

PROJET D'ÉTABLISSEMENT

2022-2027

INTRODUCTION GENERALE

La lecture du projet d'établissement 2017-2022 montre l'importance de ce document stratégique pour un CHU comme celui de Nîmes. Il est en effet remarquable de constater que les principaux objectifs énumérés dans les différentes parties de ce document ont été mis en œuvre. Document de référence, il structure l'action des décideurs pendant les cinq années de sa mise en œuvre.

En effet le CHU s'est donné les moyens pour anticiper et accompagner les besoins de la population qu'ils soient liés au vieillissement ou à la progression des maladies chroniques. Il a également donné une dynamique remarquable à l'Education thérapeutique et en santé tout en intégrant la réflexion éthique. La structuration de son activité autour de cliniques visant à rendre les parcours des malades plus lisibles est une vraie réussite et va se poursuivre sous une nouvelle forme dans les années à venir.

Il a constamment conforté sa place en tant que centre de recours pour le département du Gard et la basse vallée du Rhône dans de nombreuses disciplines, tout en continuant à jouer son rôle d'hôpital de proximité pour la population de l'agglomération nîmoise.

Acteur économique majeur, premier employeur du Gard, il a conforté cette place en créant des emplois et en réservant une part sensible de ses achats aux entreprises de son territoire.

L'objectif de mettre en place des organisations et des techniques permettant de prendre en charge les patients pendant le seul temps nécessaire a conduit à structurer le CHU autour de plateaux techniques adaptés : Centre Ambulatoire Caremeau Sud, plateau technique interventionnel en sont des exemples.

La recherche d'une qualité et d'une sécurité accrues dans la prise en charge des patients a été confortée par la certification au plus haut niveau obtenue par le CHU en 2019.

Par ailleurs, quels que soient les secteurs d'activité, le rayonnement du CHU s'objective par l'accroissement régulier de son activité, l'étendue des zones géographiques d'origine des malades et la qualité des coopérations qu'il a mise en œuvre avec de nombreux partenaires. Il étend désormais sa zone d'attractivité bien au-delà du département. Les populations vivant sur les territoires autour d'Arles, Avignon, Orange ou Montélimar voire Valence se tournent régulièrement vers les équipes du CHU de Nîmes.

Etablissement pilote du groupement hospitalier de territoire, le CHU poursuit son rôle d'animation et de projection face aux enjeux des établissements du Gard. Un projet médico-soignant du groupement inspiré de celui du CHU viendra affirmer ces ambitions autour de filières de prise en charge des patients et d'équipes territoriales.

Les relations avec le CHU de Montpellier se sont développées et le présent projet d'établissement va encore accentuer ces coopérations. Les fédérations Inter hospitalières et le groupement de coopération sanitaire qui réunit ces deux établissements de référence, refondé autour d'une ambition étendue à tous les domaines de coopération en constituent des exemples.

Les évolutions rapides de la science et des techniques imposent de penser désormais un projet médico-soignant toujours en mouvement et donc un projet d'établissement qui s'adapte de manière continue pour permettre la mise en œuvre de celui-ci.

Pour y parvenir, le CHU a renforcé son attractivité envers les professionnels et va poursuivre ses efforts dans le domaine de la qualité de vie au travail et par le déploiement de nombreux outils de prévention et de gestion des tensions interpersonnelles ou interservices. En effet, afin de répondre aux enjeux actuels et à venir de la santé des populations de son territoire, le CHU a besoin de toutes les compétences qu'elles soient médicales, soignantes, techniques, logistiques ou administratives. Le projet social éclaire sur les moyens qui sont et seront mis en œuvre pour répondre à cette ambition.

Il a ainsi créé un véritable campus hospitalo-universitaire en installant ses instituts sur le site de Caremeau, à proximité avec l'antenne de la Faculté de médecine Montpellier-Nîmes. Il a également ouvert deux nouvelles formations pour les infirmiers anesthésistes et de bloc opératoire après avoir recréé une formation de manipulateurs en électroradiologie.

Ces efforts vont se poursuivre en déposant un dossier pour créer une école de masseurs-kinésithérapeutes.

Deux antennes ont également été ouvertes au Vigan et à Uzès pour former des infirmiers et des aides-soignants permettant à ces territoires de renforcer leur offre de formation et l'attractivité pour les établissements sanitaires et médico-sociaux.

La recherche et l'innovation au service des soins et des organisations reste un des axes majeurs de la stratégie d'un centre hospitalier universitaire comme celui de Nîmes. Son schéma immobilier a su accompagner mais également anticiper très largement les besoins des équipes et des patientèles. Il va continuer à le faire dans un contexte financier plus contraint.

La poursuite permanente de la plus grande efficacité dans les organisations et également dans le travail de chacun impose de poursuivre le déploiement d'outils innovants au travers notamment du schéma directeur du système d'information tout en garantissant le niveau de sécurité maximale dans la protection de l'intégrité de données par nature très sensibles.

Ces ambitions ne peuvent se comprendre et trouver leur cohérence que dans le cadre de valeurs portées par un collectif de professionnels engagés : L'humanisme, l'égal accès à des soins de qualité et garantissant la sécurité dans les prises en charge vont continuer à guider les décisions et les acteurs de leurs mises en œuvre.

Le site du Grau du Roi voit son offre de soins évoluer avec l'installation d'un plateau d'imagerie, plusieurs projets en cours ou à venir de consultations ou de prise en charge de maladies chroniques telles que la création d'une unité de dialyse. La dynamique de ses équipes les conduits à déposer de nombreux dossiers dans les domaines des soins et de la recherche.

Le site de Serre Cavalier a débuté un cycle de rénovation avec un projet immobilier ambitieux qui devra mobiliser un plan de financement équilibré.

Tout cela n'a été possible que grâce à une gouvernance très en avance sur les préconisations nationales. La mise en place des délégations sur tous les thèmes stratégiques, conférant aux dirigeants et à la communauté médicale un cadre de travail efficace et partagé, est un modèle dans ce domaine.

La dynamique des pôles, sous-tendue par des contrats d'objectifs comportant des mécanismes d'intéressement, vient compléter ce dispositif.

Une incitation forte à construire des projets, améliorant la prise en charge des malades tout en garantissant une santé financière sécurisant l'avenir du CHU, en fait un établissement très attractif pour des professionnels à la recherche d'une évolution et d'une adaptation constante de leurs moyens aux besoins de la population.

Le dialogue social, respectueux et constructif permet de conforter la cohésion des professionnels.

Le cœur de ce projet d'établissement est donc son projet médico-soignant. Il se veut fédérateur des ambitions et des énergies. Il est construit autour d'objectifs de qualité et de sécurité, plaçant les malades au centre de ses actions. Il décrit parfaitement les coopérations et filières qui vont être structurées sur chacune de ses zones d'attraction. Il est complété dans ce domaine par un chapitre consacré aux partenariats internationaux.

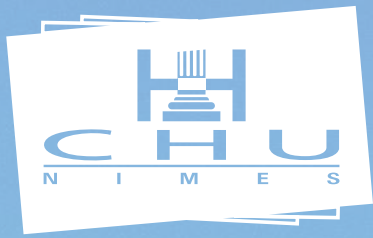
TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE	2
LE PROJET MEDICO SOIGNANT	9
introduction	14
1. L'INNOVATION ORGANISATIONNELLE AU SERVICE DES PARCOURS PATIENTS	16
1.1. REpondre A L'ENJEU DES SOINS URGENTS ET DES PARCOURS NON PROGRAMMES	16
1.2. REPENSER L'OFFRE ET L'ORGANISATION DES SOINS CRITIQUES POUR MIEUX REpondre AUX BESOINS DES PATIENTS	22
1.3. AMELIORER L'ACCESSIBILITE AUX SOINS HOSPITALIERS EN DEVELOPPANT L'OFFRE DE SOINS HORS LES MURS AU PLUS PRES DES BESOINS DE LA POPULATION	27
1.3. INTEGRER DAVANTAGE LA RECHERCHE DANS LES PARCOURS PATIENTS	35
Projet médical dynamique axe 1	37
2. UNE SYNERGIE ACCRUE DES PRISES EN CHARGE	38
2.1. EN DEVELOPPANT LA MEDECINE AMBULATOIRE ET LES HOPITAUX DE JOUR DIAGNOSTIQUES	38
2.2. EN CONFORTANT LA COMPLEMENTARITE DES SERVICES D'APPUI AU DIAGNOSTIC AVEC LES SERVICES CLINIQUES	42
2.3. EN POURSUIVANT LA CONSTITUTION DE STRUCTURES SYNERGIQUES	49
2.4. EN COORDONNANT LES SOINS DE SUPPORT	54
2.5. EN FAVORISANT LA SYNERGIE DES METIERS	57
Projet médical dynamique axe 2	60
3. LA PLACE DU CHU DANS SON ECOSYSTEME	61
3.1. DEVELOPPER L'INTERFACE VILLE-HOPITAL	61
3.2. PROMOUVOIR L'EVOLUTION DES FILIERES DE SOINS TERRITORIALES DU GHT	65
3.3. POURSUIVRE LA CO-REFERENCE ET SYNERGIE AVEC LE CHU DE MONTPELLIER	68
3.4. RENFORCER L'EFFICIENCE DES FILIERES D'AVAL	71
4. LA REPONSE AUX GRANDS ENJEUX de sante publique LIES AUX PATHOLOGIES EMERGENTES ET PANDEMIES ...	76
5. LE RENFORCEMENT DES ACTIVITES PHARES ET INNOVANTES POUR REpondre AUX BESOINS DES PATIENTS ...	81
5.1. DEVELOPPER LES AXES ET INDICATIONS DE MEDECINE INTERVENTIONNELLE	81
5.2. RENFORCER LA PLACE DE LA MEDECINE 6P	84
5.3. POURSUIVRE LE RENFORCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE EN CANCEROLOGIE POUR EN FAIRE UN ACTEUR D'ENVERGURE NATIONALE DANS LA PRISE EN CHARGE DU CANCER	90
5.4. OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AGE AU SEIN DE L'ENSEMBLE DE SERVICES DU CHU	99
5.5. SOUTENIR LES PROJETS SECTORIELS INNOVANTS	105
6. LA POTENTIALISATION DES FORCES DE RECHERCHE, DE FORMATION ET D'INNOVATION DU CHU	111
6.1. RENFORCER LA LISIBILITE ET LES MOYENS D'ACTION DES THEMATIQUES PHARES DU CHU TOUT EN FAVORISANT L'ACCES DE TOUS A LA RECHERCHE CLINIQUE	111

6.2. ACCROITRE LA VISIBILITE DES PLATEFORMES DE RECHERCHE DU CHU ET LES ADAPTER AUX NOUVAUX BESOINS	121
6.3. ELEVER LE NIVEAU D'ORIGINALITE ET D'IMPACTS DES THEMATIQUES DE RECHERCHE DU CHU.....	127
6.4. ACCELERER LE DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE EN RESEAU	133
6.5. STRUCTURER UN CAMPUS UNIVERSITAIRE FORT DE SES SYNERGIES	140
7. L'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS	146
7.1. CONFORTER LE MANAGEMENT INSTITUTIONNEL DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES	147
7.2. GARANTIR LA PERTINENCE DES SOINS.....	152
7.3. DEVELOPPER LE TRAVAIL EN EQUIPE COMME MOTEUR D'AMELIORATION DES PRATIQUES	154
7.4. ANCRER UNE CULTURE DE LA QUALITE, DE LA SECURITE ET DE LA PREVENTION DES RISQUES AU CŒUR DES PRATIQUES	155
7.5. PROMOUVOIR LES DROITS DES USAGERS ET LA BIENTRAITANCE	157
7.6. S'ENGAGER DANS LE PARTENARIAT PATIENT EN DEVELOPPANT LES MODALITES D'ECOUTE, DE DIALOGUE ET DE RECUEIL D'EXPERIENCE	159
7.7. CONSOLIDER LA PLACE DES REPRESENTANTS DES USAGERS.....	162
UN PROJET SOCIAL COHERENT SE DECLINANT POUR LE PERSONNEL NON MEDICAL ET MEDICAL :.....	173
Personnel non médical :.....	173
INTRODUCTION	173
1. PLAN PROJET SOCIAL.....	174
1.1 METHODOLOGIE	174
1.2 LE CONTENU.....	175
Projet social médical :	207
Introduction	207
Orientation stratégique 1 : Attractivité, recrutement et fidélisation du personnel médical.....	207
Orientation stratégique 2 : Qualité de vie au travail et amélioration des conditions de travail.....	211
1. Valoriser l'exercice médical à l'hôpital.....	212
2. Détecter, prévenir et traiter des situations conflictuelles ou à risques	213
3. Améliorer la communication auprès du personnel médical	213
4. Analyser et reconnaître la pénibilité notamment dans le cadre de la permanence des soins	214
5. Améliorer la vie quotidienne du personnel médical	214
Fiche action 1.1 : Repérer les compétences médicales, contribuer au développement d'une stratégie DE GESTION prospective.....	216
Fiche action 1.2 : Mettre en œuvre un parcours d'accueil des praticiens seniors et juniors	217
Fiche action 1.3 : Mettre en place un accompagnement individualisé au sein d'un parcours professionnel	218
Fiche action 1.4 : Consolider le dispositif spécifique au management médical	219
Fiche action 1.5 : Améliorer la valorisation professionnelle	220
Qualité de vie au travail & amélioration des conditions de travail.....	221

Fiche action 2.1 Valoriser l'exercice médical à l'hôpital	221
Fiche action 2.2 : Détecter, prévenir et TRAITER DES situations conflictuelles ou à risques	222
Fiche action 2.3 : Améliorer la communication auprès du personnel médical	223
Fiche action 2.4 : Evaluer, Analyser les risques de pénibilité	224
Fiche action 2.5 : Améliorer la vie quotidienne du personnel médical	225
Modalités de suivi et d'évaluation.....	227
SCHEMA DIRECTEUR IMMOBILIER.....	229
1. Le SDI actuel du CHU de Nîmes s'inscrit après plusieurs périodes structurantes pour le CHU	229
2. SDI 2019/2028.....	230
A- Trajectoire immobilière du CHU.....	230
Axes structurants	230
B- SDI Séquence 2023.2024	232
C- SDI – Séquence 2023-2028	234
3. Projet biomédical en lien avec le SDI	240
UNE POLITIQUE D'INVESTISSEMENT DYNAMIQUE AU SERVICE DE CE PROJET	243
Un plan de développement ambitieux, au service des besoins de santé de la population	244
Une politique de modernisation des fonctions financières, en appui à la stratégie de développement et de performance du CHU	244
La politique d'amélioration continue de la qualité comptable.....	244
La politique de structuration et de fiabilisation de l'information décisionnelle.....	245
Un Système d'Information évolutif pour répondre aux attentes des métiers.....	246
Des infrastructures modernes et performantes	247
Cette mise en service coïncidera avec la mise en œuvre d'une infrastructure de production entièrement renouvelée. En effet, l'ensemble des serveurs et du stockage principal de l'infrastructure de production sera remplacé afin d'amener des performances du plus haut niveau.	247
Amélioration de la sécurité du SI	247
Exploitation des données pour le pilotage et la recherche.....	247
Un Système d'Information efficace au quotidien	247
UN PROJET HOTELIER ET LOGISTIQUE Tourné vers les patients et les professionnels	251
UN PROJET LOGISTIQUE.....	251
AXES DEVELOPPEMENT DURABLE.....	254
LE CHU DE NIMES DANS SON TERRITOIRE ET SES PARTENARIATS INTERNATIONAUX	257
1. Les relations ville-hôpital :	257
A. Etat des lieux.....	257
B. Perspectives	259
2. Le GHT (Groupement Hospitalier de Territoire) :.....	261
A. Etat des lieux.....	261

B. Perspectives	263
3 Les directions communes :	265
A. Etat des lieux	265
B. Perspectives	266
1 – Poursuivre et élargir le partenariat historique avec l’hôpital Viet Tiep à Hai Phong (Vietnam)	267
2 – Déployer le partenariat avec l’hôpital Mère-Enfant de la Province du Shanxi à Taiyuan (Chine).....	269
3 – Consolider le partenariat avec l’Hôpital Universitaire Saint Georges à Beyrouth (Liban)	270
4 – Poursuivre et développer la coopération avec les hôpitaux de Dakar (Sénégal)	271
5 – Engager de nouveaux partenariats	272
LE CHU PARTENAIRE D’UNE VIE	275
1. Communication autour d’un CHU acteur majeur sur son territoire : « Le CHU de Nîmes, partenaire d’une vie »	275
1.1. Une communication au service des projets du CHU et en appui du projet médical	275
2. Communication interne : informer, valoriser, motiver et fédérer	278
A. Informer	278
B. Valoriser les compétences des membres de la communauté hospitalière	278
C. Engager les collaborateurs dans les grands projets et la vie de l’institution et développer l’e-reputation du CHU de Nîmes	279
D. Fédérer en augmentant le sentiment d’appartenance	279
3. Communication externe : valoriser l’expertise du CHU et sa place dans l’écosystème régional.....	280
A. Affirmer la communication grand public	280
B. Poursuivre et développer la politique culturelle	280
4. Marketing hospitalier : développer « la marque » CHU de Nîmes.....	281
A. Mettre en œuvre une communication adaptée à l’attention des professionnels libéraux – Aller vers la médecine de Ville.....	281
B. Aller vers le grand public.....	282
Pour le mettre en œuvre, un Projet managérial performant et cohérent :	285
1. Préambule	285
2. Les valeurs managériales du CHU de Nîmes	285
3. Les modalités conjointes de mise en œuvre de la nouvelle gouvernance hospitalière :	286
4. Les instances de gouvernance spécifiques au CHU de Nîmes.....	287
5. La Charte de Gouvernance du CHU de Nîmes.....	289
6. L’organigramme de direction	290
7. Une formation adaptée.....	291
CONCLUSION GENERALE	294



PROJET

médico-soignant d'établissement

2022-2027

L'offre de soins du CHU de Nîmes

Chiffres clés année 2020



2 064 lits, places et postes

Hospitalisation de jour



274

lits, places et postes

- ✓ Médecine : 96
- ✓ Chirurgie : 29
- ✓ SSR : 64
- ✓ Psychiatrie adultes : 20
- ✓ Pédo - psychiatrie : 24
- ✓ Gynécologie 274 - obstétrique : 15
- ✓ Dialyse : 16
- ✓ Hébergement : 10

Hospitalisation complète



1 790
lits ou places

- ✓ Médecine : 597
- ✓ Chirurgie : 212
- ✓ SSR : 356
- ✓ Psychiatrie adultes : 70
- ✓ Pédo - psychiatrie : 10
- ✓ Gynécologie - obstétrique : 60
- ✓ Hébergement : 485

MCO



5,10 jours
durée moyenne
du séjour MCO



17 766
interventions chirurgicales
(dont 7 369 en ambulatoire)



316 972
consultations



144 605
hospitalisations

Urgences

- Unité d'accueil des urgences
- SAMU Centre 15
- SMUR terrestre et hélicoptère
- 3 unités de réanimation (médicale, chirurgicale, néonatale)
- 4 unités de soins intensifs (cardiologie, néphrologie, néonatalogie, neurovasculaire)

Médecine nucléaire

- 2 gamma caméras (SPECT-CT) dont 1 numérique
- 2 TEPscan (ou PET-CT)
- 1 ostéodensitomètre

Plateau de biologie

- Regroupant l'ensemble des spécialités (bactériologie, virologie, parasitologie, biochimie, hématologie, immunologie, cytologie, cytogénétique, FIV) et des techniques (dont un fort potentiel en biologie moléculaire et cellulaire)

Bloc opératoire

- 20 salles
- 20 lits de réveil
- 1 robot chirurgical

Soins critiques

- Capacités étendues à 46 lits de réanimation et 40 lits de soins critiques

Imagerie médicale

- 3 scanographes + 1 partagé avec les libéraux via un GIE
- 2 IRM + 1 partagé avec les libéraux via un GIE
- 5 salles d'imagerie interventionnelle
- Près de 70 échographes, dont environ 30 dits de référence
- 3 accélérateurs de particules (dont 1 partagé avec les libéraux via un GCS)

Radiothérapie - Oncologie

- 3 accélérateurs de particules + 1 partagé public/privé
- 1 système de dosimétrie
- 1 scanographe de simulation

Bloc obstétrical

- 4 salles de pré-travail
- 5 salles de travail
- 2 blocs pour césariennes
- 1 salle technique
- 4 lits de soin post-interventionnel

Centre ambulatoire indépendant

- 4 salles
- 1 salle de réveil

Activité de soins



2 185
accouchements



270
fécondations
in vitro



22 561
séances de
radiothérapie



21 326
séances de
chimiothérapie
(tumorales et non
tumorales)



10 259
séances de dialyse
(hors hémodialyses
en hospitalisation)



18 086
venues pour IRM
(diagnostiques
et thérapeutiques)



40 670
venues pour scanners
(diagnostiques
et thérapeutiques)



5 304
TEP Scan

Urgences



90 295
passages aux urgences



6 901
interventions SMUR



426 705
appels au SAMU 30

Laboratoires



110 098 994
B et BHN au laboratoire



3 870 189
actes de biologie

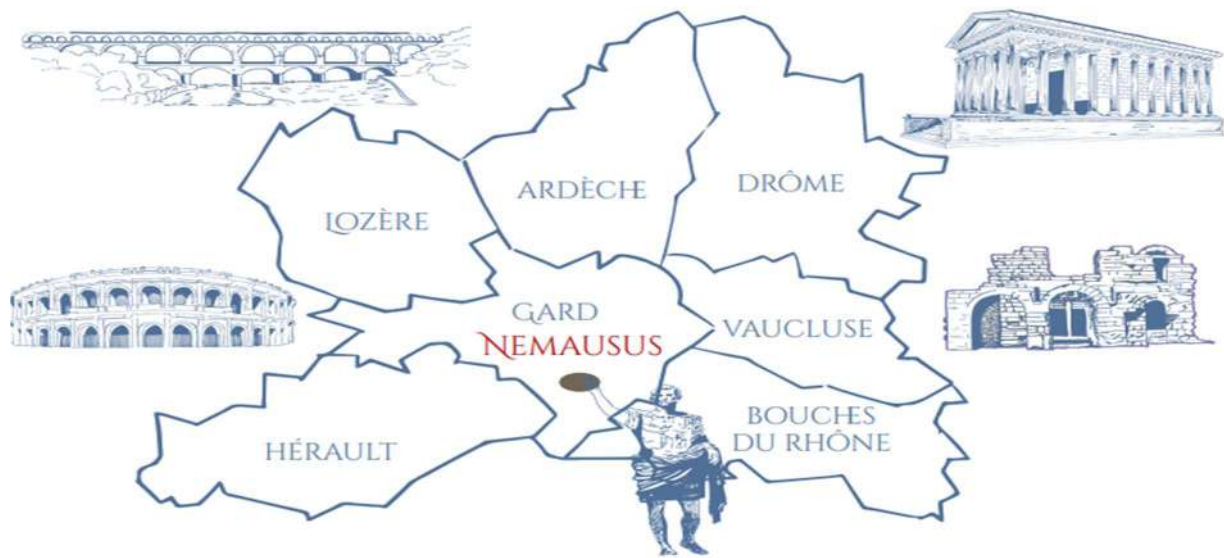
Prise en charge de la douleur



7 520
consultations CETD
(Centre d'évaluation
et de traitement de la douleur)



4 946
hospitalisations
de jour CETD



Enseignement

Résultats Diplôme d'État



96,85% d'admis
IDE (Infirmier Diplômé
d'État) 3 sessions par an



96,92% d'admis
AS (Aide Soignant)
2 sessions par an



96,42% d'admis
AP (Auxiliaire de puériculture)
2 sessions par an



100% d'admis
IDE PUER (Infirmier
Diplômé d'État, puériculture)
2 sessions par an

FACULTÉ DE MÉDECINE
MONTPELLIER / NÎMES



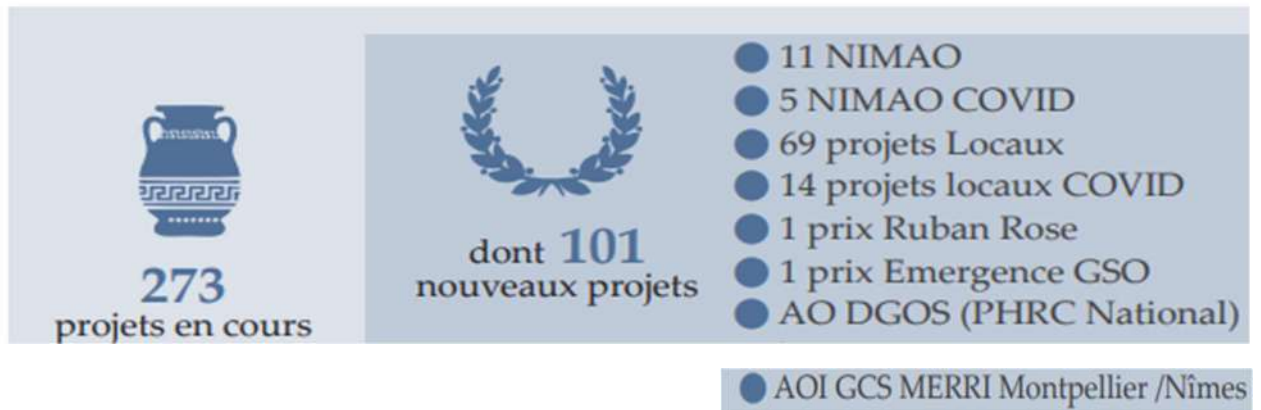
100
Universitaires au sein
du personnel médical



658
Étudiants et internes en
médecine, pharmacie,
odontologie et maïeutique

Recherche

PROMOTION INTERNE



PROMOTION EXTERNE - ÉVOLUTION DES NOUVEAUX PROJETS REÇUS



Nombre de nouveaux projets	2016	2017	2018	2019	2020
		101	123	108	125

VALORISATION



CERTIFICATION V2014 : CLASSEMENT EN A PAR LA HAUTE AUTORITE DE SANTE DEPUIS MAI 2019

INDICATEURS TRANSVERSAUX DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ DES SOINS			
	Indice	Résultat de l'établissement	
CAMPAGNE 2019 (Données 2018)	QUALITÉ DE PRISE EN CHARGE EN MCO		
	QLS : Qualité de la lettre de liaison à la sortie (pourcentage de dossiers conformes)	62/100	C
	PCD : Évaluation de la prise en charge de la douleur (pourcentage de dossiers conformes)	95/100	A
	QUALITÉ DE PRISE EN CHARGE EN CHIRURGIE AMBULATOIRE		
	QLS : Qualité de la lettre de liaison à la sortie après une chirurgie ambulatoire (pourcentage de dossiers conformes)	55/100	C
	QUALITÉ DE PRISE EN CHARGE EN SSR PAR SITE		
	QUALITÉ DE PRISE EN CHARGE SSR SUR LE SITE DE CARÉMEAU		
	QLS : Qualité de la lettre de liaison à la sortie (pourcentage de dossiers conformes)	82/100	B
	PCD : Évaluation de la prise en charge de la douleur (pourcentage de dossiers conformes)	76/100	B
	PSV : Projet de soins et de vie (pourcentage de dossiers conformes)	78/100	B
	QUALITÉ DE PRISE EN CHARGE SSR SUR LE SITE DU GRAU-DU-ROI		
	QLS : Qualité de la lettre de liaison à la sortie (pourcentage de dossiers conformes)	72/100	B
	PCD : Évaluation de la prise en charge de la douleur (pourcentage de dossiers conformes)	86/100	B
	PSV : Projet de soins et de vie (pourcentage de dossiers conformes)	99/100	A
	QUALITÉ DE PRISE EN CHARGE SSR SUR LE SITE DE SERRE CAVALIER		
	QLS : Qualité de la lettre de liaison à la sortie (pourcentage de dossiers conformes)	64 %	C
	PCD : Évaluation de la prise en charge de la douleur (pourcentage de dossiers conformes)	98 %	A
	PSV : Projet de soins et de vie (pourcentage de dossiers conformes)	86 %	A

INDICATEURS DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES			
	Indice	Résultat de l'établissement	
CAMPAGNE 2019 (Données 2018)	SITE DE CARÉMEAU (MCO et SSR)		
	ICSHA : indice de consommation de produits hydroalcooliques	75/100	C
	SITE DU GRAU-DU-ROI		
	ICSHA : indice de consommation de produits hydroalcooliques	47/100	C
SITE DE SERRE CAVALIER			
ICSHA : indice de consommation de produits hydroalcooliques	65/100	C	
INDICATEURS E-SATIS : SATISFACTION DES PATIENTS MCO			
	Indice	Résultat de l'établissement	
E-SATIS 2019	Note de satisfaction globale des patients en hospitalisation de plus de 48h en MCO	72/100	C
	Items de satisfaction		
	Accueil	72/100	
	Prise en charge par les médecins/chirurgiens	80/100	
	Prise en charge par les infirmiers/aides-soignants	80/100	
	Repas	60/100	
	Chambre	74/100	
Organisation de la sortie	63/100		
INDICATEURS E-SATIS : SATISFACTION DES PATIENTS ADMIS EN CHIRURGIE AMBULATOIRE			
	Indice	Résultat de l'établissement	
E-SATIS 2019	Note de satisfaction globale des patients admis pour une chirurgie ambulatoire	79/100	B
	Items de satisfaction		
	Avant hospitalisation	83/100	
	Accueil le jour de la chirurgie	82/100	
	Prise en charge	84/100	
	Chambre et collation	72/100	
Organisation de la sortie et retour à domicile	75/100		

Le projet médico-soignant 2022-2026 du CHU de Nîmes poursuit l'ambition d'apporter des réponses aux enjeux hospitalo-universitaires de demain grâce notamment à une adaptation permanente de son offre de santé au bénéfice des patients.

Ce nouveau projet trace donc les grandes lignes des prises en charge hospitalières pour les cinq prochaines années (nouveaux modes d'organisation, nouvelles activités, nouvelles techniques innovantes...) tout en s'articulant avec le schéma directeur immobilier, véritable feuille de route architecturale.

Il se décline autour de sept axes :

- ① Des organisations au service des parcours patients : le CHU de Nîmes favorisera les initiatives innovantes en matière d'organisation des parcours qui proposeront aux patients une offre de soins la plus adaptée à sa pathologie, à son âge et à sa situation, en un mot « personnalisée ».
- ② Des prises en soin multidisciplinaires, synergiques au profit de stratégies coordonnées, lisibles et dans les délais adaptés aux besoins en favorisant les plateaux de médecine ambulatoire lorsque cela est possible.
- ③ La complémentarité avec les autres acteurs de santé qui se traduit par l'accompagnement des établissements du territoire dans leur rôle de proximité tout en confortant le CHU de Nîmes dans son rôle pivot et en renforçant les coopérations avec le CHU de Montpellier autour des activités de recours et de référence avec une attention particulière aux parcours de soins ville-hôpital.
- ④ Les grands enjeux de santé publique liés aux pathologies émergentes: les retours d'expérience de la crise sanitaire Covid 2019 ont confirmé la nécessité de répondre de manière anticipée aux situations de crise pour préserver la continuité des soins pour l'ensemble des pathologies en posant comme préalable l'adaptabilité de toutes les ressources.
- ⑤ Le renforcement des activités innovantes et à fort potentiel avec l'accès direct à des traitements focaux dans le secteur interventionnel, le challenge organisationnel des parcours (en expansion rapide) concernant les patients âgés fragiles et les patients cancéreux, enfin l'évolution de l'idée même du soin par une médecine plus personnalisée, plus anticipative et toujours plus tournée vers le futur.
- ⑥ Le développement de la recherche clinique et le déploiement d'un véritable campus de santé nîmois en soutenant les missions hospitalo-universitaires inscrites dans le plan d'actions de recherche et d'innovation afin de consolider et d'accroître la valorisation scientifique ainsi que la visibilité d'un projet universitaire ambitieux.
- ⑦ L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins à partir d'une politique partagée en faveur du service rendu aux patients et du respect de ses droits.

Ce projet s'inscrit dans un cadre institutionnel fort où la gouvernance est concertée et au service d'un management par projet. Il devra s'inscrire dans la durée par une déclinaison opérationnelle soutenue et un suivi des axes prioritaires dans le cadre du « projet médical dynamique ».

Méthodologie d'élaboration

Le projet médico-soignant 2022-2026 du CHU de Nîmes est le résultat d'une concertation permise dans le cadre d'ateliers participatifs de réflexion, qui se sont tenus au cours de l'année 2021, autour des thématiques suivantes :

- L'amélioration des parcours de soins urgents et non programmés ;
- Le développement du plateau de soins critiques ;
- Le développement de la médecine ambulatoire et des hôpitaux de jour diagnostique ;
- La coordination des soins de support ;
- La synergie des métiers ;
- L'interface ville-hôpital ;
- La gestion de crise durable ;
- Le développement des activités interventionnelles ;
- Le renforcement de la médecine des 6P ;
- La réponse aux besoins du territoire en cancérologie ;
- La prise en soin et le parcours de la personne âgée ;
- Le soutien aux missions hospitalo-universitaires (enseignement et recherche).

Si la méthodologie a dû être repensée et adaptée aux impacts multiples de la crise sanitaire, les temps d'échanges auront toutefois permis de définir les orientations prioritaires allant jusqu'à la déclinaison opérationnelle pour chacune d'entre elles.

Au total, la démarche a mobilisé plus d'une centaine de professionnels (médicaux, paramédicaux, enseignants, chercheurs, représentants des usagers). Elle illustre une nouvelle fois la forte capacité des équipes médicales et soignantes de l'établissement à porter des projets innovants.

1.1. REpondre A L'ENJEU DES SOINS URGENTS ET DES PARCOURS NON PROGRAMMES

L'exigence de fluidité du parcours s'impose à toutes les étapes de la prise en charge du patient et notamment dès son admission plus particulièrement lorsqu'elle est réalisée de manière urgente et non programmée.

Constats et enjeux

Le nombre de passages aux urgences du CHU de Nîmes est en constante progression. En 2019, le service d'accueil des urgences (SAU) du CHU de Nîmes a accueilli 110 126 patients contre 104 085 en 2018 (+ 5.5 %), 98 144 en 2017 (+ 5.75%) et 93 227 en 2016 (+ 5 %), soit près de 15% d'augmentation entre 2016 et 2019. Entre 2014 et 2019, le CHU de Nîmes a connu la plus forte progression du nombre de passages aux urgences (+53%) parmi tous les CHU. De la même manière, le nombre de patients hospitalisés (y compris en unité de type HTCD) après leur admission via les urgences a progressé pour passer de 18 176 en 2016, à 19 073 en 2017 (+ 5 %), à 19 547 (+2.5%) en 2018 et à 23 413 en 2019 (+20%).

Le parcours non programmé avec le service d'accueil des urgences comme porte d'entrée est parfois privilégié en raison des délais plus courts de réalisation des examens, de la réalisation de bilans d'entrée ou par défaut d'un lit d'hospitalisation.

Des tensions en termes de disponibilité de lits post-urgences sont constatées régulièrement durant certaines périodes, le week-end et également la nuit (épisodes d'hôpital en tension) et ont pour conséquence d'allonger le temps d'attente d'hospitalisation du patient.

De nombreux projets et organisations (hospitalisation en direct, création d'unités d'aval des urgences, visibilité des lits disponibles, date prévisionnelle de sortie...) n'ont pas pu apporter de réponse durable.

Le besoin de lits d'hospitalisation post-urgences relève surtout des lits de médecine, la disponibilité des lits de chirurgie étant moins contrainte. Ce rôle est aujourd'hui principalement dévolu aux services de médecine interne, médecine polyvalente et médecine gériatrique. Les capacités institutionnelles de médecine ne répondent plus à la croissance de la demande de soin. Par ailleurs, la (sur)spécialisation des différentes disciplines médicales, phénomène d'autant plus prégnant en CHU, ne permet pas de répondre aux besoins en médecine générale hospitalière. Les services de médecine post-urgences consacrent la plus grande part de leur activité à l'accueil de ces patients, souvent complexes avec atteintes multi-organes (comorbidités stade 3 à plus de 60%), en épisode aigu pour plus de 70 % des patients avec une durée moyenne de séjour la plus courte possible (entre 7,5 à 8,5 jours en médecine polyvalente pour une moyenne nationale autour de 9).

Fort de ces constats, la communauté médicale du CHU de Nîmes s'est engagée à repenser l'organisation tout au long du parcours de soins non programmé, en s'interrogeant sur les leviers d'actions possibles, dès l'amont, également en intra-hospitalier, sans les opposer aux parcours programmés.

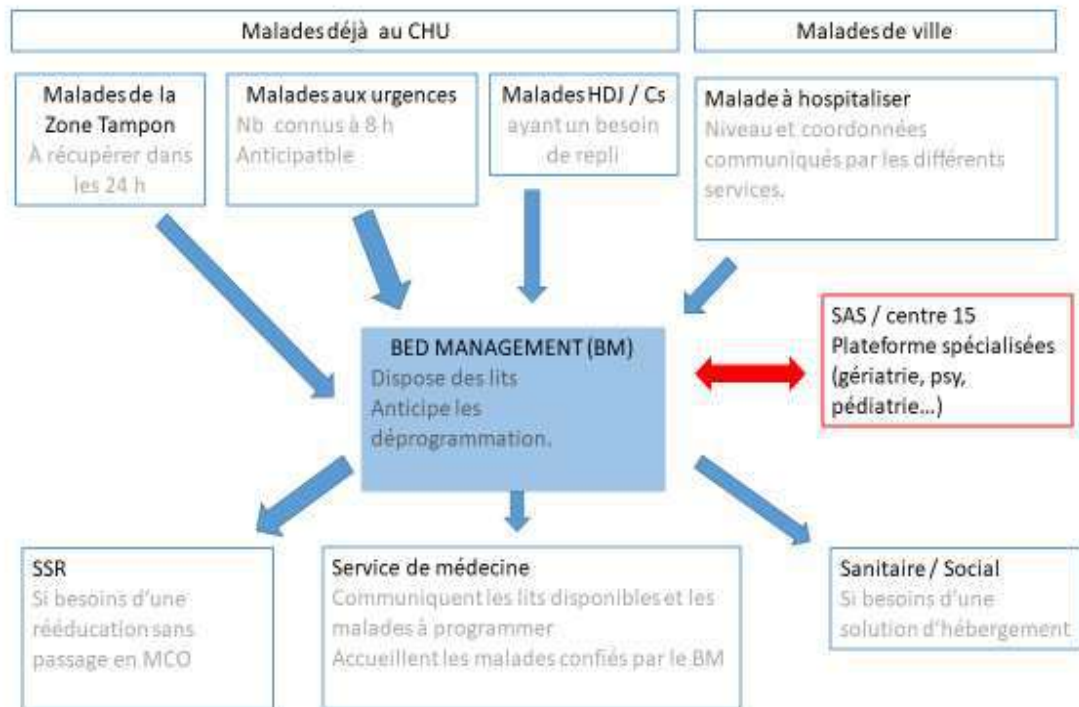
Projets et perspectives

L'un des objectifs poursuivis est donc de réduire le nombre de passages évitables aux urgences par plusieurs leviers d'actions intervenant en amont :

- La mise en place du Système d'Accès aux Soins (SAS) qui fait actuellement l'objet d'une expérimentation au niveau national ;
- La création d'une plateforme intra-hospitalière de régulation des flux de patients également accessible aux médecins libéraux (service de gestion centralisé des lits) ;
- Le développement d'outils (exemple du numéro direct de chaque service de spécialité) permettant de simplifier la communication ville-hôpital ;
- La mise en place de parcours dédiés (avec notamment un accès facilité à l'imagerie et au brancardage) ;
- L'identification des profils patients polypathologiques dès leur admission par les urgences pouvant répondre à une prise en charge plus complexe ;
- Une attention particulière aux parcours non programmés des patients âgés ;
Il est établi qu'un grand nombre de patients âgés hospitalisés via les urgences ont consulté un médecin dans les 48 h qui précèdent et n'ont pas forcément besoin du plateau technique des urgences. Ils pâtissent d'un séjour prolongé dans un service dont ce n'est pas la vocation. Au-delà des projets en cours pour fluidifier le parcours post-urgences, il convient de développer davantage les capacités d'admission directe en service de médecine. Selon les recommandations de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), ces admissions suivront principalement trois grandes voies de recours : un appel direct du médecin traitant, une régulation via le SAMU ou un appel des patients ou de leurs aidants pour ceux déjà suivis et inclus dans un protocole de soins (ex oncologie). Ces admissions devront être mieux structurées et s'appuyer sur une « hotline » gériatrique (Equipe Parcours Santé Personne Agée - EPS PA), une coordination des entrées directes dans les services en lien avec une gestion des lits centralisée et une meilleure coopération avec les acteurs de terrains : Communauté professionnelle territoriale de Santé (CPTS), établissements médicaux-sociaux...
- Le développement des prises en charge ambulatoires :
 - En amont (type dispositif RAPIDO : Réseau d'Aide à la Prise en charge Diagnostique et d'Orientation)
 - En aval, en intégrant des consultations ou HDJ de post-hospitalisation pour les secteurs de médecine (MME, cardiologie, néphrologie, gériatrie, médecine interne, oncologie, médecine vasculaire...), en travaillant en réseau avec l'appui des CPTS pour faciliter le suivi ambulatoire des patients.

Une fois le patient admis par le service des urgences, l'objectif poursuivi est donc d'optimiser la régulation des flux de patients. Il est proposé la mise en place d'un service de gestion centralisée des lits. Il s'agit de connaître en temps réel le besoin (les patients présents aux urgences, ceux qui sont présents en unité de pré-hospitalisation [zone tampon], les patients du flux des entrées directes) et les disponibilités. Il s'agit également d'organiser les disponibilités prévisionnelles grâce au suivi automatisé du nombre de sorties par service (en appliquant à chaque séjour la DMS de l'unité).

Evolution de la gestion des lits



De manière concrète, un service de gestion centralisée des lits serait chargé de répartir et prioriser les lits et places disponibles entre les différents flux. La connaissance, même approximative et prévisionnelle, du besoin de lits pour les patients admis en urgence, permettrait d'organiser et de gérer les déprogrammations de manière anticipée. De leur côté, les services accueillant ces patients doivent être en mesure, une fois l'indication d'hospitalisation retenue, de prioriser les patients :

- Niveau 1 : hospitalisation à prévoir dans les 48 h
- Niveau 2 : hospitalisation à prévoir dans un délai à 5 jours
- Niveau 3 : hospitalisation qui peut être décalée d'une quinzaine de jours.

Un tel dispositif permettra également de recentrer le praticien sur la pratique médicale et de réduire la charge de régulation des flux de patients au sein des services grâce à une gestion institutionnelle, équitable (en termes d'effort des services) et partagée (meilleure répartition des patients identifiés comme *bed blockers* potentiels) du capacitaire d'hospitalisation.

Il est proposé également de travailler sur les synergies de prise en charge entre les services de médecine les plus concernés par l'accueil de patients via les urgences. Afin de permettre éventuellement la réduction

de la durée de séjour au strict nécessaire, les services de médecine interne, la médecine polyvalente, l'unité Médecine Interne Médecine Polyvalente Post-Urgences (MIPPU) et la médecine gériatrique affichent leur volonté de créer une fédération intra-hospitalière. Elle poursuit un triple objectif : une synergie commune de prise en charge pour les patients de même typologie, une mutualisation des formations continues (staffs en commun, bibliographies, internes ou externes sur plusieurs services) et des thèmes de recherche clinique sur des problématiques inhérentes à la médecine hospitalière.

La communauté médicale engagera également une réflexion collective sur le dimensionnement des lits de médecine post-urgence et l'opportunité d'un regroupement géographique en fonction des possibilités offertes par le schéma directeur immobilier.

Enfin pour finaliser ce processus, des leviers d'actions sont proposés sur l'aval des services de médecines post-urgences :

- En favorisant une prise en charge hospitalière ambulatoire pour les secteurs de médecine (consultations ou HDJ de post-hospitalisation en MME, cardiologie, néphrologie, gériatrie, médecine interne, oncologie, CS et HDJ de médecine vasculaire...) ou en collaboration avec la médecine de ville et les CPTS ;
- En s'efforçant de réduire le délai d'attente pour une entrée en EHPAD (réalisations de staffs et utilisation d'outils communs pour les demandes d'admissions-Via trajectoire grand âge) ;
- En anticipant la sortie dès l'admission notamment pour les patients ayant une problématique médico-sociale ;
- En réduisant le délai d'attente des SSR par la création de filières avec certains SSR (SSR polyvalent, SSR gériatrique...).

Déclinaison pluriannuelle du projet médical pour répondre à l'enjeu de la fluidification des parcours non programmés

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateurs
Mise en place du service d'accès aux Soins		X				SAS opérationnel ; Nbre de patients inclus par le service.
Mise en place d'un service de gestion centralisée des lits	X	X				Nbre patients >12 et temps > 24h aux urgences ; Nbre déprogrammations ; délai transfert, saturation urgence.
Identification des patients fragiles (sujet âgé, isolé, en situation de précarité...)	X					Nbre de patients identifiés ; délai admission en service médecine ;
Création d'une fédération intra-hospitalière des médecines post-urgences		X				Validation de la fédération.
Fluidification des parcours de médecine post-urgences		X				DMS de ces services pour les patients concernés.
Engager une réflexion sur l'opportunité d'un regroupement géographique des services post-médecines		X	X			Inscription au projet médical ; validation du projet

Déclinaison pluriannuelle du projet de soins pour répondre à l'enjeu de la fluidification des parcours non programmés

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateurs
Développement du rôle du bed manager en lien avec la mise en œuvre du service de gestion centralisée des lits	x	x	x	x	x	Evolution de la fiche de poste du bed manager ; Inclusion au nouveau dispositif ; Nombre et typologie des lits inclus dans le périmètre d'action du bed manager.
Anticipation de la sortie dès les premiers temps de prise en charge en impliquant l'usager	x	x	x	x	x	Saisie dans le DPI avant les 2 premiers jours après admission : information logement, aide à domicile, date prévisionnelle de sortie et lieu, identification difficulté ; Délai de prise de contact avec la POS ; Délai de saisie des demandes d'aval dans Via Trajectoire .
Identification et accompagnement des compétences de base des PNM afin de favoriser la qualité des prises en charge des patients	x	x	x	x	x	Nombre de PNM formé à : bienveillance, droits des patients, DPI, médicaments, radioprotection, hygiène des locaux, chimiothérapie, hémovigilance.
Structurer des interfaces entre les professionnels impliqués dans la coordination des parcours	x	x	x	x	x	Nombre de parcours formalisés ; Nombre et typologie des lits inclus dans ces parcours.
Organisation des sorties le matin et anticipation de l'accueil des patients depuis les urgences	x	x	x	x	x	Taux de sortie le matin ; Taux d'admission le matin non programmé.

1.2. REPENSER L'OFFRE ET L'ORGANISATION DES SOINS CRITIQUES POUR MIEUX REpondre AUX BESOINS DES PATIENTS

Constat et enjeux

L'activité des secteurs de soins critiques (réanimation, soins intensifs – SI, surveillance continue – SC) est en forte hausse ces dernières années, du fait du vieillissement de la population, de l'évolution des secteurs de soins et d'une plus grande technicité des prises en charge et d'événements sanitaires tels que la crise Covid 19. Le CHU de Nîmes est l'établissement de référence et de recours pour la prise en charge de nombreuses pathologies et draine un large territoire. En termes de lits de réanimation, le capacitaire actuel du CHU de Nîmes est de 46 lits, soit 4,2 % des lits de court et moyen séjour (1085 lits).

Le CHU de Nîmes doit couvrir la majorité des besoins en soins critiques du GHT Cévennes-Gard-Camargue. Ce périmètre s'étend sur Arles et la basse vallée du Rhône (Orange et Carpentras notamment). De plus, le nombre de lits de réanimation en secteur privé sur Nîmes est insuffisant : 8 lits sur le site de l'Hôpital privé des Franciscaines orientés vers la chirurgie cardiaque et thoracique. Pour comparaison, sur la ville de Montpellier, l'hospitalisation privée dispose de 49 lits de soins critiques (36 lits de réanimation et 13 de surveillance continue) pour 96 lits de réanimation et surveillance continue au CHU.

Par ailleurs, la crise sanitaire Covid 19 a nécessité une réorganisation des soins, une étroite collaboration entre les différents acteurs et l'augmentation du capacitaire. Les services de Soins critiques gardent un taux d'occupation important nécessitant d'anticiper l'augmentation de l'activité dans les années à venir.

Le CHU de Nîmes développe des activités générant des besoins en soins critiques :

- Augmentation des chirurgies lourdes (notamment dans les secteurs de chirurgie digestive, ORL, vasculaire, thoracique et urologique) et de l'activité de neurochirurgie (chirurgie crânienne urgente ou réglée lourde dans le cadre du regroupement de la neurochirurgie publique-privée).
- Augmentation du nombre de lits de soins intensifs de neurologie et de néphrologie, qui augmenteront mécaniquement la demande de places en réanimation.
- Développement de nouvelles activités de réanimation telles que l'assistance circulatoire extra corporelle veino-veineuse ou veino-artérielle (ECMO).
- Développement des activités interventionnelles (neuroradiologie, cardiologie, radiologie interventionnelle...) qui augmentent la demande de places en surveillance continue et en réanimation.
- Développement de l'oncologie (pneumologie et onco-hématologie en particulier), et augmentation des besoins par le fait des complications médicales liées aux tumeurs elles-mêmes, à leur traitement médical (complications des chimiothérapies et des immunothérapies), ou dans les suites d'une chirurgie carcinologique notamment abdominale, thoracique ou urologique.
- Développement du traitement endoscopique de l'emphysème par valve endo-bronchique, qui augmente les demandes d'admission en soins critiques
- Développement de lits de réanimation dédiés au sevrage ventilatoire difficile ou à l'assistance respiratoire prolongée ou définitive. Cette filière ne peut se développer qu'en lien étroit avec la médecine physique et de réadaptation. Le suivi à moyen et long termes des patients ventilés à domicile sur trachéotomie sera un enjeu certain des prochaines années pour le CHU.
- Renforcement de la position du CHU pour l'accueil des traumatisés graves.

Par ailleurs, le nombre soutenu de passages et d'admissions via le service des urgences est une source constante d'admissions en soins critiques. Le CHU de Nîmes est également un centre de traumatologie de niveau 1b, prenant en charge tous les types de traumatismes graves à l'exception de la traumatologie cardiaque (exceptionnelle) et de la traumatologie pédiatrique grave (rare). Le CHU de Nîmes occupe donc une position stratégique majeure entre les centres de Montpellier et de Marseille, seuls habilités au niveau 1a, comprenant la chirurgie cardiaque, la chirurgie pédiatrique et la réanimation pédiatrique.

Chacune des unités de réanimation travaille en étroite collaboration avec les SC ou SI de spécialité.

Les parcours patients entre les différentes unités (réanimation/soins critiques/ MCO/SSR-MPR) sont cependant très variables selon les pathologies concernées avec des transferts bilatéraux, de la réanimation vers les secteurs de SI, SC ou MCO, parfois directement MPR mais aussi des SI, SC ou MCO vers la réanimation. Il apparaît primordial, pour un bon fonctionnement du système, que le nombre de lits de réanimation soit en adéquation avec le nombre de lits d'aval, que ce soit les lits de SI, SC, MCO et MPR sous peine de saturer les filières de soins.

Les enjeux sont donc quantitatifs et qualitatifs :

- Anticiper et adapter l'offre de soins aux besoins en augmentation et évolution constantes (évaluation nécessaire de la file active patients et projection d'activité à court et moyen termes),
- Définir les parcours de soins critiques et les critères de bascule entre les différentes unités,
- Améliorer les interactions entre médecins réanimateurs et médecins de spécialités,
- Assurer une permanence médicale dans tous les secteurs de soins critiques,
- Veiller à un accompagnement suffisant des personnels non médicaux.

Projets et perspectives

Du fait de l'augmentation attendue de l'activité du soin en général et du recours en unité de soins critiques en particulier, une augmentation du capacitaire de chaque unité est envisagée d'ici 5 ans, à la fois sur les réanimations, l'USC et les soins critiques de spécialités. La projection des besoins dépendra également de l'organisation au sein du GHT (équipe territoriale de réanimation ou pôle inter-établissement) et également des besoins de la population du bassin arlésien.

La coordination des différentes unités est pensée autour des réanimations. Il semble que le ratio lits de réanimation – lits de SI et SC doit être de 2/1 et il convient également de mettre en adéquation le nombre de lits de MCO et MPR et à celui des soins critiques.

Il apparaît également primordial que l'ensemble des services de soins critiques bénéficient d'une permanence médicale.

Les besoins exprimés en soins critiques sont :

- Réanimation : le taux d'occupation des réanimations est actuellement de 95%. Il est important de maintenir en permanence un lit libre pour prendre en charge les patients « ultra-critiques » (polytraumatisés graves, patients nécessitant une assistance circulatoire...). Du fait de l'augmentation d'activité et de lits dans les différentes spécialités évoquées, une augmentation des lits de réanimation est également envisagée. Il est par ailleurs nécessaire de mettre en adéquation

le nombre de lits d'USC afin d'accueillir les patients en post-opératoire, post-urgence et post-réanimation pour ne pas saturer la filière.

L'augmentation du nombre de lits de réanimation de 46 à 51 semble un objectif raisonnable pour faire face aux enjeux futurs. Il est habituellement admis que pour 2 lits de réanimation, il faut au moins un lit de surveillance continue. Ce ratio conditionne la possibilité de disposer H24 d'un lit de réanimation capable d'accueillir une urgence vitale.

- **Cardiologie** : Le secteur de SI cardiologiques compte actuellement 12 lits avec une activité essentiellement centrée sur le syndrome coronarien aigu, l'insuffisance cardiaque aiguë et les troubles du rythme cardiaque. Il existe dans ce domaine une perspective d'augmentation d'activité d'urgence et d'activité en interventionnel motivant une augmentation du capacitaire de 12 lits à 16 lits d'ici 5 ans. Il faudra certainement, lors de l'extension du secteur en soins critiques, revoir le dimensionnement de la cardiologie HC en conséquence (actuellement 20 lits de cardiologie HC et 12 lits d'HS).
- **Chirurgie vasculaire et thoracique** : le parcours de soins actuel prévoit un passage en SC en post-opératoire puis un transfert en chirurgie vasculaire HC. Un besoin de lits de surveillance continue post-opératoire supplémentaire sera nécessaire dans la perspective du projet de recrutement d'un chirurgien thoracique. Il faudra alors certainement, avec l'extension du secteur en soins critiques, revoir en conséquence le dimensionnement en hospitalisation compétente (actuellement 20 lits en chirurgie vasculaire + 5 lits UPOG).
- **Gériatrie** : il est constaté une prise en charge de plus en plus complexe en gériatrie avec des patients lourds, polypathologiques, nécessitant des soins longs et compliqués avec une surveillance rapprochée ne pouvant être assurée en secteur d'hospitalisation conventionnelle. Il existe donc un besoin de SC gériatriques et la mise en place d'une permanence médicale sur place avec un projet de 20 lits de SC gériatriques dont les pathologies principales relèveront de l'insuffisance cardiaque et pulmonaire.
- **Néphrologie** : une augmentation majeure d'activité a été constatée avec la crise Covid, notamment en lien avec la pénurie en immunoglobulines intraveineuses qui a nécessité le recours systématique aux échanges plasmatiques (prévision à 1000/an). Le service de néphrologie du CHU de Nîmes est par ailleurs le service de recours pour l'ensemble du GHT et au-delà (Arles, Avignon et l'Ardèche) avec une activité accrue de dialyse aiguë et de biopsie rénale. Le besoin d'extension du secteur SI de néphrologie est estimé à 4 lits. Il faudra sans doute, avec l'extension du secteur en soins critiques, revoir le dimensionnement de la néphrologie HC (actuellement 14 lits).
- **Neurologie** : l'unité de SI en neurologique est actuellement constituée de 12 lits, à vocation strictement neuro-vasculaire (accueil des accidents vasculaires cérébraux – AVC). L'extension récente de l'USINV (unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaires) permet d'être en adéquation avec les besoins actuels. Cependant, le nombre d'AVC augmente chaque année ainsi que le nombre de traitements de reperfusion aiguë (thrombolyse et thrombectomie), nécessitant un recours aux SI. Par ailleurs, il n'existe aucun lit de SI de neurologie générale avec cependant des besoins réguliers pour accueillir les autres pathologies relevant de la spécialité (polyradiculonévrite aiguë, crise

myasthénique, état de mal épileptique, encéphalite grave...). Il apparaît donc nécessaire d'étendre le service de 4 lits supplémentaires (2 neuro-vasculaires et 2 de neurologie générale) dans les 5 ans à venir. Il faudra sans doute, avec l'extension du secteur en soins critiques, revoir le dimensionnement de la neurologie HC pour être en adéquation (actuellement 28 lits de neurologie HC).

- Onco-hématologie : l'unité SI est constituée de 8 lits. Le parcours patient prévoit un accueil des patients mono défaillants en SI d'onco-hématologie et les patients poly défaillants en réanimation. Il n'y a actuellement pas de permanence des soins assurée par les médecins de spécialité, un lien étroit avec les médecins réanimateurs permet de pallier les urgences en dehors des heures ouvrables. Une augmentation de 8 à 12 lits est prévue dans le cadre du SDI (extension ICG), une permanence des soins par les médecins d'hématologie devra être mise en place dans le même temps, permettant la prise en charge plus précoce des patients devant être orientés vers la réanimation. Il faudra certainement revoir le dimensionnement de l'hématologie HC en conséquence (actuellement 22 lits d'hématologie HC).
- Pédiatrie : le CHU de Nîmes ne dispose pas de lits de réanimation pédiatrique, les enfants étant transférés sur le CHU de Montpellier. Il reste cependant à définir la limite d'âge des enfants nécessitant le transfert en réanimation pédiatrique (versus prise en charge dans les réanimations de l'établissement). Le CHU de Nîmes dispose de 4 lits de SC pédiatrique, qui sont suffisants pour l'activité actuelle. Ceci sera également à repenser avec la nouvelle répartition à venir des maternités en niveau 3A et 3B, l'unité de réanimation néonatale du CHU de Nîmes assurant l'activité de recours pour la région Est Occitanie et la basse vallée du Rhône (cette classification prévoit réanimation de recours et chirurgie pédiatrique d'urgence pour les faibles poids de naissance).
- Pneumologie : le capacitaire actuel du service de pneumologie est de 24 lits ; la spécialité ne dispose pas de lits de SC ou SI ni de permanence de soins (sans perspective de mise en œuvre). Il existe des difficultés permanentes pour la prise en charge des patients souffrant d'insuffisance respiratoire aiguë ou d'hémoptysie, l'activité interventionnelle est en pleine expansion et nécessite une surveillance en soins critiques au décours, enfin les drains thoraciques après un acte interventionnel relèvent d'une surveillance en soins critiques. Il est par contre admis que la prise en charge des patients BPCO post réanimation peut être assurée en pneumologie HC sans surveillance continue, de la même façon qu'un pneumothorax drainé sans complication. Il est donc exprimé un besoin de 7 à 8 lits de soins critiques (SI de spécialité non envisagée à ce stade, à intégrer dans le pôle des réanimations) et de 7 à 8 lits supplémentaires en pneumologie HC (extension ICG dans 4-5 ans) centrés sur la BPCO, les pathologies interstitielles chroniques et à un moindre degré, l'asthme sévère. Ces lits permettront de fluidifier la filière post soins critiques.
- Radiologie interventionnelle : Il n'y a actuellement pas de lits de soins critiques en radiologie avec un besoin identifié d'au moins 3 lits post-interventionnel (activité d'embolisation, gestion des drains thoraciques post biopsie pulmonaire...) hors actes de neuroradiologie interventionnelle. Le lieu d'accueil est principalement la surveillance continue voire la réanimation en cas de défaillance d'organe persistante après le geste d'embolisation (choc persistant, détresse respiratoire,

insuffisance rénale aiguë). Le capacitaire devrait certainement être réévalué en fonction de l'augmentation d'activité et du nombre de salles de radiologie interventionnelle.

- Traumatologie : il existe un projet de prise en charge des patients traumatisés jeunes avec choc hémorragique de grade A pour lesquels une embolisation doit être réalisée (environ 10 patients par an). Ce projet n'appelle pas de création de lits de soins critiques dédiés.

Déclinaison pluriannuelle du projet médical pour répondre à l'enjeu de repenser l'offre et l'organisation des soins critiques

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Conduire une réflexion sur les filières patients intégrant des soins critiques	x	x				
Dimensionnement des lits de de soins critiques pour répondre aux besoins structurels du territoire	x	x	x	x	x	Nombre de lits supplémentaires autorisés et installés
Assurer la permanence des soins en soins intensifs d'hématologie	x	x				Mise en place d'une garde médicale en SI hématologie
Garantir le recours aux soins intensifs de l'ensemble des spécialités	x	x	x	x	x	Projet médical dynamique
Garantir l'aval des patients respiratoires des réanimations	x					Nombre de patients transférés en pneumologie venant de réanimation

Déclinaison pluriannuelle du projet de soins pour répondre à l'enjeu de repenser l'offre et l'organisation des soins critiques

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Développement de la polyvalence des professionnels entre unité d'HC spécialisée et unité d'USC spécialisée (exemple cardiologie et USIC, neurologie et USINV)	x	x	x	x	x	Nombre de PNM polyvalent dans leurs spécialités entre HC et SC

1.3. AMELIORER L'ACCESSIBILITE AUX SOINS HOSPITALIERS EN DEVELOPPANT L'OFFRE DE SOINS HORS LES MURS AU PLUS PRES DES BESOINS DE LA POPULATION

1.3.1. DEVELOPPER L'OFFRE DE SOINS A DOMICILE

- Le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD)

La crise sanitaire a démontré la nécessité de disposer au domicile des patients d'un acteur hospitalier en situation de prodiguer des soins complexes, en continuité et en articulation avec les professionnels du premier recours dans une logique de gradation des soins. Une très nette augmentation d'activité en HAD a été constatée dans les régions les plus touchées par l'épidémie, traduisant le renforcement de l'HAD comme filière d'aval du MCO, notamment pour les prises en charge techniques (chimiothérapies, transfusion).

Quelques données chiffrées pour la région Occitanie (source : feuille de route stratégique en HAD 2021-2026 ministère de la santé et de la solidarité) : 448 000 journées en 2020 ; 21.5 patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants (/moyenne nationale à 27.1 patients pour 100 000 habitants) ; Evolution 2020/2019 = + 36.5 %.

Le CHU de Nîmes ne dispose plus depuis fin 2015 d'une unité HAD mais le développement des prescriptions d'HAD demeure un objectif afin de faciliter à chaque fois que possible le retour à domicile notamment en oncologie (chimiothérapie, immunothérapie, thérapies orales initiées en hospitalisation de jour) et en soins palliatifs.

- Gestion de la trachéotomie à domicile

Le développement des soins critiques s'accompagne mécaniquement d'un nombre croissant de patients dépendants d'une ventilation invasive au long cours sur trachéotomie. La question de la création d'une unité d'assistance respiratoire prolongée et d'organisation du retour à domicile de ces patients est donc posée. Le projet TRACHADOM, spécifiquement tourné vers la gestion d'une trachéotomie et d'une ventilation invasive à domicile est un premier pas dans cette thématique.

- Projet de dialyse à domicile

Il s'agit de développer une offre de soins de dialyse à domicile auprès des patients, formés à cette technique et en mesure d'assurer habituellement eux-mêmes tous les gestes nécessaires à leur traitement en présence d'une tierce personne de l'entourage qui peut leur prêter assistance. Le domicile ou le lieu de résidence du patient est adapté à la pratique de l'hémodialyse. Les nouvelles technologies et notamment la télésurveillance permettent de renforcer ce lien. Le suivi est organisé, de même que la logistique de livraison des consommables et matériels. Un médecin néphrologue assure une astreinte médicale 24h/24, afin de répondre à toute urgence et envisager le repli en centre de dialyse du CHU si nécessaire.

- Accompagnement des nouveaux nés à domicile

Pour les nouveaux nés, il s'agit de proposer une prise en charge-extra hospitalière nécessitant des soins techniques dans les suites de l'hospitalisation (selon le modèle des pays scandinaves). Dans les faits, le service de néonatalogie propose la création d'une unité de cinq lits d'accompagnement à domicile des nouveau-nés prématurés. Cette unité est destinée à la prise en charge des nouveau-nés pathologiques, notamment les anciens prématurés de tout âge gestationnel, encore fragiles, et qui nécessitent des soins d'une qualité et d'une technicité élevées et spécifiques (exemple : nutrition par sonde). L'objectif est de structurer le rôle des parents et d'améliorer les liens parents-enfant tout en assurant la transition après des hospitalisations parfois très longues. Cette unité se positionne également comme une alternative à la prolongation des séjours des nouveau-nés en Unité Kangourou lorsque ces mêmes soins ou une éducation parentale sont nécessaires. Elle est destinée à la prise en charge extrahospitalière des enfants nés au CHU de Nîmes mais aussi des enfants issus des maternités de proximité qui en feraient la demande. Il s'inscrit dans le cadre du projet des 1000 premiers jours dans lequel l'intérêt de l'hospitalisation à domicile est clairement statué (*rapport de la commission de septembre 2020 des 1000 premiers jours, page 71*).

- Accompagnement des personnes âgées au domicile

L'évolution de l'offre médico-sociale tend vers une logique de prestations : le projet de Coordination Accompagnement Soutien des Aînés au domicile (C.A.S.A.) en est l'illustration. Le « vieillir chez soi » est une donnée forte à prendre en considération dans l'évolution sociologique à venir, ainsi que dans l'offre d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. Il est essentiel de garantir une

diversification et une graduation de l'offre permettant d'apporter une réponse la plus adaptée possible aux besoins et de mobiliser l'offre institutionnelle médicalisée. Il s'agit de promouvoir l'évolution d'une logique de « structure » vers une logique de « prestations » par la mise en œuvre d'une filière expérimentale domestico-centrée, alliant prévention de la perte d'autonomie (dénutrition, chute, isolement social et iatrogénie), droit au répit, renforcement de l'inclusion sociale et mission d'appui aux professionnels de l'aide à domicile et intervenants libéraux. Le projet Coordination Accompagnement Soutien des Aînés au domicile (dispositif expérimental pendant 3 ans), propose une coordination gériatrique réalisée par une équipe pluri-disciplinaire afin de permettre un maintien au domicile. Les bénéficiaires sont âgés de 60 ans et plus, en situation de perte d'autonomie (GIR 1 à 4) et habitent dans un rayon de 10km autour du centre de gérontologie de Serre-Cavalier.

1.3.2. LE DEVELOPPEMENT DES CONSULTATIONS AVANCEES

L'accès aux consultations hospitalières est souvent considéré comme difficile en raison de la diversité et de l'accessibilité des lieux dédiés mais son importance est capitale pour que l'hôpital puisse jouer l'entière part de son rôle dans l'accès aux soins pour la population du territoire. L'objectif est donc d'améliorer l'accessibilité aux soins en proposant un plateau externalisé de consultations spécialisées. Cela permettrait de proposer à la population Nîmoise un suivi de proximité en implantant un cabinet de consultations délocalisé et en développant des consultations avancées au sein du centre-ville. Ce dispositif présente plusieurs avantages :

- une facilité d'accès pour la population Nîmoise évitant de se déplacer sur le CHU ;
- un espace de consultations moins contraint par un éventuel contexte épidémique ;
- un lieu de délestage possible d'un site hospitalier saturé ;
- une autre solution pour des campagnes de prévention, de recrutement spécifique au titre du soin ou de la recherche ;
- un site de l'hôpital sans être à l'hôpital.

Dans un premier temps, ce projet de consultations avancées en ville concernerait le suivi des grossesses. Ce déport présenterait à terme un intérêt pour certaines activités de chirurgie. Plus tard, ce serait un moyen de cibler certains parcours et de renforcer l'accès aux soins pour la population Nîmoise et renforcer le maillage territorial. Ce serait aussi l'occasion de promouvoir certaines consultations (anesthésie, douleur...) permettant de préparer un séjour hospitalier ou certains actes (office surgery, dépistage).

Ce maillage territorial de proximité semble cependant dépendant des locaux déportés encore inexistants et doit démontrer, à partir d'expériences pilotes, la faisabilité et la rentabilité pour l'établissement.

1.3.3. DEVELOPPER L'OFFRE DE SOINS SUR LE SITE DU GRAU-DU-ROI

- Installation d'un scanner sur le site du Grau-du-Roi

Le projet d'installation d'un scanner par le CHU de Nîmes sur son site du Grau-du-Roi, dont l'autorisation a été octroyée par l'Agence Régionale de Santé en 2021, est liée à une demande croissante d'examens et des délais en programmé qui dépassent les 30 jours. La croissance forte de l'activité au CHU de Nîmes entraîne un retentissement sur les demandes de scanners que ce soit en amont d'actes thérapeutiques mais aussi en suivi de thérapeutique sur des maladies chroniques ou en post-intervention. Le développement d'une offre de proximité en programmé ou en urgence, tout en luttant contre la dérive d'une concentration d'activité sur le site nîmois du CHU, doit ainsi permettre de fluidifier le parcours du patient. En outre, l'évolution de la spécialité s'organise autour d'une « médecine radiologique » (et non sur la réalisation d'actes) qui privilégie la satisfaction des patients et des prescripteurs en offrant des prises en charge personnalisées et de proximité.

Une étude interne a rapporté 5000 venues en radiologie au CHU de Nîmes par an pour des examens de patients hospitalisés au Grau-du-Roi ; environ 1000 scanners sont ainsi demandés. L'implantation d'un scanner sur le site du Grau-du-Roi permettra d'éviter les transferts par ambulance pour les patients mais aussi de répondre à la demande locale. Ce territoire du Grau-du-Roi compte environ 50 000 habitants mais monte à 60 000 en période intermédiaire et 240 000 en période estivale. En outre, des projets immobiliers de grande envergure sont programmés sur les communes du Grau du Roi (500 lots) et de la Grande-Motte (450 lits), elle-même distante de seulement trois kilomètres du site. Ces programmes immobiliers devraient, à court terme, abonder le bassin de santé d'un minimum de 2000 résidents permanents supplémentaires.

L'objectif d'implantation en proximité de ce scanner est d'aller au contact de la population afin d'une part d'améliorer l'offre de soins pour une population relativement âgée et, d'autre part, d'éviter un engorgement des équipements au CHU de Nîmes.

La demande répond également à des délais jugés trop longs par les patients et les correspondants (entre 5 et 6 semaines pour un scanner du crâne ou du rachis à avril 2019 alors que les scanners accueillent déjà entre 6000 personnes pour celui qui permet les activités de radiologie interventionnelle et 11 000 personnes pour les scanners situés dans le centre d'imagerie H24).

Les examens par scanner, réalisés sur le site du Grau-du-Roi, seront pour au moins pour 50% d'entre eux, des scanners très basse dose sans injection permettant de répondre aux demandes d'analyses pulmonaires et osseuses. Les urgences orthopédiques seront prises sur site mais pas les urgences de type polytraumatisés ou les urgences viscérales abdominales. Des acquisitions scanographiques injectées pourront être réalisées dans certains cas de suivi de pathologies chroniques. Des scanners de dépistage pourront être réalisés également.

- Développer une offre de soins pour les patients porteurs d'une Maladie Rénale Chronique (MRC) sur le site du Grau-du-Roi

La population dépendante de la filière de Néphrologie est constituée principalement des patients avec une maladie rénale chronique qui touche 10 % de la population générale avec des stades de sévérité croissants

impliquant une organisation de soins spécifique. Le stade terminal de la maladie nécessite un traitement de suppléance rénale par dialyse ou greffe rénale pour améliorer le pronostic des patients (Recommandations HAS).

Le service Néphrologie-Dialyse-Aphérèse du CHU de Nîmes est le seul service d'hospitalisation dédié pour le département du Gard (650 000 habitants) qui assure la prise en charge des patients avec insuffisance rénale aiguë, les patients avec pathologie complexe touchant les reins, l'initiation de la suppléance rénale, le repli des patients traités par suppléance rénale (1 lit pour 40 patients pour une population de 650 patients dialyses chroniques au sein du département du Gard selon le décret de prise en charge de la MRC de 2002 et environ 100 patients actuellement traités sur le site de Carémeau).

Le département du Gard dispose d'un seul service spécialisé en Néphrologie de 14 lits d'hospitalisation traditionnelle, 6 lits d'unités de soins intensifs, 2 lits d'HDJ et 16 postes d'hémodialyse chronique avec plus de 40% des patients initiant la suppléance rénale chronique qui sont orientés vers d'autres structures faute de places sur le site de Caremeau. Les autres acteurs de santé sont : l'association AIDER qui assure les techniques de dialyse autonome et semi-autonome ambulatoire avec un centre lourd sur le site du Centre Hospitalier d'Alès, et la clinique Néphrocare de Nîmes, qui dispose d'un centre lourd de 30 postes d'hémodialyse à Nîmes et d'une unité de dialyse médicalisée (UDM) de 6 postes dans le bassin de Bagnols-sur-Cèze. Ces deux structures ne disposent pas de lits d'hospitalisation mais participent pour l'association AIDER à une activité de consultation au CHU de Nîmes, au CH d'Alès et une consultation tous les 15 jours au CH de Bagnols-sur-Cèze et une activité de consultation au centre Néphrocare de Nîmes pour les Néphrologues de ce centre.

Concernant l'offre de soins pour le secteur du Grau-du-Roi, les patients avec une MRC avancée ou traités par hémodialyse chronique sont pris en charge sur Montpellier ou Nîmes, soit à plus de 45 minutes de leur domicile.

L'enjeu est d'assurer une prise en charge intégrative et innovante des patients souffrant d'une Maladie Rénale Chronique à deux stades clefs de leur parcours de soin:

- 1) Aux stades avancés de la MRC (prise en charge par le néphrologue avec des soins de support et un financement annuel dédié (550 euros/an/patient) concernant 0,5% de la population générale (> 3500 patients Gardois pour le Parcours MRC).

- 2) Pour les patients traités par suppléance rénale par hémodialyse pour assurer une offre de soins de proximité (préparation de patients à la dialyse à domicile) et les séances chroniques pour la population du bassin du Grau-du-Roi mais également pour améliorer la qualité de vie en permettant l'accès à un site touristique et enfin avec une prise en charge thérapeutique spécifique de réhabilitation physique innovante pour la population des patients hémodialisés du Sud de la France. Ces deux types d'offres de soins sont très peu proposées en France à ce jour.

Le CHU de Nîmes disposant d'un site Hospitalier sur la ville du Grau-du-Roi, il pourrait être proposé une consultation avancée de Néphrologie et la mise en place d'un centre d'hémodialyse du type Unité de Dialyse Médicalisée pour assurer la prise en charge des patients traités par hémodialyse chronique, en l'occurrence :

- Les patients traités par hémodialyse chronique et domiciliés au Grau-du-Roi (soit 40 à 50 patients qui nécessitent au moins 12 postes d'hémodialyse),
- Les patients devant bénéficier de séances d'entraînement aux techniques d'hémodialyse autonomes qui ne peuvent être réalisées sur le site de Carémeau faute de places (2 postes d'hémodialyse à prévoir),
- Les patients hémodialysés chroniques du territoire pouvant bénéficier d'une rééducation spécifique en MPR en collaboration avec les spécialistes de réhabilitation (4 postes d'hémodialyse pourraient être fléchés pour assurer la prise en charge de ces patients). Les pathologies plus spécifiques concernent des patients nécessitant une réhabilitation au décours d'un séjour en réanimation, patients avec pathologie cardiaque, pathologie neuro-vasculaire, pied diabétique, réhabilitation pour prothèse de jambe, prise en charge obésité, réhabilitation au décours d'une chirurgie orthopédique et réadaptation à l'effort avant greffe rénale,
- L'accueil des patients en vacances : les associations de patients pris en charge en hémodialyse chronique sont très demandeuses de séjours vacanciers en bord de mer mais avec très peu de places en France. Le site du Grau-du-Roi pourrait répondre à cette attente. Pour cette activité d'accueil de « vacanciers » la création de 8 postes dédiés correspondrait à une activité saisonnière,
- Enfin la construction de nouveaux centres d'hémodialyse peut bénéficier de nouvelles technologies pour proposer des centres écoresponsables innovants en termes de recyclage et est donc tout à fait adaptée au site du Grau-du-Roi.

Dans un premier temps, une consultation avancée de néphrologie à hauteur d'une journée par semaine sur le site permettra de répondre à la demande d'offre de soin pour la filière de Néphrologie avant le stade de l'hémodialyse. A terme, il est proposé la mise en place d'un centre d'hémodialyse du type Unité de Dialyse Médicalisée.

Déclinaison pluriannuelle du projet médical afin de répondre à l'enjeu d'amélioration de l'accessibilité de l'offre de soins

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Développer les prises en charge en hospitalisation à domicile		x	x	x	x	Nombre de patients pris en charge en HAD Obtention d'une autorisation d'activité
Projet de dialyse à domicile	x	x				Obtention d'une autorisation d'activité Projet mis en oeuvre
Projet d'unité d'accompagnement des nouveaux-nés au domicile	x	x				
Développement des consultations avancées en ville	x					Nombre de consultations avancées en ville ; Parts de marché
Mise en oeuvre du projet EHPAD à la maison : intégration d'une file active de 30 personnes avec une montée en charge progressive	x	x	x			File active ; Nombre de bénéficiaires ; Nombre d'hospitalisations survenues ; Nombre d'hospitalisations évitées
Installation du scanner sur le site du Grau-du-Roi		x	x			Scanner installé
Mise en place d'une consultation avancée de Néphrologie sur le site du Grau-du-Roi	x	x				
Mise en place d'un centre d'hémodialyse du type Unité de Dialyse Médicalisée sur le site du Grau-du-Roi				x	x	

Déclinaison pluriannuelle du projet de soins afin de répondre à l'enjeu d'amélioration de l'accessibilité de l'offre de soins

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Sensibilisation renforcée au développement du recours aux HAD auprès des cadres et des soignants	x	x	x	x	x	Taux de prise en charge en HAD suite à une prise en charge au CHU au regard du nombre de demandes
Organisation des prises en charge en HAD et accompagnement du développement des compétences des professionnels du CHU à la prise en charge des patients en HAD		x	x			Formalisation de l'organisation de l'HAD Nombre de PNM formés
Utilisation de fiches de liaison pour le partage des informations entre ville et hôpital	x	x	x	x	x	Taux de fiche de liaison remplie et transmise Utilisation d'outils de liaison ville – hôpital Identification dans DPI des professionnels concourant à la prise en charge en externe
Développement des consultations avancées des IPA	x	x	x	x	x	Nombre de consultations avancées IPA mises en place File active des IPA en consultation avancée
Coordonner la planification des différentes étapes/interventions/consultations du parcours du patient pour optimiser la durée de séjour (exemple : JO, RAC)	x	x	x	x	x	DMS Nombre d'HDJ Parcours mis en œuvre
Adaptation et organisation du repérage des personnes en situation de fragilité ou de handicap	x	x	x	x	x	Parcours de soins adapté aux situations de fragilité ou handicap Evaluation autonomie du patient avant et/ou au cours du séjour tracée dans le dossier Identification et traçabilité des risques en lien avec la dépendance, hospitalisation dès l'accueil en unité de soins (traçabilité BRADEN, IMC, suivi du transit, évaluation autonomie, dépistage détresse psychologique, mise en place quotidienne des prothèses dentaires, auditives)

Constats et enjeux

A l'exception de quelques services (réanimation, cardiologie, neurologie...), les taux d'inclusion et de collecte de données sont très faibles (de l'ordre de 1 à 1,5 % seulement). Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette tendance :

- Un déficit en personnel universitaire (seulement 40 HU pour l'établissement) et un défaut d'identification du temps médical dédié à la recherche (ce temps étant souvent la variable d'ajustement des maquettes opérationnelles) ;
- Le manque de temps ou de ressources supports (par exemple, pour le screening avant inclusion qui peut être extrêmement chronophage) ;
- La taille critique de certains services ;
- La méconnaissance de l'intérêt de « protocoliser » les parcours, des procédures nécessaires et des supports existants et un défaut de communication au sein de l'établissement sur les activités et les protocoles des autres spécialités.

L'enjeu est celui de la « crédibilité » de l'établissement dans sa capacité à inclure dans les essais multicentriques, ce qui permet de figurer en rang utile parmi les investigateurs et de renforcer la capacité à répondre aux appels à projets. D'autres enjeux sont également identifiés : la constitution de cohortes, la standardisation des procédures de soins, la production et la valorisation dans certains secteurs ou centres phares, et l'intégration plus systématique des analyses médico-économiques.

Projets et perspectives :

L'objectif est donc de protocoliser plus systématiquement les prises en charge à travers les inclusions dans des essais (progression du taux de de 5 à 8%). « Donner envie à ceux qui ne font pas, aider ceux qui voudraient faire, soutenir ceux qui font. »

Le préalable indispensable est l'identification, à partir d'un questionnaire de recensement, des parcours et des secteurs potentiellement impliqués :

- Soit par leurs *particularités* : pathologies rares (exemple traumatologie associée à la tauromachie par exemple), particularités de la population suivie (bassin de population plus âgé et plus fragile, pour laquelle les connaissances en population générale ne sont peut-être pas directement transposables et qui pourraient constituer des « niches » de recherche.
- Soit par leur *volumétrie* et leur positionnement régional (centre de la douleur, pied diabétique...).

La structuration des parcours patients au sein des « cliniques pluridisciplinaires » au cours de ces dernières années devrait aussi être un cadre favorisant cette démarche. Après identification des parcours patients susceptibles d'intégrer une démarche de valorisation scientifique, l'accompagnement des équipes concernées est indispensable avec plusieurs volets :

- En amont, une aide méthodologique pour définir les types de protocoles (constitution de cohortes, informations sur les essais pharmaceutiques et les AAP) et les modalités (profil d'inclusion).
- Dédier du temps paramédical au screening des patients et à la systématisation des inclusions (idéalement de type IDE car plus adapté) pour les parcours préalablement identifiés et préparés sur le plan méthodologique, avec évaluations régulières de type Go/no Go.
- Mise à disposition d'un DPI performant et adapté à la recherche clinique.

- Développer la communication interne afin de sensibiliser la communauté hospitalière.

Par ailleurs, d'autres actions peuvent être mises en œuvre :

- Initiation aux études qualitatives qui peut être un levier pour amener les équipes à la « culture d'inclusion » puis de recherche clinique (analyse de la qualité de vie, de la satisfaction).
- Implication des équipes paramédicales hors IDE recherche (l'approche qualitative facilite cet aspect) par exemple, par l'identification du temps recherche dédié.
- Mise en place plus systématique de l'approche médico-économique des divers parcours.
- Meilleure valorisation de l'investissement des équipes (primes d'intéressement, reconnaissance du temps dédié à la recherche ...).
- Renforcement des interfaces entre les commissions de la CME et les délégations médico-administratives : parcours patients (DPP), qualité (DQGR), recherche (DRCI).
- Information systématique des patients dans le courrier de sortie et de consultation.

Déclinaison pluriannuelle du projet médical pour répondre au développement de la culture d'inclusions au sein des parcours

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Identification des parcours (questionnaire de recensement)	x					Nombre de parcours et de secteurs identifiés
Evaluations régulières de type Go/noGo			x			Nombre d'évaluation Go/noGo
Interface avec le prochain DPI : extraction et traitement des données d'intérêt, ou une interface avec les outils disponibles (RedCap)	x	x				
Sensibiliser par des actions de communication interne			x			Support de communication mis place
Initiation aux études qualitatives			x			Nombre d'études qualitatives
Mise en place systématique de l'approche médico-économique			x			Taux de mise en place d'une approche médico-économique
Informers systématiquement le patient au sein du courrier de sortie et de consultation			x			Taux de patients informés

Déclinaison pluriannuelle du projet de soins pour répondre au développement de la culture d'inclusions au sein des parcours

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Développement de la recherche paramédicale sur les parcours de soins	x	x	x			Nombre de projets de recherche conçus / présentés à AO / conclus
Mise en œuvre allocation temps recherche paramédical pour rédaction projet de recherche sur les parcours de soins	x	x	x	x	x	Nombre d'allocations allouées / nombre de projets conçus
Développement des revues de pertinence des pratiques dans le cadre du parcours patient	x	x	x	x	x	Nombre de revues de pertinence mise en œuvre

PROJET MEDICAL DYNAMIQUE AXE 1

- Poursuivre et affiner l'organisation et les parcours des soins critiques au regard de la réforme attendue

2. UNE SYNERGIE ACCRUE DES PRISES EN CHARGE

2.1. EN DEVELOPPANT LA MEDECINE AMBULATOIRE ET LES HOPITAUX DE JOUR DIAGNOSTIQUES

Le virage ambulatoire en médecine constitue un axe clé du plan « Ma Santé 2022 », dans un contexte de modification des parcours de soins intégrant la télémédecine, d'augmentation des maladies chroniques, de vieillissement de la population ainsi que d'une demande croissante de la patientèle. La médecine ambulatoire est donc amenée à se développer fortement au niveau national comme au CHU de Nîmes.

Constats et enjeux

Les prises en charge en hôpital de jour (HDJ) supposent une organisation « millimétrée » en matière de planification, de programmation et de coordination. Le rôle des personnels infirmiers, et particulièrement de l'encadrement soignant, est essentiel en la matière. Le nombre d'intervenants susceptibles de prendre part à la prise en charge des patients, le nombre et la diversité des parcours ainsi que les conditions de facturation, nécessitent souplesse et organisation des professionnels médicaux comme non médicaux. Cette organisation est d'autant plus importante qu'il n'y a pas, en médecine, de lieu pivot comme le bloc opératoire en chirurgie. Elle repose sur des modalités d'entrée et de sortie efficaces et rapides et suppose une coordination forte de l'ensemble des acteurs, notamment pour garantir l'accès aux plateaux techniques.

Cette évolution est en accord avec la volonté des ARS de favoriser les prises en charge pertinentes, formalisée par la publication de la circulaire de gradations des soins parue en mars 2020. Le développement de l'HDJ concourt à lever les cloisonnements au sein du système de santé entre hospitalisation, consultation et médecine de ville. La médecine ambulatoire propose aux patients une prise en charge flexible, adaptée à ses besoins où les différentes modalités de prise en charge sont susceptibles d'être sollicitées dans le cadre d'un parcours. L'insécurité tarifaire liée à la requalification des actes et l'évolution nécessaire de ces soins longs, complexes, souvent innovants et obligatoirement coordonnés réalisés à l'hôpital imposent une structuration souple permettant d'accompagner les équipes sans ralentir cette transition vers l'ambulatoire.

Au niveau national, selon le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de février 2016 sur les données de 2014, pour un nombre de 3 069 410 séjours en médecine programmée, le taux de séjour sans nuitée est de 42,9 %, contre seulement 25,2 % lorsque celui-ci est calculé sur l'ensemble des séjours de médecine. S'y ajoutent 3 087 345 séances, dont les chimiothérapies représentent plus de neuf dixième, qui correspondent exclusivement à des prises en charge sans nuitée.

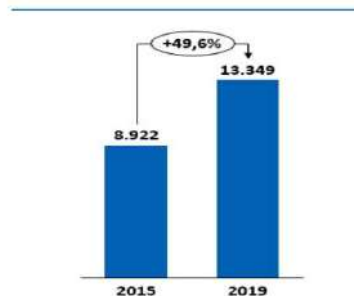
Au CHU de Nîmes, ce virage ambulatoire, en particulier au travers des HDJ diagnostiques, a fait l'objet d'une réflexion collégiale réunissant les différents acteurs des services de médecine (hors séances thérapeutiques et hors interventionnel). Ce travail a permis d'identifier une centaine de parcours patient en HDJ. En 2019, les activités de médecine représentent 39 000 séjours dont 13 300 séjours ambulatoires pour des patients non admis via le service des urgences.

Après un état des lieux, les perspectives par spécialité ont été analysées en termes de volumétrie et de parcours de soins mais aussi en termes de possible mutualisation des ressources, à moyen terme puis à plus long termes, avec de fait la notion de coordination et/ou de réorganisation.

Le recensement des activités organisées en secteur HDJ dans l'établissement a permis de faire les constats suivants :

- Une forte atomie (plus de la moitié des HDJ disposent de moins de 5 places) et une faible mutualisation (90 places réparties sur 17 HDJ)
- Une croissance soutenue sur différents secteurs : entre 2015 et 2019, le nombre de séjours en médecine ambulatoire a augmenté de 50 % (hors séances sans nuitée)

Evolution du nombre de séjours



Source du document : cabinet PKCS

- La part de l'ambulatoire en médecine est de 35 % sur le CHU donc au-dessus de la moyenne nationale (25.2%).

Projets et perspectives

Plusieurs perspectives de développement des hôpitaux de jour de médecine au CHU de Nîmes ont été identifiées :

- D'abord des enjeux organisationnels par l'intégration dans les pratiques médicales de la nouvelle gradation des soins (notamment le nombre d'interventions requises avec la nécessité ou non d'un plateau) et les conséquences sur le séjour, par l'allègement du travail de coordination pour la prise de rendez-vous multiples (accès au logiciel de RDV imagerie ou accès aux planning de soins de support par exemple), par l'amélioration des temps de transports imposés par le parcours de soins, par l'accès facilité aux soins experts par le recours à la télémedecine, par l'optimisation de l'occupation des places en HDJ avec une stratégie raisonnée de surbooking.
- Ensuite, des enjeux de mutualisation, avec la possibilité d'accès aux soins de supports (diététicienne, psychologue, neuropsychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, APA, psychomotricien, etc...) dans le cadre de l'activité d'hôpital de jour (cf chapitre 2.4), la réflexion sur la mutualisation systématique des moyens (secrétariat / soins de support / IDE...) conditionnée par les flux de patients par périodes sur un plateau, l'intégration d'activités transversales innovantes en termes de parcours et valorisant les HDJ (UMG/ELA/Pharmacie Clinique/Douleur/éducation thérapeutique, etc...).
- Enfin, des enjeux de structuration des parcours de soins en HDJ de médecine par l'identification de différents parcours de soins spécialisés, à la fois diagnostiques et thérapeutiques, pour une meilleure lisibilité à l'intérieur comme à l'extérieur du CHU, la définition de référentiels cliniques par spécialité permettant de transformer des séjours en séjours ambulatoires (éviter les

hospitalisations complètes de bilan), le fait de favoriser ces parcours avant (pré-hospitalisation médicale et/ou chirurgicale) ou après hospitalisation complète pour diminuer la durée moyenne de séjour ou programmation du bilan ou du traitement sur le secteur HDJ en programmé ou non (selon l'exemple du dispositif RAPIDO), par l'intégration des patients du GHT au sein des parcours de soins en HDJ.

Les HDJ doivent être accessibles, organisées et efficaces. Le recensement d'une centaine de parcours au CHU de Nîmes souligne l'urgence de structurer au mieux ces séjours au regard de la demande et de leur diversité.

Dès 2022, le principe de mutualisation doit être intégré à l'instruction et l'analyse des projets d'HDJ.

A partir de 2023, l'instruction des projets d'HDJ (création ou extension) et les possibilités de relocalisation d'activités dans le cadre du schéma directeur immobilier doivent également poser le principe de mutualisation des parcours.

Dans un second temps, il conviendra de poser les principes de centralisation des plateaux d'HDJ en évaluant les possibilités de guichet unique, d'accueil partagé, de procédures communes et de partage de compétences.

A terme, un projet de Centre de Médecine Ambulatoire moderne pourrait être un atout pour le CHU de Nîmes ainsi que pour la ville et le territoire.

Déclinaison pluriannuelle du projet médical relatif au développement de la médecine ambulatoire et des HDJ diagnostiques

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Intégrer au sein des pratiques médicales ambulatoires la nouvelle gradation des soins	x	x	x	x	x	
Intégrer le principe de mutualisation des parcours au sein de l'instruction et l'analyse des projets HDJ	x					Nombre d'HDJ ayant intégré le principe
Favoriser le regroupement des HDJ (guidé par le SDI)		x				Nombre d'HDJ regroupés
Mesurer l'efficacité des nouvelles organisations			x	x	x	Taux d'occupation Nombre de patients Nombre d'interventions Nombre de parcours identifiés

Déclinaison pluriannuelle du projet de soins du développement de la médecine ambulatoire et des HDJ diagnostiques

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Rendre visible et lisible pour l'utilisateur les parcours de soins en HDJ	x	x				Support de communication et d'information pour projet de soins existant remis à l'utilisateur Satisfaction usagers
Développer la coordination des parcours d'hôpitaux de jour pour optimiser l'utilisation des places	x	x	x			Processus de coordination des hôpitaux de jours défini et mis en œuvre
Renforcer la place de l'ETP dans les parcours d'hospitalisation de jour	x	x	x			Nombre de parcours HJ incluant une action d'ETP
Développer les compétences des professionnels exerçant dans les HJ mutualisés pour répondre aux différentes spécialités	x	x	x			Nombre d'agents formés ou ayant suivi un parcours de développement des compétences
Construire et utiliser des outils partagés favorisant la coordination des parcours (secrétariat - médecins - PNM)	x	x				Construction d'outils Outils partagés existants
Evaluer les mutualisations optimisables au regard des attentes de prises en charge spécifique et de la sécurité des soins	x	x	x	x	x	Nombre d'évaluations réalisées; Identification des limites de la mutualiser

2.2. EN CONFORTANT LA COMPLEMENTARITE DES SERVICES D'APPUI AU DIAGNOSTIC AVEC LES SERVICES CLINIQUES

Les disciplines transversales, longtemps considérées comme des services d'aide au diagnostic, sont un trait d'union entre disciplines, aussi bien par leur soutien indispensable à l'activité de soin, par les projets communs qu'elles développent entre elles que par leurs expertises mises au service des autres disciplines cliniques. Ceci suppose qu'elles puissent suivre les développements techniques grandissants et rapides et qu'elles puissent réinventer les coopérations entre disciplines tant la prise en charge du patient impose encore plus de pluridisciplinarité. Ainsi, les biologies, la radiologie, l'imagerie, la pharmacie, la médecine vasculaire ou les explorations neurophysiologiques sont particulièrement impactées par ces coopérations entre interlocuteurs issues de disciplines historiques pour dépasser le cloisonnement usuel et repenser les organisations comme les projets.

Constats et enjeux

L'offre de soin proposée par les disciplines transversales a évolué et concerne maintenant autant le dépistage, que le diagnostic, la prédiction ou l'interventionnel. Cela permet de répondre à des demandes en provenance du CHU mais également des demandes des correspondants libéraux, de la ville et du territoire, jouant ainsi un rôle de service clinique à part entière. A titre d'exemple, aujourd'hui, plus de 50% des patients (750 patients / jours) venant en radiologie et imagerie médicale sont en accès direct sans passer par un autre service. Ainsi, ces disciplines transversales se définissent désormais à travers leurs capacités à effectuer des explorations techniques et par l'expertise clinique qu'elles proposent : les résumer à des plateaux de production uniquement technique altérerait la pertinence de la prise en charge des patients, souvent les plus complexes, proposée au sein de l'établissement.

Cette évolution des activités propres des services transversaux n'a pas été accompagnée de changement dans l'organisation ou de la gouvernance. Ainsi, les services de biologies comme d'imagerie médicale sont déjà regroupés mais ne travaillent pas forcément ensemble et peinent à suivre la croissance de l'activité générale du CHU et a fortiori du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). L'activité de routine liée à la croissance du CHU de Nîmes augmente de 5% par an en moyenne depuis 15 ans (par exemple, l'anatomopathologie a doublé son activité entre 2010 et 2016 et progresse de 15% depuis 2016 pour une activité plus complexe). Cet effet devrait être accentué, à terme, par la centralisation de certaines analyses en provenance du territoire. Il est essentiel que les projets de développement clinique prennent en compte leur impact sur les disciplines transversales, avec, pour les activités spécialisées, un vrai raisonnement en filière de patients.

Enfin, ces services transversaux sont largement impactés par l'évolution technologique qui permet l'accès à des plateformes performantes pour la population du territoire, qui garantit l'efficience de l'ensemble des services cliniques du CHU et qui soutient la recherche et l'innovation au service de la santé. Poursuivre l'investissement dans des équipements innovants doit rester une priorité de l'établissement.

Les principaux freins identifiés au développement de ces services sont en lien avec une course à l'équipement permanente dont la majorité n'est pas mutualisable, avec un tarissement de ressources humaines hautement qualifiées (biologistes médicaux, techniciens de laboratoire, manipulateurs en radiologie) alors que les activités de pointe consomment toujours plus de temps avec des espaces qui n'ont

pas suivi la croissance sectorielle (par exemple l'explosion des demandes d'imagerie en coupe sur les plateaux de jours ou bien le besoin de doublement de surface estimée par les biologies).

Les enjeux sont donc :

- d'améliorer les interfaces entre services transversaux et services de soins,
- d'accompagner l'évolution de la performance des services transversaux de manière adéquate.

Projets et perspectives

A partir des projets des différents services, l'objectif est donc de pouvoir répondre à la fois aux enjeux sectoriels et à la croissance du CHU en favorisant les coopérations interdisciplinaires au service des patients.

Ainsi, concernant le lien avec les services cliniques, plusieurs projets ont émergé des services concernés :

- La collaboration toujours plus forte de la cytogénétique et de la génétique médicale avec les services de gynécologie, de pédiatrie, de cardiologie, de neurologie, de néphrologie et d'oncologie. Afin de garantir la qualité de l'offre de soins ou bien de la génétique clinique, elle se décline en consultations de génétique médicale prénatale pédiatrique et d'onco-génétique et se développe rapidement grâce à l'évolution des techniques. Cela implique d'augmenter ces temps « cliniques » pour permettre l'accès aux analyses génétiques, les plus efficaces et les moins coûteuses, dans le respect des dispositions spécifiques du code de la santé publique concernant l'analyse des caractéristiques génétiques (notamment concernant les enquêtes familiales).
- La création d'une équipe mobile de microbiologie, assurant un dialogue « clinico-biologique » indispensable avec les services cliniques, fondée sur une expertise du bon prélèvement dans les bonnes conditions, sur l'interprétation adaptée des résultats et le bon usage des antibiotiques. Ces coopérations pourraient, dans un premier temps, se formaliser sous la forme de visites hebdomadaires dans les secteurs à risque (Réanimations, Néonatalogie) et autour des réunions de concertations pluridisciplinaires déjà en place (CRIOAc, Clinique du Pied Diabétique).
- Le développement de la pharmacie clinique depuis novembre 2013, avec une équipe transversale de pharmaciens intégrés au sein des unités de soins (conciliation médicamenteuse, éducation thérapeutique...), avec un virage ambulatoire amorcé en 2020 lié à la mise en œuvre de l'instruction de gradation des soins. Les pharmaciens cliniciens sont impliqués dans dix-neuf parcours pluridisciplinaires (Insuffisance cardiaque, pied diabétique, AVC, ostéoporose...) comme 3ème ou 4ème intervenant, où ils réalisent des consultations pharmaceutiques centrées sur le bon usage, l'observance et la prévention du risque iatrogène. Une HDJ de recours pour le territoire a été créée au sein du pôle pharmacie pour les prises en charge médicamenteuses complexes, le centre d'évaluation et de prévention du risque iatrogène médicamenteux (CEPRIM) qui associe à la prise en charge pharmaceutique, une prise en charge médicale, psychologique et sociale.
- L'extension de l'équipe mobile d'hygiène qui deviendra à compter du 1^{er} janvier 2022 une équipe territoriale en charge de l'ensemble des EHPAD du Gard et qui pourrait permettre de renforcer le lien avec le terrain.

- L'évolution de l'hématologie qui se fait vers une exploration fonctionnelle du système de l'hémostase de la thrombose et de la biologie du vaisseau, pour chaque patient avec la possibilité de tests fonctionnels dynamiques grâce à des innovations techniques déjà en routine pour certaines (cytométrie en flux) ou dans un avenir proche (hémostase en flux) pour aboutir à des moyens d'exploration génomique et protéomique ; il en est de même pour l'oncologie hématologique, l'identification des marqueurs théranostiques et le suivi de la maladie résiduelle.

- Le soutien de la croissance de la génétique moléculaire constitutionnelle permettant diagnostic, conseil génétique (prédiction, pronostic), thérapies ciblées (précision) en neurogénétique (SLA, autisme) comme pour les maladies métaboliques (hypercholestérolémie familiale) et garantir ainsi la croissance et la performance des services cliniques.

- Le développement de la médecine personnalisée comme un enjeu majeur en oncologie parcequ'il nécessite la maîtrise d'outils spécifiquement dédiés à l'analyse des tumeurs de chaque patient à l'échelon moléculaire. Les techniques de séquençage de nouvelle génération (NGS) qui sont utilisées au sein du CHU de Nîmes, et l'utilisation d'outils informatiques adaptés pour la détermination d'altérations génétiques caractéristiques de la tumeur et de son hétéroclonalité, permettront non seulement d'orienter le choix du traitement mais aussi d'opérer un suivi personnalisé de la réponse à ces traitements. Grâce à la future extension de l'Institut de Cancérologie du Gard (ICG), une amélioration de ces outils est souhaitée, tant sur le plan des équipements que des compétences bio-informatiques, en particulier dans le cadre du développement des thérapies ciblées qui sont actuellement en plein essor.

- Le projet de numérisation de l'ensemble des examens d'anatomopathologie permettra un accès facilité aux analyses comme aux rendus des résultats pour l'ensemble des praticiens prescripteurs à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement (*cf chapitre 3.3*).

- L'accompagnement du secteur de radiologie et d'imagerie médicale qui doit suivre le développement des activités du CHU de Nîmes et conserver sa dynamique de modernisation. L'évolution de l'imagerie en coupe sur les hôpitaux de neurosciences, d'oncologie, du Grau-du-Roi permettent des soins de proximité pour les patients en lien avec les parcours préférentiellement externes, le site de Caremeau Sud gardant les soins radiologiques en urgence et pour les patients hospitalisés.

Ces propositions d'évolution pourraient aboutir à une plus grande valence clinique des services soit par l'intégration des activités transversales dans les services de soins (sur le modèle des centres pluridisciplinaires) ou bien vers une autonomisation de certains secteurs transversaux vers des unités de consultation (par exemples : la création de l'unité de troubles neuro-musculaires, de l'unité du sommeil et de l'unité d'épilepsie) , une activité ambulatoire type drive, des services interventionnels avec lits d'hospitalisation et/ou par la fusion de disciplines transversales et de soins en unités mixte (par exemple hémostase et médecine vasculaire/microbiologie, hygiène hospitalière et SMIT/imagerie médicale et discipline clinique).

Cette évolution du service clinique rendu des disciplines transversales est également dépendante des innovations technologiques soutenant l'activité clinique comme de recherche qui leur sont propres :

- En cytologie hématologique, il s'agit notamment de la cytologie quantitative numérisée ; l'analyse cellulaire phénotypique par cytométrie en flux multi-couleurs ; l'automatisation des préparations cellulaires dédiées, avec tri-cellulaire indexée sur les phénotypes ; les caractérisations moléculaires étendues par

application de panels systématiques d'expression de gènes et d'ARNm sur cellules circulantes, médullaire, ou ganglionnaires ; les caractérisations protéiques étendues par méthodes protéomiques dérivées de la spectrométrie de masse; les dossiers numériques capables de préserver ces données agrégées au niveau individuel et de suivre leurs évolutions au cours du temps sont autant d'innovations techniques et technologiques qui vont faire évoluer les pratiques.

- En microbiologie, la rapidité de traitement des échantillons biologiques et donc du diagnostic toujours plus rapide passera par la mise à niveau des automates d'ensemencement et permettra une prise en charge continue de la routine en bactériologie et le renforcement d'un Point of Care assurant un rendu de résultats rapides. Le développement d'une plateforme de génomique microbienne est également indispensable comme le montre actuellement la nécessité de séquençage des variants du SARS-CoV-2.

- En pharmacie, la robotisation des activités de préparation de médicaments va permettre de sécuriser le processus et en même temps de redéployer les moyens humains sur des activités de soins – robot de préparation doses (piluliers voie orale), robot de préparation de chimiothérapie, indispensable pour absorber l'augmentation d'activité de l'HDJ de l'ICG (doublement prévu dans les 5 ans). Ce projet en lien avec l'extension de l'Unité de Préparation des Médicaments (UPM) dont l'objectif est l'Innovation en Technologie Pharmaceutique et la production d'unités thérapeutiques destinées à la recherche clinique.

- En hygiène microbiologique, il faudrait favoriser la création d'une unité dédiée permettant une gestion efficace de tous les prélèvements environnementaux nécessaires au bon fonctionnement des unités cliniques et qui ont explosé ces dernières années avec les nouveaux bâtiments et les nouvelles activités mises en place au CHU. Cela permettrait également l'internalisation d'examen qui sont réalisés par des prestataires externes pour le CHU mais aussi au niveau du Groupement Hospitalier de Territoire (exemple des analyses de la présence des légionnelles dans l'eau).

- En cytogénétique, dans ses différentes dimensions (anténatale, constitutionnelle et oncologique), de nouvelles techniques vont devenir nécessaires notamment le séquençage nanopore. En effet, la cytogénétique conventionnelle va de plus en plus évoluer vers un « caryotype moléculaire » partant de données de séquençage, mais aboutissant à connaître la structure chromosomique fine qu'il faut connaître pour affiner les données apportées par la cytogénétique conventionnelle (translocations, duplications, inversions, délétions...)

- En radiologie et imagerie médicale, il s'agit d'augmenter et faire évoluer le parc des équipements. Un développement vers l'IRM7T est à prévoir pour les pathologies neurologiques permettant une meilleure détection des lésions épileptogènes, une analyse de l'hypothalamus et de la sclérose en plaque (meilleure résolution spatiale et meilleur signal). Un développement vers des scanners photoniques permet une caractérisation tissulaire et une meilleure séparation des calcifications par rapport à l'injection artérielle (diverses indications déjà aujourd'hui). Ces deux appareils seront indispensables pour publier en radiologie diagnostique sur des activités de neurochirurgie, de neurologie, de dépistage, d'évaluation des maladies chroniques, de biomarqueurs pronostiques, ...). Ces acquisitions volumiques se déclinent dans la radiologie standard avec les conebeam (ORL) et EOS (rachis, pédiatrie, MPR). La modernisation des équipements actuels et/ou l'augmentation des équipements est en lien avec les projets de l'établissement et les évolutions des demandes. La médecine et la chirurgie reposent sur des informations de plus en plus précises que ce soit anatomique, de perfusion, de viabilité, métabolique, de fonction de l'organe (cœur, poumon, foie, rein, ...). La radiologie et imagerie médicale apportent des biomarqueurs nouveaux qui permettent des

cartographies pré-interventionnelles, des scores pronostics et des suivis optimisés (*cf chapitre 5.2 médecine 6P*).

- En radiologie interventionnelle, la disponibilité d'une salle biplan pour la réalisation d'embolisation d'artères cérébrales (hématomes sous duraux), de thrombectomies distales ; d'une salle d'urgence vasculaire, d'une salle pour interventionnel veineux... Au total, le projet d'Institut d'Imagerie Interventionnelle (Icube) permettrait le traitement de toutes les demandes quelle qu'en soit la localisation, le type de lésions parenchymateuses ou vasculaires, de quelque origine que ce soit. Le développement des actes de radiologie interventionnelle devra aller de pair avec le développement d'un hôpital de jour spécialisé, de lits conventionnels identifiés, de lits de soins radiologique intensifs et d'un déchocage optimisé.

- Le passage du microscope à l'écran en anatomopathologie qui ouvre la porte à des projets d'Intelligence Artificielle (IA).

Un projet intégré pourrait ainsi se définir pour les biologies par la création d'un secteur dédié impliquant:

1- Des acquisitions techniques en partie mutualisées (*cf tableau 1*)

L'évolution du parc technologique est un enjeu stratégique de l'établissement et doit commencer par une réflexion globale de mutualisation. Pouvoir répondre à plusieurs services par des équipements partagés est un objectif à court terme qui pourrait également permettre une mutualisation des ressources humaines dans une perspective d'efficacité d'accueil patient, de réception d'examen, de traitement technique d'échantillons biologiques, de rapidité d'analyse et de rendu des résultats. Ainsi, les différents projets peuvent être construits dans une dynamique cohérente et de redéploiement des ressources matérielles et humaines sans sacrifier la pertinence et l'efficacité collective. Il pourrait être dès lors engagée une prospective tenant compte d'un nouvel automate d'ensemencement qui améliorerait le rendement en bactériologie, d'automates en Point of Care (PoC) en microbiologie, d'automate de coloration pour l'anatomopathologie, d'un second cytomètre de flux en hématologie, d'un plateau séquençage de nouvelle génération pour une grande partie des Disciplines du Pôle et l'acquisition d'outils nouveaux (séquençage nanopore, « digital droplet Polymérase Chain Reaction (PCR) »...). L'objectif serait ici soit de réduire les délais de rendu des résultats (moins d'une heure pour les PoC), soit de mieux répartir le temps humain sur des fonctions plus qualitatives en améliorant les rendus de résultats (résistance bactérienne, séquençage microbien, cytologie quantitative numérisée, phénotype cellulaire) si ces objectifs étaient retenus comme prioritaires. L'éventail des techniques permettrait aussi de pouvoir faire face à l'ensemble des situations cliniques de diagnostic. C'est notamment le cas pour la génétique oncologique et onco-hématologique : capacité de tri cellulaire pour optimiser la pertinence des analyses, la digital droplet Polymérase Chain Reaction (PCR) qui ouvre la voie au suivi des maladies résiduelles minimales (MRD) et l'expression d'ARN, le développement de panels nouveaux (en concertation avec le CHU de Montpellier) qui permettra d'implémenter l'analyse moléculaire à visée diagnostique, pronostique et théranostique, la plateforme nanopore dont les applications ne se limitent pas au peignage chromosomique (mise en évidence d'un variant d'épissage, analyse ciblée par « clonage in silico »).

C'est aussi le cas pour la génomique et l'immunologie qui pourraient être regroupées sur un plateau commun, porte d'entrée de l'immuno-monitoring, avec le développement de nouveaux biomarqueurs transversaux.

Tableau 1 le biomédical transversal de demain pour qui ?

	Biochimie	Microbio	Cytogénétique	Immuno	Hémato	Anapath	Imagerie
Cytométrie de flux			X (tri)	X	X		
Séquençage et plateau de biologie moléculaire	X	X	X	X	X	X	
Chaines analytiques	X	X*					
Automates		X (PoC)				X	
IRM							X
TDM							X

*Chaîne d'ensemencement et d'automatisation (Spectrométrie de masse, Lames, étuves intelligentes...)

2- Des moyens humains rehaussés, diversifiés et fongibles

En corrélant l'évolution de la charge liée aux projets mais aussi liés à la structure par l'adaptation des horaires de travail, la création de nouveaux métiers (*cf chapitre 2.5*) et en favorisant la valence médicale des recrutements. Une biologie médicale de qualité impose en effet que des médecins puissent enrichir l'activité des biologues de leurs expériences spécifiques, d'autant que le pôle assure une activité clinique non négligeable et en lien direct avec les spécificités biologiques exercées au sein du pôle. L'évolution prévisible des biologues vers la clinique rend ces choix nécessaires.

3- Des organisations revues pour une permanence des soins garantie

Par l'aménagement des horaires (horaires de fin de journée), la permanence des examens le week-end, la sectorisation de certains plateaux mais aussi certaines évolutions comme le service d'imagerie interventionnelle fonctionnant comme un service traditionnel (HC/HDJ/SC). Il serait alors par exemple possible d'organiser les laboratoires pour réaliser les dosages biologiques le matin avant les consultations.

4- Une informatisation soutenue et généralisée

L'informatisation continue des secteurs biologiques, de radiologie et d'imagerie médicale est un enjeu majeur à l'heure du diagnostic personnalisé et de l'IA. Certains secteurs comme l'anatomopathologie sont déjà en besoin immédiat pour la numérisation des lames. La radiologie a besoin d'un outil de télé-radiologie avec une plateforme d'échanges et de partages, comprenant des outils d'IA. En radiologie, l'offre de soins se déploie sur l'ensemble du territoire par une équipe médicale territoriale qui travaille sur plusieurs centres de proximité (cabinet et établissement) en lien avec un centre d'expertise (maillage en 3 grades) sur le département du Gard.

Il faudra veiller, à l'échelle de l'établissement et dans le cadre de l'instruction des projets médicaux à l'intégration constante des services d'appui au diagnostic dans les centres experts pour renforcer les collaborations entre ces services et les services cliniques. Cela permettra de renforcer les activités de pointes diagnostiques comme cliniques pour chaque projet au service des patients, d'intégrer les deux versants dans le parcours patient, de valoriser les innovations techniques dans les services cliniques et promouvoir les compétences cliniques dans les services diagnostiques.

Déclinaison pluriannuelle du projet médical pour conforter la complémentarité des services d'appui au diagnostic avec les services cliniques

Actions	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateurs
Désigner des responsables projets	X					Equipe projet constituée
Définir un plan d'évolution des biologies	X					Décision d'un plan d'évolution commun ; Réunions de travail.
Etablir un plan d'équipement commun		X				
Imaginer un bâtiment des biologies				X	X	
Projet de développement de la radiologie et imagerie interventionnelle	X	X	X			Instruction et validation d'un projet
Moderniser le parc d'équipement de radiologie et imagerie médicale						Modernisation des salles de radiographies, d'échographies,
Augmenter le parc d'équipement	X		X			TDM Grau-du-Roi en 2022 ; besoin d'une IRM et d'un TDM supplémentaire
Obtenir une solution de téléradiologie territoriale	X					
Développement d'une médecine 6P avec des biomarqueurs génétiques, biologiques et de radiologie		X	X	X	X	
Redimensionnement de la génétique moléculaire		X				
Mise en oeuvre du projet de pathologie numérique		X				
Mise en place d'un plateau commun immunologie et génomique		X				

Déclinaison pluriannuelle du projet de soins pour conforter la complémentarité des services d'appui au diagnostic avec les services cliniques

Actions	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateurs
Former les professionnels à l'usage des nouveaux outils (robot pharmaceutique,...)	x					Nombre d'agents formés ou ayant suivi un parcours de développement des compétences
Accompagner les nouvelles organisations des activités au regard de l'évolution des outils de travail (automatisation, robotisation, nouvelles technologie)	x	x				Nombre de projets accompagnés
Développer la transmission d'information entre services d'appui au diagnostic - unités de soins – médecins de de ville	x	x	x			Support de transmission existant Taux de remplissage du support existant
Evaluer en amont les besoins RH et impacts organisationnel des projets informatiques et de télémédecine en collaboration médico-soignante et service informatique	x	x	x			Nombre d'évaluations faites

2.3. EN POURSUIVANT LA CONSTITUTION DE STRUCTURES SYNERGIQUES

La communauté médicale du CHU de Nîmes souhaite poursuivre la réflexion autour des prises en charges synergiques et des modèles existants tels que les centres et unités pluridisciplinaires appelant une intervention de plusieurs spécialités.

- Les centres pluridisciplinaires

La mise en place des cliniques thématiques repose sur la volonté de la communauté médicale de faciliter et de simplifier le parcours de soins du patient, s'agissant d'activités d'excellence dont l'organisation, complexe, mobilise de nombreuses compétences.

Au cours du précédent projet médical d'établissement, plusieurs projets ont été mis en œuvre :

- La clinique de la sclérose en plaques (CliNîSEP) propose une prise en charge optimisée de cette maladie chronique complexe quelquesoit le stade de la maladie au sein d'une structure fonctionnelle de référence à partir d'un guichet unique.
- La clinique du pied diabétique Gard-Occitanie (CPGO) offre une prise en charge rapide et optimisée aux patients diabétiques, en prévention primaire et secondaire d'ulcération du pied, avec organisation, réalisation des soins et du suivi. Son fonctionnement repose avant tout sur la

synergie et la complémentarité des différents services du CHU impliqués dans la prise en charge de cette pathologie.

- La clinique médico-chirurgicale de l'obésité propose une prise en charge multidisciplinaire de cette pathologie autour de trois parcours coordonnés et optimisés entre le service de Chirurgie Digestive, le service de Maladies Métaboliques Endocriniennes et l'Unité Transversale de Nutrition Clinique : parcours d'obésité médicale simple, parcours de chirurgie bariatrique et parcours d'obésité complexe.
- La clinique des pathologies vasculo-placentaires de la grossesse propose une prise en charge multidisciplinaire (gynécologue, endocrinologue, néphrologue, cardiologue, hématologue, psychiatre...) pour les femmes qui présentent une grossesse à risque d'origine vasculo-placentaire (suivis pré-conceptionnel, au cours de la grossesse et post-natal). Elle propose également un dépistage des risques de pré-éclampsie à partir de la réalisation d'un test des marqueurs au cours du 1^{er} trimestre de la grossesse ainsi qu'aux patientes présentant une complication au cours de leur grossesse (phase aigüe).
- La clinique des artères et des veines qui propose une offre de soins structurée autour de la prise en charge ambulatoire des pathologies veineuses et artérielles périphériques (en particulier thrombose veineuse, insuffisance veineuse chronique et artériopathie périphérique).
- La clinique de l'accident ischémique transitoire (AIT) porte sur l'amélioration du suivi des patients victimes d'un AIT et propose la création d'un parcours patient dédié au sein de la filière UNV du CHU de Nîmes. La prise en charge proposée est ambulatoire à partir d'un bilan réalisé en HDJ de neurologie dans les 7 jours qui suivent l'AIT et d'une consultation de suivi dans les 4 à 6 mois.

La communauté médicale du CHU de Nîmes confirme sa volonté de poursuivre la structuration de prise en charge synergique basée sur la complémentarité des différentes expertises existantes ou à développer au sein des services du CHU de Nîmes.

Il s'agit donc d'accompagner le développement des centres thématiques associant soins, innovation, recherche et formation.

La labellisation institutionnelle des projets de centres pluridisciplinaires retenus fera l'objet d'un accompagnement par une campagne de communication.

D'ores et déjà plusieurs thématiques ont été identifiées :

- Maladies de la colonne vertébrale : les rachialgies sont un problème de santé extrêmement fréquent, motivant de nombreuses consultations. Si l'objectif initial est d'éliminer une forme grave, ce qui est en général réalisé correctement pour le bassin de population, les patients sont ensuite livrés à eux-mêmes dans une errance diagnostique et thérapeutique expliquant des parcours de santé chaotiques. Depuis de nombreuses années, certains services hospitaliers se sont regroupés pour créer des points d'expertise et de partage de dossiers communs permettant au moins au sein de la structure hospitalière de pouvoir retrouver une certaine cohérence dans la prise en charge de ces patients souvent complexe. L'organisation actuelle du parcours des patients souffrant de lombalgies au CHU de Nîmes repose sur plusieurs points d'entrée: imagerie, urgences, centre de la douleur, service MPR, rhumatologie, neurochirurgie et chirurgie orthopédique. Le projet propose un accueil centralisé et la gestion de l'ensemble des cas grâce à

la création d'un guichet unique. Il s'agit ainsi d'améliorer la coordination de la filière rachis au sein du CHU.

- Transidentité : la prise en charge des personnes TRANS est un sujet d'actualité avec une demande de plus en plus importante. Il n'existe actuellement pas d'offre complète sur la région rendant le parcours de transition encore plus complexe (prise en charge dans des centres éloignés, délais importants de consultation...). La création d'un tel centre au sein du CHU de Nîmes mobiliserait de nombreuses spécialités médicales (endocrinologues, psychiatres, chirurgiens (urologues, gynécologues, plasticiens, chirurgiens CMF), biologistes de la reproduction, dermatologues, infectiologues) et paramédicales (psychologues, orthophonistes) en relation avec les milieux associatifs locaux. Dans un premier, il s'agit de créer une RCP de prise charge de la personne TRANS voire à terme de créer un centre pluridisciplinaire
 - Ostéoporose : il s'agit d'une maladie chronique fréquente qui touche environ 4 millions de personnes en France, l'ostéoporose est responsable de fractures associées à une augmentation de la morbi-mortalité. Malgré cela, du fait probablement de son caractère initialement asymptomatique, l'ostéoporose est une pathologie sous-diagnostiquée et avec un retard de prise en charge important. Il est proposé de mettre en place une organisation transversale permettant aux patients du territoire de bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire adaptée, coordonnée et affichée.
 - Endométriose : il s'agit d'une pathologie chronique fréquente et invalidante de la femme en âge de procréer (environ 10 % des femmes en âge de procréer). Elle provoque notamment des douleurs pelviennes chroniques pouvant altérer la qualité de vie des patientes et une infertilité. Cette pathologie est encore largement méconnue engendrant un retard diagnostique fréquent pouvant aller jusqu'à 10 ans et des défauts de prise en charge. La prise en charge des patientes atteintes d'endométriose est multidisciplinaire et s'articule avec des médecins de la reproduction, des radiologues, des chirurgiens digestifs et urologues, des médecins de la douleur.
- Les unités pluridisciplinaires

Depuis novembre 2018, 30 lits ont été progressivement dédiés à l'accueil des patients polypathologiques de plus de 75 ans hospitalisés en urgence pour la prise en charge d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur ou pour un syndrome occlusif. Les indications d'admission ont été progressivement élargies en concertation avec le pôle chirurgies. Partie du constat de la réussite du modèle de prise en charge mixte (orthopédistes-gériatres) à travers la mise en oeuvre de l'Unité Péri-Opératoire Gériatrique (UPOG), la communauté médicale du CHU de Nîmes souhaite poursuivre la réflexion autour d'autres modèles pluridisciplinaires.

- Parcours patient AVC : rééducateurs et neurologues

Les patients hospitalisés en neurologie pour lésion du système nerveux central, qu'elles soient vasculaires (AVC), dégénératives (Parkinson) ou inflammatoires (SEP, Guillain barré) ont un pronostic de récupération qui dépend souvent en grande partie des soins de rééducation après la phase aiguë. Le parcours habituel de ces patients se fait via Trajectoire qui permet aux médecins de neurologie d'orienter leurs patients vers

les secteurs de MPR du CHU de Nîmes, seuls SSR neurologiques du territoire. Cependant, les délais de demandes sur Trajectoire, les délais liés à la libération de places, les fluctuations de l'état du patient (pouvant récupérer plus ou moins vite que prévu), les tensions sur les lits d'aval notamment le secteur rééducation gériatrique ralentissent les mouvements du service de neurologie et font perdre des chances aux patients. L'idée serait donc de faciliter le projet de rééducation du patient dès l'admission en service de neurologie pour une évaluation précoce du patient par le médecin de MPR, une orientation immédiate et évolutive adaptée à l'état du patient vers les services d'aval, une prise en charge supervisée par le médecin MPR dans le service de neurologie, la possibilité de sorties rapides avec prescription et orientation vers la ville sans passer par le service de rééducation. Cette pluridisciplinarité serait un moyen simple et efficace pour envisager dans le même temps des soins spécifiques neurologiques et de rééducation pour améliorer l'efficacité du parcours, le pronostic individuel de chaque patient et la consommation raisonnée des ressources hospitalières.

- Parcours non programmé du patient âgé : gériatres et urgentistes

La prise en charge en urgence des patients âgés de plus de 75 ans atteints de comorbidités appelle, dès leur admission, une prise en charge adaptée en fonction de leur pathologie mais également de leur âge.

Le service des urgences du CHU de Nîmes accueille chaque année 5 à 7 % de patients supplémentaires et la diminution de l'offre de soins en ville n'est pas de nature à inverser cette tendance. Les prévisions démographiques estiment que dans le département du Gard le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans va augmenter de 40 % dans les 10 prochaines années. Cette pression supplémentaire annoncée sur le système d'urgences incite d'une part à développer toutes les initiatives qui peuvent éviter un recours aux urgences (admissions directes, EPSPA) mais aussi à renforcer la collaboration entre urgences et gériatrie. Plusieurs options complémentaires sont envisagées :

- Renforcer les passages systématiques de l'équipe de gériatrie au service d'accueil des urgences avec trois missions :
 - Identifier précocement les patients qui relèvent d'une prise en charge dans un secteur d'hospitalisation gériatrique.
 - Sécuriser, lorsque cela est possible, le retour à domicile dans de bonnes conditions en proposant notamment des consultations rapides post-urgences (sur le modèle de la cardiologie).
 - Orienter les patients vers la filière gériatrique ambulatoire.
- Envisager une coopération étroite dans la gestion du post-urgences, coopération qui peut prendre différentes formes :
 - Une unité mixte co-gérée avec l'équipe des urgences favorisant une prise en charge très précoce dès l'arrivée aux urgences.
 - Une unité de très court séjour gériatrique adossée aux urgences dont la mission est de gérer le problème aigu avant soit d'adresser le patient en HDJ gériatrique soit en court séjour si le retour à domicile n'est pas envisageable dans les 5 jours (selon les modèles de Bordeaux ou d'Amiens).
 - La création d'urgences gériatriques qui au-delà de la volumétrie peuvent se justifier par la typologie particulière de ces patients notamment leur dépendance et les nécessaires organisations que cela implique.

L'ensemble de ces options doit s'appuyer sur des formations communes (les internes de gériatrie passent déjà aux urgences et inversement). A terme la création de postes d'assistants partagés doit être envisagée entre les deux disciplines à l'échelle du CHU et du GHT.

Déclinaison pluriannuelle du projet médical pour répondre à l'enjeu de développement de synergies

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Lancement annuel d'un appel à projets centres experts pluridisciplinaires	x	x	x	x	x	Nombre d'appel à projets Nombre de projets retenus et mis en œuvre
Développement de prises en charge pluridisciplinaires au sein d'une même unité	x	x	x	x	x	Nombre d'unités de soins proposant des soins multidisciplinaires

Déclinaison pluriannuelle du projet de soins pour répondre à l'enjeu de développement de synergies

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Développer les compétences des soignants exerçant dans des unités pluridisciplinaires	x	x	x	x	x	Nombre d'agents formés ou ayant suivi un parcours de développement des compétences
Développer la traçabilité par l'ensemble des acteurs de la prise en charge au sein du dossier patient informatisé	x	x	x	x	x	Taux de transmission
Renforcer la formation à la prise en charge du sujet âgé quel que soit le secteur d'hospitalisation en construisant un dispositif identifiable	x	x	x	x	x	Nombre d'agents formés à la prise en charge du sujet âgé (évaluation clinique, sensibilisation aux maladies neuro dégénératives, repérage des fragilités, des situations de maltraitance....) formation sur plusieurs spécialités
Développer l'accueil et la formation des étudiants des filières paramédicales en fin de formation dans les secteurs déficitaires en recrutement (Ex : radiologie, gériatrie et oncologie, cadre de santé ...)	x	x	x	x	x	Nombre de projet accompagnés / Nombre de projets concrétisés Nombre de recrutements / turn-over
Développer l'attractivité dans les métiers en tension et accompagner les évolutions de compétences, voir autre	x	x	x	x	x	Identifier les métiers en tension

2.4. EN COORDONNANT LES SOINS DE SUPPORT

Constats et enjeux

La réflexion conduite au sein de la communauté hospitalière du CHU de Nîmes a permis de s'accorder sur une définition générique des soins de support : il s'agit de l'ensemble des soins qui accompagne la personne malade afin de l'aider, elle et ses proches, à mieux vivre avec sa vulnérabilité de santé.

Les soins de support comprennent donc les soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, tout au long de la maladie, dans l'objectif d'améliorer la qualité de vie des patients. Dans les faits, il s'agit de diminuer les effets secondaires des traitements et les effets

de la maladie, en prenant en compte les besoins des patients et des proches sur les plans physique, psychologique et social (extrait de la définition de l'association francophone des soins oncologiques de support et dans le contexte du plan national « Cancer »).

Un premier état des lieux conduit autour de l'organisation de l'offre de soins de support au CHU de Nîmes a mis en exergue plusieurs constats :

- Les équipes et ou services existent mais agissent en ordre dispersé en raison de leur positionnement au sein des différents pôles d'activité. Il n'existe pas de coordination transversale de l'ensemble des soins de support.
- Une méconnaissance de l'offre existante au sein du CHU de Nîmes et des outils permettant le partage d'information.
- Certaines prises en charge peuvent être limitées par le défaut de compétences (ex : APA dans le cadre suivi de la nutrition artificielle, enfants de plus de 6 ans, handicap).
- Le positionnement du patient comme acteur décideur de son parcours de soins et l'importance de son adhésion ; la nécessité est apparue de faire évoluer et d'adapter l'offre de soins de support en fonction du besoin du patient tout en associant les aidants.
- L'intégration des programmes d'éducation thérapeutique.
- L'articulation avec la médecine de ville pour permettre la continuité des soins.

Ces constats mettent en évidence des enjeux majeurs en termes d'organisation et de coordination du parcours :

- L'importance de la coordination du parcours dès le repérage des besoins du patient (polypathologies du patient âgé, maladies chroniques, handicap, etc..) en vue d'une prise en charge globale.
- La prépondérance de la notion de multidisciplinarité dans la prise en charge et la nécessité d'une approche transversale compatible avec une approche spécifique par organe (soins de support propre à la spécialité / soins de support transversaux).

Projets et perspectives

Les notions de multidisciplinarité, de transversalité et de coordination du parcours appellent la nécessité de mettre en place une porte d'entrée dédiée aux soins de support. Comme cela a été proposé en cancérologie, ces soins de supports couvrent un périmètre plus large d'une part en raison de l'allongement de la durée de vie des populations traitées pour un cancer et par la multidisciplinarité nécessaire de nombreux parcours dédiées aux pathologies chroniques. Ainsi, la coordination des soins supports dédiés au cancer ou non serait innovante dans le sens d'une anticipation des besoins des patients, des équipes de soins, de l'établissement. Toutefois, le périmètre des pathologies concernées et les modalités de mise en œuvre restent encore à déterminer (oncologie, autres maladies chroniques, personnes âgées, handicap...).

Il faudrait idéalement proposer une approche globale du patient dont l'objectif serait d'associer aux soins liés à la pathologie motivant le séjour, des soins complémentaires visant la meilleure qualité de vie possible, sur le plan physique, psychique et social.

Une plateforme de soins de support pourrait être créée permettant de coordonner et mettre en place un parcours de soins de support personnalisés au plus tôt dans la prise en charge des patients atteints d'un cancer ou d'une pathologie chronique définie.

Cette plateforme prendrait en compte la diversité des besoins des malades, ainsi que ceux de leur entourage et ce, quels que soient leurs lieux de soins dans l'établissement. Ces soins feraient partie intégrante du parcours et ne seraient alors pas optionnels ou secondaires. Un plan de soins personnalisé serait proposé pour guider le patient dans son parcours ainsi défini.

Ces soins de supports formeraient un « panier » identique à celui du plan cancer associant le traitement de la douleur, la prise en charge nutritionnelle, l'accompagnement psychologique, la pratique d'une activité physique adaptée, l'accompagnement social, familial et professionnel, les conseils d'hygiène de vie, le traitement de troubles de la sexualité, de l'image de soi, les effets secondaires des traitements, la fatigue ou le support en phase palliative.

Cette plateforme serait également un relais ville/hôpital dans la coordination des soins en lien avec les équipes supports (médecin hospitalier / traitant, services sociaux, infirmiers hospitalier/ libéral, pharmacien CHU et d'officine, diététiciens, kinésithérapeutes hospitalier et libéral, psychologues, etc...).

Ce serait aussi un moyen de promotion de la recherche et également de l'orientation raisonnée des patients dans les médecines complémentaires souvent indépendantes des soins hospitaliers, mal encadrées et directement accessibles aux patients (Homéopathie, soigner par les plantes, vitaminothérapies, acupuncture, massages, ostéopathie, relaxation...). Cette plateforme aurait également pour mission de réfléchir le financement de son activité. Seuls les soins de supports liés au cancer sont remboursés. L'envergure d'un tel projet pourrait justifier d'autres sources de financement.

Dans un premier temps, la création d'une plateforme des soins de support en oncologie permettrait de proposer une prise en charge globale centrée sur le patient en accord avec le décret numéro 2021-119 du 4 février 2021 portant définition de la stratégie décennale de lutte contre le cancer. Ces objectifs seront de coordonner et mettre en place un parcours de soins de support personnalisés au plus tôt dans la prise en charge des patients atteints d'un cancer selon plusieurs axes :

- Locomoteur : activité physique adaptée, kinésithérapie, ergothérapie
- Nutritionnel : bilan diététique et suivi nutritionnel
- Emotionnel : prise en charge psychologique, sexologie, hypnothérapie, sophrologie, socio-esthétique, musicothérapie, accompagnement des aidants...
- Socioprofessionnel : prise en charge sociale, retour à l'emploi`
- Suivi des toxicités des traitements par une IDE coordonnatrice de soins en cancérologie dont l'activité augmente la survie
- Médecine spécialisée : addictologie, oncogériatrie, médecine de la douleur, soins palliatifs ...

Déclinaison pluriannuelle du projet médical pour répondre à l'enjeu organisationnel des soins de support

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Poursuivre l'état des lieux par une cartographie de l'offre de soins de support et la formalisation d'un annuaire	x					Recensement des soins de support dans l'établissement ; Points d'entrée ; Activité et profil patient.
Mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) des soins de support	x	x				Nombre de RCP mises en place et nombre de parcours concernés
Engager une réflexion sur l'organisation des soins de support pour le CHU de Nîmes						Projet médical dynamique

Déclinaison pluriannuelle du projet de soins pour répondre à l'enjeu organisationnel des soins de support

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Développer la création et le suivi d'un plan de soins personnalisé par les soignants en lien avec l'usager	x	x	x			Support pour plan de soins existant Taux de remplissage du support existant Satisfaction usagers
Communiquer auprès des soignants sur les soins de support existant et leurs apports dans les prises en charge	x	x	x			Nombre d'actions de communication organisée sur le sujet
Coordonner les actions de soins de support et de suivi ville-hôpital	x	x				Livret patient existant Plan de soins communiqué

2.5. EN FAVORISANT LA SYNERGIE DES METIERS

Constat et enjeux :

Le corps médical est mobilisé sur des fonctions ou des tâches non spécifiques à ses métiers ou ses compétences et manque de disponibilité pour la prise en charge médicale des patients : il s'agit notamment des missions relevant des fonctions d'accueil, d'évaluation (recueil de données), d'orientation et de coordination des parcours ainsi que des tâches administratives.

Les équipes paramédicales partagent ce même constat et sont parfois mobilisées sur des compétences qui ne leurs sont pas propres.

Par ailleurs, l'évolution des outils numériques interrogent sur le temps dédié et sur la technicité requise de plus en plus accrue.

Ainsi, le recentrage des pratiques et l'évolution des métiers des professionnels de santé apparaissent donc comme primordiales dans un contexte multifactoriel : l'augmentation de l'activité, la diminution du nombre d'internes, l'évolution des techniques médicales, la possibilité réglementaire de déléguer, la volonté des professionnels de santé de développer de nouvelles compétences.

Il s'agit d'optimiser le parcours patient en proposant les compétences dont il a besoin et d'identifier le rôle et la place de chaque professionnel de santé dans la prise en soins. La question des missions de chacun lors de la prise en charge des patients est donc centrale à plusieurs titres :

- La qualité et la pertinence des soins ;
- L'accompagnement du développement des activités et des projets ;
- L'humanisation constante des soins ;
- Une mobilisation adaptée des compétences ;
- La prévention de l'épuisement professionnel (en prenant en considération les besoins liés à la prise en charge de la pathologie du patient et le temps passé à des missions qui ne relèvent pas de ses compétences).

Différentes catégories de métiers, pour lesquels une vigilance particulière doit être portée, ont d'ores et déjà été identifiées:

- Métiers de l'accueil et de l'information, notamment pour les personnes fragiles (vieillesse et handicap) ;
- Métiers en lien avec la délégation médicale (dans le respect des décrets de compétences): IPA, IDE spécialisée, Manipulateur en ElectroRadiographie ;
- Métiers de coordination et de gestion de parcours : IDE coordonnatrice, IDE de parcours, IDE trajectoire, IDE référentes, Assistante Médico-Administrative, Bed manager, logisticien ;
- Métiers liés à l'évolution des pratiques de consultations : télé surveillance, télé consultations, télé expertise ;
- Métiers liés à l'évolution technique et numérique (métiers émergents liés aux TIC et aux outils d'analyses prospectives- intelligence artificielle), incluant en biologie les ingénieurs, les bio-informaticiens, les bioqualiticiens, les techniciens informatiques, les spécialistes en analyse protéomique ;
- Métiers liés à la prévention et à l'éducation thérapeutique ;
- Métiers de la recherche ;
- Métier de médecin manager.

Projets et perspectives :

Le cœur de métier du praticien et le rôle des internes doivent être correctement définis à partir d'une politique institutionnelle centrée sur les missions à plus-value médicale : il s'agit de lister les tâches annexes et d'identifier vers quel métier les orienter. Les délégations possibles doivent être aussi considérées.

L'arrivée des premiers IPA (infirmiers en pratique avancée), permet de monter en compétences des infirmières en leur donnant la possibilité de faire un certain nombre de diagnostic, de prescrire des examens complémentaires et certains traitements symptomatiques, par un diplôme d'état qui existe depuis 2018. Quatre mentions sont déjà en place : pathologie chronique stabilisée, oncologie et onco-hématologie, maladie rénale chronique dialyse et transplantation rénale, et psychiatrie. Une cinquième mention « urgence » est en cours de préparation. Leur présence va permettre progressivement, par la réorganisation de certains parcours patients, de positionner le bon professionnel au bon endroit.

Une analyse pluri-professionnelle au sein des organisations de soins devrait permettre de mesurer les écarts, recentrer les professionnels de santé sur leurs cœurs de métiers, favoriser une mise à niveau des compétences et identifier les métiers nouveaux nécessaires.

Sur la base d'une expérimentation, dont le périmètre reste à définir (pôle, service ou parcours), il est proposé d'analyser les missions exercées par chacun des professionnels présents et de comparer l'écart entre les compétences existantes et les besoins. Il convient également de s'assurer que chacun tient son rôle et d'éviter les glissements de tâches ou de fonctions.

Déclinaison pluriannuelle du projet médical pour favoriser la synergie des métiers

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Identifier un ou des service(s) expérimental(ux) pour conduire une analyse des métiers	x					Nbre de services identifiés ; Rédaction des besoins identifiés.
Définir les délégations médicales et paramédicales possibles	x	x				Registre des délégations envisagées ; première analyse de faisabilité.

Déclinaison pluriannuelle du projet de soins pour favoriser la synergie des métiers

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Participer au groupe de réflexion sur les délégations possibles au sein des services expérimentaux	x					Nombre de participations au groupe de travail
Promouvoir et consolider les collaborations médico-soignantes et périmètres d'activités des IPA-Médecins	x	x	x	x	x	Nombre de bilans de fonctionnement réalisés Nombre de protocoles d'organisation IPA, Nombre d'unités concernées Niveau de satisfaction patient, Nombre de patients dans la file active IPA
Développer les protocoles de coopération	x	x	x	x	x	Nombre de protocoles de collaboration existants

PROJET MEDICAL DYNAMIQUE AXE 2

- Vers un centre de médecine ambulatoire (de la ville et du GHT) pour l'ensemble du territoire
- Projet intégré des biologies
- Organisation des soins de support au CHU de Nîmes

3.1. DEVELOPPER L'INTERFACE VILLE-HOPITAL

Constats et enjeux

La fluidification du parcours de soins appelle une nécessaire coordination avec les professionnels de santé de la ville notamment pour les patients souffrant de maladies chroniques afin notamment d'éviter les ruptures de prise en charge.

Il s'agit d'améliorer la qualité des interfaces avec les médecins de la ville en répondant notamment à leurs attentes exprimées en termes d'accessibilité et de réactivité des prises en charges de leurs patients :

- Un accès direct et facile aux différents secrétariats des services hospitaliers ;
- Un accès rapide à des consultations spécialisées pour les semi-urgences ;
- Un recours facilité aux avis spécialisés ;
- Des admissions directes afin d'éviter le passage par les urgences ;
- Un accès privilégié aux hospitalisations non programmées.

Un premier enjeu repose donc sur la notion d'accessibilité à l'offre de soins hospitalière et aux avis spécialisés de manière plus rapide.

Par ailleurs, la médecine de ville connaît actuellement un contexte de regroupement des professionnels de santé sous forme de Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (médecin, kinésithérapeute, IDE, Sage-femme, podologue, pharmacien, dentiste, orthophoniste et assistante sociale). L'enjeu est donc ici de structurer la collaboration autour des principes d'un maillage territorial et de prises en charge réactives.

Projets et perspectives

- Améliorer l'accessibilité et la lisibilité de l'offre médicale hospitalière

Le projet expérimental de plateforme d'accès aux soins (*cf chapitre 1.1*) comprend un numéro d'appel unique avec secrétariat dédié et devrait ainsi favoriser l'accès aux services hospitaliers et améliorer la régulation médicale des flux de patients entre la ville et l'hôpital (objectif d'obtention d'un rendez-vous dans les moins de 48h).

Des dispositifs intra-hospitaliers existent également pour améliorer l'accessibilité de la médecine de ville vers les services de spécialités du CHU de Nîmes et devront être davantage exploités :

- Le dispositif RAPIDO (Réseau d'Aide à la Prise en charge Diagnostique et d'Orientation) permettant de faciliter l'accès direct à une expertise médicale rapide en appui aux médecins généralistes pour des diagnostics complexes et le suivi des pathologies chroniques avec un accès privilégié au plateau technique hospitalier (consultations, avis spécialisé, hôpital de jour).
Il s'agit de s'interroger sur l'opportunité de l'étendre à d'autres spécialités.
- Des accès directs existent comme en médecine gériatrique et doivent être adaptés en fonction du flux de patients.

- La mise en place d'une télé-expertise médicale à l'intention des médecins généralistes (en oncologie notamment).
- La mise en place d'une unité d'oncologie aiguë, pour la gestion des bilans diagnostiques et des entrées non programmées en oncologie médicale, s'inscrit dans ces réflexions, de même que la réorganisation des prises en charges des besoins transfusionnels en ambulatoire.

Plus généralement, il conviendra de favoriser des parcours d'admissions directes non programmées notamment vers les services de médecine.

En pratique, il est proposé de réserver davantage de lits en hospitalisation complète pour les admissions directes de patients médicaux et d'encourager l'organisation généralisée de créneaux de consultations semi-urgents.

La communauté médicale du CHU de Nîmes s'est fixée également l'objectif d'améliorer la lisibilité de l'offre de soins hospitalière à travers plusieurs leviers :

- La communication médicalisée en mettant notamment l'accent sur la nouvelle offre de soins et des différents projets médicaux mis en œuvre.
- L'actualisation régulière de l'annuaire des médecins hospitaliers (adressé à l'ensemble des médecins de ville) identifiant les lignes téléphoniques dédiées par spécialités.

Elle souhaite également s'améliorer sur la transmission des informations vers la médecine de ville après la prise en charge hospitalière en s'assurant de la communication rapide et complète des informations nécessaires (Dossier Médical Partagé, courrier médical transmis sur boîte mail sécurisée type MSSanté actif chez les professionnels libéraux).

- Développer les collaborations avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Il s'agit de formaliser les articulations et la place du CHU de Nîmes au sein du réseau de soin à travers des collaborations actives avec les CPTS du territoire de santé. Plusieurs axes ont d'ores et déjà été identifiés :

- L'organisation des prises en charge sur la base d'un arbre décisionnel partagé ;
- L'organisation des soins non programmés : hypothèse d'une structure ambulatoire type HDJ intermédiaire afin d'éviter la venue des patients aux urgences ou de postes avancés de spécialités disponibles chaque jour pour collaborer avec la médecine de ville ;
- L'accueil et les prises en charge des patients vulnérables (patient porteur d'un handicap, patient dément, etc.) ;
- L'organisation des prises en charge des résidents en EHPAD : rôle des prestataires de service pour prendre des relais (SSIAD, HAD...), projet du praticien au lit du patient (dentiste, dermatologie), développement de la télé-consultation.
- Les collaborations possibles en recherche clinique (PHRC en soins primaires) ;
- L'accès à la formation des médecins traitants dans le cadre de la labellisation du CHU en tant qu'organisme reconnu par l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (DPC) ;
- La constitution d'ateliers et de staffs thématiques (ex : mise à jour traitement des ostéoporoses, diabète) ;
- La poursuite éventuelle de la réflexion autour d'un portail ville-hôpital (accessibilité au dossier patient et interfaçage des différents dossiers patients) ;
- La télémédecine et la télé-expertise qui se sont largement développées avec la crise sanitaire.

Déclinaison pluriannuelle du projet médical pour répondre au développement de l'interface avec la médecine de ville

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Mise en place d'un accès unique de régulation médicale (Service d'Accès aux Soins)						SAS opérationnel ; nbre de patients orientés par an par le SAS.
Développer les dispositifs permettant de faciliter l'accès direct aux avis spécialisés	x	x				Nombre d'accès téléphonique direct mis en place Nombre de créneaux réservés aux consultations semi-urgentes dédiées par spécialité
Développer les admissions directes		x				Nombre de lits dédiés aux admissions directes par spécialité Nombre de parcours d'admissions directes non programmés
Améliorer la lisibilité de l'offre de soins du CHU	x	x	x	x	x	Nombre d'actions de communication à l'attention de la médecine de ville (dont nouvelle offre de soins et projets, actualisation de l'annuaire des praticiens)
Etablir des collaborations actives avec les communautés professionnelles de territoire	x	x				Nombre de partenariats établis

Déclinaison pluriannuelle du projet de soins pour répondre au développement de l'interface avec la médecine de ville

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Développement des collaborations actives et structurées avec les communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS), HAD, SSIAD et prestataires à domicile du territoire	x	x	x	x	x	Nombre de collaborations actives
Développement des outils de suivis connectés des parcours à domicile	x	x	x	x	x	Nombre de parcours mis en œuvre et suivi

3.2. PROMOUVOIR L'ÉVOLUTION DES FILIÈRES DE SOINS TERRITORIALES DU GHT

Constats et enjeux

Les besoins de soins médicaux de la population gardoise (près de 750 000 habitants), sont appelés à se renforcer par l'effet conjugué de sa dynamique démographique, de son vieillissement (30% de la population a plus de 60 ans) et de son niveau de précarité (taux de chômage et de pauvreté élevés). Par ailleurs, une partie de la population réside dans des espaces ruraux isolés, à l'Est et au Nord du département, qui englobe une partie du Parc National des Cévennes. La réduction des inégalités d'accès aux soins passe par un maillage équilibré du territoire, d'autant que les temps de trajets sont loin d'être négligeables entre les différents établissements. Ce diagnostic va dans le sens d'un renforcement des activités de proximité, dont l'articulation avec l'offre de recours du CHU de Nîmes, établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire Cévennes-Gard-Camargue, constitue un enjeu indéniable.



Projets et perspectives

Ainsi, le futur projet médico-soignant partagé 2023-2027 du GHT devra poursuivre l'objectif de développer et structurer des parcours dans le cadre de filières coordonnées et graduées afin de garantir aux patients des soins d'un même niveau de qualité et de sécurité quel que soit le point d'entrée au sein du territoire de santé.

Il sera décliné à partir de grands axes qui seront définis par le collège médical de groupement au cours de l'année 2022 et d'une évaluation des filières territoriales existantes (oncologie médicale, chirurgies, urgences et réanimation, mère-enfant, psychiatries – santé mentale, mère-enfant, gérontologie, médecine infectieuse-hygiène hospitalière, maladies chroniques, médecine palliative et douleur).

Compte-tenu des projets de développement du CHU de Nîmes, les disciplines ou segments d'activité suivants feront l'objet d'échanges prioritaires avec les établissements partenaires : médecine interventionnelle, oncologie, gériatrie, néphrologie ...

Une attention particulière sera accordée à la filière des soins palliatifs à l'appui du plan national 2021-2024 de développement dont l'objectif repose sur une offre hospitalière de proximité qui réponde à l'ensemble des besoins du territoire. Il s'agira donc de s'assurer d'un maillage territorial performant au sein du département entre les différents établissements membres du GHT (lits identifiés au sein des hôpitaux de proximité en cours de labellisation, prise en charge palliative dans les structures de réadaptation, équipe mobile et hôpital de jour).

Les leviers d'accompagnement porteront sur :

- Le recours à la télémédecine (télé-consultation, télé-expertise, télé-surveillance)
Exemple : le développement des téléconsultations pour les suivis complexes et la mise en place de nouvelles RCP territoriales (notamment pour la filière oncologie)
- Le dispositif de consultations avancées
- Le partage de l'expertise médicale à l'appui :
 - Des temps médicaux partagés existants qui représentent à fin 2021 environ 20 ETP, 67 praticiens - dont 44 assistants temps partagés et près de 195 demi-journées hebdomadaires.
 - D'équipes pluridisciplinaires telles que celle dédiée à l'antibiothérapie (EMA) dont la mise en œuvre s'insère dans le cadre de la création des Centres Régionaux d'Antibiothérapie et de bon usage des anti-infectieux (CRAtb). Cette équipe sera composée d'infectiologue, pharmacien, microbiologiste et infirmier. Elle s'inscrit dans le prolongement à l'échelle du territoire de l'équipe mobile d'infectiologie du CHU de Nîmes (*cf EMI chapitre 4*).
- Le déploiement d'équipes mutualisées : d'ores et déjà, sur la base de l'expérience en oncologie, le principe d'évolution vers des équipes territoriales sera privilégié au sein de la réflexion notamment pour les filières suivantes : imagerie, anesthésie-réanimation, gériatrie, urgences et Médecin Physique et de la Réadaptation (MPR).
- Des dispositifs d'attractivité médicale territoriale notamment en imagerie reposant sur des organisations innovantes, des logiciels partagés, des réseaux communs (Vendor Neutral Archive). Pour d'autres (MPR par exemple), la pénurie de spécialistes impose une réflexion territoriale permettant d'attirer les jeunes médecins, structurer l'activité partagée et pérenniser des parcours efficaces et visibles limitant les fuites.

Des enjeux en termes d'enseignement et de formation sont également identifiés via un campus hospitalo-universitaire (*cf chapitre 6.5*) favorisant l'interdisciplinarité et ouvert au GHT :

- Une offre de formation dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC) du territoire pour le personnel médical et paramédical qui se traduit par : un recueil des besoins communs (outil commun), une co-construction de certains programmes et une mutualisation des formations en cas de besoins convergents.
- Une offre de l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé (IFMS) en formation-théorique et pratique: accès facilité, lieux de stage (CHU ou CH) pour IADE, IBODE...
- Une formation en Simulation tournée vers le territoire avec accès au plateau technique de la Faculté et de l'IFMS.
- L'ouverture des stages hospitaliers au second cycle des études médicales.

- Une possible implantation de nouvelles formations paramédicales dans le cadre de l'universitarisation des écoles d'ergothérapie et de kinésithérapie pouvant étendre les terrains de stage du territoire.

Concernant la recherche clinique, l'ambition du projet médico-soignant partagé 2017-2022 du GHT était de mettre en place un accompagnement des équipes de recherche à l'échelle du territoire, prioritairement en gériatrie, en infectiologie et en soins primaires.

Plusieurs projets multicentriques ont ainsi pu voir le jour au sein du GHT, mais pèchent majoritairement par une dynamique d'inclusion insuffisante voire impossible au sein des CH, liée à des problématiques de démographie médicale, de formation, et d'absence de ressources supports à l'investigation (ARC hospitaliers notamment). La recherche territoriale demeure de ce fait très embryonnaire. L'enjeu pour les cinq ans à venir est donc de déposer et obtenir des projets suffisamment dimensionnés pour permettre le financement de ressources déconcentrées à temps plein au sein des CH, et de les accompagner dans l'obtention de budgets recherche complémentaires (*cf chapitre 6.1*).

Déclinaison pluriannuelle pour répondre à l'enjeu de l'évolution des filières de soins territoriales

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Conduire une évaluation des filières territoriales de soins existantes	x	x				Autodiagnostic réalisé
Définir les axes structurants du futur projet médico-soignant partagé du territoire	x	x				Orientations stratégiques territoriales définies
Renforcer le recours à la télémédecine	x	x	x	x	x	Nombre de dispositifs de télé-consultation, télé-expertise, télé-surveillance supplémentaires mis en oeuvre
Développer les équipes médicales de territoire		x	x	x	x	Nombre d'équipes territoriales mises en oeuvre
Développer la recherche clinique territoriale	x	x	x	x	x	Nombre de projets de recherche déposés et obtenus suffisamment dimensionnés pour permettre le financement de ressources déconcentrées à temps plein au sein des CH Nombre de budgets de recherche complémentaire obtenus pour les établissements partenaires

3.3. POURSUIVRE LA CO-REFERENCE ET SYNERGIE AVEC LE CHU DE MONTPELLIER

Constats et enjeux

Le statut hospitalo-universitaire du CHU de Nîmes s'inscrit dans un dispositif original, constitué d'une université commune – l'Université de Montpellier - et deux établissements de santé indépendants : le CHU de Nîmes et le CHU de Montpellier.

La convention hospitalo-universitaire qui formalise ce dispositif existe depuis le 7 décembre 1975 et a été révisée en septembre 2014.

La coopération entre les deux CHU apparaît de ce fait comme une évidence. Elle s'est structurée d'abord :

- Dans le cadre du GCS « MERRI », Groupement de Coopération Sanitaire instauré en 2009, dans le but d'augmenter quantitativement et qualitativement la production scientifique des deux établissements,
- A travers la mise en place d'une politique de synergie plus globale, dans les domaines des soins, de la formation et de la recherche, qui a conduit à la création de Fédérations Médicales Hospitalo-universitaires (FMHU) entre les équipes, officialisant la position de co-référents régionaux des deux CHU dans les domaines concernés.

Cette dynamique s'est accentuée fortement ces dernières années, avec :

- 4 fédérations créées sur la période 2009-2015 (7 ans)
- 5 fédérations créées sur la période 2016-2018 (3 ans)
- 5 fédérations créées sur la seule année 2019

Un premier symposium des fédérations médicales hospitalo-universitaires Montpellier-Nîmes a également eu lieu en 2019, dans l'objectif de dresser un panorama complet de ces fédérations, de poursuivre la dynamique d'intégration des disciplines fédérées et de renforcer leur visibilité.

La même année, les statuts du GCS « MERRI » ont été profondément révisés, pour refonder la stratégie de groupe des deux CHU : le GCS « du Centre Hospitalier et Universitaire Montpellier-Nîmes », structure unique préfiguratrice dans l'organisation nationale en réseau des CHU Français, s'est doté d'un programme élargi et ambitieux, couvrant l'ensemble des missions des deux CHU.

Les objectifs spécifiques de ce GCS en matière de recherche sont développés plus bas (cf. Chapitre 6.4.1– La force de frappe commune Montpellier-Nîmes). Au-delà de la production scientifique, il s'agit plus globalement de consolider une offre de soins de référence sur l'Occitanie-Est, dans une optique de complémentarité et de couverture territoriale, à travers une coordination opérationnelle de l'ensemble des collaborations hospitalo-universitaires entre les deux CHU.

La réalisation bi-site d'activités complexes s'est déjà concrétisée dans le domaine de l'hématologie clinique, avec la réalisation d'autogreffes de moelle osseuse au sein du CHU de Nîmes, ainsi que de la neuroradiologie, à travers une activité de thrombectomie portée par une équipe médicale partagée.

La chirurgie pédiatrique fait également depuis peu l'objet d'une organisation médicale commune.

Projets et perspectives à moyen terme

Dans les cinq années à venir, les CHU de Nîmes et de Montpellier auront pour objectif de donner toute son amplitude à ce nouveau cadre collaboratif :

- Les autorisations bi-sites, équipes médicales partagées et plateformes communes continueront à être développées, notamment à travers la concrétisation du projet commun de télépathologie en anatomocytopathologie, et la mise en œuvre d'une activité d'implantation de valves aortiques percutanées (TAVI) sur le site du CHU de Nîmes,
- L'accompagnement attentif des FMHU en place ou en cours de formalisation (santé publique) sera poursuivi, et le développement de nouvelles FMHU encouragé, en priorité dans le domaine de la médecine d'urgence; plus généralement, il conviendra de travailler à l'articulation des FMHU avec

les centres experts pluridisciplinaires et avec les projets de développement de nouvelles activités innovantes,

- Une synergie des prises en charge sera également recherchée dans le domaine de la médecine préventive et de l'impact environnemental sur les pathologies humaines, et plus globalement dans la poursuite et l'aboutissement de la réflexion sur l'organisation conjointe des activités de référence en biologie, en procédant secteur par secteur et en tenant compte des labellisations « laboratoire de biologie médicale de référence (LBMR) » obtenues par le CHU de Nîmes,
- Le co-renforcement synergique des activités des deux CHU dans le cadre de Med Vallée constituera un objectif non seulement dans le cadre de la recherche (*cf. chapitre 6.4.1*) mais aussi en matière de prises en charge innovantes (thérapies cellulaires par exemple),
- En matière de formation médicale et paramédicale, les deux établissements en lien avec l'Université de Montpellier, s'attacheront à définir un projet commun et à compléter l'offre de formation paramédicale sur le campus hospitalo-universitaire nîmois (*cf. chapitre 6.5*).

Les deux CHU veilleront plus largement à coordonner leur réflexion sur l'évolution du cadre législatif et stratégique (actualisation du Projet Régional de Santé Occitanie notamment) ou sur les grands enjeux communs, en matière de ressources humaines et de management (synergies métiers et compétences adjuvantes par exemple), de finances, d'outils numériques et de qualité.

Déclinaison pluriannuelle du projet médical pour répondre aux enjeux de synergie entre les deux CHU

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Mise en œuvre du projet de télépathologie	X	X				Cf. Indicateurs de la fiche de validation projet
Définition d'un cadre validé par l'ARS pour la réalisation à Nîmes des TAVI	X					Projet d'organisation validé par l'ARS
Officialisation et mise en œuvre d'une FMHU médecine d'urgence	X					Statuts signés Programme d'action défini et engagé
Formalisation d'une organisation conjointe des activités de référence en biologie	X	X	X			Projets d'organisation formalisés et validés par secteur
Définition du positionnement du CHU de Nîmes / Med Vallée	X					Document cadre formalisé
Définition d'un projet commun de formation médicale et paramédicale			X			Projet commun formalisé
Organisation annuelle d'un symposium FMHU	X	X	X	X	X	

Déclinaison pluriannuelle du projet de soins pour répondre aux enjeux de synergie entre les deux CHU

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Définition d'un projet commun de formation paramédicale CHU Nîmes - GHT - CHU Montpellier		X				Projet formalisé

3.4. RENFORCER L'EFFICIENCE DES FILIERES D'AVANT

Constat et enjeux

Des difficultés sont rencontrées au quotidien pour faire admettre les patients en provenance des services relevant de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) malgré un nombre de lits d'aval conséquent, que ce soit en soins de suite, en Unité de Soins de Longue Durée (USLD) et en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en comparaison avec d'autres CHU. Ces demandes concernent le plus souvent des patients stabilisés sur le plan médical mais en incapacité de pouvoir regagner transitoirement ou définitivement leur domicile. Pour une part, un projet de rééducation retenu leur permet de sortir vers les lits de MPR (rééducation et réadaptation), pour les autres il s'agit de demandes de soins de suite polyvalents ou d'hébergements. Ces difficultés ont encore été majorées pendant la crise sanitaire rallongeant drastiquement les durées de séjour. Il est prouvé une perte tous les jours des capacités en MCO en raison de ces difficultés. Sur la base de ces constats, il paraît légitime de questionner le capacitaire à la fois sur son versant quantitatif (nombre de lits dédiés) et qualitatif (certains parcours plus exposés ou plus complexes). Cependant, les besoins comme les nombres de places ne fluctuent pas forcément aux mêmes moments (dans la journée, la semaine ou sur l'année). Ainsi, résumer la fluidité des parcours à un nombre de lits d'aval est peut-être trop limitant quand régulièrement sont évoquées les difficultés d'organisation, d'anticipation des sorties complexes, le manque de coopération en interne comme avec les partenaires extérieurs ou bien les difficultés liées à l'utilisation de via Trajectoire. Par ailleurs, les partenaires ne reçoivent pas forcément les demandes adaptées à leur activité, que ce soit en termes d'indication, de niveau de soins requis, de projet de vie. Ainsi, les patients peuvent percevoir une certaine confusion dans leur parcours.

Le présent projet médico-soignant est ambitieux sur le développement de son secteur de soins critiques, de médecine post-urgences et de médecines spécialisées. Ceci va générer inévitablement une demande accrue sur le secteur d'aval qui doit être anticipée. Ainsi, une augmentation de la disponibilité des lits de soins de suite ou d'hébergement du territoire est attendue et doit être traitée comme corollaire du projet MCO.

Projets et perspectives

Ces derniers mois, la crise COVID a été l'occasion de poursuivre la coopération avec les partenaires du CHU et ont montré des axes d'améliorations possibles. Certains services à travers ces simples échanges ont amélioré leur capacité de pouvoir faire admettre en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) polyvalents ou spécialisés leurs patients dans des délais raisonnables. Ainsi, plusieurs axes d'amélioration peuvent être envisagés.

- Sur le versant capacitaire

L'évolution des relations avec les SSR spécialisés comme polyvalents sont à concevoir dans les deux sens.

Le SSR Spécialisé répond à une demande précise concernant seulement certains parcours répondant à des compétences techniques ou humaines définies. Certaines spécialités médicales ne disposent pas aujourd'hui de filière en soins de suite faute d'offre de soins adaptée dans le département du Gard. C'est le cas de la néphrologie et de l'oncologie par exemple. D'autres ont un secteur d'aval spécialisé mais qui n'a pas suivi l'évolution démographique ou de l'activité. C'est le cas de la gériatrie (10 lits de SSR). Dans une autre mesure, le secteur neurologique n'a pas d'alternative d'aval spécialisé (autre que le service de Médecine Physique et de Réadaptation dédié du CHU) sur le territoire hormis secteur d'hébergement longue durée avec les délais d'admission inhérents. Ainsi, la création d'un secteur d'aval spécialisé dédié à certaines spécialités non ou sous dotées pourraient être une solution. L'alternative serait de conventionner avec les structures partenaires pour accueillir sans délais les patients justifiant de soins de suite adaptés. Renforcer le lien avec le SSR l'Eglogue, les cliniques des Oliviers ou de Valdegour serait une opportunité de fluidifier les parcours. Cela permettrait d'anticiper les sorties sur des parcours co-construits (gériatriques sur Valdegour, respiratoire ou post-opératoire sur l'Eglogue, nutrition et gériatrique sur les Oliviers) avec anticipation des besoins et réactivité lors des besoins accrus. Le développement de parcours communs permettra d'ajuster les demandes aux compétences, attentes et conditions de l'aval et pourra optimiser l'organisation et l'anticipation des établissements partenaires. Cela pourra être renforcé par le maintien du lien à l'échelle des pôles par des contacts réguliers entre les structures, la reconnaissance mutuelle et les interactions bilatérales suivies. Enfin, la gestion des besoins des populations gériatriques en attente de solution d'hébergement doit faire l'objet d'un traitement spécifique que ce soit directement ou après transfert dans une structure partenaire et privilégier une orientation vers les unités de Serre-Cavalier. Dans le même sens, le SSR polyvalent, avec 20 lits assurant aujourd'hui quasi exclusivement l'aval du CHU sera prochainement renforcé par la création de lits de post-urgences. Enfin, le profil de patient handicapé vieillissant entre 50 et 65 ans reste une très importante source d'inadaptation et de prolongement des séjours en MCO faute d'offre médico-sociale adaptée dans le territoire et devra faire l'objet d'initiatives spécifiques.

- Sur le versant organisationnel

La réponse aux séjours longs doit aussi être envisagée de manière globale mais la problématique des bed blockers reste marginale et correctement traitée au cas par cas. Cette vision des bornes hautes ne doit pas effacer le gain beaucoup plus conséquent qui serait obtenu si la majorité des patients hospitalisés en MCO quittait le CHU un à deux jours plus tôt (situation d'attente habituelle) grâce à une politique de sortie très largement anticipée.

Dans les services où l'anticipation de la sortie est la règle et qui définissent dès l'entrée du patient son parcours et sa sortie, les durées de séjour sont mieux maîtrisées. On peut légitimement en déduire que cette organisation est la plus efficiente et que la question réside donc dans la motivation et la sensibilisation du corps médical. Cependant, nombre de praticiens ne considère pas la démarche de sortie comme

prioritaire notamment lorsque la situation médicale est cadrée et souhaite le plus souvent déléguer. D'un autre côté, l'accueil des patients dans les structures partenaires est d'autant plus efficace qu'elle est anticipée et ciblée dans le respect des conditions d'admission relatives au SSR.

Ainsi plusieurs axes d'amélioration peuvent être envisagés :

- Encourager l'ensemble des services à prioriser les projets de sortie pourrait être accompagné et valorisé (objectifs figurant au contrat de pôle et pouvant être un critère de performance) ;
- Expérimenter une nouvelle fonction (responsable des sorties) au sein d'un pôle pour anticiper les sorties en systématiques et alerter le corps médical, si possible dès la consultation ou bien dès le premier jour d'hospitalisation ;
- Donner plus d'autonomie au responsable des sorties de chaque pôle pour faciliter les sorties par la mise en application de la politique de sortie définie pour chaque service, par une meilleure connaissance des structures d'aval et des collaborations établies ou à établir, par la défense d'un cadre de transfert SSR plus strict en limitant les choix d'orientation, par l'optimisation de l'outil trajectoire pour chaque pôle.
- Améliorer le fonctionnement de la plateforme de sortie en modifiant le mode de sollicitation réservé au séjour long dès l'admission, en développant la coopération avec le bed-manager pour préciser les critères propres à chaque pôle.
- L'intervention d'un médecin de soins de suite dans certains services MCO a montré son efficacité notamment par la meilleure définition de l'orientation en collaboration avec les équipes. Une équipe mobile de rééducation pourrait être proposée à cet effet.
- Maintenir des rencontres régulières avec les structures d'aval partenaires. La connaissance des partenaires, de leurs modes de prise en charge et de leurs attentes est indispensable et doit se réfléchir par filière (facilité d'accès aux hospitalisations directes et donc connaissance mutuelle pouvant faciliter les admissions futures).
- Fluidifier encore l'aval vers le sanitaire avec l'utilisation de trajectoire grand âge en partenariat étroit avec certains acteurs privés.
- Innover et développer d'autres moyens en intégrant les structures d'Hospitalisation à Domicile (HAD) dans le dispositif de sortie des pôles, en engageant une nouvelle réflexion sur la création d'une HAD du CHU thématique (soins palliatifs, oncologie, gériatrie ...) en étendant l'expérience des lits flottants en SSR pouvant accélérer les sorties du MCO vers le secteur de rééducation alors que la situation médicale n'est pas stabilisée et donc gagner du capacitaire sur le MCO.

Déclinaison pluriannuelle du projet médical pour répondre à l'enjeu des filières d'aval

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Evaluer les besoins d'aval spécialisés (néphrologie, oncologie, hématologie, gériatrie...)	x					Nombre de lits à créer/à modifier
Demander à tous les pôles concernés de définir une politique de sortie pour chaque service et pouvant figurer au contrat de pôle		x				Nombre de projets/pôle
Définir la mission du bed-manager et cibler les pôles justifiant d'un poste	x					Nombre de pôle éligibles avec mission définie
Création d'une équipe mobile de rééducation		x	x			Réponse à l'appel à projet émanant de l'ARS
Rencontres régulières avec les structures d'aval partenaires	x					Nombre de rencontres programmées avec les principales structures

PROJET MEDICAL DYNAMIQUE AXE 3

- Parcours et filières d'aval

Déclinaison pluriannuelle du projet de soins pour répondre à l'enjeu des filières d'aval

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Evolution des missions et fonctionnement de la POS institutionnellement pour favoriser la fluidité des sorties	x	x	x	x	x	Nouvelles organisations de la POS mises en œuvre Nombre de séjours longs Délai de sollicitation de la POS
Accompagner le projet de rééducation en MCO pour favoriser la réhabilitation précoce du patient	x	x	x	x	x	Participation des rééducateurs PNM au staff en MCO Mise à disposition d'un outil informatique de traçabilité de l'activité des rééducateurs Nombre de prescriptions de rééducation analysées
Renforcer la prise en charge pluriprofessionnelle du projet de sortie du patient dans l'unité	x	x	x	x	x	Durée prévisionnelle de séjour renseignée Projet de sortie renseigné Délai de saisie des demandes dans via trajectoire

4. LA REPONSE AUX GRANDS ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE LIES AUX PATHOLOGIES EMERGENTES ET PANDEMIES

Constats et enjeux

La crise sanitaire Covid 19 a mis en avant les difficultés à répondre aux besoins d'une nouvelle filière de soin tout en continuant à assurer la prise en charge des autres pathologies. La communauté médicale du CHU de Nîmes s'interroge sur les réponses qu'elle a pu apporter à cette crise mais pas seulement. Les interrogations portent également et plus largement sur l'ensemble des risques émergents durables et sur sa capacité à s'adapter.

Il n'est pas envisagé ici de poser les mesures en rapport avec les risques Nucléaires, Radiologiques, Biologiques et Chimiques (NRBC) qui sont largement codifiés et qui n'entraînent pas de modification durable du mode de fonctionnement hospitalier.

Les enjeux sont de pouvoir répondre à différentes situations émergentes, quelles qu'elles soient, en assurant la continuité des soins, en maintenant les ressources capacitaires et humaines avec les compétences nécessaires, en adaptant les organisations et modes opératoires, en structurant certains secteurs comme s'ils étaient déjà en crise.

Projets et perspectives

ASSURER DE LA DISPONIBILITE DES RESSOURCES ET DES COMPETENCES NECESSAIRES

Libérer ou créer des ressources capacitaires nécessite une régulation des hospitalisations par un tri patient efficace au moyen d'échelles de gravité, par une régulation des lits via une cellule « bed managing de crise » et une modulation du capacitaire des soins critiques. Cette dernière a démontré son efficacité lors des différentes vagues Covid et a permis de poser quelques principes de fonctionnement pour dégager du capacitaire en soins critiques : up gradation des lits d'USC en réanimation, up gradation des lits de courts séjours en SC ou post SC, création d'une réanimation éphémère, création d'une réserve foncière en anticipant des secteurs SC dans chaque nouveau bâtiment / secteur.

Anticiper et prioriser les ressources médicales par la définition pour chaque niveau de crise des organisations dans chaque service permettant de libérer de la ressource médicale, par une remise à niveau sur la formation médicale de base afin de permettre une polyvalence dans les compétences (*en quoi puis-je être utile pour chaque type de crise et quel sera mon rôle ?*), par un maintien des compétences dans la durée, par la définition du rôle des étudiants hospitaliers en situation de crise.

Anticiper et prioriser les ressources non médicales par la définition pour chaque niveau de crise des organisations dans chaque service permettant de libérer de la ressource paramédicale, par le maintien de la polyvalence dans les compétences notamment en soins critiques : formation des personnels non médicaux de crise par la création de poste mixtes cliniques et formateurs des IDE de réanimation permettant une formation continue et non ponctuelle de personnels non médicaux en soins critiques, par l'identification des seuils critiques pour certaines compétences spécialisées (ex IDE néphro-hémodialyse).

Veiller à une gestion optimale des approvisionnements par une gestion d'état pour les grands stocks et par une anticipation de l'impact en terme d'approvisionnement logistique (pharmacie, blanchisserie, etc.) en cas de requalification d'un service.

Appeler des ressources non hospitalières (cliniques, médecine de ville, Croix-Rouge) après une définition des ressources médicales et non médicales mises à disposition par le secteur privé et libéral et en travaillant les interfaces avec la médecine de ville en temps de crise.

ADAPTER LES ORGANISATIONS ET REPENSER LES MODES OPERATOIRES

Il s'agit de configurer l'hôpital en type crise (chirurgies réunies, etc.) pour un fonctionnement au quotidien en créant un guichet unique pour la gestion des lits avec une ligne téléphonique dédiée (soins critiques, médecine crise, médecine hors crise, chirurgie) et favoriser une gestion centralisée avec un arbitrage médical établi, en pilotant la crise par la définition d'indicateurs en temps réel servant une cellule de communication de crise conséquente avec outils modernes pour un contrôle de l'information délivrée au grand public mais aussi information en temps réel du personnel hospitalier, par la création d'une cellule de « tri éthique », par un plan « cyberattaque » avec mode dégradé papier pour chaque service.

RESTRUCTURER CERTAINS SECTEURS POUR UN FONCTIONNEMENT QUOTIDIEN EN TYPE CRISE

En pré-hospitalier, le SAMU-Centre 15, dans le cadre des risques émergents durables, est déjà opérationnel. Il est en mesure de détecter les appels orientant vers une Situation Sanitaire Exceptionnelle. Il participe également aux prises en charge de nombreuses victimes dans le cadre du plan ORSAN.

Au sein de l'hôpital, il s'agirait de permettre aux biologies de se restructurer avec une réelle « unité risque émergent » et favoriser l'installation au sein de locaux aux normes. Ce serait par exemple une unité Risques infectieux Emergents en Microbiologie (REM). Cette unité a pour vocation de répondre de manière efficiente et coordonnée aux risques infectieux émergents, préoccupation de Santé Publique majeure. Si l'émergence ou la résurgence de maladies infectieuses ne sont pas des phénomènes nouveaux, l'amplitude géographique, la vitesse de diffusion et la gravité des maladies représentent aujourd'hui des enjeux nouveaux rendant indispensable la mise en place très précoce de moyens adaptés.

L'unité sera développée au sein d'une structure comprenant des laboratoires confinés de type NSB2 et NSB3 permettant la manipulation de micro-organismes hautement pathogènes mais aussi des échantillons biologiques et environnementaux devant être analysés lors de la prise en charge des patients.

Les missions de base de l'unité seraient la mise en place d'une plateforme de reconnaissance précoce, d'investigations et de diagnostic des problématiques émergentes d'origine virale ou bactérienne, disponible 24/24 et 7/7 en fonction de l'urgence sanitaire afin de comprendre, maîtriser et prévenir la propagation des pathogènes émergents et re-émergents, l'intégration des problématiques et investigations environnementales dans la maîtrise des risques émergents microbiologiques, l'expertise régionale via le Laboratoire de Biologie Médicale de Référence (LBMR), des bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe) pour l'identification et la maîtrise de la propagation à l'échelle de l'établissement, du département et de la région, l'expertise nationale via le laboratoire agréé pour le diagnostic en lien avec le Bioterrorisme (Centre National de Référence des brucelloses), le développement de l'interdisciplinarité et de la recherche translationnelle et clinique dans le domaine des maladies infectieuses émergentes, la création d'une « Unité respiratoire ou en sepsis Unit » pouvant accueillir tout patient en lien avec une possible pathologie respiratoire virale, le développement d'une culture de la catastrophe et le fonctionnement en mode dégradé: appropriation des plans et notamment du plan blanc par chaque service (rédaction de protocoles et réalisation d'exercices).

Enfin, afin d'en améliorer le service rendu aux patients, l'équipe mobile d'infectiologie (EMI) complètera la ligne d'avis téléphonique d'infectiologie. Cette équipe aura pour vocation de réaliser une consultation au lit du malade pour les patients ayant une pathologie infectieuse complexe, une consultation avancée aux urgences, d'assurer un traçage systématique des avis dans le dossier informatique, afin d'apporter une réponse diagnostique et thérapeutique rapide aux problématiques infectieuses des patients pris en

charge au CHU de Nîmes. Elle aura également pour vocation de faciliter le lien avec les médecins généralistes et spécialistes libéraux en termes d'avis spécifiques et d'améliorer les capacités d'admissions directes au SMIT. Elle assurera enfin une activité de téléconsultation avec des établissements conventionnés (comme l'Institut du Cancer Montpellierain).

Déclinaison pluriannuelle du projet médical pour répondre aux enjeux de santé publique liés aux pathologies émergentes et pandémies

Actions	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateurs
Dimensionnement des lits soins critiques pour répondre aux besoins dans le cadre d'une crise sanitaire	x	x	x	x	x	Nombre de lits supplémentaires non pérennes autorisés et installés
Création d'une cellule de Bed-Managing médico-administrative avec établissement et application des procédures de crises (échelle de gravité, interlocuteur unique par secteur identifié, ...)	x	x				
Formaliser un plan par pôle et par service comprenant la libération de personnel, la conduite à tenir en cas d'événement aigu, up gradage du service si nécessaire en SC ou réa, la conduite à tenir en cas de cyberattaque	x	x				Mise à jour du plan blanc – nombres d'exercices par pôle/service
Engager une réflexion sur la restructuration de certains services pour un fonctionnement permettant de basculer en situation de crise immédiatement : - Unité de biologie « risques infectieux émergents aux urgences » - « Sepsis Unit aux Urgences » - Favoriser les chambres seules sur les nouveaux projets du SDI - Développer les chambres à pression négative - Réserve hospitalière dans le SDI - Aménagement de certains locaux pour fonctionner en type crise - Acquisition de modules pour une réanimation éphémère						
Renforcer les partenariats avec la médecine de ville et les partenaires privés	x	x				Nombre de partenariats typé « crise »
Développer la culture de la catastrophe et anticiper le rôle de chacun dans la crise par l'établissement d'une feuille de route par type de crise en fonction de ses aptitudes		x				Nombre de personnel possédant cette feuille de route/ feuille d'aptitude

Déclinaison pluriannuelle du projet de soins pour répondre aux enjeux de santé publique liés aux pathologies émergentes et pandémies

Actions	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateurs
Formaliser les besoins en ressources paramédicales permettant d'up grader les services en situation de crise sanitaire	x	x				Maquettes types de montées en charge écrites (soins critiques, médecine, SSR)
Création d'une cartographie des compétences professionnelles pour développer l'organisation de renforts entre les unités						Cartographie des compétences existantes
Développement et maintien des compétences des PNM en réanimation pour permettre d'upgrader des lits de SI ou d'USC vers de la réanimation au regard du besoin en ressources humaines	x	x	x	x	x	Nombre de professionnels d'USC/SI ayant été accompagné pour développer leurs compétences en réanimation. Ratio personnels formés/Besoins définis
Développement des compétences des PNM en soins continus / soins intensifs pour permettre d'upgrader des lits de médecine vers des lits de SI ou d'USC au regard du besoin en ressources humaines						Nombre de professionnels de médecine ayant été accompagné pour développer leurs compétences en USC
Définir les modalités et organisation des formations aux soins critiques en fonction des contextes sanitaires	x	x	x	x	x	Contexte sanitaire ayant nécessité formation Nombre de formation créées Nombre de PNM formés Nombre de formateurs identifiés
Développement des compétences des PNM de SSR en médecine pour permettre d'upgrader des lits de SSR vers des lits de médecine						Nombre de professionnels de SSR ayant été accompagné pour développer leurs compétences en médecine

Actions	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateurs
Formaliser les besoins en ressources paramédicales permettant d'up grader les services en situation de crise sanitaire	x	x				Maquettes types de montées en charge écrites (soins critiques, médecine, SSR)
Création d'une cartographie des compétences professionnelles pour développer l'organisation de renforts entre les unités						Cartographie des compétences existantes
Création et diffusion du mode de fonctionnement en cas de cyberattaque						Existence du mode de fonctionnement en cas de cyberattaque Diffusion du mode de fonctionnement en cas de cyberattaque Mise à jour du mode de fonctionnement en cas de cyberattaque

PROJET MEDICAL DYNAMIQUE AXE 4

- Formalisation d'un plan (organisation, formation) pour chaque type de crise

5. LE RENFORCEMENT DES ACTIVITES PHARES ET INNOVANTES POUR REpondre AUX BESOINS DES PATIENTS

Un enjeu clé pour le CHU de Nîmes est de renforcer ses activités phares et les activités à fort potentiel pour répondre aux besoins de son bassin de population. Cinq axes ont été retenus :

- Les activités interventionnelles,
- La médecine des 6 P,
- La cancérologie,
- La prise en charge de la personne âgée,
- Les projets sectoriels innovants.

5.1. DEVELOPPER LES AXES ET INDICATIONS DE MEDECINE INTERVENTIONNELLE

Le développement des techniques mini-invasives de médecine et d'imagerie interventionnelle, que celles-ci soient thérapeutiques ou diagnostiques, complémentaires ou alternatives aux traitements chirurgicaux et médicaux classiques, devrait se poursuivre et s'accélérer dans les prochaines années.

Le projet médico-soignant du CHU de Nîmes a pour objectif dans ce domaine de répondre aux besoins des patients du territoire de santé et affiche un développement des différentes activités interventionnelles à horizon 2026 accompagné par plusieurs projets architecturaux structurants. Ils s'inscrivent également dans le développement des prises en charge ambulatoires.

En cardiologie interventionnelle, la rythmologie est la discipline qui augmente le plus car la fibrillation auriculaire est le trouble le plus fréquent en France. Par ailleurs, la mise en place de gardes et astreintes au CH de Bagnols-sur-Cèze a permis de développer la file active du CHU au sein de la filière. L'angioplastie coronaire est également amenée à se généraliser en raison de l'efficacité de la pose de stent. Dans l'attente d'une évolution réglementaire, l'implantation de Valve Aortique Trans Cathéter (TAVI) est actuellement réalisée au CHU de Montpellier par convention (objectif de 100 à 150 par an). Par ailleurs, la réalisation d'un grand nombre de gestes réglés sont possibles en ambulatoire : coronarographie diagnostique, angioplastie contexte stable, ablation radiofréquence, choc électrique externe, remplacement boîtier, fermeture FOP. Ainsi, le développement de l'activité de cardiologie interventionnelle au CHU de Nîmes est accompagné par la création d'une 4ème salle consacrée à l'activité de fermeture du Foramen Ovale Permeable et de rythmologie (ablation longue) et la création d'un hôpital de jour de 8 places.

En radiologie et imagerie interventionnelle, de nombreux actes diagnostiques et thérapeutiques, sont déjà réalisés : embolisation de la prostate, ponctions de thyroïde, traitements des tumeurs, pose de picc line (abords vasculaires) et thrombectomie avec l'ouverture à la basse vallée du Rhône (objectifs de 100 actes par an). De nouveaux actes sont également identifiés mais leur réalisation est conditionnée à l'installation d'une salle bi-plan : occlusions distales au-delà de M2, embolisations d'artères méningées en cas d'hématome sous-durale. Le potentiel de substitution est également important : techniques d'ablation par le chaud (radiofréquence et micro-onde) et par le froid (cryothérapie), revascularisation artérielle, embolisation antalgique, reconditionnement ischémique, embolisation bariatrique, traitement mini-invasif des hémorroïdes, prise en charge de l'adénome de prostate etc...

Le développement des activités d'imagerie interventionnelle reposera notamment sur l'ambulatoire.

Un projet de création d'un Centre d'Endoscopies Diagnostiques et Interventionnelles permettra d'accompagner la dynamique de développement des endoscopies digestives et bronchiques en vue d'améliorer le parcours patient. Il comprendra 4 salles d'endoscopies, salle de réveil et des lits ambulatoires par extension du centre de chirurgie ambulatoire existant (CACS).

En matière de traitements endovasculaires, la majorité des actes interventionnels est réalisée aux blocs opératoires. Certains actes déjà réalisés pourront faire l'objet d'un transfert en interventionnel : endoprothèses de l'aorte et traitement endovasculaire des axes de la jambe. De nouveaux actes sont également identifiés comme les endoprothèses dites branchées.

Une réflexion doit être conduite par la communauté médicale quant à l'installation d'une salle hybride, intégrant plusieurs techniques d'imagerie (technique hybride) permettant à plusieurs spécialités médicales et chirurgicales (traitement hybride) une prise en charge optimale et la moins invasive possible. A partir d'une définition précise des activités qui pourraient y être réalisées, il conviendra d'apprécier les opportunités et la faisabilité pour l'établissement à intégrer ce type d'équipement (à l'appui du guide de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux - ANAP).

Concernant les explorations pulmonaires, certains actes sont déjà réalisés en interventionnel et restent à développer (indications : IRCO avec emphysème, pathologie pleurale, pathologie interstitielle) : ponction, drainage pleuraux, drain tunnélisé sous échographie thoracique ; écho-endoscopies bronchiques, bronchoscopies rigides, endoscopie avec mini-sonde échographique radiale, développement marginal des cryobiopsies pulmonaires, nouvelle technique de thermoplastie bronchique chez le patient asthmatique sévère.

De nouveaux actes pourront être réalisés: dénervation pulmonaire par radiofréquence par voie endoscopique chez le BPCO, colle biologique pour réduction d'emphysème par voie endoscopique, repérage endoscopique en pré opératoire immédiat d'une chirurgie thoracique par robot (RATS).

Dans le domaine de la prise en charge de la douleur, l'objectif du Centre d'Evaluation et du Traitement de la Douleur est d'assurer une centaine de prises en charge hebdomadaires de patients souffrant de pathologies douloureuses chroniques, dans les 5 ans à venir, grâce au projet de doublement capacitaire de l'hôpital de jour (de 10 à 20 places). D'autres actes sont amenés également à se développer en lien avec le plateau technique d'imagerie interventionnelle : repérage sous scanner, radiofréquence, développement des abords interventionnels (douleurs crâniennes, ganglions, névralgie, etc.).

Le développement des activités interventionnelles impliquera un accompagnement par l'anesthésie et l'analyse des impacts de ces activités sur la spécialité : activités nécessitant un environnement anesthésique (ex ponction avec drainage thoracique), réalisation de la plupart des gestes sous anesthésie générale, déport de l'activité anesthésique des blocs opératoires vers les salles interventionnelles...

Au-delà des développements spécifiques d'activités, plusieurs enjeux ont pu être partagés au cours de la réflexion engagée dans le cadre du présent projet médico-soignant:

- La structuration des parcours : la dispersion géographique des différents plateaux interventionnels sur le CHU (blocs de radiologie 1 et 2, secteur interventionnel, blocs, bâtiment des neurosciences, ...) rend complexe la lisibilité des parcours.
- La régulation des activités au sein des différents plateaux interventionnels existants afin de permettre un développement optimal : il convient ainsi d'améliorer la lisibilité de leur exploitation par la mise en place d'un outil de pilotage et de régulation commun à l'ensemble des spécialités interventionnelles ; il devra favoriser une vision en temps réel et à distance de l'occupation des salles.

- Le projet de coordination et de gouvernance spécifique (type bloc opératoire) qui n'appartient à aucune spécialité (comité de pilotage, outils de planification et de suivi de l'activité, indicateurs partagés).
- La mise en place d'un accueil des urgences qui ne perturbe pas l'activité programmée (ex: thrombectomie).

Déclinaison pluriannuelle du projet médical pour répondre au développement des axes et indications de médecine interventionnelle

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Création d'une 4ème salle dédiée à la cardiologie interventionnelle et d'un hôpital de jour de 8 places	x					Nbre d'actes réalisés Impact sur la filière cardiologique
Création d'un centre d'endoscopie diagnostique et interventionnel		x	x			Nombre d'actes réalisés
Développement de l'activité d'imagerie interventionnelle et ambulatoire						Instruction projet
Analyse opportunité/faisabilité d'une salle hybride						Pertinence et opportunité partagée
Mise en place d'outil de pilotage et de régulation communs pour l'ensemble des spécialités interventionnelles						Outil de pilotage et de régulation mis en place
Mise en place d'une gouvernance commune des salles interventionnelles sur le modèle du conseil des blocs						Indicateurs de fonctionnement d'une gouvernance commune des différents plateaux existants : mise en place d'un conseil, nombre de réunions...

Déclinaison pluriannuelle du projet médical pour répondre au développement des axes et indications de médecine interventionnelle

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Optimiser les organisations paramédicales dans le cadre du projet du centre d'endoscopie et ambulatoire						Identification des postes mutualisables (ASH, accueil, appel de la veille et du lendemain, infirmière en salle pré opératoire...)
Développer la traçabilité du parcours des endoscopes via une solution informatisée						Existence du n° des endoscopes dans 100% des dossiers

5.2. RENFORCER LA PLACE DE LA MEDECINE 6P

La médecine **personnalisée** qui permet de soigner au mieux l'individu connaissant le comportement de la population dont il est issu est progressivement devenue **prédictive, préventive, participative, et pertinente**. Le 6ème P est souvent associé aux **parcours** pour certains à la **précision** pour d'autres aux **plateformes**. Le modèle « 6P » piloté par des données robustes disponibles via les nouvelles technologies connectées donne aux médecins une meilleure vision de la santé globale d'un patient et permet des soins personnalisés et des résultats améliorés. Il est difficile voire impossible de brosser un aperçu global d'un problème de santé ou d'une maladie à travers l'habituelle visite médicale en cabinet. L'enjeu est de permettre l'accès à des informations multiples permettant la compréhension globale de la pathologie du patient et ses particularités chez ce même patient, afin de justifier le meilleur traitement éprouvé curatif comme préventif.

Constats et enjeux

La médecine des 6P doit être considérée comme une approche globale faisant appel à des compétences spécialisées (fondée sur les preuves donc pertinente) nécessairement partagées (parcours), centrées patient (personnalisée), donnant son consentement (participative) et permettant d'anticiper (prédictive) ou d'éviter une maladie (préventive).

Quelques exemples démontrent que cette évolution naturelle de la médecine est déjà effective au CHU de Nîmes. La médecine génomique qui répond pour partie aux critères des 6P étant participative (consentement par l'analyse des caractéristiques génétiques), prédictive (mutation délétère indépendante de l'âge et du phénotype dans le cadre du diagnostic prénatal, ou diagnostic avant l'apparition des symptômes), préventive (conseil génétique) et de précision (diagnostic génétique et pharmacogénétique

permettant de guider les traitements), dans certains parcours de maladies rares ou cancéreuses utilisant des plateformes (Auragen, PFMG, CGH-Array). Ces activités ont nécessairement évolué vers la pluridisciplinarité matérialisée par des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et des collaborations régionales (comme la Fédération Médicale HU Hémo-Vasculaire pour la maladie thrombo-embolique veineuse). D'autres activités relevant des 6P peuvent rester plus confidentielles car portées uniquement par une spécialité ou ne faisant pas l'objet d'une campagne d'information et donc peu connue des praticiens comme du public.

Si des parcours sont éligibles à la qualification de médecine des 6P au CHU de Nîmes, il convient de les identifier et de les promouvoir.

Projets et perspectives

Dans ce cadre, les prochaines étapes sont :

- De cibler les parcours qui pourrait faire l'objet d'un développement rapide en caractérisant les objectifs, l'impact prévisible (patient/chu) et les spécialités concernées.
- De définir les critères qualités d'un parcours 6P permettant de juger l'éligibilité d'un projet et d'en mesurer l'efficacité
- De définir un projet d'envergure pouvant répondre à un enjeu d'avenir pour chacun si l'on devait n'en retenir qu'un.

La promotion des activités 6P existantes

- Poursuivre le développement de la médecine génomique

Certaines activités relevant de la qualification 6P sont déjà opérationnelles. Ainsi la génétique médicale a déjà mis en place la médecine génomique. Les domaines d'applications concernent à ce jour essentiellement le champ des maladies rares, l'oncologie constitutionnelle (patient) ou acquise (tumeur) et la pharmacogénétique. Des projets « pilote » pour des maladies communes comme le diabète de type 1, certains troubles psychiatriques (schizophrénie, autisme...), certaines malformations (dysraphismes) sont en cours et il est probable que ces projets débouchent sur des applications concrètes de médecine génomique débouchant sur une prise en charge selon la médecine des 6P au sein du CHU en connectant les différents points d'entrée. Dans un avenir proche, les projets visant à développer l'accès aux analyses pangénomiques (analyse de l'exome entier ou du génome entier) serait éligible et nécessiterait de mettre en place des RCP génomiques pour l'orientation d'analyses génétiques efficaces, accessibles aux praticiens de l'ensemble des services qui pourraient présenter des dossiers de patients répondant à une des pré-indications du Plan France Médecine Génomique. L'analyse de l'exome entier (partie codante de l'ensemble des gènes) réalisée le plus souvent en trio (cas index + parents) est devenue incontournable pour l'exploration génétique d'affection très hétérogènes (déficience intellectuelle, certaines épilepsies, malformations...). Enfin, l'offre diagnostique génétique pourrait alors s'étendre aux domaines des gènes prédisposant au cancer, en tandem avec la consultation d'oncogénétique ou bien au diagnostic anténatal.

Le CHU de Nîmes aurait ainsi l'opportunité de se positionner sur le profilage génomique des tumeurs et des hémopathies malignes pour la basse vallée du Rhône, voire l'Occitanie Est, avec le soutien de l'Institut du

Cancer Montpellierain et dans le cadre d'un programme ambitieux de recherche sur les nouveaux biomarqueurs.

- Poursuivre l'extension de la médecine du risque thrombotique : l'Hémostase-Thrombose-Biologie du vaisseau a déjà mis en place un certain nombre d'activités coordonnées et innovantes qui, avec l'analyse du système de l'hémostase en flux vont révolutionner ce secteur d'activité. Plusieurs points d'entrée déclenchent déjà des analyses multiples comme celle du risque thrombotique veineux et du risque de pathologie vasculoplascentaire grave par identification de polymorphismes génétiques individuels multiples (construction et application d'un panel spécifique de gènes à explorer, séquençage nouvelle génération NGS) conduisant à des consultations spécifiques d'analyse du risque et de prise en charge préventive, ou bien la recherche d'une hématopoïèse clonale de signification indéterminée « CHIP » chez les patients jeunes porteurs d'une maladie thrombotique artérielle, d'une maladie thrombotique veineuse de localisation rare (cérébrale, splanchnique, cutanée,...), d'une pathologie dysimmunitaire, d'une cytopénie débutante inexplicée (construction et application d'un panel spécifique de gènes à explorer, séquençage nouvelle génération NGS). Une généralisation du modèle au CHU de Nîmes permettrait de détecter tout patient éligible pour déclencher un parcours 6P spécifique.

- Accompagner la structuration de la médecine du sommeil

Les troubles du sommeil sont multifactoriels et grèvent le pronostic de nombreuses pathologies chroniques (vasculaires, endocriniennes, musculosquelettiques, neurologiques et psychiatriques...). L'unité du sommeil a déjà structuré une approche préventive (formation des étudiants à la prévention dans les services du CHU), prédictive (dépistage du syndrome d'apnée du sommeil dans les AVC, fibrillation auriculaire ou HTA résistante, dépistage des troubles du comportement en sommeil paradoxal, signe avant-coureur d'une maladie de Parkinson...), participative (avec le programme d'éducation dans l'insomnie chronique et la consommation médicamenteuse). Ces troubles du sommeil, pouvant être infra-cliniques, apparaissent comme un biomarqueur pivot dans de nombreux parcours de maladies chroniques et doivent être accompagnés en vue d'une personnalisation des soins concernant un très grand nombre de patients puisque 20% de la population souffre d'insomnie chronique et 5% souffre d'un syndrome d'apnée du sommeil.

Le soutien au développement de projets 6P

D'autres activités sont encore au stade de l'idée ou de projet moins formalisés. Cependant, ils relèvent d'une médecine d'avenir et novatrice, et pourraient être soutenus à ce titre.

- Développer des biomarqueurs en Cytologie Hématologie, permettant d'étendre l'annotation individuelle dans de nombreuses pathologies. Ce projet susciterait de nombreuses évolutions techniques et organisationnelles comme l'augmentation des capacités d'analyses cellulaires phénotypiques par cytométrie en flux multi-couleurs, une automatisation des préparations cellulaires dédiées, l'accès à une fonction tri-cellulaire indexée sur les phénotypes et l'intégration d'un dossier patient numérique capable de préserver ces données agrégées au niveau individuel et de suivre leurs évolutions au cours du temps.

- Développer des biomarqueurs capables de caractériser le risque hémorragique individuel, en particulier en cas d'échéance médicale ou chirurgicale particulièrement à risque : analyse des fonctions plaquettaires en flux, modélisation mathématique multiparamétrique du système de l'hémostase, en situation basale comme sous imprégnation médicamenteuse antithrombotique ou anticoagulante.

- Anticiper les résistances bactériennes, par le développement d'outils permettant, le plus rapidement possible à partir d'un échantillon biologique, détecter la présence ou l'absence de virus ou de bactérie(s), de détecter une résistance bactérienne à des antibiotiques ou virales à des antiviraux et d'éviter l'émergence et la diffusion de clones résistants au sein de l'Hôpital mais aussi à l'échelle de la Région. Ce projet passe par le développement des nouveaux séquenceurs (type Minion) et d'algorithmes décisionnels permettant d'aider le médecin dans son choix thérapeutique.

- Etendre la connaissance du microbiote par le typage précis des micro-organismes présents au site d'une infection permettront de traiter plus précisément les patients. De même, les liens existant entre les microbiotes et le développement/l'évolution de maladies auto-immunes, métaboliques, neurologiques et neurodégénératives d'une part mais aussi des liens avec les réponses aux traitements, notamment anticancéreux pourraient être déployés dans les activités de routine clinique. Ces connaissances ouvrent de nouvelles perspectives thérapeutiques avec le développement de traitements personnalisés innovants comme la phagothérapie ou la transplantation de microbiote fécal.

- Intégrer l'image médicale dans les biomarqueurs de 6P. Les biomarqueurs en radiologie et imagerie médicale sont usuels en imagerie cérébrale, cardiovasculaire, oncologie, pour étudier le vieillissement. L'analyse des calcifications coronaires, marqueurs de risque cardiovasculaire, l'analyse de la densité osseuse, fragilité du squelette, l'analyse de la sarcopénie (rapport muscle / graisse) pour l'état nutritionnel du patient sont des exemples de biomarqueurs utilisés en radiologie pour l'étude populationnelle des risques et de l'état de vieillissement de la personne. Des biomarqueurs précoces de maladies non encore exprimées ou bien des biomarqueurs de prédictivité sont également en plein développement. Enfin, la radiomique, par l'analyse fine des voxels de radiologiques offrent de nombreuses informations dans les images produites. Ces données recueillies augmentent non seulement par le développement des techniques de radiologie (scanner photonique, IRM 7T voire 11.3T, PET-IRM, ...) mais aussi par le développement du numérique et de l'intelligence artificielle (IA). Ces biomarqueurs vont pouvoir, dans un avenir proche être collectés à grande échelle et être intégrés dans des bases de données exploitables (PACS au format DICOM) associées aux données afférentes dans des RIS qui intègrent les demandes, les comptes-rendus et bien d'autres paramètres. Ainsi ces données peuvent être collectées et analysées avec la majorité des centres du territoire pouvant aller jusqu'aux données cliniques, biologiques ou administratives.

Les bases de données constituées peuvent faire l'objet de différentes analyses en fonction de l'objet de leur constitution : analyse descriptive (projet H2020 ChAimeleon en cancérologie, projet de suivi dosimétrique avec IRSN, projet EPIFRI 2 de données RIS) pouvant déboucher sur des analyses statistiques inférentielles et analyses prédictives. Les résultats de ces analyses pouvant faire l'objet d'appariement avec des bases données pré-existantes. L'interconnexion et la complémentarité des biomarqueurs issus des périmètres de la biologie et de l'imagerie médicale permettront d'aller au plus près de la définition d'un risque individuel organique : exemple du travail en cours sur les altérations progressives de la substance blanche cérébrale (IRM fonctionnelle) selon le sous-type d'anticorps antiphospholipides.

Il conviendra de définir une politique de développement de cette médecine d'avenir fondée sur la définition et l'usage de ces biomarqueurs, au sein du CHU intégré dans le territoire, soutenu par un investissement matériel et technologique à la fois sur la qualité des données, leur stockage, leur traitement et leur partage.

Lisibilité de la médecine des 6P

Ce développement immédiat et futur nécessite que les praticiens du CHU, de la ville et du territoire soient informés. Une labélisation 6P permettrait de mettre en relation les praticiens et renforcer la multidisciplinarité, encourager l'innovation, répondre à des appels d'offres, abonder sur des bases de données. D'un autre côté, encourager une structuration 6P au sein des cliniques pluridisciplinaires pourrait être un projet d'avenir. Enfin, la déclinaison d'objectifs 6P dans les différents projets médicaux serait également une incitation innovante et structurante pour l'établissement.

Déclinaison pluriannuelle du projet médical pour répondre à l'enjeu du renforcement de la médecine des 6P

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Déployer la médecine génomique	x	x				<p>Nombre de parcours éligibles au diagnostic génétique, création RCP génome, Nombre de biomarqueurs intégrés dans les parcours</p> <p>Nombre de parcours ayant bénéficié d'une adaptation de proposition thérapeutique standard sur la base d'un marqueur génomique</p>
Structuration de la médecine du risque thrombotique	x	x				<p>Nombre de patients dans la filière (intra-CHU comme externe), de consultations spécialisées dédiées hématologie biologique/médecine vasculaire, de RCP thrombose avec médecine vasculaire du CHU Montpellier, d'avis sur AVC des patients jeunes, avis sur IIDM des patients jeunes, avis sur gestion des antithrombotiques et anticoagulants, de marqueurs dédiés (test de génération de thrombine, panel NGS dédiés thrombose veineuse ou CHIP...)</p> <p>Médecine du travail : CHIP et exposition aux radiations ionisantes, aux solvants...</p> <p>Médecine environnementale : CHIP pollution</p>
Création de parcours fondés sur des biomarqueurs 6P avec base de données intégrée en cyto/microbio/imagerie/sommeil ?		x	x	x	x	<p>Onco-hématologie : fusion/historisation dynamique des données Anatomopathologie/ Hématologie cytologique/ génomique acquise onco-hématologique ; nombre de dossiers.</p>
Définir les critères de pertinence et d'efficacité de la médecine des 6P	x	x				<p>Nombre de critères définis, labélisation institutionnelle du parcours 6P</p>
Intégration de biomarqueurs 6P dans les projets médicaux	x	x	x	x	x	<p>Nombres de projets labélisés 6P dans les projets soumis à la CPM</p>

Déclinaison pluriannuelle du projet de soins pour répondre à l'enjeu du renforcement de la médecine des 6P

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Développement de projets de médecine 6P intégrant la place des paramédicaux						Nombre de projets de médecine 6P ayant inclus dans leur réflexion la place des paramédicaux Nombre de programme ETP mis en œuvre Nombre d'actions éducatives ciblées Nombre d'actions de formation et de PNM formés à la mise en œuvre d'un projet de soin personnalisé Nombre de projets co-construits avec les usagers

5.3. POURSUIVRE LE RENFORCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE EN CANCEROLOGIE POUR EN FAIRE UN ACTEUR D'ENVERGURE NATIONALE DANS LA PRISE EN CHARGE DU CANCER

Constats et enjeux

L'activité de cancérologie du CHU de Nîmes est en progression constante depuis l'ouverture de l'Institut de Cancérologie du Gard (ICG) en juin 2015, tant en valeur absolue qu'en parts de marché :

- Le nombre de séances de chimiothérapie ambulatoires est passé de 8600 séances en 2015 à 15850 en 2020, correspondant à une part de marché de 33 % dans le Gard, avec un maintien de l'activité pendant la crise sanitaire et un taux d'occupation de l'hôpital de jour de 231% malgré une extension capacitaire fin 2019.
- Le nombre de séances de radiothérapie est passé de 17 137 en 2015 à 25 635 en 2019.
- Les séjours de chirurgie carcinologique à seuil ont nettement augmenté entre 2015 et 2017 pour se stabiliser ensuite, avec cependant une augmentation globale des parts de marché dans le Gard entre 2017 et 2019, qui se situent désormais en moyenne à 30 % pour les chirurgies gynécologique, urologique, digestive et thoracique, et à 60 % pour la chirurgie ORL et maxillo-faciale, seule la chirurgie mammaire échappant à cette tendance (part de marché d'environ 25 % et en légère diminution).

La force du CHU de Nîmes repose par ailleurs sur le panel complet des prises en charge de premier recours proposées au sein de l'établissement (avec les modalités de traitement du cancer que sont la radiothérapie, la chimiothérapie, l'immunothérapie, les thérapies orales, la chirurgie et l'imagerie interventionnelle). Cette configuration constitue une exception dans le paysage français – les CHU étant habituellement situés à

proximité d'un Centre de lutte contre le cancer (CLCC) – et permet aux patients de bénéficier sur le site du CHU de Nîmes de toute la pluridisciplinarité et du continuum nécessaires au traitement de leur cancer.

Cette offre de premier recours est adossée à un large éventail d'activités de recours de second niveau et hyperspécialisées, dans le champ spécifique de la cancérologie comme dans celui des disciplines transversales (imagerie, médecine nucléaire, biologie et anatomo-cytopathologie, oncogénétique, chirurgie reconstructrice...). Le CHU de Nîmes dispose notamment de RCP de recours reconnues en urologie - pour la prise en charge des tumeurs rares, des cancers de la vessie et de la prostate – et en hématologie lymphoïde et myéloïde. Il se positionne également en recours territorial dans le domaine de la gynécologie basse et du sein, de la pneumologie, de la gastro-entérologie, de l'ORL, de l'onco-dermatologie, de la neuro-oncologie, de l'oncogénétique et de l'onco-gériatrie.

En complément de ses plateaux de haute technologie de radiothérapie – avec la mise en place de la stéréotaxie en 2020 - et de médecine nucléaire, le CHU dispose d'un plateau mutualisé de biologie moléculaire équipé d'un séquenceur de haut débit, d'une plateforme de génétique constitutionnelle et somatique, leucémies et lymphomes labellisée par l'INCa, et de plateaux de robotique en radiologie interventionnelle et en chirurgie, et d'imagerie diagnostique et interventionnelle de pointe qui sont les éléments constitutifs d'un centre de référence .

Les activités de recherche et innovation font l'objet d'un programme de recherche labellisé « thématique phare » portant sur le théranostic en oncologie, en articulation avec la FHU Montpellier-Nîmes « *Evolution of Cancers : Cancer, Heteroclonality and Personalised Treatments (EvoCan)* » portée par les deux CHU et l'Institut du Cancer de Montpellier (ICM) et intégrant des équipes labellisées INSERM ou CNRS.

Les coopérations cliniques et scientifiques en cancérologie avec le CHU de Montpellier sont par ailleurs structurées à travers deux Fédération Médicales Hospitalo-Universitaire (la FHMU « hématologie clinique » et la FMHU « oncologie médicale »), avec la mise en œuvre dans ce cadre d'une activité d'autogreffe de cellules souches sur le site du CHU de Nîmes. L'activité de radiothérapie est quant à elle réalisée en partenariat étroit avec l'ICM, dans le cadre d'une Fédération hospitalo-universitaire de radiothérapie signée en 2014.

Le CHU de Nîmes se positionne au centre de la prise en charge des patients du Gard atteints de pathologies cancéreuses solides ou liquides, dans une logique de parcours territorial de santé, et entretient à ce titre, dans le cadre du GHT, des liens étroits avec les services d'oncologie du CH de Bagnols-sur-Cèze et du CH Alès-Cévennes (consultations avancées, RCP territoriales), notamment dans le cadre d'une équipe territoriale d'oncologie médicale. Des coopérations extra-régionales avec le CH d'Arles et certains centres de la basse vallée du Rhône (le CH d'Orange en particulier) sont également en place.

Les filières de patients sont clairement identifiées, mais la fluidité des parcours est perfectible, avec l'existence de goulets d'étranglements ayant un impact sur certains délais de prise en charge. De plus, il existe une limite structurelle actuelle, ne permettant pas de prendre en charge davantage de patients (sauf à la marge), dans l'attente de l'extension de l'ICG programmée dans le cadre du Schéma Directeur Immobilier (SDI). Corollairement, l'interdépendance très forte entre les activités de cancérologie, d'hématologie clinique et les laboratoires d'anatomo-cytopathologie et de génétique moléculaire implique un soutien au développement d'activité de ces derniers.

Dans ce contexte, l'enjeu pour le CHU de Nîmes est de poursuivre son développement de façon autonome, en fluidifiant les parcours, en maintenant une trajectoire innovante à travers l'anticipation des évolutions technologiques, diagnostiques et thérapeutiques et le développement des programmes de recherche, et

en renforçant ses collaborations extérieures tout en rendant plus visible sa position de recours en cancérologie.

Il s'agit également, ce faisant, de répondre aux quatre axes stratégiques de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 : améliorer la prévention ; limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie ; lutter contre les cancers de mauvais pronostic ; s'assurer que les progrès en matière de lutte contre les cancers bénéficient à tous.

Projets et perspectives à moyen terme

Prévention et qualité de vie

L'amélioration de la prévention primaire et secondaire, ainsi que de la qualité de vie, figurent parmi les objectifs prioritaires de la feuille de route 2021-2025 de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030.

L'amélioration de la qualité de vie a fait l'objet de plusieurs projets de recherche au sein du CHU de Nîmes. Le développement de la prévention primaire comme secondaire, la structuration des soins de support (traitée dans un autre chapitre) et les actions déjà en place visant à réduire les séquelles des traitements (microchirurgie, préservation de la fertilité, mastectomies en reconstruction immédiate, etc.) contribuent chacun à leur niveau à l'atteinte de cet objectif.

La feuille de route quinquennale du CHU de Nîmes vise à accentuer la trajectoire déjà initiée dans ces domaines et à développer des modalités innovantes de dépistage et de réduction des séquelles.

Cela passe par une approche plus spécialisée et personnalisée de la prévention.

- **En matière de prévention primaire**, il s'agira à la fois de développer et de rendre plus lisible les actions du CHU dans ce domaine, en structurant filière par filière (par famille de cancers) un volet prévention primaire / santé publique, prenant appui sur la collaboration avec des centres référents tels que Epidaure (le département de prévention de l'ICM), et formalisant les articulations avec les autres partenaires externes mais aussi internes (addictologie en particulier) du CHU.
- **En matière de dépistage**, les objectifs poursuivis viseront principalement, pour les principaux cancers, à :
 - Développer les programmes de dépistage du cancer du poumon par scanner « low dose »,
 - Devenir centre de référence en cas d'hémocult positif, avec en parallèle le développement de l'endoscopie digestive,
 - Structurer le partenariat avec les centres de dépistages du cancer du sein, avec un circuit intégré permettant l'accès rapide au diagnostic et à la prise en charge pour les patients ayant un test de dépistage positif,
 - Etendre le dépistage génétique des personnes à très haut risques de cancer pour les cancers digestifs, endocriniens, urologiques, dermatologiques et du système nerveux central, en plus du sein et de l'ovaire.

Plus spécifiquement, des programmes innovants de dépistage personnalisés seront expérimentés, et adossés à chaque fois que possible à des projets de recherche :

- En urologie, à partir des outils de dépistage cytologiques, pour prévenir les formes infiltrantes du cancer de la vessie chez le fumeur,
- En hématologie clinique, par l'instauration d'un programme de dépistage des lymphomes chez les agriculteurs/viticulteurs par Tepscan, en articulation avec le service de médecine nucléaire et la Mutualité Sociale Agricole,

- En hématologie biologique, à travers la recherche d'hématopoïèse clonale de signification indéterminée (CHIP) par séquençage de haut débit (NGS), dans les populations exposées à un mutagène putatif (champ professionnel agricole et industriel, professionnels exposés aux radiations ionisantes),
 - En coordination entre l'hématologie clinique, l'hématologie biologique et l'immunologie biologique, par l'organisation du dépistage et de la surveillance des patients à risque de développement d'un myélome, du fait d'une gammopathie monoclonale de signification indéterminée (MGUS),
 - En chirurgie orale, dans le cadre d'un dépistage bucco-dentaire spécialisé, avant traitement par inhibiteur de la résorption osseuse (IRO), pour réduire le risque d'ostéonécrose des mâchoires (ONM).
- **En matière de prévention secondaire**, les priorités porteront sur :
 - Le développement des programmes d'éducation thérapeutique dans les différents types de cancer (au-delà de celui existant pour les cancers de la prostate), concernant prioritairement le cancer du sein avec l'hormonothérapie,
 - Plus spécifiquement, le développement des consultations d'addictologie pour les patients atteints de tumeurs de la vessie n'infiltrant pas le muscle (TVNIM).
 - **En matière de prévention tertiaire** s'attacheront principalement à la réduction des séquelles et à l'amélioration de la qualité de vie, à travers un panel d'actions complémentaires.

Il s'agira en premier lieu de développer les traitements diminuant les effets secondaires et les techniques chirurgicales mini-invasives, afin de limiter les séquelles et leur chronicisation.

Le développement du recours à la thérapie ciblée et à la médecine et chirurgie de précision sera recherché à travers un recours encore plus important aux technologies innovantes permettant une meilleure préservation de l'organe traité, notamment en chirurgie, en radiologie interventionnelle et en radiothérapie (cf. *infra* innovation diagnostique et thérapeutique).

La désescalade thérapeutique constitue un objectif complémentaire, telle qu'amorcée par la baisse du recours à la chirurgie ou la technique des ganglions sentinelles, pour le traitement des cancers du rectum, de la prostate, des testicules, du sein, de la maladie de Hodgkin... L'évaluation des stratégies de désescalade fera ainsi l'objet d'essais cliniques académiques, dans le cadre des groupes coopérateurs de recherche.

Le dépistage précoce des effets secondaires s'insère également pleinement dans l'objectif de réduction des séquelles. Il importe à ce titre d'investir massivement des outils de *Patient Reporting Outcome* (PRO) pour réduire les effets indésirables des thérapies orales, et améliorer la qualité de vie et la survie des patients.

La prise en charge précoce des effets des traitements va de pair avec ce dépistage, à commencer par celle de la douleur, en collaboration avec le centre de la douleur, et plus globalement par la mise en œuvre d'une clinique des soins de support, permettant des parcours patients spécialisés parfaitement intégrés.

La prise en charge des séquelles sexuelles des traitements du cancer fera l'objet d'un programme d'éducation thérapeutique dédié.

Les efforts seront également dirigés vers la réhabilitation précoce du patient, classiquement en post-opératoire, avec la poursuite de la conduite de programmes de récupération améliorée après

chirurgie (RAAC) multidisciplinaires, mais aussi en pré-opératoire (réhabilitation en oncogériatrie, respiratoire en pneumologie, etc.).

L'anticipation des séquelles passe enfin par le développement de la préservation de la fertilité chez les femmes comme chez les hommes, déjà en place au CHU de Nîmes s'agissant de la conservation ovarienne, et à mettre en œuvre s'agissant de la cryopréservation des spermatozoïdes.

Innovation diagnostique et thérapeutique

Comme souligné plus haut, le niveau d'intégration des activités de cancérologie au sein du CHU de Nîmes revêt en soi un caractère exceptionnel au sein du paysage hospitalier français : l'établissement rassemble l'ensemble des spécialités concernées dans un même bâtiment (l'institut de cancérologie du Gard) ou sur un même site, et les adosse à un plateau technique complet, à un niveau d'excellence.

Le CHU de Nîmes fédère des équipes soucieuses d'innover dans tous les domaines – outils diagnostiques, dispositifs médicaux, médicaments et thérapies ciblées – pour en faire bénéficier le plus rapidement possible les patients. La prise en charge diagnostique et thérapeutique repose sur un accompagnement humain de qualité, avec un haut niveau de compétence, tant dans les activités de soins et de soutien personnalisé que dans la mise en œuvre des protocoles de recherche pour les patients volontaires.

L'enjeu, en matière de diagnostic, est principalement de pouvoir répondre aux exigences de la médecine des 6P (cf. chapitre) et du développement du théranostic.

Cela passe d'abord par un redimensionnement de l'analyse moléculaire de la génétique des cancers, le développement de la génomique, de l'immunologie, de la pharmacocinétique, de la pharmacogénétique et de l'anatomopathologie (cf chapitre 2.2). La prise en charge personnalisée des cancers passe ensuite par une adaptation du plateau technique d'imagerie et de médecine nucléaire, à travers :

- La mise en place en imagerie de technologies permettant de détecter les patients répondant bien aux traitements spécialisés (scanner photonique et radiomique IRM),
- Le développement des IRM corps entier adossées à l'intelligence artificielle (IA), ainsi que des outils de segmentation et de quantification par IA,
- Le dépistage du cancer du sein par tomosynthèse appliquée à la mammographie et le dépistage du cancer du poumon par scanner très basse dose (outils numériques IA)

Plus spécifiquement, la mise en œuvre d'une imagerie par TEP au PSMA permettrait de détecter beaucoup plus précocement les récidives du cancer de la prostate, de même que, plus globalement, le recours au TEP théranostique, avec la possibilité de structurer une coopération avec le LIRMM pour des projets de développements diagnostiques.

En matière de thérapeutique, l'enjeu principal repose également sur le développement de la médecine personnalisée, dans une démarche théranostique, notamment les thérapies ciblées et l'immunothérapie. La mise en œuvre de traitements innovants permettant une meilleure préservation des organes et des fonctions constitue un autre objectif important des innovations projetées par le CHU.

Les orientations prises à ce double titre par le CHU seront axées prioritairement sur les développements suivants :

- Le développement de l'immunothérapie en hématologie, centré sur les thérapies cellulaires autologue CAR-T-cells,
- Le développement de la chirurgie et de l'imagerie interventionnelle assistées par robot.

- Le développement de la radiothérapie interne vectorisée (notamment la radiothérapie par radiopeptides au Lutetium-177-DOTATATE).
- La montée en charge de la radiothérapie stéréotaxique initiée en 2020
- La mise en place de la radiothérapie adaptative, dans le cadre de la fédération universitaire avec l'ICM.

La recherche d'outils innovants, dont l'objectif est la personnalisation de la radiothérapie, sera accélérée grâce au soutien des efforts conjoints d'Eurobiomed et des industriels et Start-ups associés au projet (Therapanacea, Callimedis, Viewray).

Des projets plus spécifiques porteront sur :

- Le développement de la chirurgie de préservation d'organe et de préservation de la fonction pour les cancers colorectaux,
- Le développement de la chirurgie micrographique de Mohs en dermatologie et l'optimisation de la cicatrice post-chirurgicale (Laser CO2 fractionné, vasculaire et dépigmentant),
- La mise en place d'une microchirurgie de traitement du lymphoedème à l'occasion d'une reconstruction mammaire par lambeau DIEP,
- Le traitement des métastases cutanées résistantes, notamment par électrochimiothérapie,
- Le développement des techniques de destructions tumorales percutanées guidées par imagerie et plus ou moins robotisées,
- Le développement des techniques d'embolisation ciblées par des particules actives guidées par imagerie.

Ces développements innovants seront adossés autant que possible à des projets de recherche, et la création au sein de l'ICG d'un Centre d'Investigation Clinique (CIC) de phase précoce viendra renforcer cette capacité. L'objectif de ce CIC sera d'accélérer le développement complet de nouveaux agents anticancéreux dans tous les types de tumeurs, aller vers une meilleure caractérisation des altérations moléculaires prédictives de réponse et autres biomarqueurs. Cette unité permettra de fédérer et structurer les différentes équipes impliquées dans la recherche en oncologie, tumeurs solides et tumeurs liquides, de promouvoir des programmes de recherche transversaux impliquant des équipes issues de différents pôles du CHU de Nîmes et d'optimiser le recrutement des patients dans ces essais. Elle opérera en lien avec le CRB pour les analyses moléculaires des échantillons tumoraux mis en banque lors du recrutement des patients et en lien avec les équipes de recherche INSERM dans lesquelles émergent les cliniciens, notamment les équipes de l'IRCM spécialisées dans l'identification de nouvelles molécules ou de nouvelles associations thérapeutiques pour contourner la résistance aux traitements.

Parcours et coordination

La rapidité du diagnostic et du choix du protocole thérapeutique constitue une priorité institutionnelle et a fait l'objet, à l'ouverture de l'ICG, de chemins cliniques formalisés pour les cinq familles de cancers les plus fréquentes, assortis de délais conformes aux bonnes pratiques.

La structuration du continuum entre spécialités d'organes (médicales et chirurgicales), l'oncologie médicale et la radiothérapie, de même que l'organisation du continuum soins – recherche, constituent ainsi des enjeux fondamentaux.

Ce continuum doit être lisible à l'intérieur du CHU mais également à l'échelle territoriale, à travers une définition claire des parcours territoriaux de santé, en lien avec les partenaires de proximité, notamment le GHT Cévennes – Gard – Camargue, et les autres référents régionaux - l'Institut du Cancer de Montpellier (ICM) et le CHU de Montpellier en particulier.

Or, actuellement, certains parcours manquent de fluidité, avec des goulets d'étranglement identifiés à plusieurs niveaux, qu'il s'agisse des délais d'accès à certains examens diagnostiques, de rendu des résultats ou d'accès à certaines prises en charge.

Les trois objectifs prioritaires, à court terme, sont donc,

- de reprendre le travail déjà engagé sur les chemins cliniques, en conduisant une évaluation rétrospective du respect de la chronologie définie par famille de cancers ;
- d'organiser un parcours « flash » pour les cancers de mauvais pronostic (notamment celui du pancréas) et/ou à haut risque ;
- d'organiser un parcours « suspicion de cancer », avec des créneaux spécifiques dédiés aux nouveaux patients, accessibles dans des délais rapides.

La recherche devra être plus systématiquement intégrée dans les parcours (*cf chapitre 1.4*).

La mise en place d'une unité d'oncologie aiguë, pour la gestion des bilans diagnostiques et des entrées non programmées en oncologie médicale, s'inscrit dans ces réflexions, de même que la réorganisation des prises en charges des besoins transfusionnels en urgence.

L'optimisation des outils informatiques devrait également faciliter l'organisation des parcours, en permettant une programmation des différents jalons en fonction d'objectifs de délais prédéfinis, la numérisation de certains équipements biomédicaux et un interfaçage plus performant de ces derniers avec les logiciels métiers (récupération et automatisation des bilans biologiques, interfaçage prescription / programmation des RV, pompes connectées au logiciel de prescription...).

Au-delà de cet objectif général de fluidification des parcours par filière, l'évolution des prises en charge impose de créer de nouveaux parcours. L'immunothérapie devra ainsi faire l'objet d'une organisation sectorisée en hospitalisation de jour et d'une équipe pluridisciplinaire dédiées, assurant la gestion de la surveillance des potentiels effets secondaires, notamment dans le cadre d'une RCP d'immuno-toxicologie commune avec le CHU de Montpellier. Cette sectorisation pourra faire l'objet de la mise en place d'une équipe mobile d'immunothérapie, pour l'administration de ces traitements en situation chronique au domicile des patients.

Déclinaison pluriannuelle du projet médical pour répondre au renforcement de l'ICG et à la prise en charge en cancérologie

Prévention et qualité de vie

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Structurer un volet prévention primaire par filière			X			Nombre de filières concernées par la mise en place d'un volet prévention primaire
Expérimentation de programmes innovants de dépistages personnalisés			X			Nombre de programmes innovants de dépistages personnalisés expérimentés
Développement de programmes d'éducation thérapeutique dans les différents types de cancer	X					Nombre de programmes d'éducation thérapeutique développés
Développement des traitements diminuant les effets secondaires et les techniques mini invasives chirurgicales		X				
Mise en place du dépistage et prise en charge précoces des effets secondaires		X				
Structurer les soins de support en oncologie	X					

Innovation diagnostique et thérapeutique

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Adapter le plateau d'imagerie et de médecine nucléaire aux besoins des patients (scanner photonique, radiomique, IRM corps entier et IA, TEP au PMSA, TEP théranostique)		X				Nombre d'adaptations réalisées
Développement de l'immunothérapie en hématologie		X				Nombre de patients traités par immunothérapie en hématologie
Développement de la chirurgie et imagerie interventionnelle par robot		X				
Développement de la radiothérapie interne vectorisée	X					
Poursuivre la montée en charge de la radiothérapie stéréotaxique	X					
Mise en place de la radiothérapie adaptative		X				
Mise en place d'une IRM embarquée sur un accélérateur de radiothérapie		X				
Création d'un centre d'investigation Clinique de phase précoce		X				

Parcours et innovation

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Poursuivre le travail engagés sur les chemins cliniques		X				Nombre de chemins cliniques finalisés
Organiser un parcours flash pour les cancers de mauvais pronostic		X				Parcours flash organisé
Organiser un parcours "suspicion de cancer" (créneaux spécifiques et délais rapides)		X				Parcours "suspicion de cancer" organisé
Mise en place d'une unité d'oncologie aigüe		X				
Réorganisation des prises en charge des soins transfusionnels en urgence		X				
Mise en place d'une HDJ et d'une équipe mobile immunothérapie		X				

Déclinaison pluriannuelle du projet de soins pour répondre au renforcement de l'ICG et à la prise en charge en cancérologie

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Développement de programme d'ETP dans les différents types de cancer						Nombre de programmes d'éducation thérapeutique développés
Développement du suivi par les IPA des patients d'oncologie et d'hématologie						Nombre de patients pris en charge par les IPA en oncologie et hématologie
Développement des parcours de prises en charge en oncologie de type RAC						Nombre de parcours RAC mis en œuvre en oncologie
Développement du lien ville-hôpital et des prises en charge à domicile avec des outils d'e-PRO						Nombre de projets développés sur la thématique
Evaluation des chemins cliniques élaborés, les compléter, les finaliser						Nombre de chemins cliniques finalisés

5.4. OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AGE AU SEIN DE L'ENSEMBLE DE SERVICES DU CHU

Constats et enjeux

Le vieillissement de la population (génération « papy-boom ») et la chronicisation des maladies vont mettre à contribution les établissements de santé. Ce phénomène national sera plus important pour la population du département du Gard car deux facteurs vont aggraver la situation : la grande précarité et la relative jeunesse de la population avec un effet de « rattrapage » plus important que dans d'autres régions.

Le CHU de Nîmes devra prendre en charge une patientèle consommatrice en santé avec un niveau d'exigence plus élevé et dont l'éloignement géographique (patients en provenance de l'Ardèche, de Lozère, d'Arles et d'Alès) et la dépendance rendent parfois la prise en charge complexe.

Actuellement la filière gériatrique dispose d'une offre de soins complète mais peu connue par l'ensemble des services du CHU. Et seulement 35 % des plus de 75 ans sont pris en charge en gériatrie.

La future certification des établissements de santé devra prendre en compte l'autonomie et les conditions de vie ainsi que la notion de parcours patient.

Six risques liés à la prise en charge du sujet âgé ont été identifiés :

1. La cognition (fréquences des syndromes confusionnels et troubles du comportement chronophage pour les équipes et facteur d'allongement de la DMS).
2. La nutrition
3. Le risque postural / régression psychomotrice (nécessité d'une culture du mouvement, d'un personnel formé et d'appareillages adaptés).
4. Le risque médicamenteux (poids de la iatrogénie/polymédication).
5. Le risque de troubles de l'exonération présent dès l'entrée aux urgences.
6. Le risque « social ».

Projets et perspectives à moyen terme

Plusieurs leviers d'actions sont proposés afin de développer la culture gériatrique pour repérer le patient :

- Informer et sensibiliser l'ensemble des professionnels de l'établissement : communiquer sur l'évolution démographique (« prise de conscience ») et sur l'offre de soins interne existante.
Objectif : former sur les risques gériatriques prioritaires identifiés en lien avec un binôme médecin-soignant. Définir avec chaque spécialité les besoins « normatifs » et les besoins « ressentis ».
- Promouvoir la culture gériatrique
 - Dès la formation initiale
 - Par le biais de la formation continue (DU IDE gériatrie, formations institutionnelles à l'initiative des gériatres, formations ciblées en pharmacie clinique, formation par simulation).
- Développer l'appropriation collective d'outils simples et accessibles dans toutes les spécialités.
Plusieurs outils existent : grille dépistage fragilité IDE aux urgences, grille d'évaluation démarche qualité, alerte DPI, grille G8 spécifique à l'oncologie, outils paramédicaux, dépistage pharmacien clinique. Il convient de s'entendre sur un outil et de l'intégrer au futur DPI.
- Développer la recherche notamment en oncogériatrie en y associant les partenaires du GHT.
- Développer la prise en charge médicamenteuse gériatrique : diffusion aux prescripteurs des protocoles gériatriques, formations ciblées par le pharmacien clinicien.
- Promouvoir la culture du mouvement vers l'autonomisation : test de mise au fauteuil dès que possible.

Déclinaison pluriannuelle du projet médical pour répondre à l'enjeu de développement de la culture gériatrique pour repérer le patient

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Promotion d'actions de formations : - Formation sur les risques gériatriques prioritaires identifiés en lien avec un binôme médecin-soignant. - DU IDE gériatrie - Formations institutionnelles à l'initiative des gériatres - Formations ciblées en pharmacie clinique - Formation par simulation	x	x	x	x	x	Nbre de formations risques gériatriques Nbre de DU IDE gériatrie Nbre de formations à l'initiative des gériatres Nbre de formations ciblées en pharmacie clinique Nombre de formation par simulation
Intégration d'un outil unique et partagé au sein du futur DPI						
Mise en place du test de mise au fauteuil	x	x				

Déclinaison pluriannuelle du projet de soins pour répondre à l'enjeu de développement de la culture gériatrique pour repérer le patient

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Déploiement de formation sur les risques géronto-gériatriques prioritaires pour l'ensemble des soignants pour développer les compétences, donner du sens dans l'approche et la prise en soins de la personne âgée	x	x	x	x	x	Nombre de soignants formés
Amélioration de la traçabilité des fragilités gériatriques sur le DPI						Taux de traçabilité dans le DPI de l'évaluation des fragilités

Le second enjeu repose sur la fluidification du parcours de manière innovante : (repérer – alerter – réguler). Il s'agit d'intégrer la dépendance et la polyopathie dans toutes les prises en charge de la personne de plus de 75 ans. Au même titre qu'il existe un parcours pédiatrique, il faut envisager un « parcours gériatrique ».

Plusieurs leviers d'actions sont proposés :

- Développer le repérage de la fragilité et des problématiques sociales du patient âgé dans toutes les spécialités dès l'admission du patient au CHU (rôle primordial de la formation, de la DSI et des équipes mobiles).
 - Adapter l'environnement à la personne âgée : signalétique adaptée, formalités administratives au sein des services
 - Intégrer les spécificités de certaines prises en charge gériatriques : par exemple, en imagerie en adaptant temps nécessaire à la personne âgée.
- Avant l'hospitalisation : développer une plateforme gériatrique ouverte sur la ville (ex : équipe spécialisée personne âgée - projet Equipe Parcours Santé Personne Agée -EPS PA) accessible à tous les professionnels et permettant à la fois :
- D'orienter les patients vers la bonne composante de la filière gériatrique.
 - D'assurer la formation continue des structures partenaires (Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes- EHPAD)
 - De déclencher l'intervention d'une équipe mobile extra hospitalière dans certains cas.
 - De programmer une hospitalisation rapide afin d'éviter le passage aux urgences.
- Aux urgences :

- Développer les alternatives à l'hospitalisation complète en renforçant l'HDJ gériatrique et en développant des consultations post-urgences sur le modèle de la cardiologie.
- Renforcer la coopération gériatre / urgentiste en vue de créer un secteur dédié à la prise en charge de la personne âgée et à terme créer des urgences gériatriques (*cf chapitre 2.3*).
- Pendant l'hospitalisation :
 - Promouvoir la prise en charge simultanée (modèle UPOG, exemple de l'oncogériatrie).
 - Développer le recours à l'équipe mobile de gériatrie
 - Favoriser la prise en charge par tous les services des malades âgés y compris ceux ayant un profil « géronto-psychiatrique » en fluidifiant l'aval de ces services.
- Après l'hospitalisation :
 - Il s'agit de fluidifier l'aval des malades de MCO que ce soit pour un accès à un lit de SSR gériatrique ou pour une entrée en institution.
 - Pour les EHPAD : simplifier la gestion des dossiers d'admissions, renforcer le recours aux solutions temporaires qui peuvent laisser aux patients et aux familles le temps de la réflexion, poursuivre le développement de modèles innovants que ce soient pour les urgences sociales ou pour de nouvelles modalités de prise en charge comme l'EHPAD hors les murs (*cf paragraphe 1.3*).

Déclinaison pluriannuelle du projet médical pour répondre à l'enjeu de fluidification des parcours de la personne âgée

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Mise en place d'une plateforme gériatrique	x					Nombre de patients bien orientés Nombre de formation au sein des structures partenaires Nombre d'interventions de l'équipe mobile extra-hospitalière Nombre d'hospitalisations sans passage par les urgences
Développement de l'HDJ gériatrique		x				Nombre de patients pris en charge au sein de l'HDJ gériatrique
Développer les consultations post-urgences			x			Nombre de consultations post-urgences
Mise en place d'un secteur gériatrique aux urgences		x				Nombre de patients pris en charge
Promouvoir la prise en charge simultanée type UPOG ou oncogériatrie						Nombre de prises en charge simultanée mises en oeuvre
Renforcer le recours à l'équipe mobile de gériatrie			x			Nombre d'interventions des équipes mobiles de gériatrie

Déclinaison pluriannuelle du projet de soins pour répondre à l'enjeu de fluidification des parcours de la personne âgée

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Collaboration et optimisation des ressources PNM dans l'accompagnement de la fluidification des parcours de la personne âgée (IPA, IDE d'équipe mobile gériatrique...)						Organisation des interfaces entre les différentes structures du parcours du sujet âgé

Office Surgery

L'Office Surgery est une pratique « hyper ambulatoire, » qui se développe de manière très rapide dans les pays limitrophes de la France. Le CHU de Nîmes fait partie des promoteurs de ce type de parcours patient. L'équipe d'Orthopédie a publié et communiqué plusieurs articles à ce sujet en collaboration avec l'équipe d'Anesthésie

Le développement de cette pratique hyper ambulatoire a un triple avantage :

- Une amélioration de la perception de la qualité du parcours patient avec une diminution des délais de retour à l'autonomie.
- Une diminution du nombre de personnes nécessaires à la réalisation de ce même parcours patient comparé à l'ambulatoire classique. Par exemple, pour un canal carpien en Office Surgery, il a 4 intervenants contre 10 intervenants en chirurgie ambulatoire. De plus, ces parcours n'appellent pas de consommation de ressources anesthésiques.
- Enfin, ce type de pratique permet d'optimiser la production des déchets produits pour un même geste. Classiquement, la réalisation d'un canal carpien entraîne la production 1,5kg de déchets, alors que sur un parcours d'office Surgery cette production est limitée à 0,4Kg.

Ce type de parcours permet un autofinancement par le volume de patient réalisé. Par exemple, pour opérer 10 canaux carpiens, il suffit d'une salle de soins spécifique avec environ 2h30 de temps d'occupation, ce qui n'est actuellement pas possible sur un circuit ambulatoire où le temps de réalisation est proche de 6h.

L'ensemble de ces données montre l'intérêt de ce type de parcours à la fois pour les patients, les praticiens et les institutions. Ainsi, le CHU de Nîmes pourrait développer un plateau spécifique dédié à ce type de parcours dans les années à venir.

L'office surgery se pratique sur un plateau spécifique de type salle de soins adaptés avec un parcours direct comme dans un cabinet de chirurgie dentaire. La surveillance anesthésique n'est pas nécessaire au vue des doses utilisées.

De nombreuses spécialités peuvent être intéressées dans le développement d'un plateau technique de renom : la chirurgie plastique (cancérologie cutanée), l'ophtalmologie (geste sur le segment antérieur). Le CHU de Nîmes dispose à la fois des connaissances sur les techniques d'analgésie et des techniques opératoires, qui lui permettront de continuer à maintenir ce développement.

Le développement d'un site d'office Surgery permettrait d'optimiser les capacités d'accueil et serait probablement une des premières structures de la région équipée.

Centre expert de la pathologie duelle

Le service d'addictologie du CHU de Nîmes a amorcé le déploiement de son offre de soins dédié en tant que service expert des pathologies duelles et des addictions comportementales, via la systématisation du double repérage addictologique et psychiatrique, et le déploiement en HDJ d'une plateforme diagnostique et de soins de recours psychothérapeutiques basés sur les preuves et peu disponibles sur le territoire. Les consultations universitaires « addictions sans substance », et particulièrement pour jeux d'argent et jeux vidéo, se développent par la mise en place de doubles prises en charges addicto-psychiatriques et neuropsychologiques, sur les sites Carémeau et du Grau-du-Roi, permettant la systématisation du repérage psychiatrique et la mise en place de soins intégrés.

L'ouverture en septembre 2021 d'un pré-HDJ, en avance de phase du déploiement d'un hôpital de Jour de 10 places, a accueilli ses premiers patients pour :

- Des bilans avancés sur le plan diagnostic pathologie duelle et neuropsychologiques, permettant d'emblée la mise en place de soins intégrés et limitant les retards au diagnostic.
- Des soins psychothérapeutiques de recours pour la prise en charge de la pathologie duelle ciblés sur les processus addictifs partagés neurocognitifs et émotionnels faisant accéder les patients du territoire aux stratégies validées et innovantes comme les TCC de 2e et 3e vague et la remédiation cognitive. Trois essais cliniques randomisés multicentriques sont en cours sur ces thématiques et pour lesquels le CHU est l'investigateur coordinateur principal.

Ce développement sectoriel va s'accompagner d'une systématisation des évaluations pour les patients suivis, bases de cohortes (parcours de soins, approche centrée sur la personne, les processus neuropsychologiques sous-jacents aux difficultés à la demande d'aide et de soins) permettant de renforcer les thématiques de recherche existantes en se centrant sur la personne, en particulier sur les déterminants du recours au soin.

Surveillance connectée péri-opératoire

Dématérialisation et santé connectée : il s'agit de favoriser le développement de la téléconsultation en anesthésie ainsi que la surveillance péri-opératoire par objets connectés et la surveillance connectée en intra et extra-hospitalier (applications sur smartphone en ambulatoire, télésurveillance en intra hospitalier).

Les nouveaux outils de communication et de monitoring à distance basés sur des interfaces web et des applications androïdes sont en plein essor. Des solutions de consultation à distance (téléconsultation) vont permettre aux patients d'être évalués en préopératoire à partir d'un lieu de leur choix (domicile...) ce qui limitera les déplacements (réduction des coûts de transport et gain de temps) et optimisera leur prise en charge (document télé transmis). A la pointe de ces innovations, le CHU a initié des projets de recherche qui permettront de développer ces utilisations. Ces nouvelles modalités pourraient aussi favoriser le télétravail à domicile des médecins. A ce jour, cette modalité représente moins de 10% des 20 000 consultations annuelles. Un objectif de 20 à 30 % (ou plus) pourrait être envisagé.

La surveillance péri-opératoire des patients est un enjeu de qualité et de sécurité pour les patients. En ambulatoire, le service est à la tête d'un consortium valorisé par le CHU qui utilise des objets connectés à domicile pour surveiller au décours de la chirurgie ambulatoire et limiter les ré hospitalisations par anticipation des complications. Ces applications donnent aussi des conseils aux patients qui sont potentiellement "isolés" par rapport à leur équipe chirurgicale. De même en intra hospitalier, les patients pourraient être connectés à de tels objets (mesure continue ou discontinue de la fréquence cardiaque, pression artérielle, saturation...) et aider les services de soins dans un système d'alerte et de reporting à distance. Plusieurs études ont démontré la faisabilité technique de ces dispositifs. Le CHU de Nîmes est co-investigateur dans le développement de ces techniques dans des études de recherche clinique.

Innovation en Technologie Pharmaceutique (I3D, Cannabis thérapeutique, TMF...)

Production de Médicaments en rupture ou sur mesures (Anesthésiques, pédiatrie, ophtalmo...), Production d'Unités Thérapeutiques destinée à la recherche clinique.

Depuis son ouverture en 2017, l'Unité de Préparation des Médicaments (UPM) répond aux besoins immédiats de l'institution pour la fabrication de médicaments stériles ou non stériles (en dehors du domaine de la cancérologie) :

- Préparations magistrales et hospitalières : usage interne, rétrocessions.
- Économies d'achat : propofol, colistine, collyres.
- Essais cliniques hors cancérologie : mise en aveugle de préparations stériles

En parallèle, de nouveaux besoins ont émergé et ont été explorés depuis 2 ans (R&D, Formes orales pour recherche clinique, crise sanitaire...). Il paraît donc opportun de mettre à niveau son outil de production afin de lui permettre d'élargir son périmètre et de pouvoir répondre aux besoins du CHU tant sur les activités de soins que sur les activités de recherche, tout en développant des activités de sous-traitance pour d'autres établissements.

Les activités de l'UPM seront développées autour de 5 axes dans le cadre du projet médico-soignant 2022-2026 :

- Création de la Plateforme DFORM :

La plateforme de Développement et production de Formes Orales destinées à la Recherche Médicale a pour objectif de répondre aux besoins de production d'Unités Thérapeutiques pour la recherche médicale des établissements du GIRCI SOHO. Cette nouvelle activité permettra de répondre à des besoins institutionnels internes ou externes au CHU pour lesquels l'industrie pharmaceutique n'est pas aujourd'hui dimensionnée.

- Développement de nouvelles préparations pharmaceutiques stériles :

La réalisation de nouvelles préparations stériles pourra être réalisée dans le cadre de la recherche clinique ou pour répondre à des activités cliniques (Phages, Transplantation du microbiote fécal, MTI...).

- Ancrage des activités de recherche en technologie pharmaceutique au sein du CHU :

L'unité pourra amplifier ses activités de recherche dans les thématiques suivantes déjà initiées : Impression 3D de médicaments, développement de formes pédiatriques adaptées innovantes, mise en forme du microbiote fécal, développement de formes innovantes à base de cannabis thérapeutique...

- Sécurisation des capacités de production en cas de crise sanitaire :

Le CHU de Nîmes fait partie des 6 établissements membres du Groupe de travail piloté par l'ANSM créé dans le cadre de la crise COVID et dont l'objectif est de mettre en place la production au sein des PUI certains médicaments d'urgence. L'UPM augmentera les capacités de production et de développement du CHU pour répondre à ce type de crise.

- Mise en place d'activité de sous-traitance au sein du GHT :

La PUI est autorisée à réaliser pour le compte d'autres établissements des préparations pharmaceutiques depuis 2021. L'UPM pourra répondre aux besoins du département du Gard et des départements limitrophes qui sont très demandeurs de la mise en place de cette activité.

L'extension de l'UPM permettra de répondre en partie aux objectifs de la plateforme DFORM (Production d'Unités Thérapeutiques), de proposer de nouvelles formulations innovantes et de réaliser les préparations nécessaires aux essais cliniques utilisant des phages.

Pour répondre pleinement aux objectifs fixés à l'UPM comme fonction support à la recherche clinique et comme acteur principal dans le domaine de la recherche en technologie pharmaceutique, il sera nécessaire d'envisager, dans la mesure du possible, le regroupement géographique des deux sites de production de l'UPM ainsi que l'Unité des Contrôles Pharmaceutiques. Une extension des zones de R&D et de production seront sans doute également nécessaires pour élargir la diversité de l'offre de production.

Parcours soins critiques : patients traumatisés sévères avec instabilité hémodynamique

Les traumatismes représentent la première cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 35 ans, constituant ainsi un enjeu de santé publique majeur. La moitié des décès par traumatisme surviennent au décours immédiat ou dans les heures suivant le traumatisme, traduisant des lésions initiales létales et irréversibles. L'autre moitié des décès constatée dans le premier mois suivant le traumatisme sont la conséquence d'une défaillance multi-viscérale (DMV).

Une prise en charge rapide et optimale permet de minimiser le risque de DMV et donc de décès, particulièrement chez les patients traumatisés de grade A, ce d'autant qu'ils présentent une instabilité hémodynamique. Depuis plusieurs années, au CHU de Nîmes et au sein du GHT dans le cadre de la filière Trauma, les Urgentistes, Réanimateurs, Chirurgiens et Radiologues conduisent une réflexion commune afin d'optimiser le parcours des patients traumatisés sévères. Le parcours varie en fonction du bilan lésionnel initial.

Le nombre de patients traumatisés sévères de grade A pris en charge au CHU de Nîmes est d'environ 70/an et le nombre de patients traumatisés de grade A avec instabilité hémodynamique malgré une réanimation initiale (contrôle des voies aériennes, oxygénation, remplissage, transfusion, amines) est d'environ 10 à 20 /an.

Le protocole de soins actuellement validé pour ces patients est le suivant :

- Pour les patients de grade A stabilisé après réanimation initiale : transfert en salle de déchoquage pour réanimation initiale rapide, Body Scanner puis transfert du patient au bloc opératoire ou en radiologie interventionnelle après avis concerté entre réanimateur, chirurgien et radiologue interventionnel.
- Pour les patients de grade A instables : contact du chirurgien digestif et de l'anesthésiste de garde par la régulation du SAMU pour une admission directe du patient au bloc opératoire (en SSPI ou en salle opératoire), afin qu'une chirurgie de Damage Control (contrôle rapide des hémorragies) soit pratiquée avant transfert en réanimation et bilan lésionnel complet.

Cette prise en charge peut poser plusieurs problèmes pouvant entraîner des pertes de chance pour les patients :

- Bilan lésionnel minimal par fast-échographie réalisée en pré-hospitalier et à l'admission visant à rechercher la présence d'épanchement péricardique, thoracique et abdominal, permettant de prioriser la prise en charge et la voie d'abord chirurgicale. Cet examen est opérateur dépendant

avec un risque d'erreur diagnostique. Il a été démontré dans la littérature qu'un Body scanner est l'examen de référence en traumatologie et ceci particulièrement pour les traumatisés sévères, même si cet examen est communément contre indiqué en cas d'instabilité hémodynamique. Or certaines études ont démontré que la réalisation d'un body scanner augmentait les chances de survie, particulièrement pour les patients les plus graves.

- La nécessité d'une embolisation vasculaire associée à la chirurgie pour obtenir une hémostase le plus rapidement possible, notamment en cas d'hémorragie rétro péritonéale et de traumatisme du bassin.
- La nécessité de positionner un ballon intra-aortique pour contrôler un choc hémorragique avant embolisation vasculaire élective.

Plusieurs publications récentes (japonaises et américaines) ont montré que l'accueil de traumatisés sévères de grade A dans une salle permettant dans un même lieu de pratiquer une réanimation, un bilan lésionnel par scanner, une chirurgie de damage control et une embolisation permettait d'optimiser la prise en charge et la survie des patients (15% de décès à 28 j contre 22%).

La prise en charge de ces patients traumatisés sévères de grade A dans une salle hybride constitue l'un des enjeux actuels et futurs en traumatologie. Actuellement le concept de salle hybride est validé dans plusieurs spécialités médico-chirurgicales :

- Neuro-radiologie interventionnelle : salle permettant de réaliser sur un même lieu scanner et embolisation ;
- Orthopédie : salle permettant de réaliser sur un même lieu scanner et chirurgie ;
- Chirurgie vasculaire : salle permettant de réaliser sur un même lieu chirurgie, artériographie et radiologie interventionnelle.

Dans ce sens, une réflexion pourrait être initiée pour :

- Evaluer la pertinence d'un tel parcours au CHU de Nîmes : pour une prise en charge optimisée.
- Evaluer la faisabilité et l'utilité d'une salle permettant de réaliser une artériographie et d'opérer des patients traumatisés sévères de Grade A avec instabilité hémodynamique (10 à 20 cas/an) où l'ajout d'un scanner étend la solution à tous les patients traumatisés sévères de grade A (70 à 80 cas/an).

Cette évolution pour la traumatologie serait un projet novateur au niveau national, qui permettrait de positionner les compétences Nîmoises dans ce domaine.

- **Accessibilité aux soins en Médecine de la Reproduction**

La publication de la loi de bioéthique de 2021 a généré de nouvelles demandes. Pour y répondre, les centres d'Aide Médicale à la Procréation (AMP) doivent se restructurer et faire à nouveau évoluer leurs pratiques. Ils doivent faire face à l'augmentation des consultations de fertilité, de préservations sociétales des gamètes et organiser les nouvelles prises en charge (multidisciplinaire pour les transsexuels, consultations obligatoires avec un psychologue, prise en charge éventuelle par un service social ...).

Cette évolution sociétale impose de mieux définir le parcours patient, les conditions de stockage pour les gamètes et embryons congelés, le rapprochement physique des valences cliniques et biologiques du centre d'AMP.

Cette évolution va s'accompagner d'une augmentation du nombre d'études de l'impact environnemental sur les gamètes, la fertilité et la conception. Ceci va impliquer aux praticiens de se former (CU de Marseille: "santé environnementale en périnatalité et fertilité") et imposer le déploiement d'activités pré-conceptionnelles nouvelles par la création de consultations pré-conceptionnelles, la participation à des projets de recherche multicentriques ...).

Déclinaison pluriannuelle du projet de soins pour répondre à l'enjeu de soutenir les projets sectoriels innovants

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateur
Accompagner les professionnels dans l'acculturation et le développement des compétences aux nouvelles technologies et l'environnement numérique	x	x	x			Nombre de formations et de professionnels formés aux dispositifs innovants et à l'hôpital numérique Nombre de partenariat médico-soignant dans des projets innovant Nombre d'accompagnement des usagers à l'hôpital numérique

PROJET MEDICAL DYNAMIQUE AXE 5

- Médecine interventionnelle : gouvernance, organisation, analyse d'opportunité d'une salle hybride

6. LA POTENTIALISATION DES FORCES DE RECHERCHE, DE FORMATION ET D'INNOVATION DU CHU

La stratégie de recherche et d'innovation, telle que définie dans le cadre du présent projet médico-soignant, se fonde sur l'analyse actualisée du contexte dans lequel elle s'inscrit et des enjeux auxquels le CHU de Nîmes se doit de répondre dans les 5 prochaines années :



CONTEXTE ET ENJEUX

ENJEUX		FORCES	FAIBLESSES
<p>ENJEUX INTERNES</p> <p>E11 : Accompagner au mieux les équipes phares et émergentes de recherche</p> <p>E12 : <u>Poursuivre l'optimisation des soumissions, aux AO, des publications et des outils de pilotage</u></p> <p>E13 : Développer les transversalités entre équipes de recherche et champs disciplinaires (<u>y compris hors champ de la santé : SHS, sciences dures...</u>), pour élever le niveau d'originalité et d'impact des thématiques de recherche du CHU</p> <p>E14 : Amplifier la diffusion de la culture de la recherche et développer la recherche paramédicale,</p> <p>E15 : Mieux détecter et accompagner les projets innovants</p> <p>E16 : <u>Etendre la certification ISO à l'intégralité du périmètre de la DRCl</u></p> <p>E17 : Consolider le financement de la recherche</p> <p>ENJEUX EXTERNES</p> <p>EE1 : Communiquer davantage sur les activités, thématiques et plateformes de recherche du CHU</p> <p>EE2 : Mettre en œuvre un partenariat recherche ambitieux et gagnant-gagnant avec le CHU Montpellier</p> <p>EE3 : Inscrire pleinement le CHU dans la politique innovation portée par l'I-Site MUSE et les collectivités territoriales</p> <p>EE4 : Intensifier les coopérations scientifiques internationales</p> <p>EE5 : Renforcer le rôle d'animation territoriale de la recherche du CHU de Nîmes</p>	INTERNE	<p>F1 : Engagement institutionnel fort dans la mise en œuvre du projet recherche et de ses plans d'action</p> <p>F2 : Identification institutionnelle des thématiques de recherche du CHU (labellisations, évaluation Hcéres)</p> <p>F3 : Importance et accessibilité des moyens déployés pour accompagner la recherche (AO internes, bourses, intéressement, métiers supports, ressources déconcentrées...)</p> <p>F4 : <u>Organisation de la DRCl fluidifiée, outils de pilotage efficaces (PARI, suivi informatisé des projets), certification ISO</u></p> <p>F5 : <u>Politique d'optimisation et de développement des plateformes de recherche (CRB, UPM...)</u></p> <p>F6 : Volumétrie de projets très conséquente, dynamique d'inclusions associée</p> <p>F7 : Développement des partenariats territoriaux dans le champ de l'innovation</p>	<p>f1 : Faible proportion de personnels hospitalo-universitaires et difficultés à développer concomitamment activité clinique et recherche</p> <p>f2 : Faible visibilité externe des thématiques et plateformes de recherche du CHU</p> <p>f3 : Nombre très limité d'équipes de recherche labellisées sur le site facultaire de Nîmes</p> <p>f4 : <u>Transversalités interdisciplinaires et interprofessionnelles (médicaux/paramédicaux) peu développées</u></p> <p>f5 : Nombre insuffisant de projets soumis à des AO nationaux ou européens</p> <p>f6 : <u>Délais de mise en œuvre et taux de publication perfectibles (projets CHU promoteur)</u></p> <p>f7 : Absence d'entrepôt de données de santé (EDS) structuré</p> <p>f8 : Portefeuille de brevets limité</p>
	EXTERNE	<p>OPPORTUNITES</p> <p>O1 : Approfondissement de la synergie Montpellier-Nîmes dans un cadre structuré (GCS du CH et U Montpellier-Nîmes, FHU et FMHU, I-SITE MUSE)</p> <p>O2 : Plus largement, développement de la recherche académique en réseau : GHT, acteurs de soins primaires, établissements du GIRCI SOHO, autres CHU, universités, EPST, partenaires internationaux</p> <p>O3 : Développement d'une recherche adossée aux partenariats industriels, en lien avec les acteurs du développement économique</p> <p>O4 : Développement de la recherche en réseau sur les données de santé et de l'innovation numérique (IA)</p> <p>O5 : Dynamique régionale dans le champ de l'innovation (SRESRI, I-SITE MUSE, MED VALLEE)</p>	<p>MENACES</p> <p>M1 : Absence de lisibilité du nouveau modèle national de financement de la recherche</p> <p>M2 : Contexte réglementaire très évolutif et de plus en plus complexe</p> <p>M3 : Augmentation de la compétition régionale, nationale et internationale, et concentration accrue des moyens sur les équipes à forte masse critique et les établissements les plus performants</p> <p>M4 : Absence d'EPST (INSERM, CNRS) à Nîmes</p> <p>M5 : Tissue industriel garinois limité, manque d'attractivité du territoire nîmois</p> <p>M6 : Un seul GHT</p>

Cette stratégie pluriannuelle sera déclinée chaque année dans le Plan d'Action recherche et innovation (PARI) du CHU de Nîmes.

Elle repose sur quatre grands axes :

6.1. RENFORCER LA LISIBILITE ET LES MOYENS D'ACTION DES THEMATIQUES PHARES DU CHU TOUT EN FAVORISANT L'ACCES DE TOUS A LA RECHERCHE CLINIQUE

Les principales inflexions de la stratégie scientifique de l'établissement au cours du précédent projet médical ont porté sur un recentrage plus marqué des moyens sur les forts chercheurs, un effort important de structuration et une exigence accrue en termes de performance institutionnelle de la recherche, ainsi qu'un accompagnement davantage déconcentré au profit des investigateurs.

Toutefois, le CHU de Nîmes n'a pas encore été au bout de l'ensemble de cette démarche et se doit de poursuivre dans l'essentiel de ces directions.

6.1.1. UNE LISIBILITE ACCRUE DES THEMATIQUES PHARES DU CHU

- La poursuite des politiques de convergence autour des axes, thématiques et programmes phares

Pour améliorer la visibilité et la lisibilité de ses thématiques de recherche, le CHU de Nîmes a lancé en 2018 un appel à projets « thématiques phares » visant à accompagner des équipes « fort chercheurs » dans la mise en œuvre d'un programme pluriannuel de recherche séquencé sur quatre ans.

Fin 2018, le CHU a ainsi labellisé quatre thématiques phares pour la période 2019 – 2022 :

- Infections chroniques ;
- Optimisations hémodynamique et anti-infectieuse de la prise en charge du patient en choc septique ;
- Balance autophagie/apoptose trophoblastique, pathologies médiées par le placenta et risque vasculaire secondaire ;
- Théranostic en oncologie.

Les deux premières ont également été positionnées par le CHU comme « axes phares » de recherche dans le cadre de l'évaluation réalisée en 2020 par le Haut Comité pour l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (Hcéres), sous les intitulés respectifs « infections chroniques » et « prévention et prise en charge des défaillances d'organes chez les patients critiques ».

En complément de ces thématiques phares labellisées, plusieurs « programmes » de recherche clinique d'envergure sont conduits au sein du CHU de Nîmes dans les domaines suivants :

- Développement de biomarqueurs des pathologies neurodégénératives, en particulier dans la sclérose en plaques
- Stratégies thérapeutiques dans l'infarctus du myocarde
- Radiologie augmentée (traitement des données images : de l'acquisition à la médecine 4P) et procédures à irradiation minimisée
- Statique pelvienne de la femme
- Psychiatrie : risque suicidaire
- Pharmacie Clinique et lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse

Ces programmes font aussi l'objet d'un accompagnement attentif, et donnent lieu à une production scientifique reconnue.

Les recommandations formulées par le Hcéres à l'issue de la visite d'évaluation de janvier 2020 ont instamment invité le CHU de Nîmes à rester sur des politiques de convergence et à renforcer les axes forts pour éviter l'éparpillement et la dilution des moyens, et consolider la lisibilité d'ensemble de son activité de recherche.

Partant de ce constat et de ces enjeux, le choix institutionnel est de ne pas renouveler l'appel à projets « thématiques phares », et de reconduire les quatre labellisations accordées fin 2018, dans le cadre d'une procédure d'évaluation bisannuelle (la dernière évaluation en date ayant eu lieu fin 2020).

Les deux axes phares seront en outre réévalués en 2024 à l'initiative du Hcéres.

Le résultat de ces évaluations conditionnera le maintien de la labellisation et des moyens afférents.

L'engagement des équipes phares à soumettre de nouveaux projets aux appels d'offres nationaux, et si possible européens, devra se concrétiser, quand ce n'est pas encore le cas, à court terme.

La question d'une concentration accrue des ressources institutionnelles (par exemple en réservant une partie des appels d'offres du CHU aux thématiques labellisées et/ou aux équipes structurées en réseau) pourra être envisagée, mais en veillant :

- D'une part, à laisser la possibilité à d'autres thématiques d'émerger (cf. *Infra* 6.1.2).
- D'autre part, à permettre une diversité des activités de recherche, conformément au modèle de recherche clinique très applicative au lit du malade développé par le CHU.

Toutefois, cette diversité permise par le modèle nîmois devra aller de pair avec une exigence d'évaluation accrue, et la démonstration de la capacité de petites équipes ou de chercheurs isolés à mener leurs projets à terme, et à assurer la valorisation scientifique de leurs résultats.

De cette capacité devra en partie dépendre la notation et donc le financement institutionnel de leurs projets ultérieurs.

Parallèlement, des actions encourageant la fédération des équipes et la transversalité des travaux devront être réfléchies, dans la mesure où elles devraient contribuer à renforcer la créativité des équipes, le succès de leurs projets aux appels d'offres, mais aussi l'efficacité des moyens, à travers leur mutualisation (cf. *Infra* 6.3.1).

- Le développement de la communication

La visibilité et la lisibilité passent également par une meilleure communication sur les forces de recherche du CHU, qu'il s'agisse de communication dans les médias internes ou externes, ou de diffusion scientifique à travers les publications et congrès.

Cette visibilité accrue participe en outre d'un cercle vertueux, en facilitant la mobilisation de sources de financements diversifiées, à travers la constitution de consortiums académiques plus aptes à se positionner sur des guichets nationaux ou européens, ainsi qu'à travers la coopération avec des industriels ou encore le mécénat.

La communication sur la recherche mérite donc d'être optimisée, en investissant davantage les différents supports dématérialisés du CHU et de l'I-SITE MUSE, ainsi que les médias externes, et en éditant des vadémécums à l'intention des professionnels. Un annuaire des thématiques de recherche du CHU devra être constitué et diffusé.

6.1.2. L'ACCES DE TOUS LES PROFESSIONNELS A LA RECHERCHE CLINIQUE

De même que l'accès des patients à la recherche clinique doit être développé dans le cadre de parcours de soins de plus en plus protocolisés (Cf. *Supra* chapitre 1), dans une démarche de qualité des soins, l'ensemble des professionnels désireux de s'investir dans la recherche doit pouvoir bénéficier d'un accompagnement facilitant cet engagement.

- Le partage de la culture de la recherche

Trop souvent encore, le constat est fait d'un cloisonnement des équipes entre les activités de soins et de recherche, alors même que la conduite d'activités de recherche contribue à l'amélioration de la qualité des soins.

Cela concerne les équipes paramédicales, mais parfois aussi les équipes médicales, avec un défaut d'acculturation à la recherche parfois préjudiciable à la bonne mise en œuvre des projets, notamment en termes de continuité, de compétences (glissements de tâches), de délais et de niveau d'inclusion.

La difficulté à imbriquer activités de soins et activités de recherche s'est traduite ces dernières années par le développement des postes d'IDE recherche, qui a parfois eu pour effet de renforcer encore ce cloisonnement et ce défaut de continuité, alors même que l'objectif du CHU de Nîmes est d'intégrer davantage la recherche dans les parcours de soins, en proposant plus systématiquement aux patients d'intégrer des protocoles.

Il est donc indispensable de poursuivre les actions visant à l'appropriation collective d'une activité qui est au cœur des missions d'un CHU.

L'organisation d'événements institutionnels, comme les soirées recherche et journées innovation, et les messages délivrés dans les médias internes du CHU touchent principalement des publics déjà concernés.

Dès lors, il apparaît essentiel d'organiser une communication de terrain, au cœur des services, auprès des équipes en place, selon des modalités à définir avec la communauté médicale et soignante, mais aussi de réfléchir avec la Direction des Soins à des organisations permettant une prise en charge plus intégrée du patient, notamment en lien avec la mise en place des IPA.

Concernant plus spécifiquement les personnels supports à la recherche, la culture d'appartenance à la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) devra être renforcée à travers la mise en place d'outils d'animation commune des équipes du BESPIM et de la Direction de la Recherche.

L'extension du périmètre de la Certification (Activités de promotion de la Direction de la Recherche en 2020, activités de méthodologie du BESPIM et activités d'investigation en 2021, activités de promotion externe et valorisation en 2022) constitue une opportunité en ce sens, et la dynamique collective de la DRCI devra être développée dans un objectif commun d'amélioration de la qualité et de la performance de la recherche.

L'optimisation des circuits, des délais, des interfaces avec les services support, des systèmes d'information, etc., devra systématiquement faire l'objet d'une réflexion associant toutes les composantes de la DRCI. Les évolutions réglementaires devront également être davantage partagées, ainsi que les logiciels et outils informatiques de gestion.

- La détection des potentiels chez les jeunes professionnels

Le tutorat recherche et l'encadrement des thèses et mémoires incombent naturellement aux titulaires d'une habilitation à diriger des recherches, mais la communauté médico-soignante et l'institution ont également un rôle collectif à jouer pour détecter précocement les potentiels, exposer régulièrement les futurs et jeunes professionnels hospitaliers, médicaux et paramédicaux, aux activités de recherche et mieux intégrer la recherche dans le plan de formation. Le processus d'universitarisation des métiers de la santé contribue également à cette dynamique.

Au niveau institutionnel, plusieurs dispositifs ont été mis en œuvre, ces dernières années, à l'intention de ces jeunes professionnels : soirées recherche, formations Epiclinîm, etc.

Ces dispositifs doivent être reconduits (soirée recherche) et/ou repensés (formations Epiclinîm) en visant à toucher plus efficacement leur public et à favoriser la transversalité dès l'entrée dans la vie professionnelle.

Un plan de communication spécifique (vadémécums, témoignages vidéos...) devra également être construit à cet effet.

- L'attention portée aux équipes et thématiques émergentes

Afin de permettre à des équipes à fort potentiel de consolider leur dynamique de recherche, le CHU a lancé fin 2018 un appel à projets « thématiques émergentes » visant à les accompagner dans la mise en œuvre d'un programme pluriannuel de recherche séquencé sur trois ans.

Trois thématiques émergentes ont ainsi été labellisées pour la période 2019 – 2021 :

- EPIdémiologie et DONnées Massives en Santé – EPIDOMS
- Evaluation des soins et de leur pertinence avec développement d'outils d'aide à la décision médicale chez les patients avec une maladie rénale
- Génétique moléculaire de la Sclérose Latérale Amyotrophique

Pour conserver sa vocation d'accompagnement de l'émergence, cet appel d'offres devra être renouvelé fin 2021. Les équipes ayant déjà bénéficié d'une labellisation pourront à nouveau soumissionner. La possibilité d'une quatrième labellisation sera ouverte pour permettre un soutien élargi aux jeunes équipes les plus prometteuses.

- Le développement de la recherche paramédicale : une synergie indispensable avec la recherche médicale

Le Hcéres, dans son rapport d'évaluation de 2020, appelle à une amplification de la recherche paramédicale au CHU.

De fait, dans un environnement concurrentiel accru, celle-ci peine à s'imposer au niveau institutionnel, que ce soit localement dans le cadre de NîmAO ou au niveau interrégional et national, en l'absence de succès aux appels d'offre de la DGOS.

La mise en place d'une coordination de la recherche paramédicale au sein de la Direction des Soins, ainsi que d'un passeport recherche à l'intention des professionnels désireux de concevoir un protocole de recherche, a conduit à l'émergence de nouveaux projets, mais sans l'obtention des crédits nécessaires.

Un plan d'action devra être élaboré pour infléchir cette tendance, en veillant à privilégier un dialogue constant entre recherche paramédicale et recherche médicale, et à encourager leurs synergies au sein des différents groupes thématiques de recherche. Des modalités de compagnonnage devront être formalisées.

Le domaine plus spécifique de la recherche en SHS devra également être encouragé en s'appuyant notamment sur la communauté professionnelle des psychologues et plus globalement sur les paramédicaux titulaires d'un doctorat.

La réalisation d'études doctorales devrait par ailleurs être facilitée par la mise en place d'un appel d'offres spécifique au sein du CHU, dont le financement reste à définir.

Le développement des transversalités constitue un objectif majeur aujourd'hui, et les activités de recherche, quels que soient les porteurs, doivent faire l'objet d'une approche globale et non plus sectorisée.

- L'accompagnement à l'échelle du territoire (GHT, recherche en soins primaires)

L'ambition du projet médico-soignant partagé 2017-2022 du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Cévennes-Gard-Camargue, dont le CHU de Nîmes est établissement support, était de mettre en place un accompagnement des équipes de recherche à l'échelle du territoire, prioritairement en gérontologie, en infectiologie et en soins primaires.

La mise en œuvre d'un appel d'offres consacré aux GHT, financé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), a permis au CHU de Nîmes et au CHU de Montpellier de lancer conjointement trois projets territoriaux de recherche, portant sur l'évaluation de dispositifs de télémédecine.

Par ailleurs, les projets multicentriques impliquant un ou plusieurs établissements du GHT font l'objet d'un bonus dans le cadre de l'appel d'offre interne du CHU NîmAO.

Plusieurs projets multicentriques ont ainsi pu voir le jour au sein du GHT, mais pèchent majoritairement par une dynamique d'inclusion insuffisante voire impossible au sein des CH, liée à des problématiques de démographie médicale, de formation, et d'absence de ressources supports à l'investigation (ARC hospitaliers notamment).

La recherche territoriale demeure de ce fait très embryonnaire, et la mutualisation de cohortes de patients relève principalement des coopérations inter-CHU.

L'enjeu pour les cinq ans à venir est donc de déposer et obtenir des projets suffisamment dimensionnés pour permettre le financement de ressources déconcentrées à temps plein au sein des CH, et de les accompagner dans l'obtention de budgets recherche complémentaires : crédits industriels dans le cadre de conventions uniques, crédits MERRI via le GCS du CH et U Montpellier-Nîmes.

La mise en place d'organigrammes recherche par les établissements partenaires du GHT devrait également favoriser la diffusion de l'information et de l'offre de formation sur la recherche par le CHU, ainsi que l'organisation de temps d'échanges et de formations dans les établissements concernés.

Le bureau de DRCI devra aller à la rencontre des équipes médicales partagées du GHT ainsi que des services fédérés par des temps médicaux partagés (dès lors que le service référent du CHU est impliqué dans la recherche), afin de construire avec eux un plan d'action adapté à leurs besoins.

En soins primaires, grâce à la dynamique insufflée par le département universitaire de médecine générale, un PHRC national a pu être engagé. Mais ce bilan positif reste à consolider, avec la conception de nouveaux projets, notamment en allant à la rencontre des maisons de santé pluridisciplinaires.

- Les conditions matérielles d'exercice de la recherche (ressources déconcentrées, temps dédié, politique d'intéressement)

Les efforts institutionnels engagés entre 2015 et 2020 ont porté sur la restructuration de la DRCI et l'optimisation du circuit des projets. D'importants progrès ont été réalisés, notamment grâce au déploiement en 2019 d'un logiciel de conduite de projets, avec une vigilance forte au respect des rétroplannings définis pour chaque étude clinique, des alertes automatisées en cas de retard et l'édition d'indicateurs de délais en routine.

La déconcentration des ressources en Assistants de Recherche Cliniques hospitaliers (2017) et d'une partie des ressources en datamanagement-biostatistiques (2019) a également permis de mieux accompagner les équipes les plus investies scientifiquement, et a aussi contribué à l'amélioration sensible des délais jusqu'à la remise du rapport d'analyses statistiques.

Toutefois, certaines étapes demeurent l'apanage des investigateurs, et le principal goulet d'étranglement porte aujourd'hui sur les délais de publication, étroitement dépendants du temps médical dévolu à la rédaction. La diminution du nombre de projets soumis à des AO nationaux constitue également un symptôme de la difficulté des praticiens à mobiliser le temps nécessaire.

Rares sont les PU-PH qui ne sont pas investis de chefferie de service ou de pôle au sein du CHU de Nîmes, ces responsabilités se doublant généralement de missions institutionnelles au sein des différentes instances, délégations et commissions. Le temps recherche, rarement identifié comme tel dans les maquettes organisationnelles ou plannings, demeure une variable d'ajustement de l'activité clinique, et certains PH et paramédicaux investis dans la recherche sont confrontés à des problématiques de légitimité.

L'augmentation croissante de l'activité clinique, au sein d'un CHU souffrant d'un déficit d'universitarisation, doit pourtant pouvoir être conciliée avec le développement d'une recherche clinique de qualité et bien valorisée scientifiquement (publications de rang A et B, rangs de 1er et dernier auteur). La sanctuarisation du temps médical dédié à la recherche constitue d'ailleurs une des principales recommandations du Hcéres.

Cette problématique figurait déjà dans le précédent projet médical et n'appelle pas de solution aisée. A titre d'exemple, la compensation du temps clinique dédié à l'investigation, parfois financée par les projets, ne répond pas toujours aux nécessités du suivi clinique et de la continuité des soins. Et le caractère non pérenne des recrutements sur projets compromet souvent la mise en œuvre de ces financements.

Quelques temps médicaux recherche pérennes ont été créés au profit d'équipes forts chercheurs et ont fait l'objet d'un retour d'expérience très positif. Mais ils sont restés marginaux du fait de leur fort impact

budgétaire, alors même que le nouveau modèle de financement de la recherche défavorise globalement les CHU.

Toutefois, certaines mesures peuvent être mises en œuvre sans financement spécifique et constituent des objectifs opérationnels à expérimenter dans les années à venir :

Concernant les hospitalo-universitaires, il s'agira prioritairement de :

- Réfléchir à un modèle organisationnel différent, pour les décharger de certaines missions, en permettant la coexistence de plusieurs modèles de responsabilité médicale (délégation de certaines missions vers des PH responsables d'unités assortie du développement et de la reconnaissance de leur leadership ; mise en place d'un binôme PH et PU-PH sur les missions de management ; autres modèles),
- Développer les formations au management des praticiens dans cet objectif.

Concernant les praticiens hospitaliers, les efforts porteront sur :

- Une identification formelle des chercheurs au sein des équipes médicales et paramédicales à travers une évaluation de leur activité (par le service et la DRCI),
- L'attribution d'une valence recherche, spécifiée dans la fiche de poste, et formalisée par une labellisation interne spécifique (« PH attaché recherche » sur le modèle du statut de PH attaché enseignement, « activité d'intérêt général interne », l'appellation restant à définir),
- Une approche plus fine des maquettes organisationnelles permettant d'identifier un temps spécifique « recherche » (et non « extra-clinique », intégrant également l'enseignement, les tâches administratives...), lorsque c'est compatible avec l'organisation interne du service, favorisant le regroupement sur une journée, et régulièrement évalué afin de s'assurer qu'il est toujours justifié (enjeu de management médical),
- L'identification d'un lieu différent du lieu d'activité clinique pour favoriser la productivité (espace dédié mutualisé au sein du CHU, télétravail...).

D'autres mesures apparaissent pertinentes mais nécessitent la mobilisation de ressources supplémentaires. Leur mise en œuvre dépendra de la situation budgétaire du CHU, de l'évolution des financements recherche et des arbitrages institutionnels :

- La mise en place d'un appel d'offre interne « compte-temps recherche », abondé par une enveloppe globale de temps médical à distribuer, et auquel pourraient candidater les différents services du CHU. Le temps recherche octroyé aux services lauréats, sur la base de l'activité scientifique constatée, bénéficierait soit à un PH identifié, formé à la recherche, soit à tour de rôle à plusieurs PH, et prendrait la forme de recrutements non pérennes (vacations d'attachés, postes d'assistants) visant à renforcer l'équipe clinique et libérer le temps recherche nécessaire, la gestion du compte-temps et l'évaluation de son utilisation incombant au chef de service ou à un coordonnateur chef d'orchestre.
- La poursuite du renforcement des équipes avec des moyens déconcentrés (ingénieurs de recherche, chargés de missions/rédacteurs en priorité...)

L'ensemble de ces actions, conçues et mises en œuvre de concert par la DAM, la DRCI et les chefs de service/de pôle, auront pour objectif corollaire de soutenir la légitimité de l'activité recherche au sein des équipes.

- L'évaluation de la performance de la recherche

Avec près de 2 millions consacrés annuellement à la mise en œuvre de son Plan d'Action Recherche et Innovation (PARI), le CHU de Nîmes est probablement celui qui consacre la part la plus importante de son budget au financement de la recherche.

En complément, les ressources supports à la recherche ont été dimensionnées de façon très ambitieuse, que ce soit au niveau central ou déconcentré, ou encore dans la contribution au fonctionnement des équipes de recherche localisées sur le site facultaire nîmois (UMR et UR).

L'Hcéres a d'ailleurs souligné tant le caractère exceptionnel de cette contribution que la multiplicité des moyens affectés à la recherche par le CHU, et en particulier l'existence de *medical writers*, un atout essentiel, « à sacraliser ».

Ce haut niveau d'investissement tient en partie à la nécessité de compenser le déficit d'universitarisation du CHU, lié à son histoire, ainsi que sa localisation géographique et sa taille qui ne lui permettent pas bénéficier des mêmes ressources externes (collectivités territoriales, EPST) que les autres CHU de la région.

Il n'en reste pas moins que si ces moyens ont permis de fluidifier les circuits, l'impact sur la production et le positionnement scientifique national du CHU – qui ne s'apprécie pas immédiatement compte tenu de l'effet d'inertie lié aux délais de publication – constituera une des priorités du projet médical.

Les outils en place (logiciel de suivi des rétroplannings par projet, dispositif de tracking des publications, logiciels Easydore et Inclusio, etc.) permettent le recueil de nombreux indicateurs, d'autres ne sont accessibles que manuellement, mais ils sont suffisamment nombreux pour donner lieu à une évaluation pertinente.

Or, l'évaluation de la performance institutionnelle de la recherche reste trop parcellaire.

Le choix institutionnel a été de ne pas élaborer un Plan d'Action Qualité spécifique (découlant de la certification de la DRCI) : le Plan d'Action Recherche et Innovation (PARI) est le seul outil de pilotage opérationnel, et la démarche qualité vise à mieux structurer ce pilotage et évaluer le niveau de réalisation et d'impact du PARI.

Ainsi, les indicateurs qualité suivis dans le cadre de la certification de la DRCI doivent permettre d'évaluer la performance globale de la recherche et l'efficacité des actions mises en œuvre, et ne pas rester centrés sur la performance de la DRCI, comme c'est le cas actuellement.

La priorité sera donc de redéfinir le panel des indicateurs qualité suivis dans le cadre du PARI (tableau de bord exhaustif) et d'en extraire les plus pertinents, en termes d'évaluation de la performance institutionnelle de la recherche, afin d'alimenter en routine un tableau de bord synthétique, régulièrement présenté aux instances.

Ces indicateurs porteront en particulier sur la capacité des projets à aller à leur terme et à déboucher sur une publication.

Ce panel d'indicateurs pourra être utilisé sur des périmètres plus restreints, afin d'évaluer la mise en œuvre de certaines politiques sectorielles, en particulier concernant :

- Le dispositif déconcentré de datamanagement-biostatistiques
- Les thématiques phares et émergentes
- Le volet recherche des cliniques pluridisciplinaires

Il pourra aussi être décliné par pôle.

La compréhension et l'assimilation du nouveau modèle de financement de la recherche (SIGAPS-SIGREC), dont l'opacité est actuellement entière, conditionnera l'évaluation de la performance institutionnelle au niveau national.

Déclinaison pluriannuelle du projet médical de l'objectif 6.1 dans le cadre du Plan d'Action Recherche et innovation (PARI) :

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateurs
Evaluer les thématiques phares labellisées	X		X			Recueil formalisé des indicateurs définis dans le CPOM des thématiques labellisées
Accroître le nombre de projets financés sur AO nationaux	X					Nombre de projets retenus aux AO nationaux
Revisiter les modalités de répartition des financements institutionnels (budget PARI)	X					Nouveau plan de financement PARI formalisé
Intégrer des indicateurs de performance dans les critères de sélection des projets au niveau institutionnel (CHU/GCS)		X				Nouvelle fiche d'évaluation intégrant indicateurs de performance du service qui dépose le projet Nombre de projets pénalisés / nombre total de projets déposés à l'AO
Créer un annuaire des thématiques de recherche du CHU	X					Annuaire en ligne et diffusé aux principaux partenaires (GHT, GIRCI...)
Elaborer un plan d'action commun DRCI/Direction des Soins visant à décloisonner clinique et recherche	X	Puis mise en place (MEP)				Plan défini avec indicateurs associés
Mettre en place des outils d'animation commune des équipes du BESPIM et de la Direction de la Recherche	X	X				Outils définis, suivi quantifié
Définir et mettre en œuvre un plan de communication pluriannuel recherche et innovation	X	Puis mise en place (MEP)				Plan et modalités de mise en œuvre et d'évaluation définis
Reconduire l'AO thématiques émergentes	X		X			Nouvelles thématiques labellisées
Elaborer un plan d'action commun DRCI/Direction des Soins visant à redynamiser la recherche paramédicale	X	Puis mise en place (MEP)				Plan défini avec indicateurs associés
Mettre en place un AO contrat doctoral à l'intention des professionnels du CHU		X				AO en place

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateurs
Valoriser la production recherche des CH du GHT dans le cadre du GCS du CH et U Montpellier-Nîmes	X	X				Réalisation de l'export SIGAPS-SIGREC des CH du GHT via le SIR du GCS Montant des crédits redistribués dans ce cadre
Mettre en place une équipe d'ARC hospitaliers de territoire financée sur AC régionaux ou nationaux		X (1 ETP)		X (2 ETP)		Nombre d'ARC mutualisés, nombre d'inclusions réalisées en CH
Accroître le nombre de projets en soins primaires	X					Nombre de projets en soins primaires
Identifier formellement les chercheurs non U (valence recherche)	X					Listing établi, attribution valence formalisée
Réviser les maquettes organisationnelle en conséquence		X	X			% de chercheurs avec maquette organisationnelle adaptée Evolution de la production scientifique des PH et des délais d'inclusion
Définir de nouveaux modèles organisationnels pour les HU		X	X	MEP		Nouveaux modèles définis, nombre d'HU concernés par leur mise en place Evolution du nombre de projets déposés aux AO nationaux et de la production scientifique des HU
Lancer un AOI « compte-temps recherche »		X	Puis suivi et évaluation			AOI lancé, suivi formalisé
Mettre en place en routine un tableau de bord de performance de la recherche (V0 définition des indicateurs cibles, V1 avec un 1er set d'indicateurs disponibles, V2 avec l'ensemble des indicateurs cibles automatisés)	X (V0)	X (V1)	X (V2)			Tableau de bord formalisé (V1 puis V2) Date et nature des instances concernées
Etendre la certification ISO 9001 à l'intégralité du périmètre de la DRCI	X					Prochaine visite de certification (janvier 2023) préparée sur tout le périmètre Audits internes réalisés sur les nouvelles activités intégrées au périmètre (valorisation et coordination du circuit pharmaceutique)

Déclinaison pluriannuelle du projet de soins pour répondre à l'enjeu de renforcer la lisibilité et les moyens d'action des thématiques phares du CHU tout en favorisant l'accès à tous à la recherche clinique

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateurs
Participation à l'élaboration d'un plan d'action avec la DRCI pour décloisonner la clinique et la recherche	x	Puis mise en place (MEP)				Plan d'action défini avec indicateurs associés
Optimisation des ressources paramédicales recherche en définissant la contribution des acteurs identifiés						Temps paramédical partagé recherche et clinique
Accompagnement des projets de recherche en soins vers les appels d'offres et les publications professionnelles						Nombre de projets de recherche accompagnés Nombre de projets de recherche soumis à un groupe thématique Nombre de lettres d'intention déposées à des appels d'offres Nombre de projets financés Nombre de publications professionnelles Nombre d'allocations temps recherche mises en œuvre
Intégration des IPA dans la démarche d'acculturation des PNM à la recherche en soins						Nombre d'interventions des IPA au sein des services; Nombre de projets/publications proposés par les IPA
Accompagnement des formations universitaires jusqu'au doctorat						Nombre de formations universitaires en cours

6.2. ACCROITRE LA VISIBILITE DES PLATEFORMES DE RECHERCHE DU CHU ET LES ADAPTER AUX NOUVAUX BESOINS

De façon générale, l'évolution des plateformes gérées par les disciplines transversales (biologie, imagerie...) répond à un double objectif clinique et scientifique. Les projets de mise en place d'équipements et activités innovants de ces disciplines sont traités dans les précédents chapitres du projet médical. Ne sont traitées ci-dessous que les plateformes spécifiques à la recherche.

6.2.1. MIEUX IDENTIFIER LES PLATEFORMES DE RECHERCHE DU CHU

Le CHU de Nîmes est doté de nombreuses plateformes de recherche, certaines bien individualisées (cf. infra le CRB ou l'UPM), d'autres regroupées sous des appellations génériques telles que « plateformes de biologie » ou « plateforme d'imagerie ».

Il est impératif de donner plus de visibilité à ces plateformes, d'identifier institutionnellement leurs spécificités, et de développer la communication sur leurs activités, afin de favoriser les transversalités et l'émergence de nouveaux projets collaboratifs tant internes qu'externes.

A l'instar de la démarche qui a été adoptée pour les thématiques de recherche, un appel d'offre interne visant à labelliser les plateformes de recherche du CHU sera mis en œuvre dès que possible.

Le cahier des charges de cet appel d'offres est à définir, il ne s'agira pas à ce stade d'attribuer des moyens spécifiques, mais bien d'apporter une visibilité « recherche » aux plateformes du CHU, alors même que certaines font déjà l'objet de labellisations nationales au titre de leurs activités de référence (accréditation « laboratoires de biologie médicale de référence », labellisations INCa...).

Une fois cette étape réalisée, les efforts se porteront sur le renforcement de la visibilité externe des plateformes labellisées par le CHU et de leurs ressources : les plateformes à vocation régionale et nationale seront notamment invitées à candidater à l'appel d'offres Plateformes IBISA, destiné aux plateformes en sciences du vivant et aux centres de ressources biologiques (CRB) souhaitant être labellisés ou soutenus en vue d'investissements technologiques ou de structuration.

La réponse à d'autres appels d'offres externes visant à labelliser et/ou financer les plateformes de recherche du CHU sera également envisagée.

6.2.2. LA MISE EN ŒUVRE D'ESSAIS DE PHASE PRECOCE

Actuellement, le CHU de Nîmes ne dispose pas de Centre d'Investigation Clinique (CIC), faute de nouvelles créations possibles au-delà des 36 CIC existants, tous implantés dans des CHU.

Afin de répondre aux besoins de projets de recherche de phase précoce (première administration chez l'homme) ou sur volontaires sains, le CHU a donc recours à des autorisations de lieu de recherche impliquant la personne humaine, délivrées par l'ARS.

Il est ainsi autorisé dans le cadre de la vaccinologie et de la pharmacologie des vaccins, et a déposé une demande d'extension à l'ensemble du service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT), pour pouvoir élargir les possibilités de participation à des essais de phase 1, notamment dans le champ de la phagothérapie.

Des dossiers de demande d'autorisation de lieux sont également en cours de constitution concernant d'autres services, toujours dans l'objectif de permettre la participation à des essais de promotion industrielle de phase précoce et sur volontaires sains.

Afin de simplifier l'organisation de ce type d'essais, assortis d'une vigilance très exigeante, le CHU de Nîmes envisage la mise en place d'une plateforme mutualisée au sein du futur pavillon de SSR – SMIT - Gériatrie. Une étude de faisabilité sera menée en ce sens.

Concernant plus spécifiquement la cancérologie, domaine dans lequel les besoins sont importants, un espace a d'ores et déjà été identifié dans le cadre de l'extension de l'Institut de Cancérologie, et les années précédant la livraison des nouveaux locaux devront être consacrées à la formalisation et la validation d'un

projet de fonctionnement. Les objectifs de ce centre d'essais précoces, qui serait adossé à une plateforme de recherche translationnelle, sont détaillés dans le chapitre consacré à la cancérologie.

6.2.3. LE REDIMENSIONNEMENT DU CENTRE DE RESSOURCES BIOLOGIQUES

Le Centre de Ressources Biologiques (CRB) du CHU de Nîmes a pour mission la gestion des ressources biologiques (RB) indispensables à la recherche clinique et translationnelle en santé humaine. Il offre aux équipes de recherche, académiques ou privées, des possibilités de conservation et de mise à disposition d'échantillons d'origines biologiques variées (sang, sérum, tissu, tumeurs, selles, etc.).

Il assure notamment une activité de gestion de collections biologiques et de certaines données cliniques associées (constitution ou hébergement) ainsi qu'une activité de cession de ressources biologiques pour des projets de recherche internes ou externes au CHU après avis de son Conseil Scientifique.

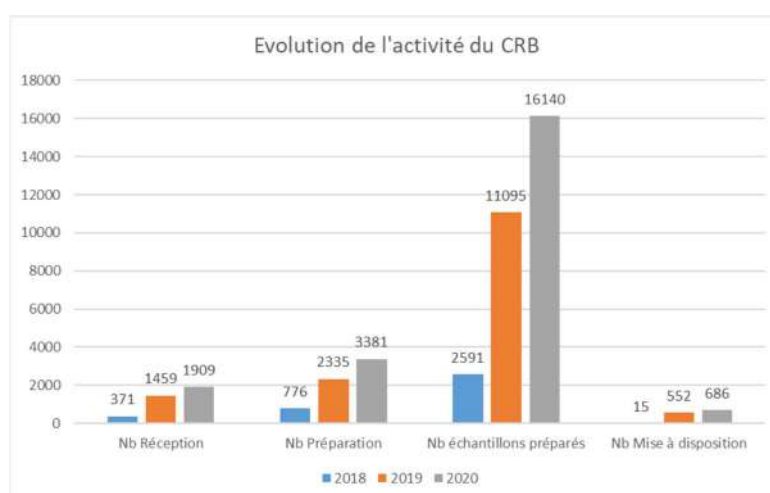
En complément le CRB propose, en étroite collaboration avec la Délégation de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI), une offre de prise en charge complète des échantillons collectés dans le cadre de protocoles de recherche clinique.

Depuis la création du CRB 2.0 (janvier 2018), à la suite d'un audit commandé par le CHU, et le renforcement sensible de ses équipes, le CRB a connu une augmentation d'activité très significative et a conduit un travail conséquent sur l'amélioration du système de management de la qualité (SMQ) et la double certification.

Déjà certifié ISO 9001, le CRB du CHU de Nîmes est le quatrième CRB en France et le deuxième en établissement médical public à obtenir la certification selon la norme internationale ISO 20387 publiée en Août 2018 (Entre 2015 et 2020, le CRB du CHU de Nîmes était certifié selon la norme française NF S96-900 spécifique aux CRB).

Le Centre de Ressources Biologiques projette également d'étendre le périmètre de certification à toutes les collections emblématiques hébergées.

En termes d'activité, il est impliqué à ce jour dans près de 160 projets (contre 85 en 2019) et son activité de technicage des échantillons s'est accrue de façon considérable :



Or, le CRB est actuellement confronté à une insuffisante sécurisation de la conservation des échantillons, mais aussi à une inadaptation des locaux à l'augmentation de son activité. En l'état actuel, il est anticipé :

- une saturation du stockage d'ici 3 à 5 ans (-80°C + azote liquide).
- un retard à l'intégration des collections du CHU au périmètre de certification et un impact négatif sur les cessions et donc sur la valorisation scientifique et financière.
- un risque majeur sur le maintien de la certification et donc sur l'éligibilité aux crédits MERRI CRB.

A court terme, le CRB devrait donc pouvoir disposer de locaux adaptés à la taille de l'équipe et de l'activité, ainsi que d'une augmentation de ses équipements (PSM, centrifugeuses, congélateurs, cuves, etc.).

Il est prévu que ces nouveaux locaux se situent au sein du futur bâtiment de technologies pharmaceutiques (cf. *Infra*) et le projet de fonctionnement du CRB devra être rapidement précisé en ce sens.

Moyennant ce contexte favorable, le CRB pourra évoluer et développer son offre sur le versant des analyses spécialisées (cytométrie de flux, luminex, ELISA, techniques extractives en biologie moléculaire, etc...) pour répondre à la demande croissante et de plus en plus complexe du traitement des ressources biologiques.

Au-delà de l'aspect technique, les compétences scientifiques du CRB pourront être pleinement utilisées et permettre au CHU de Nîmes d'améliorer sa visibilité en recherche bio-clinique.

La valorisation scientifique des collections biologiques du CRB devra également être développée, le cas échéant à travers un appel d'offres interne spécifique.

6.2.4. LE DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE GALENIQUE ADOSSEE A UN OUTIL DE PRODUCTION EFFICIENT

Le CHU a validé en 2015 la création d'une Unité de Préparation des Médicaments (UPM), afin de se doter d'une capacité de fabrication de médicaments stériles ou non stériles en-dehors du domaine de la cancérologie.

Cette unité a ouvert en 2017 avec pour objectif de répondre aux besoins immédiats de l'institution et de poser les bases d'une future unité de production intégrant contrôle et R&D.

Il est désormais nécessaire, 4 ans après sa création, de mettre à niveau l'outil de production de l'UPM afin de lui permettre d'élargir son périmètre et de pouvoir répondre aux besoins du CHU tant sur les activités de soins que sur les activités de recherches.

A cette fin, il est projeté de créer à court terme un bâtiment de Technologies Pharmaceutiques (production et contrôle), ayant également vocation à accueillir des start-up en technologie pharmaceutique (médicaments et dispositifs médicaux), ainsi que le Centre de Ressources Biologiques (cf. *supra*).

- Le développement d'une recherche spécifique en galénique

En partenariat avec l'Institut Charles Gerhardt de Montpellier (UMR5253), l'UPM a pour objectif d'amplifier ses missions de R&D dans le domaine de la technologie pharmaceutique, en particulier à travers le développement de formes pharmaceutiques innovantes :

- Par l'impression 3D de médicaments, l'équipe du CHU de Nîmes étant la première et actuellement la seule à publier sur cette thématique,
- A travers la production de formes pédiatriques adaptée innovantes (pédiatrie et néonatalogie),
- Dans la transplantation du microbiote fécale,
- Dans l'administration de cannabis à des fins thérapeutiques.

- La réalisation de préparations pharmaceutiques à des fins de recherche

Cette production pourra être réalisée dans le cadre des activités cliniques mais visera tout autant à répondre aux besoins en préparations stériles ou non stériles liées aux projets de recherche clinique des

équipes du CHU (Alternatives thérapeutiques – Phages, Canneberge, Transplantation du microbiote fécal, Médicaments de Thérapie Innovante – MTI...)

- La production de placebos (formes sèches) pour le compte du GIRCI

Depuis 2018, l'UPM assure les préparations standards en double aveugle, et projette pour la période 2022-2026 de renforcer sa capacité de production de médicaments expérimentaux afin d'élargir les possibilités de recherche clinique au sein du CHU.

En s'associant à la compétence de l'Unité de Pharmacie Galénique et Génie Pharmaceutique de la Faculté de Pharmacie de Montpellier, l'UPM a créé en 2020 une structure visant à répondre aux besoins en recherche et développement galénique et analytique, à travers la production de formes orales sèches (gélules et comprimés) destinées à la recherche impliquant la personne humaine : il s'agit de la plateforme D-FORM® (Développement et production de Formes Orales destinées à la Recherche Médicale).

Celle-ci a vocation à se développer suffisamment dans les années à venir pour répondre à tous les besoins internes du CHU mais également à ceux exprimés par d'autres structures institutionnelles au sein du GIRCI SOHO.

6.2.5. LA DEMARCHE LIVING LAB EN GERONTOLOGIE

Le CHU de Nîmes gère une filière gérontologique territoriale exceptionnelle par ses dimensions (plus d'un millier d'agents et de 1200 lits et places) et a développé une recherche visant à améliorer l'habitabilité des lieux de vie des personnes âgées, que ce soit en EHPAD, dans la lignée du projet CALME (Comme A La Maison en EHPAD) achevé en 2020, ou à domicile, dans l'objectif de mettre en œuvre une filière expérimentale domestico-centrée.

Cette recherche, qui implique d'évaluer les dispositifs médicaux d'aide à la "domistalisation" proposés par les entreprises, fait intervenir l'Institut d'évaluation des dispositifs médicaux (IDIL) du CHU ainsi que sa composante du Centre d'Évaluation des Dispositifs Médicaux liés au Handicap (CEDM-H), qui apporte son expertise spécifique dans le domaine de la dépendance (aide à la mobilité et aux transferts, à la prévention et au traitement des escarres, assistance aux soins).

En complément, le CHU met à disposition, sur le site d'accueil des personnes âgées de Serre Cavalier, un Living Lab de deux chambres, afin d'évaluer l'activité humaine à l'aide d'outils de mesure et d'évaluation, et ainsi améliorer les conditions d'accueil de personnes âgées en établissement.

Ce living lab a son pendant au sein de l'Institut Méditerranéen des Métiers de la Longévité (I2ML), la fondation partenariale mise en place par l'université de Nîmes, avec laquelle le CHU de Nîmes collabore de longue date : celle-ci dispose en effet d'un appartement expérimental conçu pour moduler l'espace domestique à volonté et équipé de technologies (capteurs, micros, caméras, sol intelligent) permettant l'observation ainsi que le relevé de données et métriques relatives à l'activité humaine.

Ces expérimentations collaboratives sont à poursuivre et pourront s'alimenter par les travaux réalisés par des partenaires de l'I2ML, notamment l'université de Sherbrooke (Québec) ou certains acteurs du forum national des Living Labs (Institut Mines Télécom).

Déclinaison pluriannuelle du projet médical de l'objectif 6.2 dans le cadre du Plan d'Action Recherche et innovation (PARI) :

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateurs
Lancer un appel d'offres visant à une labellisation interne (LI) des plateformes de recherche, les intégrer dans la communication institutionnelle (C) et rechercher leur labellisation externe (LE)	X (LI)	X (C et LE)	X (LE)			AO lancé, affichage sur le site internet du CHU des plateformes labellisées Nombre de dossiers soumis à labellisation externe, résultats
Créer un centre d'essais précoces mutualisé au sein du nouveau pavillon SSR – SMIT – Gériatrie : étude de faisabilité et présentation projet	X					Etude de faisabilité réalisée Le cas échéant : - Projet de fonctionnement validé - Centre ouvert
Créer un centre d'essais précoces en cancérologie (extension ICG), adossé à une plateforme de recherche translationnelle : formalisation et validation du projet de fonctionnement	X	X				- Projet de fonctionnement défini dans le cadre du futur bâtiment, et validé - Travaux programmés
Adapter et sécuriser les équipements du CRB - équipements (E) et locaux (L) – et mieux valoriser ses collections (AO)	X (E et L)	X (E et AO)	X	X (AO)		- Nouveaux équipements en place - Résultat des campagnes de certification - Projet de fonctionnement défini et nouveau bâtiment construit - Evolution des indicateurs d'activité du CRB - Nombre de projets de recherche sur collections du CRB
Assurer la montée en charge de l'UPM en équipements pharmaceutiques de production et de contrôle	X					- Nouveaux équipements en place- Evolution du nombre de projets de recherche en galénique et MTI
Créer un bâtiment de Technologies Pharmaceutiques (intégrant le CRB)	X					- Nouveau bâtiment construit et équipé - Evolution des indicateurs d'activité recherche de la PUI
Développer des projets de recherche de type living lab adossés à la filière de gérontologie du CHU			X			Nombre de projets de recherche DM et living lab en gérontologie

Déclinaison pluriannuelle du projet de soins pour répondre à l'enjeu d'adapter les plateformes de recherche aux nouveaux besoins

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateurs
Intégration des professionnels du soin aux centres d'investigation précoce et living lab						<p>Nombre de professionnels participant aux activités des centres d'investigation précoce et living lab</p> <p>Nombre de projet de recherche en soins accompagnés par les centres d'investigation précoce et libing lab</p>

6.3. ELEVER LE NIVEAU D'ORIGINALITE ET D'IMPACTS DES THEMATIQUES DE RECHERCHE DU CHU

6.3.1. LA STIMULATION DE LA CREATIVITE ET DES TRANSVERSALITES

La promotion de la transversalité demeure une préoccupation majeure du CHU de Nîmes. Les soirées recherche du CHU sont organisées chaque année (sauf situation sanitaire contraire) dans cet objectif, en associant recherche médicale, recherche paramédicale et approche territoriale de la recherche, avec chaque fois près de 150 participants. Et les labellisations internes octroyées par le CHU (thématiques phares et émergentes, cliniques pluridisciplinaires) en font une exigence.

Neuf groupes thématiques de recherche participent également de ce décloisonnement : associant des chercheurs expérimentés, des chercheurs émergents et des chercheurs en devenir, autour de thématiques de recherche voisines, ils ont pour mission principale d'accompagner la maturation des projets de recherche promus par le CHU de Nîmes, avant soumission aux différents appels d'offres.

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Groupe Neurosciences • Groupe Maladies cardiovasculaires et nutrition • Groupe Oncologie • Groupe maladies chroniques, maladies inflammatoires • Groupe Infections | <ul style="list-style-type: none"> • Groupe Locomotion • Groupe UGO • Groupe Anesthésie-Réanimation • Groupe Spécialités transversales |
|--|--|

Dans les cinq années à venir, la participation à des projets transversaux et le développement des interactions devront continués à être encouragés à travers la conception de nouveaux dispositifs permettant de susciter les échanges d'idées entre des sciences, des disciplines et des professions n'ayant pas l'habitude de se côtoyer.

Partant du constat que les idées les plus novatrices naissent souvent dans un contexte informel, et hors des champs régaliens habituels, il paraît essentiel de mettre en place de nouveaux formats de rencontre, permettant aux chercheurs à la fois de s'extraire de leurs activités professionnelles de routine et de rencontrer des experts d'autres domaines scientifiques : mathématiques, physique, informatique, sciences humaines et sociales, sciences de l'ingénieur en particulier.

En pratique, un premier objectif visera à améliorer la communication interne sur les travaux des différents chercheurs :

- La création d'une newsletter, de format court (2-3 sujets), permettrait de présenter à l'intérieur du CHU (mais aussi à l'intention du GHT), sur un mode très pédagogique, les thématiques et technologies développées par chacun,
- Des enregistrements vidéo des présentations courtes effectuées dans le cadre des formats présentiels (cf. *infra*) pourraient être réalisés et mis à disposition en différé sur une plateforme adaptée.

Le second objectif portera sur l'organisation de trois types de rencontres, chacune alliant des présentations courtes et une séance de brainstorming, et ménageant un temps informel d'échanges autour d'un café ou buffet :

- En intra-CHU, une fois par mois, une rencontre d'1 heure serait organisée à tour de rôle par chaque groupe thématique, lors de la pause méridienne,
- Au niveau loco-régional, deux à trois fois par an, serait organisée une demi-journée ou soirée, faisant intervenir des équipes de la région (de Toulouse à Marseille), aussi bien cliniques qu'issues des différentes unités de recherche, y compris des doctorants ou post-doctorants,
- A plus grande échelle, une fois par an, une journée complète sur le modèle des journées pédagogiques de la Faculté ferait intervenir des équipes internationales, ainsi que des experts complètement hors du champ médical et des sciences biologiques.

La mutualisation de certains de ces événements avec le CHU de Montpellier sera à étudier.

6.3.2. LE DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE SUR LES DONNEES DE SANTE

Les données relatives à la santé et aux soins sont de plus en plus numérisées et, comme dans la plupart des autres secteurs, celles-ci sont en croissance exponentielle depuis quelques années en termes de vitesse de production, de volume ou de diversité. Ces données peuvent être constituées de renseignements médicaux recueillis lors d'une consultation ou d'une hospitalisation (Dossier Patient informatisé, données biologiques, données d'imagerie, données de prescription, données de facturation, données de logiciels spécifiques...) ou lors d'une recherche (données des études de recherche clinique), mais également hors établissement de santé (données de remboursement de l'assurance maladie, données des certificats médicaux, et dans l'avenir certainement les données des Dossiers Médicaux Partagés ou les données socio-professionnelles issues de la CNAV, l'ensemble colligé dans le cadre du Health data-hub).

Ces différentes sources génèrent une manne de données potentiellement exploitables dans le cadre de la recherche biomédicale. Cependant, pour être utilisées, ces données doivent être identifiées, interprétées, stockées de façon structurée, référencées et éventuellement combinées entre elles. Plusieurs établissements de santé, universités et autres institutions se sont lancés dans la constitution d'Entrepôts de Données de Santé (EDS) qui collectent, structurent et organisent les données produites en routine à partir de diverses sources de l'établissement, afin de les rendre exploitables à des fins de recherche.

Le CHU de Nîmes s'inscrit dans cette tendance nationale, qui se traduit et se caractérise localement par :

- Une demande de plus en plus fréquente des médecins de pouvoir utiliser les données collectées en routine (DPI, PMSI, biologie, imagerie, pharmacie...) pour réaliser des projets de recherche,
- Une demande spécifique de certains services de disposer de moyens adaptés permettant le stockage, l'organisation, l'exploitation et le partage de données spécifiques (banque d'images, de lames numérisées...),
- Un développement de la recherche sur l'intelligence artificielle (IA), en imagerie et anatomopathologie en particulier, avec la création d'un module d'enseignement spécifique dans le cadre du Master santé de la faculté de médecine, au titre du parcours EDSB (épidémiologie, données de santé, bio-statistiques),

- Un accès rendu de plus en plus facile aux données publiques (Assurance Maladie, PMSI, causes de décès) et la possibilité de chaînage à des données issues de recherches cliniques.
- Mais une absence d'entrepôt de données de santé (EDS) structuré à visée de recherche au CHU de Nîmes.

Cependant, sur ce dernier point, le CHU s'est récemment engagé dans un projet de collaboration avec la société MEDEXPRIM visant à structurer, pour permettre leur analyse, les données de radiologie en lien avec d'autres données de santé, grâce à la mise à disposition d'un ingénieur informaticien, et à l'installation de serveurs et d'une suite logicielle spécifique permettant la collecte et l'organisation de données du CHU en fonction des besoins.

En pratique, plusieurs études ont pu être menées en phase pilote, sur un périmètre restreint à l'utilisation primaire des données de radiologie.

La finalité de cette coopération est la valorisation des données collectées par le CHU, mises à disposition auprès de sociétés tierces, notamment pour entraîner des algorithmes d'IA. Chaque demande de données devra cependant obtenir l'aval du CHU de Nîmes, dans le cadre d'une gouvernance spécifique, conforme aux recommandations et référentiels de la CNIL.

Ce montage pourrait permettre au CHU d'adapter la collecte de données à un périmètre plus large que celui de la radiologie et de l'imagerie médicale, et potentiellement de constituer un EDS à visée de recherche propre aux équipes du CHU, d'accès libre et gratuit

A court terme, la priorité portera donc sur l'analyse du cadre réglementaire et des adaptations nécessaires pour constituer et exploiter un EDS, ainsi que sur l'opportunité d'un tel projet, en lien avec la Délégation à l'intelligence artificielle et au numérique (Dian@) créée début 2022.

Dans les cinq années à venir, les principaux objectifs et actions associées viseront à prolonger ce mouvement de structuration et de développement de la recherche sur les données de santé, à des fins à la fois scientifiques et de soins (médecine 6P, amélioration du service médical et soignant rendu, évaluation médico-économique).

Il s'agira en pratique de :

- Développer, dans le cadre de la mise en place du nouveau DPI, un guichet d'accès aux données de santé collectée en routines, notamment pour le screening et l'identification de patients spécifiques susceptibles de pouvoir être inclus dans les études cliniques, ainsi que pour l'extraction des données rétrospectives exploitables dans les études observationnelles.
- Poursuivre les partenariats avec les industriels, notamment avec MEDEXPRIM, avec l'objectif potentiel de structurer un EDS local et, si cette orientation était confirmée, de constituer un dossier d'autorisation, en conformité avec les attendus réglementaires et référentiels en vigueur (objectifs poursuivis, validation scientifique et éthique des projets, information des patients, sécurité...).
- Favoriser le développement du numérique en santé au CHU de Nîmes, par différents moyens :
 - Promouvoir une recherche et une veille active sur les sujets d'intelligence artificielle,
 - Favoriser la mise en place de moyens (techniques, légaux) facilitant le stockage, la structuration et le transfert de données massives (en imagerie, anatomocytopathologie, génomique...),
 - Créer un module d'enseignement spécifique à L'IA en imagerie dans le cadre du nouveau Master de la faculté de médecine, parcours EDSB (épidémiologie, données de santé, bio-statistiques)
- Favoriser le développement des travaux de recherche sur les données du Health-Data Hub (SNDS, données PMSI, assurance Maladie) en lien avec l'équipe constituée au sein du BESPIM et du SIMMER sur la thématique « EPIdémiologie et DONnées Massives en Santé » (EPIDOMS), ainsi qu'avec la Délégation Dian@.

Cette thématique implique déjà et continuera d'impliquer un nombre croissant de chercheurs du CHU.

- Faciliter le développement des projets médico-soignants du CHU.

6.3.3. UNE VALORISATION ET UNE DETECTION ACCRUES DE L'INNOVATION

Le CHU de Nîmes, par le haut niveau de qualification de ses équipes et la diversité de ses métiers, constitue un réservoir de matière grise qui mériterait d'être davantage valorisé. Il y a donc un enjeu majeur à mieux repérer et susciter l'innovation, et à accompagner les inventeurs et plus largement les porteurs de projets innovants jusqu'à la concrétisation de leurs idées. Les projets de recherche clinique déposés par les équipes du CHU sont logiquement évalués sur leur potentiel d'innovation et de brevetabilité, mais la veille qui existe à ce niveau est insuffisante.

Des actions de sensibilisation et de détection des projets innovants et des savoir-faire ont donc été menées en 2020-2021 auprès de tous les professionnels du CHU :

- Le Trophée Innov'Action, dont la troisième édition s'échelonne entre novembre 2021 et le deuxième trimestre 2022, est désormais organisé en partenariat avec le BIC Innov'up, avec un accompagnement méthodologique pour les candidats et les lauréats, les prix accordés permettant d'amorcer le développement voire la concrétisation des innovations distinguées par le Trophée (le fonds de dotation du CHU apportant parfois des financements complémentaires),
- Une première Journée Innov'Action s'est tenue en novembre 2021, en partenariat avec les principaux acteurs de l'écosystème de l'innovation (BIC Innov'up, CCI, SATT AxLR, PEPITE-LR, Equipe Partenariat de MUSE, Cabinet de Propriété Intellectuelle...)
- Dans le cadre du GCS du CH et U Montpellier-Nîmes, l'« Extracteur d'Innovation » mis en place par le CHU de Montpellier a été déployé en 2021 au profit des équipes nîmoises, dans l'objectif de susciter l'innovation, de repérer les idées à un stade très précoce et d'accompagner leurs auteurs dans leurs premiers pas d'inventeurs, en les aidant à maturer leur projet et à se repérer parmi les différents guichets disponibles.

Ces actions seront reconduites ou renforcées dans les années à venir, dans l'objectif de développer le portefeuille d'innovations protégées (brevets, logiciels, dessins et modèles) et surtout de permettre leur diffusion. Repérer l'innovation n'a de sens que si celle-ci est valorisée et rendue accessible à tous, notamment par la mise sur le marché.

Les objectifs prioritaires 2022 - 2026 viseront donc à :

- Démocratiser l'innovation et décomplexer les inventeurs potentiels (« il n'y a pas de petites inventions ») pour faire émerger davantage de projets innovants, à travers les l'organisation annuelle d'évènements Innov'Action (trophée, journée, appel à solutions innovantes, hackathons...), la participation croisée aux événements innovation des institutions partenaires et la diffusion de vadémécums (« kit innovation »),
- Mieux structurer l'accompagnement des inventeurs, en articulant les coopérations récemment mises en place dans ce domaine, notamment avec la CCI du Gard et le BIC Innov'up, l'équipe Partenariats de MUSE, le CHU de Montpellier (Extracteur) et l'Université de Nîmes, et en intégrant de nouvelles coopérations (localement, le FabLab de Nîmes ; au niveau régional, l'agence de développement économique AD'OCC),

- Valoriser davantage les inventeurs, par la communication dans les médias internes et externes, mais aussi par la mise en place d'un dispositif d'intéressement spécifique – quand il n'est pas prévu réglementairement – sur le modèle des primes à l'invention liées aux dépôts de brevets,
- Redynamiser et formaliser les collaborations avec les écoles du Gard : IUT de Nîmes, Ecole des Mines d'Alès en particulier,
- Développer les prises de contact à visée exploratoire avec les entreprises en santé de l'écosystème gardois et plus globalement occitan (participation aux rencontres « grand compte » organisées par le Bic Innov'up, aux be-to-be d'Eurobiomed, prises de contact spécifiques à l'initiative du CHU sur la base d'un repérage des entreprises pertinentes avec l'aide de la CCI),
- Engager une réflexion sur le positionnement externe du CHU comme écosystème favorable aux innovations en santé : devenir de l'institut d'évaluation des dispositifs médicaux (IDIL), réponse aux sollicitations visant à tester des solutions innovantes, accueil de start-ups sur le site du CHU (notamment dans le cadre du futur bâtiment des technologies pharmaceutiques) et sur la prise de participation à leur capital, positionnement dans le cadre de Med Vallée (cf. *infra*)...
- Plus globalement, déboucher sur de nouveaux contrats de co-développement et de licencing, notamment avec l'accompagnement de la SATT AxLR et d'Eurobiomed.

Ce dernier objectif vaut aussi pour le résultat des études cliniques : un premier contrat de licencing de données issues d'un essai promu par le CHU a été conclu en 2020, un second contrat est en cours d'élaboration. Un intéressement collectif a déjà été mis en place concernant ces contrats de licencing, dans l'objectif d'encourager leur développement.

Déclinaison pluriannuelle du projet médical de l'objectif 6.3 dans le cadre du Plan d'Action Recherche et innovation (PARI) :

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateurs
Mettre en place une newsletter consacrée aux travaux de recherche des équipes du CHU	X					Newsletter diffusée. Nombre de numéros par année.
Mettre en place de nouveaux formats mensuels (M), trimestriels (T) et annuels (A) de rencontres scientifiques inter-disciplinaires	X (M, T)	X (T, A)				Nombre de rencontres effectivement organisées par type de format Nombre de participants Evaluation qualitative (questionnaires)
Ouvrir un guichet d'accès aux données de santé dans le cadre du nouveau DPI		X	X			Nouveaux modules en place au sein du DPI
Etendre la collaboration avec Medexprim à des projets de structuration de données portés par le CHU	X	X	X			2022 : clarification du cadre réglementaire et des adaptations nécessaires, en lien avec la Délégation Dian@ et validation institutionnelle du cadre de cette collaboration 2022 : début de structuration et phase test (projet pilote) 2023 : élargissement des cas d'usage
Développer les travaux de recherche sur les données du Health-Data Hub (HDH)			X			Nombre de projets de recherche promus par le CHU sur les données du HDH
Déployer l'extracteur d'innovation du GCS	X	X				Nombre de rencontres terrain et de porteurs de projet accompagnés
Et organiser annuellement des événements Innov'Action	X	X	X	X		Evènements organisés chaque année (trophée, journées, autres formats)
Développer les rencontres exploratoires avec des entreprises en santé	X	X				Nombre de rencontre par format (convention d'affaires, be-to-be...)
Développer les coopérations avec les acteurs de l'innovation (EMA, IUT, AD'OCC, FabLab...)			X			Nouvelles conventions signées
Engager une réflexion sur le positionnement du CHU comme écosystème favorable aux innovations en santé	X					Doctrine et circuits définis
Développer les contrats de licencing et l'accueil de start-up			X			Nombre de contrats signés + recettes correspondantes. Start-up hébergées

Déclinaison pluriannuelle du projet de soins pour répondre à l'enjeu d'élever le niveau d'originalité et d'impacts des thématiques de recherche du CHU

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateurs
Développement de la participation des professionnels du soin aux rencontres scientifiques interdisciplinaires et aux formations / congrès en lien avec la recherche	x	x	x	x	x	Nombre de professionnels ayant participé à : - rencontre scientifique interdisciplinaire - formation - congrès
Développement de la recherche en soins sur les données de santé						Nombre de projets de recherche en soins accompagnés sur la thématique "données de santé"
Développement des collaborations entre professionnels du soin avec les acteurs de l'innovation						Nombre de collaborations avec les acteurs de l'innovation en soins

6.4. ACCELERER LE DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE EN RESEAU

Le CHU de Nîmes entend contribuer pleinement à la dynamique régionale et interrégionale de recherche en poursuivant sa politique de développement des partenariats.

Le projet scientifique du CHU prévoit également d'intensifier les coopérations avec les CHU de l'interrégion, de développer la recherche translationnelle au travers des partenariats de co-développement avec les industriels, de renforcer le rôle territorial du CHU de Nîmes en tant qu'établissement support du GHT et de poursuivre le développement des collaborations nationales et internationales en matière de recherche.

6.4.1. LA FORCE DE FRAPPE COMMUNE MONTPELLIER-NIMES

A l'échelle infra-régionale (Est-Occitanie), l'axe Montpellier-Nîmes constitue une évidence et un atout dans un contexte de concurrence accrue, d'augmentation de la masse critique requise et d'élargissement des périmètres de coopération. Il n'exclut pas, de ce fait, les collaborations avec d'autres CHU ou Instituts de cancérologie, notamment dans le cadre du GIRCI.

Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) MERRI, instauré en 2009 entre les deux CHU, visait principalement à porter un appel d'offres commun, qui a permis d'accompagner 74 projets de recherche bicentriques en dix ans.

En 2016, l'appel d'offres a été réorienté sur les équipes des deux CHU reconnues pour leur collaboration active, de façon à limiter l'existence d'écarts d'inclusions parfois sensibles entre les deux CHU.

En 2019, les statuts du GCS ont été réformés en profondeur, afin d'en faire la structure de pilotage stratégique et de coordination de toutes les collaborations hospitalo-universitaires entre les deux CHU, préfigurant par là-même l'organisation des CHU en réseau (cf. chapitre 4.4. *Co-référence et synergie avec le CHU de Montpellier*).

Les outils de pilotage étant désormais en place, il convient à l'avenir de conférer toute sa portée opérationnelle au nouveau cadre partenarial, en privilégiant les objectifs suivants :

- Le développement des activités de recherche des FMHU :

Les FMHU, au nombre de 13 en 2021, constituent un cadre privilégié pour les activités de recherche portées par les équipes des deux CHU au sein d'un même champ disciplinaire.

Celles-ci devront faire l'objet d'un accompagnement attentif, avec deux objectifs de court terme :

- La création d'une nouvelle FMHU dans le domaine des urgences (Cf. Chapitre 4.4. *Co-référence et synergie avec le CHU de Montpellier*) et l'aboutissement du projet de FMHU en santé publique,
- La mise en place d'indicateurs de suivi recherche pouvant être recueillis directement par les DRCl, en complément des rapports d'activité rédigés par certaines FM-HU.

L'étude de la faisabilité d'une FMHU dans le domaine des soins critiques, en réponse à la préconisation du Hcéres, devra également être conduite au niveau des instances du GCS.

Conformément aux recommandations du Hcéres, les objectifs prioritairement recherchés sont de faire émerger un plus grand nombre de projets inter-CHU et de potentialiser le recrutement dans les essais grâce à la mutualisation des cohortes de patients.

En ce sens, il ne s'agira plus d'encourager uniquement la mise en place de complémentarités non compétitives en matière de recherche, celles-ci pouvant parfois compromettre la réalisation d'essais bicentriques par défaut de partage d'expertise, voire par absence de file active correspondante (cas de certaines maladies rares, uniquement suivies à Montpellier).

L'appel d'offres géré par le GCS devra probablement être assorti d'exigences supplémentaires, pour mieux garantir la dynamique des FMHU : réserver strictement l'AOI du GCS aux FMHU et échelonner les crédits en fonction des inclusions pourraient faire partie des mesures à adopter, avec l'accord des instances du GCS.

Il apparaît important de mieux identifier les avantages liés à l'appartenance à une FMHU auprès des équipes non fédérées. La mise en place d'un dispositif d'intéressement spécifique pourrait y contribuer, dont les modalités seraient à définir par le GCS.

Le développement des publications scientifiques communes devra également constituer une exigence institutionnelle forte, en dépit d'un nouveau modèle de financement de la recherche n'encourageant pas les coopérations. L'annuaire SIR (SIGAPS) du GCS, mis en place fin 2020, n'a ainsi pas pu être activé du fait de l'opacité du dispositif de compte fractionnaire.

Il n'en reste pas moins que la rédaction d'une charte de publication des FMHU pourrait être envisagée, dont il appartiendrait aux DRCl des deux CHU de contrôler le respect.

De même, des cycles de rencontres avec les équipes des deux CHU pourraient être organisés, afin de suivre et accompagner leur dynamique de façon plus personnalisée.

Une mutualisation accrue des équipes constitue un autre axe porteur : le développement des temps médicaux partagés, dans le cadre d'équipes médicales communes, sur le modèle de la neuroradiologie interventionnelle, favorise la production scientifique commune.

De même, la collaboration entre les équipes cliniques pourrait être adossée à une collaboration entre les équipes de méthodologie et de biostatistiques, dans le cadre de la future FMHU de santé publique, à travers la constitution de binômes inter-CHU sur les projets portés par les FMHU.

- Vers un entrepôt de données de santé commun

La mise en place d'un entrepôt de données de santé commun s'inscrit dans un horizon qui dépasse l'actuel projet médical.

Le CHU de Nîmes et le CHU de Montpellier ne sont pas équipés du même dossier patient informatisé et n'en sont pas au même niveau d'avancement concernant la constitution et la structuration de leur EDS, avec des choix stratégiques différents à ce stade (structuration interne et globale au CHUM, structuration déléguée et partielle au CHUN).

Les deux CHU ont donc opté pour une démarche pragmatique concernant la structuration conjointe de leurs données : un premier projet commun, limité à un ensemble de pathologies (insuffisance cardiaque), a été déposé sans succès à un appel d'offres du Health Data Hub. Ce type d'initiative devra être reconduit.

Par ailleurs, dans l'attente, la recherche commune sur données de santé pourrait être encouragée par la mise en place d'un appel d'offres spécifique « cohortes pilotes » Montpellier-Nîmes. Celui-ci viserait à tester des hypothèses, dans une approche de centre expert, avec des moyens techniques d'accompagnement et le financement des dosages nécessaires. Ceci dans l'objectif d'un élargissement à d'autres CHU dans un second temps, pour évoluer vers des registres nationaux, plus à même de peser internationalement.

Enfin, les enjeux liés à la science ouverte et à la mise en accès à la communauté des chercheurs des données issues des études devront faire l'objet d'une réflexion conjointe entre les deux CHU, de même que les modalités de la synergie à construire avec l'Institut de Science des Données de Montpellier (ISDM).

- La participation à la dynamique Med Vallée

Le projet Med Vallée s'inscrit dans le cadre d'un rééquilibrage économique urbain amorcé par la Métropole de Montpellier au nord de la ville, en interaction avec les secteurs de recherche et d'innovation les plus forts (environnement, santé) pour renforcer les synergies entre les différentes polarités correspondant à l'I-Site MUSE.

Comme indiqué plus haut, l'éloignement du CHU de Nîmes des épices régionaux (Montpellier, Toulouse) ainsi que sa moindre visibilité au regard des autres CHU occitans le privent de l'attention des collectivités territoriales disposant de budgets significatifs dédiés à la recherche et à l'innovation.

Néanmoins, la dynamique engagée à travers le projet Med Vallée a vocation à fédérer également les équipes du CHU de Nîmes sur les thématiques partagées avec le CHU de Montpellier (ainsi qu'avec l'ICM) dans un objectif de co-renforcement synergique.

Une réflexion devra être menée en ce sens, d'une part afin de préciser dans le cadre du GCS les modalités de la participation du CHU de Nîmes aux quatre projets phares de Med Vallée :

- Un centre de bioproduction pour répondre à l'utilisation croissante des thérapies cellulaires, en lien étroit avec les start-up leaders du secteur (MedXCell)
- Un espace de recherche et d'intégration des outils numériques en santé (ERIOS)
- Un centre de recherche et d'innovation en biologie santé, au travers de l'aménagement du 5ème étage du bâtiment unique de biologie en « living lab »
- Une plateforme audiologique d'excellence (Audiocampus)

D'autre part, afin d'identifier et de promouvoir un ou deux projets phares que le CHU pourrait piloter ou co-piloter dans le cadre de Med Vallée (dans le champ de l'innovation pharmaceutique ou des dispositifs médicaux par exemple).

6.4.2. LES SYNERGIES AVEC L'UNIVERSITE, LES EPST ET LES INDUSTRIELS

Le CHU de Nîmes entretient des liens organiques avec l'Université de Montpellier : la convention hospitalo-universitaire de 1975 entre le centre hospitalier universitaire de Nîmes, le centre hospitalier universitaire de Montpellier et l'Université de Montpellier fonde le Centre Hospitalier et universitaire Montpellier-Nîmes.

A l'échelle de l'Occitanie-Est (ex-Languedoc-Roussillon), le CHU de Nîmes fait partie des 19 partenaires du consortium de l'I-Site MUSE « Montpellier Université d'Excellence MUSE », qui structure les relations entre l'Université de Montpellier, porteuse du projet, 3 établissements de santé (CHU de Montpellier, CHU de Nîmes, ICM), 11 organismes de recherche nationaux et 4 grandes écoles (dont l'Ecole des Mines d'Alès, partenaire privilégié du CHU de Nîmes dans le Gard), autour d'un programme de recherche intensive dans les domaines liés à l'agriculture, l'environnement et la santé.

Par son histoire, liée à l'universitarisation tardive du CHU de Nîmes, et sa position géographique éloignée des Etablissements Publics à caractère Scientifique et Technologique (EPST), tous situés à Montpellier, le site facultaire du CHU de Nîmes n'accueille que peu d'équipes labellisées :

- L'UMR U1047 « Virulence bactérienne et infections chroniques » en articulation étroite avec le Centre National de Référence Brucella,
- L'UR 103 IMAGINE « Prévention et prise en charge de la défaillance circulatoire des patients en état de choc » intégrant une partie des équipes précédemment impliquées dans l'EA 2992, ainsi que l'antenne « Photobiologie, Oncopharmacologie » (F15) de l'UMR 5247 - Institut des Biomolécules Max Mousseron (IBMM). Il est à souligner que 75 praticiens du CHU de Nîmes sont membres d'unités de recherche (UMR, EA...) dont deux tiers de personnels hospitalo-universitaires et un tiers de praticiens hospitaliers et assimilés.

Les relations avec les EPST, en particulier l'INSERM et le CNRS, sont structurées dans le cadre du CRBSP et des trois Fédérations Hospitalo-Universitaires (FHU) Montpellier-Nîmes qui ont été labellisées en 2017 par AVIESAN :

- EvoCan : « Evolution of cancers : Cancer, Heteroclonality and Personalised Treatments »,
- ReGenHab : « Regeneration and rehabilitation to restore mobility in diseases with musculo-skeletal tissue dysfunction »
- InCh : « Infections and Chronicity : from pathogenesis to care strategies »

A l'échelle locale (territoire du Gard), le CHU de Nîmes a formalisé en 2021 le partenariat effectif de longue date avec l'Université de Nîmes, reposant sur des collaborations actives avec les unités de recherche CHROME et PROJEKT qui développent une recherche transdisciplinaire respectivement autour des risques chroniques et émergents et de l'innovation sociale par le design.

Pour les années à venir, le CHU de Nîmes a pour objectif de développer significativement les partenariats, à travers la mise à disposition de son savoir-faire auprès des institutionnels, des académiques mais aussi des industriels. La mise en œuvre de la nouvelle unité de recherche IMAGINE (UR 103), sous la co-tutelle d'UM et du CHU, devra faire l'objet d'un accompagnement par le bureau de DRCl, sur la base des

recommandations du Hcéres. De même, la mise en place à Montpellier de la nouvelle UMR 1302, Institut Desbrest d'Epidémiologie et de Santé Publique (IDESP), à laquelle participe une vingtaine de PU-PH et PH du CHU, sera suivie attentivement. Plus globalement, l'accès des praticiens hospitaliers, non universitaires, aux unités de recherche montpelliéraines (EPST, Université) devra être renforcé.

Les thématiques phares seront invitées à développer leurs projets translationnels avec l'Université, les EPST et autres organismes publics de recherche, afin d'accéder à des appels d'offres ambitieux à l'échelle nationale (PHRC, ANR, INCa...), voire européenne.

L'appel d'offres FHU géré par le CRBSP sera reconduit courant 2022 (« FHU-2 »).

Une convention-cadre de coopération sera conclue, en 2022 également, avec le Commissariat à l'Energie Atomique (CEA), pour développer les synergies avec le site de Marcoule.

La création d'un AO local destiné à financer un post-doctorant sera remise à l'étude.

Le partenariat plus spécifique avec Unîmes sera étendu au domaine des neurosciences, notamment en lien avec la création récente d'une troisième unité de recherche, APSY-V, consacrée à l'étude du rôle de l'activité physique et/ou des processus psychologiques dans la majoration ou la diminution des risques encourus ou perçus par les individus vulnérables.

Enfin, il est attendu que les conventions signées avec Eurobiomed et la CCI se traduisent par des plans d'action communs en appui à l'activité de l'Institut d'Evaluation des Dispositifs Médicaux (IDIL) et du CRB, et plus globalement à la construction de partenariats de recherche porteurs avec les industriels de l'écosystème gardois et occitan.

6.4.3. LES COLLABORATIONS SCIENTIFIQUES INTERNATIONALES

A l'échelle internationale, le CHU de Nîmes a officialisé en juillet 2019 un partenariat initié en 2012 avec l'Université du Queensland à Brisbane, en Australie, orienté depuis 2015 vers des projets de recherche visant à l'optimisation anti-microbienne dans le domaine de la réanimation. Cette collaboration scientifique s'est d'ores et déjà traduite par plusieurs mobilités et séjours de praticiens nîmois en Australie, ainsi que par l'organisation à Nîmes d'un premier symposium scientifique commun en juillet 2019, faisant intervenir des chercheurs européens, américains et australiens. A travers la convention récemment signée, le CHU de Nîmes s'engage en outre à assurer la promotion française d'études multicentriques portant sur la pharmacocinétique et la pharmacodynamique de nouveaux antibiotiques et d'anti-fongiques et à développer de nouvelles études translationnelles, à partir d'un modèle de porcelets anesthésiés et ventilés mécaniquement en situation de choc endotoxinique, au sein de l'animalerie située sur le site facultaire de Nîmes.

Sur la base de ce modèle, le CHU de Nîmes a signé deux autres conventions au niveau européen :

- L'une avec la Fundació Catalana de Pneumologia, à Barcelone, en Espagne, dans le domaine des soins critiques,
- L'autre avec le CHU de Liège, en Belgique, dans le domaine de la néphrologie.

Des collaborations scientifiques sont également officialisées, dans le champ de la psychiatrie, avec l’Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de Madrid, en Espagne, ainsi qu’avec l’Università degli Studi di Milano – Bicocca, en Italie.

Par ailleurs, dans le cadre des actions de coopération hospitalière internationale financées par la DGOS, le CHU de Nîmes poursuit systématiquement des objectifs de collaboration scientifique :

La convention cadre signée avec l’hôpital Viet Tiep, à Hai Phong, au Vietnam, en 2016, comprend un volet recherche qui a permis la mise en œuvre d’un protocole commun, en complément de la participation régulière à des études promues par l’ANRS. Le partenariat mis en place avec l’hôpital mère-enfant de la Province du Shanxi, à Taiyuan, en Chine, comporte également des actions de coopération scientifique, un premier congrès sino-français a été organisé conjointement à Taiyuan en 2019, et l’accueil à Nîmes de doctorants chinois est d’ores et déjà programmé à compter de 2022. Enfin, le CHU de Nîmes met en œuvre chaque année un AO « mobilité internationale » à l’intention de ses praticiens, qui constitue un premier jalon dans la constitution de nouvelles collaborations.

L’objectif dans les années à venir sera prioritairement de consolider les partenariats institutionnels existants, dont la crise sanitaire internationale est venue compliquer la mise en œuvre, en particulier s’agissant de l’organisation de symposiums communs.

La seconde priorité portera sur la formalisation de nouveaux partenariats, sur le modèle australien, soit à partir des collaborations informelles déjà en place, soit à partir des collaborations nouées dans le cadre de mobilités internationales. Le bureau de DRCI assurera un suivi attentif des suites de ces mobilités.

A travers ce projet scientifique pluriannuel, le CHU de Nîmes entend ainsi assumer son devoir d’excellence, en consolidant son modèle de recherche et d’innovation médicale appliquées, inscrit dans la politique de transfert et de valorisation industrielle nécessaires à la diffusion des progrès médicaux et à la création de valeur économique dans le territoire.

Déclinaison pluriannuelle du projet médical de l'objectif 6.4 dans le cadre du Plan d'Action Recherche et innovation (PARI) :

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateurs
Structurer la collaboration entre les équipes de méthodologie et de biostatistiques des deux CHU dans le cadre de la FMHU Santé Publique	X	X				Document rédigé
Réviser les modalités d'accompagnement des équipes fédérées : AO recherche du GCS, intéressement	X	X				Nouveau cahier des charges formalisé Dispositif d'intéressement en place
Rédiger une charte de publication scientifique des FMHU	X					Charte rédigée
Mettre en place un appel d'offres spécifique « cohortes pilotes » Montpellier-Nîmes		X				AO en place
Structurer conjointement la collaboration avec l'Institut de Science des Données de Montpellier (ISDM) dans le cadre de la démarche EDS des deux CHU	X	X				Convention signée avec l'ISDM, plan d'action commun défini
Définir la place des équipes de recherche du CHU de Nîmes dans le projet Med Vallée	X	X	X			Document formalisant les interactions recherche CHUN / Med Vallée
Contribuer à la mise en œuvre des nouvelles UMR (IDESP) et UR (IMAGINE)						Résultats de l'évaluation Hcéres en 2025
Réviser la convention de structure du CH et U Montpellier-Nîmes	X	X				Convention révisée signée
Renouveler l'AO FHU dans le cadre du CRBSP	X					FHU labellisées dans le cadre de FHU-2
Etudier la mise en place d'un AO post-doctorant	X					Cahier des charge défini, financement identifié

Signer et activer les partenariats avec Eurobiomed et Unîmes	X	X				Conventions signées, plans d'action définis, indicateurs des plans d'action
Organiser des symposiums communs dans le cadre des partenariats scientifiques internationaux en place	X					Nombre de symposiums organisés Nombre de participants, dont chercheurs d'autres pays
Conclure de nouveaux partenariats scientifiques internationaux	X					Nombre de conventions signées, valorisation générée

Déclinaison pluriannuelle du projet de soins pour répondre à l'enjeu d'accélérer le développement de la recherche en réseau

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateurs
Développement des projets de recherche multicentriques au sein du GHT et FMHU	X	X				Nombre de projets de recherche accompagnés : - dans le GHT - dans le FMHU

6.5. STRUCTURER UN CAMPUS UNIVERSITAIRE FORT DE SES SYNERGIES

Constats et enjeux

Le CHU de Nîmes cultive des liens historiques avec le site nîmois de la faculté de médecine. L'investissement dans les récentes réformes facultaires, la dynamique institutionnelle au service de l'enseignement ou bien la mobilisation des personnels hospitaliers et hospitalo-universitaires témoignent d'un engagement fort pour répondre aux enjeux de la formation initiale et continue pour les 5 prochaines années.

Le site facultaire Nîmois a grandi rapidement ces dernières années et a dû accompagner plusieurs évolutions notables :

- Les réformes des études médicales et paramédicales intégrant dans une même filière la médecine, la maïeutique, l'odontologie, la pharmacie, la kinésithérapie et l'ergothérapie (socle commun santé MMOPKE)
- L'extension du site nîmois de la faculté de médecine,
- L'installation de l'IFMS sur le site de Carémeau à partir de septembre 2021 accompagnant le développement des formations infirmières (IFSI), aides-soignantes (IFAS), et d'auxiliaires de puériculture (IFAP) ;
- L'ouverture de nouvelles formations initiales paramédicales : manipulateurs en radiologie, assistants de régulation médicale ;

- La création dans le cadre du Ségur de la santé, de deux nouvelles filières de formation IADE et IBODE qui ont été agréées. Ces écoles de spécialités IADE et IBODE vont accueillir les premières promotions d'étudiants infirmiers anesthésistes et d'étudiants infirmiers de bloc opératoire en octobre 2022. L'école IBODE (validée par le conseil régional) et l'école IADE en bonne voie de réalisation sont ou seront intégrées sur le site de l'IFMS ;
- L'extension du nombre de places pour la formation IBODE et IADE, avec création d'une école IBODE (validée par le conseil régional) et le projet d'une école IADE en bonne voie de réalisation ;
- La juxtaposition de ces nombreuses formations donnant un aspect « en silos » avec des échanges entre étudiants pourtant dans une même perspective de formation santé et amenés à travailler ensemble.

Le CHU a un rôle majeur à jouer à différents niveaux dans cette formation santé, en favorisant l'interdisciplinarité, en optimisant l'accueil des étudiants (espaces pour l'enseignement et l'évaluation), en prenant en compte le temps médical dédié... Ainsi cette évolution facultaire très significative impose peut-être de réfléchir différemment le tandem CHU-Faculté pour améliorer la lisibilité et l'attractivité du site, optimiser ses atouts de formation, et renforcer sa représentation HU.

Projets et perspectives

Une solution à la mesure de ces enjeux hospitalo-universitaires forts pourrait être la structuration du campus de santé nîmois.

Ce campus rassemblerait sur un même site la formation, le soin et la recherche.

Il serait un lieu de synergie entre les formations médicales et paramédicales en favorisant les interactions entre les différentes formations, filières et niveaux. Le partage entre étudiants santé issus de différentes formations serait un atout pour de futurs professionnels.

Il serait aisé de créer des ponts entre étudiants :

- Par la création de cours/stages communs entre étudiants issus de Médecine et l'IFSI en seconde année comme cela a été fait pour la Maïeutique ;
- Par l'organisation d'ateliers interdisciplinaires de sémiologie autour de situation de soins en équipe, mais aussi en «trans-cycle» (ex. des premiers cycles qui deviennent les acteurs des ECOS pour les seconds cycles avec jeu de mime) ou bien par le développement de compétences en sémiologie pour les IPA ou encore créer des lieux de « formation pour tous » sous la forme d'UE libres (transitoires pour débiter) où les étudiants pourraient être réunis autour de socle commun de formation comme la sémiologie, l'anatomie ou le savoir-être (maïeutique, IDE, IPA, IADE, IBODE);
- Par l'émergence d'une structure de coordination des différents acteurs de la formation santé ayant pour mission d'interfacer les parcours en proposant des cycles de rencontres régulières. L'objectif serait de créer une dynamique d'interaction entre parcours pour l'année suivante en ciblant les connaissances partagées et les compétences communes ;
- Par la mixité des parcours recherche, en développant les animations recherche (sur le modèle d'Innovation), en ouvrant les laboratoires du site aux étudiants, en favorisant le mélange des étudiants

dans la formation recherche (sur le modèle du Master Rehab ouvert aux étudiants de médecine, kinésithérapeutes, ergothérapeutes...), en encourageant les échanges avec d'autres structures (IMT Mines Alès, Université de Nîmes).

Ce campus serait aussi un lieu pour accueillir de nouvelles formations pour le site de Nîmes.

L'intégration universitaire des formations paramédicales est en cours dans les universités françaises. L'université de Montpellier, par sa composante santé, a amorcé la réflexion et déjà intégré la psychomotricité. Les prochaines étapes, qui sont en cours de discussion, pourraient être l'intégration de la kinésithérapie et de l'ergothérapie. Sur le modèle du cursus médecine, la formation en kinésithérapie comme en ergothérapie pourrait s'implanter sur le campus nîmois et enrichir l'offre de formation du territoire. Ainsi, environ 30% des effectifs d'Occitanie Est pourrait avantageusement tirer profit du site (nombreuses formations et plateau de simulation) et de son environnement (lieu de stage et d'opportunité d'emploi sur le CHU). L'évaluation du capacitaire et des ressources dédiées sera alors la première étape de ce projet d'intégration si la faculté comme le CHU valident le projet. Qu'elles que soient les modalités d'intégration, l'ouverture sur site se fera au plus tôt en 2024.

Les formations paramédicales (IADE, IBODE et puéricultures) récemment installées sur le campus pourraient être organisées en interprofessionnalité. Le principe serait de réunir les enseignements des trois écoles de spécialités anesthésie, bloc et puériculture en déclinant un projet pédagogique selon le modèle IPA avec un socle commun d'enseignements théoriques, voire cliniques puis des enseignements de spécialité. Cette expérimentation a pour but d'anticiper voire de proposer un modèle d'enseignement qui sera en cohérence avec la refonte du référentiel de ces métiers (fin des consultations au mois de mai 2022, méthodologie fortement orientée vers l'universitarisation des études selon le modèle IPA pour une application souhaitée en 2023).

Un campus comme lien entre formation théorique et pratique / formation initiale et continue.

Le campus pourrait être un lien pédagogique entre lieu de stage et formation académique en permettant de structurer plus efficacement les stages hospitaliers en améliorant l'environnement pédagogique des étudiants médicaux et paramédicaux dans les services par une identification des encadrants de stage dans des espaces dédiés à l'enseignement au sein du CHU et/ou des services, par la mise en place d'évaluations formelles et harmonisées en fin de cycle pédagogique pour toutes les formations, par le choix ou la création de supports informatiques de stage comme SIROP ou SIDES NG (présentation de stages, livret de compétences, portfolio pour un suivi individuel, évaluations du stage par les étudiants), par l'utilisation partagée des ressources pédagogiques dans les services (SIM-HU pour les gestes, modèles d'ECOS...).

Cette évolution impliquera nécessairement sur le site Nîmois de sanctuariser le temps des praticiens hospitaliers dédié à la formation permettant une reconnaissance institutionnelle du temps passé au lit du patient à former les étudiants (et plus largement pour les personnels soignants). Il s'agira de mesurer l'investissement pédagogique de chaque praticien par l'inclusion d'un temps d'enseignement dans les maquettes organisationnelles ce qui permettrait de valoriser le temps dédié à l'enseignement.

Enfin, ce lien pédagogique sera un moyen de favoriser l'accompagnement de la vie étudiante en facilitant l'accessibilité entre le site facultaire et le site du CHU (chemin balisé, lieux communs), en conduisant des actions de communication et d'information autour des dispositifs existants au CHU auprès des étudiants (Ex : ligne téléphonique dédiée COVID à intégrer à la journée d'accueil). Plus largement une campagne de

communication interne (page dédiée à la formation dans le journal du CHU, sur les Sites du CHU et de la Faculté, sur le magazine LUM) comme externe (quotidiens régionaux et réseaux sociaux) est à prévoir pour rendre l'offre de formation initiale et continue visible de tous les candidats potentiels médicaux comme paramédicaux.

Autre enjeu : l'amélioration du fonctionnement du campus (évolution du modèle SIM-HU) et l'optimisation de l'interaction avec l'Université. Un lien fort pourrait être créé entre les formations développées par simulation qu'elles soient médicales ou pour le personnel soignant et les actes invasifs menés au sein de la structure hospitalière. Sur le campus Nîmois, les formations se déroulent d'une part sur le site facultaire (avec le nouveau plateau de 800 m² pour la simulation synthétique), le laboratoire d'anatomie rénové et le plateau technique, et d'autre part dans les locaux du CESU 30 et de l'IFMS. Ces formations vont de la simulation immersive haute-fidélité, à la simulation procédurale, en passant par la simulation organique avec le laboratoire d'anatomie et le plateau technique, ou bien la simulation d'échographie, ou encore d'autres modalités de type escape-game, chambre des erreurs, serious game informatiques ou sur table. Les cursus initiaux des différentes filières intègrent la simulation, avec une volonté de développer de l'interdisciplinarité dès que possible.

En complément de la formation initiale, ce campus Nîmois pourrait également être un accélérateur de la Formation Médicale Continue (FMC) en maintenant la dynamique du recueil des besoins et de formalisation d'un plan de formation du personnel médical, en améliorant le plan de communication sur le catalogue de formation DPC du CHU, en développant le dispositif de désignation d'un statut de formateur médical, en ouvrant un droit de formation continue aux internes, en particulier au catalogue DPC (tarif préférentiel...), en favorisant la culture de l'émargement (traçabilité) et de l'évaluation de la formation (à partir d'un formulaire en ligne sur REDCAP), en anticipant les besoins inhérents à la re certification des professionnels de santé.

Ce projet de campus a l'ambition de créer un pôle de formation dynamique et innovant des métiers de la santé, matérialisé par une coopération entre faculté et services de soins. Le CHU de Nîmes poursuit son projet d'accroître les effectifs médicaux universitaires. La problématique de l'offre de stage qui n'est pas ouverte à toutes les spécialités sur le site nîmois actuellement en raison d'un déficit de l'encadrement hospitalo-universitaire est ancien et doit être corrigé. De plus, les besoins d'encadrement en stage vont croître rapidement que ce soit pour les étudiants de médecine (en quantité et en qualité notamment les DFASM3) comme les étudiants paramédicaux (en quantité). Il faudra renforcer dans un premier lieu l'encadrement des étudiants par les chefs de clinique (rééquilibrage Montpellier-Nîmes - aujourd'hui 29 CHUN et 130 CHUM) et à terme un nombre d'enseignants par étudiant équivalent.

Ce campus pourrait aussi être un espace dédié à la Recherche et à l'Innovation. Il pourrait permettre de rassembler des équipes de recherche en santé, favoriser la création de plateformes de recherche, mettre en place des séminaires, permettre des partenariats publics-privés et renforcer ces équipes d'excellence et l'innovation. Ce campus pourrait être au cœur de son territoire de santé en favorisant les travaux sur les spécificités médicales de ce territoire, en termes de santé publique, et de prévention.

Enfin, associer au Campus Nîmois une structure juridique adaptée serait une hypothèse pour faciliter, promouvoir ou régulariser un lien direct entre l'espace facultaire (et notamment les unités de recherche) et hospitalier.

Déclinaison pluriannuelle du projet médical pour répondre à l'enjeu de structurer un campus de santé universitaire

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateurs
Créer une structure de coordination des formations	X					Structure de coordination créée
Intégrer la kinésithérapie et l'ergothérapie			X			Parcours kinésithérapie et ergothérapie affiché dans parcours sup sur Nîmes
Encourager la synergie interdisciplinaire		X	X	X	X	Nombre de cours associant plusieurs disciplines
Favoriser la dynamique recherche	X					Evènement recherche, nombre étudiants masters, doctorants
Augmenter les effectifs HU nîmois		X	X	X	X	Nombre CCA, MCU, PU mono ou bi-appartenant
Sanctuariser les temps de formation PH	X					Outil pour comptabiliser le temps de formation, PH formateur répertoriés, temps de formation affecté

Déclinaison pluriannuelle du projet de soins pour répondre à l'enjeu de structurer un campus de santé universitaire

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateurs
Développement de la politique de tutorat sur l'ensemble des métiers du soin						Taux unités ayant des tuteurs désignés et formés
Développement d'une politique de professionnalisation dès l'accueil en stage pour favoriser les recrutements						Politique structurée et écrite Taux de recrutement / nombre de stagiaire accueillis Turn over dans la 1ère année de prise de poste
Repérer les expertises pour mettre en œuvre des parcours de professionnalisation et développer la formation en interne						Nombre d'expertises repérées Nombre de formation / accompagnement assuré par des professionnels internes au CHU
Accompagner et tutorer les étudiants et nouveaux arrivants aux évolutions des métiers						Mise à jour de la politique tutorat et accueil du nouvel arrivant
Poursuivre le développement des IPA et l'identification des nouveaux métiers au sein de l'établissement						Nombre d'IPA formés Nombre de formations spécifiques aux nouveaux métiers

7. L'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS

Déjà engagée depuis plusieurs années, la démarche de qualité et de sécurité des soins se poursuit au CHU de Nîmes, après quatre itérations de certification par la Haute Autorité de Santé (HAS) et la perspective d'une cinquième visite de certification prévue en mars 2023. Elle se renouvelle dans le projet médico-soignant 2022-2026, via un projet qualité-gestion des risques volontairement pragmatique, qui porte l'ambition d'une réalité atteignable. L'ensemble des actions qualité et gestion des risques qui en découlent figurent dans le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) du CHU de Nîmes.

Ce projet Qualité-Gestion des Risques a été élaboré à partir de différentes sources.

Il est le fruit des résultats et bilans des années antérieures, tels que notamment le bilan qualité et gestion des risques du projet d'établissement précédent et le rapport de certification V2014, bénéficiant de la cotation A, délivré au CHU par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2019.

Il prend en compte également les résultats des scores liés aux indicateurs généralisés (IQSS) recueillis de façon obligatoire ou optionnelle en lien avec le dispositif d'Incitation au Financement à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ), le suivi des indicateurs internes liés aux démarches polaires qualité-gestion des risques, l'état d'avancement du Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel (PAQSS), régulièrement réajusté, et sa déclinaison au cœur du terrain.

Il intègre en outre les résultats des différentes méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles conduites (Revue de Morbi-Mortalité (RMM), Comités de Retour d'Expériences (CREX), Patients Traceurs, audits ciblés, ...), les travaux issus de la gestion des risques a priori (constructions et mises à jour de cartographies, notamment pour les secteurs à risque), les rapports issus des visites de conformité, des visites de risques diligentées par l'assureur du CHU, le rapport d'activité et les préconisations de la Commission des Usagers (CDU), ainsi que les travaux conduits par le groupe "partenariat patient" initié en 2020.

Il s'appuie par ailleurs sur l'état des lieux des démarches normatives ou labellisées, comportant des reconnaissances externes, internationales, européennes ou françaises obtenues par le CHU pour de nombreuses activités telles que la Délégation de la Recherche Clinique et Innovation (ISO 9001), le Centre de Ressources Biologiques (ISO 9001 - ISO 20387), le Pôle Biologies (ISO 15189 – ISO 22870), la stérilisation (ISO 9001), ou encore, à titre d'exemple, la labellisation AFNOR des mesures sanitaires COVID 19 obtenue en 2020, les démarches de travail en équipe (PACTE pour le SAMU, accréditation médicale pour le pôle AMIE, ...).

Construit en partenariat avec la Commission Médicale d'Etablissement (CME), ce projet intègre également les orientations des sous commissions qualité de la CME et prend en compte les obligations légales et réglementaires, ainsi que la gestion de crise. Enfin, il s'adosse aux exigences portées par le manuel HAS de certification des établissements de santé pour la qualité des soins et érige les quinze objectifs du nouveau référentiel de certification en orientations prioritaires pour les cinq années à venir.

Les propositions retenues dans le projet qualité-gestion des risques 2022-2026, au terme de cette analyse à laquelle ont participé les membres de la Commission des Usagers, visent à :

- Garantir la qualité des soins et la sécurité des prises en charge,
- Evaluer et améliorer la satisfaction de l'utilisateur ;

- Accompagner les professionnels dans l'acquisition ou le maintien de leurs compétences ;
- Soutenir et encourager les démarches d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) ;
- Evoluer vers un management PAR la qualité et la gestion des risques, intégré aux pratiques des professionnels, au bénéfice des patients et de l'ensemble de la communauté hospitalière.

Au regard de ces orientations, sept axes prioritaires ont été retenus, dans une approche dynamique et volontariste d'accompagnement qualitatif du projet médico-soignant du CHU :

- Conforter le management institutionnel de la qualité et de la gestion des risques, par un co-pilotage médico-administratif performant ;
- Garantir la pertinence des soins, en favorisant les approches pluri-professionnelles et multidisciplinaires centrées sur le patient, pour délivrer le bon acte, au bon patient, au bon endroit et au bon moment ;
- Développer le travail en équipe comme moteur d'amélioration des pratiques et mettre à profit l'intelligence collective pour une organisation apprenante, au bénéfice des patients et des professionnels ;
- Ancrer une culture de la qualité, de la sécurité et de la prévention des risques au cœur des pratiques, pour une amélioration continue des soins délivrés ;
- Promouvoir les droits des usagers et la bientraitance, en encourageant une prise en charge adaptée, personnalisée et participative ;
- S'engager dans le partenariat patient, en développant les modalités d'écoute, de dialogue et de recueil d'expérience ;
- Consolider la place des Représentants des Usagers dans la gestion et la promotion des actions d'amélioration des prises en charge et de maîtrise des risques.

7.1. CONFORTER LE MANAGEMENT INSTITUTIONNEL DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES

Depuis 2011, le CHU de Nîmes s'est doté d'une délégation médico-administrative dédiée au pilotage de la politique institutionnelle de la qualité et de la sécurité des soins. Sur le plan médical, elle associe plusieurs médecins dont le Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins (CGRAS), qui en est le président, le Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise En Charge Médicamenteuse (RSMQ-PECM) ainsi que les autres médecins permettant d'assurer une couverture complète des missions. Sur le plan administratif, elle comprend le Directeur de la Qualité et de la Gestion des Risques, copilote de la Délégation QGR, et son équipe d'encadrement.

En termes d'instances et de Commissions, la délégation médico-administrative QGR, pourvue de compétences médicales, d'expertise méthodologique et de ressources en ingénierie, s'appuie sur :

◆ Le Comité Stratégique Qualité Gestion des Risques

Le Comité Stratégique Qualité réunit à échéance régulière les principaux acteurs de la démarche QGR de l'établissement : la Direction Générale, la Présidence de CME, la Délégation QGR, la Direction de la Coordination Générale des Soins (DCGS), les représentants du collège des chefs de Pôles, le Président du COPIL PECM, des directions fonctionnelles, etc.

Ce comité intègre une fois par an à son fonctionnement les représentants des usagers, les membres du COVIRIS, les présidents des sous-commissions qualité de la CME, la coordination QSS et les coordonnateurs qualité des pôles.

◆ Le Comité d'Analyse des Fiches d'Evénements Indésirables (CAFEI)

Le CAFEI concentre sa mission sur l'analyse des événements indésirables associés aux soins avec l'objectif de définir des plans d'amélioration. Les autres types d'EI sont transmis par le CAFEI aux Directions supports ou aux secteurs concernés.

Il fait le lien entre les EI et les plaintes ou réclamations, en mettant en perspective les impératifs de sécurité des soins et les bonnes pratiques professionnelles.

◆ Le Comité d'Analyse des Risques (CAR)

Le CAR a pour mission d'analyser et de suivre les risques issus des signalements collectés. Ce suivi permet la mise en place d'actions correctives et préventives pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients, des personnels et des accompagnants. Le C.A.R se prononce sur les mesures prises en amont par la DQGR à réception des signalements d'EI et propose des actions complémentaires si besoin.

◆ La réunion des Coordonnateurs Qualité Gestion des Risques de Pôle

Les chefs de pôle et cadres de pôle sont les coordonnateurs qualité-gestion des risques de leurs secteurs d'activité respectifs ou désignent, le cas échéant, un binôme médical/paramédical en tant que coordonnateurs qualité-gestion des risques du pôle concerné.

Ces réunions permettent aux coordonnateurs qualité des pôles de faire part des organisations de leurs secteurs afin de formaliser le déploiement de la démarche QGR en leur sein : déclinaison du PAQSS CHU, présentation des résultats d'audits et d'indicateurs, suivi de la procédure de certification, informations concernant les procédures transversales révisées, veille réglementaire, transmission des outils QGR, etc.

◆ La réunion de Coordination Qualité Sécurité des Soins DQGR/DCGS

Cette réunion mensuelle, associant la DQGR et la DCGS, permet de consolider le management de la qualité et de la sécurité des soins par une réflexion sur des axes stratégiques communs et des organisations partagées.

Par ailleurs, la Direction QGR a instauré des COPIL qualité sectoriels et autres COPIL en interface avec les autres directions fonctionnelles et les pôles d'activité, pour superviser de manière opérationnelle les démarches spécifiques dont celles des laboratoires, des EHPAD, du secteur de stérilisation, de la Direction de la recherche clinique, du Centre de Ressources Biologiques, du GCS de radiothérapie, de l'AMP, etc.

Le système de gestion des plaintes et réclamations est organisé en lien avec la Commission des Usagers (CDU) et les représentants des usagers. La personne en charge des relations avec les Usagers siège au CAFEI et présente annuellement un bilan de la CDU aux instances, dont la CME.

Pour ce qui relève de son périmètre d'intervention, la délégation médico-administrative concentre et fédère les différentes contributions et actions dans le domaine de l'amélioration de la Qualité et de la Gestion des Risques.

Elle assume des fonctions :

- De coordination des vigilances (COVIRIS)
- D'impulsion et de gestion des démarches qualité des pôles et démarches spécifiques à certaines activités (imagerie, laboratoires, radiothérapie, ...)
- De gestion des événements indésirables (EI) : événements indésirables graves, événements porteurs de risque, gestion des EI liés aux soins et à la recherche clinique.

Par ailleurs, elle est responsable de la mise en œuvre de la démarche de certification, de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la production et du suivi des indicateurs dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques.

Enfin, la Délégation QGR assure la gestion de toutes les sous-commissions de la CME faisant partie de son périmètre, telles le CLIN, le CLUD, le CLAN, le COVIRIS, l'UVIH, le CSTH, etc.

Elle coordonne également les dispositifs de gestion de crise liés aux Situations Sanitaires Exceptionnelles. Cette organisation constitue un mode de pilotage dynamique de la qualité et de la gestion des risques au sein de l'établissement. Elle relève en permanence le défi, grâce à l'implication de tous les professionnels de santé, d'améliorer de façon continue la qualité et la sécurité au bénéfice de ses usagers.

7.1.1 CONSOLIDER ET STABILISER L'ANIMATION DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES

Au vu de la multiplicité des missions et tâches placées sous l'égide du pilotage médico-administratif qualité-gestion des risques, il importe d'améliorer au quotidien la transversalité, la cohérence et la coordination de la démarche QGR, mais également de renforcer la qualité gestion des risques au sein de la gouvernance des pôles et des services, pour assurer de façon continue une sensibilisation des professionnels en recherchant leur adhésion et leur participation aux démarches conduites.

Plusieurs actions sont à développer dans ce cadre :

➤ Déployer et harmoniser les outils et supports de reporting et d'information

- Systématiser les présentations qualité-gestion des risques au sein des instances telles que la Commission Médicale d'Etablissement, le Directoire, la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Techniques (CSIRMT), mais également au cœur des bureaux de pôle et des réunions de services.
- Créer des outils novateurs et adaptés en lien avec les démarches conduites : livrets mémos, plaquettes (« incollables », flyers, ...), affiches, questionnaires en ligne, micros-trottoirs, patients mystère, etc.

➤ Renforcer les supports de communication en matière de qualité et de sécurité des soins, à destination des professionnels et des usagers

- Créer et mettre en place un journal d'information (type « qual'info ») dédié aux services et pôles, permettant de délivrer aux personnels l'ensemble des données utiles pour une appropriation effective de la qualité et de la sécurité des soins au plus près de leur activité (indicateurs, résultats d'audits, retours d'expérience patients, EPP conduites, ...).
- Participer à la refonte du livret d'accueil et encourager la création de documents complémentaires spécifiques, précisant les essentiels des démarches qualité-sécurité des soins en tant que nécessaire engagement partagé soignant/soigné.

7.1.2. ASSURER UNE MEILLEURE VISIBILITE ET LISIBILITE DES DEMARCHES QGR AUPRES DES POLES ET SERVICES

Afin d'assurer l'efficacité des ressources et des organisations, il est nécessaire de pérenniser le dispositif en place et de lui assurer une visibilité claire, au bénéfice de l'ensemble des professionnels et des usagers de l'établissement.

Plusieurs actions sont à développer dans ce cadre :

- Conforter l’ancrage de la délégation qualité-gestion des risques au sein de l’hôpital
 - Stabiliser la composition et l’organisation de l’équipe médicale de la DQGR, en assurant une couverture complète des missions à assurer.
 - Mettre en place une journée annuelle de la qualité et de la gestion des risques au CHU, pour susciter l’intérêt des professionnels.

- Garantir un accompagnement méthodologique efficace des professionnels
 - Assurer un suivi régulier et partagé en équipe des indicateurs de pôle retenus dans le cadre des contrats tripartites DG/Chef de Pôle/PCME.
 - Veiller à une immersion équilibrée et effective des compétences de qualitiens dans les pôles, services et unités, afin de garantir une visibilité et un accompagnement solide des professionnels de terrain.

7.1.3 DEPLOYER LES NOUVELLES METHODES HAS SUR L’INTEGRALITE DU CHU (AUDITS SYSTEME, PATIENTS TRACEURS, PARCOURS TRACEURS, TRACEURS CIBLES, OBSERVATIONS)

Depuis le 25 novembre 2020, la HAS propose une nouvelle procédure de certification pour la qualité des soins. Centrée sur le soin et sur le patient, elle vise à donner du sens et de la clarté aux professionnels et aux usagers. Elle repose sur plusieurs méthodes d’investigation : le patient traceur, le parcours traceur, le traceur ciblé, l’audit système, ainsi qu’un recueil d’observations lié à chaque réalisation de méthode « traceur ».

Au regard de l’intérêt de ces méthodes et de la plus-value qu’elles comportent en terme de familiarisation des professionnels avec les attendus de la HAS, elles sont destinées à compléter utilement les outils déjà déployés, voire à en remplacer certains si cela semble opportun dans un souci d’adaptation et de modernisation des approches évaluatives.

Plusieurs actions sont à développer dans ce cadre :

- Développer des formations aux méthodes et outils déployés par la HAS
 - Pérenniser les formations internes à la méthode « patient traceur ».
 - Organiser des formations/actions par des mises en œuvre tutorées sur les méthodes « traceurs ciblés », « parcours traceurs » et « audits systèmes », avec un accompagnement réalisé par les experts-visiteurs du CHU.

- Déployer les méthodes HAS sur l’ensemble du périmètre sanitaire du CHU (médecine, chirurgie, obstétrique, SSR, USLD, psychiatrie)
 - Programmer à un rythme régulier la mise en œuvre d’évaluations selon les méthodes HAS, dans le but de les utiliser « en routine » sur l’ensemble des sites et des secteurs d’activité du CHU (champ sanitaire)

- Encourager et accompagner les équipes dans la gestion d'auto-évaluations régulières sur la base des grilles d'observations, en mettant à leur disposition un outil de recueil et de traitement des données adapté et ergonomique.

7.1.4 POURSUIVRE ET ACCENTUER LES DEMARCHES DE LABELLISATION, ACCREDITATION, VALIDATION DES ACTIVITES RELEVANT DE SECTEURS SPECIFIQUES

Plusieurs actions sont à développer dans ce cadre :

➤ Consolider et pérenniser les processus de labellisation

En complément de la démarche de certification par la HAS et des démarches qualité spécifiques aux secteurs médico-sociaux, la stratégie de développement de la qualité de l'établissement s'appuie également sur la mise en œuvre de démarches de certification et d'accréditation reposant sur des référentiels normatifs.

Dans ce cadre, plusieurs secteurs se sont engagés dans des démarches qualité, pour lesquelles ils sont certifiés ou accrédités, ou évoluent dans cet objectif :

- L'Unité de préparation culinaire selon le référentiel ISO 9001
- Le Service de stérilisation selon le référentiel ISO 9001
- Le Pôle Biologies Pathologies selon les référentiels ISO 15189 et ISO 22870
- Le Centre de ressources biologiques selon les référentiels ISO 9001 et ISO 20387
- La Direction de la Recherche Clinique selon le référentiel ISO 9001
- Le Service Biomédical selon le référentiel ISO 9001

Véritable reconnaissance externe de qualité et de compétence, ces démarches valorisent et garantissent le savoir-faire de ces secteurs, permettent d'obtenir l'assurance d'un niveau défini de qualité et de sécurité intégrant les exigences réglementaires sur le périmètre retenu. Au plan institutionnel, afin de soutenir et pérenniser ces démarches, un accompagnement par des référents qualité est mis en place pour chacune d'entre elles.

Par ailleurs, un groupe de travail et de concertation est constitué, avec pour principales missions de :

- Privilégier une homogénéité dans les systèmes de management construits, avec un partage d'outils, de connaissances et de méthodologie,
- Planifier des audits croisés permettant de répondre aux exigences des différents référentiels tout en s'inscrivant dans une démarche d'amélioration continue.

Des formations internes sont également organisées afin de sensibiliser les professionnels à ces référentiels et former les ressources expertes à leurs évolutions. Même si la labellisation de ces démarches relève de démarches sectorielles, les objectifs restent communs et vont porter sur l'ambition de :

- Garder une cohésion qualité institutionnelle dans la construction des systèmes de management de la qualité (SMQ),
- Fédérer tous les professionnels d'une équipe donnée, autour d'un objectif partagé : la recherche de l'amélioration continue et de la satisfaction du patient.

➤ Poursuivre les démarches qualité dans les structures médico-sociales du CHU selon le nouveau référentiel de la HAS

Depuis la Loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, les Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESSMS) sont soumis à une obligation d'évaluation de la qualité des

prestations et activités dispensées. Jusqu'en 2021, les modalités d'évaluation comprenaient trois évaluations internes et de deux évaluations externes.

La Loi du 24 Juillet 2019 a modifié l'organisation de ce cycle d'évaluation qui passe à 5 ans et se fait dorénavant via une évaluation externe sur la base d'un référentiel national unique : le manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, publié par la HAS en Mars 2022.

Disposant de plusieurs Etablissements d'Hébergements pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ainsi que d'un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), le CHU de Nîmes continue de développer une démarche de qualité et sécurité des activités dispensées, en prenant appui sur le nouveau référentiel.

L'homogénéité des méthodes d'évaluations et les exigences portées par ce dispositif vont dans le sens d'un travail associant tous les ESSMS du CHU de Nîmes. La mutualisation des moyens alloués à l'animation de cette démarche est déjà existante pour les EHPAD rattachés au CHU de Nîmes dans le cadre de la Direction Commune, les EHPAD de St Gilles et Beauvoisin bénéficiant depuis plusieurs années de l'accompagnement du référent qualité de la DQGR.

En interne et pour ce qui concerne également les structures adossées au Centre Hospitalier du Vigan (EHPAD et SSIAD), la Direction qualité transversale permettra de conduire cette démarche, selon les principaux axes définis :

- Former les professionnels des ESSMS au nouveau référentiel d'évaluation et aux nouvelles méthodes d'évaluation
- Réaliser des évaluations croisées entre les différentes structures, dans le cadre de la Direction Commune
- Renforcer la coopération et le partage d'expérience des différentes parties prenantes (EHPADs, CSAPA, SSIAD) autour d'une vision partagée d'évaluation de la qualité

7.2. GARANTIR LA PERTINENCE DES SOINS

La notion de pertinence des soins invite à rapprocher l'objectif d'amélioration de la qualité des soins et celui d'amélioration de l'efficacité des systèmes de santé.

La démarche de pertinence est tournée vers une exigence médicale de qualité et de sécurité des soins ; il s'agit de protéger le patient, par des soins strictement nécessaires, des conséquences :

- De l'intervention inutile ou excessive du système de santé tels que les examens ou traitements inutiles susceptibles d'entraîner un sur-diagnostic, de présenter des risques ou effets secondaires ou d'entraîner des complications;
- Des mauvaises indications, c'est-à-dire des soins inappropriés ou non conformes aux standards ;
- De l'absence d'intervention susceptible d'entraîner un retard au diagnostic ou au traitement d'une pathologie.

De façon synthétique, la pertinence peut se définir comme « le bon acte, pour le bon patient, au bon moment, au bon endroit ». Plusieurs axes de réflexion sont proposés dans ce cadre.

7.2.1 SOUTENIR LES ANALYSES DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Plusieurs actions sont à développer dans ce cadre :

- Promouvoir le déploiement des revues de pertinence des pratiques

Cette définition renvoie au caractère nécessaire et approprié d'une démarche diagnostique ou thérapeutique.

La stratégie proposée est de :

- Reconduire les formations en lien avec l'évaluation de la pertinence des pratiques
- Elargir les analyses de pertinences au domaine des actes à risques (transfusion, pose de DMI, actes endoscopiques...).
- Encourager les démarches d'analyse en équipe telles les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP), les staffs, les synthèses, en promouvant la traçabilité des réflexions bénéfice/risque et des décisions prises.

➤ Développer les analyses croisées des pratiques professionnelles

En complément de la démarche d'évaluation de la pertinence, une approche croisée pluridisciplinaire est conduite au sein du CHU et au niveau du Groupement Hospitalier de Territoire Cévennes-Gard-Camargue depuis plusieurs années.

Cette approche croisée, conduite en intra et en inter-établissement, va être renforcée et permettra de :

- Pérenniser et développer les évaluations croisées internes réalisées au CHU de Nîmes et dans les structures du GHT
- Promouvoir la réalisation de traceurs et d'audits en croisant les regards et les compétences des différents experts-visiteurs, des médecins centrés patients traceurs et des qualitiens des établissements volontaires du GHT
- Soutenir la dynamique du groupe qualité GHT et des sous-groupes qui en dépendent et qui contribuent, par leurs retours d'expérience, leurs échanges documentaires et leurs partages de savoirs, à alimenter et à développer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et des parcours.

7.2.2. PROMOUVOIR L'ÉVALUATION DES PARCOURS ET DES FILIÈRES DE SOINS

➤ Accompagner les évaluations de pertinence au sein des pôles et des services du CHU

La qualité de la prise en charge et l'accompagnement des malades reposent sur la mise en œuvre des bonnes pratiques, la coordination des professionnels et la personnalisation des réponses au bénéfice des patients, intégrant les leviers suivants :

- Renforcer les évaluations de pertinence des parcours de soins par la recherche en équipe d'éléments mesurables (indicateurs de résultats cliniques, scores appliqués à un état de santé donné, retours d'expérience patient, ...).
- Cibler les points critiques des parcours de soins (mesure de vérification de l'identité, circuit du médicaments, maîtrise du risque infectieux...) pour minimiser les risques et harmoniser les pratiques des professionnels de santé.

➤ Instaurer une dynamique d'évaluation des filières de soins au sein du territoire de santé

Siège du SAMU 30, le CHU porte une attention particulière aux filières de soins développées avec les établissements de santé publics et privés du territoire de santé.

Il est proposé de renforcer la dynamique d'évaluation des filières et des parcours de soins inter-établissements avec deux axes principaux de travail :

- Renforcer les évaluations des pertinences des filières d'orientation via l'étude de parcours de soins au sein du territoire de santé, dans le cadre notamment des travaux conduits par le groupe « Parcours GHT ».

- Pérenniser et accompagner les RMM parcours du GHT 30 voire du territoire de santé le cas échéant.

7.3. DEVELOPPER LE TRAVAIL EN EQUIPE COMME MOTEUR D'AMELIORATION DES PRATIQUES

Le travail au sein du monde hospitalier est complexe et hétérogène du fait de son caractère pluri professionnel et multidisciplinaire. De ce fait, il apparaît aujourd'hui primordial d'accentuer les efforts de coopération et de travail partagé entre les équipes afin d'améliorer au mieux les pratiques, dans un cadre où la voix de toutes les parties prenantes peut – et doit - être entendue. Il est donc nécessaire de permettre à l'ensemble des agents, et en particulier les équipes de soins, d'échanger et de co-construire une pratique de qualité et sécurisée, pour l'hôpital de demain.

7.3.1 FAVORISER L'APPROPRIATION DE LA CULTURE DU TRAVAIL EN EQUIPE

L'objectif est de favoriser pour les équipes la construction d'une libre expression permettant de renforcer leur engagement opérationnel pour la qualité des soins, dans une dynamique de co-construction de l'amélioration des pratiques

➤ Promouvoir les initiatives en termes d'outils collaboratifs

- Proposer des formations aux techniques d'Appreciative Inquiry (exploration appréciative), afin de développer des outils de management collaboratifs
- Mettre en place dans les services volontaires un dispositif de partage et de valorisation d'idées (type "café qualité") au bénéfice de la communication intra-professionnelle

➤ Conduire des actions de sensibilisation au travail en équipe

- Soutenir les mises en situation, les exercices collectifs d'entraînement
- Encourager les formations utilisant les séquences de simulations, le repérage des moments de communication critique, ...

7.3.2 ENCOURAGER LA MOBILISATION DES PROGRAMMES INTEGRES D'ACQUISITION DES COMPETENCES TECHNIQUES ET NON TECHNIQUES

Plusieurs actions sont à développer dans ce cadre :

➤ Reconnaître et améliorer les compétences collectives

- Etendre l'engagement des professionnels dans le cadre du programme « PACTE » (Programme d'Amélioration Continue Du Travail En Equipe) ou son équivalent dans les secteurs d'activité volontaires
- Poursuivre les engagements dans des démarches d'accréditation d'équipe

➤ Fédérer et encourager les dynamiques et les initiatives des équipes

- Valoriser les initiatives qualité-gestion des risques menés dans les services et les pôles par la mise en œuvre de challenges d'équipes, d'animations thématiques et d'événementiels (sur le modèle de la « semaine sécurité patient » par exemple)
- Alimenter une communication partagée sur les démarches qualité conduites dans les pôles et services, pour favoriser leur répliquabilité et leur transversalité

7.4. ANCRER UNE CULTURE DE LA QUALITE, DE LA SECURITE ET DE LA PREVENTION DES RISQUES AU CŒUR DES PRATIQUES

La culture de la sécurité en santé, visant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, regroupe selon le manuel de certification de la HAS « *l'ensemble des manières de faire et de penser partagées par les acteurs d'une organisation et qui contribuent à la sécurité du patient* ».

Afin de promouvoir une culture bienveillante, la gouvernance doit faire preuve de leadership et s'engager dans des actions visant à promouvoir des valeurs partagées, notamment pour ce qui concerne le processus lié au signalement et au traitement des Evénements Indésirables Associés aux Soins (EIAS).

7.4.1 DEVELOPPER LA CULTURE DE LA SECURITE

La gestion des événements indésirables associés aux soins constitue une réelle opportunité d'analyse des pratiques et de dynamique de gestion des risques. Elle s'appuie sur l'étude collective des erreurs survenues et de l'identification de moyens possibles pour les prévenir et les récupérer avec la mise en place d'actions d'amélioration.

Plusieurs actions sont à développer dans ce cadre :

➤ Promouvoir le signalement des événements indésirables associés aux soins

La déclaration, première étape fondamentale et indispensable de ce processus, doit être encouragée auprès de l'ensemble des professionnels.

Dans ce cadre, il est primordial de :

- Poursuivre les formations et actions de sensibilisation des professionnels à la déclaration des EI, en rappelant le principe de protection du déclarant (charte de non punition), et réaliser des actions ciblées en ce sens.
- Instaurer et accroître une culture positive de l'erreur évitable, avec la création et le déploiement d'un guide du déclarant et un guide du référent « Evénement indésirable ».
- Promouvoir la déclaration sur le logiciel institutionnel des EIAS et sensibiliser les professionnels sur son utilisation.
- Réaliser une mesure de la culture de sécurité des professionnels via le référentiel CCECQA ou autre méthode faisant référence.

➤ Renforcer les Revues de Morbidité et de Mortalité (RMM), les Comités de Retour d'Expérience (CREX) et les analyses systémiques

L'analyse collective et systémique des EIAS est structurée en premier lieu par l'identification de référents institutionnels et par le Comité d'analyse des fiches d'Evénements Indésirables (CAFEI).

Le CAFEI est le fruit d'une collaboration étroite entre la DQGR et la DCGS permettant d'analyser les EI déclarés et saisir la nécessité de mise en œuvre de RMM.

Les RMM sont organisées en suivant les modalités suivantes : suite à une EIG afin de renforcer l'analyse des causes profondes ; et dans le cadre d'une approche systémique et intégrée avec un calendrier annuel prévisionnel pour des services identifiés.

Parallèlement à cette gestion, les CREX mis en œuvre au sein des secteurs d'activités à risques (radiothérapie, bloc opératoire, bloc obstétrical, médecine nucléaire, imagerie interventionnelle...) mais aussi dans d'autres secteurs (réanimations, urgences, SAMU, stérilisation, direction de la recherche clinique...) sont leviers en matière d'analyse pluri professionnelles des EI déclarés et d'identification des plans d'actions associés au sein de leurs services.

Ce système de gestion actuel, qui repose sur ces multi-composantes reconnues, permet une gestion réactive et continue des EI, en fonction de leur nature et de leur niveau de criticité. Afin de renforcer ces démarches, il est acté de :

- Maintenir les formations institutionnelles sur l'analyse des EI (méthode ORION)
- Accompagner les acteurs de soins sur les éléments de méthode et l'alimentation des plans d'actions issus des EI
- Renforcer le retour d'information auprès des équipes sur les EIAS déclarés au sein de leurs services et sur les plans d'actions associés
- Garantir l'accompagnement des équipes à la mise en œuvre de CREX et de RMM dans leurs unités

7.4.2 RENFORCER LES DISPOSITIFS INHERENTS A LA GESTION DES RISQUES ET A LA QUALITE

Plusieurs actions sont à développer dans ce cadre :

➤ Améliorer la coordination des vigilances sanitaires

La veille sanitaire a pour objectif la détection de tout évènement de santé inhabituel et la réponse aux alertes sanitaires « ascendantes » et « descendantes ». Ce dispositif ancre ses actions via les vigilances sanitaires identifiées et coordonnées par le Comité de Vigilance et des Risques (COVIRIS), sous l'égide du médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Les principales vigilances concernées sont : la matériovigilance, l'hémovigilance, la pharmacovigilance, la réactovigilance, l'AMP vigilance, l'infectiovigilance, la toxicovigilance, l'addictovigilance.

Chaque vigilance est pilotée par un responsable désigné, en charge de la gestion des signalements, de leur traitement, des investigations à conduire et du suivi des actions qui en découlent. Dans ce cadre, il est nécessaire de renforcer la connaissance des équipes sur les vigilances sanitaires, par des actions de formation et de sensibilisation qui permettront d'améliorer la qualité des signalements effectués.

➤ Evoluer vers un logiciel de gestion qualité intégré et partagé au niveau du GHT

Les actions menées de gestion des risques et d'amélioration de la qualité au sein de l'établissement exigent une rigueur absolue en matière de méthode et de traçabilité associée. Aussi, le développement d'outils performants, intuitifs et ergonomiques est indispensable, d'une part pour aider les référents qualité qui mettent en œuvre les démarches, d'autre part pour favoriser leur adoption par les professionnels.

Dans le cadre de la convergence des systèmes d'information conduite au niveau du GHT, et dans l'optique d'harmoniser nos outils au niveau des services qualité du GHT, il est nécessaire de :

- Conduire une étude visant à une évolution du logiciel actuel de gestion des EI, pour atteindre un niveau d'ergonomie et de performance permettant d'optimiser la chaîne déclarative, du signalement à la formalisation et la mise en œuvre du plan d'actions afférent
- Rechercher une possibilité d'évolution du logiciel de gestion documentaire actuel, afin de simplifier le cycle de vie de la documentation institutionnelle dans ses principales étapes (élaboration,

workflow, diffusion, révision, archivage) et de répondre aux enjeux majeurs que sous-tend la mise à disposition, pour l'ensemble des professionnels du CHU, de milliers de documents en garantissant à tout moment leur caractère d'applicabilité

7.5. PROMOUVOIR LES DROITS DES USAGERS ET LA BIENTRAITANCE

Avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, un certain nombre de droits fondamentaux ont été réaffirmés. Ceux-ci incluent notamment le respect de l'intégrité et de la dignité des patients, tout comme la confidentialité des informations les concernant. Par ailleurs, les différentes accréditations et certifications effectuées au sein des établissements de santé ont permis, lors de chaque itération, de réaffirmer la place centrale du patient dans l'action des structures les accueillant.

Ainsi, l'ensemble des professionnels doit veiller à ce que la prise en charge des patients soit effectuée dans un cadre permettant à chacun de se sentir respecté et considéré.

De ce fait, le CHU de Nîmes apporte une attention particulière à la bienveillance de ses usagers, au sein de sa gouvernance et de ses services, dans une dimension pluridisciplinaire et multi-professionnelle.

Garantir une prise en charge digne, respectant l'ensemble des parties prenantes, est une mission qui doit être assurée dans la continuité. De ce fait, l'action du CHU est une démarche à la fois quotidienne et à long terme, engageant dès l'accueil de chaque patient la mobilisation de ces principes par l'ensemble des professionnels de l'établissement, y compris par les étudiants en formation.

7.5.1 GARANTIR LE RESPECT DU DROIT DES PATIENTS

Le respect du droit des patients est un élément essentiel pour une prise en charge de qualité. A cet effet, l'établissement s'engage tout d'abord à assurer aux patients la délivrance d'une bonne information.

Le respect des droits de l'utilisateur doit être assuré en toutes circonstances, y compris en cas de situation sanitaire exceptionnelle et de tensions hospitalières.

➤ Assurer la bonne délivrance de l'information au patient

Les informations qui sont délivrées aux patients sont multiples et couvrent un large champ. De ce fait, les professionnels de santé doivent être formés à la délivrance de ces informations, y compris lorsqu'elles sont porteuses de mauvaises nouvelles. A cet effet, différentes actions sont à conforter :

- Relancer les formations « annonce d'un dommage associé aux soins » et rediffuser les supports relatifs à cette thématique ;
- Mettre en place des formations, aussi bien pour les nouveaux arrivants que pour les agents déjà en poste au CHU, pour aider les équipes à la délivrance d'une informations éclairée (compréhensible et adaptée) ;
- Renforcer la communication auprès des usagers afin de leur apporter l'ensemble des informations essentielles concernant leurs droits, mais également leurs obligations au sein de l'établissement, notamment en adossant à la charte du patient hospitalisé un volet « patient responsable » ; l'élargissement et la modernisation des vecteurs de communication seront des atouts à exploiter ;
- Mettre à disposition des patients hospitalisés de la documentation utile, traduite en plusieurs langues, permettant d'éclairer leurs connaissances sur différents aspects de leurs prises en charge ou de leurs pathologies (information sur la prise en charge médicamenteuse, sur les dispositifs médicaux, messages de santé publique, ...).

➤ Affirmer les droits des usagers en toutes circonstances

Le CHU poursuit son engagement pour que chaque usager, quel qu'il soit (patient, proche, visiteur, accompagnant, ...), quelle que soit sa spécificité (personne âgée, patient mineur, personne en situation de handicap, souffrant d'une maladie aiguë ou chronique, ...), en tenant compte de ses conditions de vie, et sur tout site, soit accueilli dans le respect de ses droits.

Pour ce faire, l'établissement inscrit dans la continuité plusieurs actions prioritaires :

- Affirmer la nécessité d'une prise en charge attentive des personnes âgées, qui cumulent perte d'autonomie, maladies chroniques, troubles sensoriels et troubles cognitifs.
- Assurer une communication spécifique auprès des enfants hospitalisés, qui puisse leur délivrer des informations adaptées, simples et concrètes, en sus de celles délivrées au(x) parent(s).
- Mettre en œuvre tous les moyens à disposition pour évaluer et traiter la douleur des personnes, quel que soit leurs secteurs de prise en charge, jusqu'à disparition complète et durable de celle-ci.
- Poursuivre l'accessibilité du CHU de Nîmes, notamment en faveur des personnes à mobilité réduite, au regard des audits régulièrement conduits (« patients mystère ») et de l'évolution des dispositions réglementaires ;
- Mettre à disposition des usagers en situation de malvoyance ou de cécité des supports de communication adaptés, en commençant par les documents institutionnels obligatoirement délivrés tels que le livret d'accueil.
- Assurer des voies d'échange adaptées avec les proches et aidants des patients hospitalisés, y compris lors des situations sanitaires exceptionnelles, afin que soient maintenus les droits du patient concernant le nécessaire lien social et familial ;
- Assurer une communication spécifique auprès des enfants hospitalisés, qui puisse leur délivrer des informations adaptées, simples et concrètes, en sus de celles délivrées au(x) parent(s).
- Continuer à communiquer auprès des patients sur leurs droits, mais également leurs devoirs en tant que citoyens utilisateurs d'un service public.

7.5.2 PROMOUVOIR LE CONCEPT DE BIENTRAITANCE ET S'ENGAGER AUPRES DES EQUIPES DANS LA PREVENTION DE LA MALTRAITANCE ORDINAIRE

La bientraitance et la prévention de la maltraitance sont des concepts intrinsèquement liés à la qualité de la prise en charge des patients.

Aussi, il s'agit d'une mission centrale pour les équipes de soins, qui doivent être formées et sensibilisées à ces notions et aux actions qui en découlent, aussi bien lors de leur formation initiale qu'au cours de leur carrière.

Cela passe par une promotion de la culture de bientraitance sur le long terme et par une action quotidienne auprès des patients, des résidents du secteur d'hébergement médico-social mais aussi des usagers présents dans l'établissement.

Plusieurs actions sont à développer dans ce cadre :

➤ Déployer une culture de la bientraitance sur le long terme

La bientraitance revêt un caractère universel, dans la mesure où chacun a le droit à un traitement digne et respectant ses droits et son intimité.

A ce titre, tous les personnels de l'établissement doivent adopter un comportement bienveillant qu'il est nécessaire de transmettre et d'ancrer.

Le CHU s'engage au travers de différentes actions à promouvoir une culture de la bientraitance partagée par tous les agents, les anciens comme les nouveaux arrivants :

- Elaborer une charte de bientraitance afin que chacun puisse être porteur, à chaque instant, des nécessités afférentes à la bientraitance des patients pris en charge.
- Pérenniser les évaluations de pratiques professionnelles d'une part par la mise en place d'une EPP bientraitance mais aussi à travers d'autres problématiques pouvant constituer une forme de maltraitance pour le patient (EPP contentions, EPP incontinence, ...).
- Mettre en place des formations concernant les concepts inhérents à la bientraitance, les différents facteurs pouvant conduire à un risque de maltraitance ordinaire, les moyens de les éviter. Y inclure, comme cela a déjà été initié au cœur de la formation institutionnelle « droits des patients », des représentants des usagers pouvant librement intervenir en termes de partage d'expérience ou de témoignages.
- Continuer à sensibiliser les équipes d'encadrement (binôme cadre/médecin) sur ce thème afin d'impulser une véritable dynamique partagée, tendant à une prise en charge bien-traitante. Ce binôme doit également devenir le pivot du service sur ce thème, afin d'être en mesure de conduire, en partenariat avec la Direction Qualité, des actions régulières de sensibilisation sur la notion de bientraitance, dont des analyses préliminaires de situations de maltraitance ordinaire ou assimilées.
- Développer une instance ouverte à l'ensemble des catégories professionnelles, dont les missions seront à définir autour du recueil de la perception de la bientraitance par les professionnels et de l'analyse des difficultés rencontrées par les équipes dans leurs services respectifs pour faire vivre au quotidien la bientraitance au cœur du terrain. Cette instance sera également en charge d'adapter les procédures institutionnelles en lien avec ce sujet et de promouvoir les bonnes pratiques. En appui avec le Comité de réflexion éthique et les Représentants des Usagers du CHU, cet organe pourrait s'intituler « Comité de bientraitance » et disposer d'un espace intranet dédié.

➤ Soutenir la mise en œuvre quotidienne de la bientraitance

Bien traiter les patients dans leur quotidien au CHU de Nîmes est un engagement inaltérable et intrinsèquement lié à la mission de soins. De ce fait, l'ensemble du CHU s'engage dans une démarche quotidienne afin d'assurer la bientraitance de ses usagers au travers d'un ensemble d'actions :

- Poursuivre les actions de bientraitance en EHPAD (projet Calme), mettre à disposition des équipes des outils leur permettant d'évaluer leur pratique en matière de bientraitance, notamment des auto-évaluations leur permettant de situer leurs pratiques vis-à-vis de situations du quotidien.
- Pérenniser, dans le cadre de la démarche de Qualité de Vie au Travail (QVT) la réflexion conduite par l'administration et les équipes de soins autour des conditions de travail qui favorisent une prise en charge bien-traitante et respectueuse.
- Etablir une cartographie des risques liés à des situations de maltraitance ordinaire (en se basant sur un travail collectif en partenariat avec les équipes de soins dans différents secteurs d'activité : psychiatrie, Urgences...) afin d'identifier les points de criticité que peut rencontrer un service.
- Utiliser des indicateurs pertinents permettant dans les services d'hospitalisation et de consultation d'identifier des situations de tensions pouvant conduire à des situations génératrices d'évènements de maltraitance ordinaire.

Le partenariat en santé définit une nouvelle approche de la relation de soins. Il marque une rupture avec le modèle largement répandu du patient contractant son programme de soins dont les frustrations, les plaintes, l'observance altérée, la qualité écornée, l'épuisement professionnel, la vision consumériste de la santé (...) sont les symptômes de ses limites.

En reconnaissant et en s'appuyant sur la complémentarité des expériences, des savoirs et des compétences des patients/usagers et des professionnels, le partenariat en santé est un levier du bien-être physique, mental et social de chacun par la co-construction, co-décision et co-mise en œuvre des projets de santé. S'il répond aujourd'hui aux défis de la prise en soin des personnes vivant avec une maladie chronique, un handicap, il représente un modèle prometteur pour tout projet de santé.

7.6.1 AMELIORER LE RECUEIL DE L'EXPRESSION DU PATIENT

Au sein des multiples facettes que revêt cette notion de partenariat, l'expression du patient est un élément phare. Si les canaux d'expression des usagers sont multiples, l'obligation de recueillir par différents moyens l'avis du patient reste un pilier en matière de connaissance de son degré de satisfaction sur les prestations et soins délivrés.

Le faible taux de retour du questionnaire de satisfaction institutionnel, actuellement annexé au livret d'accueil du patient hospitalisé, conduit l'établissement à reconstruire les fondations du recueil de l'expression des usagers.

Cet axe s'inscrit dans une volonté d'écoute utile, en vue d'améliorer la réponse aux besoins et aux attentes, aussi bien sur les aspects de soins que pour ce qui relève des services proposés par l'établissement (prestations hôtelières et logistiques, transports, ...).

Plusieurs actions sont à développer dans ce cadre :

➤ Rénover et diversifier les enquêtes de satisfaction et la variété des supports mobilisés

La connaissance du niveau de satisfaction des usagers du CHU est un des piliers d'amélioration pour une structure apprenante. C'est pourquoi, en complément des dispositifs existants (recueil national E-SATIS, formulaire du recueil de la satisfaction du patient hospitalisé) d'autres méthodes de mesures de la satisfaction vont être déployées.

La diversité des supports d'évaluation sera aussi recherchée pour garantir le recueil de la satisfaction de toutes les populations prises en charge (consultants, patient hospitalisé, accompagnant, proche-aidant,...) au sein des différentes activités du CHU (prise en charge aux Urgences, en imagerie médicale, en ambulatoire, en hospitalisation complète ou de jour...).

Ce travail co-réalisé avec les représentants des usagers du CHU permettra de :

- Moderniser le formulaire de recueil de satisfaction du patient hospitalisé en ayant recours, si nécessaire, à la digitalisation du support.
- Déployer dans des secteurs d'activités spécifiques (Urgences, Imagerie, Hospitalisation de Jour, Ambulatoire...) des outils d'évaluation de la satisfaction du patient.
- Recueillir la satisfaction de l'entourage du patient (accompagnant, proche-aidant...).

➤ Construire des outils et des organisations permettant d'inclure l'expertise et le savoir patient dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Reconnue comme une priorité du projet de loi sur la transformation du système de santé, la prise en compte des retours d'expérience des patients dans une logique d'amélioration de la qualité devient une nécessité. A l'heure d'une exigence croissante sur le niveau de qualité prodigué dans les établissements de santé, prendre en compte l'expérience des usagers et de leur entourage répond également à un impératif sociétal. Maillon central dans la connaissance du savoir vivre avec une pathologie, le patient occupe une place incontestable dans la transmission de son expérience de soin auprès des équipes.

Le patient formateur à partir de son expérience de la maladie, du soin et du système de santé a pour rôle d'interroger les professionnels de santé les pratiques. Cette réflexion collective et constructive est une voie à construire pour les améliorations possibles du soin.

La valorisation de l'expérience et du savoir patient va prendre corps autour d'actions phares :

- Créer et diffuser, sur la base des expériences déployées au sein du CHU, un outil de recueil de l'expérience patient et des pairs aidants
- Inclure dans les formations dispensées au sein du CHU les retours d'expériences des patients.
- Intégrer dans le catalogue de formation à destination des usagers du CHU les formations de patient formateur et patient-expert (transmission d'un savoir – et d'une expertise- acquis par son vécu)
- Encourager les échanges entre les patients experts et les unités de soins.

7.6.2 OPERATIONNALISER LE PARTENARIAT EN SANTE AU CHU

L'engagement du patient dans la relation de soins, et au sein du système de santé, constitue un enjeu majeur dans le champ de la santé. Cette intégration de la perspective des patients et de leur famille répond à une demande exprimée à la fois par eux et par les soignants en vue d'améliorer l'expérience et l'état de santé des patients ainsi que l'efficacité du système de soins. La valeur ajoutée d'un partenariat entre les usagers et les équipes de soins n'est plus à démontrer. Pour que les échanges fonctionnent, ils ne doivent pas s'improviser : une organisation est nécessaire.

En 2021, à la suite d'un appel à projet, le CHU de Nîmes avec le soutien de l'association Savoirs Patients (association qui regroupe professionnels de santé et usagers afin de promouvoir le partenariat en santé) a lancé une démarche interne pour opérationnaliser le partenariat en santé.

Cette démarche construite avec des patients et des professionnels du CHU a nourri une réflexion visant l'implémentation du partenariat en santé au sein de l'établissement, sachant que ces travaux s'inscrivent dans une dynamique régionale portées par l'ARS Occitanie. Le partenariat en santé se démarque par l'engagement des patients qui collaborent activement et s'ancrent dans les initiatives et les projets comme « membres de l'équipe ». Cette collaboration favorise l'émergence d'une base de compréhension commune patient partenaire / proche-aidant partenaire) / professionnels, fondée sur la reconnaissance de la complémentarité des savoirs issus de l'expérience.

Plusieurs actions sont à développer dans ce cadre :

➤ Pérenniser le groupe de travail « patient partenaire »

La clé de voûte du pilotage de la démarche ne peut reposer que sur une organisation robuste, issue des réflexions et analyses conduites par le groupe de travail « partenariat en santé » porté par la DQGR en 2021, en vue de :

- Formaliser les éléments d'une politique institutionnelle intégrant le partenariat en santé.
- Participer à la conception d'un outil d'e-learning de sensibilisation au partenariat en santé.

➤ Mettre en place une équipe de promotion et de soutien au partenariat

En complément de la dimension stratégique ci-dessus évoquée, la présence d'un niveau opérationnel est indispensable pour mener à bien la promotion de cette démarche. Cet échelon opérationnel permettra de déployer les éléments de la politique institutionnelle au cœur des unités de soins.

L'équipe aura pour mission de :

- Sensibiliser les professionnels et les usagers au partenariat soignant/soigné
- Identifier et développer les situations de partenariat patient en service de soins
- Réaliser des actions de communication internes et externes sur les démarches conduites.

7.7. CONSOLIDER LA PLACE DES REPRESENTANTS DES USAGERS

Cette ambition vise, en lien avec les différents axes inscrits dans le projet d'établissement du CHU, à renforcer et pérenniser la place des représentants des usagers. Par ailleurs, les associations d'usagers qui interviennent au sein du CHU via des conventions de bénévolat doivent gagner en visibilité, et en lisibilité

7.7.1 AMPLIFIER LA CONTRIBUTION DES REPRESENTANTS DES USAGERS DANS LES DEMARCHES QUALITE ET GESTION DES RISQUES

L'association des représentants des usagers de la CDU à la démarche de certification et, plus généralement, aux démarches de qualité et de sécurité des soins, est en place depuis plusieurs années au CHU. Cette implication, riche de sens et d'expertise, mérite d'être enrichie et pérennisée. En ce sens, plusieurs développements sont proposés :

- Pérenniser l'implication des représentants des Usagers en tant qu'acteurs privilégiés de la qualité des soins
 - Reconduire la formation en interne à la méthode « Patient traceur » à destination des représentants des usagers et encourager leur participation à cette méthode d'investigation.
 - Proposer aux représentants des usagers de participer aux audits menés (« usager auditeur »), notamment aux évaluations conduites sur les critères du référentiel de certification.
- Accentuer leur rôle et soutenir leurs actions dans les démarches institutionnelles
 - Favoriser l'implication des représentants des usagers dans l'analyse des résultats et le suivi des plans d'actions.
 - Faciliter leur investissement dans les médiations avec les usagers et leurs familles, dans le cadre de la gestion des plaintes et réclamations.

7.7.2 RENFORCER LES LIENS AVEC LES REPRESENTANTS DES USAGERS

Il convient de renforcer et de soutenir la place et l'implication des représentant des usagers dans la promotion des droits des patients. Ainsi, les représentants des usagers sont associés à la rédaction de plusieurs supports d'information, tels que les fiches reflexes (personne de confiance, directives anticipées, ...), ou encore diverses actions d'animation (forum des associations, stands d'information). En 2018, une immersion au service des urgences a permis aux représentants des usagers de participer au projet

d'amélioration de la qualité de l'accueil dans ce service. Cette démarche de « regards croisés » demande à être renouvelée pour d'autres services cliniques et parcours patients (« usagers intervenants »). L'ouverture de champs d'intervention supplémentaires permettra d'instaurer une participation active et régulière à différents travaux institutionnels.

Plusieurs actions sont à développer dans ce cadre :

➤ Ouvrir aux Représentants des Usagers le champ des formations et de l'information

L'intervention des représentants des usagers dans le cadre d'une action de formation sur le sujet des droits des usagers est à élargir à d'autres thématiques.

- Co-construire avec les représentants des usagers et les associations partenaires des supports et contenus de formation (tels le volet « patient responsable », la cartographie des « maltraitances ordinaires », des documents d'information sur les droits des usagers).
- Faire évoluer le site internet de l'établissement par la co-construction de l'espace patient avec les représentants usagers afin d'adapter et faciliter l'accès aux informations concernant leurs prises en charge et communications diverses.

➤ Renforcer la représentation des représentants des usagers au sein des instances et groupes de travail du CHU

Il est essentiel de consolider la présence des Représentants d'Usagers au sein de différents organes décisionnels, afin de mettre en œuvre des politiques et actions concertées et prenant en compte la perception des usagers de l'établissement, par exemple pour la réalisation de travaux d'aménagement/construction/rénovation des bâtiments accueillant du public.

En ce sens, les développements suivants sont proposés :

- Renforcer l'engagement conjoint des usagers et des professionnels de santé et des décideurs dans le cadre des groupes de travail, des diverses commissions et instances de l'institution.
- Associer l'expérience des usagers, patients et aidants dans la conception des opérations de restructuration immobilière et des projets de transformation innovante en matière hôtelière, numérique...etc.

7.7.3 PROMOUVOIR LA PRESENCE ET L'UTILITE DES ASSOCIATIONS D'USAGERS BENEVOLES QUI INTERVIENNENT AUPRES DES PATIENTS DU CHU

Plusieurs actions sont à développer dans ce cadre :

➤ Renforcer la lisibilité des actions d'information et d'accompagnement des patients et des aidants proposés au sein du CHU par les associations d'usagers

- Renouveler la journée annuelle « Forum des associations » permettant de mobiliser les associations et renforcer le partenariat avec le CHU, en proposant une ouverture de cette journée sur une dimension GHT
- Elaborer un outil de communication et d'information sur les temps de présence des associations au sein des différents services, les coordonnées et modalités de saisine, les permanences assurées au CHU et hors CHU.

- Mieux communiquer sur le lien hôpital/associations et sur la multiplicité des ressources en place
 - Valoriser un espace dédié aux associations d'usagers sur le site internet de l'établissement.
 - Améliorer le processus conventionnel entre le CHU et les associations partenaires, sur l'ensemble des sites du CHU

Liste des sigles et acronymes

AFNOR : Association Française de NORmalisation

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

APR : Analyse Préliminaire des Risques

CAR : Comité d'Analyse des Risques

CDU : Commission Des Usagers

CGRAS : Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins

CLAN : Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur

CME : Commission Médicale d'Etablissement

COVIRIS : Comité des Vigilances et d'analyse des Risques

CREX : Comité de Retour d'Expérience

CSQ : Comité Stratégique Qualité

DCGS : Direction de la Coordination Générale des Soins

DQGR : Délégation Qualité Gestion des Risques

EI : Evènement Indésirable

EIAS : Evènement Indésirable Associé aux Soins

EIG : Evènement Indésirable Grave

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GED : Gestion Electronique des Documents

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

IFAQ : Incitation au Financement à l'Amélioration de la Qualité

IQSS : Indicateur Qualité et Sécurité des Soins

ISO : International Standard Organisation

PAQSS : Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

PECM : Prise En Charge Médicamenteuse

QGR : Qualité Gestion des Risques

QVT : Qualité de Vie au Travail

RMM : Revue de Morbi-Mortalité

RSMQ-PECM : Responsable du Système de Management de la Qualité et de la Prise En Charge Médicamenteuse

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SIH : Système d'Information Hospitalier

SMQ : Système de Management de la Qualité

UVIH : Urgence Vitale Intra-Hospitalière

Déclinaison pluriannuelle du projet de soin pour répondre à l'objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateurs
Anticiper et améliorer la prise en charge de la douleur						Taux de complétude EVA au cours du séjour Connaissance du protocole douleur Nbre de personnes formées PCA-Douleur Plaintes de patients
Accompagner le respect des bonnes pratiques de prescription, de dispensation et d'administration du médicament						Nbre d'audits, EPP, EPR,... Nbre de dispositifs de formation, de personnes formées Taux de traçabilité de l'administration Evaluation de l'autonomie du patient
Favoriser les espaces de discussion sur le travail au sein des unités en collaboration avec le chef de service et la participation du CDP						Nbre d'espaces de discussion mis en place
Prévenir les risques professionnels						
Maitriser les règles de bonnes pratiques de l'identitovigilance sur l'ensemble de son parcours de soins						Nbre d'erreurs d'identité Connaissance du dispositif de correction de l'erreur Audit conformité du bracelet d'identité

Action	2022	2023	2024	2025	2026	Indicateurs
Maitriser le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates						Nbre d'audits, EPP, EPR,... Nbre de dispositifs de formation, de personnes formées Nbre d'interventions EOH en unités de soins Respect du port des EPI
Sensibiliser les professionnels aux risques de maltraitance et développer la bientraitance dans les soins						Nbre d'actions de formation et sensibilisation - de personnes formées/sensibilisées Nbre de plaintes relevant des situations de défaut de soins Nbre de recours aux dispositifs de soutien
Elaborer le projet de soins avec le patient en équipe pluri professionnelle						Nbre de projets tracés (particulièrement en Cancérologie, Rééducation...)
Développement de l'évaluation de la qualité des soins	x	x	x	x	x	Nbre d'audits, EPP, EPR,...

Annexe : Projet Psychologique d'Établissement

Ce travail est envisagé dans une démarche d'articulation, de coordination et de dialogue avec les différents projets de l'établissement.

Objectif principal du projet psychologique d'établissement

- Etablir un dispositif institutionnel qui garantisse la prise en compte de la dimension psychologique des usagers de l'hôpital public et instaurer une représentation adaptée de l'exercice des psychologues et de la psychologie à l'échelle institutionnelle.
- Appliquer la définition des missions des psychologues dans la fonction publique hospitalière : Concevoir, élaborer et mettre en œuvre des actions préventives, curatives et de recherche à travers une démarche professionnelle propre prenant en compte les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs, afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité.

Axe institutionnel

1) Missions et fonctionnement du collège des psychologues du CHU de Nîmes

Les psychologues du CHU de Nîmes se sont organisés en collège depuis 1998, association régie par la loi 1901. Il est né de la volonté de favoriser les échanges entre pairs et avec les différentes instances hospitalières. Il est aussi un lieu d'échange et de réflexion sur la clinique en psychologie.

Ce collège a pour but :

- D'être un lieu d'échange qui vise à recueillir et à faire circuler les informations utiles à l'exercice de la profession (cadre réglementaire de l'exercice du psychologue, Informations techniques, pratiques et théoriques, formations, colloques, journées d'étude, réflexion sur les pratiques professionnelles et institutionnelles des psychologues).
- De favoriser nos relations avec les différentes instances hospitalières.
- De promouvoir et de collaborer à des actions conduisant à une meilleure prise en compte des aspects psychologiques des usagers de l'établissement public de santé, conformément aux missions des psychologues, éclairées par les missions générales de l'institution et des services.
- De diffuser et faire connaître le code de déontologie des psychologues auprès des instances de l'établissement, des professionnels concernés, des usagers.
- De participer à des actions de formation et à des enseignements intra et extra hospitaliers.
- D'organiser des formations et journées de formation (colloques, congrès, journées d'étude, etc.). Le collège s'inscrit également dans des actions grand public (ciné rencontre psycho en partenariat avec le CHU et le Sémaphore, théâtre-danse et psychologie, conférences grand public).

- De favoriser l'accueil des étudiants en psychologie, en collaboration avec les universités et l'administration.

Le collège s'est doté de plusieurs commissions de travail sur des sujets inhérents à la pratique des psychologues à l'hôpital ainsi qu'aux problématiques institutionnelles :

- Formation continue « A l'entour des pratiques »
- Structuration de la profession
- Projet psychologique d'établissement
- Fiches de postes
- Dossier informatisé
- Accueil des stagiaires et des nouveaux arrivants
- Risques suicidaires
- Soins de support
- Intercolège régional avec organisation d'une journée à l'intention des psychologues de la région

2) Participation des psychologues à la dynamique institutionnelle :

a. Participation aux différentes commissions de l'établissement (Comité d'éthique, RMM, CREX, CLUD, CLAN)

b. Dans les Pôles :

- Réunion des psychologues de Pôles :
Ex en oncologie (projets transversaux, identification des besoins de prise en charge psychologique dans les services, développement d'une meilleure coordination entre les psychologues dans le parcours de soins du patient)
- Proposition de contribution aux projets de Pôles
- Participation à certaines réunions de pôles sur invitation (ex : pôle chirurgies).

3) Réflexions sur l'implication dans les démarches de recrutement des psychologues (ex : fiches de poste, participation aux entretiens d'embauche, accueil des nouveaux arrivants et livret d'accueil)

4) Participation à la réflexion sur la structuration et organisation professionnelles des psychologues à l'hôpital

5) Accueil, encadrement et formation des étudiants et des stagiaires en psychologie.

Axe clinique :

Améliorer l'accès aux soins psychologiques des patients et de leur entourage qu'ainsi qu'à la continuité de leur accompagnement psychologique :

- 1) En cohérence avec le projet de soins défini par l'équipe médicale, une rencontre avec un psychologue est possible tout au long du parcours de soin (intra ou extra hospitalier), soit sur demande des patients ou de leur entourage, soit sur orientation de l'équipe soignante, éducative ou médicale, soit à l'initiative du psychologue lorsqu'il repère une problématique psychologique lors des échanges avec les soignants, les médecins ou lors des staffs et des relèves.
- 2) Travail en collaboration avec les réseaux de partenaires associatifs, de professionnels libéraux et hospitalier et organisation des relais (ex : réseau régional de prise en charge des traumatisés crâniens, réseau de soins palliatifs)

Axe Pluridisciplinaire

Valoriser et enrichir le travail pluridisciplinaire

- 1) Favoriser les échanges pluridisciplinaires (soutenir et veiller à une bonne communication et à une approche globale du patient). Le psychologue se rend disponible auprès des membres de l'équipe pour des temps d'échange autour de la pratique en individuel ou en groupe afin de soutenir un travail d'élaboration des équipes.
- 2) Apporter un éclairage sur des situations cliniques complexes (ex : patient en refus de soins...)
- 3) Aider à comprendre les enjeux relationnels et intersubjectifs de la relation soignant-soigné : espaces de parole formels et informels (ex maraude au cours du covid), supervision (ex en soins palliatifs). Les psychologues favorisent la verbalisation, l'écoute et le soutien réciproque.
- 4) Aider à la détection des risques psycho-sociaux et détresse psychologique des agents et proposer une écoute aux équipes soignantes et médicales en groupe ou en individuel permettant une évaluation et le cas échéant une orientation vers le Service de la Santé au Travail ou vers un professionnel extérieur.

Axe Formation/Recherche :

Dans la continuité du projet médico-soignant, les psychologues participent à la culture commune de l'établissement :

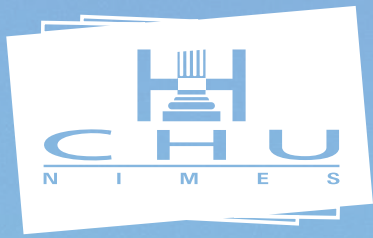
- 1) Valoriser, dynamiser et accroître la recherche et la formation avec et par les psychologues dans le cadre de la réglementation en vigueur sur le statut du psychologue hospitalier qui comprend une activité de Formation, Information et Recherche.
- 2) Soutenir l'engagement des psychologues dans la recherche (ex : PHRC sur le risque suicidaire en psychiatrie), les échanges englobant la diversité des approches, les activités scientifiques et les publications (ex : neuropsychiatrie).
- 3) Favoriser l'engagement des psychologues dans la formation pluridisciplinaire : participation et animation des formations en interne (plan de formation du CHU) et dans les centres de formation (IFSI, IFAS, IFME, Universités...).
- 4) Participer à l'élaboration des choix de formations continues à l'intention des psychologues (exemple : « A l'entour des pratiques »).
- 5) Actualisation des connaissances en psychologie (Colloques, séminaires, Bibliographie).
- 6) Evaluation des pratiques (Supervisions individuelles ou collectives, Contrôles, Réunions cliniques du collègue).

Axe administratif :

Participation des psychologues à la vie institutionnelle et interactions avec l'administration et les chefs de pôle pour tout ce qui concerne l'exercice de la psychologie.

Textes Réglementaires :

- 1) Décret n° 91-129 du 31 janvier 1991 portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière.
- 2) Décret n° 2017-658 du 27 avril 2017 modifiant le décret n° 91-129 du 31 janvier 1991 portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière.
- 3) Circulaire n° 2012-181 du 30 avril 2012 relative aux conditions d'exercice des psychologues au sein des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relative à la F.P.H.
- 4) Code de déontologie des psychologues de mars 1996, révisé en juin 2021.
- 5) Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions relatives à la F.P.H.
- 6) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (loi HPST).
- 7) Loi de modernisation du système de santé janvier 2016, article L 6143-2 du code de la santé publique.
- 8) Circulaire 2012-396 du 26 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation de la structuration institutionnelle de l'activité des psychologues de la FPH.
- 9) Fiche métier des psychologues de la fonction publique.



PROJET

social non médical et médical

2022-2027

UN PROJET SOCIAL COHERENT SE DECLINANT POUR LE PERSONNEL NON MEDICAL ET MEDICAL :

PERSONNEL NON MEDICAL :

INTRODUCTION

Le Projet Social 2022-2026 vient conforter la politique sociale menée depuis plusieurs années au CHU de Nîmes, associant l'ensemble de la communauté hospitalière autour d'objectifs communs et de valeurs partagées d'engagement, d'équité et de solidarité.

Il s'inscrit pleinement dans la perspective des orientations définies par le Projet d'Etablissement et le Projet médico-soignant, en particulier.

Enfin, il impulse une nouvelle dynamique visant à favoriser la valorisation des Ressources Humaines dans son environnement professionnel en tenant compte des éléments de contexte environnemental et institutionnel actuels :

- Afin de mobiliser les compétences et les expertises de tous les professionnels médicaux et non médicaux, il apparaît primordial de valoriser et d'accompagner les professionnels tout au long de leur parcours professionnel de manière adaptée et facilitée,
- L'évolution culturelle du rapport au travail renforce chez les professionnels le besoin de s'exprimer sur le contenu du travail et les conditions de travail quel que soit leur métier et/ou leur secteur d'activité, au plus près de leur réalité professionnelle,
- Le contexte sanitaire exceptionnel a renforcé le besoin de prendre soin du personnel hospitalier, le besoin d'écoute et de soutien et d'améliorer leurs conditions de vie au travail

Le Projet Social s'appuie donc sur sa principale richesse que constituent les femmes et les hommes qui y travaillent et sur un dialogue social de qualité.

L'expression des professionnels, favorisée par les résultats du baromètre social 2022 notamment, permettra de conforter cette démarche et les principaux axes proposés.

1. PLAN PROJET SOCIAL

1.1 METHODOLOGIE

1.1.1 DIAGNOSTIC :

Le projet social 2022-2026 s'appuie sur les éléments suivants :

❖ **Un état des lieux établi à partir du suivi du Projet Social 2017-2021 :**

- Conclusions du COPIL Social :

Le comité de pilotage s'est réuni chaque année afin de suivre l'état d'avancement des 5 groupes de travail pluri-professionnels, correspondant aux 5 thèmes du projet social. Ces groupes ont fonctionné sur la base d'échanges et de partage entre les membres sur l'ensemble des actions proposées.

La dernière séance du 08/12/2021 a permis de consolider les résultats obtenus et de proposer de nouvelles perspectives de travail.

- Données issues du Bilan social et BHSCT, CLACT, du PAPRI Pact

❖ **Les résultats du baromètre social 2019 et 2022 :**

Le baromètre social 2019 a confirmé une évolution positive de tous les indicateurs et a permis de conforter toutes les actions menées depuis 2017.

Des améliorations étaient attendues notamment au niveau des possibilités d'expression du personnel, des moyens mis à disposition afin de réduire l'intensité de la charge de travail, du soutien psychologique et de la reconnaissance professionnelle.

Le baromètre social 2022 permettra d'ajuster l'ordre des priorités des actions de projet social 2022-2026.

❖ **Les avis des experts de la fonction RH :**

Chaque responsable RH a été sollicité en réunion des cadres pour proposer des actions, une planification et nommer des référents dans son domaine de compétences.

1.1.2 ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE L'ETABLISSEMENT :

Le Projet social est rédigé conformément aux orientations stratégiques RH définies dans le cadre des Lignes Directrices de Gestion, dans le respect des principes d'Égalité Professionnelle, et plus largement il s'inscrit dans les valeurs et engagements du CHU au travers son Projet Médico Soignant.

Acte de management, le projet social est porteur des valeurs humaines partagées au sein de l'établissement et contribue à définir la politique de développement social et à fédérer les agents autour d'objectifs communs.

Au cœur du projet d'établissement, la mise en œuvre du projet social répond donc à la double nécessité d'accompagner la démarche du Projet d'Etablissement et de répondre aux attentes collectives et individuelles des professionnels tout en prenant en compte les impacts de l'actualité récente : en effet, dans le contexte post crise sanitaire, il importe encore plus que le lieu de travail puisse aussi devenir un lieu de valorisation des parcours, de bienveillance et de solidarité.

1.2 LE CONTENU

Dans le cadre du projet social 2022-2026, il s'agit de redéfinir les orientations stratégiques d'une politique sociale porteuse de sens se déclinant en objectifs globaux et actions opérationnelles.

4 axes de travail ont été définis :

SYNTHESE PROJET SOCIAL

4 Thèmes - 28 mesures - 76 actions

THEME 1. Faciliter le parcours des professionnels	6 mesures 21 actions
THEME 2. Favoriser les conditions de vie des professionnels	10 mesures 23 actions
THEME 3. Préserver la Santé et améliorer les conditions de travail CHAPITRE 1 Prévenir les risques professionnels et améliorer les conditions de travail CHAPITRE 2 Accompagner les personnes en difficultés de santé dans le maintien dans l'emploi CHAPITRE 3 Accompagner les personnes en situation de Handicap	9 mesures 25 actions 4 mesures - 14 actions 3 mesures - 6 actions 2 mesures - 5 actions
THEME 4. Favoriser le dialogue social	4 mesures 9 actions

THEME 1. FACILITER LE PARCOURS DES PROFESSIONNELS

L'attractivité des métiers de la santé est un enjeu majeur pour le CHU de Nîmes qui a réaffirmé en juin 2021, au travers de ses Lignes Directrices de Gestion, des orientations stratégiques essentielles en matière de parcours professionnel parmi lesquelles :

- Déployer une politique de recrutement correspondant à l'évolution sociologique des métiers/compétences nécessaire et adaptée aux ambitions-projets du CHU
- Proposer une définition plus adaptée d'un parcours de carrière (fidélisation du personnel et marque employeur) et l'accompagner du recrutement à la retraite
- Définir une politique de formation initiale et continue corrélée à la politique de recrutement (création de filière de formation)

A ce titre, le projet social 2022-2026 du CHU de Nîmes promeut des actions en faveur du développement de l'attractivité de l'établissement tout au long du parcours professionnel : de l'entrée dans l'établissement jusqu'au départ à la retraite.

La dynamique de recrutement du CHU de Nîmes se traduit par le développement des réseaux sociaux et professionnels, l'activation des réseaux employeurs et réseaux des écoles de formation, la présentation de l'établissement dans les IFSI/IFAS du territoire, le développement de la visibilité des offres d'emploi, la participation active aux salons professionnels et salons étudiants, publication dans les revus professionnels.

Le CHU de Nîmes soigne l'accueil des professionnels qui font le choix de rejoindre l'établissement et valorise dans sa politique d'attractivité la diversité des parcours professionnels.

En matière de formation et de promotion professionnelle, le CHU comme l'ensemble des établissements de la FPH est confronté à une problématique de renouvellement des personnels des métiers en tension et d'attractivité sur des métiers émergents.

A ce titre, projet social 2022-2026 conforte en tant que priorité le développement des compétences par une approche collective et individualisée; les efforts du CHU de Nîmes consacrés aux études promotionnelles restent très importants et le souhait de répondre à une volonté ferme de valorisation des personnels engagés reste une priorité institutionnelle.

La fonction d'encadrement, rouage essentiel dans l'établissement est également confortée par des actions spécifiques en matière de formation et accompagnement.

La mobilité interne est également un levier de développement des compétences et de détection des talents, le projet social 2022-2026 a pour ambition de revisiter la politique de GPEMC dans le but de faciliter les mobilités internes.

Enfin, les professionnels en fin de carrière font l'objet d'un accompagnement individualisé afin de préparer au mieux cette nouvelle étape de leur vie.

6 mesures – 21 actions

Mesure 1. Améliorer l'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants

- 1.1.1 Développer un accueil individualisé au CHU
- 1.1.2 Organiser et faciliter l'entrée au CHU
- 1.1.3 Consolider le dispositif de tutorat actuel (soins)
- 1.1.4 Etendre le dispositif de tutorat à d'autres secteurs d'activité
- 1.1.5 Développer l'accueil des « jeunes »

Mesure 2. Faciliter l'accès de certaines populations au CHU

- 1.2.1 Favoriser le recrutement de personnels en situation de handicap
- 1.2.2 Favoriser l'accès aux populations défavorisées

Mesure 3. Favoriser le développement des compétences par la formation

- 1.3.1 Optimiser le dispositif de formation initiale
- 1.3.2 Développer l'accès à la formation pour tous
- 1.3.3 Assurer un accompagnement individuel
- 1.3.4 Poursuivre le développement des formations spécifiques
- 1.3.5 Poursuivre la gestion des enseignements en simulation

Mesure 4. Développer une politique spécifique d'accompagnement de la fonction d'encadrement

- 1.4.1 Développer l'accompagnement des nouveaux personnels d'encadrement
- 1.4.2 Développer le concept de « Marque employeur »

Mesure 5. Promouvoir et promotion interne et faciliter les mobilités

- 1.5.1 Elaborer des protocoles en vue de l'accès à la promotion professionnelle
- 1.5.2 Accompagner les personnels dans leur projet professionnel
- 1.5.3 Revisiter la politique de GPEMC du CHU
- 1.5.4 Actualiser les procédures de mobilité interne
- 1.5.5 Faciliter les mobilités externes

Mesure 6. Préparer le départ à la retraite

- 1.6.1 Mettre en place une politique d'information des futurs retraités
- 1.6.2 Développer des actions de préparation au départ

Planification

Mesures	Actions	Tâches	PLANNING
1.1 Améliorer l'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants	Développer un accueil individualisé au CHU		
	1	Constituer un groupe de travail afin de redynamiser la journée de formation " Accueil des nouveaux arrivants"	2023/2024
	2	Développer un support e-learning en complément de la journée	2023/2024
	3	Proposer un dispositif d'information adapté à destination des nouveaux arrivants	2023/2024
	Organiser et faciliter l'entrée au CHU		
	4	Créer un mémo DRH pour permettre aux agents et cadres d'identifier les services DRH et les adresses mail à utiliser pour le suivi des dossiers	2023
	Consolider le dispositif de tutorat actuel (soins)		
	5	Tutorat soins : Proposer des ateliers pratiques sur les soins spécifiques	2022/2023

	Etendre le dispositif de tutorat à d'autres secteurs d'activité		
	6	Développer le tutorat des services logistiques	2023/2026
	7	Développer le tutorat des services techniques	2023/2026
	8	Développer le tutorat pour les services administratifs	2023/2026
	9	Développer le tutorat des cadres	2023/2026
	Développer l'accueil des « jeunes »		
	10	Développer l'apprentissage sur les métiers en tension	2022/2023
1.2 Faciliter l'accès de certaines populations au CHU	Favoriser le recrutement de personnels en situation de handicap		-
	12	Déterminer un potentiel de recrutement annuel	
	13	Favoriser les partenariats avec les centres de formation spécialisés	
	14	Développer le recours à la sous-traitance au secteur adapté	
	Favoriser l'accès aux populations défavorisées		-
	15	Maintenir le travail de partenariat avec l'association des harkis du Gard	2022/2026
	16	Sécuriser les emplois précaires : travailler sur les durées de contrat et l'intégration à la FPH	2023/2026
1.3. Favoriser le développement des compétences par la formation	Optimiser le dispositif de formation initiale	-	-
	17	Moderniser les enseignements (notamment via la simulation en santé et la recherche en pédagogie)	2022
	Développer l'accès à la formation pour tous		-
	16	Poursuivre l'accompagnement des remises à niveau	2022/2026
	Assurer un accompagnement individuel		-
	17	Développer les dispositifs d'accompagnement individuel (Bilans de compétences, VAE, etc.)	2022/2026
	18	Développer les préparations aux concours	2022/2026
19	Maintenir l'effort réalisé en termes de promotions professionnelles	2022/2026	

	20	Collaborer dans le cadre de l'accompagnement des agents en période préparatoire au reclassement selon le protocole établi	2022/2026
	21	Développer le Conseil en évolution professionnelle (CEP) dans le cadre du reclassement	2022/2026
	Poursuivre le développement des formations spécifiques		-
	22	Développer les formations d'adaptation à l'emploi	2022
	23	Développer les formations d'expertise métier (ex: IDE de bloc)	2022
	24	Développer les formations de formateurs pour favoriser le formation interne et la transmission de savoirs	2022
	Poursuivre la gestion des enseignements en simulation		
	25	Clarifier le périmètre des actions de formation par simulation en santé et identifier les initiatives institutionnelles qui peuvent émerger au sein de l'hôpital	2022
	26	Optimiser la traçabilité de l'enseignement par simulation	2022
	27	Pérenniser le partenariat établi entre le CHU et la Faculté de Médecine (notamment pour la plateforme haute-fidélité SimHU) pour ouvrir des perspectives de développement	2023
1-4 Développer une politique spécifique d'accompagnement de la fonction d'encadrement	Développer l'accompagnement des nouveaux personnels d'encadrement		
	28	Pérenniser le plan de formation des cadres et l'optimiser au gré des évaluations et besoins émergents	2022/2023
	29	Avoir une attention particulière aux demandes de formation individuelle de l'encadrement (Voir CEP)	2022
	30	Mettre en adéquation les niveaux de qualification avec les niveaux de responsabilité (Voir CEP)	2022
	Développer le concept de "marque employeur"		
	31	Travailler les supports de communication spécifiques au recrutement en lien avec le service communication	2023/2026
	32	Travailler sur l'appartenance au CHU: Goodies à l'occasion d'événements institutionnels ou calendaires, à la titularisation, au recrutement	2023/2026
	33	Développer la visibilité du CHU dans salon de recrutement, réseaux des écoles, réseaux sociaux....	2023/2026

	34	Proposer un groupe de travail sur le collectif avec cadres et agents sur le sens du travail au sein de CHU, diffusion en ligne de témoignages d'agents "heureux de travailler au CHU" à utiliser sur salons extérieurs	2023/2026
	35	Organiser des événements internes et externes d'identification à l'institution (marche, compétition sportives avec CCI, GHT ou autres employeurs locaux...)	2023/2026
1.5 Promouvoir la promotion interne et faciliter les mobilités	Elaborer des protocoles en vue de l'accès à la promotion professionnelle		
	36	Actualiser les modalités d'accès à la promotion professionnelle dans un nouveau protocole et garantir sa mise en œuvre effective	2022
	37	Développer des sources de financement supplémentaires (FORMEP ANFH, GHT, etc.)	2022/2023
	Accompagner les personnels dans leur projet professionnel		
	38	Clarifier et rendre lisibles les carrières au sein du CHU	2022/2026
	39	Elaborer et formaliser un dispositif d'accompagnement des projets professionnels	2022/2026
	40	Professionnaliser les recrutements sans concours et les concours, et mieux préparer les agents (notamment via une meilleure communication quant aux attendus et le financement de formations/prépas)	2022/2026
	41	Apporter les précisions nécessaires au protocole d'avancement de grade (au choix) : LDG	2022/2026
	Revisiter la politique de GPMEC du CHU		
	42	Finaliser les protocoles pour les encadrants	2022/2026
	43	Elaborer les protocoles pour les membres du personnel	2022/2026
	Actualiser les procédures de mobilité interne		
	44	Réviser annuellement le protocole de la bourse à la mobilité en tenant compte des ajustements demandés par le groupe de travail spécifique à la mobilité	2022/2026
	45	Détecter et accompagner les difficultés de mobilité et faire le lien avec l'accompagnement des projets professionnels	2022/2026
	Faciliter les mobilités externes (mutations, détachements)		
46	Développer le réseau et le partenariat avec les établissements de la fonction publique hospitalière du territoire, afin de faciliter les processus de mutation	2022/2026	
47	Publier les offres d'emploi sur le site "Place de l'emploi public"	2022/2026	

1.6 Préparer le départ à la retraite	Mettre en place une politique d'information des futurs retraités		
	48	Sensibiliser les personnes concernées, en amont, aux démarches administratives	2022/2026
	Développer des actions de préparation au départ		
	49	Inciter les professionnels en fin de carrière à s'inscrire dans la transmission de leurs savoirs	2022/2026

THEME 2. FAVORISER LES CONDITIONS DE VIE AU TRAVAIL

MENER UNE POLITIQUE QUALITE DE VIE ET CONDITIONS DE TRAVAIL AU SEIN DES ORGANISATIONS EN S'APPUYANT SUR UNE DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE

Il n'y a pas de performance globale sans performance sociale. Pour cela, il convient de concevoir et de mener une politique QVCT et des actions adaptées aux besoins exprimés afin d'impacter les conditions de vie au travail dans la durée.

Plusieurs projets mis en œuvre au CHU ont permis d'agir positivement sur l'environnement de travail des personnels afin de favoriser notamment la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle. Ces projets ont été pérennisés car les résultats issus du baromètre social 2019 avaient permis de mettre en évidence une progression favorable des indicateurs QVT, notamment au niveau de l'Etat Emotionnel et des facteurs de RPS.

Cependant, des points de vigilance concernaient l'Intensité et la Charge de travail, le besoin de s'exprimer, d'être reconnu et également d'être soutenu psychologiquement.

Le contexte sanitaire exceptionnel a renforcé le besoin de « prendre soin » du personnel hospitalier car pour « bien soigner », il faut soi-même « se sentir bien ».

Toute démarche QVCT a donc pour objectif in fine d'améliorer la qualité des soins et des prises en charge et constitue donc un enjeu stratégique majeur d'une politique sociale.

Il est donc primordial que les dispositifs mis en place s'appuient sur une démarche d'amélioration continue tenant compte de l'environnement de travail, des conditions d'emploi et des éléments de la vie quotidienne des agents en rapport à leur métier.

Les mesures proposées dans cette thématique s'inscrivent à la fois dans la continuité du dernier projet social mais également dans le cadre des orientations stratégiques définies par les lignes directrices de gestion.

1. **Concevoir et mener une politique QVCT en adéquation avec les besoins identifiés**
2. **Permettre une meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle**
3. **Simplifier les démarches administratives**
4. **Développer une démarche d'intéressement dans le cadre de la politique sociale**

Dans le cadre des LDG, de nouveaux axes de travail ont été définis :

5. « PRENDRE SOIN » du personnel hospitalier

Actions proposées :

- Développer l'offre d'activité physique auprès des professionnels
- Proposer une offre variée pour la gestion des temps de récupération
- Assurer un soutien psychologique adapté

6. Renforcer la capacité des équipes à agir et à s'exprimer sur le contenu et les conditions de réalisation du travail :

Cette approche repose sur des mécanismes de responsabilisation et d'autonomie des équipes promus par un management « soutenant » et facilitant la coopération entre les professionnels.

7. Développer la reconnaissance au travail :

Donner une visibilité du travail d'autrui pour faciliter les collaborations et améliorer les relations au travail, les organisations de services

Actions proposées :

- Former les cadres au management « promouvant »
- Valoriser un métier et ses spécificités, son rôle au sein de l'institution à travers un ou plusieurs portraits de professionnels

8. Valoriser les parcours / projet ou engagement professionnel :

Actions proposées :

- Valoriser les « talents » et les « parcours professionnels engagés » du personnel hospitalier
- Organiser des rencontres type « vis ma vie »

9. Proposer de nouvelles modalités de travail :

- Pérenniser le télétravail en tant que modalité d'organisation du travail
- Etudier de nouvelles modalités de travail telles que le co-working, le flex office

10. Promouvoir la qualité relationnelle au travail : projet « soyez acteur de votre qualité relationnelle au travail »

10 mesures – 23 actions

Mesure 1. Concevoir et mener une politique QVCT en adéquation avec les besoins identifiés

- 1.1. Mettre en place un plan annuel de Qualité de Vie au Travail et Conditions de Travail
- 1.2. Développer les outils de mesure de la QVCT
- 1.3. Accompagner les projets QVCT à l'initiative des services
- 1.4. Développer des partenariats QVCT
- 1.5. Promouvoir la QVCT

Mesure 2. Favoriser une meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie privée

- 2.1. Faciliter l'accès et/ou le maintien au logement
- 2.2. Optimiser les déplacements domicile travail
- 2.3. Maintenir un service de conciergerie
- 2.4. Optimiser l'offre de garde en crèche
- 2.5. Développer l'accompagnement des agents en difficultés pour accomplir leurs démarches administratives et financières

Mesure 3. Simplifier les démarches administratives RH

- 3.1. Dématérialiser les procédures de gestion RH
- 3.2. Faciliter l'accessibilité des procédures et des formulaires via intranet

Mesure 4. Développer une démarche d'intéressement dans le cadre de la politique sociale

- 4.1. Définir et garantir les modalités d'accès à l'intéressement
- 4.2. Mettre en œuvre la démarche

Mesure 5. Prendre soin du personnel hospitalier

- 5.1. Développer l'offre d'activité physique auprès des professionnels
- 5.2. Proposer une offre variée pour la gestion des temps de récupération
- 5.3. Assurer un soutien psychologique adapté

Mesure 6. Renforcer la capacité des équipes à agir et à s'exprimer sur le contenu et les conditions de réalisations de travail

Mesure 7. Développer la reconnaissance au travail

Mesure 8. Valoriser les talents et les parcours professionnels engagés

Mesure 9. Proposer des nouvelles modalités de travail

- 9.1. Pérenniser le télétravail en tant que modalité d'organisation du travail
- 9.2. Etudier de nouvelles modalités de travail

Mesure 10. Promouvoir la Qualité Relationnelle au Travail

Planification

Mesures	Actions	Tâches	PLANNING
2-1 Concevoir et mener une politique QVCT en adéquation avec les besoins identifiés	Mettre en place un plan annuel de Qualité de Vie au Travail et conditions de Travail (PAC)		
	1	Actualiser la politique QVCT en lien avec le projet social 2022-2026	2022
	2	Actualiser la politique QVCT en lien avec les résultats du Baromètre Social	2023
	3	Actualiser la politique QVCT en lien avec les enquêtes flash "Vie au Travail" (Projet, fonctionnement d'équipe)	2023-2026
	4	Participer au réseau des référents QVT Région PACA - OCCITANIE	2022-2026
	Développer les outils de mesure de la QVCT		
	5	Renouveler le baromètre social tous les 3 ans	2022 2025
	6	Réaliser des enquêtes de satisfaction	2023-2026
	7	Réaliser des enquêtes flash "Vie au Travail" via la plateforme ANFH	2023-2026
	Accompagner les projets QVCT à l'initiative des services		
	8	Favoriser et participer à la démarche projet des services	2022-2026
	Développer des partenariats QVCT		
	9	Formaliser un accord de partenariat QVCT (conventions)	2022-2023
Promouvoir la démarche QVCT			
10	Organiser tous les ans un évènement sur les 3 sites au cours de la Semaine de la QVT	2022-2026	
11	Concevoir un plan de communication adapté	2023	
12	Participer à la journée des nouveaux arrivants	2022-2026	
2.2 Favoriser une meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie privée	Faciliter l'accès et/ou le maintien au logement		-
	13	Consolider et développer des partenariats avec les bailleurs sociaux en vue de favoriser l'accès au logement social	2022-2026

	14	Favoriser l'accessibilité de l'information sur le logement social (critères éligibilité, démarches)	2022-2026
	15	Accompagner les agents en difficultés sociales en vue du maintien dans leur logement	2022-2026
	16	Mettre en œuvre une procédure pour l'accès au logement CHU dans une situation d'extrême urgence	2022-2026
	Optimiser les déplacements domicile travail		-
	17	Encourager la démarche de co-voiturage par le biais de mesures incitatives et facilitantes	2022-2026
	18	Favoriser l'utilisation de moyens de déplacements	2022-2026
	Maintenir un service de conciergerie		
	19	Maintenir la contractualisation avec un prestataire assurant un service adapté	2022-2026
	Optimiser l'offre de garde d'enfants		
	20	Maintenir la délégation de service public en vue d'augmenter le nombre de places proposées	2022-2026
	21	Améliorer le fonctionnement des crèches dans le but d'optimiser le taux d'admission	2022-2026
	22	Faciliter l'accessibilité aux informations sur les différentes possibilités de garde d'enfants hors CHU	2022-2026
	23	Maintenir une offre de garde dans les situations d'urgence ou dans un contexte de situation exceptionnelle	2022-2026
	Développer l'accompagnement des agents en difficultés pour accomplir leurs démarches administratives et financières		
	24	Développer l'accompagnement des agents concernant les aides sociales (CGOS, informations sur l'accès au crédit), la gestion des papiers	2022-2026
	25	Développer l'accompagnement des agents en arrêt maladie dès le 4e mois	2022
2.3 Simplifier les démarches administratives RH	26	Dématérialiser les procédures de gestion RH	2022-2026
	27	Faciliter l'accessibilité des procédures et des formulaires via intranet	2022-2026
2.4 Développer une démarche d'	28	Définir et garantir les modalités d'accès à l'intéressement	2023

intéressement dans le cadre de la politique sociale	29	Mettre en œuvre la démarche	2023
2.5 Prendre soin du personnel hospitalier	Développer l'offre d'activité physique auprès des professionnels		
	30	Optimiser l'utilisation du parcours santé pour le personnel	2022-2026
	31	Créer de nouveaux itinéraires à proximité des services	2023
	32	Proposer des séances de sport en routine	2022-2026
	33	Sécuriser et favoriser la reprise du sport pour le personnel sédentaire	2022-2026
	34	Etudier le principe d'espaces dédiés aux activités sportives en intérieur à disposition du personnel dans le cadre du SDI ?	2023-2024
	Proposer une offre variée pour la gestion des temps de récupération		
	35	Favoriser la création d'espaces de récupération et de relaxation (expérimentations)	2022
	36	Sensibiliser aux techniques de récupération et de relaxation	2022-2026
	37	Mener des expérimentations de moyens de récupération en services	2022-2026
	Assurer un soutien psychologique adapté		
	38	Déployer un dispositif d'écoute et de soutien psychologique adapté à l'évolution des contextes sanitaires	2022-2026
	39	Assurer un accompagnement dans la gestion des situations post-traumatiques	2022-2026
	40	Proposer des formations à la gestion du stress en s'appuyant sur les techniques permettant la prise de recul	2023-2026
	2-6 Renforcer la capacité des équipes à agir et à s'exprimer sur le contenu et les conditions de réalisations de travail	Au niveau des équipes	
41		Mettre en place des espaces de discussion pluri-professionnels sur le travail	2023-2024
42		Déployer des démarches participatives dans la co-construction des projets	2022-2026
43		Proposer des ateliers opérationnels	2023-2024
Au niveau des managers			
44		Accompagner les cadres vers un management participatif et bienveillant	2022-2026
45		Mettre en place des espaces de discussion pour les cadres favorisant l'échange d'expérience sur le travail	2023-2024
46	Organiser un « forum » ou conférence une fois par an sur une thématique de management	2022-2026	

2-7 Développer la reconnaissance au travail	47	Former les cadres au management « promouvant »	2022-2026
	48	Valoriser un métier et ses spécificités, son rôle au sein de l'institution à travers un ou plusieurs portraits de professionnels	2023-2024
2-8 Valoriser les talents et les parcours professionnels engagés	49	Valoriser les « talents » et les « parcours professionnels engagés » du personnel hospitalier	2023-2024
	50	Organiser des rencontres type « vis ma vie »	2023-2024
2-9 Proposer des nouvelles modalités de travail	Pérenniser le télétravail en tant que modalité d'organisation du travail		
	51	Conclure un accord de télétravail conforme à la réglementation	2022
	52	Mettre en place des modalités d'évaluation du télétravail en collaboration avec l'encadrement	2023-2024
	53	Réaliser des RETEX sur les services en expérimentation type "projet"	2022-2023
	54	Conseiller et mettre à disposition des informations ergonomiques pour organiser son poste de télétravail à domicile	2022
	55	Procéder à des aménagements de poste à domicile sur préconisation du SST	2022-2026
	Etudier de nouvelles modalités de travail		
	56	Prendre contact avec les collectivités disposant d'espaces de coworking et envisager des modalités de coopération	2023-2026
	57	Optimiser l'organisation des postes de travail dans des espaces en open space ou partagés	2023-2026
	58	Etudier les modalités d'organisation en flex office	2023-2026
2-10 Promouvoir la qualité relationnelle au Travail	59	Animer et communiquer sur le dispositif complet d'analyse et de résolution des conflits interpersonnels (conciliation, médiation interne et externe)	2022-2026
	60	Former et sensibiliser à la Qualité relationnelle au Travail	2022-2026

THEME 3. PRESERVER LA SANTE ET AMELIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL

CHAPITRE 1- PREVENIR LES RISQUES PROFESSIONNELS ET AMELIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL

Le CHU de Nîmes mobilise les acteurs suivants pour promouvoir une approche préventive des risques professionnels et ainsi préserver la santé des professionnels :

- Représentants du personnel notamment au Comité d'Hygiène et Sécurité Condition de Travail (CHSCT)
- Service de Santé au Travail (SST)
- Direction et personnel d'encadrement
- Pôles
- Cellule Condition de Travail (CCT)
- Professionnels de l'établissement

La Cellule Conditions de Travail (CCT) a pour mission de définir, impulser et mettre en œuvre des actions visant l'amélioration de la qualité de vie au travail, notamment en matière de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.

Ce service est chargé de :

- Elaboration et mise à jour du Document Unique par l'évaluation des risques professionnels en service, en collaboration avec les équipes et l'encadrement,
- Suivi et analyse des signalements relatifs aux risques professionnels,
- Mise en œuvre et suivi du P.A.P.R.I.P.A.C.T. ,
- Participation active à la mise en œuvre du Projet Social pour les thèmes correspondant au domaine d'activité,
- Suivi des groupes issus du Projet social et reporting en Copil Social,
- Mise en œuvre et analyse du Baromètre Social,
- Impulser une démarche "Qualité de Vie au Travail" au sein de l'établissement.

Le SST est composé d'une équipe pluridisciplinaire formée en santé au travail : 4 IDE, 3 secrétaires et cible de 4 médecins.

Dans le cadre de son projet social, l'établissement souhaite mettre l'accent sur la prévention primaire grâce à la démarche d'évaluation des risques professionnels dans le cadre du Document Unique. Après avoir mis en place une méthodologie en vue de mettre à jour ce document, il convient désormais de l'utiliser comme un véritable outil de pilotage et de proposer des mesures préventives et correctives en concertation avec les professionnels, puis de mettre en place des actions de prévention validées. Un suivi du plan d'actions et la mise à jour du DUERP doivent être organisés.

L'ensemble des actions proposées viendront renforcer la culture de prévention et de santé.

Afin de mieux préserver la santé mentale des professionnels, le CHU a mis en place un dispositif complet de gestion des RPS.

La démarche proposée a pour objectif de :

- Réagir face à un conflit, comprendre comment celui-ci est survenu en analysant l'ensemble des éléments.
- Déployer des actions ciblées et graduées en fonction de cette analyse
- Approfondir l'évaluation des actions et le suivi à travers le document unique.

Le démarche s'appuie sur un dispositif d'alerte et d'analyse de situation.

Il convient désormais de consolider le dispositif et de développer une politique de prévention afin de promouvoir le bien-être au travail et prévenir les souffrances psychiques et physiques.

Le CHU s'est engagé également à mener une politique de non-discrimination et de respect de l'Égalité Professionnelle déclinée en plan d'actions, et notamment sur la lutte contre les violences sexistes et sexuelles.

3 mesures – 12 actions

Mesure 1. Favoriser une démarche de prévention des risques professionnels autour du Document Unique

- 3.2.1 Développer et consolider le dispositif d'évaluation des risques professionnels
- 3.2.2 Favoriser la diffusion et l'appropriation de la démarche d'évaluation et de prévention des risques professionnels
- 3.2.3 Assurer le management de la prévention

Mesure 2. Prévenir les risques physiques

- 1.2.1 Développer la prévention des risques liés à la charge physique
- 1.2.2 Développer la prévention des risques liés au bruit
- 1.2.3 Développer la prévention du risque chimique et CMR
- 1.2.4 Développer la prévention des risques liés aux chutes
- 1.2.5 Développer la prévention des risques spécifiques et autres
- 1.2.6 Intégrer l'aspect ergonomique dans les projets de conception

Mesure 3. Prévenir les risques psycho-sociaux

- 1.3.1. Mettre en œuvre les dispositifs nécessaires au repérage et au traitement des situations à risques RPS
- 1.3.2. Mettre en œuvre les dispositifs nécessaires au recueil et au traitement des actes de violences sexistes et sexuelles et de harcèlement
- 1.3.3. Mener des actions de prévention

Mesure 4. Revisiter les rythmes de travail et les organisations

Promouvoir l'organisation des prises en charge dans le cadre d'une coordination médicale et paramédicale

Développer des améliorations des roulements et horaires de travail

Poursuivre les actions relatives aux retours sur repos

Réaliser des enquêtes de satisfaction sur les organisations

Planification

Mesures	Action	Tâche	PLANNING
3.1.1 Favoriser une démarche de prévention des risques professionnels autour du Document Unique	Développer et consolider le dispositif d'évaluation des risques professionnels		
	1	Finaliser le document unique dans sa nouvelle version	2022
	2	Mettre à jour régulièrement les évaluations ERVP en tenant compte des changements de service (organisationnels, SDI et réglementaires)	2022-2026
	3	Réaliser des évaluations de risques professionnels EVRP dans le cadre de nouvelles activités	2022-2026
	4	Réaliser des études de postes ciblées en lien avec les évaluations	2022-2026
	5	Proposer des plans d'actions dans le cadre du PAPRI Pact	2022-2026
	6	Mettre en œuvre et suivre les actions validées institutionnellement	2023-2026
	Favoriser la diffusion et l'appropriation de la démarche d'évaluation et de prévention des risques professionnels		
	7	Rendre accessible l'évaluation des risques professionnels - nouveau DUERP	2023
	8	Permettre une traçabilité de l'exposition aux risques professionnels	2023-2026
Assurer le management de la prévention			
9	Communiquer et informer sur la prévention des risques et amélioration des conditions de travail	2022-2026	
10	Assurer le suivi des RP et du PAPRI Pact	2022-2026	
3.1.2 Prévenir les risques professionnels Physiques	Développer la prévention des risques liés à la charge physique		
	11	Proposer des formations adaptées aux nouveaux agents et aux étudiants IFMS	2022-2026
	12	Déployer la démarche Prévention des Risques liés à l'Activité Physique	2022-2026
13	Proposer des formations actions directement en services en fonction de leur besoin	2022-2026	

	14	Participer activement à la politique d'achats des aides techniques en lien avec l'expertise développée sur le secteur (conseil, organisation de tests fournisseurs)	2022-2026
	15	Proposer des expérimentations favorisant l'amélioration des conditions de travail	2022-2026
	Développer la prévention des risques liés au bruit		
	16	Proposer des mesures dans les secteurs à risques identifiés dans le cadre du DU ou signalements	2022-2026
	17	Proposer des actions correctives ou préventives	2022-2026
	Développer la prévention du risque chimique et CMR		
	18	Assurer la gestion centralisée des FDS dans un logiciel adapté	2022
	19	Réaliser la cartographie des services les plus impactés par ce risque à partir de l'outil SEIRICH	2023
	20	Mettre en place des procédures adaptées à la maîtrise du risque chimique	2022-2023
	21	Réaliser des études dans les secteurs à risques identifiés dans le cadre du DU ou signalements	2022-2026
	22	Proposer des actions correctives ou préventives	2022-2026
	23	Proposer des actions de sensibilisation au risque chimique	2023-2026
	Développer la prévention des risques liés aux chutes		
	24	Réaliser la cartographie des sites (interne et externe) pour mieux appréhender les zones à risques à partir du DUERP	2023-2024
	25	Analyser les signalements et accidents de travail liés aux chutes	2023-2024
	26	Préconiser et/ou mettre en place des actions appropriées	2024-2025
	27	Informier et sensibiliser les professionnels sur les risques liés aux chutes	2024-2025
	Développer la prévention des risques (autres/ risques spécifiques)		
	28	Participer et/ou proposer des actions de prévention en lien avec des risques spécifiques à partir du DUERP	2023
	29	Développer une collaboration avec l'EOH et le SST sur la prévention des AES	2022-2023
	30	Mettre en place une méthodologie d'analyse des AT	2023
	Intégrer l'aspect ergonomique dans les projets de conception		
	31	Mieux associer l'ergonome à l'élaboration et mise en œuvre des projets	2022-2026
3.1.3 Prévenir les risques psychosociaux.	Mettre en oeuvre les dispositifs nécessaires au repérage et traitement des situations à risques RPS		
	32	Recueillir et traiter les situations dans le cadre du COPIL RPS et CARCIP	2022-2026

	34	Déployer le dispositif de médiation internalisé et externe	2022-2026
	35	Proposer des groupes d'expression du personnel	2022-2026
	36	Mettre en place les groupes d'analyse clinique des pratiques professionnelles	2023-2026
	Mettre en oeuvre les dispositifs nécessaires au recueil et au traitement des actes de violences sexistes et sexuelles et de harcèlement		
	37	Mettre en place un groupe de travail pour concevoir un dispositif de signalement et de traitement des VSS	2022
	38	Accompagner la démarche par un plan de sensibilisation et d'information	2022
	39	Déploiement du dispositif et du plan de communication	2023
	Mener des actions de prévention		
	40	Communiquer sur les dispositifs existants	2023
	41	Proposer des actions dans le cadre de l'observatoire de la violence et du CSPRP	2022-2026
	42	Développer la formation des cadres à la "gestion des conflits" (plan cadres)	2022-2026
	43	Renouveler la formation des cadres à la prévention des RPS	2023
	44	Sensibiliser les futurs professionnels au risque RPS (repérage, techniques de gestion du stress, ressources identifiés)	2022-2026
	45	Développer la formation " gestion de l'agressivité" au plan de formation	2022-2026
	46	Développer la formation " gestion de l'agressivité" spécifiques aux secteur identifiés	2022-2026
	47	Elaborer des formations spécifiques pour lutter contre les VSS	2022-2023

THEME 3. PRESERVER LA SANTE ET AMELIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL

CHAPITRE 2 - ACCOMPAGNER LES PERSONNES EN DIFFICULTES DE SANTE DANS LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Le CHU de Nîmes conduit depuis de nombreuses années une politique dynamique d'insertion et de maintien dans l'emploi.

Vieillesse, allongement de la vie professionnelle, incident de santé (maladie chronique ou professionnelle, accident de la vie ou du travail...) sont autant de situations qui peuvent impacter la capacité à rester en emploi.

Il est donc essentiel de poursuivre durablement et de manière plus visible et novatrice, notre engagement positif et inclusif au service des agents en difficulté de santé pour un retour à l'emploi adapté à chacun.

3 priorités ont été retenues pour mener à bien cette politique pilotée par la direction des Ressources Humaines :

- 1. Consolider la concertation des acteurs et des outils dans le dispositif du maintien dans l'emploi**
- 2. Organiser l'accompagnement individuel de l'agent présentant des difficultés de santé** en structurant le repositionnement professionnel
- 3. Identifier les leviers d'amélioration du retour à l'emploi**

3 mesures – 6 actions

Mesure 1. Consolider la concertation des acteurs et des outils clés dans le dispositif du maintien dans l'emploi

- 3.2.4 Renforcer la coopération des acteurs
- 3.2.5 Formaliser les outils de pilotage

Mesure 2. Organiser l'accompagnement individuel de l'agent présentant des difficultés de santé

- 1.2.7 Structurer le repositionnement professionnel

Mesure 3. Identifier les leviers d'amélioration du retour à l'emploi

2.3.1.Prévenir les situations d'inaptitude

2.3.2.Consolider le dispositif des emplois tremplins

2.3.3.Accompagner les agents en reclassement professionnel : la période de préparation au reclassement

Planification

Mesures	Action	Tâche	PLANNING
3.1.1 Favoriser une démarche de prévention des risques professionnels autour du Document Unique	Développer et consolider le dispositif d'évaluation des risques professionnels		
	1	Finaliser le document unique dans sa nouvelle version	2022
	2	Mettre à jour régulièrement les évaluations ERVP en tenant compte des changements de service (organisationnels, SDI et réglementaires)	2022-2026
	3	Réaliser des évaluations de risques professionnels EVRP dans le cadre de nouvelles activités	2022-2026
	4	Réaliser des études de postes ciblées en lien avec les évaluations	2022-2026
	5	Proposer des plans d'actions dans le cadre du PAPRI Pact	2022-2026
	6	Mettre en œuvre et suivre les actions validées institutionnellement	2023-2026
	Favoriser la diffusion et l'appropriation de la démarche d'évaluation et de prévention des risques professionnels		
7	Rendre accessible l'évaluation des risques professionnels - nouveau DUERP	2023	

	8	Permettre une traçabilité de l'exposition aux risques professionnels	2023-2026
	Assurer le management de la prévention		
	9	Communiquer et informer sur la prévention des risques et amélioration des conditions de travail	2022-2026
	10	Assurer le suivi des RP et du PAPRI Pact	2022-2026
3.1.2 Prévenir les risques professionnels Physiques	Développer la prévention des risques liés à la charge physique		
	11	Proposer des formations adaptées aux nouveaux agents et aux étudiants IFMS	2022-2026
	12	Déployer la démarche Prévention des Risques liés à l'Activité Physique	2022-2026
	13	Proposer des formations actions directement en services en fonction de leur besoin	2022-2026
	14	Participer activement à la politique d'achats des aides techniques en lien avec l'expertise développée sur le secteur (conseil, organisation de tests fournisseurs)	2022-2026
	15	Proposer des expérimentations favorisant l'amélioration des conditions de travail	2022-2026
	Développer la prévention des risques liés au bruit		
	16	Proposer des mesures dans les secteurs à risques identifiés dans le cadre du DU ou signalements	2022-2026
	17	Proposer des actions correctives ou préventives	2022-2026
	Développer la prévention du risque chimique et CMR		
18	Assurer la gestion centralisée des FDS dans un logiciel adapté	2022	

	19	Réaliser la cartographie des services les plus impactés par ce risque à partir de l'outil SEIRICH	2023	
	20	Mettre en place des procédures adaptées à la maîtrise du risque chimique	2022-2023	
	21	Réaliser des études dans les secteurs à risques identifiés dans le cadre du DU ou signalements	2022-2026	
	22	Proposer des actions correctives ou préventives	2022-2026	
	23	Proposer des actions de sensibilisation au risque chimique	2023-2026	
	Développer la prévention des risques liés aux chutes			
	24	Réaliser la cartographie des sites (interne et externe) pour mieux appréhender les zones à risques à partir du DUERP	2023-2024	
	25	Analyser les signalements et accidents de travail liés aux chutes	2023-2024	
	26	Préconiser et/ou mettre en place des actions appropriées	2024-2025	
	27	Informier et sensibiliser les professionnels sur les risques liés aux chutes	2024-2025	
	Développer la prévention des risques (autres/ risques spécifiques)			
	28	Participer et/ou proposer des actions de prévention en lien avec des risques spécifiques à partir du DUERP	2023	
	29	Développer une collaboration avec l'EOH et le SST sur la prévention des AES	2022-2023	
	30	Mettre en place une méthodologie d'analyse des AT	2023	

	Intégrer l'aspect ergonomique dans les projets de conception		
	31	Mieux associer l'ergonome à l'élaboration et mise en œuvre des projets	2022-2026
3.1.3 Prévenir les risques psycho-sociaux.	Mettre en œuvre les dispositifs nécessaires au repérage et traitement des situations à risques RPS		
	32	Recueillir et traiter les situations dans le cadre du COPIL RPS et CARCIP	2022-2026
	34	Déployer le dispositif de médiation internalisé et externe	2022-2026
	35	Proposer des groupes d'expression du personnel	2022-2026
	36	Mettre en place les groupes d'analyse clinique des pratiques professionnelles	2023-2026
	Mettre en œuvre les dispositifs nécessaires au recueil et au traitement des actes de violences sexistes et sexuelles et de harcèlement		
	37	Mettre en place un groupe de travail pour concevoir un dispositif de signalement et de traitement des VSS	2022
	38	Accompagner la démarche par un plan de sensibilisation et d'information	2022
	39	Déploiement du dispositif et du plan de communication	2023
	Mener des actions de prévention		
	40	Communiquer sur les dispositifs existants	2023
	41	Proposer des actions dans le cadre de l'observatoire de la violence et du CSPRP	2022-2026
	42	Développer la formation des cadres à la "gestion des conflits" (plan cadres)	2022-2026

	43	Renouveler la formation des cadres à la prévention des RPS	2023
	44	Sensibiliser les futurs professionnels au risque RPS (repérage, techniques de gestion du stress, ressources identifiées)	2022-2026
	45	Développer la formation " gestion de l'agressivité" au plan de formation	2022-2026
	46	Développer la formation " gestion de l'agressivité" spécifiques aux secteur identifiés	2022-2026
	47	Elaborer des formations spécifiques pour lutter contre les VSS	2022-2023

Mesures	Actions	Tâches	PLANNING
3.-1 Consolider la concertation des acteurs et des outils clés dans le dispositif du maintien dans l'emploi	Renforcer la coopération des acteurs		
	1	Solliciter la commission d'adéquation au poste de travail issue du CHSCT	2022/2026
	2	Conforter le rôle la commission pluridisciplinaire d'insertion et de maintien dans l'emploi	2022/2026
	3	Associer étroitement les différents acteurs dans le dispositif (le service de santé au travail, les directions fonctionnelles, les Pôles et l'encadrement)	2022/2026
	Formaliser les outils de pilotage		
	4	Recenser les avis de restrictions d'aptitude sur des tableaux de bord partagés	2022/2026
	5	Actualiser la cartographie des postes à restriction préemptés en collaboration avec les pôles de soins	2022/2026
	6	Actualiser la cartographie des agents en restriction dans les pôles de soins pour une meilleure vision des situations individuelles	2022/2026
	7	Créer des indicateurs et seuils d'alerte en matière d'absentéisme	2023/2026
3.-2 Organiser l'accompagnement individuel de l'agent présentant des difficultés de santé	Structurer le repositionnement professionnel		
	8	Elaborer la phase préparatoire de recherche de solutions adaptées et d'orientation des candidats	2022/2026
	9	Engager la phase opératoire de la mise en œuvre et du suivi de la solution proposée	2022/2026
	10	Suivre les aménagements de postes en lien avec la CCT (matériel, organisation adaptée aux restrictions, formation éventuelle...)	2022/2026
	11	Evaluer périodiquement le dispositif retenu	2023/2026

3.-3 Identifier les leviers d'amélioration du retour à l'emploi	Prévenir les situations d'inaptitude		
	12	Maintenir le lien avec l'agent durant l'arrêt de travail prolongé	2023/2026
	13	Inciter l'agent à solliciter une visite de pré reprise	2023/2026
	14	Sensibiliser l'encadrement et l'équipe à l'intégration d'un agent en restriction	2023/2026
	Consolider le dispositif des emplois tremplins		
	15	Pour les postes administratifs et techniques	2022/2026
	16	Identifier des potentiels et besoins en formation ou à l'inverse des incompatibilités avant toute affectation pérenne	2022/2026
	17	Intégrer l'agent à un parcours de formations	2022/2026
	18	Pour les postes des services de soins	2022/2026
	19	Identifier les freins et les attentes pour une reprise du travail optimale	2022/2026
	20	Faire bénéficier l'agent d'un accompagnement organisationnel et opérationnel bienveillant	2022/2026
	21	Intégrer l'agent à un parcours de formations	2022/2026
	Accompagner les agents en reclassement professionnel : la période de préparation au reclassement		
	22	Proposer un bilan professionnel approfondi	2022/2026
	22	Définir le projet de reconversion professionnelle retenu	2022/2026
	23	Mettre en œuvre les parcours de formation et d'immersion	2022/2026
	24	Evaluer le dispositif individuel mis en place	2022/2026

THEME 3. PRESERVER LA SANTE ET AMELIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL

CHAPITRE 3 - ACCOMPAGNER LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

La politique « handicap » du CHU de Nîmes doit permettre d'inclure tous les acteurs parties prenantes afin de promouvoir l'égalité des chances et la valorisation des parcours, des compétences des individus notamment en :

- Changeant le regard porté sur le handicap et en faisant la promotion de la diversité au cœur de la politique RH
- Améliorant les conditions d'emploi des personnes en situation de handicap et ainsi prévenir les risques d'inaptitude

La politique est orientée vers 2 grands axes et autour de 5 grandes priorités :

1 DEVELOPPER UNE POLITIQUE « HANDICAP »

- Déployer une politique de recrutement et d'intégration des personnes en situation de handicap

2. AMELIORER LES CONDITIONS D'EMPLOI DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

- Accompagner les agents en situation de handicap sur leur poste de travail
- Sécuriser le déroulement du parcours professionnel des agents en situation de handicap
- Mettre en place des actions de formation et/ou de communication en faveur de l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap
- Mener des actions de sensibilisation sur les enjeux du handicap

2 mesures – 5 actions

Mesure 1. Développer une politique "handicap"

3.1.1 Déployer une politique de recrutement et d'intégration des personnes en situation de handicap

Mesure 2. Améliorer les conditions d'emploi des personnes en situation de handicap

- 3.1.1. Accompagner les agents en situation de handicap sur leur poste de travail
- 3.1.2. Sécuriser le déroulement du parcours professionnel des personnes en situation de handicap
- 3.1.3. Mettre en place des actions de formation et/ou de communication en faveur de l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap
- 3.1.4. Mener des actions de sensibilisation sur les enjeux du handicap

Planification

Mesures	Actions	Tâches	PLANNING
3.1 Développer une politique "handicap"	Déployer une politique de recrutement et d'intégration des personnes en situation de handicap		
	1	Etablir un processus de recrutement formalisé (partenariat, apprentissage...)	2023/2026
	2	Accompagner l'intégration du nouveau recruté (tutorat, sensibilisation du collectif de travail...)	2023/2026
	3	Evaluer l'intérêt d'un conventionnement FIPH-FP	2023/2026
3.2 Améliorer les conditions d'emploi des personnes en situation de handicap	Accompagner les agents en situation de handicap sur leur poste de travail		
	4	Mettre en œuvre les aménagements relatifs aux conséquences du handicap de l'agent par :	2022/2026
	5	• Un accompagnement opérationnel (tutorat, accompagnements spécifiques...)	
	6	• Un accompagnement technique (matériel spécifique, aide humaine sur le poste...)	
	7	• Un accompagnement organisationnel (organisation du travail ou du temps de travail...)	
	8	• Une évaluation périodique de l'adéquation au poste	
	Sécuriser le déroulement du parcours professionnel des personnes en situation de handicap		
	9	Favoriser la mise en œuvre des dispositions prévues par la loi du 6 août 2019	2023/2026
	10	Faciliter l'accès au télétravail et au temps partiel	2022/2026
	Mettre en place des actions de formation et/ou de communication en faveur de l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap		
	11	Assurer la formation et la professionnalisation des acteurs clés du handicap	2023/2026
	12	Dynamiser l'animation d'un réseau de partenaires	2023/2026
	13	Accompagner l'adéquation aux métiers/compétences indispensable au soutien du dynamisme et projets de l'établissement	2023/2026
	Mener des actions de sensibilisation sur les enjeux du handicap		
	14	Organiser des évènements ou manifestations avec participation de l'ensemble des personnels (Semaine européenne pour l'emploi des personnes handicapées...).	2022/2026
15	Permettre les rencontres et échanges entre les acteurs du handicap et l'encadrement.	2022/2026	

THEME 4. FAVORISER LE DIALOGUE SOCIAL

Afin de favoriser le dialogue social, le CHU a souhaité rénover les conditions d'exercice du dialogue social en renforçant la participation des représentants des organisations syndicales à la poursuite du schéma directeur immobilier et à sa déclinaison en projets et organisations de travail, en proposant des temps d'échanges et de rencontres de travail plus fréquents.

L'actualisation des modalités de fonctionnement des instances est également souhaitée pour une vision mieux partagée.

Il convient également, pour préparer l'avenir de l'institution, à la fois d'actualiser les accords et protocoles existants et en même temps d'investir de nouveaux champs de coopération.

Enfin, dans le but d'enrichir les réflexions émises, d'améliorer les conditions de travail ainsi que le dialogue social, le CHU souhaite permettre la participation des cadres et du corps médical à ces réflexions partagées.

4 mesures – 9 actions

Mesure 1. Actualiser le fonctionnement des instances

- 5.1.1 Favoriser l'étude des dossiers en CSE
- 5.1.2 Améliorer le fonctionnement des instances

Mesure 2. Redéfinir les accords et protocoles

- 5.2.1 Actualiser les accords et protocoles existants
- 5.2.2 Définir et mettre en œuvre de nouveaux accords et protocoles

Mesure 3. Assurer un suivi du Projet Social

- 5.3.1 Associer les organisations syndicales au suivi du Projet Social

Mesure 4. Enrichir le dialogue social

- 5.4.1 Renforcer la présence médicale et d'encadrement dans les groupes de travail
- 5.4.2 Maintenir des échanges réguliers OS / DRH
- 5.4.3 Prévoir une information des cadres sur les modalités d'exercice du droit syndical
- 5.4.4 Sensibiliser sur les relations entre les OS et les cadres

Planification

Mesures	Actions	Tâches	PLANNING
4.1. Actualiser le fonctionnement des instances	Favoriser l'étude des dossiers en CSE		
	1	Renforcer l'information des Représentants du personnel aux ouvertures de services et réorganisations	2022/2026
	2	Maintenir la dynamique des échanges Equipe / OS sur les projets de services.	2022/2026
	3	Renforcer la collaboration avec le PM pour une meilleure prise en compte du projet de soins	2022/2026
	Améliorer le fonctionnement des instances		
	4	Redéfinir le règlement intérieur du CSE	2023
4.2. Redéfinir accords et protocoles	Actualiser les accords et protocoles existants		
	5	Actualiser le protocole d'exercice du droit syndical	2023
	6	Actualiser le protocole de grève et le service minimum	2024
	7	Actualiser le chronoguide	2023
	Définir et mettre en œuvre de nouveaux accords et protocoles		

	8	Mettre en œuvre le nouveau protocole relatif aux promotions professionnelles	2022
4.3 Assurer un suivi du Projet Social	Associer les organisations syndicales au suivi du Projet Social		
	9	Mettre en place un comité de pilotage du Projet	2022
4.4 Enrichir le dialogue social	Renforcer la présence médicale et d'encadrement dans les groupes de travail		
	10	Maintenir des groupes de travail associant partenaires sociaux et cadres, médecins	2022/2026
	Maintenir des échanges réguliers OS / DRH		2022/2026
	Prévoir une information des cadres sur les modalités d'exercice du droit syndical		2022/2026
	Sensibiliser sur les relations entre les OS et les cadres		2023/2026

INTRODUCTION

L'élaboration d'un projet social médical au CHU de Nîmes est né de la volonté de mener une réflexion sur les conditions d'exercice de la profession de médecin hospitalier.

En effet, dans un contexte de crise sanitaire, de crise démographique et de nombreuses réformes structurelles du système de santé, il est nécessaire de s'interroger sur les motivations qui pousse un praticien à choisir l'exercice hospitalier.

Ces réflexions nous ont mené à structurer un projet autour de deux thématiques phares l'attractivité des carrières hospitalières et la qualité de vie au travail.

Ce projet a été rédigé sous l'impulsion de la CME, avec l'appui de la Direction des Affaires Médicales. Les deux commissions dédiées, la CROPS et la commission des effectifs, associant la commission des jeunes élus, ont été étroitement associés à la rédaction de ce projet.

Il a vocation à s'appliquer à l'ensemble du corps médical de l'établissement, praticiens séniors mais également pour beaucoup d'aspects, aux praticiens en formation auxquels une attention particulière doit être portée. En effet, la période d'apprentissage est une période charnière en terme de vulnérabilité et donc d'exposition aux risques psychosociaux. De plus, les internes sont l'avenir de l'hôpital et c'est au plus tôt qu'il faut les convaincre de choisir le CHU de Nîmes. Leur point de vue sera donc pris en compte dans la mise en œuvre de ce projet social.

Le projet social médical, qui est un des volets du projet d'établissement, définit donc, pour la période 2022/2027, les grandes orientations qui devront être poursuivies sur les questions sociales touchant le personnel médical. Elles se déclineront, sur cette période de 5 ans, en actions opérationnelles.

Deux axes stratégiques ont été définis, en cohérence avec les exigences nationales et en particulier celles posées par le Manuel de Certification HAS en matière de qualité de vie au travail, qui sont les suivants :

- ✓ *Attractivité, recrutement et fidélisation du personnel médical*
- ✓ *Qualité de vie au travail et amélioration des conditions de travail*

Pour chacun de ces axes des actions ont été décidées et déclinées dans le cadre de fiches actions élaborées par les deux groupes de travail mis en place sur ces deux thématiques.

ORIENTATION STRATEGIQUE 1 : ATTRACTIVITE, RECRUTEMENT ET FIDELISATION DU PERSONNEL MEDICAL

Le CHU de Nîmes, pour pouvoir répondre aux besoins de santé de son territoire, doit disposer des ressources médicales nécessaires et suffisantes en nombre mais aussi sur un plan qualitatif.

Même si l'établissement reste très apprécié par les jeunes praticiens, il doit faire face, comme tous les hôpitaux publics, à une concurrence en matière de recrutement du secteur privé notamment mais aussi

des autres structures voisines. Cette concurrence, peut se traduire par des tensions fortes sur certaines disciplines.

Le risque que les médecins se détournent de l'hôpital existe en début de carrière mais peut aussi intervenir plus tardivement, après plusieurs années d'exercice.

Il est impératif de s'interroger sur les conditions d'attractivité de notre établissement et d'essayer de cerner les leviers qui pourraient, soit consolider la place du CHU de Nîmes dans certaines disciplines, soit, pour d'autres, renforcer l'envie des médecins à choisir l'hôpital et à y rester. Ainsi, il a été décidé, comme préalable, de réaliser une enquête auprès des personnels médicaux pour tenter d'identifier les facteurs d'attractivité.

1. REPERER LES COMPETENCES MEDICALES, CONTRIBUER AU DEVELOPPEMENT D'UNE STRATEGIE DE GESTION PREVISIONNELLE ET PROSPECTIVE

Il convient de construire une démarche prospective avec les chefs de pôle, les chefs de service et la faculté de médecine, pour déterminer au mieux et au plus tôt les besoins en ressources médicales nécessaires par discipline.

L'objectif d'une approche prévisionnelle est bien entendu d'anticiper le renouvellement générationnel en prévoyant les remplacements des départs à la retraite. Elle doit permettre aussi d'envisager une éventuelle modification de la structure des emplois en fonction des changements d'organisation hospitalière. Elle vient enfin en appui de la mise en œuvre du projet médical de l'établissement.

Cette gestion prévisionnelle doit comporter un volet quantitatif, reposant sur un état des lieux des mouvements, ainsi qu'un volet plus qualitatif axé sur les spécialités et les compétences médicales nécessaires.

Une cartographie des postes médicaux a été réalisée, elle doit permettre d'identifier de façon très claire les compétences médicales et en particulier les surspécialités. Cette cartographie doit être élargie à l'échelon du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du Gard, dans le cadre du projet médical partagé, qui comportera un volet sur les ressources humaines médicales. La construction des filières de soins va souvent s'accompagner de partage de temps médicaux.

Par ailleurs, en tant qu'établissement universitaire, le CHU a un rôle à jouer en matière de formation des praticiens mais également en matière d'aide au recrutement.

L'ambition est d'arriver de faire évoluer cette cartographie des surspécialités et ainsi construire une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences à l'échelon territorial du GHT.

La politique d'attractivité doit commencer au plus tôt, au moment de la formation de l'étudiant et de l'interne. Si le CHU de Nîmes dispose de nombreux atouts dans ce domaine, comme le fort développement de l'enseignement par simulation, il sera nécessaire dans les années à venir de les consolider. En effet, la réforme des différents cycles des études médicales nécessite, en lien étroit avec la faculté, d'adapter notre offre de formation. Les besoins pédagogiques des internes doivent être conciliés avec les capacités d'accueil des services, pour pouvoir continuer à garantir une formation de qualité.

Pour les internes également, et notamment en phase de Docteur Junior, l'approche territoriale est à renforcer, à partir de parcours qui permettent une alternance des séquences de stage en centre hospitalier et dans des services universitaires.

2. ORGANISER UN PARCOURS D'ACCUEIL DES PRATICIENS SENIORS ET DES PRATICIENS JUNIORS

Améliorer les conditions d'accueil des praticiens juniors et séniors est un élément déterminant dans la construction d'une politique d'attractivité. En effet, l'arrivée est un moment clé dans une carrière, qui peut être déstabilisant pour certains, étudiants, internes, assistant / chef de clinique ou sénior.

Des initiatives locales existent déjà pour structurer l'accueil des internes. Elles sont un élément d'attractivité et de fidélisation des futurs professionnels mais également un moyen de sensibilisation et de transmission d'informations importantes dans le cursus de chacun. Le CHU de Nîmes a mis en place depuis de nombreuses années une session d'accueil pour les internes, après celle organisée par la faculté, pour leur donner les éléments de repérage nécessaire à leur prise de poste. Le contenu de cette demi-journée, ainsi que le livret d'accueil qui l'accompagne, doivent être adaptés et renouvelés pour être conforme aux besoins et aux attentes des praticiens en formation.

La rédaction et la diffusion d'une charte d'accueil pourrait être un élément qui contribuerait à mieux structurer encore cet accueil des internes.

Le même type de démarche doit être également pensé pour le post-internat car, si les chefs de clinique bénéficient d'une manifestation organisée par la faculté, rien n'a encore été prévu pour les assistants.

Si des perspectives de carrière existent pour ces jeunes professionnels, il est indispensable de pouvoir formuler au plus tôt une proposition conjointe direction/ représentants médicaux pour leur offrir une visibilité sur l'avenir.

Enfin, pour tout praticien arrivant au CHU de Nîmes, il convient d'organiser un accueil institutionnel par le Président de la CME et la direction des affaires médicales. Ce dernier s'inscrit dans un parcours plus large au cours duquel il recevra les informations utiles et nécessaires à sa prise de poste, de la direction des affaires médicales à son pôle et service d'exercice.

Il est important de s'assurer que toutes les informations matérielles lui ont été données.

A d'autres moments clés de la carrière, comme la nomination comme praticien hospitalier, des moments d'intégration, de convivialité institutionnelle, sont à organiser pour marquer, même symboliquement, l'entrée dans la communauté hospitalière.

3. RENFORCER L'ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISE AU SEIN D'UN PARCOURS PROFESSIONNEL

Dans le prolongement du travail à réaliser pour l'accueil, l'accompagnement des médecins est nécessaire tout au long de leur carrière hospitalière.

Dans les mois qui suivent leur arrivée, un point d'étape sur l'intégration des nouveaux médecins est à faire pour détecter notamment les difficultés éventuelles et aider à leur résolution.

Les jeunes praticiens souhaitent également avoir une meilleure visibilité de ce que pourra être leur trajectoire de titularisation.

A ces fins, et dans un contexte de réforme du statut de praticien contractuel, un logigramme sera adopté permettant de définir les niveaux d'embauches ainsi que les étapes et la temporalité permettant d'acquérir le statut de praticien hospitalier.

En fonction des profils et des potentiels, d'autres moments clés vont se présenter au cours de la carrière, en particulier pour ceux qui s'orientent vers un cursus hospitalo-universitaires. Pour ces derniers, un tutorat en partenariat avec les chefs de filières est mis en place au sein de la discipline. Une attention particulière doit être portée à ces profils, à tous les niveaux, direction, présidence de CME, chefs de pôle, responsables de discipline, pour leur garantir les meilleures chances d'atteindre leur objectif de nomination.

Dans ce cadre, le CHU accompagne ces candidats au cours de leur mobilité à l'étranger par le biais d'une bourse qui permet le maintien de tout ou partie du salaire.

Lorsque malheureusement un praticien décide de quitter le CHU prématurément, il doit être vu en entretien pour que les raisons qui ont motivées son départ soient bien identifiées.

4. CONSOLIDER LE DISPOSITIF SPECIFIQUE AU MANAGEMENT MEDICAL

Au cours de leur carrière hospitalière, les médecins peuvent être amenés à occuper des fonctions managériales, comme responsable d'UF, chef de service ou chef de pôle.

L'accès à ces nouvelles responsabilités suppose de mobiliser des connaissances et compétences qui n'ont pas donné lieu à un apprentissage au cours des études médicales. La prise de fonction doit nécessairement s'accompagner de modules de formation au management pour aider le praticien dans ses premiers pas comme responsable. Le CHU de Nîmes dispose d'un plan de formation intégrant cette dimension. Cette formation doit intégrer de nouvelles dimensions : entretiens professionnels, prise de fonction, violences sexistes et sexuelles.

Le principe du coaching peut venir en complément de modules de formation ou lorsqu'un praticien, même ancien sur des fonctions managériales, est en prise avec une situation particulièrement compliquée.

Des dispositifs complémentaires, comme le tutorat des nouveaux par des anciens, sont aussi à imaginer.

Enfin, il est important que les règles et les critères de désignation des responsables médicaux soient définis et affichés de façon transparente vis-à-vis de la communauté médicale.

La répartition claire des attributions entre chef de service et chef de pôle, dans une perspective de délégation de gestion notamment, est à afficher.

5. AMELIORER LA VALORISATION PROFESSIONNELLE

L'exercice médical en CHU se distingue de l'exercice professionnel au sein d'une structure privée, en libéral et même dans un centre hospitalier général. En effet, il est attendu des praticiens de s'engager dans des missions universitaires d'enseignement et de recherche même s'ils ne sont pas sur un statut de bi-appartement ou dans trajectoire hospitalo-universitaire.

Pour les profils HU, le CHU de Nîmes doit continuer à proposer des conditions d'exercice qui garantissent aux candidats la possibilité de poursuivre leur projet scientifique. L'aide à la mobilité à l'étranger est un élément clé du dispositif d'accompagnement des hauts potentiels HU.

Cette dimension universitaire est également un élément d'attractivité pour les praticiens mono-appartenants. Cela constitue à la fois un atout pour le recrutement mais également un critère de sélection pour les candidats. Les fiches de poste doivent impérativement prévoir cette triple dimension, clinique, enseignement et recherche.

Enfin, la valorisation professionnelle passe aussi, bien entendu, par la rémunération. Sur ce point, les attentes des jeunes praticiens peuvent être fortes. Le CHU de Nîmes doit faire face à la concurrence du secteur privé. Les marges de manœuvre sont cependant limitées et doivent s'inscrire dans le respect du statut des médecins hospitaliers et des impératifs budgétaires. Il existe, de longue date parfois, des dispositifs autorisés par la réglementation comme l'activité libérale, l'activité d'intérêt général ou les activités expertises, qui permettent d'offrir des possibilités de compléments de rémunération intéressants. Il est essentiel de pouvoir les faire connaître et les proposer aux praticiens.

Les dispositifs prévus pour favoriser les exercices partagés sur plusieurs établissements doivent être un levier pour encourager la construction d'équipes territoriales.

ORIENTATION STRATEGIQUE 2 : QUALITE DE VIE AU TRAVAIL ET AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

L'attractivité du CHU de Nîmes dépend également fortement des conditions de travail offertes aux équipes médicales. La notion de qualité de vie au travail est désormais largement mise en avant. Elle est un critère d'évaluation de la HAS qui doit se traduire comme « un engagement collectif pour les dirigeants, les professionnels et les partenaires sociaux (...) dans une démarche (qui) renforce l'attractivité, le sentiment d'appartenance et la motivation. » Le CHU s'est d'ailleurs doté d'une politique en matière de qualité de vie au travail (cf annexe), commune à l'ensemble des personnels, qui reprend les engagements de l'établissement sur le sujet.

Les contraintes et les exigences qui pèsent sur le corps médical sont parfois lourdes. Les médecins hospitaliers sont reconnus comme particulièrement exposés aux risques psychosociaux avec des retentissements sur la santé.

Au CHU de Nîmes, des actions concernant la prévention de ces risques ont d'ores et déjà été engagées et seront poursuivies. Il est important que les personnels médicaux soient pleinement intégrés à cette démarche.

L'amélioration des conditions de travail passe aussi par des actions de valorisation, de communication.

La dimension matérielle et pratique ne doit pas non plus être négligée, les conditions matérielles sont souvent essentielles pour se sentir bien au travail.

1. VALORISER L'EXERCICE MEDICAL A L'HOPITAL

La valorisation de l'exercice médical hospitalier repose notamment sur la diversité des activités confiées aux praticiens. En effet, si la triple dimension, clinique, recherche et enseignement, est à inscrire dans les fiches de poste, elle doit avoir une certaine réalité dans le planning de l'organisation des activités médicales. Le temps dit extra-clinique est reconnu dans l'établissement. Une réflexion doit être menée pour donner corps aux récentes réformes intégrant les valences non-clinique dans le temps médical hospitalier.

La gestion du temps médical est un sujet fondamental. Il est au centre des problématiques concernant les conditions de travail. La réglementation qui s'applique dans ce domaine est d'une grande complexité. L'ensemble des médecins se doit d'être informé de façon éclairée sur les règles en vigueur concernant la gestion du temps pour bien connaître les droits mais aussi les devoirs de chacun en la matière. La rédaction d'un guide de gestion du temps médical dans le cadre de la CROPS s'inscrit dans cette logique d'information et d'explication.

L'optimisation du logiciel de gestion du temps de travail Chronos est indispensable pour fournir aux responsables de service un outil efficace pour les aider dans leur tâche de planification. L'élaboration de plannings prévisionnels, la planification anticipée des congés et repos divers, s'avèrent essentielles pour offrir une visibilité à chaque membre de l'équipe sur ses rythmes de travail et donc lui permettre d'organiser le plus facilement possible sa vie privée. Cela constitue aussi un enjeu pour répondre, au mieux, aux besoins du service et des patients pris en charge avec les ressources en place. Enfin, une gestion optimisée du temps de travail, et donc des ressources médicales, est indispensable dans un contexte de maîtrise des dépenses hospitalières.

La valorisation professionnelle passe aussi par le renforcement de l'écoute et de la reconnaissance individuelle. Si l'ensemble des personnels non médicaux bénéficie depuis de nombreuses années déjà d'un entretien annuel individuel, ce type de dispositif n'est que peu développé auprès des médecins. Sa systématisation est l'un des axes de la stratégie nationale de l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Cet entretien avec son responsable direct doit donner l'occasion à chacun de s'exprimer et d'échanger sur ce qui fait son travail au quotidien, ses missions et leur contexte de réalisation. Il est aussi le moment privilégié pour évoquer ses aspirations, ses projets professionnels et peut aussi permettre de détecter d'éventuelles difficultés.

2. DETECTER, PREVENIR ET TRAITER DES SITUATIONS CONFLICTUELLES OU A RISQUES

Certains moments dans une vie professionnelle peuvent s'avérer particulièrement difficiles. C'est le cas notamment après un congé maladie prolongé, la reprise du travail peut être délicate. Il convient d'accompagner les médecins dans cette situation, au niveau du service mais aussi sur un plan institutionnel. Le service de santé au travail doit jouer un rôle pivot.

Les médecins sont de plus en plus victimes du phénomène de burnout. Là aussi, les différents échelons, service, pôle, CME, DAM, médecine du travail, se doivent d'avoir une action coordonnée pour sortir les personnes de cette impasse.

La survenue d'un évènement indésirable grave, ayant des conséquences importantes sur la santé d'un patient, peut aussi constituer un moment traumatisant. Le CHU a construit un dispositif d'accompagnement dit de la seconde victime, s'appuyant sur un réseau de professionnels de santé formés qui auront la charge d'aider une personne traversant un épisode de ce type.

Pour construire et consolider à long terme une démarche de prévention et détection des situations difficiles, la création d'une sous-commission de la CME, associant la médecine du travail, pourrait être une initiative intéressante. Elle serait garante de la mise en œuvre d'actions coordonnées en matière de risques psycho-sociaux concernant le personnel médical.

En cas de conflits interpersonnels déclarés, le recours, pour les médecins, à la cellule locale de gestion des conflits, composée de personnes formées et qui sont en dehors des circuits hiérarchiques, se met en place. Elle permettra d'examiner de façon distanciée les querelles individuelles qui peuvent avoir des retentissements importants sur les conditions de travail.

Le recours à des médiateurs internes ou externes peut être une voie de sortie de certains conflits.

Les internes ne doivent pas être mis à l'écart de ces dispositifs, il faut veiller à ce qu'ils soient associés à la sous-commission de la CME ou qu'ils puissent avoir recours à la cellule de gestion des conflits.

Un dispositif spécifique de signalement sur la question des violences sexistes et sexuelles se met en place. En parallèle, une démarche est en cours auprès du parquet, de l'ordre des médecins et de la faculté de médecine pour formaliser une approche coordonnée permettant de protéger les victimes et de sanctionner les auteurs.

La prévention est également une dimension essentielle du dispositif. Une formation a été mise en place pour les médecins. Elle devra permettre d'accompagner les managers et professionnels dans la détection et la prévention des situations de violences.

3. AMELIORER LA COMMUNICATION AUPRES DU PERSONNEL MEDICAL

Développer une communication interne et externe efficace est un enjeu en termes d'attractivité de l'établissement mais peut aussi contribuer à l'amélioration des conditions de travail.

La diffusion d'informations institutionnelles pertinentes, comme le projet médical, est indispensable pour donner des points de repère aux praticiens qui exercent dans l'établissement mais aussi pour consolider le sentiment d'appartenance à l'institution. Il est également important de mettre à disposition de la communauté médicale des informations pratiques, à l'arrivée mais aussi tout au long du parcours professionnel, notamment en matière de carrière.

Enfin, la mise en place d'espaces d'expression, virtuels comme les réseaux sociaux ou matériels comme les réunions, est à développer pour donner la possibilité aux médecins de différentes spécialités de se connaître et d'échanger des informations.

Les initiatives plus conviviales, comme les petits déjeuners de la communication, after-work peuvent être aussi des moments d'expression privilégiés.

4. ANALYSER ET RECONNAITRE LA PENIBILITE NOTAMMENT DANS LE CADRE DE LA PERMANENCE DES SOINS

Les risques professionnels pour le personnel médical n'ont jamais vraiment fait l'objet d'une analyse. Pourtant, la pénibilité de l'exercice médical hospitalier est bien reconnue. Les médecins sont particulièrement exposés aux risques psycho-sociaux. La pénibilité peut être forte dans des secteurs pour lesquels les contraintes de permanence des soins sont lourdes. L'équilibre vie privée/ vie professionnelle peut être mise en péril.

Il convient donc de produire des indicateurs qui permettent d'évaluer les risques professionnels.

L'analyse des résultats du dernier baromètre social va fournir des pistes de travail.

Dans le cadre de l'actualisation du Document Unique concernant les risques professionnels, les types et niveaux d'exposition aux risques des médecins seront à étudier, tout comme pour les autres professionnels hospitaliers.

La place et le rôle de la médecine du travail auprès du personnel médical sont à réaffirmer. L'intervention de l'équipe en place de préventeurs (ergonome, psychologue ...) est à consolider.

5. AMELIORER LA VIE QUOTIDIENNE DU PERSONNEL MEDICAL

Les dimensions très concrètes et matérielles du cadre de travail ne doivent en aucun cas être oubliées. Elles ont un impact direct sur le bien-être au travail et le sentiment de reconnaissance professionnelle.

Les jeunes praticiens sont très en attente d'une aide à la garde des enfants en âge préscolaire. L'organisation familiale peut s'avérer très compliquée pour les parents qui travaillent sur des amplitudes horaires atypiques. Le représentant de la communauté médicale, ainsi que la DAM participent à la commission d'attribution des places en crèche afin d'assurer à la présentation de ces problématiques et de permettre l'accès des médecins à ces modes de garde.

Le développement d'offres du type sport et relaxation sur le lieu de travail est à réfléchir. Ce type d'initiative contribue à réduire le stress lié au travail et peut même favoriser une meilleure efficacité professionnelle.

Dans beaucoup d'entreprises offrent désormais à leurs salariés des services d'aide à la personne via une conciergerie. Ce projet est en réflexion au CHU de Nîmes.

Enfin, en lien avec le sujet de la pénibilité de la permanence des soins, il convient d'être attentif à la nourriture proposée la nuit et les weekends aux praticiens présents, tant sur les aspects quantitatifs que qualitatifs.

FICHES ACTIONS : ATTRACTIVITE, RECRUTEMENT, FIDELISATION

FICHE ACTION 1.1 : REPERER LES COMPETENCES MEDICALES, CONTRIBUER AU DEVELOPPEMENT D'UNE STRATEGIE DE GESTION PROSPECTIVE

DEFINITION DES OBJECTIFS

METTRE A JOUR LA CARTOGRAPHIE DES SPECIALITES MEDICALES
DEVELOPPER UNE STRATEGIE GPEC SUR LE TERRITOIRE

BILAN DE L'EXISTANT

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
<ul style="list-style-type: none"> • Tableau des emplois par pôle, par secteur d'activité • Nombre de postes d'assistants • Elaboration en partie de la cartographie des compétences • Saisie des spécialités et diplômes dans la GEF • Récupération des formations effectuées pour cibler les formations diplômantes pour la GEF • Formation DPC 	<ul style="list-style-type: none"> • Structurer le process pour la mise en œuvre de la GPMC • Pas de systématisation des fiches de poste • Pas de politique institutionnelle d'évaluation (temps d'un bilan, entretien) du personnel médical, sauf pour les cliniciens

DEFINITION DES ACTIONS

TYPE ACTION	DESCRIPTIF	DATE REALISATION	INDICATEUR	PILOTE
METTRE A JOUR LA CARTOGRAPHIE DES SURSPECIALITES	Rapprocher les spécialités médicales, des diplômes, des formations, des surspécialités et des fiches de postes	Pluriannuelles	Rencontre avec les chefs de service Cartographie mise à jour	V. PERRIER
DEVELOPPER UNE STRATEGIE GPEC SUR LE TERRITOIRE	Favoriser l'approche territoriale tout au long du parcours	Pluriannuelles	Identification des filières Réalisation d'un cartographie par filière	AL. BARRAL PR PRUDHOMME

FICHE ACTION 1.2 : METTRE EN ŒUVRE UN PARCOURS D'ACCUEIL DES PRATICIENS SENIORS ET JUNIORS

DEFINITION DES OBJECTIFS

<p>ORGANISER L'ACCUEIL PERSONNALISE ET COORDONNE DES SENIORS</p> <p>CONSTRUIRE UN ACCUEIL DYNAMIQUE ET ATTRACTIF DES JUNIORS</p>
--

BILAN DE L'EXISTANT

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
<ul style="list-style-type: none"> • Junior Internes : Accueil, livret d'accueil, mémento, formation DPI, nutrition et logiciel de temps de travail médical • Etudiants : Charte des stages étudiants FAC, accueil, note d'information • Sénior : Chef de clinique et assistants : Entretien DAM PC + PH mutation : entretien direction DAM et PECM 	<ul style="list-style-type: none"> • Junior : Elaboration d'un livret • Sénior : Formaliser l'accueil Réactualiser le mémo des séniors Manque de coordination des secteurs concernés pour l'arrivée du junior ou sénior

DEFINITION DES ACTIONS

TYPE ACTION	DESCRIPTIF	DATE REALISATION	INDICATEUR	PILOTE
ORGANISER L'ACCUEIL PERSONNALISE ET COORDONNE DES SENIORS	<p>Décrire un parcours d'accueil et d'intégration (PCME + DAM) pour faciliter l'arrivée</p> <p>Faciliter les démarches (appui DAM)</p> <p>Elaborer un livret d'accueil</p>	Pluriannuelles	<p>Nombre d'accueil réalisé PCME/DAM</p> <p>Evaluation satisfaction</p>	V PERRIER
CONSTRUIRE UN ACCUEIL DYNAMIQUE ET ATTRACTIF DES JUNIORS	<p>Evolution du dispositif d'accueil des juniors</p> <p>Extension de l'internat</p>	Pluriannuelles	<p>Taux de participation des internes à la journée d'accueil</p> <p>Evaluation de satisfaction des internes logés</p>	V PERRIER

FICHE ACTION 1.3 : METTRE EN PLACE UN ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISE AU SEIN D'UN PARCOURS PROFESSIONNEL

DEFINITION DES OBJECTIFS

<p>RENDRE LISIBLE LE PARCOURS DE TITULARISATION</p> <p>FAVORISER LES CARRIERES HU</p>

BILAN DE L'EXISTANT

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
<ul style="list-style-type: none"> • Equipe DAM opérationnelle, disponible et volontaire • Retraite : Cérémonie de départ, accompagnement dossier retraite • Démission, disponibilité, refus de renouvellement de contrat : rencontre avec un cadre ou le directeur DAM 	<ul style="list-style-type: none"> • Locaux DAM exigus • Manque de structuration de l'accompagnement des praticiens au fil de l'eau

DEFINITION DES ACTIONS

TYPE ACTION	DESCRIPTIF	DATE REALISATION	INDICATEUR	PILOTE
RENDRE LISIBLE LE PARCOURS DE TITULARISATION	<p>Elaboration d'un logigramme parcours de titularisation</p> <p>Accueil des nouveaux PC en commission des effectifs</p> <p>Organisation des entretiens de départ des praticiens</p>	Pluriannuelles	<p>Adoption du logigramme en CME</p> <p>Nombre réunion commission effectif</p>	AL. BARRAL Pr L. MULLER
FAVORISER LES CARRIERES HU	<p>Repérage</p> <p>Accompagnement</p> <p>mobilité internationale</p>	Pluriannuelles	Nombre de praticiens effectuant une mobilité	AL BARRAL Pr JP. LAVIGNE

DEFINITION DES OBJECTIFS

PROPOSER UN ACCOMPAGNEMENT A LA PRISE DE RESPONSABILITE
CONSTRUIRE UN PARCOURS DU CHEF DE SERVICE

BILAN DE L'EXISTANT

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
<ul style="list-style-type: none"> Finaliser la procédure de nomination Formation de management 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre à jour le règlement intérieur Pas d'évaluation des pratiques managériales Renforcement de la formation

DEFINITION DES ACTIONS

TYPE ACTION	DESCRIPTIF	DATE REALISATION	INDICATEUR	PILOTE
PROPOSER UN ACCOMPAGNEMENT A LA PRISE DE RESPONSABILITE	Plan de formation management pour les médecins Accompagnement par le tutorat Mise en place de séances de coaching	Pluriannuelles	Nbre de participant aux formations Evaluation de la satisfaction	
CONSTRUIRE UN PARCOURS DU CHEF DE SERVICE	Construire une procédure de désignation des responsables médicaux Mise en place de formations spécifiques à la prise de fonction	Pluriannuelles	Réalisation de la procédure de désignation et adoption en CME Nombre de participation aux formations Evaluation de la satisfaction	

FICHE ACTION 1.5 : AMELIORER LA VALORISATION PROFESSIONNELLE

DEFINITION DES OBJECTIFS

GARANTIR DES CONDITIONS DE REMUNERATION ATTRACTIVES ANS UN CONTEXTE CONCURRENTIEL
 S'APPUYER SUR LES DISPOSITIFS TERRITORIAUX
 VALORISER ET RECONNAITRE LES ACTIVITES EXTRA CLINIQUES

BILAN DE L'EXISTANT

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
<ul style="list-style-type: none"> Plan attractivité National et CHU <p>En cours : Groupes GHT</p> <ul style="list-style-type: none"> Permettre la mobilité des médecins (bourses à la mobilité) Diversité des activités internes (enseignement, recherche, ordres de missions, activité libérale) et externes (GHT, GCS, autorisations cumul d'activité,) Activité libérale - accompagnement des praticiens souhaitant développer l'activité - Suivi - en cours charte 	<ul style="list-style-type: none"> Le cadre statutaire Financement Activité pas suffisamment prise en compte dans le décompte des effectifs Diversité des activités : parcours à clarifier, meilleure lisibilité des démarches à engager

DEFINITION DES OBJECTIFS

TYPE ACTION	DESCRIPTIF	DATE REALISATION	INDICATEUR	PILOTE
GARANTIR DES CONDITIONS DE REMUNERATION ATTRACTIVES ANS UN CONTEXTE CONCURRENTIEL	Communiquer sur les différents dispositifs (activité libérale, AIG...)	Pluriannuelles	Suivi des activités et évolution des rémunérations	V PERRIER
S'APPUYER SUR LES DISPOSITIFS TERRITORIAUX	Communiquer sur les dispositifs favorisant les exercices partagés sur plusieurs établissements (PET, PST)	Pluriannuelles	Nombre de praticiens bénéficiant de la PET ou de la PST	AL. BARRAL/GHT groupe démographie médicale
TYPE ACTION	DESCRIPTIF	DATE REALISATION	INDICATEUR	PILOTE
VALORISER ET RECONNAITRE LES ACTIVITES EXTRA CLINIQUES	Reconnaître et valoriser les missions extra-cliniques	Pluriannuelles	Reconnaissance dans les maquettes du temps extra-clinique	H. COHEN

FICHE ACTION 2.1 VALORISER L'EXERCICE MEDICAL A L'HOPITAL

DEFINITION DES OBJECTIFS

METTRE A JOUR LA CHARTE DU TEMPS DE TRAVAIL
 STABILISER ET OPTIMISER LE LOGICIEL DE GESTION DU TEMPS MEDICAL
 DEPLOYER LES ENTRETIENS INDIVIDUELS DE BILAN ANNUEL

BILAN DE L'EXISTANT

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
<ul style="list-style-type: none"> • Temps médical : CROPS • Charte du temps de travail existante • Logiciel de recensement de l'activité en demi-périodes pour les seniors et juniors • Logiciel de gestion du temps médical : Formation collective ou individuelle Accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfaction du logiciel Chronos • Juniors : décompte temps de travail à développer

DEFINITION DES ACTIONS

TYPE ACTION	DESCRIPTIF	DATE REALISATION	INDICATEUR	PILOTE
METTRE A JOUR LA CHARTE DE TRAVAIL	Informers les praticiens des règles de temps de travail	Pluriannuelles	Modalités de communication	H. COHEN
STABILISER ET OPTIMISER LE LOGICIEL DE GESTION DU TEMPS MEDICAL	Elaborer les tableaux de service prévisionnels et réalisés Faciliter l'anticipation des CA et RTT Suivre les compteurs de TTA et CET	Pluriannuelles	Nbre de service utilisateur du logiciel	H. COHEN
TYPE ACTION	DESCRIPTIF	DATE REALISATION	INDICATEUR	PILOTE
DEPLOYER LES ENTRETIENS INDIVIDUELS DE BILAN ANNUEL	Former les médecins managers à la réalisation des entretiens professionnels Développer et rendre systématique l'entretien annuel de bilan entre le chef de service/RUF et le praticien Réaliser un cahier des charges pour une formation spécifique	Pluriannuelles	Fiche d'entretien annuel Nbre de service réalisant des entretiens annuels	AL BARRAL Pr M PRUDHOM ME

FICHE ACTION 2.2 : DETECTER, PREVENIR ET TRAITER DES SITUATIONS CONFLICTUELLES OU A RISQUES

DEFINITION DES OBJECTIFS

CREER UN COMITE DE SUIVI POUR LES SITUATIONS CONFLICTUELLES DANS LE CADRE DE LA PREVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

BILAN DE L'EXISTANT

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
<ul style="list-style-type: none"> <u>DAM</u> <p>FEI RPS : rencontre des praticiens impliqués Accompagnement des praticiens après un arrêt de travail : entretien, démarche administrative et retour à l'emploi</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>DQGR</u> : <p>Coordonnateur médical dédié à la DQGR de la gestion des risques associés aux soins Prise en charge de la 2^{ème} victime dans le cadre du dispositif effet indésirable liés aux activités de soins Etudiants médecines : processus facultaire Groupes d'analyse de pratiques</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Institutionnel</u> <p>Ouverture de la CARCIP aux signalements impliquant les médecins et traitement de ces situations Personnes ressources dans l'établissement Médiateur externe</p>	<ul style="list-style-type: none"> Procédure à formaliser Non reconnaissance des difficultés par le corps médical Prévention des risques professionnels

DEFINITION DES ACTIONS

TYPE ACTION	DESCRIPTIF	DATE REALISATION	INDICATEUR	PILOTE
EXTENSION DE LA CARCIP AUX CONFLITS INTERPERSONNELS MEDICAUX	<p>Intégrer la participation de la CME et de la DAM dans le règlement de la CARCIP</p> <p>Présenter le règlement intérieur de la CARCIP en CME</p> <p>Mettre en place une communication spécifique</p>	Pluriannuelles	Nbre de dossier suivi	AL. BARRAL Dr BOULY Stéphane
PROPOSER UN ACCOMPAGNEMENT DANS LE CAS DE	Procédure de médiation interne et externe	Pluriannuelles	Nbre de dossier suivi	AL BARRAI Pr M PRUDHOMME

SITUATION DIFFICILE AIGUE				
ANALYSER, PREVENIR ET REDUIRE L'ABSENTEISME	Proposer un cadre d'analyse de l'absentéisme au travail Suivre les évolutions Repérer les causes Passer aux leviers d'action	Pluriannuelles	Indicateurs de suivi à déterminer : _taux d'absentéisme médical, _taux de rotation, _ _taux de visite sur demande au médecin du travail, _taux d'actes de violence	H.COHEN

FICHE ACTION 2.3 : AMELIORER LA COMMUNICATION AUPRES DU PERSONNEL MEDICAL

DEFINITION DES OBJECTIFS

RENDRE VISIBLE LES ATOUTS DE L'ETABLISSEMENT
 FACILITER L'ACCES A L'INFORMATION
 FAVORISER LES LIEUX ET MOMENTS DE RENCONTRE ET DE CONVIVIALITE POUR ECHANGER

BILAN DE L'EXISTANT

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
<ul style="list-style-type: none"> Outil intranet Magazine d'information CHU de Nîmes : Rythmes Inter'med, la newsletter médicale du CHU de Nîmes 	<ul style="list-style-type: none"> Support à adapter pour l'accès à l'information

DEFINITION DES ACTIONS

TYPE ACTION	DESCRIPTIF	DATE REALISATION	INDICATEUR	PILOTE
RENDRE VISIBLE LES ATOUTS DE L'ETABLISSEMENT	Développer des supports de communication et de promotion de l'établissement Assurer une visibilité plus forte des activités pour un meilleur référencement	Pluriannuelles	Traçabilité de l'information	DAM, CME
FACILITER L'ACCES A L'INFORMATION :	Favoriser le partage de l'information	Pluriannuelles	Nbre de fiche & Traçabilité de l'information	H. COHEN/ V. PERRIER/

<ul style="list-style-type: none"> - INSTITUTIONNELLE - DIRECTEMENT AUPRES DES REPRESENTANTS ADMINISTRATIFS ET MEDICAUX 	<p>DAM : Elaborer des fiches techniques sur les droits, le volet social, ...</p> <p>Développer l'accès de l'information sur les réseaux sociaux (FB, instagram, twitter, LinkedIn ...etc)</p>			
<p>FAVORISER LES LIEUX ET MOMENTS DE RENCONTRE ET DE CONVIVIALITE POUR ECHANGER</p>	<p>Développer les échanges entre les praticiens de différent(e)s spécialités/statuts</p>	<p>Pluriannuelles</p>	<p>Nbre de rencontre</p>	<p>DAM, CME</p>

FICHE ACTION 2.4 : EVALUER, ANALYSER LES RISQUES DE PENIBILITE

DEFINITION DES OBJECTIFS

ANALYSER LES RESULTATS DU BAROMETRE SOCIAL
 EVALUER LES RISQUES PRO DU PM
 FAVORISER L'INTERVENTION DU SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL ET DES PREVENTEURS

BILAN DE L'EXISTANT

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
<ul style="list-style-type: none"> • Baromètre social 2022 • DUERP • Service Santé au Travail et des préventeurs • Dispositif adéquation poste de travail PNM à structurer au PM -fiche de poste sur l'activité réduite • <u>CROPS</u> Enquêtes permanence des soins (PDSSES 2022) Respect du repos de sécurité le lendemain d'une garde 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation des risques professionnels à mettre à jour • Fréquence de l'évaluation de la pénibilité de la permanence des soins (gardes et astreintes) (à voir avec la CROPS)

DEFINITION DES ACTIONS

TYPE ACTION	DESSCRIPTIF	DATE REALISATION	INDICATEUR	PILOTE
<p>ANALYSER LES RESULTATS DU</p>		<p>1^{er} semestre 2023</p>	<p>Politique RPS au regard de</p>	

BAROMETRE SOCIAL 2022	Disposer d'un état des lieux pour évaluer le sentiment de bien-être au travail et identifier les facteurs de RPS		l'analyse du baromètre social	H. COHEN V. PERRIER
TYPE ACTION	DESCRIPTIF	DATE REALISATION	INDICATEUR	PILOTE
EVALUER LES RISQUES PROFESSIONNELS DU PM	Participer au comité de suivi des risques Pro pour élargir au PM Evaluer, cerner les contours des Risques Pro pour entreprendre une démarche de prévention	Pluriannuelles	Nbre de service évalué	H.COHEN
FAVORISER L'INTERVENTION DU SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL ET DES PREVENTEURS (ergonome, préventeur manutention, psychologue du personnel, assistante sociale du personnel)	Intervenir au moment de l'accueil des internes et nouveaux arrivants séniors Assurer un suivi de la santé des praticiens par le service de santé au travail Définir les modalités d'articulation avec la faculté Orienter après un arrêt de travail prolongé	Pluriannuelles	Définir les modalités d'intervention pour déterminer les indicateurs Nbre de dossier suivi	H. COHEN

FICHE ACTION 2.5 : AMELIORER LA VIE QUOTIDIENNE DU PERSONNEL MEDICAL

DEFINITION DES OBJECTIFS

AUGMENTER LES CAPACITES D'ACCUEIL EN CRECHE
 DEVELOPPE LES SERVICES A LA PERSONNE
 PROPOSER UNE OFFRE DE SPORT ET RELAXATION A L'HOPITAL

BILAN DE L'EXISTANT

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
<ul style="list-style-type: none"> <u>Junior</u> : Commission vie quotidienne se réunit à la demande Repas, logements <ul style="list-style-type: none"> <u>Sénior</u> : 	<ul style="list-style-type: none"> Coordination entre les services prestataires Peu de places en crèche Prestations sociales

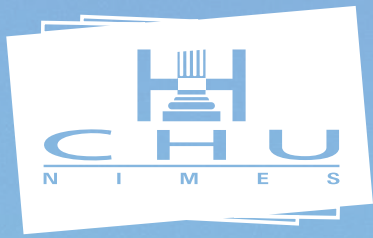
Parkings, téléphonie, crèche, repas, CGOS	
---	--

DEFINITION DES ACTIONS

TYPE ACTION	DESCRIPTIF	DATE REALISATION	INDICATEUR	PILOTE
AUGMENTER LES CAPACITES D'ACCUEIL EN CRECHE	Représenter le corps médical à la commission d'admission crèche	Pluriannuelles	Nbre de praticiens/internes bénéficiant de la crèche	Dr CAILLO Ludovic
DEVELOPPER LES SERVICES A LA PERSONNE	Bénéficier d'une conciergerie, un relais postal, gardes enfants	Pluriannuelles	Type et nombre de prestations	AL. BARRAL DRM
PROPOSER UNE OFFRE DE SPORT & RELAXATION A L'HOPITAL	Recenser les activités proposées au CHU de Nîmes	Pluriannuelles	Analyser l'offre proposée	H. COHEN

DEROULÉ

1. Les axes stratégiques ont été définis par le comité de pilotage.
2. L'élaboration du plan d'action repose sur des travaux menés par les 2 groupes de travail.
3. La validation du plan d'action est effectuée par le comité de pilotage, qui en assure le suivi.
4. Le groupe de travail est chargé de la mise en œuvre et l'évaluation des actions (tableau de suivi de l'état d'avancement des actions, indicateurs de résultats).
5. Un point régulier de l'état d'avancement du projet social est effectuée à la CME.
6. L'information des personnels médicaux devra être assurée tout au long du projet, afin de présenter la démarche, son intérêt, ses finalités. Cette information doit permettre d'impliquer les personnels médicaux, en leur permettant de suivre le déroulement du projet social et de favoriser la mise en œuvre des actions.
7. Une évaluation du plan d'action est réalisée à distance, pour en mesurer la réalité de la mise en œuvre et l'impact.



III



LE SCHEMA

directeur immobilier

2022-2027

Le SDI, issu du projet médical et du schéma d'urbanisme, est un outil stratégique majeur pour l'établissement, dont il définit la trajectoire immobilière à court, moyen et long terme.

Il permet de traduire les grandes orientations du Projet Médical, de poursuivre notre dynamique d'investissement, d'évolution et adaptation de notre patrimoine bâti, en assurant une perspective et une cohérence sur le long terme, tout en poursuivant les objectifs suivants :

Apporter une réponse capacitaire à l'évolution de l'activité.

- Améliorer le confort des patients, mais aussi répondre désormais au nouveau défi d'épidémies, en augmentant le nombre de chambres individuelles, notamment sur Carémeau sud et nord.
- Assurer une cohérence géographique des prises en charge autour de filières de soins cohérentes et de bâtiments « spécialisés » par filière
- Conserver la compacité du site autour de Carémeau sud et de son plateau technique
- Conserver la beauté naturelle du site et privilégier la réallocation de surfaces limitant, si possible, des nouvelles constructions, optimiser le foncier et les surfaces.
-

1. LE SDI ACTUEL DU CHU DE NIMES S'INSCRIT APRES PLUSIEURS PERIODES STRUCTURANTES POUR LE CHU

a. Un premier SDI réalisé en 2014 permettant de décliner une trajectoire immobilière à partir des surfaces libérées par la construction de l'Institut de Cancérologie du Gard.

b. Une deuxième période 2015/2018 qui a vu le démarrage de la construction du bâtiment Neurosciences, le développement de l'ambulatoire avec le démarrage de la construction du CACS (circuit très court) et le projet de relocalisation sur le site de Carémeau de l'IFMS, Institut de Formation.

c. Une troisième période 2018-2022, avec la finalisation des trois projets précédents et la mise à jour du SDI (2019-2028) qui a redéfini la nouvelle trajectoire du CHU

1. Le projet de la Clinique de l'Obésité ayant abouti en 2021 (MME)
2. La redéfinition de son offre de soins SSR et de Médecine Gériatrique via la programmation et la réalisation du bâtiment SMIT / MPR / Gériatrie.
3. L'évolution des lits de soins critiques et de post urgences avec la programmation et la construction d'une surélévation au niveau -1 de Carémeau sud, regroupant des lits de réanimations, soins intensifs, post urgence et de Médecine Polyvalente.
4. Le projet d'extension de l'ICG, qui connaît de grosses problématiques de déficit de surface notamment pour tout ce qui relève de l'ambulatoire.
5. Le projet « Maladies Chroniques » qui vise à redéployer, dans de bonnes conditions hôtelières, les activités de médecine actuellement présentes sur site, et répondre au développement attendu et majeur du développement de l'ambulatoire.
6. Poursuivre le développement de l'interventionnel et de la Chirurgie ambulatoire via la programmation et la construction d'un bâtiment accolé au CACS intégrant le Centre d'Encloscope Dynamique et Interventionnel (CEDI) et l'Unité de Chirurgie Ambulatoire Polyvalente (UCAPO), ainsi que la rénovation d'extension du plateau interventionnel situé au niveau -1 de Carémeau sud.

7. Améliorer notre attractivité auprès des jeunes praticiens en rénovant et étendant l'internat du site de Carémeau et rénovant les bâtiments rue Hoche.
8. Continuer la restructuration de Carémeau sud (confort hôtelier, chambres individuelles) au fur et à mesure de la réallocation des surfaces
9. Apporter une réponse aux problématiques de stationnements (2 parkings en silos construits) avec la construction d'un 3^{ème} parking en silos, proche de l'ICG.
10. Création d'une unité de préparation de médicaments

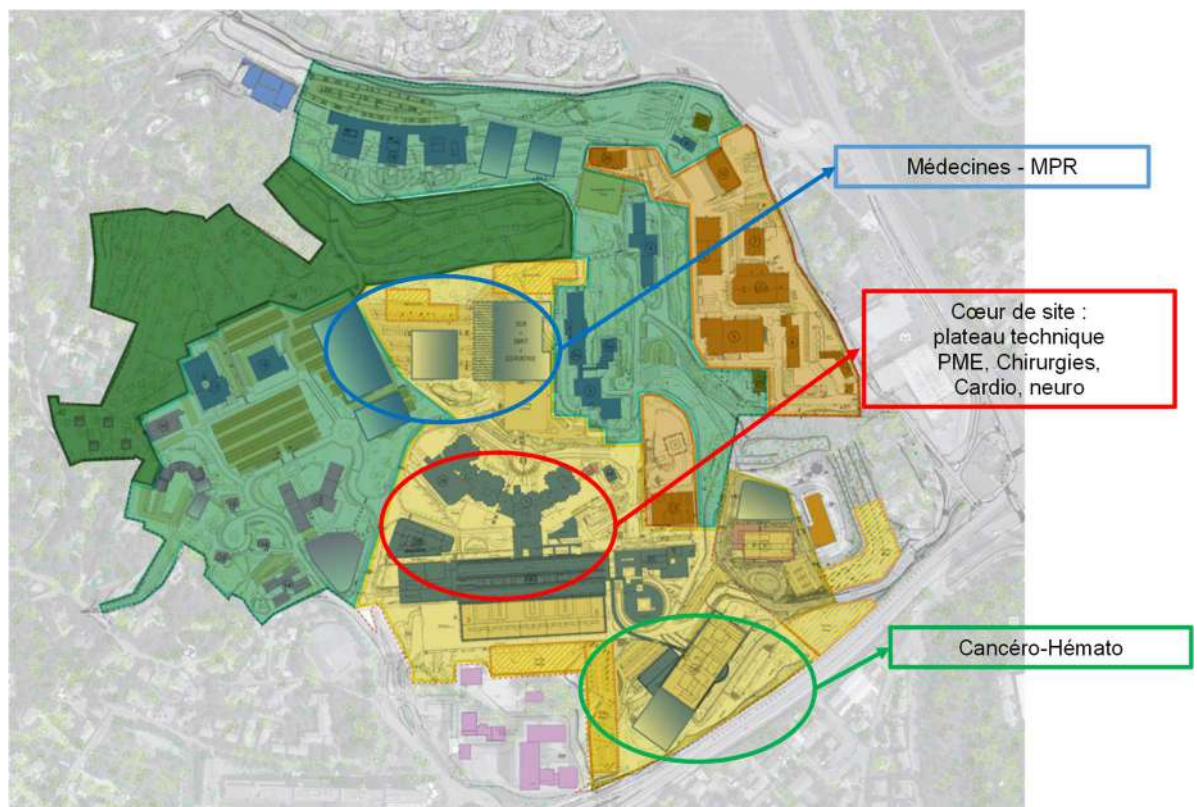
2. SDI 2019/2028

A- TRAJECTOIRE IMMOBILIERE DU CHU.

AXES STRUCTURANTS

Définir le schéma d'urbanisme nous a permis de définir les orientations fondamentales de l'aménagement foncier du site de Carémeau autour de la création et conceptualisation de 4 zones :

- Cité hospitalière
- Zone logistique
- Pavillons et jardins
- Forêt partagée



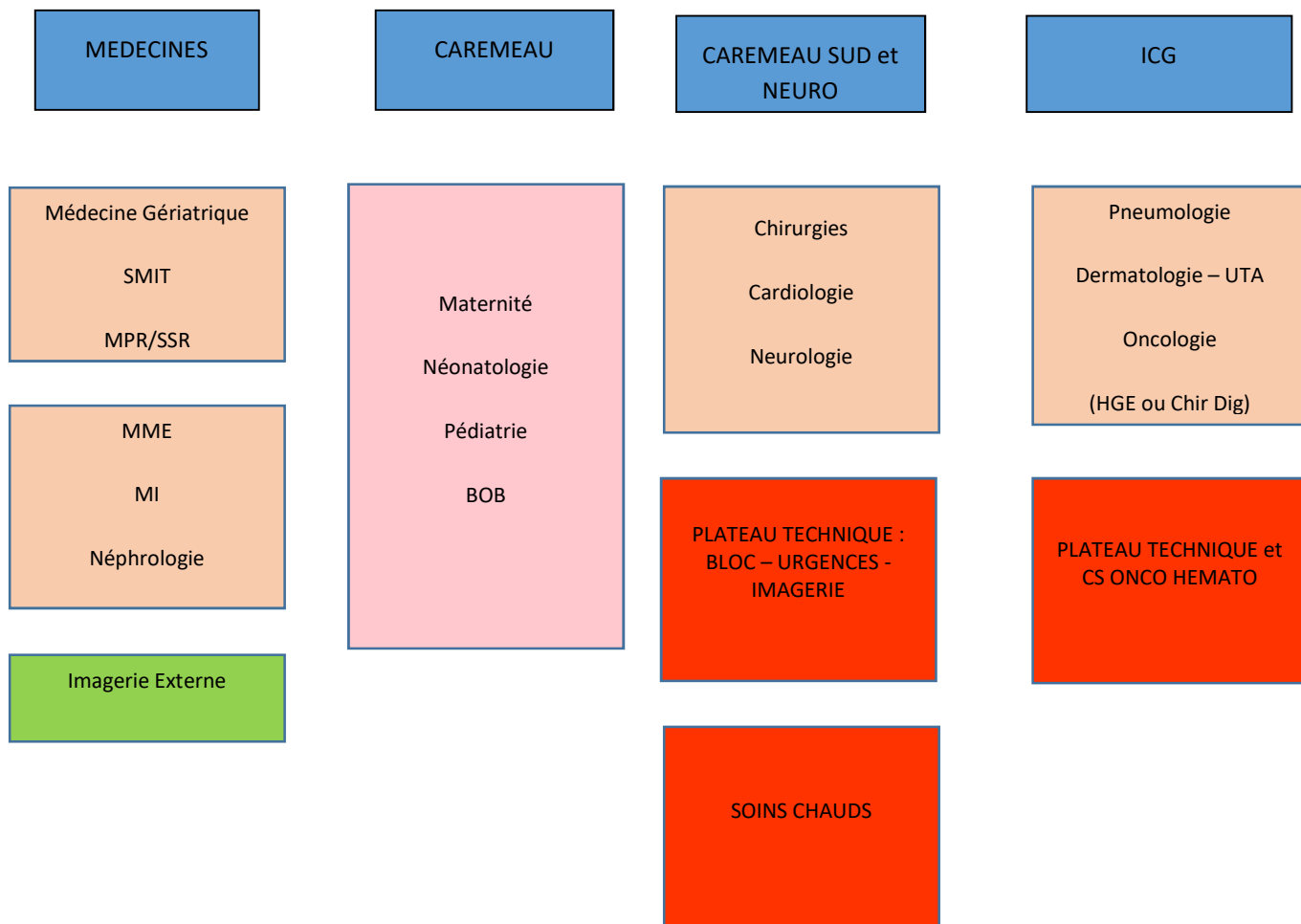
- Une cité hospitalière en jaune, pensée dans un axe Nord/Sud afin de conserver compacité et liaisons autour de Carémeau Sud.
- Une zone logistique en marron, enjeu du prochain SDI.
- Deux zones en vert, « Pavillons et Jardins » et « Forêt partagée » afin d'équilibrer le bâti et le non bâti et d'avoir en perspective des zones d'évolution du bâti.

La trajectoire immobilière du CHU

Axes structurants/unite

Trajectoire Finale

Lisibilité des filières de prise en charge et identification du bâtiment



*Le projet « bâtiment des médecines » est reporté avec, en alternative, une préfiguration du projet Tour C et D de Carémeau Nord

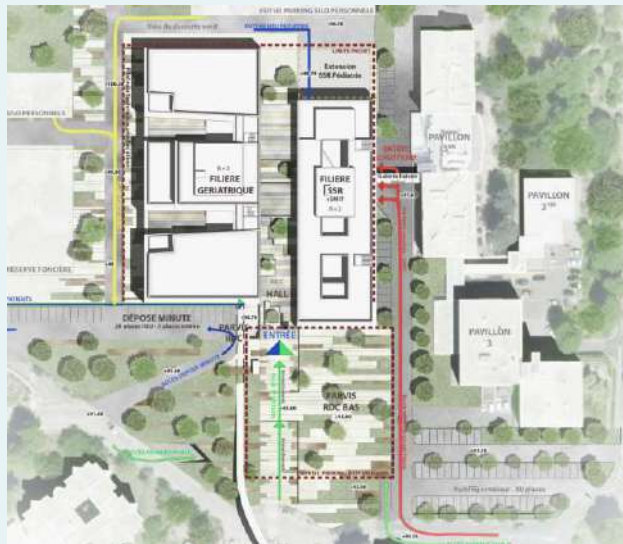
B- SDI SEQUENCE 2023.2024

Cette séquence verra la livraison de la surélévation du niveau -1 de Carémeau sud (1^{er} trimestre 2023) et du bâtiment SMIT-Gériatrie-MPR (3^{ème} trimestre 2023).

Ces deux constructions libèrent du capacitaire et permettent d'enclencher les opérations de réaménagement des Tours C et D de Carémeau Nord (projet « Maladies Chroniques ») et de plusieurs niveaux de Carémeau sud, afin de regrouper « les chirurgies » conformément aux axes structurants du SDI.

SEQUENCE 2023-2024

Médecine gériatrique – SMIT – MPR



100 lits de médecine gériatrique
 - CSG : 70 lits dont 20 scopés + 1 lit de repli
 - SSR /UCC : 30 lits dont 10 lits d'UCC et 10 flottants + 1 lit de repli



Livraison 3^{ème} trimestre 2023

Surélévation CAREMEAU SUD



Modifications en cours :
 HJ imagerie transféré
 USC 40 lits dont 5 lits « réanimation »
 30 lits de Médecine polyvalente
 20 lits Post Urgences
 TOTAL : 90 lits



Livraison 1^{er} trimestre 2023

Dans le cadre du Ségur de la Santé et du plan de relance de l'investissement, le CHU de Nîmes est accompagné à hauteur de 40 millions d'euros pour 3 projets structurants :

1. Le projet d'extension de l'ICG et des bunkers de radiothérapie
2. Le projet de restructuration de l'activité interventionnelle
3. Le projet des maladies chroniques

1. EXTENSION DE L'ICG

Contexte

Ouvert en 2014, l'ICG héberge des activités publiques et privées de Cancérologie, avec pour le CHU :

- des unités d'hospitalisation complète d'Oncologie Médicale, d'Hématologie et Pneumologie

- des séances de chimiothérapie

- Médecine Nucléaire et Radiothérapie et une connexion avec l'offre de soins du CHU, que ce soit le plateau technique ou les autres spécialités médicales

Pour autant, le bâtiment est à saturation de ses capacités de prise en charge, notamment en ce qui concerne l'activité d'hôpital de jour de Chimiothérapie.

Le projet d'extension doit permettre :

- D'étendre les capacités d'HJ notamment, tout en transformant les organisations.
- Conforter l'ICG dans son rôle de pôle d'activité oncologie qui a vocation régionale

Périmètre d'intervention tout en maintenant le site en activité :

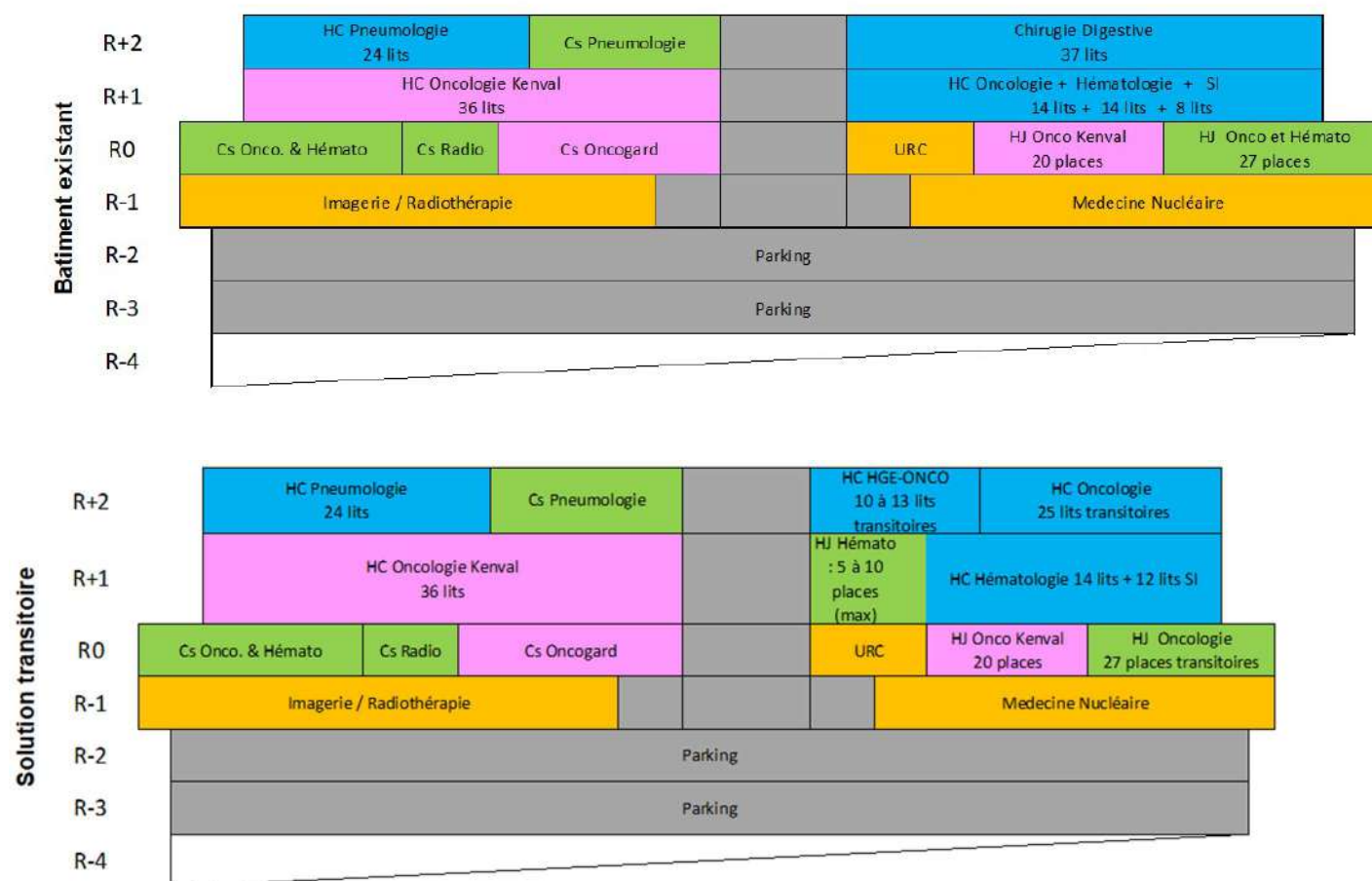
- L'extension du bâtiment ICG actuel sur la zone libre de toute occupation identifiée en rouge sur le schéma ci-dessous et la voie dédiée aux pompiers associée sur la zone identifiée vert
- La réorganisation / restructuration des activités du bâtiment ICG identifié en jaune
- Le remaniement de la zone en bleu si nécessaire pour créer les accès et le(s) dépose(s)-minute associés au projet



PHASAGE : Le projet sera réalisé en 2 phases

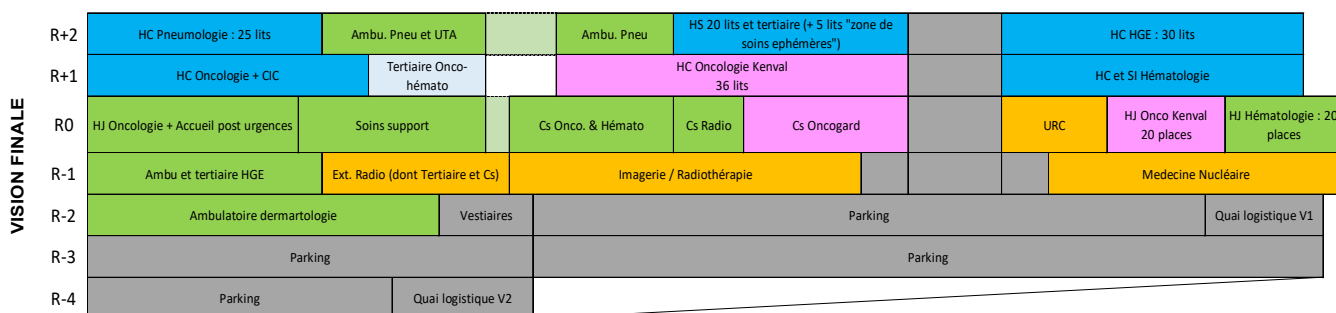
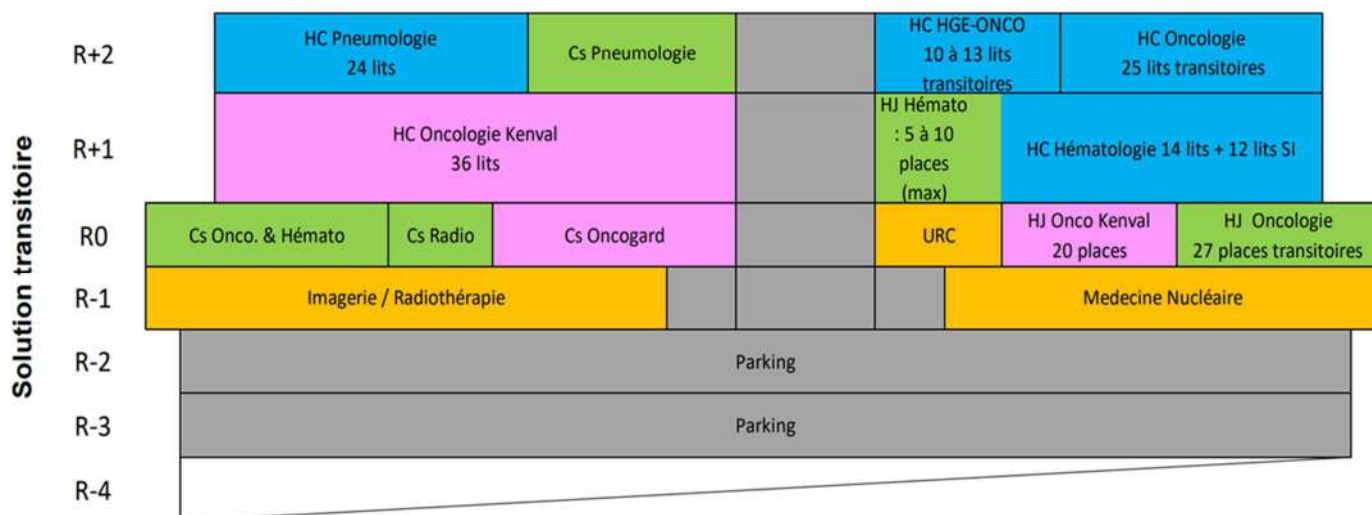
PHASE 1 : Relocalisation des services : construction de 2 bunkers de radiothérapie supplémentaires

- Extension des bunkers de radiothérapie (+ 2 bunkers) pour un total de 7
- Aménagement capacitaire après le départ de 38 lits de chirurgie digestive (Niveau +2 ICG) vers le bâtiment Carémeau Sud (dernier trimestre 2023)
- Relocalisation au +2 et extension du service d'oncologie Médicale + création de 5 lits de CIC
- Extension des soins intensifs d'Hématologie et dédoublement de l'HJ de Chimiothérapie au +1, après le départ des lits d'HC d'oncologie au +2
- Création d'une unité d'Onco-HGE en continuité du service d'HG d'oncologie (+2)
- Construction d'un nouveau parking en silo



PHASE 2 : Construction d'une 3^{ème} aile

- Regroupement des lits d'HGE et relocalisation des plateaux techniques et ambulatoires de Dermatologie
- Création d'hôpital de semaine
- Extension des HJ d'oncologie et hématologie
- Création d'un plateau dédié aux soins de support



2. MEDECINE INTERVENTIONNELLE

Contexte :

Le projet de restructuration et de développement de l'activité de médecine interventionnelle a pour objectif :

- de décliner le Projet Médical qui met notamment l'accent sur le développement d'une offre de soin de pointe, tenant compte du progrès technique et de l'évolution des modalités de prise en charge, avec le recours à des techniques de moins en moins invasives.

de suivre la dynamique d'activité de médecine interventionnelle observée au CHU de Nîmes

- de regrouper les activités sur des plateaux techniques et d'hospitalisation de jour, notamment, cohérents de renforcer l'attractivité médicale

Phasage :

Afin d'apporter une réponse capacitaire et technique au développement de cette activité, plusieurs opérations sont déjà réalisées ou en cours de réalisation.

3 opérations réalisées :

- Ouverture dans le bâtiment neurosciences de 2 salles principalement dédiée à l'activité neuroradiologique
- Déménagement du laboratoire d'anatomopathologie afin de libérer des espaces sur la zone interventionnelle
- Création d'un hôpital de jour de cardiologie interventionnelle de 8 places

Opérations en cours de réalisations :

- Relocalisation de l'activité de cardiologie interventionnelle (3 salles) dans l'ancienne zone de laboratoire d'anatomopathologie, et création d'une 4^{ème} salle
- Relocalisation de l'activité de radiologie dans les anciens espaces de la cardiologie
- Déplacement des salles d'échographie afin de créer un hôpital de jour de 8 à 10 places de radiologie interventionnelle

Opérations en projet :

- Construction d'un centre d'Endoscopie Diagnostique et Interventionnelle (CEDI) afin de regrouper sur un même plateau l'essentiel de l'activité d'endoscopie digestive et pulmonaire (4 salles d'intervention- 10 places d'HDJ- Centre de désinfection) et regroupement de l'activité chirurgicale ambulatoire.
- Affectation des 2 salles libérées par le départ de l'Endoscopie sur le plateau historique du niveau - 1 de Carémeau Sud à la radiologie interventionnelle.
- Affectation à l'activité chirurgicale de la salle CACS aujourd'hui proposée à l'endoscopie et création de 2 salles « d'office surgery »
- Coût total des opérations de travaux : 38 M d'euros, dont 24 M d'euros périmètre SEGUR

3.MALADIES CHRONIQUES

Contexte :

Le projet de « bâtiment de Médecine » étant reporté au regard de son coût prévisionnel (110 M d'euros TDC) et de la trajectoire financière actuelle du CHU, une préfiguration de ce nouveau bâtiment sera réalisée dans Carémeau Nord Tour C et D avec, en complément, une ambition forte d'amélioration de conditions hôtelières :

Objectifs du projet :

- Extension capacitaire des services de post-urgence (Médecine interne-MIPPU)
- Regroupement dans Carémeau Nord des services HC de rhumatologie et de Dermatologie, avant le transfert de cette dernière discipline à l'ICG
- Création d'un Centre de Médecine Ambulatoire pluridisciplinaire

- Consultation et place d'HJ
- Création d'un nouveau plateau de Gynécologie/Obstétrique relié aux tours A et B de Carémeau Nord

Projection Capacitaire et Architecturale

	TOUR D	TOUR C
Surélévation	Concentration des bureaux médicaux	
+ 3	24 lits d'HC de Médecine Interne	24 lits d'HC de MIPPU
+ 2	24 lits d'HC de Rhumatologie (16) et Dermatologie (8)	24 lits d'HC de Gynéco- Obstétrique, donnant sur la Pédiatrie en Tours A et B qui embarque déjà des lits d'obstétrique
+ 1	Centre de Médecine ambulatoire : 24 postes d'HJ et 12 bureaux de consultation pour parcours « gradation des soins ambulatoires »	20 lits d'HC et 8 lits d'HS de MME
0	Consultation de MME et Dermatologie + Clinique de l'Obésité dans l'extension	UMJ + Consultation de pédiatrie / gynécologie (en cours de réflexion)

Phasage :

- Début des travaux au départ des lits de Médecine Gériatrique du niveau +3 de Carémeau Nord vers le nouveau bâtiment SMIT/MPR/Gériatrie (Octobre 2023)
- Opérations/Tiroirs et amélioration des qualités hôtelières en cours d'élaboration
- L'extension des activités de la Néphrologie sont en phase d'études mais programmées sur cette période

4. LE SDI DE SERRE CAVALIER

Contexte :

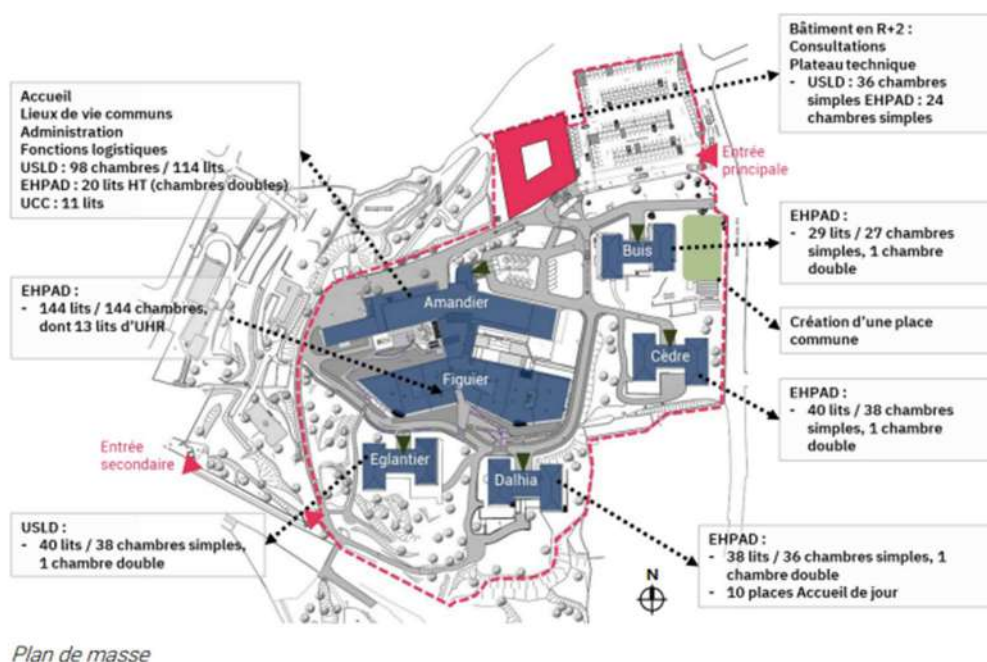
Le SDI de site Gérontologique de Serre Cavalier a pour but et ambition de donner une vision d'ensemble assortie d'un plan d'action à horizon 15 ans

Le projet porte sur 6 des bâtiments existants, L'Amandier et le Figuier constituant les bâtiments principaux ainsi que 4 pavillons : le Buis, le Cèdre, le Dahlia et l'Eglantier

Le SDI a pour enjeux la réponse à 5 objectifs :

- Améliorer les conditions d'accueil et d'hébergement en humanisant les locaux et en aménageant les espaces extérieurs
- Redonner une cohérence fonctionnelle et une unité au Site en contribuant à la domestication et l'appropriation par la définition de lieux à taille humaine et en améliorant la lisibilité des cheminements des différents usagers et utilisateurs
- Adapter l'offre de gériatrie du CHU à la population locale (démence, perte d'autonomie croissante...)
- Maitriser l'exploitation – maintenance
- Maintenir une continuité de fonctionnement avec un impact limité sur le nombre de lits impliquant la construction d'un 5^{ème} pavillon

Projection capacitaire et architecturale



Montant prévisionnel SDI (EHPAD, USLD) : 45 M d'euros

Phasage :

a) Compte tenu des aides déjà obtenues, 2 opérations sont en cours de réalisation : réalisation (2022-2024)

- Rénovation du pavillon l'Eglantier

- Rénovation du pavillon le Buis

Montant total : 4 200 000 euros

b) Le CHU a déposé un dossier dans le cadre du plan d'aide à l'investissement 2022

PHASE 2 / PAI EHPAD	
Projet PAI EHPAD 2022	COUT HT 2022
Construction du Pavillon 5	7 849 081,00
Réhabilitation du Cèdre	3 737 844,00
Réhabilitation du Dahlia	3 510 087,60
Réhabilitation du Figuier	1 022 709,60
TOTAL	16 119 722,20
<i>Dont Rehab</i>	8 270 641,20

Soit 5,5 ans

PHASE 2 (Projet CNSA)

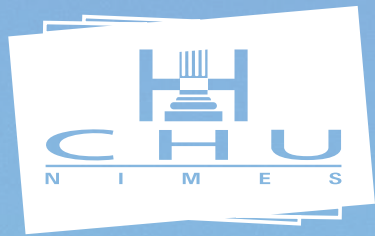
PHASE 3 (Hors projet CNSA)

Eglantier	Soit 4,8 ans
-----------	--------------

L'évolution de la prochaine révision du SDI devra intégrer prioritairement le développement de la zone logistique du CHU ainsi que la question de l'évolution batimentaire de la biologie et de la pharmacie centrale (à voir pour pharmacie).

Les investissements biomédicaux sur la période 2022-2026 sont définis selon le SDI et le calendrier de livraisons des différents projets. En plus de l'investissement conséquent en Interventionnel (6 salles de radiologie ou de cardiologie interventionnelle), six équipements lourds soumis à autorisation sont également renouvelés pendant cette période. Ces investissements **structurants** sont complétés par deux autres segments : **majeurs** (création ou renouvellement, coût > 150 k€) et **courants** (renouvellement < 150 k€, afin l'objectif de maintenir le niveau de vétusté du patrimoine biomédical).

L'ensemble de l'investissement est porté depuis 2021 à 12 M€ annuels, pour ces trois segments cumulés.



UNE POLITIQUE

d'investissement dynamique
au service de ce projet

2022-2027

UNE STRATEGIE FINANCIERE FONDEE SUR UN MODELE ECONOMIQUE HISTORIQUEMENT EQUILIBRE, SOUS-TENDU PAR LES PROJETS MEDICAUX :

Depuis 2019, le CHU de Nîmes, fort de 12 années d'excédents cumulés (148,5M € en 2019) et d'une situation de très faible endettement (encours de 103,2M €, soit un taux d'endettement de 20,2%), a relancé une stratégie de développement par l'investissement, les projets médicaux et l'activité, dans un contexte de forte croissance de la demande de soins adressée.

Le territoire du Gard et de la basse vallée du Rhône se caractérise en effet par une démographie vieillissante, des indicateurs sociaux et sanitaires très dégradés, une raréfaction de l'offre de soins de ville, et plus globalement une problématique d'accès à des soins de recours et d'excellence en proximité.

En miroir du Projet médico-soignant 2022-2026 travaillé par la communauté médicale, la Direction générale du CHU a ainsi institué un large plan pluriannuel d'investissement (PPI), avec pour socle un Schéma directeur immobilier (SDI) ambitieux, devant permettre de répondre à la saturation des capacités de prise en charge du CHU et d'offrir de nouvelles prises en charge à la population.

Sur le plan financier, ce PPI sera financé grâce à :

- La dynamique des projets médicaux permettant de maintenir le niveau de performance économique historique du CHU de Nîmes (taux de marge brute hors aides respectivement de 8,4%, 9,2% et 8,78% en 2017, 2018 et 2019) ;
- Une politique d'endettement maîtrisée, dans un contexte très favorable de taux bas. Le CHU s'est ainsi massivement endetté entre 2019 et 2022, en souscrivant 242M € de dette nouvelle à taux fixe et au taux moyen de 1,13%, faisant passer le taux moyen sur la dette du CHU de 3,2% à 1,4% en 2021 ;
- Les subventions accordées au CHU dans le cadre du Ségur Investissement (40M € pour le champ sanitaire).

Dès 2019, le CHU a mis en œuvre d'importants projets médicaux : ouverture du Centre de chirurgie ambulatoire de Carémeau Sud (CACS), création d'une unité péri-opératoire gériatrique (UPOG) de 30 lits, restructuration et développement de l'offre de néphrologie-dialyse, permettant notamment de proposer des séances de dialyse en soirée, mise en service du bâtiment dédié aux neurosciences, extension du capacitaire machine de radiothérapie et développement d'une activité stéréotaxique tarifée en « machine dédiée », etc.

En plus de leur indéniable intérêt sanitaire, ces projets ont permis de consolider le modèle économique du CHU de Nîmes, historiquement assis sur le développement de l'activité et des recettes qui en découlent. La politique de développement par les projets médicaux détermine en effet un cercle vertueux permettant de conserver des conditions de travail et d'attractivité optimales pour les personnels médicaux et paramédicaux (recours très marginal à l'intérim), d'offrir aux patients un haut niveau de qualité des soins reconnu par la Haute autorité de santé (établissement noté A lors de la dernière campagne de certification), et de financer les projets portés par la communauté médicale, à leur tour pourvoyeurs de marge brute.

Si la crise sanitaire est venue fragiliser les ressorts structurels de la performance économique du CHU de Nîmes, du fait d'impacts au long cours sur les organisations de soins et l'activité, le choix a été fait de ne pas ralentir le déploiement de son Projet médical 2022-2026 et du PPI qui le décline, en s'appuyant notamment sur les aides à l'investissement octroyée par l'Etat dans le cadre du Ségur de la santé.

UN PLAN DE DEVELOPPEMENT AMBITIEUX, AU SERVICE DES BESOINS DE SANTE DE LA POPULATION

Le PPI sur la période 2019-2030 se caractérise par la mise en œuvre d'un SDI très ambitieux, une forte croissance des dépenses d'équipement biomédical tirées par les investissements de renouvellement et d'extension du parc d'équipements lourds d'imagerie et de radiothérapie (40M € entre 2020 et 2025), et le déploiement du Schéma directeur du système d'information, avec en particulier le renouvellement des logiciels d'admission et facturation du patient et de dossier patient (7M €) dans le cadre de la politique de convergence des SI du GHT Cévennes-Gard-Camargue.

La mise en œuvre du SDI concentre l'essentiel des dépenses d'investissement de la décennie.

La cohérence générale du SDI réside dans la spécialisation des sites par typologie d'activité, afin de favoriser des synergies médicales et des organisations plus performantes.

Parmi les projets de travaux inscrits au PPI du CHU de Nîmes, trois, qualifiés de « structurants » et relevant du champ sanitaire, feront l'objet d'un accompagnement financier par l'Etat pour un montant total de 40M € :

- Le projet de restructuration et de développement de l'activité interventionnelle ;
- Le projet « maladies chroniques » ;
- Le projet d'extension de l'ICG.

Outre leur apport à l'offre de soin du CHU de Nîmes, ces projets auront un impact positif sur la trajectoire financière de l'établissement, grâce au développement de l'activité qu'ils permettront.

UNE POLITIQUE DE MODERNISATION DES FONCTIONS FINANCIERES, EN APPUI A LA STRATEGIE DE DEVELOPPEMENT ET DE PERFORMANCE DU CHU

LA POLITIQUE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE COMPTABLE

Le CHU de Nîmes a entrepris depuis 2020 de structurer une politique d'amélioration continue de la qualité comptable, qui s'est traduite en 2021-2022 par :

- La création d'équipes dédiées au contrôle interne en dépenses et en recettes au sein de la Direction de la Stratégie financière, avec un accent particulier mis sur la facturation des recettes de biologie et de pharmacie ;
- L'intensification de la collaboration entre les services de l'ordonnateur et du comptable public, avec l'arrivée d'une nouvelle Trésorière principale ;

- La création du COPIL Qualité comptable, qui réunit trimestriellement toutes les directions impliquées dans des processus comptables et a pour mission de piloter la clôture annuelle des comptes au fil de l'eau, la revue en continue des procédures comptables en fonction des dysfonctionnements identifiés et des évolutions de la réglementation, la certification externe annuelle des comptes ;
- La création d'un Département médico-administratif chargé de l'Optimisation des recettes d'activité et du parcours administratif du patient, dit « ORA », qui réunit le Département de l'Information médicale (DIM), le services Admissions – Facturation – Recouvrement (AFR) et la coordination des secrétariats médicaux. L'ambition est de parvenir à une intégration complète du parcours administratif du patient et du processus de génération de la recette d'activité, à des fins de sécurisation économique de l'établissement, d'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'expérience du patient, ainsi que de simplification de la vie des services de soin. La chefferie de ce Département a été confiée à la cheffe de service du DIM, qui est aussi intégrée à l'organigramme de la Direction au sein du pôle Stratégie financière et Evaluation.

L'ensemble de ces actions vise à :

- Améliorer la maîtrise des processus comptables de l'établissement, en conformité avec le cadre législatif et réglementaire et selon des objectifs de rationalisation des pratiques et d'efficacité des organisations ;
- Consolider le pilotage financier de l'établissement, grâce à la production d'une information comptable fiable ;
- Sécuriser la situation économique de l'établissement, à travers en particulier une maîtrise renforcée des processus en recettes. L'objectif est, pour un établissement qui base sa stratégie de développement sur les projets médicaux et la croissance de l'activité, de s'assurer que toute l'activité réalisée est facturée de manière optimale, de manière à couvrir les moyens engagés pour la réaliser et dégager la marge nécessaire pour financer l'investissement.

Depuis qu'il est soumis à la certification externe des comptes, le CHU de Nîmes a toujours vu ses comptes certifiés sans réserve. Les actions décrites *supra* doivent permettre de consolider et d'approfondir ce nouveau de performance des fonctions financières, en internalisant la logique de contrôle des comptes.

LA POLITIQUE DE STRUCTURATION ET DE FIABILISATION DE L'INFORMATION DECISIONNELLE

La politique d'amélioration de la qualité comptable fait miroir à la politique de structuration et de fiabilisation de l'information décisionnelle, qui vise à mettre à disposition des décideurs de l'établissement une information médico-administrative et médico-économique de qualité.

Elle suppose une démarche de rationalisation du « fichier commun de structure » (unités fonctionnelles, centres de responsabilité), des pratiques d'affectation des charges (notamment de personnels) par UF et des pratiques d'admission et de mouvement informatique des patients par UF.

Elle est pilotée dans le cadre d'un COPIL Structure, qui réunit la DSF, la DSIH, le pôle RM, la DCGS, la Pharmacie.

Elle se traduit par :

- Une revue annuelle du fichier commun de structure des pôles d'activités médico-soignantes, en concertation avec ces derniers ;

- La structuration d'une fonction de pilotage de l'informatique décisionnelle à la DSF (administration du fichier commun de structure selon les bonnes pratiques, conception et administration des tableaux de bord décisionnels en lien avec les directions métiers et les utilisateurs, etc.) ;
- Un travail spécifique de recensement et de numérotation des postes et effectifs non médicaux et médicaux, ainsi que de remise à plat des imputations par UF, implémenté dans les logiciels de gestion RH. Ce travail, réalisé en 2022, a été porté conjointement par la DSF, la DRH, la DCGS, la DAM. Il est la condition d'une politique efficace de pilotage de la masse salariale, dans le contexte du plan de développement du CHU ;
- La mise en œuvre plus globalement d'une politique de rationalisation des pratiques d'affectation des charges et produits, ainsi que des pratiques d'admission et de mouvement informatique des patients par UF ;
- Le lancement d'un chantier de structuration d'un Système d'information d'appui à la décision (SIAD), qui vise à produire une information médico-économique de qualité et la plus contemporaine possible, à des fins à la fois de gestion courante, de décision stratégique et de pilotage opérationnel.

UN SYSTEME D'INFORMATION EVOLUTIF POUR REpondre AUX ATTENTES DES METIERS

Le CHU de Nîmes poursuit la refonte de son Système d'Information Patient en remplaçant le Dossier Patient Informatisé « Clinicom » par la solution « Hopital Manager » de la société Softway Medical. Ce nouveau DPI, retenu après plusieurs années d'analyse du marché et de concertation avec les professionnels, apportera des évolutions conséquentes en terme d'ergonomie et d'efficacité en intégrant progressivement la totalité des fonctionnalités nécessaires aux processus de soins des services. Ce projet, commun avec le CH d'Alès, sera la première brique concrète du SI médical convergé du GHT. Il permettra aux professionnels du CHUN et du CHAC de partager, en temps réel, des informations de prise en charge et de suivi des patients communs.

Les laboratoires bénéficieront d'évolutions majeures de leurs outils puisque la quasi-totalité des solutions de gestion seront renouvelées. Ces évolutions permettront de maintenir un niveau de fonctionnement optimal des solutions mais également de répondre aux obligations liées à la certification des laboratoires comme la traçabilité des étapes techniques en ACP. Dans ce domaine spécifique, un projet particulièrement innovant consistera en la mise en place d'une solution commune avec le CHU de Montpellier pour l'interprétation des examens sur support numérique : la pathologie numérique améliorera le confort d'interprétation et sécurisera les interprétations en mutualisant certaines compétences.

Les évolutions du Système d'Information vont également toucher de façon importante les fonctions supports : les solutions de gestion de la plateforme logistique et de gestion des flux de transport, développées en interne, seront remplacées courant 2024. La solution de gestion du temps de travail des personnels médicaux et non médicaux sera également concernée.

L'ensemble de ces évolutions doivent permettre d'adapter le Système d'Information du CHUN aux évolutions des organisations et aux besoins croissants des services.

DES INFRASTRUCTURES MODERNES ET PERFORMANTES

L'infrastructure technique sur laquelle s'appuie cette refonte du SI bénéficiera d'investissements importants.

Ainsi, le CHU de Nîmes mettra en service en 2023 son second Datacenter. Cette salle machine de nouvelle génération assurera un fonctionnement sécurisé du SI en apportant une redondance totale des équipements du Datacenter principal.

Cette mise en service coïncidera avec la mise en œuvre d'une infrastructure de production entièrement renouvelée. En effet, l'ensemble des serveurs et du stockage principal de l'infrastructure de production sera remplacé afin d'amener des performances du plus haut niveau.

AMELIORATION DE LA SECURITE DU SI

La sécurité du SI est une préoccupation permanente dans un contexte marqué par de nombreuses attaques contre des établissements de santé.

De nombreux dispositifs techniques sont en place pour réduire l'exposition du CHU de Nîmes. Ils continueront à être renforcés à mesure de l'amélioration des technologies.

Un mode de fonctionnement « Ultime secours », associant des aspects organisationnels et techniques est également en cours de constitution en relation étroite avec la Délégation Qualité et Gestion des Risques et les services de soins. Il doit permettre un fonctionnement minimum en cas d'incident majeur.

La sécurité du SI passe également par la conformité à la réglementation. Dans ce cadre, un travail important sera réalisé pour obtenir la certification « Hébergeur de Données de Santé » (HDS) qui remplace l'agrément dont disposait le CHU de Nîmes jusqu'à présent.

EXPLOITATION DES DONNEES POUR LE PILOTAGE ET LA RECHERCHE

L'exploitation des données produites au quotidien devient un sujet majeur dans l'évolution du SI. Elle permet, en effet, de répondre à des préoccupations importantes tant au niveau du pilotage de l'établissement, de la sécurisation des recettes du CHUN, de l'amélioration de la qualité que de l'alimentation de projets de recherche.

Le CHUN a engagé dans ce contexte la construction d'un entrepôt de données alimenté depuis différentes applications majeures.

La première étape de ce projet consiste en la consolidation de l'ensemble des données relatives aux dépenses et recettes afin de mettre en place un Système d'Information d'Appui à la Décision.

UN SYSTEME D'INFORMATION EFFICACE AU QUOTIDIEN

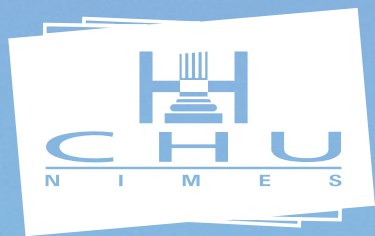
L'efficacité du Système d'Information passe par la mise à disposition des utilisateurs d'un parc d'équipements performants et fiables.

A ce titre, une mise à niveau importante du parc du CHUN se poursuivra en 2023 afin d'éliminer tout équipement de plus de 5 ans.

De nouveaux types d'équipements seront également déployés afin d'adapter le parc informatique aux besoins des utilisateurs.

Ces nouveaux équipements concerneront, en premier lieu, les services de soins avec la mise en place de stations informatiques médicales apportant des évolutions ergonomiques importantes (dimension de l'écran, clavier « confidentialité »).

Ils permettront également de développer la mobilité des personnels. Elle concernera les cadres qui seront dotés de terminaux mobiles compatibles avec le télétravail mais aussi les unités de soins qui, avec l'arrivée de la solution DPI Hopital Manager, pourront travailler sur des supports de type « tablette ».



UN PROJET

hôtelier et logistique tourné
vers les patients et
les professionnels

2022-2027

UN PROJET LOGISTIQUE

Le projet hôtelier et logistique du CHU de Nîmes concerne les prestations qui concourent directement à la prise en charge des patients. Ces prestations font l'objet d'attentes diverses de la part des services de soins en particulier mais aussi de tous les utilisateurs de ces prestations.

Le confort hôtelier attendu par nos usagers est légitime ; il convient toutefois d'allier confort et sécurité tout en s'appuyant sur une logistique hospitalière robuste.

La logistique hospitalière englobe la gestion des flux de patients, produits, matières, des services et informations qui s'y rapportent, pour assurer la qualité et la sécurité à un niveau défini de performance et d'efficacité, depuis le fournisseur jusqu'au patient et, selon le cas, au destinataire final.

Le projet hôtelier et logistique du CHU de Nîmes s'articule autour de trois axes majeurs :

- Le numérique au service de la performance logistique
- La révision de l'offre alimentaire du CHU
- L'appui à la mise en œuvre du projet médico-soignant

Le numérique au service de la performance logistique

- Développement des outils de géolocalisation

La géolocalisation des équipements logistiques est en cours de déploiement. Les différents biens mobiliers (brancards, fauteuils roulants, échographes, lits, bouteilles de gaz, etc.), peuvent être équipés d'une balise de géolocalisation. Ainsi, ils peuvent être localisés par le personnel hospitalier, grâce à une application en ligne accessible sur ordinateur ou sur smartphone.

La solution de géolocalisation des brancards, déjà déployée au CHU de Nîmes, permet à ce jour de:

- Réduire les temps de recherche des matériels dans les services ;
- Réduire les coûts d'acquisition de nouveaux matériels par une meilleure gestion du parc de brancards.

Le déploiement de la géolocalisation étendue à d'autres matériels est à l'étude : chariots logistiques, mobiliers de chambres d'hospitalisation, équipements biomédicaux, ...

- Renouvellement du logiciel de Gestion des Entrepôts (Warehouse Management System)

La plateforme logistique et la Pharmacie à Usage Intérieur sont à l'aube d'une transformation majeure avec l'acquisition et la mise en service, à horizon 2023-2024, d'un nouveau logiciel de gestion des entrepôts. La solution informatique retenue doit pouvoir répondre à des besoins fonctionnels précis impactant toute la chaîne logistique : depuis l'émission du besoin, en passant par la notification d'un marché, l'engagement de la commande jusqu'à la livraison et l'utilisation en services de soins.

Ce WMS doit permettre de sécuriser la chaîne logistique des produits et fournitures, gagner en efficacité grâce à la gestion des stocks, assurer la traçabilité et le pilotage de la plateforme logistique.

Sa mise en œuvre va nécessiter un accompagnement fort à la conduite du changement pour l'ensemble des équipes impactées : plateforme logistique, PUI, secteurs achats, marchés et approvisionnement.

- Poursuite de la numérisation du transport patients

Précurseur en matière de recours à une plateforme externe de transport sanitaire, le Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes s'est organisé de façon à faciliter la logistique sanitaire liée à la gestion du transport de patients programmé et non programmé.

L'effort doit être poursuivi au cours des années 2022-2026 de façon à toujours fluidifier le parcours patient au cours de son séjour, au moment de sa sortie ou de son transfert vers d'autres établissements.

- Optimisation des processus logistiques au niveau du territoire

Dans le prolongement du programme PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats Responsables), la DGOS a initié une nouvelle démarche sur la logistique de territoire.

L'une des premières actions qui devront être menées par le CHU de Nîmes est d'analyser les pratiques à partir d'indicateurs logistiques issus des travaux de la DGOS et des GHT pilotes, puis d'évaluer le potentiel de gains logistiques en coûts complets.

Cette démarche devra, à long terme, permettre de :

- Rationaliser les moyens de stockage répartis sur le territoire pour les concentrer sur un à deux points centraux
- Optimiser les circuits de distribution en interne GHT et vis-à-vis des fournisseurs (de façon à limiter le nombre de points de livraison et de collecte)

La révision de l'offre alimentaire au CHU : entre modernité et adaptabilité de l'outil de production.

- Une offre alimentaire revisitée

L'alimentation à l'hôpital est soumise à de multiples contraintes et représente un enjeu majeur dans le processus de guérison ; sa non-consommation contribuant, en particulier, à la spirale de la dénutrition.

Travailler sur l'offre alimentaire doit permettre aux équipes de restauration et de soin de rationaliser l'offre alimentaire et les prescriptions d'alimentations thérapeutiques et de focaliser leur objectif sur la qualité d'une offre alimentaire adaptée aux besoins et au plaisir du patient.

- Systématiser le recueil des aversions alimentaires pour chaque patient hospitalisé
 - Développer une offre alimentaire adaptée à la durée de séjour des patients : grilles de menus différenciées entre patients relevant de services MCO et ceux relevant de services de moyens et longs séjours
 - Réduire le nombre de menus produits chaque jour
- L'extension de l'Unité de Production Culinaire

De la révision de l'offre alimentaire va découler un projet d'extension de l'Unité de Production Culinaire (UPC) située sur le site de Carémeau. L'UPC est aujourd'hui contrainte par ses surfaces de stockage mais également de production.

Un projet d'extension est donc déjà en phase d'études et son financement doit être inscrit au Plan Pluriannuel d'Investissement à long terme.

Appui à la mise en œuvre du projet médico-soignant

- Replacer le soignant dans son cœur de métier

Des missions non-cœur de métier sont identifiées par les soignants. Elles sont pourtant indispensables à la vie du service et à la bonne prise en charge des patients.

La logistique du CHU de Nîmes est, à ce jour, largement mise à contribution dans les services de soins pour assurer la gestion des stocks, la livraison et le rangement des produits et fournitures hôtelières ou médicales. Néanmoins, la gestion de l'approvisionnement de certaines fournitures est encore dévolue aux services de soins.

Le brancardage est partiellement centralisé et coordonné par le secteur logistique. Il subsiste cependant encore une activité résiduelle de brancardage réalisée par les services soignants.

Ces deux exemples témoignent d'une démarche engagée dans laquelle subsiste encore des marges de progression qui devront faire l'objet, au cours de la période 2022-2026, d'un recueil des missions « non-cœur de métier », d'une étude d'opportunité et de faisabilité et d'un projet logistico-soignant partagé et créateur de valeur de part et d'autre : professionnalisation de la logistique, amélioration des conditions de travail des soignants.

- Espace de vie et de détente pour les patients, leurs familles et nos personnels

Cafétéria, télévision, conciergerie, parking : des espaces ont été conçus pour proposer des loisirs et services à la carte et favoriser le quotidien de nos usagers.

Courant 2024, le Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes va devoir remettre en concurrence les délégations de service public concernant les activités de conciergerie, cafétéria, TV et téléphonie, parking.

Les candidats à ces délégations devront proposer une palette de prestations répondant aux nouveaux modes de consommations des usagers : click & collect, service en chambre, multimédias, offres digitalisées, ...

AXES DEVELOPPEMENT DURABLE

Les évolutions récentes et rapides des problématiques environnementales tendent, de plus en plus, à replacer ces enjeux au cœur des politiques publiques.

Le secteur de la santé, qui consomme des biens et des aliments, produit des déchets, mobilise des transports, construit, chauffe et refroidit des locaux, joue un rôle significatif en matière d'impact sur le climat. Il représente en effet près de 8 % des émissions de gaz à effet de serre en France¹.

Ce secteur fait face à une contrainte multiple : il doit réduire ses émissions de gaz à effet de serre, et chercher des substituts aux ressources énergétiques fossiles dont la disponibilité s'amenuise. Par ailleurs et dans le même temps, il doit gérer les conséquences de la dégradation des écosystèmes et des crises climatiques sur la santé des populations.

L'accélération de la transformation écologique du secteur de la santé est donc une nécessité. Si celle-ci contraint les capacités financières des établissements, elle doit néanmoins être saisie comme une opportunité de recherche des leviers d'une gestion plus responsable et durable des ressources sur tous les plans, afin d'anticiper les difficultés éventuelles d'approvisionnement et de production.

Le projet d'établissement 2022-2026 du CHU de Nîmes vise à s'inscrire dans la lignée des actions déjà engagées en matière de développement durable, tout en intégrant les contraintes supplémentaires associées au contexte actuel. Les 3 axes majeurs définis en ce sens sont ainsi les suivants :

AXE 1 : Prendre le virage de la sobriété énergétique et réduire l'empreinte carbone des activités du CHU

- S'adapter aux défis énergétiques en recherchant les gisements d'économies d'énergie sur les installations existantes, et en développant des moyens de piloter et maîtriser les consommations d'énergies et de ressources (électricité, gaz, chaleur, eau),
- Intégrer, dans les nouveaux projets, la notion de performance énergétique et de limitation de l'empreinte carbone associée à la construction et l'exploitation des bâtiments,

¹ Rapport final « Décarboner la santé pour soigner durablement dans le cadre du plan de transformation de l'économie française » – Rapport final – The Shift Project – Novembre 2021

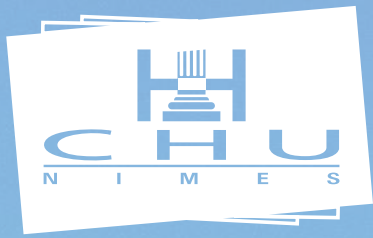
- Poursuivre la stratégie de limitation et de réduction des volumes de déchets produits avec la mise en œuvre d'actions d'éco-conception, de réutilisation/réemploi, recyclage et valorisation, qu'il s'agisse des déchets conventionnels (papiers, plastiques, biodéchets, ...) ou des déchets issus des activités de soins.

AXE 2 : Intégrer le développement durable au cœur des organisations du CHU

- Renforcer la participation des professionnels au développement durable avec la mise en place d'ambassadeurs Environnement relayant les informations et les actions sur le terrain au sein des services,
- Poursuivre et renforcer la démarche d'achats durables en ciblant les segments d'achats devant donner lieu à une recherche de produits ou de fournisseurs éco-responsables et en définissant des critères de choix adaptés,
- Encourager et accompagner les projets des groupes hospitalo-universitaires et les initiatives des professionnels en matière d'éco-conception des soins.

AXE 3 : Poursuivre les actions en faveur du « bien-vivre » à l'hôpital pour les patients et les professionnels

- Proposer une alimentation de qualité et éco-responsable aux patients et aux professionnels, en développant une offre de repas adaptée (alimentation saine, mesures anti-gaspillage alimentaire),
- Favoriser les mobilités responsables et développer les offres alternatives (verdissement de la flotte automobile interne, covoiturage, transports en commun, vélo), en lien avec la mise à jour du plan de mobilité,
- Préserver la biodiversité sur les sites du CHU en poursuivant l'utilisation de techniques naturelles et durables pour la gestion des espaces verts, et en mettant en valeur autant que possible ces espaces qui participent à l'accueil et au bien-être des patients, visiteurs et professionnels.



LE CHU

dans son territoire et ses
partenariats internationaux

2022-2027

1. LES RELATIONS VILLE-HOPITAL :

Si la communauté hospitalière du CHU de Nîmes est encline à développer des relations professionnelles de qualité avec chaque professionnel de santé du territoire, la construction de partenariats individualisés est complexe à mettre en œuvre et n'est pas pour autant opérante.

Certaines conventions de partenariats existent notamment, à titre d'exemple et en nombre, avec les sages-femmes de ville dont le principal objet est le recours au service de gynécologie obstétrique du CHU dans le cadre des IVG médicamenteuses.

Mais c'est principalement avec des organismes, réseaux ou organisations représentatifs que le CHU de Nîmes envisage de construire ses partenariats afin qu'ils soient les plus étendus et opérationnels possibles. Les principaux leviers dans ce cadre sont : le CTS, les CPTS, le SAS, etc.

A. ETAT DES LIEUX

➤ Le CTS

Le CHU de Nîmes siège depuis quelques années au sein du **CTS** (Conseil Territorial de Santé du Gard) en tant qu'établissement support du GHT du Gard.

Le CTS est un des rouages essentiels de la démocratie en santé en permettant que se développe dans chaque territoire un débat de qualité sur les choix et les décisions qui le concernent et en offrant la possibilité aux acteurs de proximité d'être force de proposition. Les conseils territoriaux de santé, avec la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) Occitanie, font vivre la démocratie en santé en région grâce aux travaux qui y sont menés entre les différents partenaires dont le CHU de Nîmes et les représentants de la médecine de ville, entre autres, sont des maillons essentiels pour le Gard.

Le CTS contribue également à l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du Projet Régional de Santé (PRS), dont l'actuel – PRS II – arrive à échéance en 2023.

➤ Les CPTS

Si les créations de **CPTS** (Communautés professionnelles Territoriales de Santé) n'incombent pas au CHU, nous les attendons avec impatience comme des interlocuteurs privilégiés pour développer et consolider les relations ville-hôpital.

C'est la raison pour laquelle le CHU de Nîmes s'est manifesté très tôt dans le processus de ces créations auprès des préfigureurs identifiés. Certains projets ont avorté malgré un travail engagé conjointement, mais d'autres ont abouti ou sont sur le point d'être consacrés.

❖ **Partenariat avec la CPTS « Nemausa » (secteur agglomération nîmoise – site d'implantation principal du CHU de Nîmes), en cours de préfiguration :**

- Plusieurs rencontres se sont tenues sur des thématiques ciblées telle que la transmission des données médicales ou les interfaces informatiques ;

- Les préfigureurs de la CPTS ont été d'emblée associés aux ateliers thématiques organisés par le CHU de Nîmes dans le cadre de l'élaboration de son nouveau projet médical, avec un atelier spécifiquement dédié aux relations « ville-hôpital » ;
- Le CHU de Nîmes a assuré une participation nombreuse et une représentation médico-administrative à l'évènement organisé pour présenter et abonder le projet de la CPTS « Nemausa » ;
- Le CHU de Nîmes est dans la perspective d'intégrer les groupes de travail thématiques de la CPTS, une fois créée.

❖ **La CPTS « Occitanie-Méditerranée » (Secteur Grau du Roi –second site d'implantation du CHU de Nîmes) créée en juin 2022 :**

- Des échanges ont eu lieu avec les équipes médicales du site Grau du Roi en amont de sa création ;
- Le CHU a participé à l'évènement organisé pour la signature de la création de la CPTS en juin 2022 ;
- Une rencontre a eu lieu cet été avec le coordonnateur de la CPTS pour établir la feuille de route du partenariat qui nous lie ;
- Une rencontre entre les protagonistes médico-administratifs respectifs de la CPTS et du CH est programmée fin septembre 2022 pour peaufiner le plan d'action médical et alimenter notre future convention commune ;
- Des médecins spécialistes du CHU ont d'ores et déjà intégré les groupes de travail actifs de la CPTS en l'occurrence ceux relatifs aux parcours de soins gériatrie et diabète.

➤ **Le SAS**

L'objectif du **SAS** (Service d'Accès aux Soins) est de mettre en place une organisation professionnelle et collaborative d'accès permanent aux soins urgents et non programmés ambulatoires, lisible et facilement accessible et utilisable par les usagers sous forme d'un guichet unique « **Urgence Santé** » dans le cadre d'un réseau ville-hôpital.

Si le SAMU – Centre 15 ne dispose pas d'une régulation médicale de médecine générale 24h/24, 7j/7, les médecins régulateurs hospitaliers assurent en journée cette fonction et, lors des épisodes de tension (grippe) ou de la crise sanitaire COVID, les médecins régulateurs libéraux de PDSA ont étendu les plages horaires de leur permanence afin de répondre à l'augmentation des appels parvenant au 15. Les conseils médicaux représentent 60 % des actes de régulation médicale.

Les urgences du CHU de Nîmes travaillent également en étroite collaboration avec les médecins généralistes qui interviennent au sein de la Maison Médicale de Garde.

Le SAMU a également mis en place la télé-prescription médicamenteuse en lien avec les pharmacies de garde.

Fort de ces coopérations avec la ville, le CHU de Nîmes a déposé, en septembre 2020, un dossier de candidature pour expérimenter le SAS. Notre projet gardois s'inscrivait dans le cadre d'une collaboration déjà préexistante entre le CHU de Nîmes - établissement-support du GHT Cévennes-Gard-Camargue - et les représentants de la médecine de ville. Ainsi, notre démarche peut s'appuyer sur des partenariats forts, des

organisations déjà mises en place, et un fonctionnement déjà éprouvé par le passé, notamment dans le cadre de la crise sanitaire liée à la COVID-19. Néanmoins notre projet n'a pas été retenu à cette occasion.

➤ Les relations avec l'Université

Le CHU de Nîmes travaille d'ores et déjà de manière étroite et efficace avec Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes, afin de rendre plus efficace la réponse aux demandes de soins de ville non programmés via le SAMU – Centre 15, en liaison avec la Maison Médicale de Garde de Nîmes. Cette coopération ville-hôpital s'est d'ailleurs révélée très efficace dans le cadre de la crise sanitaire.

➤ Les relations avec les collectivités territoriales (*représentées au sein du Conseil de Surveillance*)

Le CHU de Nîmes se situe également dans son territoire en travaillant avec les collectivités territoriales de référence pour les différents sujets relevant de leurs champs respectifs de compétences :

- La Région Occitanie : pour la gestion des instituts de formations sanitaires et sociales mais aussi pour soutien à l'innovation et la recherche ;
- Le Département du Gard : pour le financement des structures médico-sociales en budget annexe et autonomes gérées par le CHU de Nîmes ;
- Nîmes Métropole : pour le soutien aux innovations accélérant le développement économique sur le territoire ;
- La ville de Nîmes : pour les aménagements des sites de Carêmeau et Serre Cavalier en interaction avec leur environnement.

B. PERSPECTIVES

➤ Le CTS

Le mandat du CHU de Nîmes au sein du CTS du Gard a été renouvelé le 31 juillet 2022 et la nouvelle assemblée installée à cette même date.

Une nouvelle dynamique est ainsi impulsée à laquelle le CHU de Nîmes s'engage à participer activement. Il contribuera à l'élaboration du PRS à venir, avec pour commencer, la participation à un débat relatif au bilan diagnostic de l'action des quatre dernières années avec un focus sur deux sujets essentiels pour le territoire du Gard :

- L'attractivité des professions de santé ;
- L'articulation des acteurs de santé, perçue comme un facteur de qualité d'efficacité et d'efficience.

En effet le PRS II en cours s'achèvera en 2023 et les travaux d'élaboration du PRS III qui sera adopté en 2023 sont engagés au dernier trimestre de l'année 2022. Cette élaboration associera fortement les partenaires de la ville et les acteurs de santé dont les usagers.

Le CHU de Nîmes contribuera également à la planification sanitaire pour les années à venir via les groupes de travail du PRS III au sein desquels la communauté hospitalière nîmoise est largement représentée.

➤ Les CPTS

Le CHU réalise une veille sur les travaux des CPTS à venir en lien avec la direction départementale de l'ARS. 10 CPTS sont actuellement à l'état projet dans le département du Gard avec lesquelles le CHU de Nîmes envisage un partenariat étroit :

- Prioritairement au titre d'**établissement de premier recours** sur ses territoires d'implantation : c'est le cadre des partenariats préalablement développés ;
- Soit au titre d'**établissement support du GHT**, en lien avec les établissements parties au GHT concernés. Un volet particulier sera consacré à ces partenariats dans le futur projet médical partagé du GHT Cévennes Gard Camargue dont les travaux doivent être lancés début 2023. A titre d'illustration un contact a été pris avec la CPTS « Regards », première CPTS dans le Gard (en mai dernier) et qui couvre 73 communes autour de Remoulins et d'Uzès.

Très concrètement, le Chu de Nîmes prévoit d'intégrer les groupes de travail réglementairement initiés par les CPTS afin de réaliser un travail partagé sur les parcours patients et surtout les modalités de mise en œuvre des coopérations ville-hôpital, via les leviers suivants (non exhaustifs) :

- Lignes directes,
- Équipes mobiles
- Plateformes de conseil et de formation,
- Admissions directes,
- Télémédecine (télé-expertise, téléconsultations, télésurveillance, téléassistance et régulation),
- etc.

Réciproquement, les représentants des CPTS seront invités à contribuer activement aux travaux du projet médical du CHU de Nîmes, via les ateliers du projet médical dynamique, de la même manière qu'ils ont déjà été conviés aux travaux des ateliers d'élaboration du projet médical 2022-2026.

Un travail de conventionnement sera enfin mis en place avec l'ensemble des CPTS afin de sceller des dynamiques différenciées fondées sur les spécificités des besoins relatives à chaque territoire de santé.

➤ Le SAS

A l'issue des expérimentations lancées fin 2020, le service d'accès aux soins (SAS) est aujourd'hui proposé dans le cadre du Pacte pour la refondation des urgences et réaffirmé lors du Ségur de la santé. Il est un élément clé du nouveau modèle de prise en charge des patients et répond à la demande de soins vitaux, urgents et non programmés des usagers partout et à toute heure, grâce à une chaîne de soins lisible et coordonnée entre les acteurs de santé de l'hôpital et de la ville d'un même territoire.

En lien avec les services de secours, le SAS est fondé sur un partenariat étroit et équilibré entre les médecins de ville et les professionnels de l'urgence hospitalière des SAMU autour de :

- La mise en place d'organisations locales permettant la prise en charge des soins non programmés de manière optimale et coordonnée entre les différents acteurs (ville et hôpital) ;
- Une plateforme téléphonique de régulation gérée localement, accessible 24h/24 au grand public et permettant de fournir une réponse adaptée pour des soins non programmés ;
- Une plateforme numérique nationale, outil à disposition des professionnels de santé participants au SAS pour faciliter l'orientation des patients vers la médecine de ville.

Le CHU de Nîmes, sous le pilotage de l'ARS et sur la base des retours d'expérience des premiers SAS nationaux tout autant que des premiers travaux qu'il a engagés en 2020, est prêt à créer son propre service d'accès aux soins fondé sur des relations ville-hôpital consolidées.

Au gré de la structuration de la médecine de ville et afin de rallier le plus grand nombre d'acteurs à ce projet, le SAS associera de nouvelles représentations des professionnels de santé libéraux et notamment les CPTS gardoises. Les conclusions de la mission « Braun » ont permis d'expérimenter une régulation de soins non programmés avec des cabinets médicaux de ville volontaires pendant l'été 2022, démontrant que ce dispositif pouvait apporter une solution à l'augmentation des venues aux urgences pour une population dont l'état de santé ne le nécessite pas.

➤ Les relations avec l'Université

Le CHU de Nîmes engage un travail de structuration, de développement et de consolidation de ses relations professionnelles avec le Département de Médecine générale de la Faculté de médecine Montpellier-Nîmes, notamment dans le cadre de l'objectif partagé (avec les élus locaux également) d'attractivité et de fidélisation des internes sur le territoire gardois.

➤ Les relations avec les collectivités territoriales

Elles peuvent être optimisées dans le cadre du développement des activités du CHU de Nîmes au regard des besoins de santé du territoire et pour une meilleure qualité des prises en charge :

- Avec la Région Occitanie : pour poursuivre le développement capacitaire des instituts de formation et leur implantation territoriale (développement des antennes d'Uzès et du Vigan et soutien au développement d'Antennes à partir d'instituts rattachés à d'autres établissements de santé publics parties au GHT – comme une antenne du Centre Hospitalier de Bagnols-sur-Cèze à Pont-Saint-Esprit -). Mais également pour garantir un soutien aux innovations hospitalières telle que la création d'une Unité de Préparation Médicamenteuse (UPM) ;
- Avec le Département du Gard : pour optimiser le financement des structures médico-sociales en budget annexe et autonomes gérées par le CHU de Nîmes à hauteur des moyens requis pour un accompagnement digne des personnes âgées du territoire. Mais également pour soutenir des innovations structurelles tels que les EHPAD « hors les murs » ;
- Nîmes Métropole : pour poursuivre le soutien aux innovations accélérant le développement économique sur le territoire en lien avec les entreprises incubées dans le champ des biotechnologies et dispositifs médicaux notamment ;
- La ville de Nîmes : pour poursuivre les aménagements urbains en interaction avec les environnements directs des sites de Carêmeau et de Serre Cavalier.

2. LE GHT (GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE) :

Le GHT Cévennes-Gard-Camargue, dont le CHU de Nîmes est l'établissement support, constitue une illustration de la dynamique que celui-ci impulse au sein de son territoire.

A. ETAT DES LIEUX

➤ Les axes de plus-value du GHT

Le CHU de Nîmes, établissement support du GHT, s'est approprié une **démarche territoriale de parcours et de gradation de l'offre de soins** ainsi qu'une coordination des différents acteurs de santé avec la définition partagée de niveaux de proximité/recours/référence dans l'ensemble des dix filières identifiées.

La gradation des soins et le rôle de chaque établissement partie au sein du territoire ont en effet été sérieusement travaillés pour une mise en œuvre efficiente dans la majorité des filières de soins.

La participation des médecins et cadres de santé aux différents groupes et sous-groupes de travail ont permis aux différents acteurs des filières de mieux se connaître et ainsi de faciliter la prise en charge des patients avec la communication de nombreux numéros directs et l'établissement de circuits privilégiés y compris après les soins aigus vers les SSR.

Concernant les filières d'urgence plus particulièrement (AVC, syndromes coronariens aigus, traumatisés graves), les circuits de prise en charge sont, d'une part, régulièrement revus avec une mise à jour des protocoles et, d'autre part, améliorés grâce aux RMM qui se développent dans certains sous-groupes et qui ont pour objet de réduire les pertes de chance.

La **fonction Achats** qui s'est profondément professionnalisée, a permis, depuis des années, de réaliser des gains importants pour l'ensemble des établissements parties (le total des gains achats en 2020 s'élève à 5 700 000 €) mais également de redéployer des personnels des directions achats de certains établissements vers d'autres missions.

Les **ressources médicales** rares du territoire et les besoins des établissements parties sont étudiés au sein du groupe de travail « DAM de territoire » composé des DAM des établissements parties et qui se réunit régulièrement afin de tenter d'apporter des solutions ponctuelles ou pérennes aux filières en difficulté.

Ainsi, au 31 décembre 2021, 67 praticiens des établissements parties au GHT Cévennes-Gard-Camargue avaient une activité partagée entre plusieurs établissements (près de 200 demies-journées pour 20 ETP) sur des filières variées telles que : les Urgences, l'Urologie, la Pédiatrie, l'oncologie, la Gynécologie, la cardiologie, l'ORL, la Chirurgie digestive ou encore la chirurgie vasculaire.

Deux équipes territoriales ont en outre d'ores et déjà été créées en oncologie et en imagerie.

En matière de **gouvernance**, au-delà des établissements parties membres de droit, le GHT Cévennes-Gard-Camargue a choisi de développer son maillage territorial au-delà, via des conventions d'association avec d'autres membres tels que : l'Institut de Cancérologie de Montpellier (ICM), les deux structures privées d'Hospitalisation à domicile (HAD) du Gard (3G Santé et APARD, cette dernière étant devenue ADENE Santé), ainsi qu'avec neuf EHPAD autonomes du Gard, en dehors des établissements en situation de direction commune avec les établissements de santé membres de droit.

Les instances du GHT (COSTRAT, CMG, CTEL) sont valablement constituées et se réunissent en tant que de besoin après des perturbations liées à la crise sanitaire.

➤ Les axes de moins-value du GHT

Néanmoins, dans certains établissements parties, le manque de ressources humaines médicales (et de directeurs) empêchent une participation à l'ensemble des groupes de travail et une inscription dans la dynamique de territoire.

L'absence de ressources médicales et donc l'absence d'homologue dans une spécialité limite également l'organisation des groupes de travail et leurs avancées.

Enfin, le territoire géographique théoriquement couvert par le GHT Cévennes-Gard-Camargue ne correspond pas au territoire de santé réellement irrigué par le CHU de Nîmes et ses partenaires, établissements parties.

- *Focus sur les territoires irrigués par le CHU de Nîmes, hors GHT, et plus particulièrement le bassin arlésien*

Depuis 2008, le CHU a toujours été force de proposition pour les structures de coopération médicale avec le CH d'Arles, preuves en sont les nombreux dispositifs mis en œuvre dans de nombreuses filières (Imagerie notamment). En 2019, à l'aulne des Commissions médicales de Groupement, le CHU de Nîmes a proposé et rédigé deux conventions destinées à conforter ces collaborations : une convention cadre et une convention d'association du CH d'Arles au GHT Cévennes-Gard-Camargue.

Nous avons en effet alerté quant à l'incongruité d'élaborer des conventions médicales denses alors même que la réglementation relative aux GHT (Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire) nous permettait voire nous obligeait à raisonner à l'échelle d'un territoire de santé en incluant ces collaborations dans un projet médico-soignant partagé (PMSP) qui repose sur des filières médicales structurées.

Considérant que la patientèle arlésienne représente en moyenne plus de 10% de la patientèle du CHU de Nîmes, établissement support du GHT Cévennes-Gard-Camargue, et au regard des évolutions réglementaires des GHT imposant un modèle plus intégratif en matière de recrutement médical, il nous est apparu de bon sens, voire nécessaire de proposer d'associer Arles à notre projet médical partagé.

Ce projet n'a pas abouti en raison d'une fin de non-recevoir de l'établissement lui-même, soutenue par l'ARS PACA. Les difficultés du CH d'Arles demeurent néanmoins prégnantes pour ne pas dire accrues. Or le CHU de Nîmes est aujourd'hui tenu d'adosser ses ressources médicales au PMSP dont il est partie prenante et dont le CH d'Arles est exclu de son propre fait.

Au-delà du bassin arlésien d'autres territoires limitrophes sollicitent le soutien, directement ou dans le cadre du recours, du CHU de Nîmes. Des conventions de coopération sont ainsi régulièrement établies avec des établissements de la vallée du Rhône. A titre d'illustrations nous avons établi une convention cadre en cardiologie avec le centre hospitalier de Montélimar ou encore une convention cadre sur la douleur avec l'établissement privé Sainte-Catherine à Avignon. Ces demandes ne devraient pas faiblir au regard du contexte sanitaire actuel et à venir ces prochaines années.

B. PERSPECTIVES

- Le projet médical partagé

La démarche d'élaboration du nouveau Projet Médical Partagé (PMP) doit être lancée début 2023 à l'issue d'un diagnostic étayé du PMP actuellement en vigueur.

Il veillera notamment à :

- Poursuivre la fluidification des parcours de soins, déjà bien identifiés dans leur gradation (proximité, recours, référence),
- Développer la recherche clinique au sein du GHT,
- Relancer certaines filières telle que celle des soins palliatifs,
- Développer les liens ville-hôpital pour une amélioration et une simplification du parcours de soins et in fine une meilleure prise en charge des patients,
- Poursuivre les alternatives à l'hospitalisation,
- Améliorer le suivi des maladies chroniques (en lien avec le futur bâtiment de médecine du CHU de Nîmes au service de la population du Gard) et développer l'éducation thérapeutique (ETP) qui sort des programmes et s'inscrit désormais dans les HDJ de parcours,
- Etc.

➤ La gouvernance :

Le GHT Cévennes-Gard-Camargue, pour développer son assise territoriale, **devra étendre ses coopérations** en conventionnant progressivement avec : les établissements médico-sociaux publics, les établissements sanitaires participant au service public hospitalier (une association prochaine est ainsi discutée avec le Centre Médical l'Egrégore situé à Caveirac), les établissements sanitaires privés lucratifs, les établissements médico-sociaux privés associatifs puis privés lucratifs.

Mais l'urgence, en termes de partenariats territoriaux, cible avant tout un travail resserré avec la **médecine de ville**, pourquoi pas dans le cadre de conventions d'association avec les CPTS du territoire.

La **Commission Médicale de Groupement** (CMG) récemment constituée (modification de la convention constitutive du GHT et élection des nouveaux membres en 2022) se structure avec la constitution d'un bureau animé par les Président et vice-président qui impulse une nouvelle dynamique au sein des groupes filières dont certains devraient disparaître par manque de substance voire par l'aboutissement du travail sur les parcours, articulations et procédures afférentes. De nouveaux groupes filières et thématiques devraient a contrario être créés au gré des besoins émergents du territoire, tel qu'un groupe sur les relations ville-hôpital du territoriales.

En termes de gouvernance également, la dynamique de réunion des **instances du GHT** doit être rétablie sur un rythme antecovid. Il est également envisagé d'étoffer ces instances consultatives dans le cadre du développement des relations du GHT avec les protagonistes de son territoire. Un nouveau **comité territorial des élus locaux dédié au médico-social** devrait notamment être créé.

➤ Structurer et optimiser les ressources médicales de territoire

Le CHU devra, de plus en plus et dans la mesure du possible, apporter un **soutien à la démographie médicale, et paramédicale, des établissements parties au GHT**. En tant qu'établissement support, le CHU de Nîmes souhaite développer les postes d'assistants temps partagés à la faveur de projets d'équipes territoriales. La première équipe territoriale à venir, nécessaire au regard des difficultés de recrutement médical, devrait se constituer dans la spécialité anesthésie-réanimation, avec le Centre Hospitalier d'Alès dans un premier temps.

L'harmonisation des formations et des pratiques est également un enjeu du territoire

➤ Réviser le périmètre géographique du GHT

Les frontières géographiques et administratives ne sont pas superposables aux limites d'un territoire de santé, lequel s'appuie sur des données socio-démographiques, culturelles et d'aménagement du territoire qui transcendent le seul département du Gard pour ce qui concerne le GHT Cévennes-Gard-Camargue. Concernant Arles, il ne nous paraît plus possible aujourd'hui que de fonctionner par des collaborations médicales ponctuelles qui devront toutefois, pour être maintenues, s'inscrire dans une dynamique plus conforme aux politiques publiques en vigueur, soit une dynamique plus intégrative.

3 LES DIRECTIONS COMMUNES :

Si la direction commune se résume à un dispositif statutaire qui permet la mise en commun d'une équipe de direction entre deux ou plusieurs établissements, elle est devenue un véritable outil de coopération territoriale.

Les directions communes du CHU de Nîmes avec des établissements sanitaires et médico-sociaux publics se sont multipliées ces dernières années avec un impact fort sur le paysage sanitaire et médico-social mais surtout sur les organisations afférentes. Car la direction commune n'est pas une finalité, elle doit s'intégrer à un processus dynamique d'optimisation du fonctionnement des EHPAD et centres hospitaliers de proximité.

A. ETAT DES LIEUX

La démarche d'installation d'une direction commune portée par la Direction générale du CHU de Nîmes a été initiée en 2012 par la signature de la Convention de Direction Commune avec les EHPAD de Beauvoisin et St Gilles. Cette démarche s'est poursuivie en avril 2019, par la signature de la Convention de Direction Commune entre le CHU de Nîmes, l'Hôpital du Vigan et les EHPAD de Sauve, St Hippolyte du Fort, Lasalle, St Gilles et Beauvoisin. Elle s'est récemment étoffée en associant l'EHPAD « Le Jardin des Aînés » de Ganges, via l'avenant n°1 à la Convention de Direction Commune approuvé par l'ARS Occitanie au premier janvier 2022.

1250 lits et places sont ainsi regroupés au sein de la direction commune dont le Chu de Nîmes est la clef de voûte, répartis en :

- 1169 lits de long séjour (dont 123 places de soins à domicile) ;
- 81 lits de court séjour.

Le CHU de Nîmes est ainsi le garant d'un maillage Territorial cohérent, synergique et dynamique avec :

- Le développement de filières de soins et d'accompagnement
- Des coopérations facilitées
- Un partage d'expériences...

Le CHU de Nîmes joue également la fonction de support et d'expertise dans les domaines suivants :

- Ressources Humaines
- Finances
- Qualité
- Achats
- Gestion des risques, notamment dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire

B. PERSPECTIVES

Le CHU de Nîmes envisage de porter de nombreux **projets de territoire** avec le concours et la synergie de tous les établissements en direction commune, tels que :

- La régulation des autorisations au sein de la Direction Commune pour une planification sanitaire et médico-sociale optimisée sur le territoire ;
- Développement d'expérimentations territoriales tel que « l'EHPAD hors les murs »
- Développement des consultations avancées et de la Télémédecine en lien avec les services de spécialités du CHU de Nîmes ;
- Etc.

Il paraît enfin primordial, pour le développement de filières territoriales cohérentes (la filière gériatrique territoriale en premier lieu) et optimales, de mailler l'ensemble du territoire d'influence du GHT Cévennes-Gard-Camarguen en l'occurrence le département du Gard. D'autres directions communes pourraient ainsi palier les écueils territoriaux, situés notamment dans la Vaunage.

La coopération internationale hospitalière constitue l'une des modalités d'intervention de la coopération internationale et de l'aide publique destinée à la santé.

Elle est reconnue en France comme une mission à part entière des établissements publics de santé depuis la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 et regroupe l'ensemble des activités, associées aux missions de l'hôpital, mises en œuvre à l'étranger aussi bien qu'en France au bénéfice de professionnels étrangers.

Elle recouvre :

- Des activités de partage d'expertise, le plus souvent conduites avec des professionnels et établissements des pays les plus développés économiquement ou émergents,
- Majoritairement, des activités d'aide au développement et de contribution à l'amélioration de la situation sanitaire.

Le CHU de Nîmes s'implique depuis de nombreuses années dans cette démarche, dans le cadre de partenariats initiés par la ville de Nîmes, par les conseillers en santé des Ambassades de France ou directement par les professionnels du CHU engagés dans des actions d'aide au développement.

Dans le cadre du précédent projet d'établissement (2017-2022), plusieurs programmes de coopération internationale ont ainsi pu être financés et mis en œuvre grâce à l'**Appel à Projets Coopération Hospitalière Internationale (APCHI)** porté par la DGOS.

Le plus ancien des partenariats encore actifs, initié en 2015, concerne l'Hôpital Viet Tiep à Hai Phong (Vietnam). Initialement centré sur l'infectiologie, le programme de coopération a été élargi à d'autres thématiques et a vocation à se poursuivre.

Un partenariat initié en 2016 avec la Fondation Cheikh Khalifa Ibn Zaïd de Casablanca (Maroc) a fait l'objet d'un programme de coopération centré sur le développement et la diversification des pratiques de simulation en santé. Il s'est achevé en 2017.

Enfin, trois nouveaux partenariats ont été mis en place au cours de la période 2017 – 2022 et font toujours l'objet de programmes en cours :

- En 2017 avec l'Hôpital Mère-Enfant de la Province du Shanxi, à Taiyuan (Chine),
- En 2019 avec l'Hôpital Universitaire Saint Georges de Beyrouth (Liban),
- En 2022 avec plusieurs établissements du Sénégal : le Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer, le Centre Hospitalier National de Fann et le SAMU National, à Dakar, ainsi que le Centre Hospitalier Régional de Fatick.

Par ailleurs, hors contexte de l'APCHI, mais sous l'égide de l'Ambassade de France en Chine, une convention de partenariat a été signée en septembre 2019 avec l'Hôpital d'Obstétrique et de Gynécologie de Pékin – Université Médicale Capitale, dans l'objectif de mettre en place un centre de coopération technique sino-français de réhabilitation pelvi-périnéale.

Suspendus ou fortement ralentis du fait de la crise sanitaire liée au Covid 19, ces programmes reprennent progressivement et devraient recouvrer leur pleine amplitude dans le cadre du nouveau projet d'établissement.

Facteurs de créativité et d'ouverture, l'ensemble de ces partenariats participant des missions de recours et de référence du CHU de Nîmes, contribuent à son rayonnement en valorisant à l'étranger son excellence et celle de ses équipes, et portent les valeurs de partage, de performance et de solidarité qui fondent sa communauté hospitalière.

Aussi, les priorités du CHU de Nîmes pour les cinq années à venir sont axés sur la consolidation des coopérations existantes en privilégiant la qualité et la durabilité au nombre.

LE CHU ET LES PARTENARIATS INTERNATIONAUX

1 – POURSUIVRE ET ELARGIR LE PARTENARIAT HISTORIQUE AVEC L'HOPITAL VIET TIEP A HAI PHONG (VIETNAM)

Depuis 2015, le CHU de Nîmes est engagé dans un partenariat ambitieux avec l'hôpital Viet Tiep situé à Hai Phong, 4^{ème} ville la plus peuplée du pays, avec environ 2 millions d'habitants.

Ce partenariat a été officialisée le 13 juin 2016 par la signature d'une convention-cadre de coopération internationale hospitalière.

L'hôpital Viet Tiep, doté de 1 000 lits de médecine et de chirurgie, est le CH de référence à la fois de Hai Phong et des 8 provinces de la côte nord. En dehors de l'hôpital Viet Tiep, le secteur public comprend 7 hôpitaux de spécialité (gynéco-obstétrique, pédiatrie, tuberculose et maladies pulmonaires, psychiatrie, dermatologie et maladies vénériennes, ophtalmologie, médecine traditionnelle). Il existe également 15 hôpitaux périphériques d'arrondissement/district et plus de 200 centres de santé communautaires.

Le Vietnam est touché par de nombreuses maladies transmissibles habituellement recensées dans la région. Il est classé parmi les 22 pays du monde avec la plus forte incidence de tuberculose, et les prévalences des hépatites virales B et C ainsi que du VIH sont également très préoccupantes. Récemment,

l'épidémie de Covid-19, contenue dans un premier temps grâce à une politique stricte « zéro covid », a frappé le pays de plein fouet avec l'apparition des nouveaux variants.

Concomitamment au développement économique, l'augmentation du niveau de soins s'est traduite par un accès accru aux médicaments récents, notamment aux antibiotiques à large spectre, sans réelle régulation ni surveillance. A ce titre, la lutte contre l'antibiorésistance constitue depuis une dizaine d'années un enjeu majeur de la politique de santé publique vietnamienne.

Dans ce contexte épidémiologique et sanitaire, le partenariat entre l'hôpital de Viet Tiep et le CHU de Nîmes s'est d'abord structuré autour de deux axes, le premier portant sur l'amélioration de la prise en charge des hépatites virales, notamment l'hépatite C chez les co-infectés Sida/Hépatite, et le second sur l'efficience médico-économique des bonnes pratiques en infectiologie, l'optimisation de la prescription des examens complémentaires et le bon usage des antibiotiques (2015-2017).

Dans un second temps (2018-2019), le périmètre a été étendu à un troisième axe : la lutte contre les infections du site opératoire.

Plusieurs missions ont été réalisées, à l'aide des financements DGOS, dans le cadre de ce nouveau programme, et ont permis la réalisation des actions suivantes :

- Réalisation d'une enquête de prévalence des infections du site opératoire, définition, mise en œuvre et évaluation d'actions d'amélioration
- Evaluation des pratiques de préparation cutanée de l'opéré en orthopédie et traumatologie, élaboration et diffusion d'une procédure optimisée et évaluation à M+6 de cette procédure,
- Description de l'écologie bactérienne des infections ostéo-articulaires post- opératoires.

A l'occasion de la conférence scientifique franco-vietnamienne co-organisée par les partenaires en novembre 2019, il a été convenu d'investir un nouveau champ de coopération, en oncologie.

Pour permettre au CHU de Nîmes de s'orienter sur ce nouvel axe tout en poursuivant la thématique historique de l'infectiologie, deux programmes ont été validés et financés dans le cadre de l'APCHI 2020.

Toutefois, ceux-ci n'ont pu être mis en œuvre en raison, d'une part, de la mobilisation des équipes d'infectiologie des deux établissements partenaires durant la crise sanitaire du Covid-19, et d'autre part, de la fermeture des frontières du Vietnam durant presque 2 années.

Malgré ce contexte, le CHU de Nîmes a pu accueillir en novembre 2021, et pour une durée d'un an, un médecin en formation (DFMS-A) au sein du SMIT.

Dans le prolongement de ces actions, le CHU de Nîmes se donne pour objectif, pour les cinq ans à venir, de :

- Mener à son terme le projet engagé en 2015 en infectiologie, notamment en poursuivant le programme de lutte contre les infections du site opératoire,
- Mettre en œuvre le nouveau programme défini en oncologie, en formant prioritairement les équipes de l'Hôpital Viet Tiep au parcours de soins et à l'innovation thérapeutique, afin d'optimiser la prise en charge des patients en oncologie en fonction des ressources locales
- Développer les actions de prévention et de dépistage, dans le but de mettre en œuvre des procédures d'accès facilité entre dispensaires, hôpital de secteur et hôpital universitaire partenaire.

2 – DEPLOYER LE PARTENARIAT AVEC L'HOPITAL MERE-ENFANT DE LA PROVINCE DU SHANXI A TAIYUAN (CHINE)

Ce partenariat a été initié par l'Ambassade de France en Chine conformément à la politique alors poursuivie (« un CHU français, une province chinoise »). C'est elle qui a organisé les premiers contacts à Taiyuan, en août 2017, à l'occasion d'une participation du CHU de Nîmes au Forum sino-français sur la santé maternelle et infantile, programmé par l'Ambassade en marge du forum international de santé de Pékin.

La rencontre avec l'hôpital universitaire n°1 du Shanxi n'a pas été concluante. En revanche, l'hôpital Mère-Enfant de la Province du Shanxi a exprimé une volonté forte de collaborer avec le CHU de Nîmes dans le champ de la santé de la mère et de l'enfant, laquelle fait partie des 5 thèmes prioritaires de coopération définis dans le Mémoire d'entente signé le 8 janvier 2018 entre les ministres de la santé français et chinois.

Doté de 1600 lits répartis sur 4 sites, l'hôpital Mère-Enfant de la Province du Shanxi est l'hôpital de référence de l'ensemble de la province (près de 40 millions d'habitants) pour la néonatalogie, la pneumologie pédiatrique, la neurologie pédiatrique, la chirurgie générale pédiatrique et la microbiologie moléculaire, et assure la prise en charge des grossesses et accouchements à hauts risques ainsi que des nouveau-nés critiques. Il dispose d'un centre de PMA parmi les plus importants de la Chine du nord (technologie FIV de troisième génération), d'un centre de diagnostic génétique préimplantatoire et d'un centre d'essais cliniques médicaments, avec une activité de recherche propre consacrée aux pathologies de la reproduction.

La fin de la politique de l'enfant unique, en janvier 2016, a conduit l'hôpital à accélérer son développement capacitaire pour être en mesure d'accueillir les nouvelles parturientes, avec des risques accrus liés aux grossesses tardives consécutives à la possibilité d'un second enfant.

Un premier programme de coopération a été validé et financé dans le cadre de l'APCHI 2018. Il a permis d'accueillir une délégation de l'Hôpital Mère-Enfant de la Province du Shanxi à Nîmes en février 2019 et d'organiser conjointement à Taiyuan, en septembre 2019, un congrès scientifique international sino-français consacré à l'innovation médicale, la recherche et l'éthique.

Cette mission à Taiyuan a également permis de préciser les objectifs de coopération et le contenu de la future convention cadre :

- Promouvoir dans le Shanxi une approche globale de la prévention, du diagnostic et du traitement (chirurgical ou non) des troubles et pathologies du plancher pelvien et offrir aux patientes de l'Hôpital Mère-Enfant du Shanxi une offre complète et de référence en la matière (prolapsus, pathologies urinaires et/ou anales, douleurs pelviennes chroniques et troubles de la sexualité...),
- Accompagner les équipes de néonatalogie de l'Hôpital Mère-Enfant du Shanxi dans la mise en place d'actions portant, non exclusivement, sur la maîtrise des antibiotiques, la gestion des infections nosocomiales, l'utilisation des traitements antalgiques et les soins de développement en réanimation néonatale,

- Développer, d'une part, des programmes de formation à destination des professionnels de santé de l'Hôpital Mère-Enfant du Shanxi, d'autre part, des sessions d'échanges académiques avec les experts du CHU de Nîmes, afin d'actualiser régulièrement les connaissances et d'initier une activité de recherche.

Malgré l'impossibilité de se déplacer depuis mars 2020, les équipes ont pu poursuivre leurs échanges, notamment à travers l'organisation de deux webinaires en janvier 2022 et juin 2022, sous l'égide de l'Ambassade, consacrés respectivement au traitement chirurgical du prolapsus des organes pelviens et au bon usage des traitements antalgiques, à la prévention des infections nosocomiales et aux soins de développement en néonatalogie.

La convention de coopération hospitalière internationale est désormais prête à être signée, et dans ce cadre, le service de gynécologie-obstétrique du CHU de Nîmes s'apprête à accueillir une doctorante, grâce à une bourse financée par l'Ambassade, dans l'objectif d'engager des projets de recherche communs avec l'Hôpital Mère-Enfant du Shanxi.

D'autres webinaires sont d'ores et déjà prévus, notamment sur le sujet de la rééducation périnéale, dans l'attente de la possibilité d'organiser de nouvelles missions, pour mettre en œuvre le programmé décliné dans la convention.

3 – CONSOLIDER LE PARTENARIAT AVEC L'HOPITAL UNIVERSITAIRE SAINT GEORGES A BEYROUTH (LIBAN)

En septembre 2018, à l'initiative du Doyen de la Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes, le CHU de Nîmes a reçu la visite d'une délégation de l'Hôpital Universitaire Saint-Georges.

Les deux établissements ont convenu de privilégier en première intention l'accueil au CHU de Nîmes d'étudiants et médecins libanais sur des postes d'interne en qualité de FFI, de DFMS ou de DFMSA, au sein de plusieurs services. Une convention de coopération hospitalière internationale a été signée en ce sens, le 2 janvier 2019, puis renouvelée le 3 janvier 2022.

Un dossier de demande de financement a également été déposé en réponse à l'APCHI 2019 et a permis de mener une mission exploratoire en octobre 2019.

Cette mission visait à préciser les actions de coopération médicale thématiques et les actions de coopération scientifiques à mettre prioritairement en œuvre, notamment dans le champ de la gériatrie. Celles-ci ont dû être différées à la fois en raison de la pandémie de Covid-19 et de la double explosion du port de Beyrouth en août 2020, qui a partiellement détruit l'Hôpital Universitaire Saint-Georges.

Le partenariat s'est donc réorienté provisoirement sur un accompagnement sous forme de dons humanitaires, avec l'envoi de :

- Consommables, petits matériels et équipements biomédicaux en août 2020, à la suite de l'explosion du port de Beyrouth
- Médicaments oncologiques en août 2022, à la suite d'un appel à l'aide de l'hôpital Universitaire Saint Georges, éprouvé par trois années de crise économique particulièrement violentes.

Parallèlement, cependant, les objectifs initiaux de la coopération ont été atteints avec l'accueil de médecins en formation au CHU de Nîmes dans les services d'ORL, de chirurgie digestive, d'urologie, de néphrologie et d'oncologie.

L'objectif dans les années à venir sera de mettre en œuvre les actions de formation et d'échange d'expertises prévues dans la convention, ainsi que de poursuivre l'accueil d'étudiants et médecins libanais au CHU de Nîmes afin de renforcer les liens déjà existants dans certaines disciplines.

4 – POURSUIVRE ET DEVELOPPER LA COOPERATION AVEC LES HOPITAUX DE DAKAR (SENEGAL)

Le CHU de Nîmes a officialisé récemment trois nouveaux partenariats, à travers la signature de conventions de coopération avec le Centre Hospitalier National des Enfants Albert Royer (CHNEAR) le 4 mars 2022, avec le SAMU National le 6 mars 2022, et avec le Centre Hospitalier National Universitaire (CHNU) de Fann le 7 mars 2022.

Toutefois, l'origine de cette collaboration remonte à 2011 et fait suite à une demande formulée par le Conseiller en Santé de l'Ambassade de France à Dakar auprès de l'équipe d'anesthésie-réanimation du CHU de Nîmes, visant à former des personnels médicaux et étudiants.

Les formations dispensées depuis 2011 ont permis à l'équipe nîmoise d'établir des relations étroites avec les équipes d'anesthésie-réanimation du CHNEAR, du SAMU National et du CHNU de Fann, mais également d'acheminer du petit matériel ainsi que des équipements biomédicaux cédés par le CHU de Nîmes.

Il s'est rapidement avéré que la durée de vie de ces équipements était écourtée par manque de maintenance ou de ressources techniques et qu'une formation devait être mise en place.

Un besoin complémentaire a par ailleurs récemment émergé : la formation de formateurs en simulation, dans le champ de la prise en charge pré-hospitalière au sein des urgences et de la gestion des situations critiques au bloc opératoire.

C'est dans ce contexte qu'a été défini un programme de coopération axé sur ces 2 volets, le CHU de Nîmes disposant d'une équipe d'ingénieurs et de techniciens biomédicaux solide ainsi que d'un centre de simulation expérimenté dans la formation de formateurs en simulation.

En complément, le CHU de Nîmes a sollicité l'ONG Humatem, acteur reconnu de la formation biomédicale, afin de garantir une formation de qualité à un grand nombre de techniciens biomédicaux sénégalais.

Ce programme de coopération a été validé et financé dans le cadre de l'APCHI 2021 et a d'ores et déjà permis de programmer 6 missions en 2022, 2 à Nîmes et 4 à Dakar, tant dans le domaine de la maintenance biomédicale que dans celui de la simulation en santé.

Une mission de diagnostic à Dakar, en mars 2022, a permis de dresser un état des lieux des équipements biomédicaux et des ressources humaines techniques disponibles, ainsi que d'élaborer un référentiel de formation et de maintenance biomédicale.

Au total, l'année 2002 a permis de programmer la formation de :

- 35 formateurs en simulation en santé : 20 médecins et paramédicaux issus des antennes du SAMU National et 15 praticiens universitaires issus de la faculté de médecine de l'université Cheick Anta Diop de Dakar
- 15 techniciens biomédicaux des hôpitaux Dakar ainsi que du CHR de Fatick, situé à 150 km de Dakar, et avec lequel une convention de coopération est en voie d'être signée.

Dans le prolongement de ces actions, le CHU de Nîmes se donne pour objectif, pour les cinq ans à venir :

- d'une part, de poursuivre les actions de formation et d'échanges d'expertise dans le but d'autonomiser les formateurs en simulation en santé de Dakar
- d'autre part, de parachever la formation des techniciens biomédicaux afin que les équipements, donnés ou non par le CHU de Nîmes, s'inscrivent dans une économie circulaire durable qui contribuera à la qualité et à la sécurité des soins.

5 – ENGAGER DE NOUVEAUX PARTENARIATS

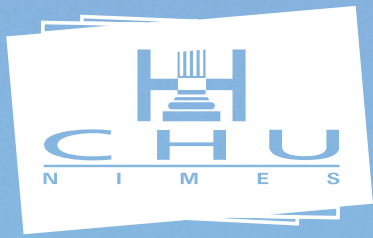
Compte tenu de la mobilisation soutenue que nécessite la conduite d'un projet de coopération internationale, le CHU de Nîmes souhaite se concentrer sur un nombre restreint de partenariats internationaux, afin d'en garantir l'effectivité, la qualité et la durabilité, et privilégier ainsi le respect des engagements.

A cet effet, il prévoit de mettre en œuvre une veille à la fois interne et externe :

- en recensant les projets individuels portés par les agents hospitaliers eux-mêmes (sans implication institutionnelle)
- en relayant auprès des équipes les besoins formulés par les différentes structures sanitaires étrangères, tels que recensés par la filiale des CHU créée en 2017 pour exporter et valoriser l'expertise hospitalo-universitaire française à l'étranger.

Le croisement de ces recensements vise à construire des projets de partenariats d'emblée pertinents en termes de faisabilité et de dynamique institutionnelle, la mobilisation de financements spécifique constituant bien sûr une condition supplémentaire.

Ces objectifs sont complémentaires du projet de développement des partenariats internationaux de recherche, tels qu'abordés dans le projet médical d'établissement.



VII



LE CHU DE NIMES

partenaire d'une vie

2022-2027

1. COMMUNICATION AUTOUR D'UN CHU ACTEUR MAJEUR SUR SON TERRITOIRE : « LE CHU DE NIMES, PARTENAIRE D'UNE VIE »

1.1. UNE COMMUNICATION AU SERVICE DES PROJETS DU CHU ET EN APPUI DU PROJET MEDICAL

Fonction indispensable de la stratégie de l'institution, le plan de communication du CHU de Nîmes définit sa politique de communication interne et externe et organise les relations publiques de l'institution en appui du projet d'établissement d'une part et dans le déploiement d'une stratégie communicationnelle et marketing affirmée et organisée d'autre part.

Ces dernières années et particulièrement depuis la crise COVID, la communication hospitalière s'est révélée être l'une des fonctions indispensables des établissements de santé, que ce soit en termes de stratégies permettant d'accompagner les évolutions et innovations sociétales et hospitalières ou encore les différents projets médicaux et paramédicaux.

Au cœur du plan stratégique, la communication est un vecteur de visibilité qui doit permettre à l'hôpital de renforcer encore la valorisation de la relation humaine qui se construit entre le patient l'utilisateur et les professionnels de santé.

Face aux nouveaux enjeux multifactoriels du secteur hospitalier qui regroupent les problématiques liées à l'attractivité, au recrutement, aux synergies avec la médecine de Ville ou encore les relations avec les patients, les partenaires et les usagers, l'émergence d'une démarche marketing semble être incontournable et vient se juxtaposer aux stratégies de communication.

L'hôpital doit, en effet, faire face à de nouveaux défis liés à de profondes mutations qui affectent notre perception des attentes des usagers et les relations de l'établissement avec ses partenaires.

Tout comme n'importe quel fournisseur de services, il faut savoir réagir rapidement aux exigences des usagers qui attendent clairement des prestations de qualité (hôtelières, confort, documentation, informations...) au-delà de la prise en charge médicale.

Par ailleurs, à l'aune de l'ère de l'instantanéité, induite, notamment, par l'irruption des technologies et des solutions numériques mais aussi l'explosion des usages des réseaux sociaux où les publications peuvent devenir virales en un instant, il est nécessaire de s'adapter, de faire preuve de réactivité tout en se professionnalisant à ces nouveaux modes de communication.

Enfin, le CHU de Nîmes est un acteur majeur du territoire et capte une large patientèle dans le cadre du Groupement Hospitalier du territoire et même au-delà sur la basse vallée du Rhône.

A- ACCOMPAGNER LA NOUVELLE DIRECTION DES OPERATIONS ET PARCOURS PATIENTS (DOPP) ET RENDRE LISIBLE ET VISIBLE LES PARCOURS PATIENTS : FOCUS SUR LES CENTRES EXPERTS

A travers son nouveau projet médical, la communauté médicale se montre consciente de la nécessité d'opérer des profondes transformations. Ainsi, ce nouveau projet médical est particulièrement orienté vers l'optimisation des parcours patients, en interface avec la médecine de ville et les autres établissements de santé environnants comme au sein même de l'établissement.

En ce sens, le CHU a vu se développer des centres experts associant soin, recherche, innovation et formation. Axés sur le patient, ces centres pluridisciplinaires ont pour objectif de renforcer l'attractivité du CHU en organisant et en rendant plus lisibles et plus efficaces certaines activités cliniques phares pour lesquelles l'établissement joue tout particulièrement un rôle de recours sur son territoire. L'idée principale est de favoriser, au sein du CHU, les synergies médicales avec ces structures de coordination pluridisciplinaires et en articulant, étroitement, autour d'une même thématique le soin, la recherche, la formation et l'innovation.

En ce sens, la Direction de la communication établira un plan de communication afin de rendre ces parcours patients lisibles et fluides auprès du public.

Ainsi, le nouveau site internet permettra de les mettre en valeur au travers de mini-sites dédiés et documentés.

B. ACCOMPAGNER LE SCHEMA DIRECTEUR IMMOBILIER (SDI)

Depuis plusieurs années, le CHU de Nîmes est engagé dans un plan immobilier d'envergure. Cette véritable métamorphose hospitalière va de pair avec un projet médical ambitieux et une restructuration de l'offre de soin au service de parcours de patients fluides et lisibles.

Il s'agira donc pour la Direction de la communication de communiquer largement auprès des publics et professionnels sur l'ouverture de ces nouveaux bâtiments et des services de soins que ce soit en termes d'évènementiels adaptés, de supports de communication ou encore de visibilité médiatique.

C. ACCOMPAGNER LE PROJET RESPONSABILITE SOCIETALE ET ENVIRONNEMENTALE (RSE)

La citoyenneté est l'une des thématiques phares du projet d'établissement que ce soit en termes de bientraitance, d'accès à l'hôpital adapté aux personnes en situation de handicap ou encore de respect de la laïcité.

L'information doit pouvoir être accessible à tous et réduire les inégalités d'accès aux informations doit rester au cœur des préoccupations.

La communication patient-soignant et la compréhension par la personne de son parcours de soins et de sa prise en charge est une nécessité.

Dans ce cadre, un plan d'action doit être déployé au travers de supports de communication dédiés aux publics en situation de handicap ou de difficultés sociales, que ce soit en amont, pendant, ou en aval des prises en charge.

Il s'agira ainsi de privilégier les informations visuelles de type vidéos et pictogrammes.

Pour faciliter la préparation de la venue à l'hôpital, le nouveau site Internet mettra à jour son « **livret d'accueil audiovisuel** » qui permet de rappeler, de manière ludique, les formalités administratives nécessaires pour une consultation, un examen ou une hospitalisation. Le support, disponible en version audiovisuelle animée, devra faciliter la compréhension des messages, en étant notamment sous-titré et traduit dans différentes langues.

Le nouveau site internet devra intégrer un ensemble de bonnes pratiques pour l'accessibilité numérique, en se basant sur les recommandations du WCAG 2.1 ([Web Content Accessibility Guidelines](#)) ou du RGAA (Référentiel Général d'Accessibilité des Administrations) 3.0.

De manière générale, la production de petit films de type « **Motion design** » sera privilégiée. À la croisée du dessin d’animation et de la communication, cette discipline consiste à donner du mouvement au graphisme et aux images afin de faire passer un message de manière dynamique.

La concertation avec les représentants d’usagers devra être développée pour les supports de communication les plus importants.

La Direction de la Communication assurera la déclinaison des supports de communication les plus diffusés (tels que les livrets d’accueil), en suivant les recommandations des associations partenaires et des représentants d’usagers.

D. ACCOMPAGNER LE PROJET SOCIAL

D.1. QVT ET FORMATION

La Direction de la communication doit accompagner le projet social de l’établissement qui s’axe en grande partie sur la Formation et la Qualité de vie au travail (QVT). A cet effet, la Direction de la communication créera une rubrique dédiée dans les nouveaux sites internet et intranet. Le contenu devra être original pour répondre aux critères actuels d’attractivité (Vidéos, motion design, reportages.).

Les réseaux sociaux du CHU devront également être utilisés et des actualités QVT et formations pourraient être intégrées dans le planning éditorial.

D.2. RECRUTEMENT ET ATTRACTIVITE

La Direction de la Communication continuera à accompagner le pôle Politiques sociales dans son projet de déploiement d’une **marque employeur**. Les réseaux sociaux, et notamment professionnels, sont désormais largement utilisés pour déposer des offres d’emploi.

Le nouveau site web permettra une **version modernisée de la communication RH** du CHU. En effet, les offres d’emploi seront illustrées par des **portraits filmés de professionnels**.

Des petites vidéos seront également diffusées sur les réseaux sociaux avec les nouveaux formats en actuellement très apprécié de type « *stories* ».

Cela pourra permettre également de renforcer l’attractivité du CHU de Nîmes auprès d’un public de professionnels jeunes et « *digital native* ».

La Direction de la Communication mènera également des campagnes d’affichage public afin de gagner en visibilité et attractivité.

Le plan de communication doit permettre d’**améliorer l’accueil des nouveaux professionnels** du CHU, qu’ils soient médicaux ou non, dans la mesure où l’accueil conditionne pleinement l’image que le nouvel arrivant va se faire de son employeur.

A cet effet, un film institutionnel à jour pourra être diffusé.

La distribution d’un livret d’accueil serait appréciée. Ce livret d’accueil pourrait être également consultable et téléchargeable sur notre site intranet, en format numérique, ce qui aurait également l’avantage de pouvoir être facilement mis à jour.

E. ACCOMPAGNER LA RECHERCHE

La Direction de la communication accompagnera le pôle Recherche dans sa démarche de modernisation et de valorisation.

Un mini-site sera dédié et des actualités recherche figureront au planning éditorial des réseaux sociaux et des supports éditoriaux internes.

F. ACCOMPAGNER LA PREVENTION ET LA PROMOTION EN SANTE

Intégrer la prévention et la promotion en santé comme une mission à part entière des soignants et sensibiliser les usagers et la population fait partie des objectifs de la Direction Communication.

En ce sens, nous :

- Accroîtrons notre communication en interne et en externe en faveur de la prévention (journées nationales en santé).
- Mobiliserons des partenaires pour cette démarche (associations, ...).
- Intégrerons la prévention tout au long du parcours patient.
- Formerons les professionnels aux techniques de communication en lien avec les actions de prévention.

2. COMMUNICATION INTERNE : INFORMER, VALORISER, MOTIVER ET FEDERER

La communication interne est un élément essentiel du management général du CHU de Nîmes. Communiquer, c'est partager des valeurs, porter des messages. C'est aussi un moyen pour les professionnels d'être reconnus et de se reconnaître entre eux.

A. INFORMER

Les professionnels du CHU de Nîmes constituent les meilleurs relais d'opinion et ambassadeurs de l'établissement auprès des publics externes. Cela s'est particulièrement remarqué avec la crise COVID et l'essor exponentiel de la fréquentation et des échanges sur les réseaux sociaux du CHU : il est donc primordial d'apporter aux personnels un niveau d'information suffisant à tout moment.

À cette fin, le journal interne devra être repensé en « flash infos – Rythmes » de manière à apporter des informations actuelles tous les deux mois. Des Rythmes thématiques « dossiers » seront édités au besoin. Le nouveau site intranet, qui sera consultable à l'extérieur du CHU devra permettre l'édition d'actualités et de newsletters. Il permettra aux professionnels de retrouver, depuis leur domicile, le même environnement graphique que sur un poste du CHU mais surtout d'avoir accès à des informations institutionnelles en dehors des heures de travail.

B. VALORISER LES COMPETENCES DES MEMBRES DE LA COMMUNAUTE HOSPITALIERE

Dans ses missions de soins, d'enseignement, de recherche et de formation, le CHU peut s'appuyer sur les compétences et savoir-faire des membres de la communauté hospitalière. La valorisation des compétences (professionnelles) mais aussi des centres d'intérêt des agents permet de témoigner de la reconnaissance dont fait preuve l'institution à l'égard de ses forces vives. Une mise en lumière, au travers de portraits diffusés sur les réseaux sociaux sera réalisée et intégrée dans le calendrier éditorial.

C. ENGAGER LES COLLABORATEURS DANS LES GRANDS PROJETS ET LA VIE DE L'INSTITUTION ET DEVELOPPER L'E-REPUTATION DU CHU DE NIMES

Loin devant les médias traditionnels, Internet est devenu le premier média consulté. Pour une institution ou un organisme, il s'agit désormais de la première porte d'entrée du public. Si cette « vitrine » constitue, à juste titre, un tremplin et une merveilleuse opportunité d'accroître sa visibilité et son attractivité, les traces (commentaires, avis...) négatives laissées sur le net peuvent durablement nuire à sa réputation puisque « Internet n'efface pas, mais archive ». Si nous ne prenons pas la décision de parler de l'institution en posant ainsi les jalons d'une image positive durable *via* des articles, des actualités, d'autres le feront. En témoignent quelques publications devenues virales liées à des commentaires négatifs postés sur les réseaux sociaux.

En effet, sur internet, la valeur donnée à la parole des pairs est bien plus impactante qu'une parole institutionnelle. Au cœur du web social, le consommateur (producteur et diffuseur d'informations) fait de plus en plus confiance à ses pairs plutôt qu'aux experts.

C'est pourquoi, il semblerait intéressant de développer un réseau d'ambassadeurs web du CHU de Nîmes et de détecter parmi les personnels des influenceurs et des leaders d'opinion capables de devenir des « ambassadeurs numériques » du CHU de Nîmes sur les réseaux sociaux. Il s'agirait de faire levier sur les communautés pour le bénéfice de l'institution, de développer une stratégie d'influence pour mieux mailler le terrain. À terme, si ces ambassadeurs sont suffisamment « engagés », ils pourraient même réagir en cas de « bad buzz » et « noyer les commentaires négatifs ». Nous pourrions identifier une cellule de crise spéciale « bad buzz ».

Moyens / outils : Les ambassadeurs numériques partageraient sur leurs réseaux sociaux les actualités, qu'ils souhaitent publier, provenant de notre site internet et/ou de nos réseaux sociaux.

Un calendrier éditorial pourrait leur permettre de choisir à l'avance les contenus qu'ils souhaitent partager.

Un guide des réseaux sociaux (Cf l'AP-HM) personnalisé au CHU de Nîmes pourrait être diffusé aux personnels. Ce serait l'occasion de rappeler des grands chiffres et les enjeux du Web social, de sensibiliser aux risques et aux règles (peut-être y introduire une charte) et inciter à devenir ambassadeurs.

Des sessions d'informations et de formations sur l'usage des Réseaux Sociaux, peuvent également être envisagées.

D. FEDERER EN AUGMENTANT LE SENTIMENT D'APPARTENANCE

Qu'ils soient médecins, personnels paramédicaux, administratifs ou techniques, les professionnels du CHU de Nîmes travaillent tous, directement ou indirectement, à destination du patient.

Le sentiment d'appartenance est réel (cf la communauté des professionnels du CHU sur les réseaux sociaux), mais il est nuancé par l'impression de ne pas connaître les collègues qui travaillent dans un autre service, un autre bâtiment voire un autre site.

Un évènementiel annuel pourrait être organisé pour renforcer le sentiment d'appartenance et permettre aux collaborateurs de partager un moment convivial en dehors des heures de travail.

3. COMMUNICATION EXTERNE : VALORISER L'EXPERTISE DU CHU ET SA PLACE DANS L'ECOSYSTEME REGIONAL

A. AFFIRMER LA COMMUNICATION GRAND PUBLIC

Dans la même démarche que celle initiée avec France Bleu Gard-Lozère et Objectif Gard ayant abouti sur la programmation quotidienne de chroniques santé, les partenariats avec les médias devront continuer à se développer. Pour continuer à être présent et visible dans l'opinion publique, le CHU de Nîmes poursuivra sa politique active de relations presse.

Pour communiquer de manière plus moderne, dynamique et surtout directe entre l'utilisateur et le CHU, il sera intéressant de créer des « *lives* » sur nos réseaux sociaux pour que le grand public puisse poser en direct, durant une heure, des questions à un spécialiste sur des thématiques de santé publique : cancer, maternité, ...

Porteur de valeurs humaines et citoyennes en sa qualité d'hôpital public, le CHU de Nîmes doit affirmer, dans sa communication, son positionnement d'hôpital « de tous les Nîmois et des habitants du territoire de santé ». En tant qu'institution soignante, le CHU doit développer des opérations de communication événementielle à l'attention du grand public avec des enjeux tant en termes d'images que de valorisation de son expertise et des compétences de ses médecins et soignants. Ainsi, une journée portes ouvertes, qui permettrait aux usagers de découvrir les « coulisses » de l'hôpital, pourrait être organisée une fois par an, par exemple à l'occasion des Journées européennes du patrimoine.

L'hôpital hors les murs : à l'instar de notre première opération réussie aux Halles de Nîmes et à certains points stratégiques du centre-ville pour le dépistage du cancer colorectal (Mars bleu 2022), des équipes de soignants se délocaliseront au cœur de la cité afin de « tracter » directement auprès des citoyens et leur apporter informations et documentation.

B. POURSUIVRE ET DEVELOPPER LA POLITIQUE CULTURELLE

Depuis juin 2017, la Direction de la communication a dans son périmètre d'actions la gestion de la politique culturelle de l'établissement. L'objectif sera à la fois de poursuivre les collaborations engagées avec l'Agence régionale de santé (ARS) et la Direction régionale des affaires culturelles (DRAC) à travers le projet « Culture à l'hôpital », ainsi qu'avec la Direction de la culture de la Ville de Nîmes (Carré d'Art bibliothèques) mais également de développer des partenariats avec d'autres acteurs culturels, notamment associatifs, pour faire découvrir d'autres formes d'art aux usagers et aux professionnels du CHU.

L'hôpital n'est pas qu'un lieu de soins, c'est un lieu de vie. Aussi, il est indispensable que l'activité culturelle de la ville ne s'arrête pas aux portes de l'hôpital. Les liens tissés depuis plusieurs années avec différents acteurs culturels locaux seront maintenus et renforcés, notamment en mettant en avant le nombre de passages dans les halls des différents sites hospitaliers, assurant ainsi à l'artiste une visibilité que n'offrira jamais une galerie nîmoise !

4. MARKETING HOSPITALIER : DEVELOPPER « LA MARQUE » CHU DE NIMES

Afin que le CHU de Nîmes puisse se démarquer dans les années à venir, il semble nécessaire de développer sa « marque ».

« Marquer » signifie formaliser, identifier, donner une forme.

Si les objectifs sont multiples, figurent deux fondamentaux : accroître la visibilité et le rayonnement du CHU de Nîmes tout en valorisant les compétences et l'expertise médico-scientifique et soignante de l'établissement.

La marque du CHU de Nîmes sera édifée autour des savoir-faire partagés mais aussi d'une communauté de vision, missions, ambitions et valeurs.

Il sera indispensable de réaliser un « Audit » auprès d'un maximum de professionnels afin de déceler et de faire émerger une identité commune qui éclairera les composants de la marque « CHU de Nîmes ».

Le plan marketing sera donc global et visera plusieurs cibles selon les différents enjeux associés :

- **Le grand public**, afin que la marque et l'identité du CHU de Nîmes soient visibles et qualitatives.
 - o Les activités et les innovations devront être connues et plébiscitées
- **Les professionnels**, afin d'être attractif, notamment en termes de recrutement
- **Les libéraux** afin qu'ils aient une vision complète de l'offre de soin de l'établissement et qu'ils puissent adresser les patients de manière fluide
- **Les patients**, dans le cadre de la satisfaction patient, de l'expérience patient et du patient acteur (de ses soins par exemple avec les programmes d'éducation thérapeutiques)
- **Les médias**, qui peuvent véhiculer la marque, sont vecteurs de publicité et/ou de publipostages
- **Des campagnes d'affichage public**
- **Le monde politique local, départemental et régional** : renforcer les liens, les synergies et les partenariats afin de déployer, par exemple des campagnes d'affichages
- **Les instances de tutelle.**

A METTRE EN ŒUVRE UNE COMMUNICATION ADAPTEE A L'ATTENTION DES PROFESSIONNELS LIBERAUX – ALLER VERS LA MEDECINE DE VILLE

A l'heure de la mission flash sur les Urgences et les soins non programmés qui préconise un renforcement des liens avec la médecine de Ville et conformément à sa mission de recours, le CHU de Nîmes souhaite favoriser le partage de son expertise avec les professionnels libéraux du territoire. Cette démarche vise à la fois à développer l'attractivité de l'établissement mais aussi à fluidifier l'accès à ses spécialistes.

Aller vers la Médecine de ville consistera donc en

- **Un annuaire des médecins** du CHU avec leur spécialité et surspécialité en version papier et numérique et qui a vocation à être régulièrement mis à jour.
- **Une ligne téléphonique générique dédiée**
- **La création de « Délégués hospitaliers »**
 - Ces nouveaux professionnels permettront de

- **Réaliser une cartographie** des cabinets à travers le Département.
- **Se rendre dans les cabinets de ville** pour distribuer l'annuaire et expliquer les lignes dédiées, au plus près des professionnels.
- **Réaliser une enquête auprès des professionnels de ville** sur leurs attentes vis-à-vis du CHU, les principales difficultés rencontrées, les points forts.
- **Communiquer** sur nos nouvelles offres de soins, nos projets.

B. ALLER VERS LE GRAND PUBLIC

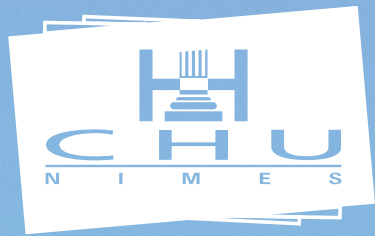
Le plan de communication / Marketing Hospitalier doit passer aussi par une modernisation afin de s'adapter et de correspondre aux nouveaux besoins numériques.

Il convient d'être pro-actif dans la transformation digitale.

Dans ce cadre, le nouveau site web devra être ergonomique et répondant à l'image de « Marque » il se devra d'être également interactif et intuitif.

La prise de rendez-vous en ligne sera généralisée et sera accessible depuis le site web et *via* une application dédiée.

Par ailleurs, le CHU et certaines de ses activités ont vocation à s'exporter en dehors des murs du campus hospitalo-universitaire Carémeau via des « Poste de consultations avancées » au centre-ville de Nîmes. Aussi, il conviendra d'accompagner, en termes de communication et de marketing, le poste de consultations obstétricales au cœur de la cité Nîmoise dans un premier temps et à terme, toute spécialité, notamment chirurgicale qui pourrait être proposée aux Nîmoises et au Nîmois.



VIII



POUR
le mettre en œuvre, un
projet managerial
performant et cohérent
2022-2027

1. PREAMBULE

Si les textes législatifs et réglementaires consacrent en 2021 le **pilotage médico-administratif** comme une innovation managériale, il est inscrit dans le **fonctionnement du CHU de Nîmes** depuis 2008.

Travailler les **complémentarités et les transversalités** plutôt que les antagonismes et susciter l'émulation entre la communauté médicale et la direction, a permis d'optimiser la gouvernance, de fluidifier les processus administratifs et de gagner en **réactivité**, en **efficience** et en **performance**.

L'acculturation réciproque induite par cette modalité de gouvernance permet en outre une meilleure compréhension et appropriation des enjeux médicaux et stratégiques ; elle atténue les tensions issues de positionnements catégoriels ou de spécialités.

Les binômes médico-administratifs du CHU de Nîmes sont les maîtres d'œuvre de la co-conception des politiques fonctionnelles de l'institution.

Cette culture médico-administrative irrigue tous les processus décisionnels du CHU de Nîmes, depuis les services hospitaliers, les directions fonctionnelles, l'intermédiation des délégations et commissions médico-administratives, jusqu'au binôme formé par le Directeur général (DG) et le Président de la Commission Médicale d'Établissement (PCME).

2. LES VALEURS MANAGERIALES DU CHU DE NIMES

Le dispositif nîmois de gouvernance s'est construit au service de la stratégie de développement du CHU.

Il repose sur **trois grands piliers** que sont : **la médicalisation, la collégialité et la réactivité**.

Il est adossé à un modèle de **management éthique** prônant :

- **La cohérence**, fondée sur des valeurs institutionnelles partagées au service du patient ;
- **La légitimité**, fondée sur des décisions concertées ;
- **Le dialogue**, fondé sur des instances de partage de l'information ;
- Et **la solidarité** issue de l'implication de tous les acteurs hospitaliers, quelles que soient leurs fonctions.

Il permet enfin d'impulser de la **transversalité** dans la verticalité polaire (pôles médicaux et de gestion), grâce **au pilotage supra-polaire médico-administratif de toutes les décisions stratégiques** et notamment du déploiement concentré et évalué des projets médicaux.

- **L'organisation polaire :**

L'organisation interne des activités médicales et médico-techniques fait l'objet d'une codécision du Directeur Général et du Président de la Commission Médicale d'Etablissement, conformément à l'ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital.

- **La délégation de gestion :**

Depuis 2019, le dialogue de gestion entre les pôles d'activités médico-soignantes et la Direction générale se structure de la façon suivante :

- Signature de contrats de pôle formalisant des intérêts et objectifs institutionnels, déterminant des règles de gestion (fonctions centralisées, fonctions déléguées) et fixant des objectifs d'activité et performance aux pôles, ainsi que les moyens et leviers à leur disposition pour les atteindre ;
- Organisation de Revues de gestion semestrielles coordonnées par la DSF et réunissant l'ensemble des directions opérationnelles (pôle RM, DRH, DCGS, DAM) autour du trio de pôle (chef, cadre de santé et cadre administratif de pôle), afin de négocier/suivre l'exécution du contrat de pôle et de traiter de manière transversale les enjeux, projets et problématiques du pôle. C'est dans ce cadre notamment que sont élaborées chaque année les prévisions d'activité de l'EPRD-PGFP du CHU ;
- Mise en place d'un circuit d'instruction au fil de l'eau des demandes de création de poste ne relevant pas d'un projet médical susceptible d'être instruit par la Délégation des projets médicaux (il s'agit principalement d'étendre une activité préexistante, de tirer les conséquences d'une réorganisation ou de mettre en œuvre des crédits fléchés de type MIG/FIR). Cette instruction au fil de l'eau est coordonnée par la DSF dans le cadre du COPIL Dialogue de gestion, qui réunit la DSF et les directions des personnels. Elle s'organise dans le cadre de deux sessions annuelles et donne lieu à des propositions au DG pour arbitrage définitif.

Après sa suspension en 2020 et 2021 dans le contexte de crise sanitaire, la contractualisation polaire a été relancée en 2022 avec la normalisation des cycles de gestion de l'établissement.

Au CHU de Nîmes, les contrats de pôle permettent de :

- Décliner la politique de développement tirée par les projets médicaux, l'activité et les recettes qu'ils génèrent ;
- Structurer le dialogue de gestion entre les pôles médicaux et l'Institution, en définissant des règles de gestion et en formalisant des engagements réciproques ;
- Mettre en œuvre une politique d'intéressement sur objectifs créant les conditions de l'adhésion de tous à ce mode de gouvernance et à cette stratégie de développement.

Les contrats de pôle 2022-2023 contiennent les éléments suivants :

- « EPRD simplifié de pôle », circonscrit aux recettes d'activité et dépenses de personnels. Il constitue un instrument de synthèse et de pédagogie à l'endroit du pôle sur les enjeux attenants à la soutenabilité économique des projets médicaux, à la CAF et au financement de l'investissement du CHU ;
- Règles de délégation en matière de gestion des ressources humaines (absentéisme, fongibilité des postes) et de performance des secrétariats médicaux ;
- Description des divers circuits et outils d'instruction des demandes de moyens humains et matériels ;
- Objectifs de gestion déclinés par pilier thématique (Activité, GRH, Parcours patient, Qualité et sécurité des soins), auxquels sont adossées des primes d'engagement collectif en application de l'accord « Ségur » approuvé par les partenaires sociaux ;
- Dispositions spécifiques selon les pôles (ex : délégation de crédits d'investissement sur atteinte d'objectifs d'activité dans le cadre de projets institutionnels).

A compter de 2023, les contrats de pôle seront négociés sur une base pluriannuelle, afin d'accompagner les enjeux de gestion et de développement du CHU de Nîmes sur le temps long.

Les contrats de pôles sont soumis à la co-signature du Directeur Général et du Président de la Commission Médicale d'Etablissement, conformément à l'ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital.

- **La nomination des responsables hospitaliers :**

- Codésignation des **représentants médicaux au Directoire** (article 31 de la Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification) ;
- Codésignation des **chefs de pôles** (article L.6143-7-3 du Code de la Santé Publique) ;
- Codésignation des **chefs de service** (article L.6143-7-3 du Code de la Santé Publique) ;
- Codésignation des **responsables médicaux** (article L.6143-7-3 du Code de la Santé Publique).

4. LES INSTANCES DE GOUVERNANCE SPECIFIQUES AU CHU DE NIMES

La gouvernance du CHU de Nîmes s'est construite sur la base d'une veille stratégique médicale permanente associant directeurs et médecins dans tous les domaines de la vie institutionnelle, afin d'acquérir la souplesse et la robustesse nécessaires à l'innovation et au développement.

Au-delà de la co-construction des politiques institutionnelles, c'est une méthode commune que partagent la communauté médicale et la direction.

Les délégations :

Si le Directeur Général et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement sont, en lien avec le Doyen de la Faculté de Médecine, la clef de voûte de la gouvernance du CHU de Nîmes, les **délégations médico-administratives** en sont le bras armé.

Les délégations représentent une forme originale de **synthèse** entre les responsabilités managériales des directeurs et des médecins conférant une **mixité** médico-administrative au processus décisionnel interne au CHU de Nîmes.

L'objectif commun à toutes ces délégations est de produire une expertise croisée dédiée à l'enrichissement du processus de décision.

- **Les grands principes qui régissent les délégations :**

- Un pilotage médico-administratif ;
- Une parité médico-administrative ;
- Une représentativité par fonction ;
- Une interopérabilité ;
- Une aide à la décision (enrichie d'experts réunis dans un cadre structuré) ;
- Le reporting/retour de délégation.

- **Les délégations du CHU de Nîmes :**

- La Délégation à la Recherche Clinique et Innovation – la **DRCI** - : seule délégation créée réglementairement, elle pilote le plan d'actions recherche et innovation de l'établissement ;
- La Délégation à l'Information Médicale et à l'Activité – la **DIMA** - : elle assure le recueil de l'activité et vise l'optimisation des recettes ; elle évalue le potentiel d'activité puis assure le suivi de l'activité réalisée des projets médicaux ;
- La Délégation Qualité Gestion des Risques – la **DQGR** – Elle assure le pilotage de la démarche de certification et des EPP, la gestion des événements indésirables et le suivi de tous les risques liés aux soins ;
- La Délégation Parcours Patient – la **DPP** - : Elle vise l'optimisation des parcours patient intra-hospitaliers et territoriaux ;
- La Délégation aux projets médicaux – la **DPM** - : elle définit la stratégie médicale pluriannuelle (élaboration et suivi du projet médical d'établissement, y compris dans sa composante dynamique) et assure le pilotage opérationnel de la démarche projets incluant les dimensions biomédicale et immobilière des projets médicaux (aide à la conceptualisation, instruction et suivi des projets médicaux de pôle au fil de l'eau) ;
- La Délégation à l'Intelligence Artificielle et au Numérique - **DIAN@** - elle définit les grandes orientations du CHU en matière de développement numérique (intelligence artificielle, médecine prédictive, DPI, bases de données, etc.) et examine les demandes d'investissement numérique ex nihilo et/ou corrélées à des projets.

Les Présidents de délégation sont nommés conjointement par le Président de CME et le Directeur Général. Ils assurent le copilotage de leur délégation avec le directeur fonctionnel auquel incombe l'activité principale dont relève ladite délégation.

Les commissions :

On distingue quatre types de commissions.

- **Les commissions adossées à une gouvernance médico-administrative ; elles contribuent à la définition des grands programmes institutionnels et à leur accompagnement :**
 - La Commission de régulation des effectifs médicaux (CREM), fonctionnelle dans le cadre d'une crise sanitaire,
 - La prospective hospitalo-universitaire.
- **Les commissions qualité et issues des demandes de protocolisation ; elles viennent essentiellement en appui à la délégation qualité et gestion des risques :**

- Le comité stratégique qualité,
 - Le centre de coordination en cancérologie (3C),
 - Le comité d'interface bioclinique,
 - Le comité d'interface radiologie clinique,
 - La commission de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicaux,
 - Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN),
 - Le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN),
 - Le comité de lutte contre la douleur (CLUD),
 - La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC),
 - Le comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (COVIRIS),
 - La commission d'accès à l'innovation des produits de santé (CALIPSO),
 - Le comité de radioprotection,
 - Le comité d'éthique,
 - Le comité d'éducation thérapeutique,
- **Les commissions liées aux personnels médicaux :**
 - La commission des effectifs médicaux,
 - La commission de la régulation et de l'organisation et de la permanence des soins (CROPS),
 - La commission de la formation médicale continue (DPC et EPP),
 - La commission de l'activité libérale,
 - La commission déontologie.
- **Les commissions à visée organisationnelle ; elles viennent essentiellement en appui à la délégation du parcours patient :**
 - La commission des admissions et des consultations non programmées,
 - La commission des séjours longs,
 - La commission des urgences vitales intra-hospitalières,
 - La commission du dossier médical.

5. LA CHARTE DE GOUVERNANCE DU CHU DE NIMES

L'article L.6143-7-3 du Code de la santé publique, issu de l'ordonnance du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital, prévoit l'**obligation de conclure « une charte de gouvernance » entre le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement.**

Cette charte a pour objet de développer trois volets de la gouvernance hospitalière :

- Le volet **interne** : « pour les activités relevant des compétences de la commission médicale d'établissement, les modalités de fonctionnement retenues pour les relations entre le président de la commission médicale d'établissement et les directions fonctionnelles » ;
- Le volet **externe** : « les modalités de participation du président de la commission médicale d'établissement aux échanges avec des autorités ou organismes extérieurs qui concernent l'établissement » ,
- et enfin le volet **opérationnel** : « les moyens matériels et humains mis à la disposition du président de la commission médicale d'établissement pour assurer ses missions ».

La Charte de gouvernance du CHU de Nîmes a été signée conjointement par le Directeur Général et le Président de la Commission médicale d'Établissement en fin d'année 2021.

Elle prévoit notamment :

- **En matière de représentation du CHU de Nîmes auprès des autorités et organismes extérieurs :**
 - Le Président de CME est systématiquement associé aux réunions de dialogue de gestion mensuelles avec l'**ARS** Occitanie, ainsi qu'aux réunions thématiques stratégiques organisées en dehors de ce cadre préétabli.
 - Il est associé le cas échéant aux rencontres programmées avec les **collectivités** (notamment le Département qui finance les structures médico-sociales du CHU, la Région compte-tenu des attributions dans le domaine de la formation, du développement économique, des investissements), avec les **partenaires publics et privés** (notamment ceux auxquels le CHU est lié dans le cadre d'un Groupement) et avec les **élus**.

Le PCME bénéficie à cet effet d'un ordre de mission permanent.

- **Quant aux liens fonctionnels entre Le Président de la CME et les directions :**

Le Directeur Général et le Président de la CME se réunissent à fréquence régulière avec le Directeur Général Adjoint et le Vice-Président de la CME afin d'aborder les différents sujets d'actualité et de définir ensemble la stratégie et la position du CHU de Nîmes quant à chaque enjeu institutionnel.

Le Directeur Général et le Président de la CME se réunissent et se concertent en tant que de besoin au gré des actualités institutionnelles requérant des orientations et/ou positions communes.

Le Président de la CME travaille également en étroite collaboration avec **la Direction des Affaires Médicales**, en présence du Directeur Général le cas échéant.

Il travaille en outre avec **le Secrétariat général** sur les sujets de gouvernance et de représentation extérieure.

6. L'ORGANIGRAMME DE DIRECTION

Si l'organigramme de direction se veut souple et adaptable aux évolutions structurelles et conjoncturelles substantielles, il allie une structure classique (grandes directions fonctionnelles usuelles) à une arborescence en pôles de gestion dont certains comportent des innovations organisationnelles, telle que la co-coordination d'un pôle de gestion par le binôme médico-administratif incarné par le PCME et le DG.

Les directions fonctionnelles se déclinent ainsi selon les pôles de gestion suivants :

- Pôle politiques médicales, stratégie et innovation :
 - Direction de l'offre de soins
 - Direction de la recherche, des partenariats hospitalo-universitaires et internationaux
 - Direction des affaires médicales
- Pôle stratégie financière et évaluation :
 - Direction de la stratégie financière
 - Département médico-administratif chargé de l'optimisation des recettes d'activité

- Direction du système d'information hospitalier
- Pôle politiques sociales :
 - Direction des ressources humaines
 - Direction de l'IFMS
- Pôles ressources matérielles :
 - Direction des infrastructures hospitalières
 - Directions des achats, de la politique hôtelière et de la logistique
- Pôle soins, qualité, clientèle :
 - Direction de la coordination générale des soins
 - Direction des opérations et des parcours patients
 - Direction qualité et gestion des risques
- Pôle établissements en direction commune et sites extérieurs :
 - Les directions d'établissements autonomes en direction commune
 - Les directions d'établissements en budget annexe
 - Les directions de sites extérieurs

La Direction Générale est en outre constituée :

- Du Directeur Général
- Du Directeur Général Adjoint
- Du Secrétaire Général

Y sont rattachés directement :

- Le Cabinet de la Direction Générale
- La Direction de la communication, des affaires culturelles et du mécénat
- La direction des affaires juridiques

Cet organigramme est bien évidemment évolutif.

7. UNE FORMATION ADAPTEE

Le succès des projets structurels de l'établissement, du projet médico-soignant repose sur une capacité des managers hospitaliers à être acteurs et moteurs des transformations engagées.

Pour répondre à ces enjeux il est nécessaire de développer une vision commune de la conduite du changement.

La gouvernance du CHU s'appuie aujourd'hui sur une dynamique médico-administrative qui se décline dans les différentes délégations.

Le CHU de Nîmes est doté de solides programmes de formations au management, a développé une expérience de cycles de formations décloisonnées « du management au leadership » qui a réuni directeurs, cadres soignants et médecins autour de thématiques comme la motivation des équipes la gestion du stress, du temps...

A l'appui de la dynamique de projets actuelle, de nouveaux cycles de formations communes seront lancés pour les managers hospitaliers soignants, médecins, administratifs et techniques visant à promouvoir le leadership, le travail en équipe et la qualité relationnelle.

CONCLUSION GENERALE

Construit autour du projet médico-soignant, le projet d'établissement du CHU de Nîmes a donc plusieurs objectifs :

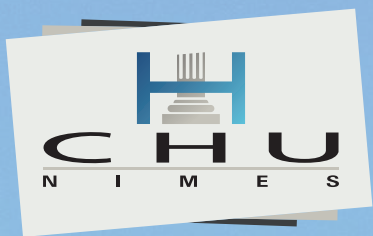
- Donner les moyens aux équipes hospitalières d'améliorer toujours et encore la qualité des prises en charge des patientèles;
- Anticiper les besoins nouveaux liés aux évolutions des pathologies et des techniques permettant de les traiter ;
- Mettre l'accent sur l'éducation thérapeutique et en santé ainsi que sur la prévention ;
- Consolider sa position sur son territoire d'attraction qui s'étend chaque année, bien au-delà du Gard, jusqu'à la basse vallée du Rhône et le couloir rhodanien.

Pour y parvenir, il intègre un projet social ambitieux dans ses déclinaisons médicale et non médicale ainsi qu'un programme d'investissement, mobilier et immobilier construit pour être soutenable comme le démontre la stratégie financière du CHU de Nîmes.

La conception de ce document stratégique aura démontré l'engagement de la communauté hospitalière à faire vivre un projet médico-soignant, par nature évolutif. Elle garantit que l'ensemble des moyens et les organisations qui seront déployés a pour objectif de conforter la mise en œuvre de ce projet en permettant une action de tous dans un cadre institutionnel cohérent.

La dynamique des équipes soignantes et médicales au service des besoins de la population, dans un système de financement des hôpitaux qui restera largement centré sur la tarification à l'activité, constituera durant ces cinq années à venir l'atout le plus sûr pour garantir que le CHU de Nîmes se dotera des moyens nécessaires. Elle s'adosse à un engagement sans faille des professionnels de tous les secteurs, logistique, administratif et technique au service d'une communauté hospitalière qui a constamment démontré ses capacités d'adaptation, y compris pour faire face à une crise sanitaire exceptionnelle par son ampleur et sa durée. La recherche de l'innovation dans les techniques de prise en charge comme dans les outils et les organisations doit continuer à animer tous les acteurs du CHU de Nîmes. Une gouvernance partagée, dans le respect des rôles de chaque acteur, avec les responsables des équipes porteuses de projets étudiés sous le double prisme de l'utilité et de la soutenabilité économique, va positionner le CHU de Nîmes dans toutes ses missions au cœur du service public de santé, dans le cadre d'une stratégie de développement assumée.

Enfin, doté de deux sites spécialisés remarquables par les expertises déployées, le CHU de Nîmes dispose de tous les atouts pour conforter sa place majeure dans le dispositif de santé.



PROJET D'ÉTABLISSEMENT

2022-2027