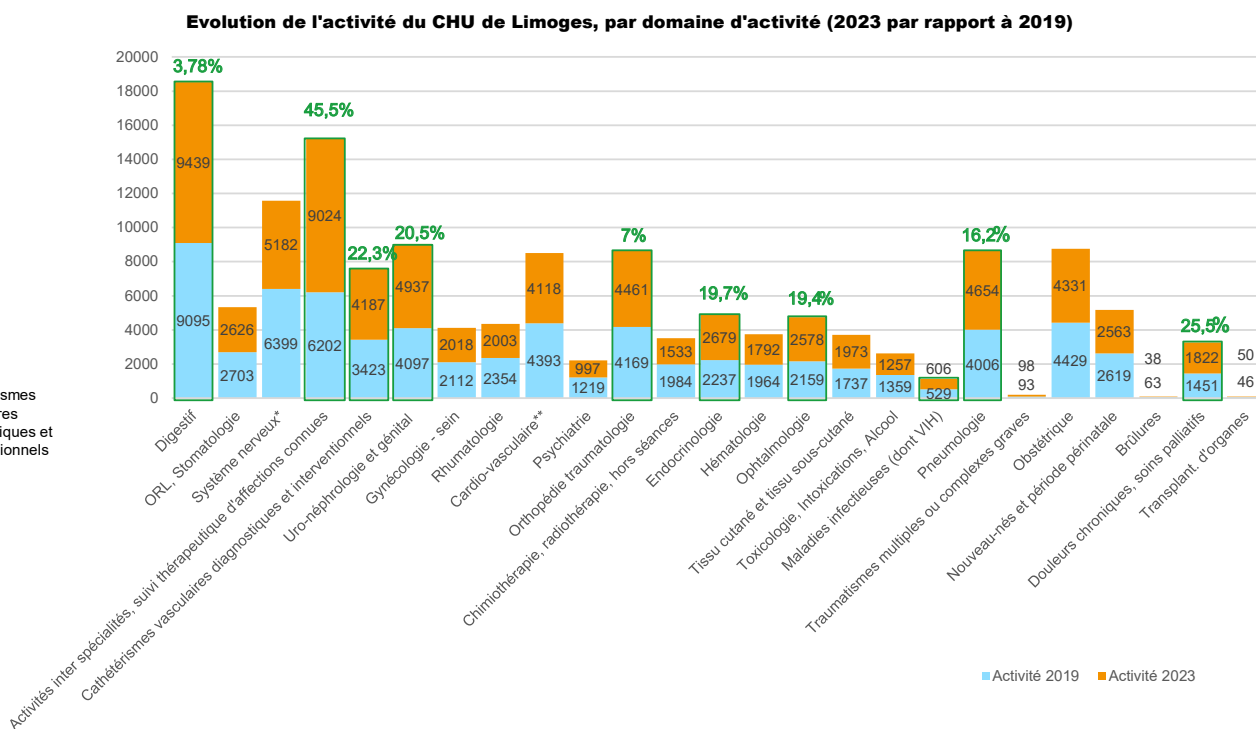
II. DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE

c) Analyse de l'activité du CHU par domaine d'activité

Les principaux domaines d'activité (DA) en nombre de séjours en 2023 sont : le DA « Digestif » et le DA « Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues » avec respectivement plus de 9000 séjours en 2023.

- Le DA « Digestif » représente 12,6% des séjours hors séances en 2023 (soit 9 439 séjours) et connaît une augmentation de 3,78% par rapport à 2019. Les deux principaux GHM (sur un total de 61 GHM pour le Digestif) sont les endoscopies digestives thérapeutiques - séjours de moins de 2 jours (1738 séjours) et les endoscopies diagnostiques et anesthésie (1 036 séjours). Environ 30% de l'activité réalisée pour ce DA concernait les endoscopies en 2023.
- Le DA « Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues » présente une progression significative, passant de 6202 en 2019 à 9024 séjours en 2023 (soit une augmentation de 45% par rapport à 2019). Plus précisément, sur un total de 29 GHM pour le DA « Activités inter spécialités », les principaux GHM sont notamment : « Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23 » (2849 séjours), « Désensibilisations et tests allergologiques nécessitant une hospitalisation » (1488 séjours), « Autres facteurs influant sur l'état de santé » (1165 séjours), « Explorations nocturnes et apparentées moins de 2J » (835 séjours). Ces données reflètent ainsi l'expertise du CHU dans l'exploration des pathologies complexes : par exemple les explorations allergologiques incluses dans ce DA marquent bien la reconnaissance du CHU dans ce type d'exploration, souvent complexe - le CHU est en effet le centre de référence régional pour l'exploration des allergies aux chimiothérapies.
- Les sept domaines d'activités ensuite représentés sont : Système nerveux (5182 séjours en 2023), Uro-néphrologie et génital (4937 séjours), Pneumologie (4654 séjours), Orthopédie traumatologie (4461 séjours), Obstétrique (4331) et Cardio-vasculaire (4118) et Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels (4187).

Les neuf domaines d'activité mentionnés supra représentent 67.14 % du total des séjours en 2023. Enfin, douze domaines d'activité sont concernés par une augmentation en nombre de séjours sur cette période. Les domaines d'activités qui présentent une diminution sont notamment les DA Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances (-22%), la psychiatrie (-18,2%) et la rhumatologie (-14,9%).



II. DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE

d) Focus sur l'activité de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR)

Le CHU de Limoges développe et transforme son activité de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) qui comprend 1 SMR polyvalent et 3 spécialisés : Médecine physique et réadaptation, Gériatrique, Onco-hématologique.

En comptant 12 471 journées SMR en 2023, l'établissement enregistre une progression de 20% comparé à 2021 et 3,25% par rapport à 2022. Cette dynamique de croissance de l'activité concerne en particulier le SMR Gériatrique, suivi de la Médecine physique et réadaptation.



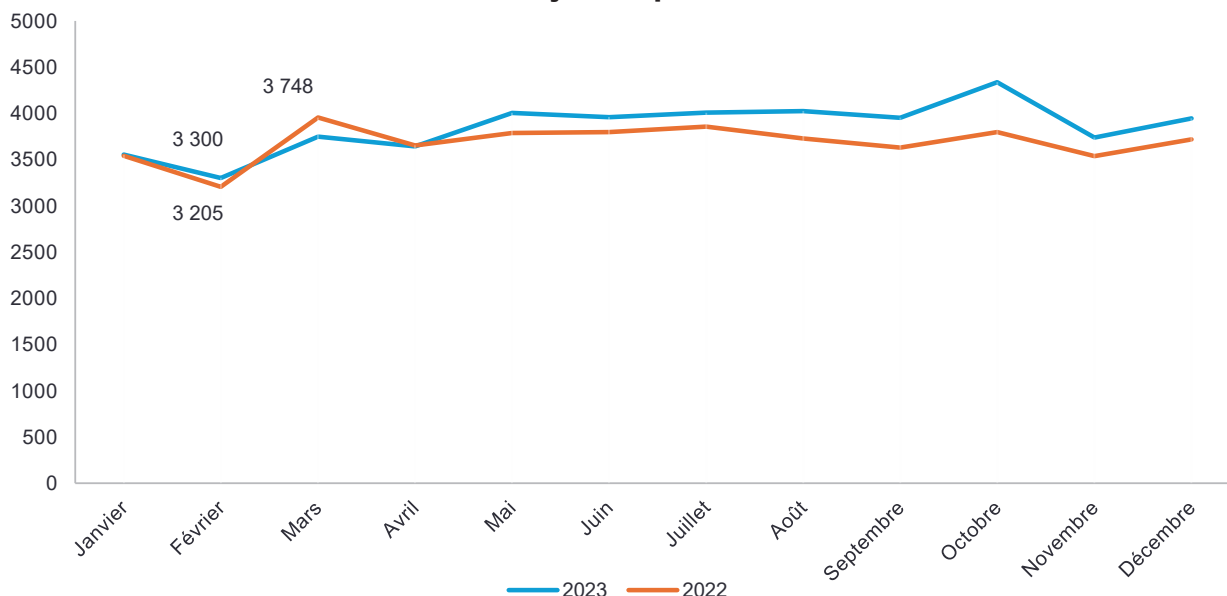
Compte tenu de l'évolution démographique attendue pour le Limousin (augmentation de près de 15 000 personnes de plus de 50 ans à horizon 2029) et des ratios observés au niveau national (la densité moyenne des capacités en SMR s'élève à 449 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus), il faudrait environ 68 lits et places supplémentaires de SMR pour couvrir les besoins.

e) Focus sur l'activité des urgences adultes du CHU de Limoges

Le SAU du CHU de Limoges a enregistré **46 211 entrées en 2023, soit 4,6% de plus qu'en 2022 et 5,7% de plus qu'en 2021**. L'année 2023 s'inscrit donc dans une tendance à l'augmentation du nombre de passages aux urgences. Cette activité (près de 126 passages par jour en moyenne) est **soumise à un rythme saisonnier** avec un creux en février et un pic en octobre.

En 2023, 15,71% des patients hospitalisés sont passés pour les urgences (plus précisément Dupuytren : 14,9%, HFME : 20,21%), contre 15,91% en 2022. Le taux de passages aux urgences suivis d'une hospitalisation était de 38% en 2023. A titre de comparaison, le taux d'hospitalisation après passages aux urgences était de 22% au niveau national en 2023*.

Entrées mensuelles – Analyse comparée des années 2022 et 2023



*Source : chiffres clés ATIH, lien : <https://chiffres-cles.scansante.fr/pdf/ATIH-chiffres-cles-Urgences.pdf>

II. DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE

Parmi les faits notables, en 2023, 21,6 % des passages au SAU du CHU de Limoges concernaient des patients de plus de 75 ans (vs 21,4 % en 2021) et la durée de passage de ces patients était de 16 heures (vs 9 heures pour l'ensemble des patients adultes).

Ces données mettent en évidence le besoin de renforcer les actions pour fluidifier le parcours des patients âgés (en favorisant les admissions directes) : en effet l'admission par les urgences des personnes âgées n'est pas optimale pour les patients âgés, notamment polypathologiques et dépendants, et qui peuvent aujourd'hui arriver aux urgences « par défaut », pour un motif ne relevant pas de l'urgence médicale.

Les urgences/soins non programmés figurent parmi les priorités identifiées dans le cadre du présent projet médical. Les urgences, le SAMU et le SMUR font également partie des cinq filières prioritaires identifiées par le PMSP du GHT Limousin.

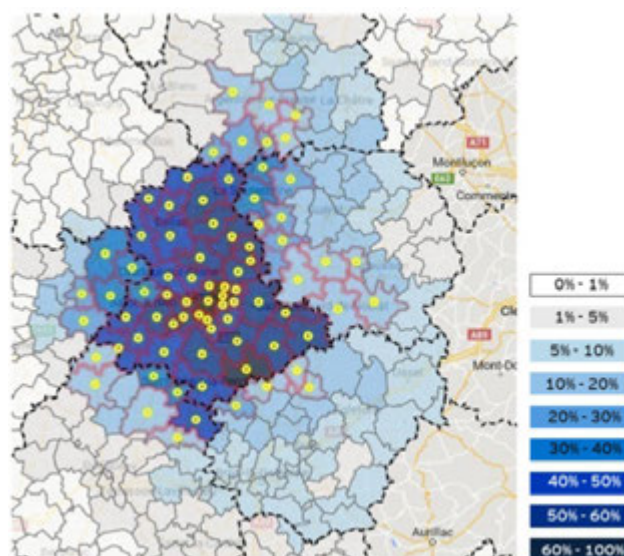
4. Analyse du positionnement concurrentiel sur son territoire d'attractivité

A noter que les analyses ci-après des parts de marché reposent sur des données issues du PMSI. Définition : la zone d'attractivité (ZA) est définie comme **le territoire caractérisé par les communes où les établissements réalisent les taux d'hospitalisation les plus élevés (taux d'hospitalisation= nb de séjours / nb d'habitants).**

a) Une zone d'attractivité étendue, principalement sur la Haute-Vienne, avec une situation prédominante par rapport à l'offre privée

Du point de vue du positionnement de l'offre de soins (MCO et séances) du territoire, **le CHU de Limoges se caractérise par une zone d'attractivité étendue, qui porte principalement sur le département de la Haute-Vienne, mais qui s'étend aux autres départements du Limousin (en Corrèze et en Creuse) et au-delà** comme illustré ci-dessous.

Répartition géographique des parts de marché sur la ZA* du CHU de Limoges Activité globale MCO dont séances (2023)

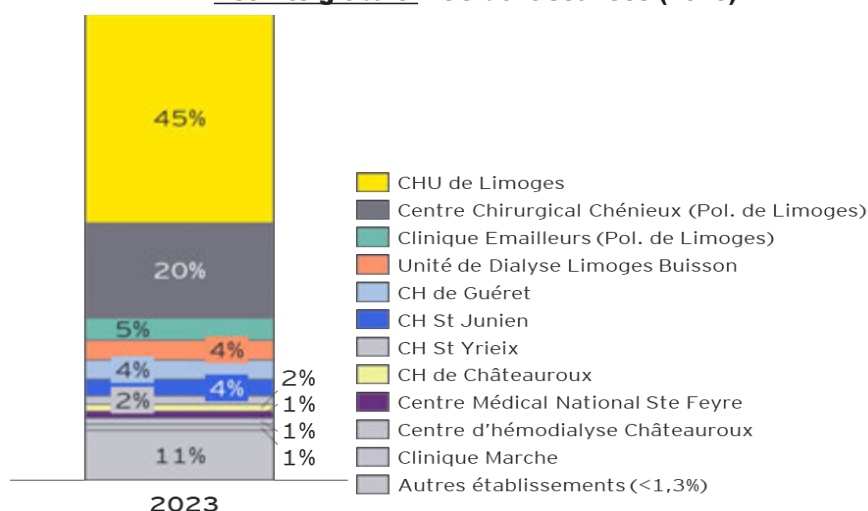


II. DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE

Outre le caractère étendu de sa zone d'attractivité, **le CHU avait 45% des parts de marché (PDM) sur sa zone d'attractivité en 2023**. Le CHU présente une **situation prédominante par rapport à l'offre privée représentée par la Polyclinique de Limoges** (qui a 25% de PDM) et composée de deux sites, l'un ayant une activité chirurgicale et gynéco-obstétrique (site Emailliers-Colombier), l'autre ayant des activités plus diversifiées, telles que la chirurgie, la médecine dans différentes spécialités, la gériatrie et les urgences (site Chénieux).

Un nombre important d'établissements (70 établissements environ) représentant respectivement moins de 1 à 2% des PDM dont des établissements éloignés (ex : CHU de Toulouse et hôpitaux et cliniques à Paris) pour des prises en charge très spécialisées.

Répartition des parts de marché sur la ZA* du CHU
Activité globale MCO dont séances (2023)

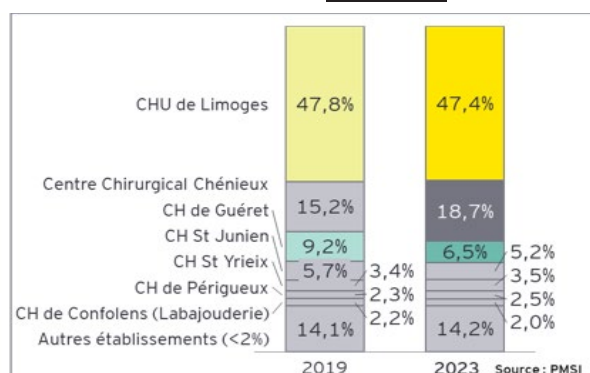


*ZA = le territoire caractérisé par les communes où les établissements réalisent les taux d'hospitalisation les plus élevés (taux d'hospitalisation = nb de séjours / nb d'habitants).

b) Le CHU est le premier opérateur sur sa zone d'attractivité pour la médecine et l'obstétrique mais concurrencé pour la chirurgie

Pour la médecine (hors séances), le CHU avait 47,4% des parts de marché sur sa zone d'attractivité en 2023 et présente une situation prédominante par rapport à l'offre privée, c'est-à-dire la Polyclinique de Limoges qui avait 18,7% de PDM. Viennent ensuite le CH de Guéret, le CH St Junien et le CH St Yrieix qui ont respectivement 6,5%, 5,2%, 3,5% des parts de marché (cf. graphique ci-dessous). Toutefois une baisse des parts de marché est constatée par rapport à 2019 pour le CHU contrairement à la Polyclinique (site Chénieux) qui passe de 15,2% à 18,7% de PDM sur la zone d'attractivité du CHU.

Répartition des parts de marché sur la ZA* du CHU - Médecine

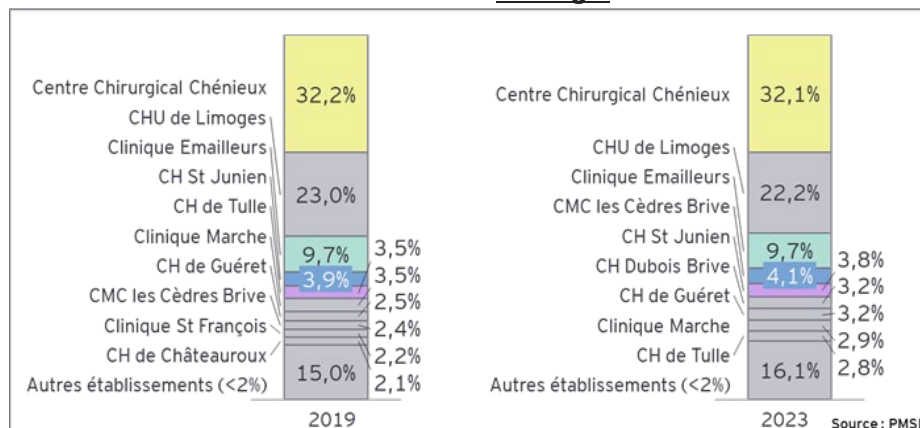


*ZA = le territoire caractérisé par les communes où les établissements réalisent les taux d'hospitalisation les plus élevés (taux d'hospitalisation = nb de séjours / nb d'habitants).

II. DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE

Pour la chirurgie, le CHU est concurrencé par la Polyclinique de Limoges qui est le premier offreur de soins avec 41,8% de PDM pour ses deux sites (Chénieux et Emailleurs). Le CHU de Limoges est deuxième offreur de soins avec 22,2% de PDM sur sa ZA en 2023 (soit 13 556 séjours, contre 13 199 en 2019). Le CHU gagne en revanche 357 séjours en 2023 par rapport à 2019 sur sa ZA. Vient ensuite la Clinique les Cèdres (nouvel arrivant en 3^{ème} position en 2023) avec 4,1% de PDM et le CH St Junien avec 3,8% de PDM.

Répartition des parts de marché sur la zone d'attractivité (ZA)* du CHU - Chirurgie



*ZA = le territoire caractérisé par les communes où les établissements réalisent les taux d'hospitalisation les plus élevés (taux d'hospitalisation = nb de séjours / nb d'habitants).

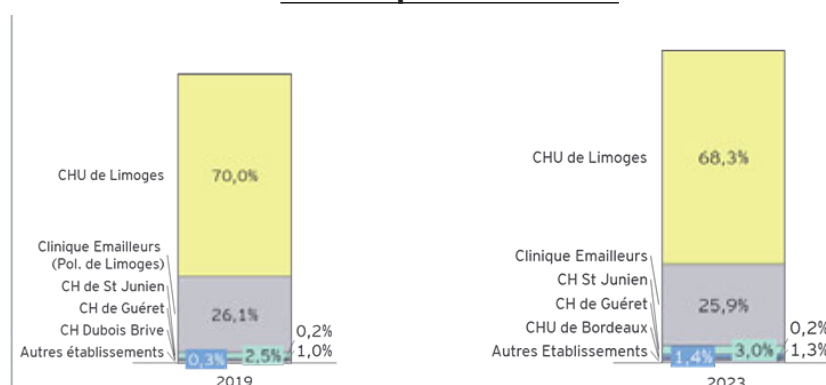
Pour l'obstétrique et les nouveaux nés, le CHU avait 68,3% des parts de marché sur sa zone d'attractivité en 2022 et est le premier offreur de soins sur sa zone d'attractivité. Viennent ensuite la Polyclinique (site Emailleurs), le CHU de Guéret, puis le CHU de Bordeaux. Le CHU de Limoges présente toutefois une baisse de moins 158 séjours en 2023 par rapport à 2019.



Focus sur le positionnement concurrentiel du CHU concernant la chirurgie :

- Plus précisément pour la chirurgie, le CHU de Limoges est le premier offreur de soins en termes de parts de marché concernant les spécialités ci-après : la chirurgie endocrinienne (avec 51% de PDM), la chirurgie thoracique (63,2%), la chirurgie cardiovasculaire (31,6%), la neurochirurgie/système nerveux (45%), la transplantation d'organes/greffes (43,5%), les traumatismes multiples ou complexes graves (58%). Cela s'explique par le fait que l'établissement est l'unique établissement détenteur d'autorisation pour ces spécialités.
- Concernant les transplantations rénales, le CHU de Limoges avait 78% de PDM sur sa zone d'attractivité en 2023. En revanche, la greffe hépatique, cardiaque, pulmonaire ne sont pas réalisées au CHU Limoges ce qui explique le taux mentionné supra.
- En revanche, le CHU est le deuxième offreur de soins pour sept autres spécialités : digestif, gynécologie-sein, ORL-stomatologie, ophtalmologie, orthopédie traumatologie, tissus cutanés et sous-cutanés, uro-néphrologie et génital.
- Ces données toutefois ne prennent pas en compte la typologie des patients pris en charge (par exemple, des patients plus morbides pris en charge au CHU par rapport aux établissements publics et privés du territoire).

Répartition des parts de marché sur la ZA* du CHU Obstétrique Nouveaux nés



II. DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE

5. La matrice SWOT concernant le CHU de Limoges

FORCES	FAIBLESSES
- Premier établissement de santé du Limousin, et le troisième de Nouvelle-Aquitaine - Un CHU qui tire son épingle du jeu en matière d'indicateurs RH, comparativement aux autres établissements similaires - Etablissement support de l'un des plus grands GHT de France - De nombreuses activités en croissance - Une situation budgétaire financière saine - Un rôle d'expertise pour les activités en monopole - L'importante activité du service des urgences du CHU - En matière de Recherche et Innovation : de nombreuses forces vives, des équipes de soutien, une synergie de site hospitalo-universitaire notable, son positionnement territorial (par exemple avec le Groupement Territorial de Recherche (GTR) du Limousin, l'intégration du CHU au Groupement de Coopération Sanitaire NOVA fédérant les trois CHU de la région autour de projets innovants), la mise en place d'une plateforme Emis de recherche expérimentale et d'enseignement agréée - Structuration de la filière prévention et éducation thérapeutique - Certification HDS (hébergeur de données de santé) - La plateforme EMIS	- Un poids important de la population gériatrique qui retentit sur le fonctionnement des activités avec des patients plus fragiles, plus comorbides et moins autonomes - Une population qui vit plus souvent de façon isolée ce qui a un impact sur le retour à domicile et peut entraîner un allongement des durées de séjours faute de solution - Concernant les soins « non programmés » et les soins « programmés » : un besoin d'optimisation de la gestion des lits / du parcours patient à l'hôpital et d'anticipation des sorties dès l'admission - Fluidifier les parcours entre les services de MCO et les services d'aval - Une transversalité des prises en charge à renforcer (ex: parcours patients atteints d'un cancer ou en cas de suspicion) - Pour la chirurgie, un CHU concurrencé par le privé
- Des besoins de santé en augmentation et qui sont à adresser (ex: le diabète, les cancers et la prise en charge des maladies cardiovasculaires), en cohérence avec l'augmentation en séjours pour ces activités en interne - Un CHU pionnier dans les territoires exposés au vieillissement, permettant le développement de prises en charge innovantes et adaptées pour les patients personnes âgées - Un chantier d'ampleur de restructuration et modernisation totale de l'hôpital Dupuytren 1 - Des collaborations avec le GHT et les partenariats au sein du territoire du Limousin et au-delà - Un renforcement des collaborations sur le territoire qui se poursuit avec 9 pôles inter-établissements créés et d'autres qui sont à développer - Une activité SMR qui se développe et se transforme - Le déploiement de l'EDS Nova et ses multiples utilisations possibles (en premier lieu à des fins de recherche)	- Une situation de santé moins favorable par rapport au national en Creuse et une proportion de patients souffrant d'ALD dans la population en augmentation - Un vieillissement de la population plus important par rapport au national et qui devrait se poursuivre, associé à la perte d'autonomie - Des indicateurs socio-économiques plus défavorables au sein du pôle urbain de Limoges par rapport au niveau départemental et régional - L'offre très limitée en médecins généralistes et spécialistes en Creuse et en Corrèze et une moyenne d'âge plus élevée des médecins libéraux avec des départs en retraite à venir - Accès aux soins hospitaliers pour les habitants en zones rurales (38% des habitants sont en zones rurales). Seul acteur de recours d'un territoire important, il est majeur de sécuriser les spécialités critiques et renforcer l'accès aux soins, sous peine de contraindre les patients à réaliser de très longs déplacements pour accéder à des soins - Un éloignement géographique des centres de décision (ARS et Conseil Régional) et un CHU à l'écart des grands axes de transport (TGV ou lignes aériennes)
OPPORTUNITÉS	MENACES

III. UN PROJET MEDICAL QUI S'ARTICULE AVEC LES ORIENTATIONS REGIONALES ET LOCALES DU TERRITOIRE DU CHU DE LIMOGES

Le CHU de Limoges présente un cadre stratégique posé pour le projet médical en cohérence avec les orientations territoriales (le Projet régional de santé (PRS), le Projet Médico-Soignant Partagé (PMSP) du GHT Limousin et les Contrats locaux de santé).

Projet régional de santé Nouvelle-Aquitaine (PRS) 2018-2028

A l'échelle régionale et parmi les enjeux prioritaires identifiés par le PRS Nouvelle-Aquitaine 2018-2028²⁷ figurent six principaux défis pour le territoire : i) L'évolution démographique et le vieillissement de la population : d'ici 2028, la région accueillera plus de 320 000 nouveaux habitants, 14% des Néo-Aquitains auront 75 ans et plus en 2027, contre 11% en 2018), ii) Le développement des maladies chroniques (20,2% des Néo-Aquitains souffrent d'une maladie chronique, soit 1,3 millions de personnes), iii) L'évolution démographique des professionnels de santé (un tiers des médecins généralistes ont plus de 60 ans et sont inégalement répartis au niveau régional) ; iv) Une offre de santé décrite comme trop orientée vers les soins, au détriment de la prévention, v) La nécessité d'une prise en charge mieux coordonnée et plus personnalisée et vi) Une prise en compte des impacts en santé du changement climatique.

✳ En réponse à ces défis, le PRS identifie cinq orientations stratégiques à 10 ans :

- ✳ Amplifier la prévention, les actions sur les déterminants de santé et la promotion de la santé ;
- ✳ Promouvoir un accès équitable à la santé sur les territoires (en favorisant l'attractivité, les dynamiques d'aller-vers et de « hors les murs », en renforçant l'accès aux soins ...) ;
- ✳ Renforcer la coordination des acteurs et améliorer les parcours de santé ;
- ✳ Renforcer la place du citoyen et de l'usager au sein du système de santé ;
- ✳ Soutenir l'innovation au service de la qualité et de l'efficacité du système de santé (en soutenant la recherche, développant de nouvelles pratiques professionnelles, etc.).

Les constats issus du diagnostic et les orientations prioritaires du projet médical du CHU sont alignés avec ces priorités régionales (ex : renforcement des parcours de prévention et de soins, développement des collaborations sur le territoire, le positionnement des patients et usagers en tant qu'acteurs de la prise en charge, le soutien et l'amplification de l'innovation, etc.).

Projet Médico-Soignant Partagé (PMSP) du GHT Limousin 2025-2029

Le PMSP du GHT Limousin, dont le CHU de Limoges est l'établissement support, définit la stratégie médicale et soignante du GHT. Le PMSP a ainsi permis l'identification de **10 filières prioritaires** (en fonction du diagnostic territorial de l'ORS et/ou en raison de tensions concernant les recrutements médicaux), avec des actions envisagées par filière :

- ✳ Filière des soins non programmés, des urgences et des soins critiques ;
- ✳ Oncologie, hématologie et radiothérapie ;
- ✳ Gériatrie ;
- ✳ Insuffisance rénale ;
- ✳ Diabétologie ;
- ✳ Cardiologie, Maladies cardiovasculaires ;
- ✳ Prise en charge des AVC ;
- ✳ Santé mentale et Addictologie ;
- ✳ Périnatalité ;
- ✳ L'endoscopie.

²⁷Source : [le projet régional de santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2028 | Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine \(sante.fr\)](https://sante.nouvelle-aquitaine.fr/le-projet-regional-de-sante-nouvelle-aquitaine-2018-2028)

IV. LA DEMARCHE D'ELABORATION DU PROJET MEDICAL 2025-2029 DU CHU DE LIMOGES

Le projet médical constitue la feuille de route des équipes médicales pour les cinq années à venir et le cadre de référence de l'action des professionnels. Il définit, à la fois, les objectifs généraux, les missions, les orientations stratégiques et les valeurs sur lesquelles les professionnels vont s'appuyer dans leur action quotidienne.

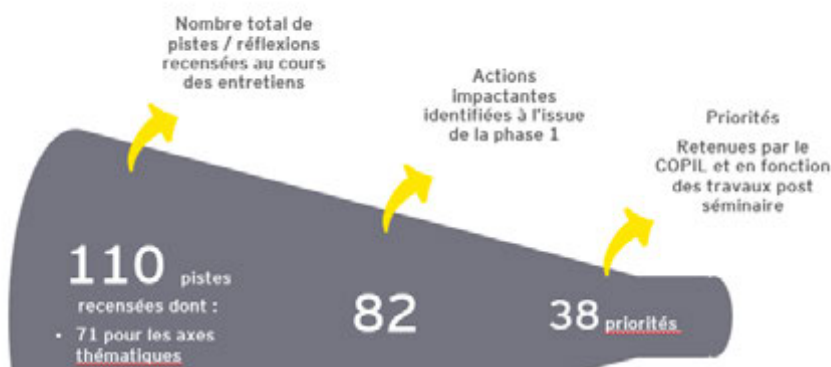
Le projet médical du CHU de Limoges pour la période 2025-2029 est le résultat d'une démarche de priorisation et de choix des orientations stratégiques partagées avec l'ensemble des professionnels médicaux. Le principe clé retenu pour son élaboration est la priorisation d'un projet avec un certain nombre d'axes et actions à mettre en œuvre concrètes, pragmatiques, réalistes et à la main de l'établissement.

Pour appuyer cette réflexion, 6 priorités stratégiques et 5 priorités transversales (cf. ci-dessous) ont été pré-identifiées par la CME et validées en Directoire. Elles ont permis notamment par la bais de croisements d'identifier ces priorités lors d'entretiens avec les pôles et les référents d'axes. En outre, un séminaire réunissant plus de 80 professionnels du CHU, et l'animation à cette occasion de six Groupes de travail, a permis de compléter, modifier ou de réorienter vers d'autres sujets insuffisamment couverts initialement. A l'issue de la présentation d'une version aboutie mais provisoire du projet médical, d'autres ajustements ont été réalisés (notamment avec un séminaire organisé en novembre 2024) concernant le périmètre des actions, tout en confortant les axes retenus.

Au total, l'exercice de rationalisation a permis d'aboutir à 6 axes prioritaires et 38 fiches-actions.

Illustrations - croisements des priorités thématiques et thématiques transversales et priorisation des actions

	Axe 1 : Personnes âgées	Axe 2 : Cancer	Axe 3 : Virage domiciliaire / Parcours sans hospitalisation	Axe 4 : Gestion de l'urgence et des besoins non programmés	Axe 5 : Pathologies chroniques / Médecine 4P	Axe 6 : Accompagnement de la fin de vie
IA / Télémédecine / Entrepôt de données de santé	✓		✓	✓	✓	✓
Handicap	✓	✓	✓	✓		✓
Qualité / Pertinence des soins	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Recherche / Innovation / Valorisation		✓	✓			
Ville / Territoire / Partenariat				✓		✓



Critères pour la priorisation des actions :

- Pertinence / Impact : projet à enjeux / projets issus des propositions de la communauté médicale sur la base des entretiens de diagnostic
- Maturité du projet / Faisabilité
- Projets déjà déployés ou en cours / Projets à déployer

IV. LA DEMARCHE D'ELABORATION DU PROJET MEDICAL 2025-2029 DU CHU DE LIMOGES

En synthèse, la démarche de construction de cette stratégie et son calendrier sont présentés dans le schéma ci-après.



V. LES SIX AXES STRATEGIQUES DU PROJET MEDICAL 2025-2029 ET DECLINAISON PAR AXE DES 38 FICHES PROJET

Le Projet médical du CHU de Limoges pour la période 2025-2029 est structuré en six axes stratégiques et 38 fiches actions :



PERMETTRE **L'EXCELLENCE MÉDICALE**
EN **FLUIDIFIANT** LES PARCOURS DE PROXIMITÉ
ET EN ACCOMPAGNANT L'**ACTIVITÉ DE RECOURS**

► 12 fiches actions



DÉVELOPPER LES INNOVATIONS
ORGANISATIONNELLES

► 5 fiches actions



COLLABORER AVEC LES ÉTABLISSEMENTS
ET PARTENAIRES AU SEIN D'UN TERRITOIRE ÉTENDU
POUR UNE PRISE EN CHARGE GRADUÉE

► 6 fiches actions



RELEVER LE DÉFI DU VIEILLISSEMENT ACCRU DANS
LE LIMOUSIN ET ÊTRE ATTENTIF AUX BESOINS
DES POPULATIONS VULNÉRABLES

► 5 fiches actions



RENFORCER LA PRÉVENTION ET
LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES

► 5 fiches actions

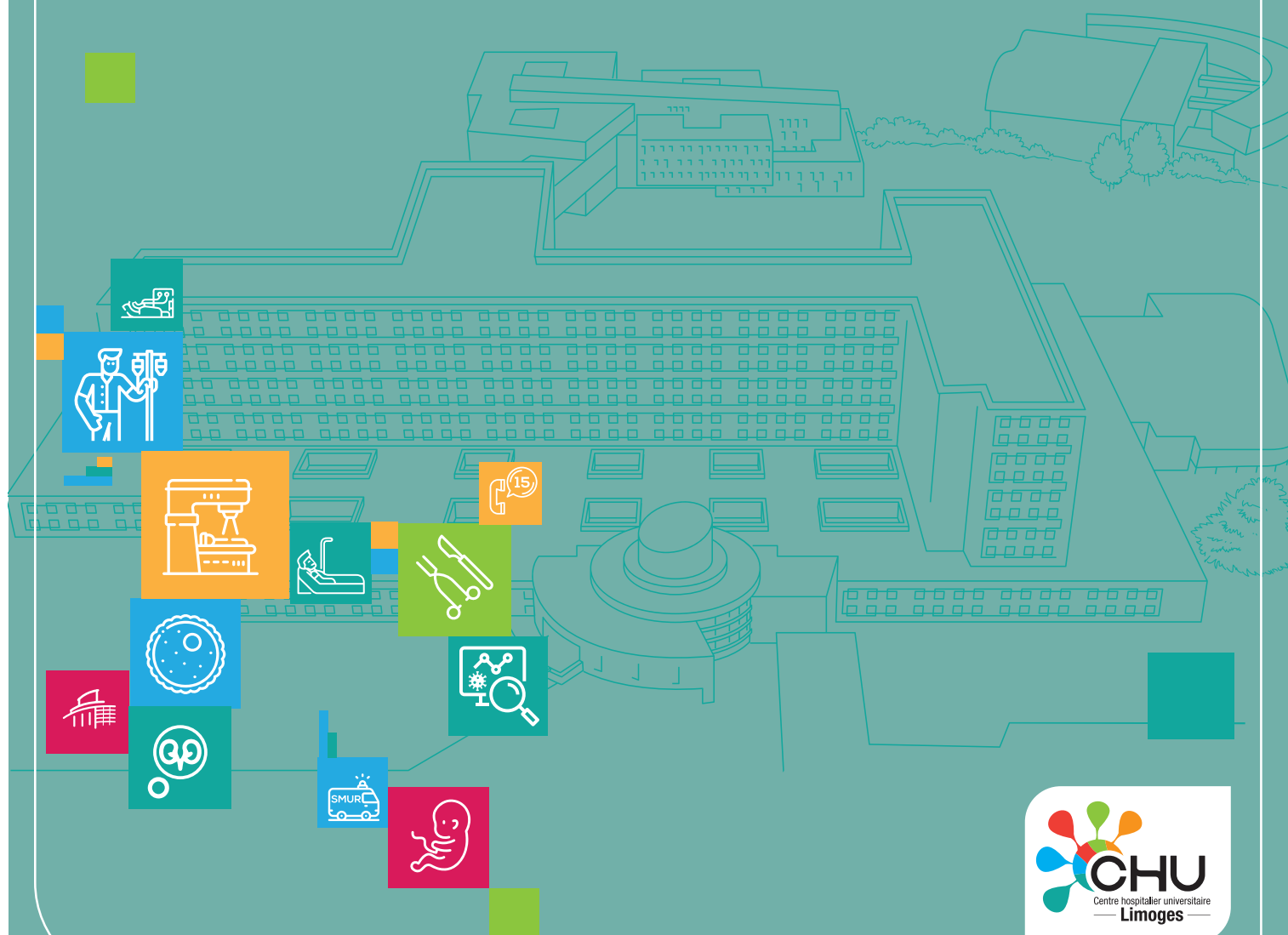


CONSOLIDER LA RECHERCHE ET INNOVER
POUR RÉPONDRE AUX ENJEUX ACTUELS ET À VENIR

► 5 fiches actions



PERMETTRE **L'EXCELLENCE MÉDICALE**
EN **FLUIDIFIANT** LES PARCOURS DE PROXIMITÉ
ET EN ACCOMPAGNANT L'**ACTIVITÉ DE RECOURS**



Axe 1 : permettre l'excellence médicale en fluidifiant les parcours de proximité et en accompagnant l'activité de recours

1 - L'excellence médicale et la simplification du parcours de soins en cancérologie

Dans les trois départements du Limousin, comme au niveau national, les cancers sont en deuxième position parmi les affections de longue durée (ALD) les plus fréquentes en 2022. Cette tendance est durable. Ils figurent donc parmi les besoins prioritaires de prises en charge à adresser. Ces besoins prioritaires rencontrent l'augmentation du nombre de séjours et de séances qui sont réalisés par le CHU de Limoges en cancérologie sur la période récente aussi bien au niveau de l'activité de radiothérapie, d'oncologie médicale que de l'unité onco-thoracique. Enfin, l'évolution des techniques et des traitements des patients souffrant de pathologies cancéreuses conduit le CHU de Limoges à maintenir le développement de l'innovation tant organisationnelle que technique dans ce domaine pour leur faire toujours bénéficier des dernières avancées thérapeutiques et de la meilleure prise en charge possible, dans les murs de l'hôpital comme au domicile des patients.

A cet égard, certaines limites ont été identifiées dans le cadre du diagnostic pour renforcer encore plus ces parcours : l'absence d'un point d'entrée unique au sein de l'établissement pour orienter, organiser et coordonner ces prises en charge pour les patients atteints d'un cancer ou en cas de suspicion de cancers nécessitant le recours à de nombreux spécialistes). Dans un contexte de besoins de soins accrus, il est donc essentiel pour le CHU de simplifier le parcours de soins des patients atteints de cancer, d'homogénéiser leurs prises en charges et de veiller à renforcer l'offre de soins oncologiques de support.

La réponse à cet enjeu passe notamment par la définition et la protocolisation du parcours de soin du patient atteint de cancer ainsi que la mise en place d'un point d'entrée unique au sein du CHU afin de centraliser les informations relatives à la prise en charge et à l'organisation du parcours pour chaque patient orienté, avec le concours des CH du territoire et l'offre de ville.

Le développement de l'externalisation de certaines chimiothérapies et immunothérapies à domicile sera poursuivi et renforcé. Ceci sera réalisé via l'élargissement du périmètre des prises en charge dans le cadre de l'hospitalisation à domicile (HAD) pour les patients atteints de cancer (en particulier au regard de la chimiothérapie anticancéreuse qui représente à ce jour près de 50% de l'activité en HAD pour le CHU), mais aussi la création de deux antennes au CH de Saint-Junien et de Bellac et l'extension à Saint-Yrieix et en développant la recherche en innovation organisationnelle dans ce cadre. Il s'agira également d'étudier l'opportunité des projets visant au développement de l'offre en cancérologie : on peut citer par exemple la création d'un centre d'immunothérapie (CITOX) ou bien encore la création d'un « institut » du cancer de la femme.

Enfin, pour favoriser une prise en charge globale et individualisée des patients atteints d'un cancer, la création d'une unité de soins oncologiques de support devra permettre de mieux accompagner ces patients et leur entourage et d'améliorer leur qualité de vie.

2 – Limiter les hospitalisations non justifiées en développant la chirurgie ambulatoire et les prises en charge « hors les murs »

Viser l'excellence c'est aussi éviter d'hospitaliser ou limiter l'hospitalisation à ce qui est strictement nécessaire. Ceci rencontre l'adhésion des patients qui sont nombreux à préférer une hospitalisation la plus courte possible et celle des professionnels qui développement des techniques permettant la récupération rapide.

En réponse à ce défi majeur, le CHU souhaite amplifier le développement des alternatives de prises en charge à l'hospitalisation classique, notamment la chirurgie ambulatoire, organisée à travers la réhabilitation accélérée après chirurgie, la chirurgie hors bloc opératoire et sous anesthésie locale ou bien en prenant en charge les patients à travers l'hospitalisation à domicile (HAD) qui peut être encore étendue.

3 – Offrir des délais de prise en charge optimisés pour une meilleure prise en soin

L'excellence c'est aussi adapter son organisation pour proposer des délais adaptés aux patients.

Dans un contexte d'augmentation du nombre de passages au Service d'urgences pour adultes (SAU) du CHU de Limoges (avec près de 126 passages par jour en moyenne en 2023), la fluidification des parcours patients aux urgences, dès l'entrée et en amont - en lien avec les CH du territoire et les médecins ambulatoires - puis tout au long de la prise en charge et jusqu'à la sortie, figure parmi les priorités du projet médical 2025-2029 du CHU.

Les actions d'améliorations prévues passent par l'optimisation du fonctionnement de la cellule d'ordonnancement, la mise en place d'une zone d'attente de sortie, le renforcement du capacitaire de l'UHCD, la protocolisation avec les services et l'étude de création de lits de médecine polyvalente. L'axe 4 porte spécifiquement sur le parcours des « patients personnes âgées » (et notamment la fluidification du parcours des patients « personnes âgées » aux urgences).

Cet enjeu de renforcement des parcours aux urgences concerne également le service des urgences pédiatriques (SUP), avec en particulier le déploiement d'une nouvelle organisation au sein des urgences pédiatriques en double circuit : court pour la traumatologie et les « cas « simples » et un circuit long pour les « cas complexes » et hospitalisations potentielles, à l'instar de l'organisation existante aux urgences adultes.

De plus en plus de patients algiques rencontrent des difficultés à trouver une solution pour leur douleur. Afin d'homogénéiser les pratiques, l'organisation de la prise en charge des douleurs chroniques sera structurée en interne et en lien avec les CH du territoire du GHT pour délivrer des traitements efficaces, harmonisés et adaptés en faveur d'une meilleure qualité de vie des patients.

Enfin, le CHU sera attentif à préciser et suivre les délais proposés aux patients concernant les consultations, la chirurgie, l'anesthésie, l'HDJ et l'imagerie médicale pour renforcer la qualité des prises en charge et l'accès aux soins. Des actions correctrices seront mises en place (par exemple l'ouverture de plages dédiées pour certains examens dont les délais ne sont pas satisfaisants).

4 - Permettre des soins de qualité, en toute sécurité, et favoriser la pertinence des soins

La démarche Qualité, Gestion des risques, Pertinence des soins est au cœur des prises en charge de l'établissement.

Le CHU de Limoges, qui a bénéficié d'une visite de certification en décembre 2023, est engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. La poursuite de la sécurisation des soins et le développement du travail d'équipe en matière de Qualité et Sécurité des soins au travers de la généralisation des CREX et RMM dans l'organisation de l'ensemble des services, du déploiement d'une culture Qualité et Sécurité des soins auprès des équipes médicales au travers d'actions de sensibilisation et de la construction d'outils dédiés, d'un accompagnement des médecins volontaires dans leur démarche d'accréditation individuelle.

Pour atteindre la meilleure qualité, il s'agira de poursuivre les actions contribuant à faire participer les usagers au fonctionnement de l'établissement avec leur participation aux instances et dans les soins à travers le déploiement de la formation des patients intervenants et le recueil des PREMS et des PROMS

Le CHU de Limoges place également parmi ses priorités le déploiement des projets structurants en faveur de la pertinence des soins afin de garantir « les bons soins au bon patient, au bon moment, pour le bon diagnostic et au bon endroit », à l'instar du projet « Juste Prescription », qui devrait être généralisé à l'ensemble des pôles.

Le laboratoire de Biologie Médicale doit maintenir une évolution permanente de ses technologies et outils diagnostiques (biologie moléculaire et intelligence artificielle) pour maintenir son rôle clé dans la prise en charge des patients et assumer sa position stratégique de référent pluridisciplinaire au niveau régional

Enfin, dans cet objectif d'excellence médicale et de qualité, le CHU entend d'une part conforter l'activité de prélèvement et de greffe d'organes du CHU, avec le déploiement du programme Maastricht 3 dès le 1er semestre 2025, ce qui implique de renforcer le parcours greffe et d'autre part intégrer une Plateforme de Biologie Moléculaire au service de la précision diagnostique, de l'efficacité thérapeutique et de la recherche clinique et translationnelle

Simplifier le parcours de soins des patients atteints d'un cancer (guichet unique) et homogénéiser les prises en charge

Contexte

Le cancer est la deuxième cause la plus fréquente d'affections de longue durée (ALD) dans les trois départements du Limousin en 2022. Ces données relatives aux besoins prioritaires de santé pour ce territoire s'inscrivent en cohérence avec l'augmentation du nombre de séjours au CHU de Limoges concernant ces activités (notamment la radiothérapie, l'oncologie médicale et l'unité onco-thoracique). Dans ce contexte, l'offre de soins du CHU pour la prise en charge du cancer s'est développée notamment avec l'externalisation de certaines chimiothérapies à domicile. L'immunothérapie devient également un standard de prise en charge pour de nombreux cancers et de nouvelles indications se développent.

Le parcours des patients atteints d'un cancer peut encore être renforcé, dès le stade du dépistage et de la détection précoce. De nombreuses autres étapes du parcours de soins (annonce du diagnostic, délais d'accès à l'imagerie, ...) peuvent être à l'origine de ruptures de prise en charge. En outre, ce parcours de soins est souvent complexe, impliquant de nombreux spécialistes et il n'existe pas à ce jour de point d'entrée unique pour orienter, organiser et coordonner la prise en charge au sein de l'établissement. L'homogénéisation des prises en charge est à renforcer et l'offre de soins oncologiques de support à développer. Le CHU est aussi engagé dans une labellisation d'excellence Comprehensive Cancer Center (CCC) – centre de référence – délivrée par l'OECI.

Descriptif du dispositif

- Le dispositif vise en premier lieu à **préciser et protocoliser le parcours de soin du patient atteint de cancer (qui pourra se décliner en parcours par type de cancer)** afin d'homogénéiser les prises en charge au sein du CHU. Il conviendra de mettre à jour les protocoles de prise en charge intégrant chaque étape du parcours de soins (dépistage, les bilans initiaux et d'extension, la consultation d'annonce, le bilan pré-thérapeutique et RCP, le traitement thérapeutique etc.), en mobilisant les différents professionnels concernés du CHU et en lien avec les établissements du GHT et la médecine de ville.
- Il s'agira ensuite de **mettre en place un point d'entrée unique au sein du CHU pour les patients atteints d'un cancer ou en cas de suspicion** : ce point d'entrée (nommé « guichet unique ») devrait permettre l'organisation et la coordination des consultations, examens d'imagerie, bilans, pour chaque patient orienté. Ce guichet pourra se décliner soit via un système d'annuaire dématérialisé et optimisé, soit par la mise en place d'un secrétariat mutualisé, d'un numéro de téléphone unique et d'une équipe de coordination. Il permettra la centralisation de toutes les informations relatives à la prise en charge.
- Il sera aussi nécessaire de **faire connaître ce guichet unique vis-à-vis des professionnels, tant en interne qu'en externe**, et de définir une organisation en interne pour que les patients soient orientés selon les délais prévus et les plus minimisés possibles.
- Etudier la mise en place d'un renfort pour la coordination des parcours de soins.**
- Enfin, pour développer une prise en charge globale du cancer, **l'offre de soins oncologiques de support sera consolidée avec la création d'une unité de soins de support.**

Objectifs attendus

- Simplifier l'accès via la mise en place d'un point d'entrée unique et centraliser les informations sur la prise en charge, afin de garantir des parcours plus fluides pour les patients atteints d'un cancer
- Homogénéiser les prises en charge et optimiser l'accompagnement global des patients et de leur entourage (sur les différentes dimensions : médico-psycho-sociale, l'activité physique et la diététique).

Les actions à conduire et le calendrier associé

A partir de 2025 : préciser et protocoliser les parcours (par exemple par type de cancer) et homogénéiser les prises en charge. Les actions prévues : mettre en place de(s) groupe(s) de travail pour définir ces parcours coordonnés en associant les différents services en interne et les CH du territoire et représentants de la ville. L'un de ces groupes aura pour mission de définir le parcours des patients atteints de cancer sans primitif identifié.

2025 - 2029 :

- **Définir les contours du guichet unique, son organisation et le mettre en œuvre.** Cela passe notamment par : **2025** : la définition des modalités de mise en œuvre et éventuellement d'un secrétariat mutualisé et d'une coordination **2026** : l'identification et choix d'un outil informatique pour l'organisation de la centralisation de toutes les informations relatives à la prise en charge en interne et en lien avec le territoire. Présentation du guichet unique en interne et par des actions de communication externe (auprès de la médecine de ville notamment).

- **Etudier les projets envisagés par la communauté médicale**, par exemple : création d'un « institut » du cancer de la femme, création d'un centre d'immunothérapie (CITOX), mise en place de la RIV, déploiement de consultations avancées d'oncologie thoracique au CH de Saint-Yrieix et au CH de Saint-Junien, développer l'accès aux essais de phase précoce, améliorer la démarche qualité (accréditation JACIE).

2026-2027 : définir les contours de l'unité de soins de support et permettre son déploiement : i) définir les contours de l'unité de soins de support (modalités, ressources humaines et matérielles etc) ii) organiser son déploiement, développer des techniques de soins de support innovantes (réalité virtuelle, musicothérapie, etc...).

Les indicateurs de réalisation

- Guichet unique : nombre de patients « accompagnés » (orientation, coordination, organisation des examens et consultations, réponses aux demandes des médecins externes et internes) par le secrétariat mutualisé et l'IDEC, satisfaction des patients vis-à-vis du dispositif mis en place, nombre de patients pris en charge pour des cancers rares ou de mauvais pronostic...
- Soins de support : ETP mobilisés (par exemple en HDJ) au sein de l'unité de soins de support / évolution du nombre de patients suivis
- Evolution des délais (pour la réalisation des actes, examens et de prise en charge thérapeutique). Il s'agit notamment de suivre le délai entre le passage en RCP et l'initiation du traitement.
- Mise en place de parcours complexes / Evolution du nombre de patients pris en charge

Développer la prise en charge « hors les murs » des patients atteints d'un cancer via l'élargissement du périmètre de l'HAD

Contexte

En lien avec les données concernant les besoins prioritaires de santé du territoire (le cancer étant en deuxième position parmi les causes d'ALD les plus fréquentes en Haute-Vienne en 2022), et dans un contexte d'augmentation de l'activité du CHU de Limoges en cancérologie, le développement de ces activités se poursuit. Cela se traduit notamment par le développement de l'externalisation de certaines chimiothérapies et immunothérapies à domicile (par exemple pour plusieurs hémopathies malignes, le cancer du sein, les cancers urologiques), dont le suivi est très encadré. La chimiothérapie anticancéreuse représente **le mode de prise en charge principal dans le cadre de l'HAD** pour le CHU de Limoges (soit près de 50% de l'activité en HAD).

Descriptif du dispositif

Le dispositif visera à :

- ✳ **Étendre le périmètre des prises en charge dans le cadre de l'HAD pour les patients atteints d'un cancer** via les actions suivantes : i. identifier les traitements injectables pouvant être externalisés dans le cadre de l'HAD ii. élaborer des procédures d'externalisation de ces traitements iii. élargir le territoire géographique couvert pour l'externalisation des TMSC injectables (actuellement prévu pour les patients résident à 30mn du CHU maximum).
- ✳ **Consolider l'articulation de l'HAD avec l'unité de soins de support qui est projetée**, pour favoriser la prise en charge à domicile des patients ayant des soins complexes et fréquents
- ✳ **Augmenter le périmètre de l'HAD en créant deux nouvelles antennes** (au CH de Saint-Junien et de Bellac) pour renforcer la couverture territoriale en Haute-Vienne et en articulation avec l'HAD privée intervenant au sein de ces territoires (en particulier pour permettre des prises en charge palliatives et de fin de vie au domicile)
- ✳ **Consolider la recherche en innovation organisationnelle** dans ce cadre

Objectifs attendus

Améliorer la continuité des soins, la qualité de la prise en charge, le maintien du patient dans son environnement de vie et de son lien social (meilleure observance thérapeutique, réduction des délais de prise en charge) ii) Permettre une meilleure connaissance des conditions de vie du patient iii) Proposer une organisation plus adaptée à la population âgée résidant dans un territoire avec une forte ruralité iv) Consolider le lien avec les acteurs de premiers recours de la ville

Les actions à conduire et le calendrier associé

2025 : 1. Préciser les besoins pour étendre le périmètre des prises en charge dans le cadre de l'HAD (par exemple les acteurs en présence, les besoins pour certains cancers, les traitements injectables (chimiothérapies et immunothérapies...) pouvant être

externalisés dans le cadre de l'HAD etc...). Il convient d'associer à ce recensement les services prescripteurs de traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC) du CHU (oncologie, UOT thoracique et cutanée) et la pharmacie hospitalière à usage interne. 2. **Elaborer des procédures d'externalisation** de ces traitements 3. **Etudier le besoin en ressources** paramédicales en vue de l'externalisation de ces traitements.

2025 : préciser le besoin et **développer des filières de prises en charge** de patients en cours de traitement du cancer ou hémopathies au domicile, en HAD (prise en charge en HAD des aplasies post-chimio, au cours du parcours des autogreffes...).

2025-2029 : **consolider la recherche en innovation organisationnelle** dans l'objectif d'améliorer la qualité de prise en charge des patients

2026 : **élargir le territoire géographique couvert pour l'externalisation des traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC) injectables dans le cadre de l'HAD**, ce qui implique de : 1. Redéfinir les contours et modalités du partenariat existant avec le service d'hématologie du CHU et les consultations avancées des hôpitaux périphériques ainsi que le service Hématologie-Oncologie d'oncologie de Périgueux pour l'antenne HAD de Saint-Yrieix-la-Perche 2. Réorganiser le circuit des chimiothérapies (transport, livraison et administration) pour étendre ce périmètre géographique d'inclusion des patients etc.

2026-2029 :

- **préciser et clarifier l'articulation de l'HAD avec la création de la future unité de soins de support et les HDJ** (onco, hémato). L'objectif est de renforcer la prise en charge à domicile des patients ayant des soins complexes et fréquents (ex: nutrition entérale et parentérale, traitements antalgiques injectables, drains et pansements complexes, radiothérapie...). L'opportunité de renforcer la coordination pour ces prises en charge pourra être étudiée.

- **augmenter le périmètre de l'HAD avec la création de deux nouvelles antennes** (au CH de Saint-Junien et de Bellac) pour renforcer la couverture territoriale en Haute-Vienne et en articulation avec l'HAD privée intervenant au sein de ces territoires. L'objectif sera de permettre des prises en charge palliatives et de fin de vie au domicile en ayant la possibilité de proposer des soins de nursing lourds assurés par des professionnels aides-soignants.

Les indicateurs de réalisation

- ✳ Nombre de nouveau TMSC injectables externalisés et de services adresses participants
- ✳ Evolution du nombre de patients au regard de l'élargissement du périmètre géographique d'inclusion des patients
- ✳ Enquête de satisfaction patients, aidants et professionnels
- ✳ Nombre de séjours et DMS / valorisation T2A
- ✳ Sous réserve de création de deux nouvelles antennes (nombre de patients pris en charge)

Consolider et étendre le déploiement de l'HAD, faire connaître ce dispositif et développer de nouvelles filières de prise en charge

Contexte

Renforcer le virage ambulatoire est crucial pour répondre aux défis actuels et à venir du système de santé. Il s'agit notamment d'alléger la pression sur les établissements hospitaliers, en libérant des lits pour les cas les plus aigus, mais aussi de répondre aux attentes croissantes des patients préférant des soins à domicile ou de courte durée. Cette approche permet aussi de s'adapter aux évolutions démographiques (vieillesse de la population et maladies chroniques). **Le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) participe pleinement au "virage ambulatoire"** inscrit dans la loi de modernisation de notre système de santé. L'HAD permet de fournir des soins médicaux et paramédicaux complexes et coordonnés, à un malade atteint de pathologies lourdes et évolutives sur son lieu de vie.

Au sein du CHU de Limoges, **des axes de renforcement** sont identifiés par les acteurs interrogés lors du diagnostic : i) un manque de fluidité entre les services de MCO et d'aval dont l'HAD ii) une méconnaissance des diverses structures et dispositifs d'aval existants (ex: HAD, PRADO, prestataires...) par les services du CHU et les professionnels de ville. Le mode de prise en charge en HAD est par conséquent sous-utilisé par les services. Enfin, **une bonne complémentarité des deux HAD territoriaux** est mise en avant par les acteurs interrogés (par exemple avec l'existence de staffs communs hebdomadaires), bien que la connaissance de ce dispositif soit à renforcer.

Descriptif du dispositif

Le dispositif visera à :

- ✳ **Poursuivre et étendre le déploiement de l'HAD** avec : l'extension de certains traitements pour la prise en charge du cancer dans le cadre de l'HAD et l'extension à Saint-Yrieix, l'augmentation du nombre de patients bénéficiaires de fer injectable à domicile, l'externalisation des transfusions sanguines en EHPAD. L'opportunité éventuelle d'un renforcement en ressources paramédicales pourra être étudié.
- ✳ **Faire connaître** la diversité des structures d'aval existantes (dont l'HAD) en interne et en direction des acteurs de la ville et des ESMS.
- ✳ **Renforcer la synergie** des deux dispositifs d'HAD territoriaux.
- ✳ **Développer de nouvelles filières de prise en charge dans le cadre de l'HAD.** Cela se traduit par la création de **trois nouvelles filières** (des demandes d'autorisation sont en cours d'instruction) : 1) une filière de suivi des plaies complexes au domicile avec le service de dermatologie, les services de chirurgie et les cabinets libéraux spécialisés en plaies et cicatrisation 2) une filière de rééducation au domicile avec les services de MPR et SMR de la Haute-Vienne 3) une filière spécialisée de prise en charge des enfants de moins de 3 ans en HAD. Enfin, l'opportunité de création d'une **filière ante et post partum au domicile** avec les services de gynécologie-obstétrique du CHU est en train d'être étudiée (projet à l'étude).

Objectifs attendus

- ✳ Apporter des soins médicaux et paramédicaux complexes sur le lieu de vie du patient dans des conditions de sécurité optimales,

limiter les transports répétés et répondre à une demande croissante de la population d'être soignée à domicile

- ✳ Eviter certaines hospitalisations et admissions par les urgences depuis le domicile ou les ESMS en anticipant les prises en charge et via une prise en charge en HAD au domicile du patient
- ✳ Réduire les délais de prise en charge en HDJ et hospitalisation conventionnelle, réduire les durées moyennes des séjours et les ré-hospitalisations

Les actions à conduire et le calendrier associé

2025 :

- **étendre l'externalisation des transfusions sanguines** en établissement médico-social (EHPAD) à l'échelle de Limoges et autour. Cela passe par les actions suivantes : i) recenser les établissements qui pourraient bénéficier des transfusions et contacter le pôle gériatrie du dispositif ii) présenter le dispositif aux professionnels des EHPAD retenus etc...

- **déployer trois nouvelles filières en HAD** (i. suivi des plaies complexes, ii. rééducation, iii. enfants de moins de 3 ans) **sous réserve des autorisations**. Il s'agira de : rédiger les protocoles de prise en charge et constituer l'équipe requise en HAD (ex: rééducation, pédiatrique), définir les modalités pour orienter les patients éligibles (population cible à définir) etc.

2025-2029 :

- **élargir les traitements anti-cancéreux injectables administrés au domicile** dans le cadre de l'HAD avec les services prescripteurs (oncologie, hématologie...), en lien avec la fiche action 1.2.

- **augmenter le nombre de patients bénéficiant de fer injectable à domicile**. Il s'agira de : i) élargir le nombre de services prescripteurs, ii) augmenter le secteur géographique couvert en formant les IDEC de l'antenne de Saint-Yrieix-la-Perche iii) développer de nouvelles filières de prise en charge etc..

- **faire connaître la diversité des structures d'aval (dont HAD) en interne et en direction des acteurs de la ville et ESMS**. Pour ce faire il s'agira de : i) organiser des réunions d'informations en interne au CHU et auprès des CH du territoire et des professionnels de premier recours et d'établissements médico-sociaux et SSIAD ii) participer à la commission Ville-Hôpital.

2027 : déployer le projet de filière ante et post partum au domicile si ce projet est validé.

Les indicateurs de réalisation

- ✳ Indicateurs de suivi du développement et extension de l'HAD (dont nombre de patients bénéficiaires de thérapeutiques externalisées)
- ✳ Tableau de suivi journalier d'activité des 2 antennes HAD (nombre de nouveaux patients, de patients/jour, ...)
- ✳ Calendrier de mise en œuvre des différentes filières de spécialité / Nombre de prises en charge et DMS pour chaque filière de spécialité

Moderniser la prise en charge de chirurgie ambulatoire via le développement de la chirurgie hors bloc et le déploiement d'innovations techniques

Contexte

La « chirurgie hors bloc » désigne toute intervention chirurgicale pratiquée par un chirurgien en « cabinet », hors bloc opératoire et donc sans anesthésie générale (AG). Elle permet un raccourcissement du parcours patient (pas de nécessité de consultation d'anesthésie), ainsi que le positionnement dans un environnement qui améliore la satisfaction du patient (lieu et personnel connu, réduction du stress). Elle figure parmi les modalités alternatives de prise en charge (telles que les prises en charge par des circuits courts), permettant de soulager les plateaux techniques et de libérer les ressources anesthésiques. **Le développement de cette modalité permet de développer une chirurgie moins invasive (donc moins morbide) pour le patient et de fluidifier globalement la filière chirurgicale.** A l'échelle du CHU, cela permettra de gagner en efficacité et de rediriger les ressources (anesthésie notamment) vers d'autres activités, d'optimiser les plages du bloc pour les activités de recours et d'expertise et de développer des techniques moins invasives et moins lourdes pour le patient.

Descriptif du dispositif

Le dispositif visera à :

- ✳ **Poursuivre et consolider le déploiement de la « chirurgie hors bloc »**, actuellement déployée en urologie et pour l'orthopédie et qui débute avec l'équipe SOS main du CHU. **Il s'agira de déployer en suivant le projet au sein de l'ensemble du pôle NTCO (pôle 2).**
- ✳ **Statuer sur la localisation de cette unité de « chirurgie hors bloc »** qui devrait être située au niveau du futur plateau de chirurgie ambulatoire. Il conviendra de formaliser les circuits de matériel, du traitement eau/air etc,
- ✳ **Etendre la chirurgie hors bloc aux autres spécialités qui en ont le besoin, notamment :** ophtalmologie, ORL, chirurgie plastique, CMF, odonto neurochirurgie, gynécologie en créant un secteur partagé de chirurgie hors bloc sous anesthésie locale
- ✳ **Accompagner le développement de techniques et/ou équipements** (chirurgie sous anesthésie WALANT, écho-chirurgie ...).

Objectifs attendus

- ✳ Pour le patient : i) développer une chirurgie moins invasive, ii) réduire les déplacements iii) renforcer le confort et la qualité des prises en charge
- ✳ Pour l'établissement : i) optimiser les plages du bloc du CHU pour les activités de recours et d'expertise ii) gagner en efficacité et faciliter l'organisation de l'activité programmée et non programmée au bloc opératoire.

Les actions à conduire et le calendrier associé

2025-2029 (lancement dès que possible et en fonction des travaux du

bloc et des ressources disponibles (IBODE)) : **Concernant la chirurgie hors bloc pour l'orthopédie, trois paliers sont définis :**

- ✳ Palier 1 (dès que possible) - Salle de soins externes : la préparation du patient est limitée à la zone opératoire (semblable au cabinet de dentiste).

Sont ciblés : les gestes percutanés, sans geste osseux et sans implant. Professionnels : IDE de la consultation et chirurgien. Localisation soins externes d'orthopédie.

Pour le palier 1, l'organisation est en place et un parcours a été défini dans le service de chirurgie orthopédique. Il nécessite de stabiliser l'équipe IDE à la consultation.

- ✳ Palier 2 – Filtration, Circuit court de chirurgie, Habillage, Préparation du patient.

Sont ciblés : chirurgies osseuses et articulaires ; fracture de doigt brochages téno lyse transfert lambeau. Ce volet doit être développé au sein du bloc opératoire **en circuit très court**. Professionnels : IBODE. Localisation : à définir

- ✳ Palier 3 : chirurgies avec implants

Le déploiement de la chirurgie hors bloc implique **la création des salles dédiées à proximité du bloc opératoire** pour créer une marche en avant (parcours de chirurgie « ultra ambulatoire »).

2025 : fin de l'étude de faisabilité de création d'un secteur partagé de chirurgie sous anesthésie locale au bloc opératoire

2026-2029 : mise en place du parcours patient, organisation des locaux et déploiement progressif de la chirurgie pour les spécialités concernées

2025-2027 : développer des techniques, notamment :

- ✳ déployer la chirurgie sous anesthésie WALANT (Wide Awake Local Anesthesia No Tourniquet)
- ✳ développer l'écho-chirurgie (par exemple canal carpien, doigt à ressaut, Lacertus Fibrosus)
- ✳ Accompagner la mise en place des casques de réalité virtuelle et déployer les techniques d'accompagnement par hypnose pour tous les actes sous anesthésie locale et en particulier pour la chirurgie de la main et permettant de diminuer le stress péri-opératoire

Les indicateurs de réalisation

- ✳ **Indicateurs liés au déploiement de la chirurgie hors bloc :** stress pré et post entre les patients pris en charge classiquement et en chirurgie hors bloc, évaluation clinique sur les résultats objectifs, délai moyen de reprise professionnelle, empreinte carbone en office surgery versus bloc opératoire, etc. Une étude médico-économique pourrait être envisagée.
- ✳ Satisfaction et expérience patient vis-à-vis de la prise en charge en chirurgie ambulatoire (ex: questionnaire et définition d'indicateurs PROMS PREMS)

Optimiser le déploiement actuel de la RAAC en renforçant la coordination et développer la RAAC pour de nouvelles prises en charge et patients pouvant être éligibles

Contexte

La RAAC (« récupération améliorée après chirurgie ») est une approche de prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie. Cette modalité de prise en charge est centrée sur le patient, son chemin clinique et son parcours de soins dans sa globalité. Grâce à la coordination de l'équipe des professionnels, des mesures coordonnées et complémentaires sont mises en place entre l'anesthésie, la chirurgie et les soins de suite (kinésithérapies, etc.). À terme, elle devrait être applicable à tous les patients éligibles, pour toutes les spécialités. Un programme RAAC s'inscrit dans le projet médical et se fonde sur un chemin clinique pour l'ensemble des trois phases avant, pendant et après la chirurgie.

Au sein du CHU de Limoges, la RAAC est déployée actuellement pour trois spécialités : la RAAC a été déployée d'abord pour les prises en charges pour la chirurgie thoracique en 2021, puis étendue en 2022 pour les prises en charges concernant la chirurgie digestive et urologique. Un parcours RAAC a été formalisé concernant la chirurgie thoracique. A date, **un professionnel IDE coordinatrice intervient pour l'ensemble des prises en charge dans le cadre de la RAAC pour ces trois spécialités**. Le déploiement de la RAAC est opérationnel et fonctionne concernant la chirurgie thoracique et la chirurgie bariatrique. En revanche ce programme est « sous-utilisé » pour d'autres prises en charge, bien qu'il pourrait être adapté pour certains besoins (ex: chirurgie du colon). Enfin, **l'orientation des patients éligibles à la RAAC est à préciser et à consolider** : en effet, son déploiement peut être peu adapté pour certains patients ou prises en charges (ex: pathologies très « sévères »), d'autre part certaines orientations ne répondent pas à la finalité de la RAAC.

Descriptif du dispositif

Le dispositif visera à consolider le déploiement actuel de la RAAC au sein du CHU, au travers des actions suivantes :

- ✳ **Augmenter le nombre de patients bénéficiaires** de la RAAC pour les patients éligibles
- ✳ **Sensibiliser les praticiens / chirurgiens qui orientent vers la RAAC concernant les critères d'éligibilité pour garantir une orientation adaptée** et une prise en charge efficace dans ce cadre
- ✳ **Consolider la coordination actuelle (IDE coordinatrice)** afin de garantir une continuité de la prise en charge. A ce titre, il s'agirait de permettre à minima un remplacement pendant les périodes d'absence du professionnel IDE coordinateur mobilisé.
- ✳ Enfin il pourra être envisagé d'étendre la RAAC pour de nouvelles prises en charge lorsque cela est adapté.

Objectifs attendus

- i) Permettre aux patients éligibles un rétablissement précoce de leurs capacités après la chirurgie
- ii) Réduire les complications post-opératoires (ou équivalentes) à la prise en charge conventionnelle
- iii) Diminuer la durée de séjours des patients pris en charge dans le cadre de la RAAC

Les actions à conduire et le calendrier associé

2025 : augmenter le nombre de patients bénéficiant de la RAAC pour les patients éligibles, sensibiliser les praticiens concernant les critères d'éligibilité et faire connaître le dispositif, consolider la coordination (avec par exemple, la mise en place d'un remplacement de l'IDE coordinatrice pendant les périodes d'absence)

A partir de 2026 : identifier les nouvelles prises en charge / patients pouvant être éligibles pour étendre le déploiement de la RAAC, lorsque cela est pertinent.

Cela se traduira par les actions suivantes :

- i) Présentation du programme RAAC par les services pilotes (chirurgies thoracique, digestive et urologique),
- ii) identification des besoins et spécialités pertinentes pour un éventuel déploiement,
- iii) appui à l'élaboration du protocole de prise en charge et chemin clinique pour l'ensemble des phases etc.

Les indicateurs de réalisation

- ✳ Nombre mensuel de patients pris en charge dans le cadre de la RAAC, par spécialité
- ✳ Diminution de la durée de séjours des patients pris en charge dans le cadre de la RAAC
- ✳ Nombre d'items réellement réalisés sur le nombre d'items attendus

Préciser et suivre les délais concernant les consultations, la chirurgie et l'anesthésie, l'HDJ et l'imagerie médicale pour renforcer l'accès aux soins et la qualité des prises en charge

Contexte

La définition et le suivi des délais (notamment les délais souhaités / « critiques »), concernant les consultations, la chirurgie, l'anesthésie, l'HDJ et les examens d'imagerie, sont des enjeux majeurs pour le CHU de Limoges, afin d'améliorer la qualité des soins et l'accès aux soins pour les patients.

Ce travail permettra de proposer des prises en charge plus fluides et dans des délais minimisés, et contribuera à limiter les patients « perdus de vue ».

Descriptif du dispositif

Le dispositif vise à :

1) Définir les délais à suivre/observer à l'échelle de chaque service et en transversalité concernant :

- les consultations,
- la chirurgie et l'anesthésie,
- l'HDJ,
- l'imagerie médicale.

2) Mettre en place un système de suivi de ces délais. La mise en place d'une solution informatique en fonction de l'existant peut être envisagée pour faciliter ce suivi.

3) En fonction des données observées pour le suivi de ces délais définis et à partir du système (voire de l'outil SI) mis en place pour ce suivi, il conviendra également de définir une procédure pour mettre en place les actions correctrices afin de réduire certains délais. Cela pourrait par exemple se traduire par l'ouverture de créneaux dédiés (ex : plages dédiées pour les examens d'imagerie, places d'HDJ).

Objectifs attendus

i) Améliorer la qualité des soins et l'accès aux soins pour les patients et réduire les délais d'attente pour les situations « critiques » ii) limiter les situations de renoncement aux soins, les patients « perdus de vue » et/ou les prises en charge retardées

Les actions à conduire et le calendrier associé

Fin 2024 : Préparer les travaux qui seront menés à l'échelle des services pour définir les délais à observer pour les consultations, la chirurgie et l'anesthésie, l'HDJ et l'imagerie médicale.

Un service pilote (par exemple le service d'urologie) proposera un modèle pour conduire ce travail. A titre d'exemple, les types de délais et la procédure identifiés à ce stade par ce service pilote sont :

- Les délais de consultation à respecter en fonction des motifs de consultation, des diagnostics suspectés, des diagnostics établis
- Les délais à respecter pour les examens complémentaires demandés

- La procédure de prise de rendez-vous tenant compte du délai indiqué ci-avant, avec deux canaux de prise de rendez-vous : i) demande non justifiée délai normal ii) demande justifiée délai souhaité / critique

2025 :

- ✳ Rencontrer dans chaque service les équipes médicales en associant les secrétariats pour leur présenter le projet et lancer ces travaux à partir d'un modèle proposé. Un co-pilote local sera choisi (praticien, cadre ou secrétaire)
- ✳ Rédiger la procédure interne au service et définir les actions correctrices à appliquer selon le besoin (ex: en cas de délai recommandé dépassé).
- ✳ Mettre en œuvre les modalités et procédures définies pour suivre ces délais, par le co-pilote et l'encadrement dans chaque service
- ✳ Réaliser un retour d'expérience en réunissant les co-pilotes

2026-2029 : Déployer les procédures dans chaque service, afin d'observer et de suivre ces délais, et de mettre en place les actions correctrices selon le besoin

Les indicateurs de réalisation

- ✳ Diminution des délais pour les consultations, la chirurgie et l'anesthésie, l'HDJ et l'imagerie médicale
- ✳ Satisfaction des patients (par exemple via un questionnaire dans le cadre de la démarche Qualité)

Consolider la démarche Qualité, Sécurité des soins et Pertinence au sein de l'ensemble des services

Contexte

La certification des établissements de santé, les indicateurs de qualité et sécurité des soins, l'accréditation des médecins, l'implication des usagers (PROMS et PREMS) sont autant de dispositifs qui permettent de développer la culture qualité au sein des établissements de santé. Le CHU de Limoges a bénéficié d'une visite de certification en décembre 2023. Le CHU est engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins.

Descriptif du dispositif

Dans ce contexte et afin de consolider les actions déployées dans le champ de la Qualité, Sécurité des soins et Pertinence, le dispositif visera à décliner les actions ci-dessous, à l'échelle de l'ensemble des services du CHU de Limoges :

✳️ **Poursuivre la sécurisation des soins et développer le travail en équipe en matière de Qualité/Sécurité des soins.** Les actions envisagées sont : i) recenser les pratiques actuelles et étendre l'analyse pluriprofessionnelle d'événements indésirables graves et/ou récurrents en intégrant les CREX et RMM dans l'organisation des services ii) déployer des outils d'amélioration du travail en équipe sous le pilotage de la Direction de la Qualité et de la Gestion des risques et reposant notamment sur les outils construits par la HAS iii) déployer une culture Qualité/Sécurité des soins et développer les connaissances et compétences auprès des équipes médicales (notamment via l'organisation de formations) iv) pour l'accréditation individuelle des médecins, il sera nécessaire d'accompagner les praticiens volontaires pour s'engager dans cette démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité.

✳️ **Consolider les démarches relatives à la participation des usagers et à l'expérience patient.**

Les actions envisagées sont : i) développer les actions visant à renforcer la participation des usagers (par exemple l'intégration des représentants des usagers au pilotage de l'établissement et le déploiement des programmes impliquant les patients intervenant dans les parcours de soins/programmes d'ETP (cf. fiche « 5.2 Accompagner le développement de l'éducation thérapeutique (...) ») ii) développer des mesures de l'expérience patient telles que les PREMS (Patient-Reported Experience Measures), PROMS (Patient-Reported Outcomes Measures) et identifier des actions correctrices selon les données observées.

✳️ **Poursuivre le déploiement de projets structurants en faveur de la Pertinence des soins :** i) généraliser le projet « juste prescription des examens de biologie médicale », démarré en 2019 par le Pôle de Biologie/Pharmacie, à l'ensemble des pôles ii) déployer de nouveaux projets structurants (par spécialité ou transversal) en faveur de la Pertinence des soins. Le projet « juste prescription » a su fédérer 35 professionnels (dont directeurs, cliniciens, biologistes, infirmières, etc...). Il vise à limiter les analyses inutiles et/ou répétitives sans justification, au regard des recommandations des sociétés savantes, qui sont génératrices de surcoûts évitables, d'une charge de travail supplémentaire pour le personnel IDE et d'inconfort pour les patients.

Objectifs attendus

i) Améliorer la qualité des prises en charge et le service rendu aux patients ii) encourager les équipes médicales à adopter une approche collaborative et proactive, fondée sur la formation continue et l'amélioration des pratiques iii) réduire les coûts liés aux complications évitables etc

Actions à conduire et calendrier associé

2025-2028 (le calendrier détaillé sera précisé par les pilotes) :

- Recenser les pratiques actuelles en termes d'analyse pluriprofessionnelle d'événements indésirables graves et/ou récurrents (CREX et RMM) et permettre leur généralisation au sein de chaque service. Il s'agira de : 1. identifier un pilote médical et au moins un agent par métier dans chaque service et réaliser un état des lieux de l'état des pratiques d'analyse pluriprofessionnelle d'événements indésirables graves et/ou récurrents (CREX et RMM) 2. élaborer une procédure commune pour l'organisation de ces temps / réunions pour l'analyse des pratiques (dont CREX/RMM), rédiger une charte d'encouragement au signalement des évènements indésirables (EI) à chaque changement de gouvernance et simplifier le logiciel pour la fiche de signalement des EI 3. définir et organiser des formations (dont e-learning) et accompagner le déploiement de ces pratiques 4. réunir un groupe dédié au minimum 2 fois par an dans chaque service etc.

- accompagner le déploiement de l'accréditation des médecins (notamment par un recensement des besoins et en identifiant les spécialités médicales concernées et activités à risque)

- développer des mesures de l'expérience patient (PREMS et PROMS) et identifier des actions correctrices selon les données observées

- généraliser le projet en cours « Juste Prescription » à l'ensemble des pôles et étudier l'opportunité de déploiement des projets envisagés (transversaux et par spécialité/pôle) en faveur de la pertinence des soins. En particulier il s'agira de : i. identifier les thèmes transversaux à l'établissement en partenariat avec les sous-commissions de la CME (CLIN, CLAN, CLUD, COMAI etc), ii. identifier les thèmes spécifiques à un pôle ou un service ou une spécialité au regard des thèmes promus par les sociétés savantes, des sujets principaux de réclamation, des motifs d'EI/EIG, des accréditations en équipe, ...iii. acter un thème institutionnel par an (ex : juste prescription des actes de biologie et d'imagerie, voies veineuses, hospitalisation dans les lits un jour donné, éducation thérapeutique). iv. intégrer aux contrats de pôle un objectif de participation ou portage d'un projet « pertinence des soins » (évaluation, plan d'actions, réévaluation). v. présenter et suivre en CME les projets de pertinence des soins.

Les indicateurs

✳️ Exemple d'indicateurs concernant la généralisation de l'analyse pluriprofessionnelle d'événements indésirables graves et/ou récurrents : évolution du nombre d'EI et EIG, tracking des causes d'EI/EIG (et de l'évolution de ces causes avec le développement des CREX (%)), évolution du nombre de CREX...

✳️ Nombre de médecins accrédités / Nombre de médecins accrédités pour des spécialités à risque.

Structurer la prise en charge de la douleur chronique en interne et harmoniser les pratiques notamment lien avec les CH périphériques

Contexte

L'organisation de la prise en charge de la douleur chronique au sein du CHU est actuellement dispersée au sein de différents services ou structures. Elle est assurée par le Centre de la douleur chronique rattaché au service de Rhumatologie, mais aussi par le biais de consultations de prise en charge de la douleur périopératoire en anesthésie et les douleurs cancéreuses en soins palliatifs. En outre, les délais d'accès au centre de la douleur sont importants, en raison d'un manque de ressources médicales et soignantes. Avec les CH du territoire du GHT : des antennes du centre de la douleur chronique à Saint Yrieix et Saint Junien, ainsi que des consultations douleur pour les CH de Brive et Guéret sont réalisés à ce jour. Selon les travaux de diagnostic, la prise en charge de la douleur chronique est à structurer et les pratiques sont à homogénéiser, tant en interne au sein du CHU qu'avec les CH du territoire, afin d'apporter des traitements efficaces et d'améliorer la qualité de vie des patients concernés.

Descriptif du dispositif

1. Au sein du CHU : Le dispositif vise d'abord à structurer en interne la prise en charge de la douleur chronique et à communiquer quant à cette organisation décrite ci-après. Un recensement préalable a été réalisé. L'organisation interne de la prise en charge de la douleur chronique se déclinerait comme suit :

- ✳ **La douleur chronique non cancéreuse** est prise en charge par les spécialistes d'organe. Elle est adressée au centre de la douleur chronique en cas de douleur chronique rebelle. Le centre de douleur peut aussi prendre en charge des douleurs chroniques rebelles de type neuropathique séquellaires des traitements du cancer.
- ✳ **La douleur cancéreuse** est prise en charge par les oncologues et spécialistes d'organe et adressée aux soins palliatifs en situation de douleurs rebelles liées directement à l'évolution du cancer.
- ✳ **La douleur aiguë et subaiguë post-opératoire** est prise en charge par le service d'anesthésie, ainsi que certaines douleurs chroniques rebelles (>3 mois) ou nécessitant une prise en charge avec des compétences techniques (par exemple ALR).
- ✳ **La structuration d'une équipe mobile d'anesthésistes** est prévue pour intervenir sur les douleurs aiguës, subaiguës post-opératoires et sur les prises en charge techniques. Les anesthésistes de cette équipe mobile participeront aux RCP douleur chronique, coordonnées par le centre de la douleur pour les situations suivantes : i) pour un relai concernant les patients restant douloureux en voie de chronicisation, ii) pour avis sur des interventions techniques antalgiques
- ✳ **La RCP douleur chronique mensuelle sera renforcée** avec les services ci-après : Neurochirurgie, Neurologie, MPR, Rhumatologie, Pédiatrie, Soins palliatifs, Anesthésie
- ✳ **Une RCP douleur cancéreuse complexe mensuelle sera instaurée** associant les services ci-après : oncologie médicale, radiothérapie, UOT, les Centres et Consultations du traitement de la douleur du territoire ainsi que les Soins Palliatifs.
- ✳ **Le travail collaboratif engagé entre le centre de la douleur et le service de gynécologie sera renforcé** pour les patientes souffrant

de douleurs rebelles liées à une endométriose : staff communs, programme ETP commun, reconnaissance ARS.

Un renforcement de l'équipe du Centre de la douleur est envisagé pour améliorer le délai d'accès (recrutement de médecin algologue, psychologue, 1 IPA, IDE d'éducation thérapeutique).

Enfin, le renforcement de la prise en charge en hôpital de jour des patients douloureux chroniques est prévu (HDJ commun douleur chronique, soins palliatifs, anesthésie).

2. Afin de structurer cette prise en charge et homogénéiser les pratiques avec les CH du territoire du GHT, il s'agira de :

- ✳ Pérenniser les consultations au CH de Saint-Yrieix et au CH de Saint-Junien menacées par le manque de ressources médicales
- ✳ Renforcer le réseau régional avec participation aux RCP mensuelles de Brive et Guéret et définition de filière de soins
- ✳ Créer un réseau régional ville Hôpital avec les médecins généralistes.

3. Promouvoir les approches complémentaires, non médicamenteuses dans la prise en charge de la douleur chronique. Cela passe par : le renforcement de l'éducation thérapeutique et l'hypnose, l'acquisition des compétences en thérapies cognitives et comportementales et thérapie des schémas, au sein du centre de la douleur et l'acquisition de matériel de Stimulation Magnétique Transcranienne (rTMS). Les objectifs sont d'une part la prise en charge des patients selon les recommandations actuelles et d'autre part d'établir un réseau de soignants pratiquant ces techniques antalgiques non médicamenteuses avec les CH périphériques et le secteur libéral

4. Renforcer les missions d'enseignement du centre de la douleur : le développement de formations des soignants du CHU en lien avec le CLUD.

Objectifs attendus

i) Offrir des traitements efficaces selon les recommandations actuelles, harmonisés et adaptés et améliorer la qualité de vie des patients souffrant de douleurs chroniques ii) Limiter les coûts liés à un traitement non optimal de douleur chronique (ex : coûts liés aux hospitalisations fréquentes, aux traitements prolongés, IJ...)

Les actions à conduire et le calendrier associé

Le calendrier en lien avec les actions décrites ci-dessous sera précisé par les pilotes.

Les indicateurs de réalisation

- ✳ **Les indicateurs d'activité** : nombre de RCP « douleurs chroniques rebelles » et RCP « douleur cancéreuse complexe », délai d'accès à une consultation douleur, file active, nombre de patients suivis, nombre de séjours HDJ.
- ✳ **Les indicateurs liés à l'offre de soins en techniques non médicamenteuses de prise en charge de la douleur chronique** : rTMS, parcours ETP, psychothérapies et approches psychocorporelles (hypnose, thérapies cognitives et comportementales, ...).

Conforter l'activité de prélèvement et de greffe au sein de l'établissement

Contexte

Le prélèvement et la greffe d'organes sont des activités de santé publique qui constituent, en vertu de l'article L. 2131-1 A du code de la santé publique, « une priorité nationale ». En France, le prélèvement d'organes sur donneurs décédés après un arrêt cardiaque à la suite d'une décision d'arrêt des traitements, communément appelé « Maastricht 3 » (M3), est permis dans certains établissements depuis 2014. Cette pratique est encadrée par un protocole national, déployée par l'Agence de la Biomédecine, et précisant « les conditions à respecter », en termes de modalités techniques et de principes éthiques. À ce titre, « l'éventualité d'un don d'organes ne doit en rien interférer dans la décision de limitation ou arrêt des thérapeutiques, l'«étanchéité des filières» entre la réanimation et la coordination des prélèvements doit être assurée et une « chronologie », avec des délais bien précis, doit être respectée.

Le CHU de Limoges souhaite soutenir cette activité et les projets en cours, avec le déploiement du programme Maastricht. **M3 devrait débiter début 2025.** Ce déploiement nécessite un parcours greffe solide et un bloc dédié.

Descriptif du dispositif

Le dispositif vise à soutenir les projets en cours, à savoir :

- ✦ 2025 : Déployer le programme M3 (5 à 10 patients/an)

En lien avec ce déploiement, il est envisagé d'ici 2026-2027 : mise aux normes de la salle hybride et réorganisation de la zone occupée actuellement par le PCA, en créant 2 salles opératoire pour les urgences, une salle pour les PMO/greffes, et une salle à activité mixte pour les prélèvements tissulaires, les curiethérapies, les sismothérapies

- ✦ Réaliser les prélèvements pulmonaires sur patients M3
- ✦ Développer le prélèvement de vaisseaux sur patients décédés (notamment aménager une salle), dans le cadre du Maastricht III
- ✦ Relancer l'activité de prélèvements de vaisseaux chez les sujets en état de mort encéphalique
- ✦ Encourager la greffe donneur vivant.

Objectifs attendus

- ✦ **Pour les patients** : augmentation du nombre d'organes proposés au don, et donc augmentation localement du nombre de greffes rénales sur le CHU.
- ✦ **Pour les professionnels de santé** : renforcement de la cohésion globale des différents intervenants.
- ✦ **Pour le CHU** : augmenter l'activité de greffe rénale et son suivi.

Les actions à conduire et le calendrier associé

2025 : mise en place du programme M3 (5 à 10 patients/an)

2025-2029 :

- réalisation des prélèvements pulmonaires
- poursuite de la formation des Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'Etat (IBODE) de la salle d'urgence aux prélèvements multi organes chez les sujets en état de mort encéphalique et dans le cadre du M3
- poursuite de la formation des IBODE de la salle d'urgence à la transplantation rénale
- poursuite de la formation des infirmiers perfusionnistes dans le cadre des prélèvements M3
- inscription de paires dans le cadre du don vivant

2026 : poursuivre les actions de sensibilisation à la greffe dans les centres de dialyse périphériques publics et privés

2026-2027 : mise aux normes de la salle hybride et réorganisation de la zone occupée actuellement par le PCA, en créant 2 salles opératoire pour les urgences, une salle pour les PMO/greffes, et une salle à activité mixte pour les prélèvements tissulaires, les curiethérapies, les sismothérapies

Les indicateurs de réalisation

- ✦ Nombre annuel de patients recensés éligibles au M3
- ✦ Forfait alloué par l'ABM en fonction du recensement global (EME et M3)
- ✦ Nombre de patients non prélevés et causes (refus, découverte d'une contre-indication, problèmes de canulation, délais dépassés...)
- ✦ Nombre annuel de patients prélevés dans le cadre du M3
- ✦ Nombre d'organes prélevés
- ✦ Nombre de patients greffés à partir de ces greffons
- ✦ Résultats de la greffe à M1 et 1 an (données ABM)

Fluidifier les parcours aux urgences

Contexte

Dans un contexte d'augmentation du nombre de passages au Service d'urgences pour adultes (SAU) du CHU de Limoges (avec près de 126 passages par jour en moyenne en 2023), **le besoin de fluidifier les parcours aux urgences est crucial.**

Une « charte des transferts des services » est en cours de révision afin de consolider les parcours patients, dès l'admission, préciser les transferts interservices et avec les CH du territoire, et limiter dans la mesure du possible les recours non pertinents au SAU.

Il convient de préciser également que l'axe 4 porte spécifiquement sur le parcours des « patients personnes âgées » (et notamment la fluidification du parcours des patients personnes âgées aux urgences, fiche 4.2 du projet médical).

Il peut être noté également la création d'un Centre Public de Santé (CPDS) afin de renforcer l'offre de soins de premier recours et de spécialités dans des zones de désert médical et de limiter ainsi le recours aux urgences « non pertinent ».

Descriptif du dispositif

Le dispositif visera à :

- i) **Optimiser le fonctionnement de la cellule d'ordonnancement institutionnelle**, indépendante des urgences et avec des prérogatives élargies. Cette cellule est composée de : un médecin référent, un professionnel IDE et un représentant administratif. Elle fonctionne 7J/7. Cette cellule a pour mission principale de fluidifier le parcours et faciliter les transferts, et d'appuyer les services pour l'identification d'un hébergement selon le besoin.
- ii) **Créer une zone d'attente de sortie (salon de sortie)**, sur une durée limitée, vers les services d'hospitalisation ou pour le retour à domicile afin de libérer les box d'examen. Il sera composé de 9 brancards et 5 places assises et son ouverture est prévue en 2025,
- iii) **Renforcer le capacitaire de l'UHCD et travailler à la protocolisation avec les services**, dans l'objectif de proposer une priorisation éventuelle des patients de l'UHCD pour les hospitalisations et pour la réalisation d'examens complémentaires. La création d'une UHTCD est également à l'étude.
- iv) **Etudier l'opportunité de création de lits supplémentaires de médecine polyvalente**, indépendante du service, pour des patients venant exclusivement des urgences. La durée de séjour serait de trois jours.

Ces actions seront précisées et amendées si besoin, en fonction des résultats et arbitrages du COPIL en cours portant sur ce volet.

Objectifs attendus

Les objectifs sont : i) améliorer la fluidité des parcours à l'hôpital, clarifier les transferts inter-services et avec les CH du territoire ii) diminuer les hospitalisations non nécessaires et les durées des séjours

Les actions à conduire et le calendrier associé

Début 2025 : ouverture de l'UHCD et suivi de son fonctionnement.

2025 : création de la zone d'attente de sortie (salon de sortie), sur une durée limitée, vers les services d'hospitalisation ou pour le retour à domicile, afin de libérer les box d'examen.

A partir de 2025 : étudier l'opportunité de création de lits supplémentaires de médecine polyvalente, pour des patients venant exclusivement des urgences.

Ces actions seront précisées et amendées si besoin, en fonction des résultats et arbitrages du COPIL en cours portant sur ce volet.

2025 : ouverture d'un Centre Public de Santé (CPDS) afin de renforcer l'offre de soins de premier recours et de spécialités dans des zones de désert médical.

Les indicateurs de réalisation

- ✳ Diminution de la durée de passage aux urgences
- ✳ Taux d'hospitalisation des urgences
- ✳ Diminution de la durée de séjour hospitalier
- ✳ Amélioration des critères de satisfaction



Fluidifier les parcours aux urgences pédiatriques



Contexte

Le CHU de Limoges enregistre une croissance de +6% des passages aux urgences entre 2021 et 2023. Les urgences/SAMU/SMUR figurent en outre parmi les priorités du PMSP du GHT Limousin en cours d'élaboration pour la période à venir. Dans ce contexte général, des objectifs ont été identifiés, notamment : (i) diminuer les recours « non pertinents » aux urgences (ii) fluidifier l'aval des urgences et plus largement répondre aux problématiques d'aval en anticipant et en organisant les sorties (iii) poursuivre, consolider et développer des actions, parcours et organisations pour fluidifier les parcours des patients à l'hôpital.

Concernant plus particulièrement le service des urgences pédiatriques (SUP), il est envisagé de déployer une organisation permettant *in fine* de répondre à différentes finalités : la fluidification du parcours des patients, un désengorgement des urgences par l'orientation vers d'autres modalités de prise en charge, un renforcement de l'attractivité médicale et des organisations médico-soignantes et la montée en charge de la recherche paramédicale et médicale.

Descriptif du dispositif

Le dispositif vise au déploiement d'une nouvelle organisation au niveau des urgences pédiatriques du CHU de Limoges décliné en trois axes :

- ✳️ **déployer un double circuit** : un circuit court (pour la traumatologie et les « cas « simples ») et un circuit long (pour les « cas complexes » et hospitalisations potentielles)
- ✳️ **étudier l'opportunité d'une régulation** en amont des urgences **et/ou d'une réorientation à partir des urgences** en fonction du niveau d'activité, de l'heure (nuit profonde) et de la typologie de patients
- ✳️ **développer la transdisciplinarité dans les différentes missions du service des urgences pédiatriques** (soins, recherche) en s'appuyant sur les spécificités des puéricultrices et puériculteurs.

Objectifs attendus

Les objectifs poursuivis sont : i) fluidité du parcours des patients se présentant aux urgences pédiatriques : circuit clair et pertinence de la prise en charge ii) une organisation médicale et soignante optimisée, plus de temps médical disponible et une attractivité renforcée des postes aux urgences pédiatriques et *in fine* l'amélioration de la qualité de vie au travail iii) participation à la fluidification des urgences et au renforcement de la qualité des soins aux urgences et une gestion plus pérenne des ressources humaines

Les actions à conduire et le calendrier associé

2025-2029 : déployer l'organisation nouvelle des urgences pédiatriques avec : un circuit court (pour la traumatologie et cas dits «

simples ») et un circuit long (pour les cas complexes et hospitalisations potentielles).

Cette organisation s'inscrit en lien avec le fonctionnement mis en place pour les urgences adultes. Il s'agira d'élaborer des protocoles pour les circuits courts et les circuits longs et les modalités de mise en place.

2025 : étudier l'opportunité d'une régulation en amont des urgences et/ou d'une réorientation à partir des urgences en fonction du niveau d'activité, de l'heure (nuit profonde) et de la typologie de patients.

2025-2026 : poursuivre le déploiement – sur un spectre plus large de professionnels – de la ligne téléphonique directe vers les urgences utilisées par les médecins libéraux pour un avis / conseil urgent en complément du déploiement de la solution de téléexpertise Omnidoc pour les avis / conseils non urgents.

A partir de 2026 :

- former les CH périphériques (Guéret, Brive, Tulle) notamment pour la gestion des urgences plus graves.
- étudier la possibilité de proposer des postes de praticiens avec un temps dédié (plus important que le temps non posté statutaire) pour une activité clinique autre que celle des urgences (ex : temps dédié pour une consultation spécialisée), dans l'objectif de renforcer l'attractivité des postes.

2025 – 2029 : développer la transdisciplinarité en accompagnant la réorganisation de l'équipe paramédicale avec : i. le déploiement d'une activité d'IPDE de recherche clinique (projet en cours), ii) le renforcement du déploiement des prescriptions déléguées et la création de protocoles de coopération adaptés au contexte pédiatrique iii) l'autonomisation d'une consultation de puériculture non programmée. Il s'agira également d'étudier l'opportunité de renforcer l'équipe paramédicale, en fonction du niveau d'activité et des modifications envisagées de leurs missions.

Les indicateurs de réalisation

- ✳️ Diminution du nombre de consultations type « ambulatoires »
- ✳️ Taux d'orientation adaptée de l'activité (en dehors de période de permanence de soin).
- ✳️ Indicateurs d'activité (passages, hospitalisations) dans les CH permise grâce à collaboration directe avec le CHU (sans transfert)
- ✳️ Diminution du temps additionnel réalisé par PH des urgences
- ✳️ Réouverture de manière pérenne du 3ème poste médical de jour

Intégrer une Plateforme de Biologie Moléculaire au service de la précision diagnostique, de l'efficacité thérapeutique et de la recherche clinique et translationnelle

Contexte

La biologie moléculaire transforme les approches diagnostiques et thérapeutiques dans de nombreuses spécialités médicales. En oncogénétique et génétique somatique, elle permet d'identifier les mutations héréditaires et somatiques liées aux cancers. En anatomo-pathologie, le profilage moléculaire des tumeurs aide au diagnostic des cancers et guide les choix thérapeutiques. En pharmacologie, la pharmacogénétique permet d'individualiser les traitements en fonction du profil génétique des patients. Egalement, dans le domaine de la bactériovirologie, les techniques moléculaires aident à identifier rapidement les agents pathogènes et leurs résistances. Enfin, en hématologie, elles permettent de diagnostiquer des maladies génétiques complexes et de surveiller les réponses aux traitements.

Il est incontournable de renforcer une plateforme technologique et une structure d'analyses bio-informatiques communes pour optimiser les ressources, en favorisant une synergie interdisciplinaire et en renforçant les capacités de diagnostic, de personnalisation des traitements, et de recherche clinique et translationnelle.

Descriptif du dispositif

Au regard de l'évolution extrêmement rapide de la biologie moléculaire au cours des dernières années, une plateforme commune de biologie moléculaire de CHU doit désormais être pensée pour servir les besoins technologiques et humains de chacune des spécialités de Biologie Médicale, elles-mêmes en lien avec de multiples services cliniques du CHU et d'établissements de santé du GHT.

Cette plateforme commune de biologie moléculaire doit reposer sur des infrastructures et des technologies conçues pour maximiser la précision et la rapidité de la prise en charge des patients en clinique, tout en apportant un soutien à la recherche clinique.

Elle doit non seulement répondre aux besoins actuels, mais également être conçue pour intégrer les futures innovations, garantissant ainsi une flexibilité pour s'adapter à l'émergence certaine et continue de nouveaux outils de diagnostic ou de suivi thérapeutique. Elle devra inclure :

- ❖ **Un plateau technique de pointe** regroupant, en un lieu commun du Centre de Biologie et de Recherche en Santé (CBRS), des technologies avancées telles que les séquenceurs de nouvelle génération (NGS) et des outils d'intelligence artificielle pour l'interprétation des données.
- ❖ **Une équipe de bio-informaticiens et techniciens** de laboratoires, formés aux nouvelles technologies de biologie moléculaire et indispensables à l'interprétation des résultats destinés aux oncogénéticiens, anatomo-pathologistes, pharmacologues, bactériologistes, virologues ou hématologues.
- ❖ **Des systèmes de gestion des données et moléculaires** permettant leur analyse, leur stockage et leur exploitation partagée, sécurisée et confidentielle.
- ❖ **Une unité de recherche clinique** en son sein, soutenant les projets de recherche fondamentale ou translationnelle.

Objectifs attendus

La mise en place de cette plateforme visera à :

- ❖ **La précision et la rapidité des diagnostics** : fournir des résultats exploitables dans les délais compatibles avec les besoins cliniques, notamment oncologie, infectiologie et hématologie.
- ❖ **L'optimisation des parcours de soins** : réduire les délais entre le diagnostic et le début des traitements adaptés, en synchronisant les

- ❖ **L'amélioration de l'efficacité des traitements** : permettre une personnalisation thérapeutique fondée sur des données moléculaires fiables en réduisant les échecs et les effets indésirables.
- ❖ **La sécurisation des traitements par la création d'un passeport pharmacogénétique** pour adapter les posologies des médicaments et les stratégies thérapeutiques en fonction du profil génétique des patients.
- ❖ **Le renforcement de la recherche clinique et translationnelle** : offrir un cadre technologique et organisationnel permettant de découvrir de nouveaux biomarqueurs et de valider des traitements innovants.

Les actions à conduire et le calendrier associé

A partir de 2025 : i) **renforcer les réunions interdisciplinaires** pour faciliter l'interprétation des résultats moléculaires et la prise de décisions thérapeutiques basées sur ces données. ii) **développer de nouveaux protocoles de diagnostic et de traitement standardisés** en intégrant les résultats de biologie moléculaire dans les parcours de soins.

2025 - 2026 : i) **acquérir (et renouveler) les technologies de pointe** en investissant dans des équipements NGS permettant d'analyser avec une haute sensibilité les altérations moléculaires dans des prélèvements à la pointe de l'innovation tels que les LCR, biopsies liquides (ADN tumoral circulant, exosomes), urines, salives, liquides de kystes... ii) **élargir l'équipe non médicale dédiée** en intégrant des bio-informaticiens, techniciens et ingénieurs en biologie moléculaire. iii) **soutenir les projets de recherche clinique** en développant des projets translationnels centrés sur l'identification de nouveaux biomarqueurs ou la validation de cibles thérapeutiques, iv) **assurer un accès rapide** des chercheurs aux données moléculaires nouvellement acquises v) **mettre en place des partenariats avec l'Université et avec des entreprises biotechnologiques** pour maintenir la plateforme à la pointe des avancées technologiques et bénéficier de ressources et d'expertises externes.

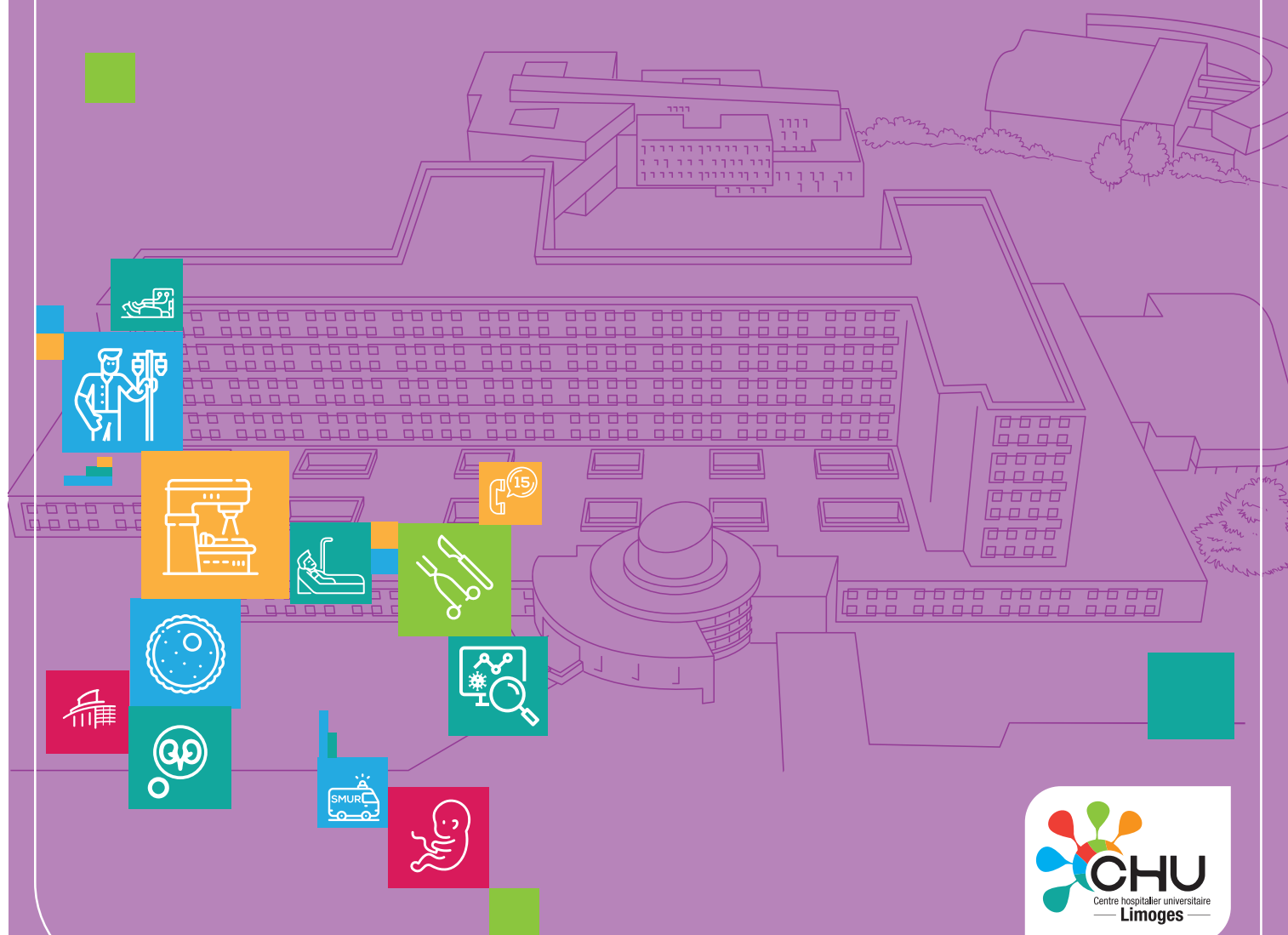
Les indicateurs de réalisation

Les indicateurs de performance pour évaluer l'impact de la plateforme commune incluent :

- ❖ **Temps moyen de rendu des résultats moléculaires** pour chaque spécialité, permettant de mesurer les gains de rapidité grâce à la mutualisation des ressources.
- ❖ **Nombre de diagnostics personnalisés réalisés** dans les spécialités soutenues par la plateforme (oncogénétique, anatomo-pathologie, etc.).
- ❖ **Taux de satisfaction des équipes cliniques** quant à la qualité et à la rapidité des diagnostics fournis par la plateforme commune.
- ❖ **Nombre de protocoles d'essais cliniques ou de projets de recherche translationnelle intégrant les diagnostics moléculaires et nombre de publications scientifiques** issues de projets de recherche impliquant la plateforme.
- ❖ **Nombre de collaborations externes** établies avec des institutions académiques et des partenaires industriels, permettant d'actualiser en continu les pratiques de la plateforme.



DÉVELOPPER LES INNOVATIONS ORGANISATIONNELLES



Axe 2 : développer les innovations organisationnelles

Le CHU de Limoges se trouve dans une situation démographique pionnière en France : la population couverte est bien plus âgée qu'ailleurs en France. Les ressources médicales, en ville comme à l'hôpital, ne sont pas plus importantes pour autant : la Creuse et la Corrèze présentent une densité de médecins libéraux (généralistes et spécialistes) nettement inférieure par rapport au national, ce qui impacte le recours à l'hôpital. Il est donc crucial pour le CHU, afin de continuer à offrir proximité, technicité et qualité des soins, de développer des innovations organisationnelles permettant de dégager du temps soignant.

Parmi les réponses apportées, **le déploiement de certains métiers et compétences élargies et/ou diversifiées** (par exemple : les professionnels IPA, IDEC, IDE d'ETP ...) **en support aux professionnels médicaux.** Ce levier permet d'offrir davantage de compétences aux personnels paramédicaux et davantage de temps médical aux médecins, les deux étant gage d'attractivité ou a minima de fidélisation.

Un second levier consistera à optimiser la programmation des consultations - au travers notamment du déploiement d'une plateforme de e-RDV et de la mise en place d'un système de confirmation par le patient. Cette action devrait limiter le temps perdu pour des consultations « non honorées » et fournir l'opportunité de redéployer le temps médical sur d'autres activités cliniques.

Les outils actuels de prises de rendez-vous gérés par les secrétariats seront également optimisés afin de consolider les missions des secrétariats et d'éviter également un glissement des tâches administratives vers les professionnels médicaux en interne.

Par ailleurs, le **développement des soins écoresponsables** (autrement dit des « écosoins » et des « écoprescriptions ») **s'impose comme une priorité incontournable pour le CHU**, qui doit infuser la totalité du projet d'établissement sur l'ensemble de ses volets (dont le projet médical), afin d'offrir une prise en charge de qualité, sécurisée et pertinente, tout en réduisant l'impact environnemental.

Dans cet objectif, il s'agira de prioriser et d'accompagner les initiatives et les projets en lien avec le développement des « écosoins » et des « écoprescriptions », et de proposer une labellisation des services et secteurs qui seront engagés dans cette démarche.

De plus, **parmi les innovations organisationnelles figure la création d'une Unité d'abord vasculaire (UAV).** En effet, regrouper au sein d'une unité de lieu la pose d'accès vasculaires par une équipe identifiée et formée permettra de fluidifier le parcours de soin et d'optimiser le flux de patients avec la centralisation des demandes, de prises de rendez-vous, ainsi qu'une « hotline » en cas de problème avec un dispositif. Cela permettra également une meilleure gestion des urgences et du soin non programmé, évitant ainsi un retard de prise en charge (initiation d'une thérapeutique intraveineuse), tout en diminuant les coûts ou du moins en évitant des surcoûts (gaspillage de temps, de matériel).

Enfin, dans le cadre de l'élaboration du projet médical, un projet a été précisé par les acteurs concernés proposant une solution organisationnelle **via un logiciel de programmation pour simplifier la programmation du plateau de chirurgie ambulatoire (PCA), de l'HDJ et du recours à l'HAD.**



Optimiser le temps et l'expertise médicale en favorisant la collaboration médico-soignante et le développement des compétences des professionnels paramédicaux



Contexte

Optimiser le temps et l'expertise médicale et développer la collaboration médico-soignante à l'échelle du CHU, tout en offrant des soins de qualité, figurent parmi les principaux enjeux pour les années à venir. Cet enjeu découle des tensions pesant sur les ressources médicales, tant en interne qu'au niveau du territoire du GHT. En effet, la densité de médecins généralistes et spécialistes est inférieure, voire très nettement inférieure en Creuse et Corrèze, en comparaison au national.

Ainsi, afin d'optimiser le temps et l'expertise médicale au sein du CHU, plusieurs leviers sont actionnables, et notamment : « apporter un support aux professionnels médicaux en favorisant le développement de compétences de professionnels du monde paramédical, ce qui permettra aussi de diversifier leur métier. ».

Descriptif du dispositif

Afin d'apporter ce support aux équipes médicales, certains métiers et compétences des professionnels paramédicaux sont actuellement développés en interne. On peut citer, selon les actes, activités et compétences, les exemples suivants :

- ✳ **l'infirmier en pratique avancée (IPA)** qui dispose de compétences élargies et dont les domaines d'intervention sont définis par décret, à savoir : l'oncologie et l'hémo-oncologie, la maladie rénale chronique, la dialyse et la transplantation rénale, les pathologies chroniques stabilisées (prévention, pathologies courantes en soins primaires), la psychiatrie et santé mentale. Pour les « actes d'évaluation, conclusion clinique, actes techniques et actes de surveillance clinique et paraclinique » : les IPA participent aux RCP selon ces domaines définis. Pour les prescriptions (ex: produit de santé non soumis à prescription médicale, examens complémentaires, etc) : les IPA y participent dans le cadre de l'HDJ (toutes spécialités, soins de support).
- ✳ **d'autres professionnels paramédicaux sont en appui pour fluidifier les parcours (ex: « orientation »)** : les professionnels IDE coordinatrice (dont la RAAC), organisent le suivi pour les patients après un passage en service d'hospitalisation conventionnelle, dans le cadre de l'hospitalisation à domicile par exemple. L'infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO) permet de réaliser « un premier tri » au SAU.
- ✳ **en matière de « prévention, éducation thérapeutique du patient, dépistage »** : l'IPA, l'Infirmier d'Education thérapeutique (ETP) et les professionnels infirmiers d'annonce sont mobilisés. Ces derniers permettent un accompagnement post-annonce du diagnostic (dont cancérologie) et qui fluidifie le parcours de soins après annonce.
- ✳ **d'autres coopérations peuvent être nécessaires et sont à développer.**

Le déploiement de ces métiers et compétences élargies et/ou diversifiées est donc à poursuivre et à consolider. Il s'agira de :

- ✳ Réaliser un état des lieux permettant de : i) clarifier et préciser ces ressources paramédicales « spécifiques » en place au sein des différents services (et notamment les effectifs, missions réalisées...) ; ii) identifier les prescriptions déléguées, protocoles existants et préciser les collaborations médico-soignantes développées, iii) identifier les services au sein desquels ces professionnels pourraient intervenir en soutien (pour les IPA, selon le domaine d'activité défini par décret)
- ✳ A partir de cet état des lieux, faciliter et réaliser le déploiement de ces métiers et compétences en support aux équipes médicales et définir une gouvernance (COPIL institutionnel)

Objectifs attendus

Les objectifs sont : i) améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en concentrant le temps médical sur les tâches les plus complexes, pour des pathologies ciblées ii) définir une politique institutionnelle pour le développement de ces collaborations médico-soignantes ...

Les actions à conduire et le calendrier associé

- 2025 : réaliser un état des lieux** sur les ressources paramédicales « spécifiques » en place (ex: IPA, IDEC, infirmier d'ETP, ...).
- ✳ Cet état des lieux concernera les domaines suivants : l'oncologie et l'hémo-oncologie, la psychiatrie, la néphrologie, les pathologies chroniques stabilisées (cardiologie, endocrinologie, ...).
- ✳ Pour les autres domaines : i) identifier les prescriptions déléguées ou des protocoles de coopération existants, identifier des projets de prescriptions déléguées ou de protocole de coopération ...
- 2025 : mettre en place un COPIL institutionnel** (rôle : en fonction du recensement, guider et orienter les politiques d'incitation à la pluridisciplinarité, accompagner le déploiement de ces métiers etc.)
- 2026-2029 : organiser et accompagner le déploiement de ces métiers et compétences notamment pour l'élaboration de protocoles de coopération, de projets de prescriptions déléguées etc..** (par exemple par des services pilotes dans la mise en place de ces collaborations médico-soignantes)

Les indicateurs de réalisation

- ✳ Nombre de professionnels paramédicaux (ETP) (ex: IPA, IDEC, IDE d'ETP ...) déployés en support des équipes médicales, services concernés
- ✳ Protocoles de coopération élaborés et indicateurs de suivi liés aux actes, prescriptions déléguées
- ✳ Satisfaction des équipes médico-soignantes (ex: questionnaire)

Optimiser la programmation des consultations pour limiter les « consultations manquées » (confirmation systématique du RDV et mise en place d'une plateforme de e-RDV)

Contexte

Dans l'objectif de limiter les « consultations non honorées » par les patients, qui ne permettent pas pendant ce laps de temps de prendre en charge de nouveaux patients ou de redéployer ce temps médical à d'autres activités cliniques, le CHU de Limoges souhaite **optimiser la programmation des consultations**, à l'échelle des services et des différentes spécialités.

Un second levier est également identifié par les acteurs : **celui de l'optimisation des outils métiers** actuellement gérés par les secrétariats au sein de chaque service. En effet, les secrétariats doivent gérer plusieurs outils métiers, parfois en parallèle pour un même dossier patient. En outre, le nombre d'outils métiers, leur redondance et leur inter-compatibilité sont à améliorer. Le dispositif proposé visera ainsi à libérer du temps pour ces agents, qui pourront pleinement assurer leurs missions de secrétariat, et permettra in fine d'éviter un glissement des tâches administratives vers les médecins.

Descriptif du dispositif

Le dispositif vise à **renforcer la programmation des RDVs pour les consultations en interne, au travers des actions suivantes** : le développement d'une plateforme de e-RDV pour les consultations, la création d'un outil permettant de tracer les RDV non honorés et les RDV qui sont à reprogrammer, ainsi que la proposition d'un système de prise des RDV par mail par exemple avec gestion des pièces attachées (prescription, CR d'exams ...).

Un système pourra être mis en place pour la confirmation 48h avant le RDV par exemple afin de bien rappeler au patient d'annuler le RDV en cas d'indisponibilité, à l'instar de ce qui existe désormais pour l'imagerie. Il sera nécessaire, en cas d'indisponibilité du patient, d'être en mesure de proposer une reprogrammation du RDV dans un délai « rapide »/« raisonnable »

Pour ce faire il sera donc nécessaire de : i) identifier et définir les délais pour confirmer les rendez-vous de consultation par service et spécialité (cf. fiche « délais »), ii) permettre une reprogrammation (en mode urgent, mode normal ou mode différé) après demande de reprogrammation par le patient, iii) identifier de façon hebdomadaire les RDV non honorés et suivre les délais de reprogrammation.

La simplification des outils de prise de RDV se décline au travers des actions suivantes : i) recensement des outils existants, des usages actuels et attentes des utilisateurs (professionnels et représentants des usagers pour les usagers), ii) identification de l'outil le plus adapté (ex: absence de redondance et inter-compatibilité avec les outils existants) et répondant aux attentes des professionnels et usagers interrogés.

Objectifs attendus

Pour le patient (suivi et accès renforcé aux soins) : une programmation des RDV plus fluide, la possibilité d'obtenir un rappel des RDV programmés et, en cas d'indisponibilité, une reprogrammation dans un délai « raisonnable ».

Pour les praticiens et le CHU : une programmation des consultations plus fluide, une meilleure répartition et allocation du temps médical et du temps des agents des secrétariats, des parcours optimisés en interne, et la réduction du nombre de patients « perdus de vue » et de RDV « non honorés ».

Ce travail permettra également de diminuer les envois de convocation par voie postale, dans le cadre d'une démarche écoresponsable.

Les actions à conduire et le calendrier associé

2025 : recensement des outils, des usages actuels et des attentes des utilisateurs. Définition des modalités d'optimisation de la programmation des RDV en interne.

Dans ce cadre, il sera nécessaire d'organiser des rencontres et réunions avec les utilisateurs d'outils de e-RDV, les secrétariats, les praticiens et les autres professionnels à associer (ex: IDE/IDEC/nutritionnistes/psychologues, représentants des usagers). Il s'agira plus particulièrement de :

- ✦ identifier les délais pour confirmer les rendez-vous de consultations et repérer les RDV non honorés, en fonction des services et des spécialités -> programmer le logiciel de RDV pour extraction mensuelle des données
- ✦ identifier les délais de reprogrammation des RDV lorsque le patient contacte les secrétariats et définir en lien avec les praticiens les modalités de reprogrammation (mode urgent, mode normal ou mode différé) après demande par le patient
- ✦ repérer les RDV demandés par mail ou courrier -> créer, pour les agents des secrétariats, un champ de recueil pour ce type de RDV

2026 : identification, choix et déploiement de l'outil de prise de RDV le plus adapté (plateforme de e-Rdv).

Les indicateurs de réalisation

- ✦ Nombre de patients concernés par une consultation « manquée » (diminution)
- ✦ Nombre de reprogrammations réalisées dans un « délai raisonnable » / suivi des délais de reprogrammation des RDV / suivi des délais de programmation de RDV demandés par mail, courrier ou téléphone / suivi des délais de programmation des RDV par e-RDV

Accompagner le déploiement des soins écoresponsables (« écosoins ») et de l'écoprescription

Contexte

Le développement des soins écoresponsables s'impose comme une priorité incontournable face aux défis environnementaux actuels. En outre, les changements climatiques et la dégradation de l'environnement sont directement liés à l'émergence de nouvelles pathologies, aux pandémies et à la diminution de la qualité de vie. Ainsi, intégrer la démarche écologique aux pratiques médicales représente un levier majeur pour préserver la santé globale à long terme. Les éco soins permettent de diminuer l'exposition des professionnels aux polluants et perturbateurs endocriniens tout en favorisant la santé environnementale. Eco concevoir un soin (à savoir appliquer les principes de développement durable aux soins) vise à :

- ❖ Identifier et connaître précisément toutes les ressources utilisées pour sa réalisation et analyser toutes les alternatives possibles, tout en préservant la qualité des soins en lien avec les recommandations des sociétés savantes
- ❖ Maîtriser son empreinte écologique et énergétique en réalisant des soins ayant un moindre impact environnemental et sanitaire, voire améliorer les impacts sociaux, cliniques et économiques
- ❖ Adopter une approche qui implique directement tous les acteurs du soin.

La transition vers une médecine plus écoresponsable nécessite donc une **approche collaborative** impliquant autant les professionnels de santé que les industriels et les chercheurs.

Descriptif du dispositif

Au sein du CHU de Limoges, un COPIL « Transition Ecologique » a été mis en place et est co-piloté par un directeur, un médecin et un cadre. Il a pour mission de **prioriser et d'accompagner les initiatives** en lien avec la transition écologique.

Des projets ont aussi été déployés pour développer les éco soins et l'éco prescription au sein de l'établissement. Parmi ces projets, on peut citer notamment :

- ❖ **Les actions déployées par la Maternité dans sa démarche de labélisation Ecoresponsable (THQSE).** En effet les équipes, via des groupes de travail pluridisciplinaires, ont permis le déploiement d'actions concrètes de soins écoresponsables pour le nouveau-né, en lien avec les recommandations des sociétés savantes de pédiatrie. Par exemple : l'arrêt de l'utilisation de désinfectant sur le cordon ombilical (soin à l'eau et au savon) ou l'arrêt de l'utilisation des produits cosmétiques etc.
- ❖ **Le service d'anesthésie s'est aussi engagé dans la démarche depuis 2 ans.** Les professionnels IADE, en lien avec les médecins, ont commencé à travailler sur :
 - la préparation des médicaments d'anesthésie adaptée au besoin. Cela passe par une limitation de la préparation anticipée et donc du nombre de seringues préparées qui étaient jetées à la fin de la journée. Une réflexion a ainsi été menée avec la pharmacie pour modifier les achats et obtenir des seringues pré remplies pour réduire le gaspillage. Par ailleurs, le groupe de travail sensibilise l'ensemble de l'équipe sur la nécessité de préparer au « juste besoin »
 - l'augmentation de la mise en place de cathéters obturés en SSPI pour le retour dans le service de certains patients
 - Ce service de réanimation adulte mène aussi des actions d'éco prescriptions et d'éco soins. Un groupe travaille avec la pharmacie sur 8 molécules identifiées dont la biodisponibilité IV et PO est identique afin de réduire le recours à la voie IV. Pour chaque molécule un suivi d'indicateurs est réalisé (analyse de coûts et d'émission de gaz à effets de serre)

La coordination générale des soins souhaite travailler par ailleurs sur la thématique de la réfection des lits en lien avec le rythme de changement des draps (moins de produits lessiviels, moins d'eau et diminution de la charge de travail du service et de la blanchisserie) avec l'appui de l'équipe d'OEH qui souhaite s'engager sur cette thématique. La toilette éco-conçue fait également partie des pistes de travail.

Enfin, le pôle biologie a initié en 2019 le projet « **juste prescription des examens de biologie médicale** » dans l'objectif d'optimiser la prescription des examens de biologie médicale et qui est présenté dans fiche action 1.3 du projet médical.

Objectifs attendus

Les objectifs sont : i) Augmenter le nombre d'éco soins et d'éco prescriptions réalisées au sein de l'établissement ii) Offrir une prise en charge de qualité, sécurisée et pertinente, tout en réduisant l'impact environnemental iii) Limiter l'impact du secteur de la santé sur l'environnement, voire améliorer les impacts sociaux, cliniques et économiques.

Actions à conduire et le calendrier associé

2025-2026 :

- ❖ **Mettre en place un Groupe de travail dédié concernant les éco soins et les éco prescriptions**, sous le pilotage du COPIL Transition Ecologique
- ❖ Intégrer des médecins et d'autres professionnels au Groupe de travail (ex: IDE et autres professionnels médicaux et soignants, agents administratifs, techniques...)
- ❖ **Recenser les initiatives et les projets** écoresponsables et d'éco prescription déjà en place ou en cours, **ainsi que les services et secteurs/unités qui souhaitent s'engager dans cette démarche**, par exemple via un appel à candidature
- ❖ **Sensibiliser et informer** sur les principes de la démarche pour intégrer les éco soins et l'éco-prescription (CME, CSMIRT, ...) à l'échelle des services / secteurs et **prioriser et accompagner les initiatives** dans ce champ.

Plus précisément, il s'agirait de :

- Faire connaître les initiatives et projets déployés en interne et s'appuyer sur les initiatives aussi en cours dans d'autres établissements et au national en matière de soins écoresponsables et d'unités durables
- Proposer un plan de formation institutionnel sur la démarche d'éco soins et le développement d'unités durables
- En priorisant le déploiement de ces projets / initiatives, étudier les modalités d'accompagnement en direction des services / secteurs souhaitant s'engager, avec l'appui possible de services pilotes
- Etudier la possibilité de proposer une labellisation des services / secteurs qui se sont engagés et suivre le nombre d'unités durables labélisées chaque année.

2026-2029 :

- ❖ Déployer le programme de formations institutionnelles en lien avec les éco-soins et accompagner ces projets d'éco conception des soins et d'éco prescription.

Indicateurs de réalisation

- ❖ **Nombre de services ou secteurs engagés dans l'éco conception** des soins et l'éco prescription
- ❖ **Nombre d'unités durables labélisées** chaque année



Créer une unité d'abords vasculaires (UAV)



Contexte

Une **unité d'abords vasculaires** facilite la prise en charge, au sein d'une unité disposant d'un espace et de ressources dédiés, de patients nécessitant un accès vasculaire. Il peut s'agir de patients difficiles à perfuser avec la nécessité d'une thérapeutique intraveineuse, soumis à un traitement de plusieurs semaines ou mois, nécessitant un dispositif particulier (dialyse, chimiothérapie, nutrition parentérale...).

A l'heure actuelle, au CHU de Limoges, l'activité est partagée entre plusieurs services, en fonction du type d'accès veineux (ex: radiologie vasculaire, anesthésie, chirurgie digestive, médecine vasculaire...).

Les difficultés rencontrées sont les suivantes :

- ❖ **Manque de disponibilité des salles**, entraînant une augmentation des délais (et un recours à d'autres établissements...)
- ❖ **Défaut d'organisation** pour la prise de rendez-vous (secrétariat en radiologie et chirurgie, demande directe auprès des MAR de la SSPI en anesthésie). Ce manque de centralisation aboutit parfois à des doublons ou rdv non honorés...
- ❖ **Espace inadapté** en salle de pré-anesthésie

Descriptif du dispositif

Le dispositif visera à la création de l'unité d'abords vasculaires (UAV). Il s'agira de :

- ❖ **Regrouper au sein d'une unité de lieu la pose d'accès vasculaires par une équipe identifiée et formée**, ce qui permettra de fluidifier le parcours de soin et d'optimiser le flux de patients avec la centralisation des demandes, de prises de rendez-vous, ainsi qu'une « hotline » en cas de problème avec un dispositif etc.
- ❖ Le **parcours de soins** du patient au sein de l'établissement devra être **clairement identifié**, que ce soit pour les hospitalisés ou les patients externes. Cela permettra également une **meilleure gestion des urgences et du soin non programmé**, évitant ainsi un retard de prise en charge (initiation d'une thérapeutique intraveineuse), tout en diminuant les coûts ou du moins en évitant des surcoûts (gaspillage de temps, de matériel).
- ❖ Une **bonne communication interne** permettra aux patients requérants d'être orientés en priorité vers l'UAV. De même, une communication aux médecins de ville et établissements de proximité permettrait de prendre en charge leur patients difficiles.
- ❖ Enfin, disposer dans la structure d'une équipe spécialisée dans l'abord vasculaire viendra conforter la sécurité du patient en diminuant le taux de complications, en choisissant le bon dispositif d'emblée au regard de l'indication, en améliorant le vécu. Il s'agira également de préserver le capital veineux, ce qui s'avère être un enjeu essentiel compte tenu de l'amélioration de l'espérance de vie des patients.

Objectifs attendus

- ❖ objectif 1 : Amélioration du parcours patient et de la qualité de sa prise en charge (diminution du parcours patient, préservation du capital veineux...)
- ❖ objectif 2 : Meilleure gestion des demandes non programmées (enjeu de fluidification des parcours)
- ❖ objectif 3 : Valorisation des soignants, formés et membres d'une équipe dédiée

Actions à conduire et le calendrier associé

2025-2026 :

- ❖ Etude et validation de l'analyse financière du projet en fonction des moyens matériels et humains sollicités. Formation des personnels dédiés (IADE, AS, secrétaire)

2025-2026 :

- ❖ Inscription du projet dans le cadre de l'étude sur le réaménagement du bloc opératoire (salles d'urgences, salle PMO...)

2026-2027:

- ❖ Identification des ressources matérielles et humaines.

2027-2028:

- ❖ Ouverture de l'unité.

Indicateurs de réalisation

- Volume d'actes
- Taux de sepsis (morbidity induite par pose ou port d'un abord vasculaire) rapporté au type de DM posé
- Diminution de la durée de séjour des patients hospitalisée et nécessitant un accès veineux
- Valorisation des poses en ambulatoire.

Simplifier la programmation du plateau de chirurgie ambulatoire (PCA), de l'HDJ et du recours à l'HAD via un logiciel de programmation

Contexte

Dans le cadre de l'élaboration du projet médical, un projet a été précisé par les acteurs concernés proposant une solution organisationnelle via un logiciel de programmation pour simplifier la programmation du plateau de chirurgie ambulatoire (PCA), de l'HDJ et du recours à l'HAD.

Descriptif du dispositif

L'optimisation du fonctionnement du plateau de Chirurgie Ambulatoire (PCA), de l'HAD et des HDJ, passe ainsi **par le déploiement d'outils informatiques de programmation des places et d'orientation des patients d'HAD**.

Concernant le PCA, le projet vise à proposer une solution (qui pourrait intégrer l'IA) permettant ainsi d'attribuer en temps réel la date opératoire la plus adaptée aux besoins du patient. Il conviendra d'identifier la solution la plus adaptée, permettant de croiser les nombreux plannings des chirurgiens, des salles de bloc et des fauteuils du PCA. Cette solution pourrait intégrer un système de géolocalisation des patients pendant leur parcours en ambulatoire via un bracelet connecté, et avec consentement du patient, afin d'optimiser le parcours de soins.

Concernant l'HAD, le projet vise à proposer une solution (pouvant intégrer l'IA) qui permettra de guider les professionnels des services hospitaliers pour l'orientation de leurs patients vers l'HAD, en fonction des profils des patients.

Objectifs attendus

Concernant le PCA : i) simplifier la procédure de programmation de la chirurgie ambulatoire et diminuer les dé-programmations ii) optimiser l'occupation des fauteuils du PCA, l'occupation des salles au bloc opératoire et permettre une meilleure gestion des saisonnalités.

Concernant l'HAD : i) cibler lors des hospitalisations conventionnelles les profils patients éligibles à l'HAD afin de créer des alertes pour les professionnels du service qui pourront orienter ces patients vers l'HAD, si pertinent ii) programmer pour les patients traités par des traitements anti-cancéreux injectables, un parcours de soin établi entre les HDJ et l'HAD, selon des protocoles validés pour l'administration de ses thérapeutiques (logiciel de programmation).

Les actions à conduire et le calendrier associé

2025-2027 (en amont du déménagement du PCA) : **étudier et préciser le besoin pour optimiser la programmation des patients du plateau de Chirurgie Ambulatoire (PCA) via le déploiement d'une solution de programmation**. Cela passe par la réalisation des actions ci-après :

- ✦ mettre en place une procédure de programmation des chirurgies ambulatoires, toutes disciplines confondues, sous la responsabilité du secrétariat du PCA. Il pourrait être aussi envisagé que la programmation soit centralisée par un coordinateur
- ✦ définir les modalités visant à géolocaliser les patients pendant leur parcours en ambulatoire, afin d'optimiser les circuits et les prises en charge
- ✦ réaliser un thésaurus de l'ensemble des prises en charge en chirurgie ambulatoire
- ✦ identifier la solution la plus adaptée, arbitrer sur le choix de cette solution identifiée. Si ce projet est validé par le comité innovation et la Direction : acquérir cette solution et personnaliser ce logiciel de programmation selon les attentes des utilisateurs
- ✦ si le projet est validé, permettre son déploiement, par exemple, via la formation et sensibilisation des professionnels concernés.

2026 : **étudier et préciser le besoin pour optimiser la programmation des patients de l'HAD et des HDJ via un logiciel de programmation (pouvant intégrer l'IA)**. Concernant l'HAD, les actions ci-après sont envisagées :

- ✦ définir les situations qui seront orientées via ce logiciel (patients éligibles) et les modalités de déploiement de cet outil informatique pouvant intégrer l'IA, en articulation avec les projets en cours et besoins identifiés, par exemple : i) se doter d'un dossier de soin informatisé adapté au domicile afin d'avoir une continuité de partage des données entre les professionnels de santé du CHU et les professionnels de santé du domicile ii) se doter, en partenariat avec les services de soins et les HDJ dispensant des traitements infectables du cancer d'un logiciel de programmation des traitements), etc.
- ✦ mettre en œuvre la même procédure que le PCA pour le choix et l'identification d'une solution adaptée.

Les indicateurs de réalisation

- ✦ Evolution du taux de chirurgie ambulatoire
- ✦ Nombre de nuitées d'hospitalisation conventionnelle
- ✦ Nombre d'HAD / Nombre d'HDJ
- ✦ Nombre de dé-programmations
- ✦ Taux d'occupation des fauteuils au PCA / Taux d'occupation des salles de bloc
- ✦ Nombre de traitements anticancéreux injectables administrés dans le cadre de l'HAD

Axe 3 : collaborer avec les établissements et partenaires au sein d'un territoire étendu pour une prise en charge graduée

Le territoire dépendant du CHU de Limoges est un des plus grands de France. S'y ajoute une forte proportion de la population âgée et résidant dans des territoires ruraux : en Creuse près de 74% des communes sont rurales et 38% des habitants résident en zone rurale dans un contexte de faible démographie médicale libérale. Ceci conduit plus qu'ailleurs à des problématiques d'isolement et à l'enjeu de renforcement de l'accès aux soins pour les personnes âgées résidant au sein de ces territoires.

Seul acteur de recours d'un territoire important, il est ainsi nécessaire pour le CHU de contribuer à renforcer l'accès aux soins pour ces patients isolés (zones rurales, zones sous-dotées en médecins, population vieillissante) et notamment pour limiter les longs trajets pour des consultations par exemple.

Parmi les solutions existantes à poursuivre et à amplifier, la **consolidation des 9 pôles inter-établissements (PIE)** semble essentielle.

La réactivation de la téléconsultation (TLC) en interne et son déploiement en direction de plusieurs EHPAD ainsi que le renforcement de la téléexpertise via la plateforme d'avis OMNIDOC pour améliorer l'accès aux avis de spécialistes médicaux sont deux solutions identifiées pour offrir un plus grand accès aux soins au sein du vaste territoire du Limousin.

Le développement et l'extension des filières conventionnées (à ce jour, deux filières conventionnées sont en cours de constitution entre le CHU et le CH de Saint-Yrieix), devront contribuer à fluidifier le parcours d'aval du CHU et de faciliter la sortie vers la médecine de suite et le retour à domicile, tout en garantissant une continuité des soins en proximité par les CH du territoire.

Il peut être mentionné également la collaboration entre les trois CHU à l'échelle de la région Nouvelle-Aquitaine (avec le GCS NOVA), et la convention avec l'Université (convention HU) qui devra être révisée sur la période du projet médical. En outre, **dans la même temporalité que le déploiement du Projet Médical, le CHU souhaite développer ses partenariats internationaux avec la nomination d'un Chargé de Mission en cette qualité.**

Par ailleurs, avec l'ensemble des laboratoires des centres hospitaliers du GHT, le laboratoire du CHU de Limoges devra promouvoir l'élaboration **d'un projet médico-biologique collaboratif afin de structurer une offre de biologie spécialisée cohérente et accessible sur tout le territoire.** Cette approche partenariale renforcera la coordination régionale, améliorera l'efficacité des parcours de soins pour les patients en garantissant une prise en charge rapide et de qualité, notamment en regroupant des expertises avancées comme celle de biologie moléculaire.

La **modernisation et la territorialisation de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) du CHU** tendra aussi à rapprocher les équipes pharmaceutiques du territoire, à libérer du temps aux équipes des PUI aujourd'hui dédié à de la gestion/logistique et à développer d'autres missions obligatoires des PUI comme la pharmacie clinique.

Certains dispositifs contribuent à fluidifier le parcours « ville-hôpital » et à anticiper les besoins liés aux retours à domicile pour les patients hospitalisés. Il s'agit notamment du **dispositif PRADO** (Programme de Retour à Domicile), créé en 2010 à l'échelle nationale. Ce programme est déployé à ce jour en interne pour certaines activités chirurgicales (ex : orthopédie, chirurgie thoracique, gynécologie...) et certaines prises en charge médicales (ex : décompensation de l'insuffisance cardiaque, AVC et BPCO et la prise en charge des patients âgés de plus de 75 ans). Dans le cadre du projet médical, il s'agira de poursuivre et consolider les PRADO existants et d'étendre ce programme à d'autres actes ou prises en charge (ex: chirurgie digestive) en lien avec la CPAM et les services concernés.

Dans ce même objectif de mieux anticiper et organiser le retour et permettre le maintien à domicile, le lien avec le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) pour les parcours de santé complexes sera consolidé.

Consolider les pôles inter-établissements (PIE) en renforçant la gouvernance, la connaissance des interlocuteurs et par la structuration d'organisations communes et le déploiement de dossiers partagés

Contexte

Le pôle inter-établissement (PIE) est la déclinaison organisationnelle du projet médical partagé du GHT. Il représente un « outil » reposant sur l'organisation d'équipes médicales communes et l'harmonisation des pratiques. Sa finalité principale est de conforter l'offre de soins publique dans le territoire.

Il existe à ce jour **9 pôles inter-établissements (PIE) auxquels le CHU de Limoges participe** : Urgences/SAMU/SMUR, Chirurgie digestive, Orthopédie, Cardiologie, Gériatrie, Médecine interne, Hygiène hospitalière, Radiothérapie, Ophtalmologie. Ces PIE contribuent à maintenir et/ou relancer une offre de soins de 1er niveau (urgences, gériatrie) ou de spécialité d'organe (cardiologie, chirurgie orthopédique, chirurgie digestive...), en hospitalisation et/ou en consultation externe. Ils contribuent à mieux structurer et répartir les flux d'activité entre établissements.

Les constats issus du diagnostic mettent en avant **une hétérogénéité de fonctionnement de ces PIE, mais aussi la nécessité de consolider certains PIE** pour les rendre opérationnels, voire d'envisager la création de nouveaux PIE. En outre, **le besoin de renforcer la connaissance entre les interlocuteurs, le partage d'informations et la structuration d'organisations communes** et staffs institutionnalisés (ex: constitution d'équipe médicale de territoire) sont aussi mis en avant par les acteurs. Ces disparités sont également constatées concernant les systèmes d'information (infrastructure numérique) et dossier médical partagé.

Descriptif du dispositif

Face à ces constats, le dispositif visera à :

- ✳ **consolider la gouvernance du PIE**, qui implique les actions suivantes : i) **proposer un trio de pôle pour chaque PIE**, constitué à partir de postes déjà existants et qui comprend : le chef du PIE, un directeur référent du pôle et un cadre de santé de pôle ii) établir une charte décrivant le rôle du chef de PIE par rapport aux professionnels du PIE et définissant les objectifs stratégiques et opérationnels du PIE (cette charte serait propre à chaque PIE) iii) définir les modalités de présence du chef de PIE en CME dans les établissements parties et s'assurer de la mise en œuvre de la charte et des modalités de fonctionnement ;
- ✳ **renforcer la connaissance des interlocuteurs par les équipes de l'ensemble des établissements, la communication et le partage d'information** : à ce titre, la construction d'un annuaire de la filière pour chacun des PIE est à prévoir ainsi qu'une organisation pour son actualisation et des numéros dédiés par référent ;
- ✳ **structurer des « staffs institutionnalisés » et des organisations communes (par exemple, par la création d'une équipe médicale de territoire)** : à ce titre, il est envisagé, lorsque cela est adapté, l'organisation des équipes avec un planning unique, une fiche de paie et des pratiques de rémunération unique pour les équipes de territoire. Il conviendra au préalable de recenser les PIE

pertinents pour déployer cette organisation « d'équipe de territoire » ;

- ✳ **permettre le déploiement de dossiers informatisés communs dans les filières pour lesquelles c'est possible**. Le développement se fait dans le cadre du schéma directeur des systèmes d'information du GHT. Chaque PIE intègre une logique de mise en commun des protocoles de prise en charge.

Enfin, il est envisagé de **proposer aux PIE existants en Haute-Vienne ou en Creuse de s'étendre aux autres départements**.

Objectifs attendus

Les grands objectifs seront : i) consolider la gouvernance pour chaque PIE et la connaissance par chacun des professionnels du PIE des autres acteurs de la filière ii) systématiser l'organisation en PIE pour les filières décrites par le Projet Médico-Soignant du GHT iii) étendre chaque PIE à minima aux dimensions de son département, ou bien aux dimensions Haute-Vienne + Creuse pour les PIE de ces deux départements.

Les actions à conduire et le calendrier associé

2025-2026 : i) construction d'un annuaire de la filière pour chacun des PIE, déploiement et actualisation ii) consolidation de la Gouvernance de chaque PIE en lien avec les actions prévues.

2026-2027 : déploiement de dossiers partagés dans les filières pour lesquelles c'est possible.

2026-2027 : proposer aux PIE existants en Haute-Vienne ou en Creuse de s'étendre aux autres départements.

Les indicateurs de réalisation

- ✳ **Indicateurs liés à la gouvernance** : mise en place du trio de pôle pour chaque PIE, formalisation de la charte, nombre de CME dans les établissements parties auxquels les chefs de PIE sont conviés (à minima 1 fois par an)
- ✳ **Communication** : mise en place d'un annuaire de PIE, pour chaque PIE
- ✳ **SI / dossier partagé** : Mise en œuvre du schéma directeur du système d'information du GHT

Développer les filières conventionnées pour fluidifier le parcours d'aval du CHU, faciliter la sortie vers la médecine de suite, ainsi que le retour à domicile et une continuité des soins en proximité par les CH du territoire

Contexte

Le CHU de Limoges, établissement support du GHT Limousin, contribue à conforter l'attractivité médicale sur le territoire au travers de nombreuses coopérations et par le biais des temps médicaux partagés. **Le CHU de Limoges est aussi en direction commune** avec : le CH de Saint-Junien, le CH de Saint-Yrieix-la-Perche et l'EHPAD de Rochechouart.

En lien avec la mise en place des PIE, des filières conventionnées ont été constituées. En effet, **deux filières conventionnées sont en cours de constitution entre le CHU et le CH de Saint-Yrieix** : en ortho gériatrie et en suite pour la chirurgie digestive. Ces filières conventionnées permettront d'offrir une prise en charge en chirurgie au CHU et de poursuivre cette prise en charge en médecine au CH de Saint-Yrieix, dans l'objectif d'apporter des soins en proximité pour les patients.

Ainsi des collaborations existent :

- ✳ **En hématologie** avec le CH de Saint-Yrieix (poste médical partagé, administration de chimiothérapies en hospitalisation de jour avec, pour le CH de Saint-Yrieix, le statut d'« établissement associé », convention de partenariat). Une extension de cette collaboration avec le CH de Saint-Yrieix et le CH de St Junien à l'oncologie est en cours.
- ✳ **En gériatrie** (postes partagés, dans le cadre d'un pôle inter-établissements) avec les établissements en direction commune.
- ✳ **Et en médecine d'urgence** (postes partagés, élaboration commune des plannings, dans le cadre d'un Pôle inter-établissements) avec les deux CH en direction commune.

Descriptif du dispositif

Le dispositif vise au **développement des filières conventionnées** entre le CHU de Limoges et le CH de Saint-Yrieix, afin de fluidifier le parcours d'aval du CHU et permettre une continuité de cette prise en charge en médecine par le CH, au plus près du lieu de vie du patient. **Une évaluation de la mise en œuvre des conventions de filières** avec le CH St-Yrieix sera également réalisée en 2025.

Dans un second temps, **il sera proposé d'étendre les filières conventionnées en ortho gériatrie et en suite de chirurgie digestive aux CH du territoire, notamment le CH de Saint-Junien**. Dans cet objectif, une présentation des résultats de l'évaluation auprès du Directoire et la CME du CH de St-Junien est prévue.

Objectifs attendus

Les grands objectifs seront : i) fluidifier le parcours d'aval du CHU en facilitant la sortie vers la médecine de suite, ainsi que le retour à domicile et la continuité de la prise en charge en proximité par le CH ii) pour les CH du territoire : développement des activités de soins, augmentation de l'activité et des recettes de T2A associées. iii) pour le CHU : fluidifier le parcours d'aval du CHU et diminuer la DMS.

Les actions à conduire et le calendrier associé

Fin 2024-2026 : développer des filières conventionnées entre le CHU de Limoges et le CH de Saint-Yrieix. Cela se traduira par les actions suivantes :

- ✳ 2^{ème} semestre 2024 : signature d'une convention de partenariat en oncologie
- ✳ 1^{er} semestre 2025 : évaluation de la mise en œuvre des conventions en suites d'ortho-gériatrie et en suites de chirurgie digestive
- ✳ 2^{ème} semestre 2025-2026 : organisations de rencontres et entretiens en vue d'identifier d'autres chirurgies pour mettre en place une structuration de filières équivalente, construction des parcours protocolisés et construction des nouvelles filières conventionnées.

2025 – 2026 : proposer au CH de Saint-Junien d'étendre les filières conventionnées en ortho gériatrie et en suite de chirurgie digestive. Il s'agira plus particulièrement de :

- ✳ 2025 : présenter auprès du Directoire et de la CME du CH de St-Junien les résultats de l'évaluation des conventions de filières avec St-Yrieix
- ✳ 2^{ème} semestre 2025-2026 : proposer au CH de St-Junien de conventionner en suites de chirurgie orthopédique et en suites de chirurgie digestive et organiser ce déploiement (construction des parcours protocolisés et construction des nouvelles filières conventionnées)

2027 : étendre les filières conventionnées à d'autres établissements du territoire du GHT en fonction des résultats de l'évaluation.

Les indicateurs de réalisation

- ✳ Nombre de séjours de suite réalisés dans les CH concernant lesquels des filières conventionnées ont été créées
- ✳ Evolution des DMS des services du CHU
- ✳ Nombre de postes partagés mis en place dans ce cadre

Réactiver la télésanté, et plus particulièrement la téléconsultation pour renforcer l'accès aux soins des patients isolés (en zone rurale, population vieillissante)

Contexte

La télésanté se déploie pour permettre à la population un accès à distance aux soins médicaux et paramédicaux. Les cinq types d'actes sont : la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale ainsi que la réponse médicale apportée à distance dans le cadre de la régulation médicale (SAMU). Les plateformes de télésanté se déploient depuis plusieurs années au niveau national. **En complétant les pratiques médicales traditionnelles, la télésanté présente de nombreux objectifs : en premier lieu, elle permet d'améliorer l'accès aux soins pour les patients isolés (en zone rurale, population vieillissante, dans les zones sous-dotées en médecins généralistes ou spécialistes et propose un suivi actif des patients atteints de maladies chroniques. Grâce à cette pratique, la disparité de la qualité des soins sur le territoire est atténuée, permettant de mieux redistribuer géographiquement l'expertise médicale. Elle contribue aussi à réguler les flux de patients à l'hôpital (en particulier aux urgences). Elle permet enfin d'appuyer le déploiement de la coordination et la communication au sein d'équipes pluridisciplinaire ville-hôpital.**

Concernant plus particulièrement la téléconsultation, qui s'inscrit dans le cadre de la télésanté et permet de réaliser une consultation à distance entre un professionnel de santé et son patient à travers l'utilisation des technologies de l'information et de la communication, seulement 643 téléconsultations ont été réalisées au sein du CHU de Limoges en 2022, contre 2026 en 2020, affichant donc une forte baisse de l'activité en deux ans.

Descriptif du dispositif

Face à cette baisse du recours à la téléconsultation, au besoin croissant d'apporter une réponse et **de renforcer l'accès aux soins pour les patients isolés (en zone rurale, population vieillissante)**, le dispositif visera en premier lieu à réactiver la téléconsultation en interne par le biais de plusieurs actions.

A l'échelle du territoire du GHT, le Centre de télémédecine et de e-santé du GHT du Limousin porte le projet de TLM et de e-santé. Grâce à un financement dédié, il va développer la télémédecine au sein de 8 centres hospitaliers du GHT. Dans ce cadre, **une expérimentation de télémédecine et de TLC assistées en direction de plusieurs EHPAD pilotes est envisagée**. Cette expérimentation sera portée par le service Gériatrie et d'autres services volontaires.

Objectifs attendus

Les grands objectifs seront : i) améliorer l'accès aux soins pour les patients isolés (en zone rurale, population vieillissante) et permettre un suivi actif des patients atteints de maladies chroniques ii) optimiser les prises en charges et flux patients et la coordination pluridisciplinaire ville-hôpital

Les actions à conduire et le calendrier associé

1) Pour chaque service et discipline au sein du CHU

2nd semestre 2024 : i) réaliser un état des lieux de l'offre actuelle de téléconsultation (et plus largement de TLM) et des professionnels et services réalisant des actes de télémédecine ii) statuer sur un outil de TLC et notamment sur une alternative à Webex

2025 : i) créer un poste, mutualisé pour le CHU, dédié à l'animation et l'organisation des TLC. Ce poste mutualisé (avec un IDE par exemple) visera à animer la filière TLC directement au sein des services (missions identifiées : organisation des TLC, gestion des plannings, coordination des parcours de soins internes et lien avec le territoire, assistance pour les problèmes techniques en lien avec le Centre de TLM...). ii) **trouver un modèle économique incitatif** : solliciter une Mission d'Intérêt Général (MIG) à l'ARS pour maintenir un financement spécifique sur le déploiement et le maintien des TLC sur le territoire.

2025-2029 : sensibiliser les services et professionnels à la téléconsultation, déconstruire les idées reçues sur cette pratique et les former. Le CHU pourra faire appel à Cinerg'e-santé (Université) sur le volet pédagogie.

2026 : communiquer en interne (réalisation de supports méthodologiques tels que des « fiches pratiques » : comment organiser une TLC, bonnes pratiques de la TLC... ainsi que des messages d'incitation pour en faciliter le recours)

2) Développer la TLM et la TLC assistées avec les EHPAD et CH du territoire

Fin 2024 : recenser les besoins et ressources des EHPAD (équipement, ressources humaines éventuellement dédiées à la TLM ainsi que les besoins de terrain (ex: spécialités, actes) ...)

2nd semestre 2024 : réaliser une présentation du Centre de TLM, de la TLM et des besoins du territoire au sein des services et/ou des Pôles du CHU. Ce « tour des staffs » permettra de déterminer les services volontaires pour participer à l'expérimentation

2025 : expérimenter avec un ou plusieurs services et EHPAD pilotes des TLC assistées, avant un lancement à grande échelle. Services pilotes : Gériatrie, voire d'autres services selon le recensement effectué.

2026-2029 : déployer la TLM et la TLC assistée avec les EHPAD et CH du territoire (en fonction des retours de cette expérimentation).

Les indicateurs de réalisation

✳ **Quantitatifs** : Nombre d'actes de télémédecine réalisés, nombre d'établissements requérants, nombre et nature des professionnels impliqués, nombre et nature des spécialités engagées, file active annuelle (nombre de patients vus), nombre de nouveaux EHPAD adhérent, nombre de formations par an (sur le matériel, sur la TLM).

✳ **Qualitatifs** : Satisfaction requis/requérants, satisfaction des patients, étude médico-économique.

Renforcer l'accès aux avis de spécialistes au sein du territoire via la consolidation de la télé-expertise

Contexte

En lien avec la fiche action précédente, la **téléexpertise** s'inscrit dans le cadre de la télésanté et a pour objet de permettre à un professionnel médical (dit « requérant ») de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux (dits « requis ») en raison de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient. **Outre l'amélioration de l'accès aux soins et la possibilité d'expertise « spécialisée » pour les patients isolés (zones rurales ou sous-dotées en spécialistes), la téléexpertise permet de renforcer la qualité du diagnostic et de la prise en charge, notamment pour des cas complexes.** Au sein du CHU de Limoges, la plateforme de téléexpertise OMNIDOC et de e-RCP, est déployé actuellement pour les spécialités suivantes : Oncologie, Hématologie, Rhumatologie, Endocrinologie. Plus de 3 300 téléexpertises ont ainsi été réalisées depuis son développement et 650 requérants distincts ont sollicité le CHU par ce biais. Le CHU de Limoges souhaite ainsi **poursuivre le déploiement de la télé-expertise à de nouvelles spécialités, optimiser cette plateforme et mieux la faire connaître auprès des acteurs de la ville.**

Descriptif du dispositif

Le dispositif visera à :

- ✱ **optimiser le déploiement actuel de la téléexpertise** : i) repéciser les principes de fonctionnement en interne et externe de la plateforme d'avis OMNIDOC ii) communiquer concernant cette plateforme auprès des professionnels médicaux du territoire (médecins de ville et/ou des médecins extérieurs « requérants ») pour mieux la faire connaître.
- ✱ **identifier les spécialités pertinentes pour l'extension de la téléexpertise au CHU et en dehors afin de renforcer l'accès aux soins** des patients isolés (zones rurales ou sous-dotées en spécialistes) et les prises en charge spécialisées/cas complexes. Pour ce faire il sera nécessaire, avec l'appui des services pilotes qui utilisent déjà cette solution, de se rapprocher des autres services pour présenter OMNIDOC et préciser les besoins de prises en charge pouvant impliquer le recours à cette pratique. Certaines spécialités qui ont une forte demande de consultations sont d'ores et déjà prêtes en vue d'un déploiement de la solution OMNIDOC, notamment les services de maladies infectieuses et la pédiatrie. D'autres spécialités, en revanche, ont recours à d'autres outils (ex: service de gériatrie) ou n'identifient pas ce besoin ou l'intérêt d'un tel déploiement à ce jour.
- ✱ **déployer la solution de téléexpertise à de nouvelles spécialités et/ou prises en charge identifiées**, par des actions en interne et en externe (médecin de ville et/ou médecins requérants) : i) définir les prises en charge via la téléexpertise (ex: population cible, cas complexes) et ses modalités ii) personnaliser et adapter la solution en fonction des besoins et attentes des professionnels médicaux ii) renforcer l'ergonomie de l'outil iii) Sensibiliser les professionnels médicaux concernés à son utilisation (et organiser au besoin des formations) iv) communiquer en interne concernant ce déploiement

v) organiser un suivi et un retour d'expérience etc.

Le Centre de télémedecine et e-santé du GHT Limousin, situé au CHU de Limoges, **mènera la partie opérationnelle de ces actions.**

Objectifs attendus

Les objectifs sont : i) améliorer l'accès aux soins et à l'expertise « spécialisée » pour les patients isolés (zones rurales ou sous-dotées en spécialistes), réduire les délais d'attente pour l'accès aux consultations spécialisées ii) améliorer la qualité des soins pour les prises en charge complexes ...

Les actions à conduire et le calendrier associé

2025 : mettre en place un COPIL visant à conduire une réflexion sur l'amélioration des pratiques. Il s'agira d'optimiser le déploiement de la téléexpertise - plateforme d'avis OMNIDOC - en redéfinissant ses règles d'utilisation, en communiquant davantage sur cette plateforme auprès de la ville et en identifiant les spécialités/prises en charge « pertinentes » pour étendre la téléexpertise au CHU et en dehors.

Ce COPIL pourra ainsi identifier des actions de communication à développer auprès des professionnels médicaux du territoire (médecins de ville et/ou médecins requérants), intégrant une démarche officielle associée à une présentation de l'outil.

2026 : déployer la solution de téléexpertise en interne et en dehors à ces nouvelles spécialités et/ou prises en charge identifiées.

Il s'agira en interne de : i) définir les prises en charge via la téléexpertise (ex: cas complexes) et les modalités de mise en œuvre ii) personnaliser et adapter la solution en fonction des besoins et attentes des professionnels médicaux iii) sensibiliser les professionnels médicaux concernés pour son utilisation (et organiser si besoin des formations) v) organiser un suivi et un retour d'expérience etc.

2025-2029 : mettre en œuvre le plan de communication sur la plateforme de téléexpertise via l'organisation de séminaires et formations à destination des médecins de ville ou des médecins extérieurs « requérants ».

Les indicateurs de réalisation

- ✱ Nombre de spécialités / services utilisateurs (en interne), nombre de requérants distincts, demandes d'avis, nombre d'avis donnés à distance pour des parcours patients complexes, nombre de patients / dossiers patients bénéficiaires de ces avis
- ✱ Résultats de l'enquête auprès des correspondants « requérants » sur la qualité du service rendu
- ✱ Analyse de l'adéquation de la prise en charge/demandes



Anticiper les besoins et optimiser les retours à domicile des patients via le renforcement des PRADO (Programme de Retour à Domicile) et une plus grande articulation avec le DAC pour des patients en situation de fragilité



Contexte

Le dispositif PRADO (Programme de Retour à Domicile) a été créé en 2010 à l'échelle nationale pour anticiper les besoins liés au retour à domicile du patient hospitalisé et fluidifier le parcours hôpital-ville. Proposé initialement pour les sorties de maternité, le service a été étendu aux sorties d'hospitalisation après chirurgie en 2012, après décompensation cardiaque en 2013, après exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en 2015 et aux patients hospitalisés pour AIT ou AVC en 2019. Depuis 2019 également, le service peut être proposé aux personnes âgées de 75 ans et plus, quel que soit le motif de leur hospitalisation. En 2022, près de 195 000 patients ont bénéficié de ce service en France.

Le CHU de Limoges a déployé à ce jour le dispositif PRADO, dans le cadre d'un partenariat avec la CPAM, pour trois activités chirurgicales (l'orthopédie, la chirurgie thoracique et la gynécologie/obstétrique) et pour trois activités/prises en charge médicales (la décompensation de l'insuffisance cardiaque, AVC et BPCO, et, en juin 2023, pour la prise en charge des patients âgés de plus de 75 ans). Les constats issus du diagnostic ont permis d'identifier des PRADO qui fonctionnent à ce jour (par exemple pour la gynécologie et pour la chirurgie orthopédique). Certains PRADO pourraient être renforcés pour certaines prises en charges. Ce dispositif pourrait aussi être développé pour d'autres activités, telle que la chirurgie digestive.

En outre, organiser les retours et le maintien à domicile des patients en collaboration avec le DAC concernant les parcours de santé complexes figure parmi les priorités identifiées du projet médical. Le partenariat actuel du CHU de Limoges avec le DAC est prévu pour : i) proposer des interventions quotidiennes au sein du SAU et faciliter le retour à domicile des personnes âgées ii) réaliser des évaluations à domicile, en collaboration avec l'Association de Coordination Territoriale en Cancérologie (ACTC) qui a été intégré au DAC.

Descriptif du dispositif

Concernant le programme PRADO, le dispositif visera à poursuivre et consolider les PRADO existants pour la chirurgie orthopédique (le PRADO pourrait être étendu à d'autres actes pour l'orthopédie), pour les patients insuffisants cardiaques et pour les patients hospitalisés pour AVC ou AIT. Des indicateurs de suivi de la mise en œuvre des PRADO ont été définis en amont et pourront être travaillés et affinés, par exemple : *le nombre total de patients éligibles, le nombre total de patients éligibles qui ont bénéficié de l'accompagnement PRADO, le taux de ré-hospitalisation non programmée pour 2 pathologies cibles (ex: fracture du col pour l'orthopédie, nouvelle décompensation cardiaque pour l'insuffisance cardiaque, complication post-AVC), la DMS pour les pathologies cibles*. Enfin des évaluations pourront être organisés pour garantir l'opérationnalité des PRADO existants.

Concernant les parcours, actes, prises en charge pour lesquelles le PRADO est en cours ou envisagé (ex: chirurgie digestive), il s'agira de définir l'organisation de ces parcours et les formaliser, en lien avec la CPAM et les services concernés.

Enfin, dans l'objectif d'améliorer les retours à domicile, le lien avec le dispositif DAC sera renforcé et les actions suivantes sont prévues : i) déploiement du ViaTrajectoire parcours complexe ii) mise en relation DAC/commission des parcours complexes iii) suivi de ces parcours complexes et de la DMS pour ces patients.

Objectifs attendus

Le but recherché du développement et de la consolidation du PRADO est de réduire les risques de ré-hospitalisation non programmées et les ruptures des parcours de soin. Au travers du déploiement des actions visant à organiser les retours à domicile, l'objectif est de permettre une prise en charge globale et sans rupture des patients concernés par un parcours de santé « complexe » / en situation de fragilité et de fluidifier les parcours de soins en aval des hospitalisations.

Les actions à conduire et le calendrier associé

Concernant le PRADO :

2025-2029 : optimisation du fonctionnement du PRADO et suivi de la mise en œuvre à partir des indicateurs définis en amont.

Pour le PRADO concernant les patients âgés de plus de 75 ans :
2025-2026 : actions de sensibilisation en coordination avec la CPAM et suivi des taux de ré-hospitalisations, patients éligibles bénéficiant du PRADO – 2026-2029 : suivi des indicateurs précités.

2026-2029 : pour les parcours/actes concernant lesquels le PRADO est en cours ou envisagé : 2025-2026 : organisation des parcours PRADO avec la CPAM et les cadres – 2026-2029 : suivi des indicateurs précités.

Concernant les retours à domicile / parcours complexes :

2025 : déploiement du ViaTrajectoire parcours complexe, en relation avec la Commission parcours complexes

2025-2027 : mise en relation DAC/commission des parcours complexes

2025-2029 : suivi des parcours et DMS des patients pour lesquels une sortie difficile est prévue.

Les indicateurs de réalisation

- ✳ Des indicateurs de suivi de la mise en œuvre des PRADO, par exemple : *nombre total de patients éligibles, nombre total de patients éligibles qui ont bénéficié de l'accompagnement PRADO, taux de ré-hospitalisation non programmée pour deux pathologies cibles (fracture du col pour l'orthopédie, nouvelle décompensation cardiaque pour l'insuffisance cardiaque, complication post-AVC), suivi de la DMS pour ces pathologies cibles*
- ✳ Parcours / prises en charge pour lesquelles le PRADO a été déployé (ex: chirurgie digestive)
- ✳ Nombre de patients ayant un parcours de santé « complexe » / Nombre de patients bénéficiaires de l'accompagnement par le DAC / suivi des parcours et de la DMS des patients pour lesquels une sortie difficile est prévue

Territorialiser la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) du CHU de Limoges dans le cadre de sa modernisation

Contexte

Dans le cadre du chantier d'ampleur visant à la restructuration du site DUPUYTREN 1, ce projet prévoit notamment le déménagement de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) du CHU de Limoges, actuellement située au sein de ce bâtiment.

Ce projet de modernisation et d'évolution de la PUI du CHU est décliné en plusieurs axes décrits ci-dessous, et porte une dimension territoriale. En effet, le développement d'une plateforme pharmaceutique qui sera redimensionnée dans le cadre de ce projet, devrait permettre de répondre à la massification des achats, du stockage, jusqu'à la préparation nominative des produits de santé pour des établissements membres du GHT Limousin.

Descriptif du dispositif

Le projet de modernisation et d'évolution de la PUI du CHU de Limoges est un projet d'envergure, qui s'inscrit en lien avec le programme fonctionnel établi en 2024 dans le cadre de la restructuration du CHU Dupuytren 1. Ce projet se décline en cinq grands axes :

- ✳ **Bâtimentaire** : un projet bâtimentaire avec un seul site pharmaceutique est prévu, sauf unité de stérilisation.
- ✳ **Équipement** : il s'agira de moderniser l'équipement de la PUI via le déploiement de l'automatisation logistique et la robotisation (ex : robots de dispensation globale et dispensation nominative), ce qui permettra d'optimiser et sécuriser le stockage et l'approvisionnement des produits de santé. En outre, la robotisation nominative permettra d'augmenter la qualité et la quantité des prestations de préparation des doses à administrer pour les services de moyens et longs séjours et ceux de l'EHPAD du CHU, voire pour des établissements du GHT Limousin dans un second temps.
- ✳ **Optimisation des organisations** : il s'agira de redéployer le temps humain (médical et non médical), aujourd'hui embolisé par des tâches manuelles, répétitives et mécaniques pour le rangement, le stockage, les préparations des produits de santé. Ce temps pourra être redéployé au bénéfice de fonctions à plus forte valeur ajoutée, notamment au niveau du circuit du médicament, mais aussi pour renforcer la sécurisation, la pertinence et l'efficacité du recours aux produits de santé, ainsi qu'au travers des soins pharmaceutiques.
- ✳ **Dimension territoriale** : comme mentionné supra, il s'agira de répondre à la massification des achats, du stockage, jusqu'à la préparation nominative des produits de santé pour des établissements membres du GHT Limousin. **Cet aspect vise à rapprocher des équipes pharmaceutiques du territoire, à libérer du temps aux équipes PUI du territoire, aujourd'hui dédié à de la gestion/logistique, permettant ainsi de développer d'autres missions obligatoires des PUI comme la pharmacie clinique.**
- ✳ **Réponse aux cibles environnementales** : enfin, sur le plan bâtimentaire, le programme fonctionnel devra intégrer des cibles environnementales et l'impact des flux logistiques au moyen de

matériels et de véhicules qui se rapprochent d'un objectif « zéro émission ».

Objectifs attendus

Les grands objectifs sont : i) sécuriser la préparation des médicaments en réduisant les non conformités au niveau de la dispensation et les erreurs médicamenteuses évitables ii) augmenter les capacités de préparation nominatives des médicaments au bénéfice du CHU et du territoire iii) optimiser l'organisation médicale et paramédicale au sein des secteurs de la PUI et, plus largement, les organisations permettant de sécuriser le recours aux produits de santé, au plus proche des unités de soins iv) contribuer à l'amélioration de la qualité de vie au travail etc...

Les actions à conduire et le calendrier associé

2025 : poursuite de la démarche projet concernant la modernisation de la PUI

2027-2029 :

- inscrire dans le PPI 2027-2028, des crédits nécessaires à l'automatisation, à la robotisation de la livraison ainsi qu'à l'envoi des dotations dans les services. Les crédits devront être réévalués au regard des moyens techniques inexistants actuellement, qu'il conviendra d'acquérir.

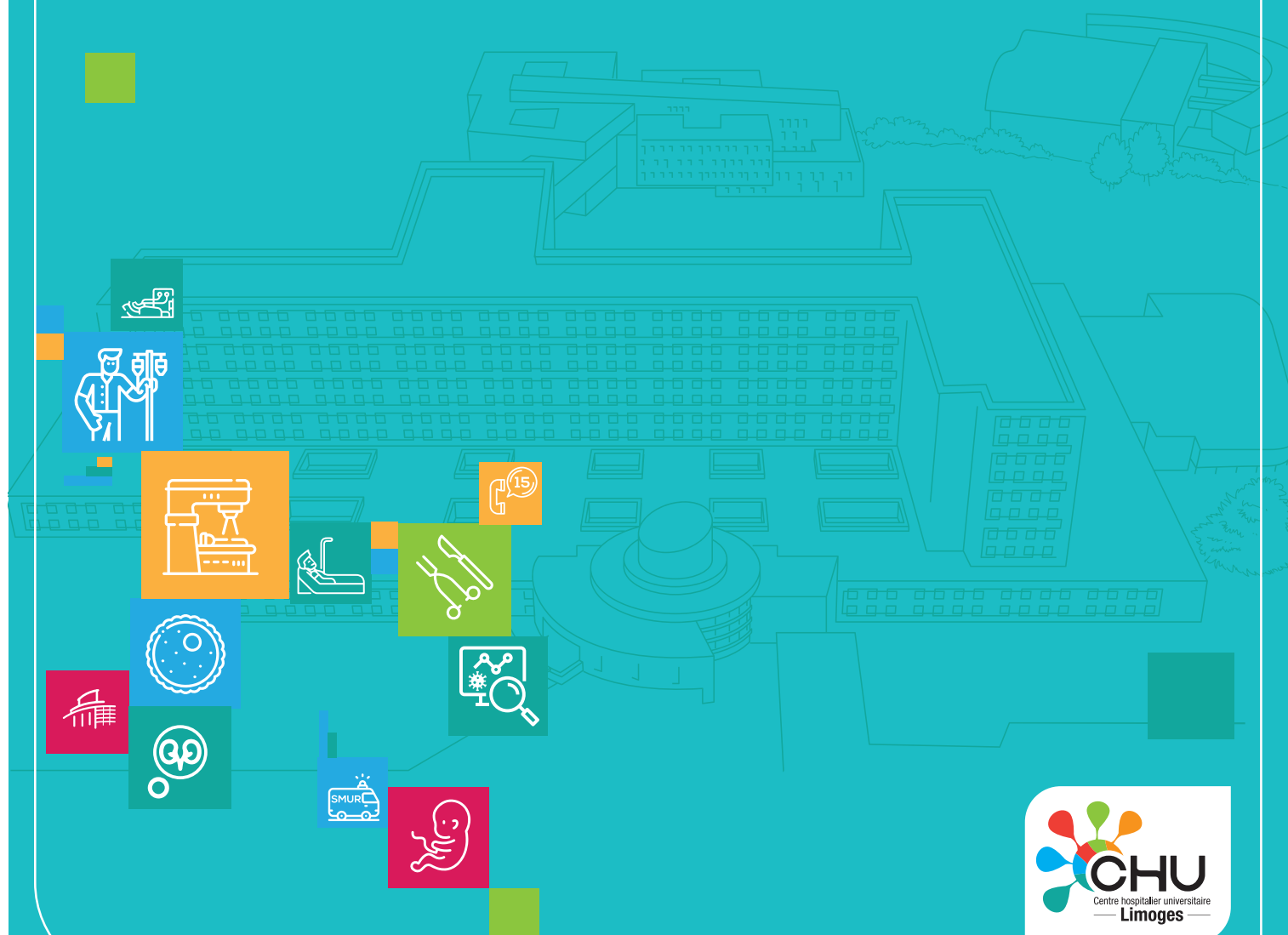
- mesurer le PPI nécessaire à la nouvelle PUI. La redéfinition des rôles de chacun et l'organisation des tâches partagées sur plusieurs secteurs de la PUI, seront objectivées par un calcul de la charge de travail et plus généralement une structuration des coopérations entre ces différents services.

Les indicateurs de réalisation

- ✳ Délais de préparation des commandes (réduction)
- ✳ Nombre de non-conformités au sein du circuit des PS
- ✳ Temps PPH redéployé sur des activités de pharmacie clinique
- ✳ Recrutements à la PUI et au magasin général (nombre, qualité, profils sur des postes évolutifs permettant des passerelles entre PUI et logistique et offrant des perspectives) : Nombre de professionnels de la PUI accédant à une évolution des compétences (magasinier □ PPH)
- ✳ Nombre d'établissements du GHT bénéficiant des prestations de la plateforme / Nombre de RH partagés entre établissement sur le territoire (dans un second temps)
- ✳ Nombre de services bénéficiant d'activités de pharmacie clinique
- ✳ Indicateur développement durable : mesure des émissions de GES de la PUI



RELEVER LE DÉFI DU VIEILLISSEMENT ACCRU DANS LE LIMOUSIN ET ÊTRE ATTENTIF AUX BESOINS DES POPULATIONS VULNÉRABLES



Axe 4 : relever le défi du vieillissement accru dans le Limousin et être attentif aux besoins des populations vulnérables

Le CHU de Limoges, dont la population anticipe le vieillissement de 25 ans par rapport au reste de la France se doit d'être pionnier dans l'attention portée aux personnes âgées, porteuses de pathologies chroniques, et/ou en situation de fragilité.

1 – Améliorer le parcours de soins des patients âgés et développer une prise en charge globale, pluridisciplinaire et coordonnée

Parmi les actions du projet médical il s'agira d'une part **de développer une prise en charge globale, pluridisciplinaire et coordonnée des patients âgés en interne, notamment au sein des services non gériatriques du CHU**. L'objectif est aussi d'apporter une réponse adaptée à la complexité de la prise en charge du patient âgé polypathologique. Cela se traduit notamment par la création d'une unité pilote de cardiogériatrie, la structuration d'une Unité péri-opératoire de gériatrie (UPOG) et le déploiement de filières de prise en charge du sujet âgé polypathologique (ex : filière « patients âgés chuteurs »).

L'évaluation systématique de l'autonomie et la fragilité pour tous les patients âgés de 75 ans et plus en hospitalisation non programmée est aussi une réponse apportée pour rester attentif aux besoins spécifiques.

Pour fluidifier les prises en charge, le CHU entend : faciliter les hospitalisations directes par le biais de la plateforme d'avis et d'orientation gériatrique existante et de l'unité « circuit court » de 10 lits qui pourra être renforcée jusqu'à 10 lits supplémentaires en fonction des effectifs ; favoriser l'intervention pour avis d'un médecin gériatre de l'équipe mobile de gériatrie (EMG « urgences ») pour les patients personnes âgées aux urgences et à l'UHCD afin de permettre une orientation adaptée ; orienter en proposant des filières distinctes selon que le patient relève de la gériatrie ou non.

En outre, **plusieurs solutions viendront soutenir le besoin de mieux anticiper et organiser la sortie du sujet âgé** (renforcement de l'Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillissement (UPSAV), déploiement de l'EMG parcours de soin auprès des médecins traitants et médecins coordonnateurs et consolidation des outils de communication pour renforcer les liens ville-hôpital).

2 - Mieux accompagner la fin de vie et porter une attention aux vulnérabilités liées au handicap

Pour mieux accompagner les patients et usagers en situation de handicap, avec l'ambition d'être l'établissement de recours au niveau de l'ex-région Limousin. Une coordinatrice du parcours des patients en situation de handicap a été recrutée et son action devra servir une plus grande accessibilité aux soins, à l'instar du dispositif des consultations blanches, la valorisation de l'offre existante et la mise en place d'un espace d'accueil dédié.

L'accompagnement de la fin de vie et la structuration de la prise en charge des soins palliatifs à l'échelle du GHT Limousin est un autre domaine dans lequel l'action du CHU est à renforcer. Dans cet objectif, l'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) sera consolidée auprès des structures d'hébergement du territoire (USLD, EHPAD) et étendue aux structures du secteur social et du handicap. A l'échelle du GHT, un travail sera conduit concernant les modalités de rapprochement des structures de soins palliatifs du GH, pouvant aller jusqu'à la constitution d'un pôle inter-établissements (PIE), pour mieux répondre aux enjeux régionaux en termes d'accès aux soins, de permanence et de continuité des soins palliatifs.

Développer une prise en charge pluridisciplinaire et adaptée des patients personnes âgées souvent polypathologiques

Contexte

La conjonction du vieillissement de la population, de la progression des pathologies chroniques, de l'évolution importante du nombre de personnes âgées à risque de dépendance et de l'émergence de problématiques spécifiques liées à la prise en charge du sujet âgé représente un défi majeur pour le CHU pour les années à venir.

Dans ce contexte, l'un des enjeux sera de développer une prise en charge globale, pluridisciplinaire et coordonnée des personnes âgées, notamment au sein des services non gériatriques du CHU.

Descriptif du dispositif

En premier lieu, le dispositif vise à **proposer une évaluation de l'autonomie et de la fragilité des patients personnes âgées**, coordonnée par l'Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) et qui s'adresse à une population prioritaire définie, à savoir :

- ✱ tout patient en hospitalisation non programmée, au sein de tous les services MCO hors gériatrie et HFME ;
- ✱ si le patient a 85 ans ou plus, l'évaluation sera systématique ;
- ✱ elle sera réalisée à la demande pour les patients de 75 à 85 ans.

Cette évaluation sera réalisée par les IDE avec l'intervention du gériatre pour les cas complexes, **combinée au déploiement d'un outil SI de repérage des fragilités**. Des actions de sensibilisation en direction des services MCO pour l'évaluation de la fragilité et de l'autonomie (ex: formation Flash ou séminaire annuel...) seront déployées.

Par ailleurs, **afin de renforcer les prises en charge transversales et pluridisciplinaires du patient âgé polypathologique**, plusieurs actions sont prévues : d'une part la création d'une unité pilote de cardiogériatrie en médecine gériatrique et d'autre part le développement des avis spécialisés (par exemple en oncogériatrie et en infectiogériatrie). Des évaluations gériatriques en pré et post opératoire seront également déployées et la création d'une unité de péri-opératoire de gériatrie (UPOG) est prévue afin d'améliorer la prise en charge du sujet âgé en chirurgie.

Enfin, **le dispositif vise à soutenir le développement de filières pour la prise en charge du sujet âgé polypathologique** (ex: parcours pour les patients de 85 ans ou plus polypathologiques et insuffisants cardiaques en sortie d'hospitalisation, filière patients de plus 75 ans chuteurs et polypathologiques).

Objectifs attendus

Les objectifs sont : i) envisager la situation du patient âgé dans sa globalité (symptômes, situation individuelle et sociale, etc), y compris au sein des services non gériatriques ii) répondre aux besoins croissants sur le territoire et à la complexité de la prise en charge du patient âgé polypathologique

Les actions à conduire et le calendrier associé

1 – Déployer une évaluation de l'autonomie et de la fragilité des patients personnes âgées

2025 – 2029 : 1.élaborer la méthodologie pour réaliser une évaluation de l'autonomie et de la fragilité des patients âgés coordonnée par l'EMG au sein de tous les services MCO (hors gériatrie et HFME) **2.identifier, sélectionner et déployer l'outil SI de repérage des fragilités...**

2 - Renforcer la prise en charge globale du patient âgé polypathologique

2025-2029 :

- **développer une unité pilote de cardiogériatrie** en médecine gériatrique : pour ce faire, il s'agira notamment d'étudier le capacitaire de cette unité après analyse des données PMSI en lien avec le SIME.

- **poursuivre le développement des avis spécialisés :**

✱ **En oncogériatrie** dans le cadre de l'Unité de Coordination en Oncogériatrie existante (UCOG) en lien avec tous les services impliqués dans la prise en charge oncologique des patients âgés de 75 ans et plus

✱ **En infectiogériatrie** en lien avec la MIT en positionnant un gériatre expert en infectiologie et en lien avec l'EMG

- **organiser le déploiement des évaluations gériatriques en pré et post opératoire** dans le cadre de la RAAC dans un service pilote : identification du service (par exemple le service de Chirurgie digestive...), définition des modalités d'évaluation, puis lancement...

- **structurer une Unité péri-opératoire de gériatrie (UPOG)** dans un service pilote (ex : Service d'orthopédie)

- **déployer la filière « patients âgés insuffisants cardiaques »** qui s'adresse aux patients de 85 ans ou plus, polypathologiques et insuffisants cardiaques en sortie d'hospitalisation et qui comprend : i) une évaluation à domicile de la fragilité et de l'autonomie des patients par l'Equipe mobilité gériatrique fragilité en présentiel et avec les outils connectés (Cohorte FREEDOM, ii) la mise en place de la Télésurveillance médicale en lien avec l'UPSAV (protocole Icare)

- **déployer la filière « patients âgés chuteurs » à destination des patients âgés de plus 75 ans chuteurs et polypathologiques en sortie d'hospitalisation**, qui comprend un suivi à domicile par l'Equipe mobile gériatrique parcours de soin pour une évaluation socio-environnementale (IDE, ergothérapie, psychomotricité...) en présentiel et avec les outils connectés. (Cohorte FREEDOM).

Les indicateurs de réalisation

- ✱ Nombre de patients pris en charge et nombre d'avis apportés par l'EMG intra-hospitalière
- ✱ Nombre de patients âgés ≥ 85 ans polypathologiques et insuffisants cardiaque en Télésurveillance médicale
- ✱ Création des deux unités (Cardiogériatrie et UPOG)
- ✱ Nombre de patients suivis dans la cohorte FREEDOM (Fragilité, Recherche Et Evaluation à DOMicile)
- ✱ Nombre de séminaire ou d'ateliers de formation organisés par le Service de Gériatrie à destination des services hors gériatrie

Fluidifier la prise en charge des personnes âgées

Contexte

En 2023, 21,6 % des passages au SAU du CHU de Limoges concernaient des patients de plus de 75 ans (vs 21,4 % en 2021) et la durée de passage de ces patients était de 16 heures (vs 9 heures pour l'ensemble des patients adultes).

L'admission par les urgences des personnes âgées, notamment polypathologiques et dépendantes, n'est pas optimale et ces patients peuvent arriver aux urgences « par défaut », autrement dit, pour un motif ne relevant pas de l'urgence médicale. Le service de gériatrie du CHU est aussi majoritairement identifié en interne comme le principal interlocuteur pour la prise en charge de ces patients, même lorsque leurs symptômes justifieraient une admission dans un service spécialisé.

Dans ce contexte, les circuits courts et les hospitalisations directes sont notamment à privilégier pour permettre une prise en charge plus rapide et plus adaptée des personnes âgées.

Descriptif du dispositif

Dans l'objectif de fluidifier la prise en charge des patients personnes âgées au sein de l'établissement, le dispositif se décline comme suit :

en premier lieu, **une plateforme d'avis et d'orientation en gériatrie a été mise en place**, ainsi que la création d'une unité de 10 lits (circuit court), permettant les hospitalisations directes. **Cette unité sera renforcée jusqu'à 10 lits supplémentaires**, en fonction des effectifs paramédicaux.

un gériatre de l'équipe mobile de gériatrie (EMG) interviendra pour avis (EMG « urgences ») aux urgences deux fois par jour 5 jours/7 et orientera si besoin les patients âgés de 75 à 85 ans. Il réalisera également les visites médicales auprès des patients admis en UHCD.

en outre, **des critères pour les « patients gériatriques », « patients non gériatriques » et filières distinctes** seront définis ainsi :

- ✳ **Concernant les patients âgés de 85 ans ou plus**, ces patients relèvent de **préférence d'une prise en charge gériatrique** : ils sont donc soit orientés directement vers le service de gériatrie soit vers un service MCO selon le profil clinique et avec une prise en charge systématique par l'EMG intra hospitalière au sein du service concerné.
- ✳ **Concernant les patients de 75 à 85 ans**, ces patients ne relèvent pas systématiquement d'une prise en charge gériatrique : ils peuvent être orientés selon le profil clinique vers le service gériatrie ou si besoin prendre un avis EMG Urgences (IDE ± Gériatre) avant orientation. L'équipe médicale du SAU sollicitera selon le besoin une demande d'avis auprès de l'EMG « urgences ».

Enfin, **les patients sortant des urgences seront intégrés dans la filière gériatrique en fonction des besoins** de bilans complémentaires (ex : HDJ, Consultation mémoire, Consultation gériatrique) et les sorties seront anticipées et préparées en amont (cf. fiche 4.3).

Objectifs attendus

Les grands objectifs sont : i) fluidifier la prise en charge des patients personnes âgées en interne et éviter les recours non pertinents aux urgences du sujet âgé ii) diminuer la durée de passage aux urgences des patients personnes âgées et les ré-hospitalisations non-programmées.

Les actions à conduire et le calendrier associé

2025-2029 :

- ✳ **poursuivre le déploiement de la plateforme d'avis et d'orientation en gériatrie et renforcer l'unité avec 10 lits supplémentaires** (admission directe)
- ✳ **diffuser la plaquette d'information concernant cette plateforme aux médecins de ville et aux EHPAD** pour avis gériatrique et admission directe en gériatrie aiguë. En outre, pour tout patient âgé (≥ 75 ans) sortant du SAU, la plaquette de la plateforme sera jointe à lettre de liaison à destination du médecin traitant et/ou coordonnateur pour les EHPAD
- ✳ **déployer les modalités prévues** (cf. « patients gériatriques » et « patients non gériatriques » et l'intervention de l'EMG « urgences »)
- ✳ **anticiper et organiser les sorties** des patients personnes âgées (en lien avec la Fiche action 4.3)
- ✳ **intégrer les patients sortant des urgences dans la filière gériatrique** en fonction des besoins de bilans complémentaires (HDJ, consultation mémoire, consultation gériatrique, équipe mobile gériatrique extrahospitalière, admission directe via la plateforme si besoin ré-hospitalisation pour prise en charge de syndromes gériatriques).

Les indicateurs de réalisation

- Nombre de passage aux urgences des personnes âgées (évolution)
- Durée de passage aux urgences pour les personnes âgées (diminution)
- Evolution du nombre de patients personnes âgées pris en charge
- Renforcement de la qualité de l'accueil aux urgences pour les patients personnes âgées

Anticiper et organiser les sorties des patients personnes âgées

Contexte

Parmi les principaux motifs des longues durées de séjour figure notamment la difficulté liée à la sortie des patients personnes âgées.

En effet, alors que les problématiques sociales sont diverses (isolement, difficultés financières, ...), il revient souvent à l'hôpital d'organiser les sorties d'hospitalisation des personnes âgées vers le domicile aussi bien qu'en SMR, Unité de Soins de Longue Durée ou en EHPAD.

Dans ce contexte, **l'anticipation et l'organisation des sorties des patients personnes âgées**, en lien avec les acteurs du territoire, représente un enjeu majeur pour le CHU.

Parmi les leviers existants, le dispositif d'appui à la coordination (DAC) permet actuellement, par le biais d'interventions quotidiennes aux urgences, de fluidifier le retour à domicile ou l'orientation la plus pertinente du patient âgé.

Descriptif du dispositif

Dans l'objectif d'anticiper le devenir du patient âgé hospitalisé dès son admission en MCO, en lien avec le service de gériatrie du CHU, et de sécuriser la sortie et le maintien à domicile (ou dans la structure concernée), le dispositif visera à :

- ✳ **sensibiliser et former les assistantes sociales** pour préparer la sortie d'hospitalisation du sujet âgé
- ✳ **structurer et consolider l'Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillissement (UPSAV) en trois entités** pour sécuriser le retour et maintien à domicile ou dans la structure concernée
- ✳ **déployer l'EMG parcours de soin** auprès des médecins traitants et des médecins coordonnateurs
- ✳ **sensibiliser au parcours gériatrique intra-hospitalier et territorial** par le biais d'ateliers biannuels assurés par l'Equipe Mobile d'Évaluation Gérontologique (EMEG) intra-hospitalière
- ✳ **déployer un outil SI unique en interne** pour renforcer le lien ville-hôpital. A l'échelle du GHT **un dossier gériatrique unique** pour tous les patients âgés de 75 ans et plus, sera déployé.

Objectifs attendus

Les objectifs sont : i) sécuriser le retour à domicile (et son maintien) ou l'orientation la plus pertinente du patient personne âgée (service de court séjour, SMR ou EHPAD) ii) sensibiliser les services et les professionnels (notamment assistantes sociales) au parcours gériatrique et aux besoins des patients âgés lors d'une sortie d'hospitalisation iii) améliorer la prise en charge et le développement de l'expertise gériatrique « hors les murs »

Les actions à conduire et le calendrier associé

1- Accompagner les assistantes sociales

2025 : organiser des ateliers de sensibilisation et formation en interne

à l'attention des assistantes sociales concernant le parcours gériatrique et les besoins des patients âgés lors d'une sortie d'hospitalisation

Dès 2025 : informer et préparer le patient et sa famille aux suites de l'hospitalisation au travers de la réalisation d'un bilan médico-social

2- Projeter l'expertise gériatrique « hors les murs » pour sécuriser les retours à domicile (ou dans la structure concernée) et accompagner les services en interne

2025 – 2029 : Mettre en œuvre le dispositif prévu concernant **l'UPSAV décliné en trois entités** pour sécuriser le recours et maintien à domicile et **visant à répondre aux besoins extrahospitaliers des patients et professionnels de santé** :

- ✳ **une EMG parcours de soin** (composée d'IDE, médecins et rééducateurs) avec un délai d'intervention de 48 à 72 H pour sécuriser le retour et maintien à domicile ou en EHPAD concernant les cas complexes. L'EMG parcours de soin sera aussi déployée à destination des médecins traitants et des médecins coordonnateurs en lien avec la plateforme de régulation gériatrique.
- ✳ **une EMG prévention** (IDE ± gériatre) pour la prévention de la perte d'autonomie et des hospitalisations ;
- ✳ le déploiement du télé-suivi et téléexpertise sera renforcé (notamment via la sensibilisation des patients / aidants pour l'utilisation des outils de télé-suivi et la formation des professionnels PM/PNM).

A partir de 2026 : développer des actions de sensibilisation réalisées par l'EMG intra-hospitalière auprès des autres services concernant le parcours gériatrique intra-hospitalier et territorial (fréquence : annuel voire biannuel)

4 – Harmoniser les outils de communication pour renforcer les collaborations ville-hôpital

2026-2029 (à confirmer) :

- ✳ déployer un outil SI unique en interne pour fluidifier les échanges avec la médecine de ville (à ce jour plusieurs outils sont utilisés : paaco, omnidoc, webex...).
- ✳ développer à l'échelle du GHT un dossier gériatrique unique pour tous les patients âgés de 75 ans.

Les indicateurs de réalisation

- ✳ Indicateurs liés à la sortie du patient personne âgée (dont diminution du délai, gestion des situations complexes ...)
- ✳ Nombre d'assistantes sociales formées
- ✳ Nombre de bilans médico-sociaux réalisés
- ✳ Nombre de patients bénéficiant d'un télé-suivi après la sortie (et évolution)
- ✳ Nombre de consultations post hospitalisation (gériatrique et mémoire)

Consolider l'accompagnement de la fin de vie et structurer la prise en charge des soins palliatifs au sein du GHT

Contexte

L'accompagnement de la fin de vie est un processus qui engage divers partenaires dans un projet au service de la personne. Il suppose une approche pluriprofessionnelle et interdisciplinaire intégrant les droits, l'histoire, la situation sociale, la spiritualité et les souhaits du patient.

Au sein de l'établissement, une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) se déplace auprès des équipes soignantes pour proposer un accompagnement personnalisé du patient en fin de vie et permet de sensibiliser et former les équipes médico-soignantes.

Le CHU souhaite poursuivre l'ensemble des actions engagées en faveur d'un renforcement de l'accompagnement des patients en fin de vie, au bénéfice de l'ensemble du territoire.

Descriptif du dispositif

Le dispositif visera à :

- ✳️ **déployer et étendre l'intervention de l'EMSP** et proposer un programme de formation adapté aux enjeux de chaque secteur (social, le secteur du handicap, de l'hébergement et du soins) ;
- ✳️ **identifier et déployer des actions afin de mieux accompagner la fin de vie** en termes de droits des patients et concernant l'information sur les directives anticipées ;
- ✳️ **structurer la prise en charge des soins palliatifs au sein d'un vaste territoire** pour répondre et s'adapter aux enjeux régionaux en termes d'accès aux soins et de permanence et continuité des soins palliatifs. Cela pourra notamment se traduire par la constitution d'un pôle inter-établissement.

Objectifs attendus

Les grandes orientations sont : i) développer l'accès à l'équipe mobile de soins palliatifs dans toutes les structures et de façon adaptée aux enjeux de chaque secteur ii) permettre l'accès à des soins palliatifs sur le vaste territoire du GHT iii) garantir un accès renforcé à l'information concernant la réflexion éthique dans les situations de fin de vie en direction des équipes médico-soignantes

Les actions à conduire et le calendrier associé

2025-2026 : Consolider l'intervention de l'EMSP auprès des structures d'hébergement du territoire (USLD, EHPAD). Pour ce faire, il sera nécessaire de :

- ✳️ développer et formaliser le partenariat entre l'EMSP et les structures d'hébergement (USLD et EHPAD)
- ✳️ actualiser les conventions passées entre les l'EMSP et les différentes structures d'hébergement
- ✳️ mettre à disposition un système de boîte à outils afin d'identifier précocement les résidents et patients relevant d'une démarche palliative, ainsi que ceux nécessitant l'intervention précoce de l'EMSP

2025 : Déployer l'EMSP plus largement auprès des structures du social et du secteur du handicap :

- ✳️ au sein des structures Lits Haltes Soins Santé (LHSS) et Lits d'Accueils Médicalisés (LAM). Pour ce faire il s'agira de définir et protocoliser l'organisation de la prise en charge palliative de cette population en tenant compte des particularités de leur prise en charge
- ✳️ auprès des professionnels du secteur du handicap : via le déploiement de formations en direction des professionnels de ce secteur et l'évaluation de ces formations

2025-2026 :

- ✳️ développer des actions d'information des professionnels de santé sur les droits des patients et le devoir d'information des patients concernant la possibilité de rédiger des directives anticipées.
- ✳️ formaliser le développement de l'aide à la réflexion éthique en équipe, par l'intermédiaire d'un soutien à la réalisation des procédures collégiales.

2025 – 2028 :

- ✳️ **définir les modalités de rapprochement des structures de soins palliatifs du GHT**, pouvant aller jusqu'à la constitution d'un pôle inter-établissements pour s'adapter aux enjeux régionaux en termes de maillage territorial et d'accès aux soins palliatifs (dans un souci de permanence et de continuité des soins palliatifs)
- ✳️ protocoliser et définir l'articulation avec le SAMU-Centre 15

2026-2027 : Améliorer les outils de traçabilité et de partage d'information.

Les indicateurs de réalisation

- ✳️ Nombre d'heures de formations réalisées
- ✳️ Nombre de professionnels formés
- ✳️ File active EMSP
- ✳️ Nombre de nouveaux patients EMSP
- ✳️ Nombre d'actes par patient suivi
- ✳️ Rapport annuelle d'expérience patients
- ✳️ Valorisation des actions en termes de recherche
- ✳️ Suivi des créations de postes en rapport avec les actions mises en place

Renforcer les parcours de soins des patients en situation de handicap

Contexte

Selon la loi du 11 février 2005, le handicap se définit par « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. ».

Le CHU de Limoges a engagé plusieurs actions pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap au sein de l'établissement et l'accès aux soins. Il a pour ambition d'être l'établissement de recours au niveau de l'ex-région Limousin.

La demande a pu être précisée suite aux enquêtes Handiconsultes, permettant d'identifier des activités prioritaires : l'odontologie, l'ORL, la Gynécologie et l'imagerie en coupes.

Des mesures ont aussi été mises en place au sein du CHU pour renforcer l'accessibilité aux soins des personnes en situation de handicap telles que : l'ouverture d'une unité d'accueil et de soins pour sourds (UASS) et le déploiement d'une filière spécifique au handicap pour l'odontologie.

Des consultations blanches sont également assurées en interne pour les patients atteints de troubles cognitifs ? par exemple, afin que ces publics puissent bénéficier de ce dispositif « d'habitation ».

Descriptif du dispositif

Une coordinatrice du parcours de soins des patients en situation de handicap a été recrutée au sein du CHU de Limoges.

Le dispositif visera à poursuivre et à consolider les actions engagées pour améliorer la prise en charge des patients en situation de handicap et renforcer leur accessibilité aux soins à l'instar du dispositif des consultations blanches qui sera étendu (ex : service d'ORL). Le projet s'appuie sur un plan de communication pour valoriser et développer l'offre existante.

En outre, la mise en place d'un espace d'accueil dédié (bureau, numéro de téléphone spécifique handicap) est prévue.

Objectifs attendus

- ✳ Pour les patients en situation de handicap : personnalisation de l'accompagnement, un accès aux soins renforcé ainsi que le développement du droit des patients atteint d'un handicap et le renforcement de la place des aidants.
- ✳ Pour le CHU : organiser et coordonner l'offre de soins en lien avec les structures et autres établissements du territoire et en particulier du CHS Esquirol.

Les actions à conduire et le calendrier associé

Pour la période 2025-2029 :

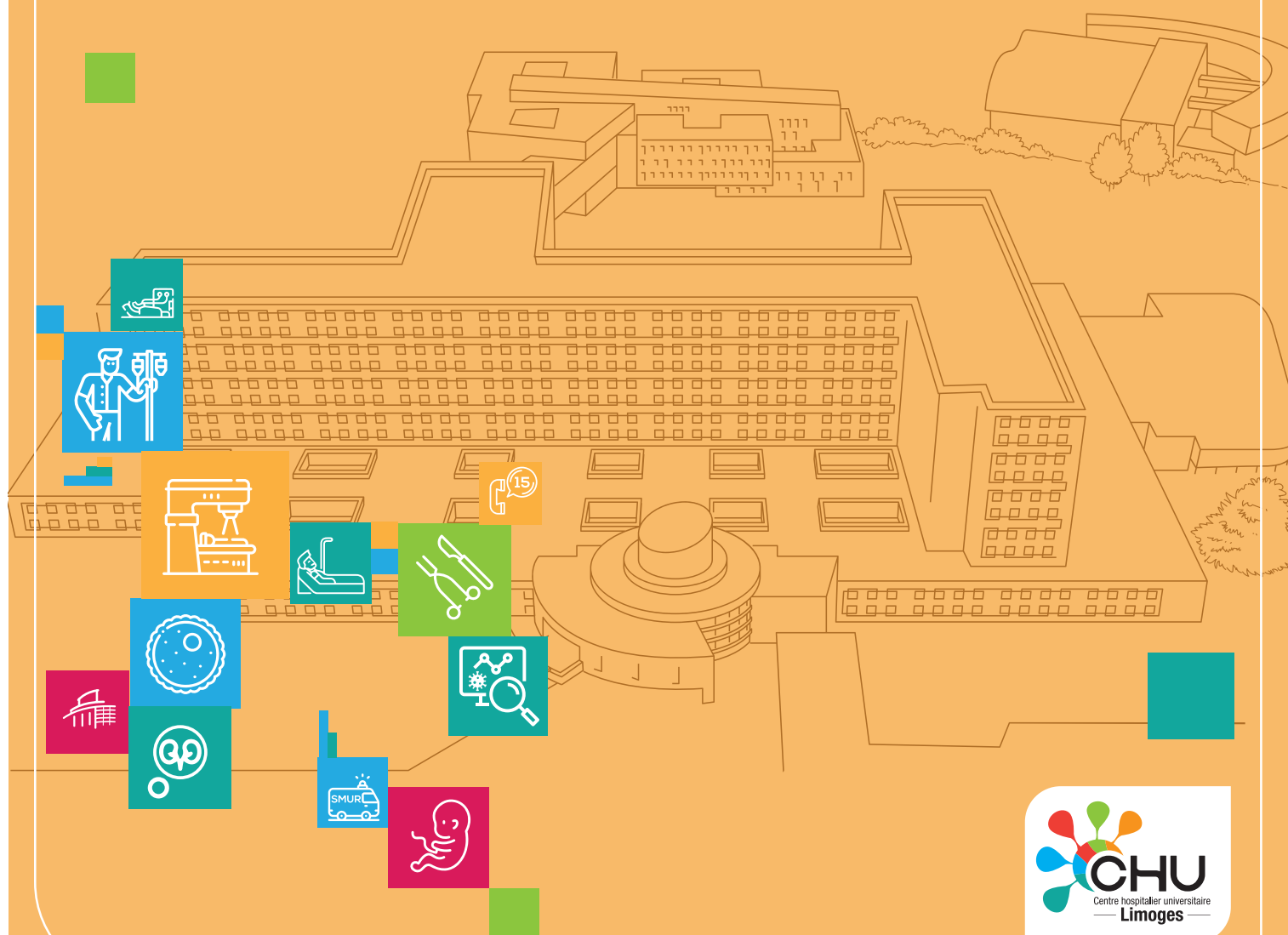
- ✳ adapter l'offre de soins aux besoins identifiés en formalisant et renforçant des parcours de soins programmés spécifiques (consultations, Hdj, ambulatoire)
- ✳ faciliter l'accès au plateau technique (secteur d'imagerie, secteurs interventionnels, ...)
- ✳ améliorer l'accueil non programmé des patients handicapés et organiser des circuits courts d'accueil d'urgence
- ✳ sensibiliser et former les professionnels au handicap
- ✳ développer l'usage des nouvelles technologies (télé expertise, télémedecine, simulation) dans le champ du handicap et promouvoir le développement de la recherche
- ✳ renforcer le lien avec les partenaires territoriaux (Handiconsult, établissements médico-sociaux, associations..)

Les indicateurs de réalisation

- ✳ File active de patients en situation de handicap suivis en consultations spécialisées (Odontologie, ORL, HFME ...)
- ✳ Nombre de patients et/ou aidants, structures spécialisées ayant sollicité l'IDEC
- ✳ Taux de satisfaction des usagers handicapés, aidants
- ✳ Nombre d'actions de formation ou de sensibilisation en lien avec le handicap
- ✳ Nombre de professionnels formés ou sensibilisés
- ✳ Nombre de conventions ou partenariats formalisés



RENFORCER LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES



Axe 5 : renforcer la prévention et la prise en charge des maladies chroniques

1 - Développer la prévention et la promotion de la santé

Chaque année en France, 140 000 personnes sont touchées par un cancer évitable et on estime que 40% des cancers sont attribués aux modes de vie (notamment consommation de tabac et d'alcool) et aux facteurs environnementaux. Il est donc primordial que tous les acteurs de santé s'orientent davantage vers la prévention et la promotion de la santé, pour améliorer l'état de santé de la population. L'ambition est de passer **d'une culture centrée sur le soin à une vision plus large de la santé**.

Le CHU de Limoges souhaite ainsi répondre à ce défi majeur par le développement des programmes et actions de prévention, de santé publique et de promotion de la santé, en lien avec les acteurs du territoire. A ce titre, une feuille de route de prévention, santé publique et promotion de la santé a été construite en 2024 et a permis l'identification de six thématiques prioritaires (vaccination, prévention des cancers, « bien vieillir », nutrition (alimentation et activité physique adaptée) et prévention contre les addictions) et de trois thématiques transversales (santé environnementale, lutte contre la sédentarité, développement des compétences psychosociales). Cette feuille de route vise à définir et coordonner l'ensemble des actions dans ces domaines. Dans le cadre du projet médical 2025-2029, cette feuille de route sera actualisée sur la période couverte par le projet médical et ses actions seront poursuivies.

D'autres actions spécifiques pourraient être étudiées (par exemple le développement de consultations de sevrage tabagique, des actions qui sont à définir visant à améliorer la couverture vaccinale, le soutien au développement du métier d'animateur en santé publique et environnementale, l'extension des interventions « hors les murs » en lien avec les acteurs du territoire, telles que des actions à visée de dépistage pour les pathologies chroniques auprès de population en situation de précarité.

Par ailleurs, bien la vaccination des patients incombe au médecin traitant, la complexité et les exigences des suivis médicaux des personnes atteintes de maladies chroniques et immunodéprimés, auxquelles s'ajoutent un contexte de ressources limitées de praticiens en médecine générale, ont pour conséquence en définitive, un suivi de ces patients très majoritairement, voire exclusivement par leurs spécialistes médicaux.

L'étude COVARISQ en 2017, et d'autres enquêtes soulignent une sous-vaccination importante de ces patients, et des conséquences sur le système de santé.

En réponse à cet enjeu, le CHU de Limoges souhaite ainsi, en s'appuyant sur les médecins praticiens, les infirmières en pratique avancée (IPA) et les pharmaciens, développer la vaccination pour les personnes atteintes de maladies chroniques et immunodéprimés.

2 – Permettre au patient d'être acteur de ses soins

Afin de mieux répondre aux besoins croissants des patients atteints de maladies chroniques et donner à chaque patient / usager l'opportunité d'être « acteur » de sa prise en charge, le projet médical entend soutenir le déploiement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) coordonné par l'UTTEP 87 (Unité Transversale et Territoriale d'Éducation Thérapeutique du Patient de la Haute-Vienne). Il s'agira plus particulièrement d'accompagner la mise en place de cinq nouveaux programmes à l'échelle du CHU, ainsi que le déploiement d'un programme d'ETP concernant la polypathologie de la personne âgée en commun avec les autres CH du GHT. Le déploiement de l'ETP en distanciel (e-ETP) sera également proposé pour assurer un accompagnement au plus près du lieu de vie des patients et limiter leurs déplacements.

La poursuite du déploiement des « patients intervenants » par l'augmentation de leur recrutement, de leur formation (en ciblant la formation de 5 patients intervenant par an) et une plus grande intégration de ces acteurs au sein des services.

3 – Adapter le dispositif d'hospitalisation de jour partagée pour répondre au développement des maladies chroniques

L'HDJ couvre actuellement, au sein d'un même site, quatre disciplines permettant de prendre en charge diverses pathologies : Médecine interne, Rhumatologie, Endocrinologie-Diabète et Dermatologie. Cette organisation partagée permet d'optimiser les prises en charges mais rencontre aussi certaines limites comme le nombre de places limité et non adapté au regard de la prévalence des pathologies prises en charge et une organisation actuelle (mutualisation à quatre spécialités) qui pourrait être améliorée pour contribuer à une plus grande qualité des soins et un meilleur service rendu aux usagers.

Les actions à mener concernent donc la poursuite des prises en charges actuelles et le développement de nouvelles activités, à favoriser une « montée en compétence » des professionnels soignants intervenants, pour chaque spécialité, en étudiant la possibilité d'une éventuelle spécialisation sur deux spécialités médicales (au lieu de quatre), afin de contribuer à améliorer la qualité et l'efficacité des soins apportés et à étudier les besoins en ressources humaines et en termes de capacité pour ces spécialités et en lien avec l'augmentation du niveau d'activité de l'HDJ.

Déployer les programmes et les actions dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé

Contexte

Chaque année en France, **140 000 personnes sont touchées par un cancer évitable**. On estime que plus de 40 % des cancers sont attribués aux modes de vie (notamment consommation de tabac et d'alcool) et aux facteurs environnementaux. Pour améliorer l'état de santé de la population, il est primordial d'orienter les services de soins, notamment hospitaliers, vers la prévention et la promotion de la santé. Il s'agit de **passer d'une culture centrée sur le soin à une vision positive de la santé**, telle que définie par l'OMS : « *la santé est un état complet bien être, physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». La prévention nécessite en outre d'impliquer les professionnels concernés au-delà du secteur du soin et de mieux prendre en compte l'ensemble des déterminants de santé comme les facteurs socio-économiques.

Face à ce défi majeur, le CHU de Limoges souhaite y répondre par le **développement des programmes et actions de prévention, de santé publique et de promotion de la santé**, en lien avec les acteurs de son territoire. Le service santé et environnement du CHU a élaboré, après concertation avec le centre de données cliniques et de recherche du CHU (CDCR) et avec le pilote de la stratégie départementale de santé publique (ARS DD-87 Haute-Vienne), une « feuille de route » pour 2024 visant à définir et coordonner les actions dans ce champ. **Six thématiques prioritaires** (vaccination, prévention des cancers, « bien vieillir », nutrition (alimentation et activité physique adaptée) et prévention contre les addictions) et **trois thématiques transversales** (santé environnementale, lutte contre la sédentarité, développement des compétences psychosociales) **sont identifiées dans cette feuille de route**. En outre, afin de soutenir les établissements de santé dans le déploiement opérationnel d'actions dans ce domaine (prévention, santé publique), l'ARS Nouvelle-Aquitaine finance un poste de chargé de mission « animateur en santé publique » qui intervient à l'échelle du GHT.

Descriptif du dispositif

Afin de **développer les programmes et les actions dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé pour la période 2025-2029**, et en lien les missions de participations aux actions de santé publique qui incombent à tout établissement de santé (éducation pour la santé et prévention), le dispositif se traduira par :

1. Développer les actions de prévention et promotion de la santé en interne

- ✳ **développement des journées de prévention et promotion de la santé et des campagnes nationales** au sein du CHU et à l'échelle du GHT Limousin, **en priorité pour les thématiques** identifiées par la feuille de route. **Sont concernés** : les campagnes de dépistages organisés du cancer, de dépistage des pathologies chroniques hors cancer (diabète, maladies rénales, maladies cardiovasculaires, etc.) ainsi que les campagnes de sensibilisation autour des principaux facteurs de risque (tabac, alcool, alimentation)
- ✳ des actions au long cours seront développées dans les domaines de la santé environnementale et du développement des compétences psychosociales. Le renforcement de la collaboration avec le tissu associatif est aussi indispensable pour mener ces actions.

2. Actualiser la Feuille de route de Prévention, Promotion de la santé et de Santé environnementale du CHU pour 2026-2029

- ✳ un état des lieux sera réalisé en lien avec le CDCR et à partir des principales données épidémiologiques (Santé Publique France

ce programme et ces actions afin de déployer des actions ciblées et adaptées en matière de Prévention et Promotion de la santé et de Santé environnementale, en précisant les populations cibles, les modalités de déploiement de ces actions et les acteurs à associer.

3. Déployer le métier d'animateur en santé publique et environnementale au sein du CHU et du GHT Limousin

- ✳ créer une dynamique collective et collaborative entre les animateurs de santé publique des établissements du GHT : la création d'un espace d'échanges et des partages d'expériences est prévue
- ✳ décliner les campagnes nationales de manière collective et concertée à l'échelle des établissements du territoire du GHT
- ✳ construire un réseau de partenaires associatifs et institutionnels à l'échelle du territoire pour répondre aux besoins spécifiques de la population Limousine
- ✳ rendre visible les actions portées par les établissements du GHT individuellement : un plan de communication pourra être établi.

4. Déployer les interventions hors les murs en lien avec les acteurs du territoire

- ✳ **développer des actions hors les murs à visée de dépistage pour les sujets de pathologies chroniques auprès de population en situation de précarité** (diabète, maladies cardiovasculaires, maladies rénales...)
- ✳ conduire des projets avec les centres sociaux associatifs et municipaux de Limoges
- ✳ développer les partenariats avec les entreprises sur les sujets de prévention (notamment en santé environnementale).

Ces actions seront déployées par les animateurs en santé publique du CHU et GHT, en lien avec les professionnels de santé des hôpitaux du GHT et le réseau associatif et institutionnel.

Objectifs attendus

Les grands objectifs sont :

pour les patients : i) réduire l'incidence ou renforcer le diagnostic précoce de la maladie chronique ii) adopter des comportements positifs pour la santé iii) contribuer à la réduction des inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé par la définition d'actions de prévention et de promotion de la santé en faisant un focus sur les populations en situation de précarité et les plus éloignées du soin

pour les professionnels : valoriser leur savoir de santé publique.

Actions à conduire et calendrier associé

Le calendrier de déploiement portera sur la période 2025-2029. L'actualisation de la feuille de route pourra être menée en 2025 (état des lieux et adaptation des actions et du programme selon ces données actualisées).

Les indicateurs de réalisation

- ✳ Nombre d'actions et programmes mis en place
- ✳ Nombre des participants (par exemple aux campagnes de prévention)
- ✳ Nombre des personnes informées, dépistées, sensibilisées etc.

Prévenir les infections par la vaccination

Contexte

Plusieurs services cliniques du CHU de Limoges sont amenés à recevoir régulièrement (et de plus en plus ces dernières années) des personnes vulnérables, quant à des risques infectieux, soit en raison de déficits immunitaires, soit en raison de pathologies chroniques lourdes sans déficit immunitaire (pneumopathies chroniques, cardiopathies, hépatopathies, néphropathies notamment), soit en raison d'exposition à des risques infectieux spécifiques (IST, pathologies exotiques lors de voyages itératifs).

En 2025, il est possible de vacciner au Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) (dont le rôle est la prévention et les soins des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)), les personnes exposées aux IST (hépatite B, hépatite A, HPV). En outre, une convention ouvre aux médecins du service des maladies infectieuses et tropicales, la possibilité de vacciner les voyageurs au centre de vaccinations internationales de la ville de Limoges, qui est l'unique service agréé par l'ARS pour la vaccination amarile.

Certes, la vaccination des patients incombe théoriquement au médecin traitant, mais la complexité et les exigences des suivis médicaux des patients qui ont des pathologies chroniques d'une part et la pénurie actuelle de praticiens en médecine générale d'autre part, font qu'au bout du compte, les patients sont suivis très principalement, voire exclusivement par leurs spécialistes.

L'étude COVARISQ en 2017, et d'autres enquêtes ont montré une sous-vaccination importante de ces patients, et des conséquences sur le système de santé.

En outre, la prévention des infections, en diminuant les besoins en antibiotiques, contribue à la prévention de la résistance des bactéries vis-à-vis des antibiotiques, mission du Centre Régional d'Antibiothérapie (CRAtb Nouvelle-Aquitaine), avec une gouvernance par le groupement de coordination sanitaire (GCS) Nova (Nouvelle-Aquitaine), regroupant trois CHU de la région Nouvelle Aquitaine (Bordeaux, Poitiers et Limoges).

Descriptif du dispositif

Dans le cadre du projet médical 2025-2029, le dispositif visera à s'appuyer sur les médecins praticiens, les infirmières en pratique avancée (IPA) et les pharmaciens, **pour vacciner les personnes atteintes de maladies chroniques et immunodéprimés.**

Objectifs attendus

- 🌟 **Objectif 1** : conventionner avec la CPAM pour faciliter la vaccination en consultation spécialisée au sein du CHU ;
- 🌟 **Objectif 2** : mobiliser les praticiens (médecins, IPA et pharmaciens) lorsque les vaccins concernés seront disponibles dans les secteurs de consultation, pour vacciner au sein du CHU de Limoges.

Actions à conduire et calendrier associé

2025 : organiser un ou plusieurs échanges avec la CPAM en vue d'élaborer une convention permettant de vacciner au sein du CHU.

2025-2026 : développer des actions visant à informer les patients sur la possibilité de vaccination (des flyers ont été élaborés pour cela dans d'autres CHU et sont adaptables au CHU de Limoges) et les praticiens (médecins, IPA et pharmaciens).

L'ouverture ultérieure d'une **consultation spécifique aux situations complexes** au CHU de Limoges est une perspective envisageable.

Indicateurs de réalisation

- 🌟 Nombre de vaccinations effectuées à ce titre au sein du CHU chaque année
- 🌟 Taux de couverture vaccinale contre la grippe, le covid, le pneumocoque, le zona et le VRS chez les patients suivis pour les pathologies chroniques au CHU

Accompagner le développement de l'éducation thérapeutique du patient en interne au CHU et à l'échelle des établissements du territoire via le développement de l'ETP en distanciel

Contexte

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) fait partie intégrante du traitement des maladies chroniques et a pour objectif de permettre au patient d'être acteur de sa prise en charge en lui apportant les connaissances et compétences nécessaires pour mieux comprendre et gérer les conditions au quotidien liées à sa pathologie.

L'UTTEP 87 (Unité Transversale et Territoriale d'Education Thérapeutique du Patient de la Haute-Vienne) au sein du CHU de Limoges développe auprès des équipes éducatives des établissements de santé, du secteur libéral et associatif situés en Haute-Vienne, des programmes d'ETP de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO). De composition pluridisciplinaire (avec un médecin, un cadre de santé IDE, un pharmacien, un patient Leader), l'UTTEP forme à l'ETP, apporte une aide méthodologique et administrative pour la construction et l'évaluation des programmes d'ETP, et accompagne les projets de recherche.

L'UTTEP 87 accompagne 31 programmes au CHU dont : 3 programmes Parcours (Diabète de l'adulte, Diabète de l'enfant, Maladie Rénale), 2 programmes au domicile (AVC) dont 1 programme destiné aux personnes âgées polypathologiques et 1 programme partagé avec le CH de Brive.

Descriptif du dispositif

Afin de mieux répondre aux besoins des patients atteints de maladies chroniques et rendre le patient acteur de sa prise en charge, le dispositif reposera sur le déploiement de plusieurs actions :

- ✳️ **développer cinq nouveaux programmes d'ETP en interne**
- ✳️ en collaboration avec les autres CH du GHT et sous la coordination de l'UTTEP 87, **élaborer un programme polypathologique de la personne âgée commun à horizon 5 ans**
- ✳️ **développer des programmes d'ETP en lien avec les CH non porteurs à ce jour et les professionnels libéraux du territoire** : à ce titre un programme « diabète adulte » co-porté par le CH de Saint-Yrieix-La-Perche et les professionnels libéraux de la CPTS Confluence est en construction. En outre il s'agira de réaliser un état des lieux des besoins de déploiement de programmes d'ETP dans les établissements du territoire non porteurs de programme d'ETP (notamment le CH de Saint Junien)
- ✳️ **déployer l'ETP en distanciel (e-ETP) pour renforcer l'accès à l'ETP et proposer un accompagnement au plus près du domicile** des patients atteints de maladie chronique, tout en levant les barrières liées aux déplacements qui peuvent être réguliers.

Objectifs attendus

i) permettre au patient (et /ou son aidant) d'être acteur de sa prise en charge, favoriser l'adhésion au parcours de soins, ce qui peut conduire à une amélioration de la santé et de la qualité de vie des patients accompagnés et à une diminution des hospitalisations ii) renforcer l'accès aux programmes d'ETP sur l'ensemble du territoire

Actions à conduire et calendrier associé

1. Déployer les programmes d'ETP en interne et à l'échelle du territoire (notamment les CH non porteurs de programmes d'ETP à ce jour)

2025 : développer cinq nouveaux programmes d'ETP au sein du CHU à destination des malades chroniques en lien avec les services concernés : « endométriose » (équipes éducatives du service de Gynécologie et du Centre de la Douleur Chronique), « Ostéoporose » (programme commun au Service de Rhumatologie du CHU de Limoges et CH de Guéret, maison de Santé de Beaublanc), « DMLA » (service d'Ophthalmologie), « programme Parcours Hémopathie Malignes » (service d'Hématologie), « Cancer du pelvis » (Service de Gynécologie), Cancers Urologiques (service d'Urologie).

1er semestre 2025 : lancer le programme « Diabète adulte » (co-porté par le CH de Saint-Yrieix et la CPTS Confluence) pour les patients du territoire et permettant de renforcer les liens ville-hôpital.

D'autres collaborations avec les CPTS ou les Maisons de Santé Pluridisciplinaires pourront être envisagées par conventionnement.

2025 : réaliser un état des lieux des besoins de déploiement de programmes d'ETP dans les établissements non porteurs à ce jour de programme d'ETP (notamment le CH de Saint Junien).

A partir de 2026 : développer un programme d'ETP (et éventuel conventionnement) avec le CH de Saint Junien notamment.

D'ici 2028 : envisager le déploiement effectif par l'UTTEP 87 d'un programme polypathologique de la personne âgée commun avec les autres CH du GHT.

2. Développer l'ETP en distanciel

2025 : réaliser des programmes avec des séances éducatives en distanciel (« Ostéoporose » avec le CH de Guéret et le Pôle de Santé de Beaublanc, programme « Parcours Hémopathies Malignes » par le service d'Hématologie).

2027-2029 : digitaliser les programmes d'ETP (notamment les cinq programmes « Maladies Rares » portés par le CHU Limoges et le CHU de Poitiers (Amylose, MAREP, Drépanocytose, HTAP, Hémophilie)) et, selon les conclusions de l'étude, le programme pour les patients diabétiques de type 2 coordonné par des pharmaciens d'officine de Haute-Vienne.

Fin 2029 : digitaliser le programme « Sclérose Latérale Amyotrophique »

Les indicateurs de réalisation

- ✳️ Nombre des patients « éduqués », de nouveaux programmes déclarés et de professionnels formés
- ✳️ Nombre de programmes utilisant la e-ETP
- ✳️ Nombre de programmes d'ETP partagés entre deux structures
- ✳️ Evaluation des connaissances et des compétences des malades chroniques et du sentiment d'efficacité personnelle
- ✳️ Evaluation de la satisfaction du patient de sa participation au programme d'ETP
- ✳️ Nombre d'hospitalisations non programmées pour décompensation de pathologies chroniques
- ✳️ Acceptabilité de l'ETP en distanciel et appropriation du numérique par les malades chroniques et par les professionnels de santé



Poursuivre le déploiement des patients intervenants à l'échelle du CHU



Contexte

L'appellation « patient intervenant » regroupe différentes dénominations (« patients experts », « patients partenaires », « pairs aidants », « patients ressources », « patients témoins »). C'est une personne concernée par une maladie chronique, un aidant ou une personne en situation de handicap.

Ces patients, ayant acquis une expertise grâce à leur propre expérience de la pathologie concernée, contribuent à améliorer la qualité des soins en apportant une certaine vision qui vient compléter celle des professionnels de santé. Leur implication favorise une meilleure compréhension de leur maladie, une autonomisation dans la gestion de leur pathologie au quotidien, une plus grande adhésion aux traitements par les autres patients. Ils peuvent aussi intervenir dans les programmes d'ETP selon une ou plusieurs compétences et en fonction de leur formation, participer à la co-construction et l'animation des programmes de soins et à la recherche.

Au sein du CHU de Limoges, l'UTTEP 87 compte 12 « patients intervenants » (dont 11 patients formés à l'ETP et 1 patient témoin, qui interviennent déjà dans les programmes d'ETP du CHU. Une **Patient Leader a également été recrutée; elle a pour mission de participer au recrutement des patients intervenants et de les accompagner**. En outre, un intermédiaire sourd intervient au sein de l'Unité d'Accueil et de Soins pour les Sourds (UASS) pour accompagner les patients sourds dans leur parcours de soin.

Descriptif du dispositif

Afin de mieux accompagner les patients atteints d'une maladie chronique, le CHU de Limoges souhaite donc poursuivre le déploiement des patients intervenants dans les programmes d'ETP et dans les unités de soins, comme cela est déjà mis en œuvre pour la cancérologie, l'unité nutrition et au sein de l'UTTEP 87.

Le dispositif s'inscrit pleinement en lien avec les priorités régionales. L'ARS Nouvelle-Aquitaine préconise en effet l'intervention d'un patient dans chaque programme ETP d'ici 2028 (Axe 4 du *Projet Régional de Santé NA 2018-2028*, objectif 2 « 100 % des programmes d'ETP doivent associer un patient expert à l'horizon 2028 »).

Ainsi le dispositif visera à :

- ❖ **Poursuivre le recrutement des patients intervenants** en renforçant leur formation (certificat de formation en ETP 40 heures minimum) : **l'objectif est de former 5 patients par an** (contre 3 par an actuellement) et via des actions de communication et l'identification de financements pour leur recrutement
- ❖ **Intégrer au sein des services du CHU un patient partenaire dans les parcours de soins** : ce patient interviendra notamment pour accompagner les patients dans le parcours de soin, partager son expérience avec les patients hospitalisés etc... il est envisagé également le recrutement d'un patient partenaire en recherche.
- ❖ **Définir les modalités et mettre en place une coordination pour animer, suivre et coordonner en interne** ces patients intervenants/agents exerçant ce nouveau métier.

Objectifs attendus

- Pour le patient atteint d'une maladie chronique** : améliorer son autonomisation dans la gestion de sa maladie et une plus grande adhésion aux traitements ...
- Pour l'établissement** : accroître le rôle et l'implication du patient intervenant (ex : participation aux interventions de l'équipe pluridisciplinaire, aux actions de prévention, à la réflexion sur les parcours de soins...) et **in fine mieux intégrer les usagers dans le système de soins**.

Actions à conduire et calendrier associé

2025 : développer des actions de communication : i) autour du rôle des patients intervenants auprès des équipes éducatives et des malades chroniques et leurs aidants ii) concernant les missions du patient Leader de l'UTTEP 87 (chorus, réseaux sociaux, presse, télévision)

Fin 2025 : augmenter l'accès à la formation au certificat ETP 40 heures en passant de 3 à 5 patients formés par an

2026 : identifier des financements permettant le recrutement de nouveaux patients partenaires (mécénat, association, financement de tutelles, projets de recherche, etc.). Les partenariats avec les associations de patients seront aussi à développer.

2026-2029 : intégrer au sein des services du CHU un patient partenaire dans les parcours de soins. Cela se traduira par les actions suivantes : i) identifier les services ayant un besoin d'intervention de patient intervenant, ii) définir en lien avec le service les contours et modalités de son intervention (fiche de poste validée par le chef et le cadre du service) etc.

2026 : recruter un patient partenaire en recherche (projet IMPECC).

2027 : définir les modalités et mettre en place une coordination pour animer, suivre et coordonner en interne ces agents exerçant ce nouveau métier

Les indicateurs de réalisation

- ❖ Nombre de patients intervenant à l'échelle du CHU
- ❖ Nombre de programmes ETP intégrant un patient intervenant « témoin »
- ❖ Nombre de programmes ETP intégrant un patient intervenant formé à l'ETP
- ❖ Nombre de programmes ETP intégrant un patient intervenant
- ❖ Nombre de places réservées aux patients au certificat d'ETP 40 heures
- ❖ Nombre de patients formés au certificat ETP 40 heures intervenants ou pas dans un programme ETP
- ❖ Nombre de services intégrant un patient partenaire dans ses parcours de soins



Consolider l'HDJ partagée entre plusieurs spécialités, poursuivre les prises en charge actuelles et développer de nouvelles activités

Contexte

Le développement des maladies chroniques est observé à l'échelle régionale (20% des Néo-Aquitains souffrent d'une maladie chronique) et du territoire du Limousin. Les acteurs interrogés soulignent la prévalence des maladies métaboliques (diabète, obésité), et concernant les cancers et la dermatologie qui figurent parmi les besoins prioritaires de santé : par exemple, le nombre de cancers cutanés, comme le nombre de patients souffrant de diabète de type 2 et d'obésité sont en augmentation.

A l'échelle du CHU, l'HDJ est regroupé au sein d'un même site et couvre actuellement quatre disciplines permettant de prendre en charge diverses pathologies : Médecine interne, Rhumatologie, Endocrinologie/Diabète/Obésité et Dermatologie. Cette organisation actuelle partagée, permettant d'optimiser les prises en charge, présente toutefois certaines limites identifiées par les acteurs concernés. D'une part, le nombre de places d'HDJ leur paraît limité. Ensuite, le fonctionnement actuel (à savoir la mutualisation à quatre spécialités) pourrait être amélioré pour renforcer la qualité des soins et le service rendu aux usagers.

En outre, ces services concernés souhaitent, au-delà de la poursuite des prises en charge actuelles, développer de nouvelles activités.

Descriptif du dispositif

Le dispositif visera à :

✳️ **poursuivre les prises en charges actuelles et développer de nouvelles activités.**

Pour la rhumatologie, il s'agira par exemple de : i) renforcer les séjours d'HDJ de la filière ostéoporose ii) augmenter les plages d'ostéodensitométrie iii) mettre en place un bilan de comorbidités des rhumatismes inflammatoires chroniques (ce qui représenterait environ 100 HDJ par an), iv) débiter la prise en charge en onco-rhumatologie v) développer l'HDJ lombosciatique vi) amplifier l'HDJ centre de la douleur pour la prise en charge des douleurs neuropathiques et en lien avec les services de chirurgie, les anesthésistes, la neurologie.

Pour l'endocrinologie/diabétologie/obésité : une réorganisation du secteur de l'obésité hors de la structure actuelle est projeté, pour permettre l'organisation d'une prise en charge commune impliquant les deux équipes (endocrinologie/nutrition), qui travaillent déjà en collaboration au sein du Centre spécialisé Obésité (CSO) pour le secteur de consultations externes.

Le déploiement des activités pour ces spécialités est également envisagé avec notamment : le renforcement des HDJ de diabétologie connectée, la mise en place de l'HDJ orbitopathie et le traitement médical du nodule bénin de la thyroïde.

Pour la dermatologie : l'opportunité d'augmenter les places en HDJ pourra être étudiée.

Globalement, le dispositif visera à permettre une montée en compétence des professionnels soignants intervenant, pour chaque

spécialité de la structure d'HDJ, en étudiant la possibilité d'une éventuelle spécialisation de professionnels paramédicaux pour deux spécialités médicales par exemple (au lieu de quatre), afin de contribuer à améliorer la qualité et l'efficacité des soins apportés. Les besoins en ressources humaines et en termes de capacité d'accueil seront à étudier et à objectiver en fonction du niveau d'activité, au regard, par exemple, de l'augmentation de l'ETP pour ces spécialités et en fonction du renforcement de l'activité d'HDJ.

Actions à conduire et calendrier associé

a - Rhumatologie :

2025 :

- renforcement des HDJ filière ostéoporose, augmentation des plages d'ostéodensitométrie
- mise en place du bilan de comorbidités des rhumatismes inflammatoires chroniques

2026 :

- lancement de l'HDJ de prise en charge rhumato-oncologie
- amplification des HDJ du centre de la douleur

2027 : lancement de l'HDJ lombosciatique

b – Endocrinologie-diabétologie concernant la prise en charge de l'obésité :

2025 : renforcement des HDJ de diabétologie connectée

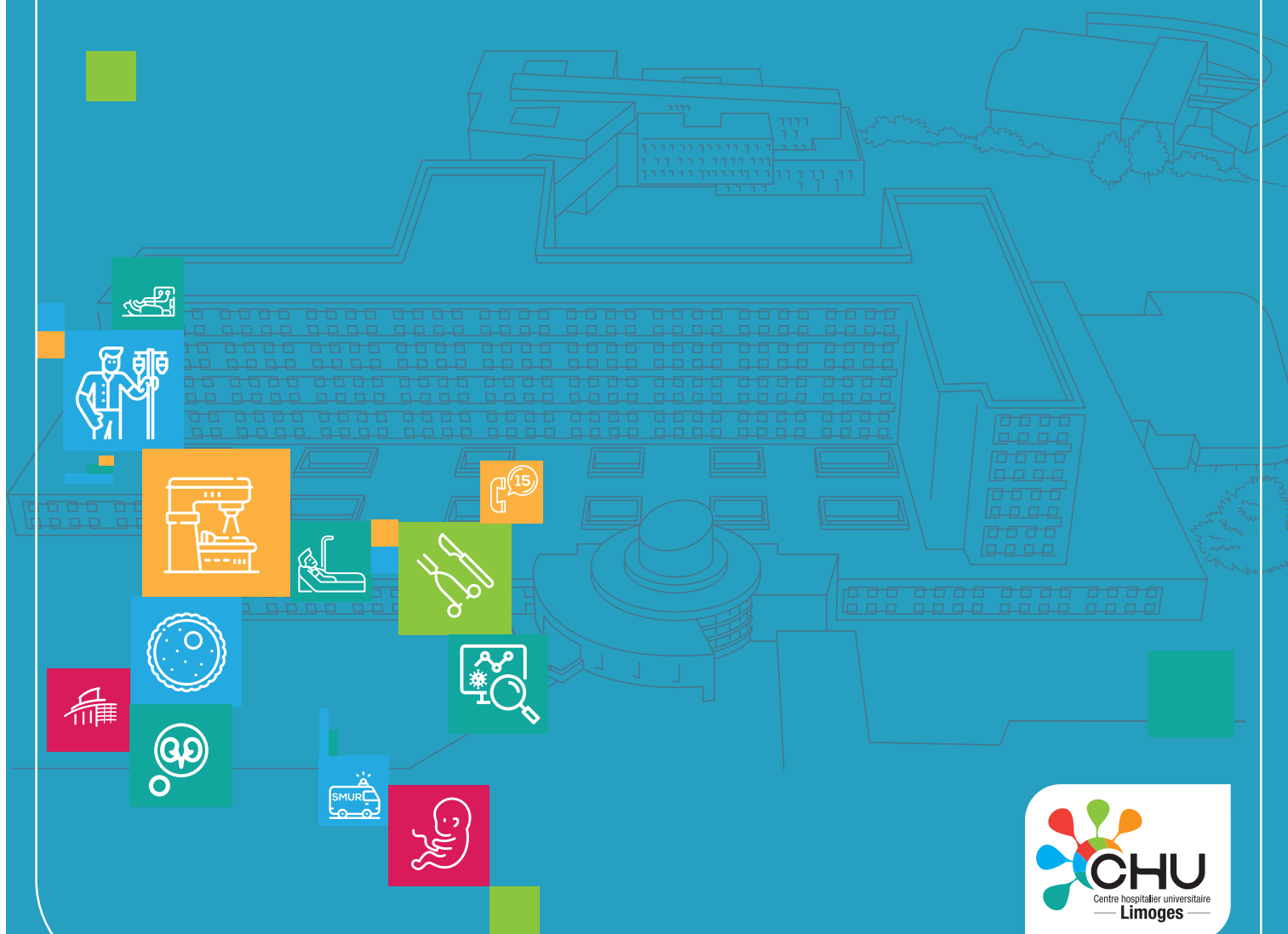
2026 : mise en place de nouvelles activités d'HDJ (ex: orbitopathie, l'HDJ pour le traitement médical du nodule bénin de la thyroïde)

Les indicateurs de réalisation

- ✳️ Nombre d'HDJ annuelles par pathologie
- ✳️ Nombre d'actes (ETP, séances APA, cs diététicienne, cs psychologue ...)
- ✳️ Nombre d'ostéodensitométries
- ✳️ Nombre de perfusions de kétamine
- ✳️ Nombre de patients mis sous pompe, connectés en télésurveillance
- ✳️ Nombre de nodules thyroïdiens traités
- ✳️ Nombre de patients obèses suivis et pourcentage de perte de poids
- ✳️ Indicateur qualité des soins



**CONSOLIDER LA RECHERCHE
ET INNOVER POUR RÉPONDRE
AUX ENJEUX ACTUELS ET À VENIR**



Axe 6 : consolider la recherche et innover pour répondre aux enjeux actuels et à venir

1 – Consolider la recherche en soutenant la recherche clinique, prioriser et valoriser davantage les travaux conduits

Afin de poursuivre son ambition d'excellence et de visibilité au niveau national et à l'international pour certains axes, le CHU de Limoges a pour objectif de consolider sa dynamique interne de pilotage, de structuration de la recherche et de soutien à la recherche clinique.

En effet, l'activité de recherche clinique du CHU de Limoges est structurée autour d'axes de recherche bénéficiant d'une reconnaissance au niveau national et pour certains axes, à l'international. Outre les quatre unités INSERM placées sous la cotutelle du CHU et de l'Université, le site hospitalo-universitaire comporte une autre unité co-labellisée INSERM CNRS et plusieurs unités de recherche et une unité de service mixte (BISCEm). Le CHU peut également s'appuyer sur des structures d'appui à la recherche, parmi lesquelles le Centre d'investigation clinique (CIC) labellisé Inserm et sa plateforme d'accompagnement à la recherche clinique hospitalière (ARCH).

Il peut être noté également la plateforme d'expérimentation du gros animal (EMIS) financé par le CHU concernant laquelle sont développées notamment des innovations en neuro radiologie et endoscopie digestive interventionnelle.

En dehors des activités de recherche clinique structurées et labellisées autour d'équipes expérimentées, **des praticiens du CHU sont engagés dans des projets de recherche clinique pour diverses spécialités**. Cependant, le manque d'accompagnement ciblé au bénéfice de jeunes chercheurs non affiliés à une équipe de recherche, le manque de temps médical dédié à la recherche ainsi que le manque de ressources en termes de personnels de recherche pour l'amorçage des activités, ont été mis en avant par les investigateurs ne bénéficiant pas d'un compagnonnage au sein de leur entourage proche. Ce soutien représente un enjeu crucial pour le CHU pour renouveler et faire naître de nouvelles dynamiques de recherche clinique.

Afin d'apporter un soutien à la recherche clinique (ex : aide méthodologique, soutien à l'émergence pour des projets pilotes) et de mieux accompagner les jeunes investigateurs, les actions prioritaires du projet médical consisteront notamment à **mettre en place un guichet unique permettant à tout investigateur** de déposer son projet pour une évaluation adaptée et d'avoir accès à un accompagnement personnalisé et de **proposer un trinôme « jeune investigateur – tuteur - personnel de recherche »** pour l'accompagnement).

L'autre nécessité est d'**apporter une plus grande visibilité aux projets et aux activités de recherche et d'innovation du CHU de Limoges**, tant en externe qu'en interne. Une des réponses à cet enjeu est de mieux utiliser les outils de communication. Un travail sera également à conduire **pour prioriser la recherche en interne**, en précisant notamment les contours des axes phares et des axes émergents.

2 – Développer l'entrepôt des données de santé (EDS), dont les finalités d'utilisation devraient se multiplier

Le développement de l'entrepôt des données de santé (EDS) figure parmi les projets phares pour les prochaines années pour le CHU de Limoges.

Initié dans le cadre du projet EDS@NOVA - porté par le groupement de coopération sanitaire NOVA - en association avec les CHU de Bordeaux et de Poitiers, l'EDS a pour ambition de permettre, via le découplage du système d'information hospitalier, le stockage et l'analyse, sur une plateforme sécurisée, des données massives en santé, pour de multiples applications (à titre principal pour la recherche, mais également pour l'analyse de parcours de soins, le pilotage médical...). Il constitue une attente forte des acteurs du soin et de la recherche.

Au cours de la période 2025-2029, les finalités d'utilisation de l'EDS devraient donc se multiplier et il représente une véritable opportunité pour développer la recherche au sein des établissements du GHT et vers la ville.

3 - Identifier les besoins en innovation et accompagner leur déploiement

Dans le domaine de l'innovation, de nombreux sujets (tels que la robotique, impression 3D, et l'intelligence artificielle) viennent bousculer les pratiques « classiques » et représentent une véritable révolution pour la prise en charge médicale, et plus globalement au bénéfice de l'organisation hospitalière. Parmi ces sujets, le recours à l'intelligence artificielle se révèle prometteuse avec un large champ d'application (notamment la recherche clinique, l'aide au diagnostic, la simplification du parcours patient etc). En interne, différents projets intégrant l'IA sont en cours de déploiement ou à l'étude ou simplement au stade de réflexion.

Au regard des nombreuses utilisations potentielles de l'IA et des différents projets d'innovation pouvant être développés, **un comité projet sera mis en place afin d'étudier ces besoins en innovation en interne, d'instruire et de prioriser ces projets.**

Par ailleurs, **la poursuite et la consolidation du dispositif Institut de Simulation pour l'Étude, l'Application et la Recherche en Santé (InSPEARS)** visant à proposer une offre de formation en santé par la simulation pour les étudiants en formation initiale et professionnels de santé du CHU en formation continue est primordial. Cette offre se décline en différents espaces de simulation.

L'ambition sera donc de continuer à développer un enseignement immersif par la simulation en santé, en renforçant l'intégration de ces outils dans les parcours de formation initiale et continue.

Déployer et faire évoluer l'Entrepôt de Données de Santé (EDS) pour différentes finalités (la recherche à titre principal, la veille/vigilance, le pilotage médical...)

Contexte

L'EDS du CHU de Limoges est initié dans le cadre du projet EDS@NOVA – porté par le groupement de coopération sanitaire NOVA (GCS NOVA) - associé aux CHU de Bordeaux et de Poitiers. En avril 2023, le GCS a été nommé lauréat de l'appel à projets « accompagnement et soutien à la constitution d'entrepôts de données de santé hospitaliers » de France 2030.

Il vise à permettre le décloisonnement du système d'information (SI) hospitalier, le stockage et l'analyse des données massives en santé. L'utilisation secondaire des données de santé, pour différentes applications (à titre principal pour la recherche, mais également pour l'analyse des parcours de soins, le pilotage médical, les vigilances, ou la veille sanitaire ...) est un atout majeur pour le CHU. Il tend aussi à déployer et mettre à niveau les EDS des établissements partenaires du projet ainsi qu'à l'interopérabilité des 3 EDS partenaires et la possibilité, sur demande, de versement de données au HDH. L'ambition est de développer des collaborations à échelon local, régional et national et de mettre en œuvre des partenariats de recherche.

L'EDS est aujourd'hui en phase de déploiement et de structuration (incluant sa gouvernance et sa mise en conformité réglementaire) au sein du CHU.

Descriptif du dispositif

Le dispositif visera à poursuivre le déploiement de l'EDS@NOVA afin de permettre, dans un cadre réglementé, le stockage et l'analyse de données massives en santé. L'intégration des données et le déploiement des solutions techniques ont lieu en 2024-2025. Sa mise en production et son déploiement au CHU de Limoges est prévue pour 2026.

Au cours des années 2026-2029, les finalités d'utilisation devraient se multiplier. Il représente aussi une véritable opportunité pour développer la recherche – au-delà du CHU de Limoges – au sein du GHT et vers la Ville.

Objectifs attendus

- Finaliser et faire évoluer le projet EDS@NOVA (notamment en structurant dans un cadre réglementé le stockage et l'analyse de données massives en santé à des fins de recherche dans l'espace NOVA)
- Ajouter de nouvelles finalités à l'utilisation de l'EDS au CHU de Limoges (veille/vigilance, pilotage médical – SIME, recherche)
- Déployer l'EDS vers des établissements pilotes du GHT et développer des collaborations villes-CHU afin d'assurer un maillage territorial plus serré et d'améliorer la précision des indicateurs épidémiologiques, de veilles et de vigilances sanitaires.

Les actions à conduire et le calendrier associé

L'ensemble des travaux ci-dessous est à conduire par l'équipe EDS, mutualisant certaines ressources avec le CDCR, et en collaboration avec les équipes supports du SIME, de la DSI et de la DRI du CHU de Limoges.

D'ici fin 2026 : finaliser et faire évoluer le projet EDS@NOVA : prolonger l'intégration des données du SIH dans l'EDS et construire des ETL, développer le portail unique/guichet de recherche, faire des demandes de conformité CNIL, faire une mise en place opérationnelle de la gouvernance de l'EDS, opérer à information collective et individuelle des patients/professionnels, former des administrateurs et usagers de l'EDS.

2028-2029 : migration au format FHIRE de l'EDS pour une meilleure interopérabilité

2026-2028 : ajouter une nouvelle finalité à l'utilisation de l'EDS du CHU de Limoges: mise en place de groupes de réflexion médicaux et scientifiques, recherche de financement extérieurs pour le portage de POC, construction d'indicateurs pertinents pour les nouveaux usages, cadrage, au niveau réglementaire, des usages de vigilance, etc

2026-2029 : déployer l'EDS vers des établissements pilotes du GHT et développer des collaborations Ville-CHU: faire une cartographie des SIJ du GHT, élaborer la stratégie de déploiement, sélectionner des centres du GHT pour POC déploiement EDS/GHT, initier des projets de recherche, etc.

Les indicateurs de réalisation

- ✦ Quantité de données intégrées dans l'EDS / Nombre de variables différentes intégrées dans l'EDS
- ✦ Nombre de patients intégrés dans l'EDS / Proportion de patients contactés par l'information individuelle de l'EDS
- ✦ Nombre d'indicateurs épidémiologiques développés pour des actions de veilles sanitaires
- ✦ Nombre de formation de professionnel du CHU à l'utilisation de l'EDS
- ✦ Nombre de requêtes effectuées dans l'EDS / Nombre de projets instruits en CSE
- ✦ Ratio du nombre de thèses effectuées avec l'EDS/ le nombre de thèse total
- ✦ Satisfaction des utilisateurs de l'EDS
- ✦ Nombre d'articles publiés utilisant l'EDS / Nombre de projets collaboratifs EDS@NOVA, GHT, ville
- ✦ Augmentation des recettes de l'établissement, progression du PMCT.

Développer la formation et le mentorat pour déployer la recherche clinique pour et par les jeunes/futurs investigateurs (hospitaliers ou hospitalo universitaires)

Contexte

L'activité de recherche clinique du CHU de Limoges est structurée autour d'axes de recherche bénéficiant d'une reconnaissance au niveau national et pour certains axes, à l'international. Outre 4 unités INSERM placées sous la co-tutelle du CHU et de l'Université (dont une labellisée en 2021), le site hospitalo-universitaire comporte une autre unité colabellisée INSERM CNRS et plusieurs unités de recherche. Le CHU dispose également de structures d'appui à la recherche, parmi lesquelles le Centre d'investigation clinique (CIC) labellisé Inserm depuis 2008 et sa plateforme d'accompagnement à la recherche clinique hospitalière (ARCH). En dehors des activités de recherche clinique structurées et labellisées autour d'équipes expérimentées, le CHU de Limoges comprend également des médecins/pharmaciens motivés par la recherche clinique dans diverses spécialités.

Accompagner les investigateurs et notamment les plus jeunes et/ou les moins expérimentés – en amont et tout au long de leurs projets – et renforcer le soutien à la recherche clinique (aide méthodologique, soutien à l'émergence pour des projets pilotes, temps de recherche dédié) constituent donc un enjeu majeur pour le CHU afin de renouveler et faire naître de nouvelles dynamiques de recherche clinique. En effet, le manque d'accompagnement ciblé, notamment pour l'aide au montage de projets de recherche, le manque de temps médical dédié à la recherche ainsi que le manque de ressources en termes de personnels de recherche (pour l'amorçage des activités notamment), ont été mis en avant par les investigateurs ne bénéficiant pas d'un accompagnement au sein de leur entourage proche.

Descriptif du dispositif

Afin de répondre au besoin d'apporter un soutien à la recherche clinique (aide méthodologique, soutien à l'émergence pour des projets pilotes, temps de recherche dédié) et pour mieux accompagner les jeunes investigateurs en amont et tout au long de leurs projets de recherche, le dispositif se déclinera au travers des actions ci-après :

- ✳️ **mettre en place un guichet unique permettant à tout investigateur de déposer son idée/projet pour une évaluation adaptée et d'avoir accès à un accompagnement personnalisé** pour toutes les étapes de son projet, depuis la conception jusqu'à la publication. Ce guichet unique se devra d'être multimodal : plateforme Intranet pour guider et déposer les bons documents aux bons formats et permettre un suivi du dossier, qui donnera également accès aux bonnes personnes pour répondre aux questions ou aider si nécessaire. Cette plateforme devra permettre le suivi de chaque étape de l'avancement du dossier à l'instar des plateformes de publications scientifiques, avec calcul prévisionnel des délais, horodatage et suivis des délais effectifs de traitement des dossiers
- ✳️ **mettre en place un trinôme « jeune investigateur – tuteur – personnel de recherche » pour l'accompagnement de projets.** Ce trinôme pourra intervenir sur des temps dédiés afin de faciliter l'amorçage de la dynamique de recherche. Il s'agira également de **sanctuariser du temps médical dédié à la recherche clinique**

au sein de tous les services, ce qui implique une discussion au sein de l'équipe et avec la Direction des affaires médicales

- ✳️ **définir un plan de formations et faciliter l'inscription à ces formations** adaptées et utiles aux investigateurs et aux personnels de recherche afin de favoriser l'émergence de nouvelles expertises
- ✳️ **organiser des journées thématiques de découverte et d'initiation à la recherche clinique ouverte** à tous les professionnels (médecins, pharmaciens, personnels de recherche).

Une vision structurée de la recherche clinique et de sa gouvernance au sein de l'établissement est un pré-requis indispensable à ce déploiement. **Le modèle économique du soutien à l'émergence des jeunes chercheurs pourra être établi** (par exemple lors d'une discussion sur la reventilation des points SIGREC et SIGAPS) avec pour objectifs de financer notamment ces actions (ex: fonctionnement du trinôme) et d'autres actions identifiées (ex: attribution des bourses de mobilité pour les futurs HU, etc.).

Objectif attendu

Accompagner les jeunes investigateurs et les investigateurs les moins expérimentés (et n'appartenant pas à une équipe expérimentée) dans le développement de leurs projets de recherche clinique.

Les actions à conduire et le calendrier associé

Dès 2025 : organiser des journées thématiques de découverte et d'initiation à la recherche clinique ouverte à tous les professionnels (médecins, pharmaciens, personnels de recherche)

2025-2027 : définir les contours pour la mise en place et la mise en œuvre du guichet unique et organiser son déploiement pour permettre à tout investigateur de déposer son idée/projet pour une évaluation adaptée et l'accès à un accompagnement personnalisé pour toutes les étapes de son projet.

2025-2029 : déployer un plan de formation adapté pour tous les personnels (médicaux et de recherche). 2025 : recenser les formations adaptées et pertinentes pour les investigateurs et le personnel de recherche, construire un plan de formations sur la période 2026-2029, en préciser les modalités d'inscriptions etc, **dès 2026 : déployer ce plan de formations**

2027-2029 : préciser le fonctionnement et mettre en place le trinôme « jeune investigateur – tuteur – personnel de recherche »

Les indicateurs de réalisation

- ✳️ Nombre de jeunes investigateurs accompagnés
- ✳️ Nombre de projets acceptés à des appels d'offre
- ✳️ Points SIGREC/SIGAPS générés

Améliorer la visibilité des activités de recherche et d'innovation et faciliter la mise en œuvre des projets

Contexte

Apporter une plus grande visibilité aux projets et aux activités de recherche et d'innovation du CHU de Limoges, tant en externe qu'en interne, figure parmi les enjeux identifiés par les investigateurs. En outre, la gouvernance et les instances de la recherche sont à clarifier et les relations entre la communauté scientifique et l'administration sont à poursuivre et à faciliter pour accélérer la mise en œuvre des projets.

Il sera nécessaire d'appuyer les axes sur les préconisations du rapport HCERES.

Descriptif du dispositif

Le dispositif visera d'abord à améliorer la visibilité, tant en externe qu'en interne, des activités de recherche et d'innovation du CHU.

En interne : il s'agira de la mise en place d'un guichet unique, adossé à l'entrepôt de données de santé (« e-plateforme ») **simple et facile d'accès permettant de consulter les documents et outils utiles aux investigateurs** (i.e. interface intuitive et fonctionnelle, donc pas une gestion électronique des documents austères). Ce guichet unique permettra aux investigateurs de déposer leur idée/projet pour une évaluation adaptée et d'avoir accès à un accompagnement personnalisé

Il sera également prévu dans ce cadre, l'accès à :

- ✦ des liens avec les veilles pour les AAP déjà existants (ex : <https://www.girci-est.fr/thesaurus/>)
- ✦ des focus sur les activités de recherches translationnelles menées par les unités de recherche de l'Université de Limoges (INSERM, CNRS, autres).

En externe : un plan de communication, notamment par le biais des réseaux sociaux, sera construit et déployé pour mettre en avant les activités de recherche et d'innovation du CHU (ex : succès aux appels d'offre, AAP, publications, journées scientifiques, etc.).

Par ailleurs, des travaux visant à la refonte de la gouvernance de la recherche et à la mise en place d'instances renouvelées seront conduits. Il s'agira ensuite de communiquer sur cette gouvernance rafraîchie.

Un travail sera à conduire pour mieux prioriser et repréciser les contours des axes phares et des axes émergents pour la recherche du CHU.

Objectifs attendus

Les grands objectifs sont : i) apporter une plus grande visibilité des activités de recherche, en interne et en externe ii) clarifier la gouvernance et les instances, de même que faciliter les relations entre la communauté scientifique et l'administration pour accélérer la mise en œuvre des projets.

Les actions à conduire et le calendrier associé

1er semestre 2025 : élaboration et publication d'un support de présentation de l'organisation des activités de recherche (gouvernance, organisation de la DRI, plateformes d'appui à la recherche, démarches à effectuer pour proposer un projet de recherche et/ou adresser une demande d'information).

2nd semestre 2025 : élaboration d'un périodique/newsletter avec un objectif de diffusion interne et externe

2025 : rénovation de l'organigramme décrivant le système de gouvernance de la recherche et mise en place des instances renouvelées

2026 : déploiement d'un nouveau site internet mettant en avant les activités de recherche et d'innovation du CHU

2025-2029 (en continu) : déploiement des actions de communication sur les réseaux sociaux.

2025-2027 : (pour la construction et un déploiement effectif) : mise en place d'un guichet unique « Recherche et innovation » (cf. fiche 6.2) intégrant : i) la mise en place d'une permanence physique et d'un numéro de téléphone unique pour mieux orienter l'ensemble des demandes relatives aux activités de recherche et d'innovation ii) la création d'un outil « portail d'accès à la recherche ».

2nd semestre 2025 : élaboration et mise en place d'outils actualisés de gestion de projet, pour faciliter les échanges au sein de l'équipe projet dans le cadre d'un programme de recherche. Ces travaux sont complémentaires à la création du « portail d'accès à la recherche » et sont dépendants des fonctionnalités de ce portail.

Les indicateurs de performance

- ✦ Nouveau site internet créé pour mettre en avant les travaux de recherche et d'innovation du CHU, ainsi que son actualisation
- ✦ Publications de la Newsletter/du périodique
- ✦ Déploiement du portail d'accès à la recherche, nombre de connexions, actualisation de ce portail
- ✦ Nouvel organigramme de la gouvernance et des instances renouvelées de la recherche
- ✦ Nombre de sollicitations/demandes du guichet unique d'accueil « Recherche/Innovation »
- ✦ ETP pour l'animation du guichet unique d'accueil
- ✦ Indicateurs liés à l'utilisation des outils de gestion de projet

Conforter le déploiement de la formation et le développement de nouvelles compétences par la simulation en santé

Contexte

Le CHU de Limoges souhaite poursuivre le déploiement de projets dans le champ de l'innovation, à l'instar du dispositif InSPEARS (Institut de Simulation pour l'Étude, l'Application et la Recherche en Santé), qui propose une offre de formation en santé par la simulation, pour les étudiants en formation initiale ainsi que pour les professionnels de santé du CHU en formation continue.

InSPEARS se décline en différents espaces de simulation : 1000 M2 reproduisant des services de soins hospitaliers, une pharmacie expérimentale, une ambulance de formation, SIM'Mobile, une table de dissection virtuelle et le CAVE (Cave Automated Virtual Environment). La simulation en santé est une modalité pédagogique permettant d'immerger les apprenants dans des situations professionnelles réalistes. Cette approche offre des parcours pédagogiques sécurisés, favorisant l'apprentissage des bonnes pratiques dans un cadre et une démarche de sécurité des soins. Le GIS InSPEARS, qui repose sur un partenariat bipartite entre l'Université de Limoges et le CHU de Limoges, permet de mutualiser les ressources humaines, les locaux, le matériel et le budget. Le centre est désormais intégré au sein du CHU (Dupuytren 1). L'enjeu sera ainsi de **continuer à développer un enseignement immersif par la simulation en santé, en renforçant l'intégration de ces outils dans les parcours de formation initiale et continue.**

Descriptif du dispositif

Le dispositif visera donc à proposer des outils de formation par la simulation, permettant aux équipes soignantes de se former. Il sera décliné en 3 domaines: i) **formation et certification** : formation des formateurs, certification des compétences, développement de l'offre de formation continue, ii) **recherche et structuration** : structuration administrative et promotion de la recherche et des publications scientifiques iii) **engagement des patients** : ouverture aux associations de patients, création de lieux d'éducation thérapeutique, intégration des patients partenaires.

Dans le cadre du projet médical, il s'agira de :

- ✳ **développer tout au long de cette période l'offre de formation continue** : à date, ce sont cinq formations qui sont référencées dans le catalogue de formation du CHU. **Un objectif de vingt formations d'ici 2029 est fixé**, afin d'obtenir un financement pérenne. Il s'agira également **d'augmenter le nombre d'utilisateurs bénéficiaires des formations** (tant en FI qu'en FC). Les modalités de réservation des formations seront facilitées.
- ✳ **poursuivre la structuration du centre de simulation**. Pour ce faire, il s'agira de recruter et financer un ETP technicien au centre de simulation, d'obtenir la certification de la SofraSims de niveau 3 grâce à un financement pérenne et d'inclure des patients partenaires dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient.
- ✳ **enfin, poursuivre les travaux engagés entre la DSI du CHU et celle de l'Université quant à l'interopérabilité** des outils numériques de formation (simulateurs VR) et du stockage des traces d'apprentissages générées.

Objectifs attendus

Les objectifs sont : i) **pour les patients** : un rôle plus actif dans leur propre soin, avec la possibilité d'interagir avec le centre de simulation, ii) **pour les professionnels** : Un apprentissage de qualité et des pratiques professionnelles sécurisées, renforçant la sécurité des patients iii) **pour le CHU** : un renforcement de l'image dans le champ de l'innovation et de l'attractivité médicale

Les actions à conduire et le calendrier associé

2025 – 2029 : Développer régulièrement, au cours de la période 2025-2029, l'offre de formation continue, pour atteindre la cible de vingt formations d'ici 2029 pour les professionnels du CHU. Cela implique la mobilisation d'équipes pluridisciplinaires incluant formateurs, techniciens et administratifs, afin de garantir le bon déroulement des formations et la gestion du centre, de même que la mise à jour régulière des équipements de simulation (simulateurs, logiciels, mannequins de simulation, etc.).

2025 : Faciliter les modalités de réservation des formations (automatisation) pour en renforcer l'accès et augmenter le nombre de bénéficiaires

2025 : Assurer la continuité de l'offre de formation chirurgicale portée par le CHU, entre le coté drylab offert par InSpears et le coté Wetlab offert par Emis Plateforme.

Les indicateurs de réalisation

- ✳ Nombre d'actions de formation continue réalisées et revenus générés par ces activités
- ✳ Nombre de séances de simulation intégrant la participation ou l'implication active des patients
- ✳ Pérennisation d'un ETP pour un technicien de centre de simulation et d'un ETP pour un responsable administratif
- ✳ Augmentation du nombre de formateurs impliqués dans le dispositif avec habilitation pour les trois niveaux
- ✳ **Indicateurs liés à la certification et à la qualité** : obtention de la certification de la Sofrasims (Société Française de Simulation en Santé), réalisation d'une auto-évaluation annuelle pour garantir le maintien des standards de qualité

Interroger les besoins en innovation (dont l'intelligence artificielle (IA)) et prioriser le déploiement de ces projets

Contexte

Dans le domaine de l'innovation, de nombreux sujets (tels que la robotique, impression 3D et l'intelligence artificielle) viennent bousculer les pratiques « classiques » et représentent une véritable révolution pour la prise en charge médicale et l'organisation hospitalière.

Parmi ces sujets, l'intelligence artificielle se révèle prometteuse, avec un large champ d'application, comme : la recherche clinique, l'aide au diagnostic, l'amélioration de l'offre de soins, la prise en charge du patient, la simplification du parcours patient, la prédiction des flux ou l'optimisation des coûts. En outre, l'augmentation de la rapidité et de la fiabilité de la prise de décision, la libération de temps pour réaliser des tâches à valeur ajoutée figurent parmi les bénéfices attendus grâce au déploiement de l'IA.

Au sein du CHU de Limoges, des projets d'innovation pouvant intégrer l'IA sont en cours (on peut citer par exemple : la génération des courriers de sortie par un module IA associé au DPI, le projet REXETRIS : exploitation de la base ABYSS pour identifier les marqueurs prédictifs de la réponse à la greffe, etc) ou bien simplement au stade de réflexion. En outre, le développement d'une thématique transversale IA est prévue dans le cadre de la stratégie scientifique du CIC 1435 pour intégrer cette thématique aux travaux de recherche du site HU et mettre à disposition des porteurs de projet cette compétence innovante.

Descriptif du dispositif

Le but sera d'interroger les besoins en innovation et recenser les projets intégrant des solutions qui auront vocation, par exemple, à :

- ☞ améliorer l'organisation du travail médical mais aussi paramédical (par exemple : utiliser l'IA vocale et pour les comptes-rendus afin de gagner du temps, organisation des plannings de gardes, d'astreintes, congés et présences en salle pour le personnel médical, organisation des présences pour les IDE, AS, ASH et secrétaires)
- ☞ venir en appui de l'expertise médicale (par exemple : lettre de sortie, transmissions, résumé de l'historique d'un patient atteint de maladie chronique, algorithme d'aide au diagnostic, algorithme d'aide à la décision thérapeutique pouvant s'appuyer sur des ressources institutionnelles comme up to date).

Au regard des différents projets d'innovation (pouvant intégrer l'IA), matures ou au stade de réflexion, et face à la nécessité d'interroger l'opportunité de ces besoins/projets et de prioriser leur déploiement, le dispositif visera à mettre en place un comité projet portant sur le domaine de l'innovation.

Les travaux de ce comité, en lien avec les acteurs concernés, porteront sur : i) l'étude des besoins en innovation et le recensement des projets dans ce champ, l'identification par exemple des problématiques organisationnelles pouvant nécessiter le recours à ces solutions (ex : fluidité du parcours patient, renforcement de la coordination des prises en charges, examens etc..) etc.

Ce comité permettra aussi de proposer une procédure d'instruction des projets d'innovation et des critères de priorisation.

Dans un second temps, il pourra être envisagé d'accompagner les services lors du déploiement de ces projets d'innovation (par exemple via des actions de sensibilisation et de formation des équipes concernées).

Objectifs attendus

- ☞ Améliorer la qualité des prises en charge (ex: fluidité du parcours patient, amélioration de la prise en charge de la douleur, diminution de la DMS, diminution du nombre de ré-hospitalisations,...)
- ☞ Améliorer la qualité de vie au travail du personnel médical et soignant, notamment en optimisant les actes médicaux et paramédicaux ...

Les actions à conduire et le calendrier associé

2025 : mise en place du comité portant sur l'innovation au sein de l'établissement et lancement des travaux, notamment :

- recenser les projets et étudier les besoins en innovation à l'échelle des services et en transversalité,
- proposer une procédure d'instruction des projets et des critères de priorisation,
- définir un plan d'action pour le déploiement de ces projets, si ces projets sont validés par la Direction du CHU de Limoges.

2026-2029 : en fonction des retours d'expérience, préciser les modalités d'accompagnement des professionnels concernés (par exemple via la formation), lors de la phase d'amorçage desdits projets d'innovation.

Les indicateurs de réalisation

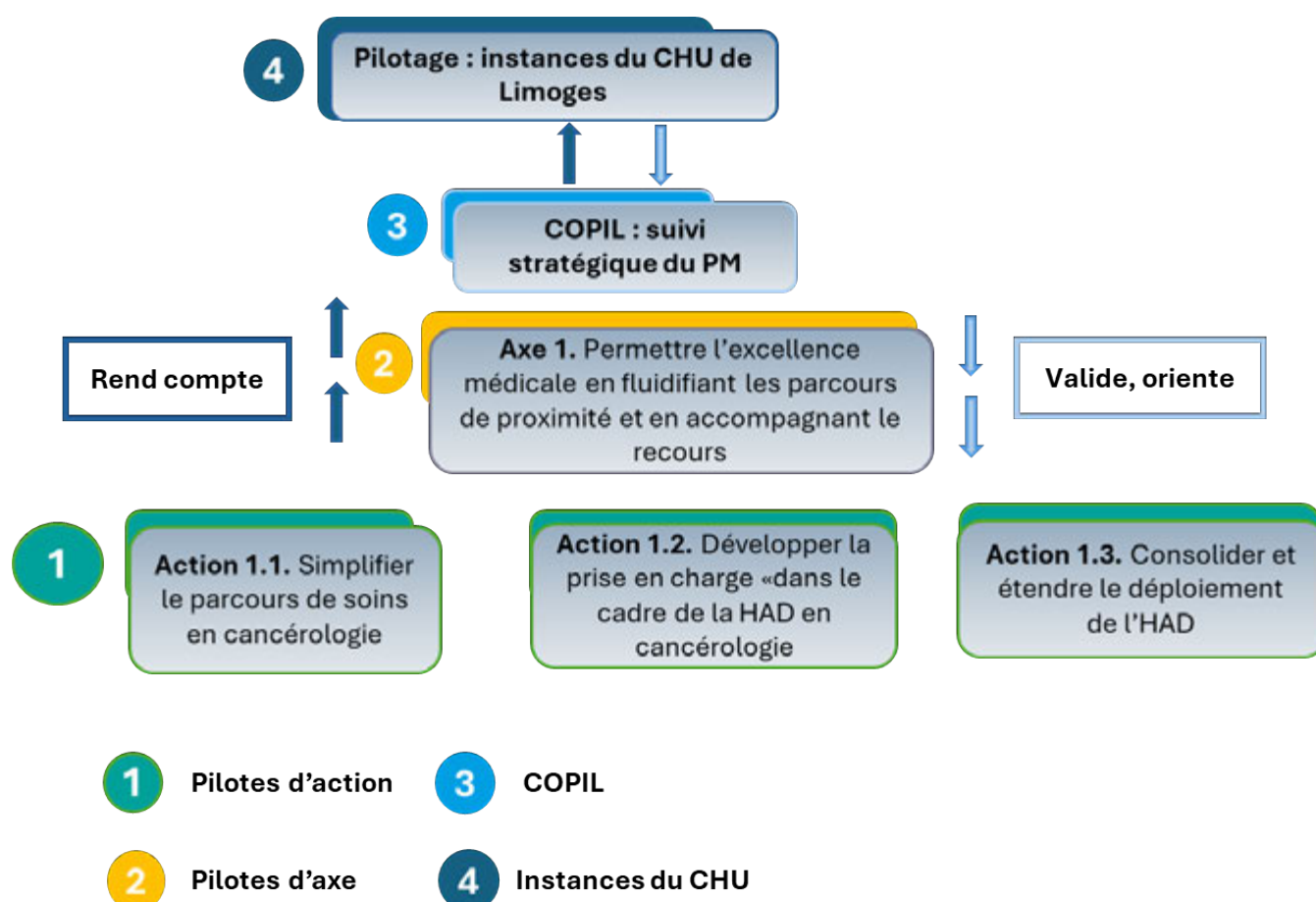
- ☞ Les indicateurs **quantitatifs** dépendront des projets, par exemple : nombre de lettre de sortie générées le jour de la sortie du patient, diminution de la durée des transmissions, diminution de la DMS ou augmentation du nombre de consultations.
- ☞ Les indicateurs **qualitatifs** dépendront des projets, par exemple : amélioration de la qualité de prise en charge avec une enquête de satisfaction auprès des patients après mise en application des outils IA, amélioration de la qualité de travail du personnel médical et soignant, amélioration de l'attractivité du CHU...

VI. Pilotage et gouvernance générale du projet médical

Le pilotage et le suivi de la mise en œuvre du projet médical du CHU de Limoges pour la période 2025-2029 se décline comme suit :

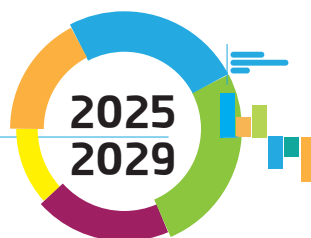
- Le **pilotage stratégique (suivi, réorientations, arbitrages)** est réalisé par le **COPIL du Projet médical**.
Il est composé de la Direction de l'établissement, du PCME, du Doyen et du DAM
- La **coordination opérationnelle** est réalisée par le **PCME et le DAM du CHU**.

Partant du principe qu'il n'est pas possible pour les pilotes d'action de tous venir référer de l'état d'avancement auprès du COPIL et des instances du CHU, il a été proposé de passer par **une stratification par « axe stratégique »** (cf. schéma ci-après).



PROJET MÉDICAL

CHU de Limoges



Centre hospitalier universitaire de Limoges

2, avenue Martin Luther King - 87042 Limoges cedex

Tél. : 05 55 05 55 55

www.chu-limoges.fr