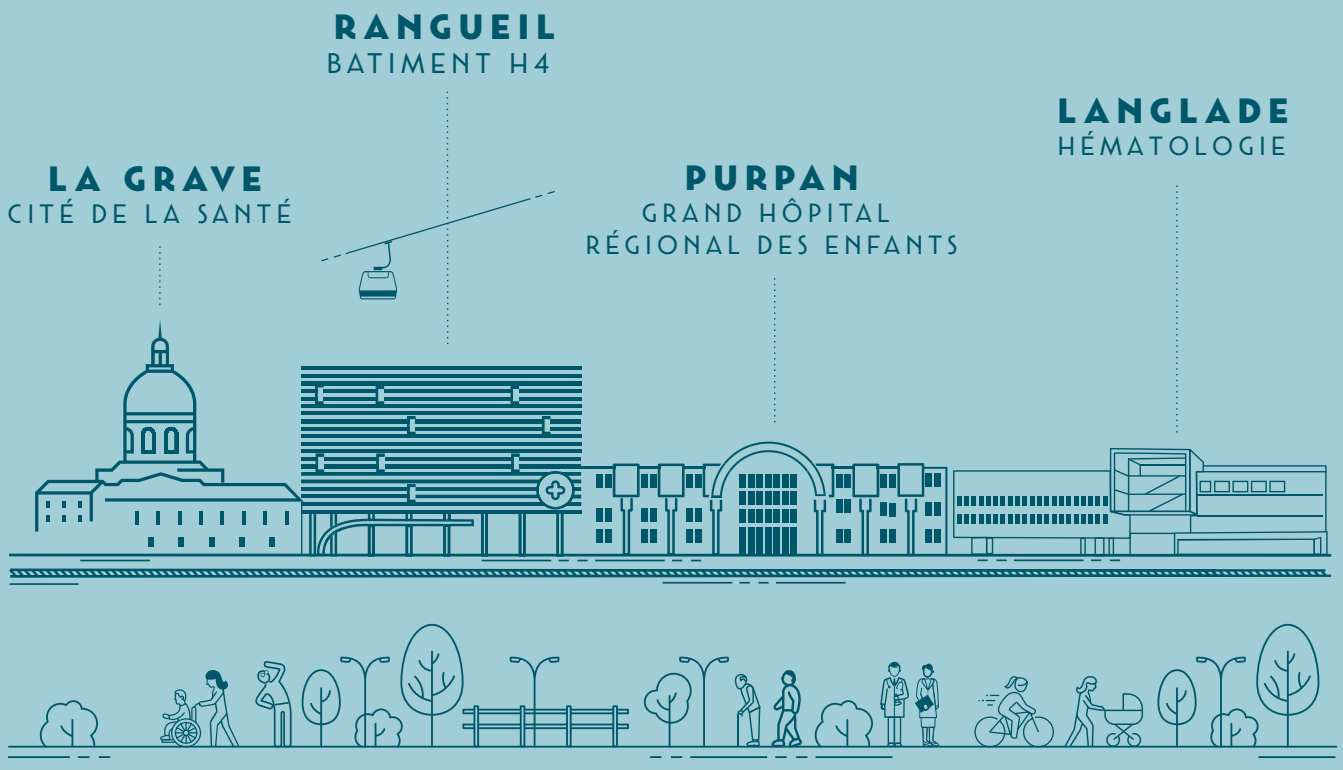


ENSEMBLE

NOUS AVONS IMAGINÉ L'AVENIR

INSTITUT UNIVERSITAIRE DU CANCER DE TOULOUSE
Oncopole

PROJET D'ÉTABLISSEMENT
2018 2022
CHU DE TOULOUSE

GHT
GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE
HAUTE-GARONNE TARN OUEST

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE

Introduction 3
Exceller pour le patient 5
Un parcours facilité, personnalisé et numérisé 6
L'hôpital universitaire régional des enfants au cœur d'une prise en charge de recours et de proximité 10
Le centre universitaire cardio-vasculaire, respiratoire et métabolique : une ambition stratégique à 10 ans 36
Une visibilité renforcée de l'offre cancérologique du CHU au sein de l'Institut Universitaire du Cancer Toulouse-Oncopole 60
Une approche médicale pluridisciplinaire, une expertise universitaire accessible à tous 75
Une expertise chirurgicale universitaire pour un parcours simplifié 94
Paule de Viguier : un hôpital de recours et de proximité pour la femme, la mère et le couple 106
Santé Mentale : une offre de psychiatrie réactive et de liaison au sein du territoire 114
Relever le défi du vieillissement 127
Admissions non programmées : l'enjeu de tous les acteurs 136
Des pôles médico-techniques dédiés à l'organisation des soins 146
L'excellence : l'objectif du projet de soins 167
Accueillir le patient dans sa dimension psychique, afin de lui permettre d'être acteur du soin 173
Tous engagés pour la qualité des soins et la maîtrise des risques 177
Des usagers partenaires de la vie hospitalière 185
Etre acteur de la cité 189
Des collaborations actives, maillant le territoire 190
La promotion de la santé et la prévention pour tous 200
Un engagement éthique et durable par la responsabilité sociétale d'entreprise 222
Prendre soin de ceux qui soignent 225
Projet social : simplifier la vie hospitalière pour redonner du sens et du temps aux soignants 226
Projet managérial : la confiance et l'efficacité comme pacte hospitalier 237
Rendre le CHU agile et visionnaire 251
L'e-santé, le numérique au bénéfice des équipes et des patients 252
La recherche comme facteur d'attractivité et d'excellence 261
La formation des soignants de demain : l'enseignement médical et paramédical 283
Annexes 290
Annexe 1 : Acronymes 291
Annexe 2 : Correspondances pôles / parcours du projet médical 297

Introduction

Le projet d'établissement 2018-2022 s'inscrit dans une histoire.

Celle d'un établissement de très haut niveau, dans ses missions de soins, d'enseignement, de recherche et d'innovation, qui a su regrouper ses activités de façon optimale au sein de ses différents sites. Au cours des 15 dernières années, une recomposition majeure a été lancée par la modernisation du site de Purpan, la création de l'Oncopôle et l'engagement de la réhabilitation de l'hôpital de Rangueil.

Le projet d'établissement 2018-2022 porte une stratégie ambitieuse en réaffirmant les valeurs qui sont celles de notre CHU.

Prévenir, diagnostiquer, guérir, accompagner, en liens étroits avec les professionnels du territoire, publics, privés, libéraux dans des parcours organisés ; apporter la valeur constante de l'expertise au plus haut niveau ; accueillir à tout moment toute personne qui se présente, pour lui permettre d'accéder aux meilleurs soins possibles sans autre considération que son besoin médical ; participer au quotidien à l'amélioration permanente des soins par la recherche, l'enseignement et l'innovation : telles sont les fondements essentiels d'un CHU dynamique, ouvert, dont la valeur primordiale est celle des équipes qui le composent, plébiscitées par les patients.

C'est le sens profond à la fois du projet médical, fondé sur le développement continu de l'excellence médicale mais aussi du projet des fonctions support des activités de soins. Le CHU de Toulouse saura ainsi répondre à ses défis, par une informatique adaptée, une structuration de la recherche dynamisante, des fonctions logistiques agiles, un management bienveillant et partagé. L'accompagnement quotidien des équipes afin de trouver un meilleur équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, la stratégie territoriale par des coopérations renforcées, la capacité à répondre aux besoins d'une population en croissance constante par une organisation adaptée reposant sur l'ouverture des goulets d'étranglement internes, l'inscription des actions dans le développement durable, sont autant d'objectifs au service d'une cible permanente : la qualité et la sécurité des soins, au bénéfice des patients et des professionnels. Ces objectifs opérationnels viendront en appui des axes stratégiques de notre développement que sont la génomique, l'intelligence artificielle, la e-santé mais aussi le travail dans une communauté pluri professionnelle de territoire.

Le projet d'établissement 2018-2022 porte l'ambition d'un modèle d'organisation de la santé en devenir, dont le CHU de Toulouse constitue un acteur majeur à l'échelle du territoire, largement apprécié, intégrant les GHT de sa subdivision universitaire.

L'adaptation des structures hospitalières pour ouvrir le CHU sur son environnement, au cœur des prises en charges ambulatoires, dans des parcours coordonnés, est portée par le projet du Grand Hôpital Régional des Enfants, par le regroupement sur le site de Rangueil des activités du site de Larrey et la réhabilitation de l'ancien bâtiment U2000 de Purpan.

Dans cette dynamique, la réduction et l'optimisation des surfaces participeront à la reconstitution des marges financières dont le CHU a besoin pour préparer son avenir et pour innover, ce qui est source d'attractivité pour ses patients comme pour ses professionnels.

Les enjeux récents liés aux réformes des études médicales, à la refonte de l'internat et des spécialisations doivent renforcer des liens déjà excellents avec les facultés. De même, les coopérations tissées avec les établissements publics à caractère scientifique et technologique seront renforcées afin de garantir, au plus près des patients, le continuum entre recherche fondamentale et recherche translationnelle, appliqué au plus grand bénéfice des équipes et des projets.

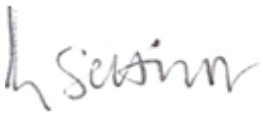
L'année de travail intense, d'échanges quotidiens, de réflexions et de propositions de tous les pôles et équipes, a permis de proposer une feuille de route, qui incarne les valeurs de l'hôpital universitaire public que nous sommes. Cette stratégie de développement ambitieuse s'appuie sur l'innovation comme support d'une médecine humaine, solidaire, riche des équipes qui la rendent possible.

Marc PENAUD

Directeur général du CHU de Toulouse

Pr Laurent SCHMITT

Président de la commission médicale d'établissement



Pr Didier CARRIE

Doyen de la faculté de médecine de Toulouse-Purpan

Pr Elie SERRANO

Doyen de la faculté de médecine de Toulouse-Rangueil

Pr Philippe POMAR

Doyen de la faculté de chirurgie dentaire de Toulouse

Pr Christophe PASQUIER

Doyen de la faculté des sciences pharmaceutiques

Exceller pour le patient

Un parcours facilité, personnalisé et numérisé

Le CHU de Toulouse positionne le patient au cœur de l'organisation des parcours de soins, et mène des transformations majeures à la fois en modernisant l'expérience patient, en donnant au patient et à ses aidants les clés de la préparation de leur venue, en enrichissant l'offre de prestations.

Ces transformations permettront de fluidifier les parcours de soins, y compris hors les murs, de renforcer les liens avec les partenaires de ville et les territoires de faciliter l'accès à l'hôpital et aux soins tout en assurant des soins de qualité, adaptés aux besoins des patients et de leurs aidants.

01. Rendre le CHU plus accessible

Le CHU de Toulouse s'engage dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins, en adaptant l'architecture, en homogénéisant la signalétique et les organisations notamment au moment de l'entrée dans le parcours en consultation/en ambulatoire et en hospitalisation.

Il s'agit de développer des outils digitaux tout au long du parcours, afin de faciliter l'obtention des réponses pour les patients et les aidants. Ces outils permettront de prendre rendez-vous, de dématérialiser les démarches administratives sur l'ensemble des sites, de préparer chaque venue à l'hôpital. Pour plus de simplicité, ils s'intégreront dans les plateformes nationales numériques de l'usager. Cela impliquera une rationnalisation des logiciels existants et une unicité des outils par fonctionnalité (un seul logiciel de prise de rendez-vous pour l'ensemble du CHU, un seul logiciel de gestion administrative…). D'autre part, le CHU de Toulouse s'engage à offrir une réponse téléphonique de qualité accessible à toute personne, y compris en situation de handicap, qui garantit au patient d'être en contact avec un personnel dès le premier appel et d'être orienté efficacement. Il s'agit notamment de la mise en place d'une plate-forme téléphonique, avec numéro unique qui permette d'accéder directement à la prise de rendez vous ou à tout type d'informations sur l'hôpital (pour les patients) ou numéros séniorisés (pour les médecins de ville). Cela impliquera une harmonisation des pratiques entre la plateforme téléphonique actuelle, les divers lieux de prise de rendez-vous existants et le standard du CHU.

Lors des prises de rendez-vous et des réponses téléphoniques, les situations de handicap doivent être repérées et correctement dirigées afin d'avoir un accompagnement adapté tout au long du parcours de soins. A l'arrivée du patient, l'établissement garantit la disponibilité des places handicapées et de dépose minute, met à disposition des patients et de leurs aidants des dispositifs adaptés pour la réaliseation du dernier kilomètre jusqu'au soin (navettes, fauteuils roulants), instaure des personnels d'accueil proactifs sur chaque site, en charge d'orienter et d'accompagner les patients et aidants à l'utilisation de bornes interactives.

Le CHU de Toulouse rationnalise les points d'accueil physique afin de faciliter la vie de ses patients, met en place un environnement agréable avec des standards « CHU de Toulouse » en unifiant la signalétique intérieure et extérieure sur un modèle simplifié, en harmonisant les

dénominations et en adaptant les espaces d'attente (dispositifs anti bruit, zones dédiées aux appels…).

02. Personnaliser l'offre de soins et de services

Les attentes des usagers évoluent. Le patient souhaite être acteur de son parcours, bénéficier d'une prise en soins personnalisée, être accompagné par une digitalisation de sa prise en charge, lui permettant d'avoir connaissance des contacts, de toute information utile pour une prise en charge fluide. Il entend bénéficier de pratiques de soins modernes, reposant notamment sur le développement de l'ambulatoire, l'émergence de la télé-médecine, du télé-suivi… A cette fin, le CHU de Toulouse a profondément réintérrogé sa politique instutionnelle de parcours patients. Cette réflexion, véritable fil conducteur du projet médical d'établissement 2018-2022, répond aux principes de « Ma santé 2022 ».

Il entend conforter son rôle d'acteur majeur de l'innovation dans la coordination de ces parcours. La conduite d'une telle politique repose sur l'association de l'ensemble des professionnels de l'établissement à cette dynamique. L'analyse réalisée, intègre l'ensemble des interactions du patient avec l'hôpital, en amont, tout au long de son itinéraire de prise en soin et se poursuit après sa sortie. L'objectif est d'améliorer l'expérience patient dont la perception dépend à la fois, de la qualité de prise en soin (savoir faire des professionnels et qualité des plateaux techniques). Ce second critère, souvent perçu comme subjectif, doit toutefois être réinvestit car de nature à influencer fortement la perception du patient, de son entourage familial et professionnel.

Sur le plan pratique, l'analyse des parcours nécessite au préalable, d'individualiser deux types de parcours distincts, répondant à des schémas d'organisations spécifiques :

- Les parcours en lien avec les pathologies courantes/aigues ;
- Les pathologies en lien avec les pathologies chroniques et les parcours complexes.

Le CHU de Toulouse s'engage ainsi à **modéliser des parcours standardisés** pour les principales pathologies courantes, qui concernent environ 80% des prises en charge qu'il offre. L'objectif est de favoriser l'émergence de circuits courts permettant une prise en charge plus rapide, de garantir un parcours coordonné, de faciliter le partage de l'information entre les professionnels du CHU et de la ville.

Pour les parcours des pathologies chroniques et/ou complexes, le CHU de Toulouse développe des parcours ville-hôpital conformément aux objectifs du PE. Ces derniers reposent sur la mise en place de **référent parcours,** dont la principale mission concerne l'élaboration et la mise en oeuvre du plan personnalisé de soins, en lien avec le médecin de ville et les proches.

Une **gamme de nouveaux services** sera également mise à disposition du patient (ou de ses proches) afin de lui permettre un suivi simplifié de sa pathologie y compris depuis son domicile, accessible par l'espace personnel du portail institutionnel et d'une application smartphone.

A chaque étape de la prise en charge, le CHU de Toulouse s'engage à informer, accompagner et orienter au mieux le patient. Outre l'identification du référent parcours complexes, cet engagement repose sur l'élaboration de fiches parcours, associées à des recommandations de prise en charge spécifiques en fonction des pathologies concernées.

Des outils de visualisation du parcours (vidéos, visites virtuelles) ainsi qu'une application de GPS intra-muros seront également proposées.

Le CHU de Toulouse développe un outil digital pour la transmission des consignes pré-opératoires. Le patient répond à une check list ce qui permet–de vérifier les consignes pré-opératoires et si un risque est élevé, le référent parcours contacte le patient.

Dans l'objectif d'améliorer l'expérience patient, ce dernier peut également exprimer en ligne ses préférences en amont de sa venue : réserver une place de parking, choisir les repas…

Le CHU de Toulouse s'engage à **limiter les temps d'attente** au sein de l'établissement et profiter de ceux-ci pour faire de l'éducation thérapeutique et/ou sensibiliser le patient aux informations clés de son parcours.

Au travers de ce plan d'action, le CHU de Toulouse s'engage dans une démarche d'amélioration continue de l'expérience usager, en **revisitant régulièrement les parcours par les personnels et les représentants des usagers pour identifier les actions d'amélioration**, et mettre en place des plans d'action fondés sur le respect de bonnes pratiques. Le CHU de Toulouse mesure en continu la satisfaction des usagers via des enquêtes, réalisées au moment de la sortie, comme en différé, afin de s'assurer de l'efficacité de ses mesures.

03. Favoriser des parcours fluides entre la ville et l'hôpital

L'innovation dans la coordination et la fluidification des parcours de soins, implique une collaboration structurée et renforcée avec avec les médecins et les paramédicaux de ville. Le CHU de Toulouse garantit à ses partenaires un accès simplifié aux differents services de spécialité du CHU, notamment par la **diffusion des numéros seniorisés auprès des médecins de ville.**

Le CHU de Toulouse s'engage à informer ses partenaires à chaque étape clé du parcours patient : admission, transfert, sortie, décès.

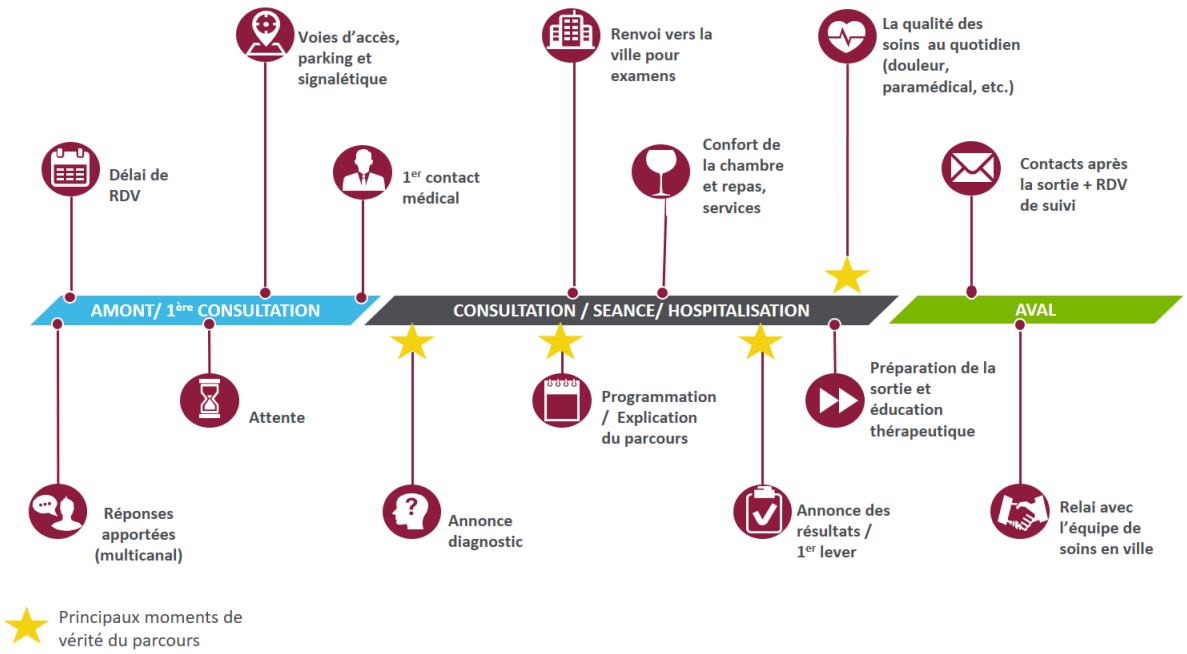
Une attention particulière est portée à la préparation de la sortie, anticipée et organisée avec l'ensemble des partenaires concernés. Le CHU s'engage à la transmission des lettres de sortie à J0, et à l'identification d'une personne référente au sein du CHU, communiquée aux médecins de ville et aux aidants.

Le CHU de Toulouse évalue l'opportunité d'internaliser ou d'élaborer des partenariats avec des structures du territoire pour chaque parcours. Il facilite la construction de coopération avec les principaux centres d'examens et d'accueil sur les filières saturées.

Il s'assure de la cohérence de l'organisation des soins à l'échelle du GHT. Le CHU de Toulouse développe l'offre de soins dans son territoire d'attraction, en renforcant le rôle des équipes mobiles à l'extérieur et développe l'action d'infirmières de pratiques avancées au sein des territoires.

L'expérience patient

Ce que retiennent principalement les patients, tous parcours confondus



Les 7 engagements du CHU de Toulouse sont de :

1. Assurer des soins de qualité, adaptés aux besoins des patients et de leurs aidants ;
2. Moderniser l'expérience patient ;
3. Renforcer les liens avec les partenaires de ville ;
4. Donner au patient et à ses aidants les clés de la préparation de leur venue ;
5. Limiter l'effort patient ;
6. Enrichir l'offre de prestations ;
7. Fluidifier le parcours, y compris hors les murs.

L'hôpital universitaire régional des enfants au cœur d'une prise en charge de recours et de proximité

L'augmentation majeure de la population de la région, les modifications de la médecine ambulatoire et la très forte attente des familles, amènent l'actuelle structure pédiatrique -qui fonctionne depuis 20 ans- à atteindre ses limites capacitaires et à connaitre des difficultés organisationnelles.

La communauté hospitalière souhaite moderniser son offre de soins pédiatriques en rénovant en profondeur son bâti, en adaptant son plateau médicotechnique, son organisation et ses modèles médico-soignants et en offrant des conditions d'accueil et d'hospitalisation adaptées aux attentes et besoins des patients et de leur famille.

Le CHU de Toulouse porte l'ambition de créer un hôpital pédiatrique connecté et digital en intégrant des solutions innovantes, facilitant les diagnostics, les prises en charge et les coopérations entre professionnels ainsi que les suivis à long terme.

Le projet médical consiste ainsi à :

- Répondre aux préoccupations actuelles, tout en anticipant l'avenir notamment en développant les alternatives à l'hospitalisation et en valorisant une médecine personnalisée ;
- Conforter la dimension hospitalo-universitaire de la pédiatrie ;
- Améliorer la coordination des parcours patients, y compris dans leur versant territorial ;
- Promouvoir une politique qualité, sécurité et gestion des risques innovante et intégrée ;
- Imaginer une structure capable de s'adapter aux évolutions des prises en charge des patients.

04. Conforter les trois missions hospitalo-universitaires : soins, enseignement et recherche en pédiatrie

▶ Réaffirmer la place de la pédiatrie du CHU de Toulouse dans la cité

- **Moderniser les urgences pédiatriques pour** faire face aux besoins croissants de la population, notamment en renforçant la collaboration avec les urgences adultes pour constituer des équipes médicales bi-appartenantes etc. ;
- **Renforcer les liens ville/hôpital** par un **projet de coopération avec la médecine libérale de ville**, selon un dispositif de consultations non programmées développées sur le site de Purpan en lien avec le SAU sur le modèle des réseaux de soins existants RéPPOP, P'titMIP, par la **réorganisation du parcours de soins de l'enfant.** Il s'agit de modifier progressivement la place du pédiatre dans le dispositif : le pédiatre ne devant être sollicité qu'en deuxième recours par le médecin traitant de l'enfant, afin de réduire l'engorgement des

consultations spécialisées sur l'hôpital. Cette approche, engagée par les équipes du CHU, en lien avec l'URPS et les pédiatres de ville, conduite à partager un *vadémécum* pédiatrique, qui serait prolongé par une application à destination des parents, à l'instar de ce qui est fait par les hôpitaux de Genève.

- Réaffirmer la place de la pédiatrie générale au sein du pôle enfant, par la structuration d'un nouveau service d'urgences pédiatriques et d'un service de pédiatrie générale, en dissociant les parcours patients programmés, non programmés, chroniques et en structurant au sein de chaque discipline la régulation des urgences et des non urgences…
- Accompagner la mise en œuvre et la déclinaison des orientations du PRS 2 en organisant le repérage précoce des troubles du développement, des apprentissages et du comportement des enfants de 0 à 5 ans, en favorisant les coopérations entre la pédiatrie, le CAMPS et la pédopsychiatrie, en pilotant des programmes favorisant le développement des enfants et en accompagnant les vulnérabilités parentales et favorisant le bon développement de l'enfant.

▶ Conforter la dimension hospitalo-universitaire du pôle

- Remplir l'objectif progressif de la **présence d'un universitaire dans chaque équipe** médicale, à savoir 5 postes
- Regrouper des compétences variées afin d'offrir un terrain de formation au niveau régional et gagner en attractivité. En effet, l'accueil de stagiaires ou d'étudiants pourrait être développé, notamment pour les formations paramédicales. Cela permettrait de faciliter par l'expérience, l'acquisition de compétences pédiatriques chez les jeunes infirmiers et l'expertise clinique des jeunes puéricultrices.
- Valoriser la transversalité, c'est à dire le développement d'un projet spécifique avec un retentissement sur l'ensemble des équipes médico-chirurgicales de HE et avec les autres équipes du CHU. Dans le cadre d'un modèle économique à définir, il s'agit de mettre en place d'une équipe mobile en nutrition pédiatrique, d'identifier une équipe mobile commune entre HE et PDV sur l'allaitement.
- Promouvoir la recherche fondamentale en lien avec les unités INSERM ;
- Créer un Institut de Recherche en Développement permettant de mieux connaitre les implications futures des soins aux premiers âges de la vie et ainsi mettre en place les meilleures actions de prévention et de promotion du développement. Il s'agit de structurer et de coordonner des travaux menés par différentes équipes médicales de pédiatrie (néonatologie, neuropédiatrie, oralité, troubles de la déglutition, obésité).
- **Valoriser et consolider** les Centres de Référence et de Compétences.

▶ Consolider le leadership de la pédiatrie du CHU de Toulouse dans son territoire

- **Favoriser la complémentarité des prises en charge sur** le territoire et plus particulièrement : la néonatalogie avec des maternités de niveau 2a, la pneumologie, la neurologie, l'endocrinologie, la gastroentérologie, en poursuivant la politique de recours à des pédiatres en temps partagés entre le CHU et les CH périphériques. Cette dynamique existe avec succès pour les urgences pédiatriques et la neuropédiatrie et serait à développer en priorité en diabétologie et néonatalogie. Pour mener à bien cet enjeu, il convient de s'appuyer sur les réseaux de chirurgie pédiatrique et périnatalité

- Développer les consultations avancées dans les centres hospitaliers généraux, tant dans le GHT, qu'au sein de CH périphériques (Auch, Carcassonne, Rodez...) sur les spécialités pédiatriques les plus demandées, notamment la neurologie et la pneumologie). Ces postes d'assistants seraient financés par l'ARS ou par les établissements bénéficiaires
- Favoriser le maillage territorial par une **politique volontariste de recours à des postes d'assistants partagés** et la désignation d'un interlocuteur privilégié pour les relations entre les CHU-CHG ;
- **Développer l'e-santé** afin de renforcer les interactions CHG-CHU, par l'enseignement e-santé ou e-learning, les plateformes de vidéos et d'observation, les MOOC de formation, les visioconférences des différents réseaux (Oncomip, troubles des apprentissages, RéPPOP…) et les réunions de concertation pluridisciplinaire, les téléconsultations voire téléconsultations polyhandicap, la formation médicale continue et enseignement par des connexions au moment des staffs et des séances partagées d'enseignement en visio-conférence…) ;
- **Conforter l'excellence des spécialités pédiatriques de recours** (soins critiques, la cardio-pédiatrie, l'onco-pédiatrie, centres maladies rares, pédopsychiatrie, centre intégré de l'obésité…) :
- **Conforter les** monopoles de la chirurgie cardiaque pédiatrique et néonatale, de la neurochirurgie pédiatrique et conforter l'expertise de recours en chirurgie orthopédique, céphalique et viscérale.

05. Promouvoir des prises en charge innovantes

▶ Créer une plateforme développementale et préventive centrée sur les jeunes enfants

- Mettre en œuvre des actions de **prévention des pathologies développementales** dans le cadre de projets collaboratifs avec les acteurs de santé de la Cité et de la région Occitanie ;
- **Développer une approche holistique pour les patients complexes,** avec ou sans déficience intellectuelle et nécessitant une prise en charge holistique (articulation autour des maladies rares, maladies chroniques, syndromes génétiques ; focus privilégié sur un espace « transition » transversal, ouvert à toutes les pathologies et dont la force n'est pas tant la spécificité de la maladie que l'expertise pluridisciplinaire des adolescents et jeunes enfants (AJA), de sa famille et des équipes…) ;
- Capitaliser l'expertise médico-soignante pour une **recherche de haut niveau** dans toutes les dimensions : somatiques, psychiques, sensorielles et sociales ;
- S'appuyer sur un espace collaboratif partagé et sur la technologie e-santé avec l'objectif de capitaliser l'expertise pour développer une prise en charge globale (attractivité et intérêt pour développer la recherche clinique avec les unités INSERM, accès à l'expertise de chercheurs pour imaginer, écrire et réaliser des projets de recherche clinique d'excellence…)

▶ Créer un centre de périnatalité

- Favoriser le lien d'attachement parent-enfant, en regroupant les lits de soins standards de néonatologie à Paule de Viguier, en modernisant les secteurs de réanimation et de soins intensifs ;
- Promouvoir une **autre approche de soins** en valorisant l'expertise acquise sur la sensorialité du prématuré (NIDCAP), changement des pratiques avec de la chirurgie en chambre « surgery room » si traitement chirurgical et prise en charge multidisciplinaire ;
- Participer à la **mise en place des dispositifs de coordination territoriale en périnatalité** telles que définies dans le plan régional de santé II. Il s'agit de créer une nouvelle dynamique à l'échelle du réseau via l'hospitalisation à domicile néonatologie, former les professionnels de néonatologie du territoire aux soins de développement.

▶ Créer un centre de dépistage, de prévention et d'intervention précoces

- **Regrouper sur un même lieu** des équipes participant au dépistage néonatal systématique et au suivi, dédié aux nouveau-nés et aux enfants de moins de 3 ans en lien avec la maternité de Paule de Viguier ;
- En néonatalogie, **évaluer le développement dans sa globalité** au sein d'espaces accueillant les enfants et leurs parents ;
- Privilégier les **modalités innovantes, non invasives d'explorations** (NIRS, vidéos sur les interactions précoces) ;
- Permettre les soins précoces**, la recherche et la formation** pour les nouveau-nés vulnérables en s'appuyant sur les forces du CHU de Toulouse (fédération hospitalo-universitaire HoPES (handicap cognitifs psychiques et sensoriels) intégrant le centre de recherche sur le cerveau (CerCO), la plateforme d'imagerie cérébrale et de nombreux laboratoires de recherche, NIDCAP, Centre de référence du Syndrome de Prader-Willi…).

▶ Créer un centre fédératif de nutrition pédiatrique

- **Intégrer le concept de la société** internationale pour les origines développementales des pathologies de l'adulte (DOHAD), à savoir développer les liens entre PDV et HE autour du concept des 1000 premiers jours et évaluer les impacts environnementaux et d'expositions aux risques chimiques sur la préconception (onco-fertilité), la période postnatale, la prime enfance et l'adolescence.
- **S'appuyer sur le CIO** incluant l'expertise du réseau RéPPOP ;
- **S'appuyer sur les équipes spécialisées en nutrition et en obésité** avec un focus particulier sur les nourrissons et les jeunes enfants autour des troubles de l'oralité, avec un renforcement de l'expertise sur les troubles du comportement alimentaire et la transversalité avec les autres équipes et les associations de patients et en lien avec les équipes de Paule de Viguier pour la prise en charge des femmes enceintes diabétiques et/ou obèses afin de préserver la santé de la mère et de l'enfant.

06. Formaliser un projet médico-soignant axé sur la qualité, la sécurité des soins et l'évolution des pratiques professionnelles

▶ Fidéliser, accompagner et valoriser les professionnels

- **Adapter les organisations de soins** en promouvant les compétences, les expertises des professionnelles et la qualité de vie au travail. Il s'agit de développer des initiatives nouvelles par l'accompagnement des parcours individuels, de valoriser les compétences infirmières sur les modèles anglo-saxons, et de favoriser les échanges de pratiques en recrutant à l'extérieur;
- **Décliner le projet social du CHU** dans sa dimension responsabilité sociétale de l'établissement, notamment en portant attention aux conditions d'exercice du quotidien, aux locaux tertiaires, à l'implication les équipes médicales et soignantes dans les différentes phases d'élaboration du schéma architectural du pôle Enfants,
- Décloisonner les équipes médicales entre elles et les équipes médicales et soignantes par des **espaces d'échanges et de repos mutualisés ;**
- **Elaborer un contrat social de pédiatrie** facilitant la convergence médico-soignante (respecter les organisations et les contraintes des équipes, détecter les potentiels, individualiser les parcours…). Ce principe de contractualisation, entre les équipes médicales et soignantes de chaque service, sera ensuite consolidé au niveau du pôle.

▶ Repenser la place du patient et de sa famille comme partenaire

- **Promouvoir et porter le concept patient et son entourage comme un partenaire du** soin en favorisant l'écoute et une approche personnalisée. Il s'agit de **structurer les parcours de prise en charge en intra et extra hospitalier à l'aide d'outils connectés** de patients experts, de développer des prises en charge globale dans une approche systématique (parents, fratrie, milieu socio-culturel), de conforter la vie sociale de l'enfant (scolarité, activités éducatives et culturelles…) ;
- Renforcer le rôle des associations de malades et d'usagers dans l'élaboration des parcours et la déclinaison des projets ;
- Former et accompagner les professionnels.

▶ Promouvoir des espaces de réflexions éthiques au bénéfice des professionnels, des patients et de leur famille

- **Créer des espaces de réflexions éthiques** en amont et en aval des décisions médicales ;
- **Promouvoir l'enseignement de l'éthique** à l'ensemble des équipes médicales et soignantes ;
- **Construire ou transformer les organisations paramédicales** au regard des parcours patients, définis dans le cadre du projet médical du pôle en s'appuyant sur le partage

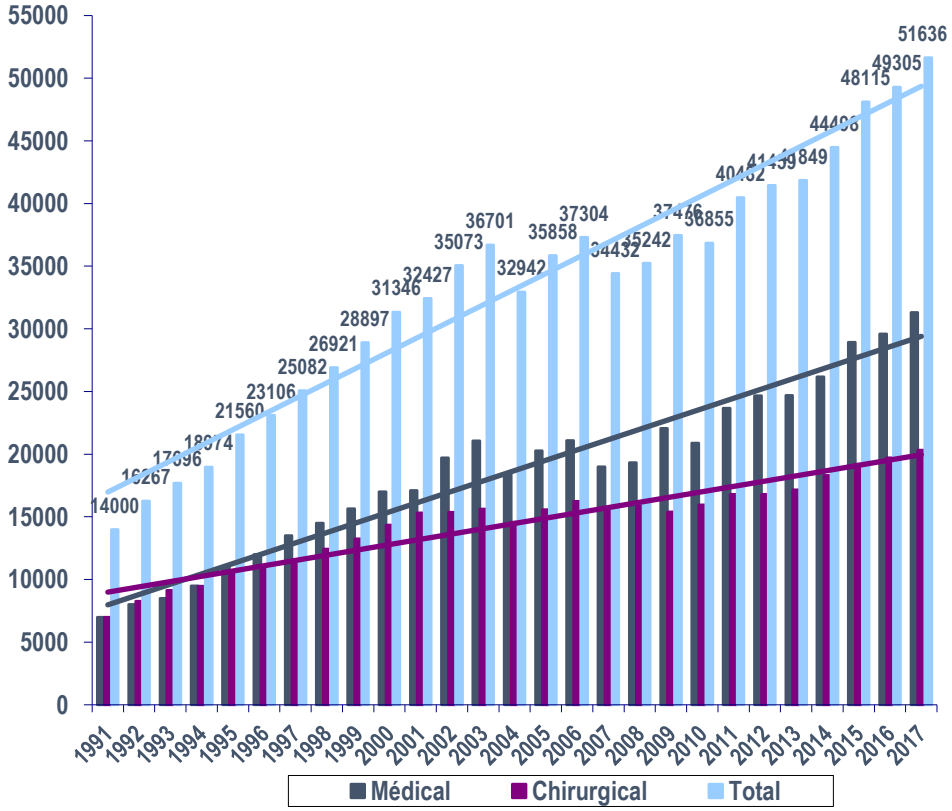
d'indicateurs d'activité, de performance et d'évaluation de la charge en soins communs à l'ensemble des unités de pédiatrie ; grâce à une approche par processus, visant à favoriser une démarche participative.

07. Construire un nouveau bâtiment regroupant les urgences pédiatriques, la réanimation, les blocs opératoires, la chirurgie ambulatoire, les explorations fonctionnelles

► Adapter le capacitaire et regrouper les activités pédiatriques dans une logique d'efficience

- **Regrouper les activités pédiatriques** pour une meilleure lisibilité des parcours patients. Le regroupement des activités de pédopsychiatrie, le rapatriement des activités déportées sur Paule de Viguier sur l'Hôpital des Enfants, et la sectorisation de la pédiatrie générale et des spécialités pédiatriques participent de cette dynamique ;
- **Restructurer les filières de prise en charge** pour rendre l'hôpital des enfants plus lisibles et plus accessibles. La dissociation des parcours programmés et non programmés, l'organisation spatiale et simplifiée permettront de clarifier les circuits entre (urgence, soins critiques, hospitalisations de courte durée (fast track) et conventionnelles).
- **Développer les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle** comme l'hospitalisation de jour, les consultations, les sorties précoces, le recours à l'hospitalisation à domicile, l'ambulatoire ;
- **Proposer un projet neuro-céphalique** fort et cohérent qui intègre l'activité céphalique et neurochirurgicale pédiatrique à celle de l'hôpital des enfants (déplacer l'unité fonctionnelle neuro-céphalique regroupant les spécialités de chirurgie maxillo-faciale, ophtalmologie, neurochirurgie et ORL), les disciplines à activité mixte (adulte et enfants) restant dans leur Pôle de spécialité Céphalique ou Neurosciences.

Redimensionner et moderniser le plateau d'accueil des urgences pédiatriques



Graphique 1 – Evolution des admissions au SU pédiatrique depuis 1991

Les patients pédiatriques admis se caractérisent par des venues souvent non régulées, peu adressées (10%) en très forte croissance depuis 1997. La proportion d'urgences médicales est de 60%. La grande majorité des patients déclarent un médecin traitant (90%). Les flux sont très marqués par les saisons (pic hivernal/épidémies et pic estival/traumatologie), par les week-ends (30% des passages hebdomadaires) et par le quotidien des familles (pic en soirée). La tranche horaire 18h-minuit totalise 40% du total des admissions quotidiennes.

Le projet consiste à mettre en place :

- Des surfaces utiles adaptées articulées autour des SAS d'entrée et des accueils administratifs et IOA. Le service doit comporter 5 zones : un secteur couché de 23 lits (zone froide et zone chaude), une zone en lien avec les urgences vitales de pédiatrie qui comprendrait des boxes de SAUV (urgences pédiatriques) et des boxes de déchocage (service de réanimation) un secteur de consultation d'une vingtaine de boxes, un secteur de consultation fast-track de 4 boxes, et une UHCD de 12 lits ;
- Un principe de marche en avant ;
- Un circuit de fast-track vers une zone de consultation dédiée avec salle d'attente attenante et secrétariat à proximité ;

- Une séparation des zones de consultation médicales et chirurgicales (principe de non mixité des contagieux avec les autres patients) ;
- Dans la zone couchée du SU d'une zone froide (patients stables) et d'une zone chaude (patients instables) ;
- Un secteur dédié aux consultations post-urgences.

▶ Créer un centre médico-chirurgical

- **Regrouper au sein d'un seul et même bloc** opératoire les différentes spécialités de chirurgies pédiatriques évolutif et extensible en fonction des besoins (approche par pathologies et parcours de soins, renforcement de l'ambulatoire, déploiement des innovations et nouvelles technologies, extension extérieure, outils de navigation, IRM…) ;
- **Regrouper les explorations fonctionnelles** (et particulièrement, les explorations fonctionnelles gastro et respiratoires, mutualisation avec la chirurgie dentaire, en lien avec les activités de gynécologie pédiatrique du pôle femme/mère/ couple.
- **Optimiser le fonctionnement de l'activité d'urgence**, dans un bloc dédié.

▶ Regrouper l'anesthésie, la réanimation et les soins critiques

Réanimation néonatale et néonatologie

Il parait nécessaire de sanctuariser une unité de réanimation néonatale dédiée à la prise en charge du nouveau-né prématuré, individualisée de la réanimation pédiatrique. Cette unité doit permettre de respecter les spécificités du prématuré en préservant la sensorialité du patient tout en favorisant le lien d'attachement parent-enfant. En raison des compétences médicotechniques, les nouveaux nés chirurgicaux et ceux présentant une défaillance d'organe modérée à sévère nécessitent des suppléances d'organe très techniques et seront accueillis en réanimation pédiatrique, selon les recommandations comme actuellement, soucieux de leur vulnérabilité et préservant au mieux le lien parent enfant.

Afin de garantir une offre de soins régionale de qualité, accès sur les liens de proximité mais aussi de l'unité familiale, il convient de réorganiser et d'optimiser la suite de la prise en charge vers des unités de néonatologie. Le réseau d'hospitalisation à domicile néonatale sera renforcé et élargi en fonction des contraintes médicales, socio-économiques et géographiques.

Les prérequis de cette réorganisation devront être :

- Une augmentation des capacités d'accueil en réanimation néonatale au niveau des capacités d'accueil des autres régions : augmentation des lits de réanimation néonatale-prématurés de 4 à 12 lits minimum afin d'être en adéquation avec le taux de naissance du bassin de population et se mettre au niveau des autres régions, au regard des taux d'occupation en réanimation-néonatale-prématurés ;
- La mise en place d'une permanence des soins réelle pour les lits de réanimation néonatale-prématurés et soins intensifs de néonatologie, qui couvrirait également les lits d'hospitalisation à domicile et de néonatologie sans soins intensifs ;
- Une adaptation des effectifs médicaux afin de permettre d'assurer en continu une prise en charge spécialisée avec des médecins néonatologues avec expertise en réanimation

néonatale tout en respectant la règlementation du temps de travail et ainsi améliorer la qualité et la sécurité des soins et les opportunités de développer les travaux de recherche ;

- La mise en place d'une organisation unique et moderne en France. La séparation obligatoire du nouveau-né à la naissance, en cas de pathologie ou vulnérabilité, parait obsolète. Les nouveau-nés relevant de soins standards seraient pris en charge en chambre individuelle parents-enfant. Les nouveau-nés relevant de soins intensifs pourraient également être pris en charge en chambres parents-enfants. La réanimation néonatale serait intégrée dans la même unité pour harmoniser le parcours de soins.
  Cette unité novatrice en France associant systématiquement le « couple care », les soins au nouveau-né prématuré en présence de sa mère ou de ses parents, s'intègrent d'une part dans la philosophie NIDCAP et d'autre part dans la charte de l'enfant hospitalisé d'être soutenu jour et nuit par l'un de ses parents durant une période d'hospitalisation. Cette unité serait pressentie au sein de l'hôpital Paule de Viguier ;
- La disposition, pour l'ensemble des patients, de chambres individuelles ou doubles pour les grossesses multiples permettant l'accueil des parents à tous les stades de la prise en charge, accueil digne avec couchage, sanitaires individuels, espace de repos, de repas, d'accueil des fratries à l'image des unités de réanimation néonatales suédoises ;
- Le soutien au développement tout au long de l'hospitalisation par la mise en place d'un environnement adapté au nouveau-né en développement (cf. recommandations du GREEN), de soins de développement (NIDCAP), de programmes de nutrition entérale et parentérale incluant l'utilisation du lait de mère selon les recommandations ESPGHAN et de l'OMS afin de diminuer la morbidité néonatale (infections, entérocolites, bronchodysplasie) et soutenir le développement et la santé à long terme, notamment pour les nouveau-nés prématurés pour lesquels l'impact du lait de mère est majeur à court et long terme ;
- Le développement des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle, type hospitalisation à domicile précoce dès la sortie des soins intensifs ;
- Le soutien des soins psychiques et sensorimoteurs (interventions de kiné, psychomotriciens, orthophonistes, psychologues...) ;
- La proximité des lits d'hospitalisation et du plateau technique (bloc naissance, bloc chirurgical, imagerie) du fait de la grande vulnérabilité et instabilité des patients pris en charge dans ces unités ;
- La disposition, au sein de la réanimation néonatale, de chambres-bloc permettant des interventions chirurgicales (ligature de canal artériel en couveuse).

Les lits de néonatologie et HAD sont à dimensionner à l'échelle du réseau, de l'existant à l'évolution démographique et au changement de pratique : soit 12 lits de réanimation néonatale, 24 lits d'USIN, 22 lits de néonatologie et 10 lits d'HAD.

Un réseau de périnatalité ouvert :

- Réorganiser et optimiser la suite de la prise en charge vers des unités de néonatologie et si possible en renforçant et élargissant à l'ensemble du réseau l'hospitalisation à domicile néonatale en fonction des contraintes médicales, socio-économiques et géographiques (afin de préserver l'offre de soins régionale, en privilégiant le lien de proximité mais aussi l'unité familiale) ;
- Développer l'hospitalisation à domicile en délocalisant l'hôpital à la maison, ce qui parait réalisable pour une majorité des nouveaux nés prématurés ou à terme ne nécessitant plus des soins intensifs. Une ambition à l'échelle du réseau, par des partenariats et des conventions entre les établissements de soins et les libéraux (médicaux et paramédicaux)

doit rendre accessible l'hospitalisation à domicile au plus grand nombre c'est un marqueur d'égalité d'accès aux soins ;
- Intégrer une antenne de PMI au sein de l'Hôpital afin de faciliter le lien et le relais du suivi des situations à risque sur le terrain ;
- Poursuivre et renforcer le lien et les partages der compétences avec le Réseau de suivi des nouveau-nés vulnérables (P'titMIP) et le CAMSP en rendant ces structures visibles au sein du CHU.

Réanimation pédiatrique et les USC

A tous les âges de la vie et encore plus en pédiatrie où l'enfant est en pleine croissance, maturation et développement, les séjours en soins critiques exposent le patient et sa famille à une grande vulnérabilité. Afin d'accompagner ces séjours, certaines spécificités doivent être considérées, les professionnels formés et soutenus et le cadre familial conservé. La philosophie des soins de développement, la charte de l'enfant hospitalisé et le trinôme enfant-soignant-famille doivent être au centre du projet.

Les USC actuelles, médico-chirurgicale, accueillent une grande variété de patients, avec des spécificités très différentes selon le motif d'hospitalisation :

- Chirurgie : séjour court avec soins post opératoire techniques et gestion de l'analgésie péri opératoire ;
- Médical : séjour plus long nécessitant une surveillance ciblée sur la pathologie de l'enfant (neurologique, respiratoire...).

Les nourrissons 0-2 ans qui représentent 60% des patients de ces unités ont des besoins proches du nouveau-né pourtant avec une prise en charge hautement spécifique en terme de soins, de nutrition, de vulnérabilité neurologique et d'accompagnement parental et devraient bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire dans une USC médico-chirurgicale identifiée.

Le prérequis de cette restructuration doit être basé :

- Sur les circuits patients. Cette restructuration doit permettre le maintien du niveau de compétence médical et paramédical autorisant un accueil médico-chirurgical de qualité, de haute technicité et une continuité de soins.
- Sur des capacités d'accueil correspondant à l'évolution des prises en charge et de la démographie ;
- Sur la professionnalisation des équipes assurant une autonomie dans la permanence des soins.

Il semble opportun de maintenir une réanimation pédiatrique spécialisée médicochirurgicale en alliant, au niveau médical, des compétences pédiatriques et d'anesthésie réanimation et, au niveau paramédical, une équipe alliant les qualités de puériculture et de gestion des spécificités techniques des différents moyens de suppléance et de monitorage utilisés. L'objectif affirmé est la médicalisation H24 par des pédiatres ou des anesthésistes réanimateurs formés à la réanimation pédiatrique et aptes à prendre en charge toutes les pathologies d'un centre de réanimation de référence.

Au sein de cette unité de réanimation, il apparait intéressant d'harmoniser ce parcours de la réanimation vers les USC par tranches d'âge : réanimation pédiatrique médico-chirurgicale de 14 lits, 6 lits d'USC MC 0-2 ans, 6 lits d'USC Médicale et 12 lits d'USC Chirurgicale.

La modernisation de ces unités implique également de :

- Permettre la réalisation de procédures chirurgicales en mode dégradé en l'absence de possibilité de transfert du patient directement dans les chambres de réanimations. Classe risque infectieux 3 ;
- Permettre l'accueil dans des patients immunodéprimés dans de bonnes conditions de sécurité, traitement d'air adéquat. Norme ISO 7 ;
- Assurer une continuité de prise en charge entre les différentes unités avec plus de fluidité, du déchoquage vers les USC, la réanimation ou le bloc, du bloc vers l'USC et la réanimation et de la réanimation vers l'USC ;
- Permettre une collaboration autour du patient entre les médecins des soins critiques et les surspécialités qui apportent leur expertise à la prise en charge.

« Mieux vivre la réanimation » est l'objectif fixé par les sociétés savantes pour les décennies à venir (SRLF Paris 2018, conférence de consensus « mieux vivre la réanimation » SFAR-SRLF 2009).

L'accueil et la prise en charge de l'enfant est indissociable de l'accueil et de la prise en charge de sa Famille. Ainsi ces nouvelles unités doivent disposer de chambres individuelles permettant l'accueil des parents à tous les stades de la prise en charge, accueil digne avec couchage, sanitaires individuels, espace de repos, de repas, d'accueil des fratries à l'image.

En revanche, il semble intéressant de maintenir au sein des unités traditionnelles l'accueil de patients plus chroniques sans nécessité de maintien à proximité des soins critiques, patients de gastroentérologie (nutrition parentérale prolongée), de pneumologie (insuffisant respiratoire chronique...) neurologie etc... Ces patients doivent être identifier et le service pourvu en effectif paramédical en fonction de la charge de travail. Une équipe paramédicale formée aux USC pourrait se déployer en renfort sur les services en fonction de la présence ou non de ces patients « lourds ». L'alternative ou plutôt le complément nécessaire à ces lits est la création d'unité de SSR pédiatrique (soins de suite et de réadaptation), unité passerelle entre le CHU et les SSR existants (Paul DOTTIN, BOUSQUAIROL, Le Nid Béarnais, Institut Saint Pierre Palavas...).

Ces espaces de soins doivent permettre aux professionnels de santé d'évoluer sereinement dans de bonnes conditions de travail. La construction de ces unités de soins critiques doit s'appuyer sur les recommandations établies en 2012 « Structures et organisation des unités de réanimation : 300 recommandations » Réanimation (2012) 21 : S523-S539.

Organisation médicale et paramédicale

Chaque unité et sous unité doit être pourvue de médecins qualifiés et nombre pour avoir une autonomie sur la permanence et la continuité des soins.

La médecine néonatale doit être assuré par des néonatologistes et réanimateurs néonatologues. La tranche 0-2 ans réanimations et USC doit bénéficier de l'expertise de réanimateurs pédiatres et néonatologues, et des anesthésistes réanimateurs formés aux spécificités du nourrisson.

La tranche 2-18 ans à orientation médicale peut être pris en charge par des réanimateurs pédiatres et pédiatres formés à la surspécialité réanimation pédiatrique.

La tranches 2-18 ans à orientation chirurgicales peut être pris en charge par les anesthésistes réanimateurs, ce qui permet une continuité de prise en charge bloc- soins critiques, avec des réanimateurs pédiatres en soutien pour les spécificités pédiatriques.

La segmentation des tranches d'âge correspond à une vision moderne avec le respect des spécificités du malade et une prise en charge multidisciplinaire avec les qualités nécessaires à la prise en charge des patients en soins critiques.

Dans l'organisation au quotidien, il parait souhaitable d'avoir des équipes stables dans le temps, tout en offrant la possibilité de roulement sur les sous unités afin que chacun puisse amener son expertise, poursuivre sa formation et s'épanouir dans son travail.

Afin de répondre aux sollicitations sur les situations d'urgence d'HE de patients non admis dans les unités de soins critique, l'équipe s'organiserait pour créer une équipe de recours d'urgence (médicale et para médicale) afin pouvoir répondre, se déplacer et collaborer à la prise en charge de ces patients.

L'organisation paramédicale doit permettre l'optimisation du ratio soignant-soigné, à 1 puéricultrice ou IDE pour 2 en réanimation pédiatrique spécialisée, 1 pour 4 sur les USC, soutenu par des auxiliaires de puériculture avec un ratio de 1 pour 4 en réanimation et 1 pour 6 en USC, ce personnel doit être formé au soins critiques. En réanimation néonatale et USIN, l'effectif infirmier doit répondre au ratio respectif de 1 pour 2 et 1 pour 4.

Des personnels para médicaux référents doivent être identifiés, ils doivent apporter une expertise supplémentaire de par leur formation et leur qualification, directement au contact de l'équipe et du patient mais aussi dans un rôle de formateur.

Les kinésithérapeutes doivent faire partie de l'équipe paramédicale avec une formation indispensable sur le soin de développement sensori-moteur en plus des qualifications requises (respiratoire, neurologique) en réanimation ainsi qu'un rôle moteur dans la mise en place et le suivi des ventilations non invasives

D'autres intervenants tels des psychomotriciens, orthophonistes, ostéopathes doivent intégrer de manière transversale ces unités afin d'optimiser la multidisciplinarité de la prise en charge et ainsi améliorer la prise en charge globale de ces patients vulnérables au profit du développement.

Comme précisé ci-dessus, l'accompagnement de l'enfant et de sa famille doit être une priorité avec des psychologues dédiés à ces secteurs.

La prise en charge et le soutien des professionnels doit également être mis en en place.

▶ Affirmer une stratégie territoriale de recours de neurochirurgie pédiatrique

L'activité de neurochirurgie pédiatrique repose sur 4 principaux domaines d'expertises, qui permettent à l'équipe de répondre aux diverses missions de santé publique territoriale, mais également, pour certaines d'entre elles à des missions d'expertises inter-régionales.

NEUROCHIRURGIE PEDIATRIQUE GENERALE ET CONGENITALE

Ce domaine concerne principalement les pathologies malformatives congénitales, regroupant les pathologies neurochirurgicales dites générales pédiatriques, comme les pathologies acquises anté ou périnatales et les pathologies neurochirurgicales congénitales, les craniosténoses et les malformations crânio-faciales syndromiques ou non. L'expertise, afférente a été reconnue en

qualité de Centre de Compétence Maladies Rares (CCMR CRANIOST), dont la labellisation a été renouvelée en 2017.

Les patients sont le plus souvent des nouveau-nés ou des nourrissons, pris en charge initialement par les équipes de néonatologie, de réanimation pédiatrique, de neurologie pédiatrique, voire pour beaucoup d'entre eux par les pédiatres de ville. La prise en charge neurochirurgicale implique un suivi multidisciplinaire, notamment pour l'évaluation neurodéveloppementale et le suivi malformatif spécifique.

Les chirurgiens relevant à la fois de la chirurgie maxillo-faciale et de la participent au CPDPN du CHU de Toulouse, au travers d'une réunion hebdomadaire.

Cette activité requiert l'organisation de consultations de neurochirurgie pédiatrique et neuro-pédiatrique, multidisciplinaires pour assurer le suivi et l'évaluation à long terme des enfants ayant présenté une pathologie neurochirurgicale en dehors de la pathologie tumorale

La pluridisciplinarité et la sur-expertise des praticiens participant à ces prises en charge de recours constituent les atouts des équipes toulousaines, qui seront développées dans le cadre du projet médical en poursuivant l'activité de neurochirurgie générale et congénitale, notamment de type crânio-faciale au sein de l'unité, en étoffant notamment l'équipe de neurochirurgie pédiatrique et en développant l'expertise d'orthopédie infantile pour des interventions rachidiennes complexes avec une prise en charge multidisciplinaires impliquant les chirurgiens orthopédistes pédiatres.

NEUROCHIRURGIE PEDIATRIQUE D'URGENCES ET DE REANIMATION

L'accueil des patients pédiatriques neurochirurgicaux s'articule actuellement autour de 2 sites du CHU de Toulouse :

- L'unité de réanimation neurochirurgicale de l'Hôpital Pierre Paul Riquet comprend 16 lits de réanimation et de 8 lits de surveillance continue.
  L'équipe de médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) est formée en neuro-réanimation et a accès à un plateau technique de neurosciences, incluant la neuroradiologie diagnostique et interventionnelle disponible H24. Ce service mixte ne permet pas un environnement pédiatrique exclusif, qui est proposé dans le cadre du GHRE. Le service accueille régulièrement des enfants de plus de 25 kg pour la prise en charge post-opératoire (neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle) et pour la prise en charge des traumatismes crâniens graves, des abcès cérébraux chirurgicaux, et des pathologies neurovasculaires (rupture de MAV, moyamoya…).

- L'unité de 12 lits de réanimation pédiatrique spécialisée installés au sein de l'Hôpital des Enfants.
  Elle comprend une compétence en neuroréanimation avec monitorage multimodal, dans un environnement technique agrégeant de nombreuses expertises médicales pédiatriques, dont notamment les anesthésistes pédiatres, les neuro-oncologues pédiatres et les neuro-pédiatres. Néanmoins, l'absence de proximité des blocs opératoires de neurochirurgie actuellement situés au bâtiment Pierre-Paul Riquet pour toute chirurgie programmée et la plupart des interventions urgentes devrait être résolue dans le cadre du GHRE.

- L'orientation des patients extrahospitaliers par le SAMU pédiatrique dans le cadre de l'urgence ou d'activités programmées est actuellement réalisée de manière différenciée, dans l'attente du GHRE qui regroupera en un lieu unique la prise en charge pédiatrique.
  L'activité d'urgence des patients de plus de 25 kg (8 ans) mono-cérébro-lésés est adressée au sein de l'unité de réanimation neurochirurgicale de PPR, tandis que les patients de plus

de 25 kg polytraumatisés ou de moins de 25 kg mono-cérébro-lésés, sont admis en réanimation pédiatrique de l'Hôpital des Enfants. Si la prise en charge des urgences neurochirurgicales courantes est réalisée dans les blocs opératoires de HE ou PPR, les urgences neurochirurgicales très spécifiques (neurochirurgie de la fosse postérieure par exemple) nécessitent d'être réalisés dans les blocs de neurochirurgie pédiatrique localisés à PPR. De même, la neuroradiologie d'urgence (scanner cérébral et médullaire), est réalisée sur HE ou PPR mais les IRM urgentes sont principalement réalisées à PPR, de même que tout geste de neuroradiologie interventionnelle, HE ne disposant pas de salle de radiologie interventionnelle dédiée à la neuroradiologie, ni d'une IRM 3 Tesla - disponible H24 à Pierre-Paul Riquet.

Pour les procédures neurochirurgicales programmées, nécessitant une surveillance post-opératoire en réanimation, les enfants de moins de 25 kg sont admis en réanimation pédiatrique et les enfants de plus de 25 kg sur un des 2 sites en fonction des places. La prise en charge des patients cérébro-lésés est réalisée dans les 2 services selon une approche multimodale alliant les données cliniques à un neuromonitoring technique varié (Doppler TC, EEG et aEEG, pression intracrânienne invasive, NIRS, PtiO2, EtC02…)

Dans la perspective du GHRE, l'optimisation de l'accueil des enfants relevant de soins critiques neurochirurgicaux passe par une unité fonctionnelle avec l'accès à un plateau technique chirurgical et radiologique de qualité, une équipe médicale, anesthésistes-réanimateurs et pédiatres, répondant aux spécificités pédiatriques et neurochirurgicales, notamment pour la prise en charge des enfants polytraumatisés et neurolésés et soutenue, selon les besoins, par l'expertise des neuropédiatres et des oncologues pédiatriques.

L'aval, en SSR pédiatrique pour les plus de 6 ans nécessite de développer un recours régional au bénéfice des patients ventilés au long cours. En effet la seule structure disponible est le Nid Béarnais à Pau, avec qui les collaborations sont fructueuses.

NEURO-ONCOLOGIE PEDIATRIQUE

Elle recouvre la prise en charge des tumeurs primitives et secondaires du système nerveux central, des syndromes neurologiques paranéoplasiques ainsi que les complications neurologiques des cancers et des traitements anticancéreux, chez des patients âgés de 0 à 18 ans. Par définition elle implique une triple compétence : une compétence dite d'organe (neurologique et neurochirurgicale), une compétence oncologique et une compétence pédiatrique.

L'organisation en filière est pleinement établie et fonctionnelle au CHU de Toulouse, entre la neurochirurgie pédiatrique, la chirurgie maxillo-faciale, l'oncologie pédiatrique, la neurologie pédiatrique, l'endocrinologie pédiatrique, la neuroradiologique pédiatrique, la réanimation pédiatrique et l'anesthésie-réanimation neurochirurgicale. Il s'y associe l'équipe de radiothérapie et d'anatomopathologie de l'IUCTO-Langlade.

Le parcours du patient est codifié avec le temps du diagnostic et de l'évaluation thérapeutique initial en neurologie pédiatrique HE ou unité d'hospitalisation neuro-céphalique PPR, une décision initiale en RCP de Neuro-Oncologie pédiatrique, une prise en charge chirurgicale via les unités de réanimation et USC pédiatriques et neurochirurgicales, puis au sein de l'unité de neurologie pédiatrique ou neuro-céphalique pédiatrique. Enfin, selon les besoins, une prise en charge au sein des unités d'oncologie et/ou de radiothérapie pédiatrique est initiée.

L'ensemble de la prise en charge est réalisée de manière multidisciplinaire, les principales étapes thérapeutiques étant discutées puis validées en RCP de Neuro-oncologie pédiatrique.

NEUROCHIRURGIE PEDIATRIQUE DE L'EPILEPSIE

Plus de 700 enfants sont pris en charge par an dans le service de neurologie pédiatrique du CHU de Toulouse pour une épilepsie, en hospitalisation et en consultation, une ou plusieurs par an.

30% des patients épileptiques présentent une épilepsie pharmaco résistante. Parmi ceux-ci, un certain nombre de patients va bénéficier d'un bilan complet à visée pré-chirurgicale.

Cette première étape est le préalable indispensable à toute chirurgie de l'épilepsie et va permettre de déterminer la nécessité de poursuivre les explorations et/ou l'opérabilité potentielle. Au terme de cette phase, 20% des patients peuvent bénéficier d'une prise en charge chirurgicale d'emblée, 20% sont considérés comme non opérable, et 60% doivent bénéficier de bilans complémentaire, dont une phase II (deuxième phase).

Il est prouvé dans la littérature que le devenir des enfants, en particulier sur le plan neurocognitif, est directement lié à la durée de l'épilepsie avant la chirurgie, d'où l'enjeu d'une réponse rapide et efficace.

Chaque patient présentant une épilepsie pharmaco-résistante doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge neurochirurgicale de son épilepsie. Cette prise en charge se décompose en 3 phases :

Phase 1 de chirurgie de l'épilepsie : exploration, diagnostic et propositions de prise en charge.

Cette phase est réalisée pour tous les âges au sein des unités de neurologie pédiatrique (<10 ans), et de l'unité chirurgie de l'épilepsie, du service des Explorations neurophysiologiques (> 10 ans).

Elle nécessite :

- L'analyse sémiologique et électroencéphalographique des crises, rendue possible par l'accès des enfants de plus de 10 ans au sein du CHU à l'unité de chirurgie de l'épilepsie et aux vidéo-EEG de longue durée, dans le cadre du service des explorations neurophysiologiques.
- La réalisation d'une IRM cérébrale de bonne qualité, grâce aux IRM 3 Tesla et à des protocoles d'exploration spécifiques mis en place en collaboration entre les neuroradiologues pédiatres et les neuroradiologues spécialisés en épilepsie ;
- La réalisation d'une imagerie fonctionnelle de type PETscan au FDG, inter critique qui permet de montrer des zones d'hypométabolisme cérébral, suspectes d'être impliquées dans les crises. La superposition des images IRM et PETscan est reconnue comme fondamentale dans l'analyse du réseau épileptogène.
- La réalisation d'une imagerie fonctionnelle de type SPECT critique qui permet d'analyser au moment de la crise les zones cérébrales hypervascularisées pendant la crise, reflétant l'augmentation de l'activité neuronale du réseau épileptogène.
- Le bilan neuropsychologique ainsi que l'évaluation scolaire qui ont pour but de déterminer d'une part les conséquences actuelles de l'épilepsie sur le patient, ce qui peut donner des arguments supplémentaires dans le raisonnement permettant de déterminer la zone épileptogène, d'autre part d'informer le patient sur le risque neurocognitif éventuel lié à la chirurgie (atteinte du langage, de la mémoire…).

Phase 2 de chirurgie de l'épilepsie : confirmation éventuelle de l'hypothèse lésionnelle ou topographique de l'épilepsie.

Cette phase est possible pour les enfants de plus de 10 ans au sein du CHU de Toulouse et nécessite la réalisation d'une Stéréo-EEG, dont la planification est le fruit des discussions et décisions collégiale de la phase 1. La programmation de l'implantation stéréotaxique repose sur un travail collégial épileptologique, stéréotaxique, et neurochirurgical.

Phase 2 ou 3 : temps opératoire final.

L'analyse de la S-EEG par l'équipe d'épileptologie conduit ou non à une proposition de cortectomie, discutée en RCP d'épileptologie avec les collègues neuropédiatres, neuroradiologue, imagerie fonctionnelle et stéréotaxique, neurochirurgien. Puis la cortectomie est réalisée au sein de l'équipe de neurochirurgie, puis en hospitalisation dans l'unité de neuro-céphalique pédiatrique.

Le centre de compétence épilepsies rares

Lors de la campagne de labellisation du 3ème plan maladies rares, le CHU de Toulouse a été labellisé en tant que Centre de Compétence Epilepsies Rares, sous l'égide du centre coordonnateur de Necker.

▶ Créer un centre d'imagerie pédiatrique unique

Ce nouvel espace médicotechnique doit être créé à proximité du service des urgences, de la réanimation et des blocs opératoires dédié à l'enfant. Il regroupera toutes les modalités d'exploration en imagerie (imagerie cérébrale, cardiaque, de rétine, générale, interventionnelle…) pour ainsi permettre :

- D'améliorer les conditions d'exercice et l'attractivité de la spécialité pour les jeunes praticiens (travail interdisciplinaire, transfert d'images efficace pour interprétation rapide, communication facilitée avec le personnel de radiologie…) ;
- De simplifier les parcours patients en regroupant les différentes modalités d'exploration sur un seul site ;
- D'ouvrir le plateau technique sur la ville (accessibilité facilitée…) ;
- De préparer les enfants aux examens par le jeu (exemples : salles de mise en situation, jeux de simulation, visualisation de vidéos explicatives, IRM en jeu…) ;
- D'adapter les locaux à l'enfant et à sa famille (salles d'attente équipées et adaptées aux âges et aux fragilités des patients) ;
- D'optimiser les organisations et les circuits patients (mutualiser la salle de cardiologie interventionnelle pour urgence viscérale…) ;
- De rationaliser les moyens humains médicaux et non-médicaux ;
- De limiter les déplacements de patients et d'équipes ;
- D'accéder à des équipements performants et à une expertise pédiatrique ;
- De réfléchir à l'évolutivité de la structure (disponibilité de réserves foncières…).

EQUIPEMENTS TECHNIQUES

L'activité actuelle est de 8807 échographies annuelles en 2017 (hors ETF, et hors examens au lit du patient), dont près de 50% d'externes. Cette activité est croissante, ayant augmenté de près de 20% en 5 ans avec une augmentation de la part des patients externes. Donc 3 postes d'échographie sont à prévoir :

- Un poste consacré aux échographies de radiologie générale programmées ;
- Un second poste dédié à la réalisation des ETF et d'autres échographies de radiopédiatrie générale, permettant de travailler sur deux salles et de programmer 2 plannings d'échographie simultanément ;

- Un troisième poste dédié à la réalisation d'échographies en urgence, permettant une meilleure accessibilité à l'échographie avec une diminution des temps d'attente. L'activité sur ce poste serait complétée par les gestes réalisés sous échographie (PBR, injections de toxine botulique par exemple). Cela permettrait également de développer des activités nouvelles, comme la réalisation d'échographies de contraste qui nécessitent un important temps machine et qui ne peuvent pas s'envisager dans le cadre d'une programmation courante.

Des vacations plus spécialisées d'échographie ostéo-articulaire pour la pathologie sportive ou les maladies rhumatismales de l'enfant pourraient être mises en place, ainsi que des vacations consacrées à l'adolescent en vue de la transition de prise en charge de la pédiatrie vers la médecine adulte.

RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE

L'activité de radiologie conventionnelle nécessite l'installation de 4 salles :

- Une salle dédiée pour la prise en charge des urgences ;
- Une seconde salle dédiée aux consultants et rendez-vous externes ;
- Une salle dite « arceau » pour la réalisation des opacifications ;
- Une salle supplémentaire équipée du matériel EOS permettrait de faire sur site les bilans d'orthopédie pédiatrique et les bilans osseux d'endocrinologie. L'activité pourrait être complétée par la prise en charge de patients externes.

IRM

- Une IRM 3T serait installée à HE ;
- L'augmentation du nombre d'heures de vacation pour la radiopédiatrie générale permettrait de mettre en place une vacation dédiée « adolescent », sachant qu'actuellement environ 250 IRM annuelles sont réalisées à Pierre-Paul Riquet sur des vacations adultes pour des patients de moins de 18 ans ;
- Un plateau d'anesthésie sera indispensable sur site.

TDM

- Un scanner sur le site de l'hôpital des Enfants est indispensable ;
- Les AG devront être réalisables sur ce TDM, notamment pour la réalisation de gestes de radiologie interventionnelle scannoguidés (RF d'ostéome ostéoïde, drainages, biopsies…) ;
- Un écran de rappel est nécessaire dans la salle du TDM pour ces gestes ;
- D'un point de vue technique, ce scanner devra permettre de réaliser l'ensemble des scanners de cardiopédiatrie (actuellement une partie de ces scanners sont réalisés à Rangueil).

RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

- Une salle équipée pour la radiologie interventionnelle sera implantée au sein des blocs opératoires ;
- Les procédures de désinvaginations radiologiques sous scopie pourront être faites dans cette salle, au sein du bloc, dans de bonnes conditions de sécurité et avec la possibilité d'un passage rapide en salle d'opération en cas d'échec radiologique ;
- L'activité comprendra également les gestes de radiologie interventionnelle pédiatrique et pourrait être complétée par l'activité des chirurgiens et des anesthésistes (mise en place de PAC et de PICC sous scopie).

08. Rénover les locaux actuels

▶ Améliorer les conditions d'accueil et d'hébergements des patients et de leur famille

- Adapter les conditions hôtelières : chambres individuelles uniquement avec espaces permettant d'accueillir les parents et les fratries, espaces d'éducation et de sociabilité ;
- Délimitation de zones d'accueil pour les familles, d'entretiens et de médiation ;
- Réviser les locaux tertiaires (bureaux, espaces collectifs).

▶ Installer le service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au cœur du GHRE

Les projets du SUPEA s'inscrivent dans la continuité, tout en essayant d'anticiper sur les besoins à venir. Ils sont systématiquement pensés en fonction des données actualisées des connaissances, des recommandations, des compétences déjà existantes sur les territoires et des partenariats possibles.

Le SUPEA est déjà bien implanté au sein de l'hôpital des enfants depuis sa création, à travers son équipe mobile de pédopsychiatrie de liaison. Elle intervient notamment auprès des enfants et adolescents suicidaires ou qui présentent une intrication somato-psychique, notamment des troubles des conduites alimentaires. Ces patients sont hospitalisés à l'hôpital des enfants, mais aussi reçus aux urgences pédiatriques. L'équipe est également très impliquée dans l'équipe douleur et soins palliatifs. Ses locaux demandent à être revus et intégrés à ceux du SUPEA qui rejoindront le GHRE.

PLATEFORME PREVENTION ET INTERVENTIONS PRECOCES : ANXIETE/STRESS/TRAUMA, PARENTALITE, PARENTS MALADES MENTAUX

Ce projet consiste à développer une plateforme qui constituera une base d'équipements en locaux, personnels et savoir-faire, permettant de décliner des actions de prévention spécifiques. Onze actions de prévention spécifiques ont été ciblées et déclinées en 11 facteurs de vulnérabilité (1-anxiété et inhibition comportementale précoce, 2-abandon/adoption, 3-deuil, 4-dépression à l'adolescence, 5-enfants et adolescents exposés aux psychotropes, 6-familles à trajectoire interculturelle complexe, 7-mères avec trouble de personnalité borderline, 8-dépression et stress traumatique du post-partum, 9-troubles du comportement, 10-trouble psychiatrique sévère chez un ascendant, 11-traumatisme individuel et collectif).

Les professionnels engagés dans ce projet auront une solide formation couvrant les différentes dimensions de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent : développement, psychologie, psychopathologie, parentalité, psychiatrie, approches thérapeutiques, médecine basée sur les preuves…

Ils devront également avoir une formation et une expérience dans le domaine de la prévention : utilisation de programmes validés, développement d'actions innovantes, évaluation, recherche, rédaction projets…

A ces compétences viendront s'agréger des partenaires, des compétences complémentaires, des moyens spécifiques, le CHU de Toulouse étant lui-même riche en compétences et en savoir-faire.

Les programmes proposés devront avoir fait la preuve de leur efficacité (pratiques basées sur les preuves) et être de durée brève afin de pouvoir toucher le plus grand nombre de jeunes. Ils seront systématiquement évalués, comme c'est déjà le cas pour nos programmes en cours (Parechocs, Histoire d'en parler…).

La partie qui concerne le psycho-trauma a été intégrée au projet de Dispositif de prise en charge du psycho traumatisme en Occitanie.

INTEGRATION DE CERTAINES UNITES AMBULATOIRES DU SUPEA AU PROJET DE GRAND HOPITAL REGIONAL DES ENFANTS

Dans le cadre du projet de grand hôpital régional des enfants, un certain nombre d'unités ambulatoires actuellement implantées sur le site de La Grave déménageront à Purpan : l'hôpital de jour (le LAPS), l'hôpital de jour 4-8 ans, l'unité d'évaluation des TED (mise à disposition du CRA). Seuls, le CMP, l'ATTP et l'IME resteraient en centre-ville pour desservir directement la population et les écoles à proximité.

Le CRA déménagerait à Purpan, la proximité avec l'unité TED étant indispensable. Le CRA d'ores et déjà locataire du CHU, dispose de financements propres.

La perspective de ce déménagement prend une dimension particulière grâce à une implantation à Purpan au sein de l'hôpital des enfants. En effet, pour un enfant et ses parents, consulter ou venir en hospitalisation de jour en pédopsychiatrie au sein d'un grand ensemble accueillant sans distinction tous les enfants malades et/ou porteurs de handicaps, aurait un effet de déstigmatisation et d'inclusion très important.

Pour les professionnels, travailler au plus près des collègues de pédiatrie faciliterait encore plus les partenariats, les échanges, l'accès réciproque aux plateaux techniques, mais aussi les mutualisations et la recherche collaborative.

Ce projet inclurait aussi les unités présentes sur Ancely (CMP Purpan) et du Pavillon Laporte à Purpan Haut (APJA, Boris Vian), qui nécessitent aussi un relogement.

Au total, plus de 2600 m^2 de locaux, plus des espaces extérieurs adaptés aux diverses populations accueillies seront aménagées dans l'Hôpital des enfants.

DEVELOPPEMENT DE LA PARTIE ENFANTS ET ADOLESCENTS DU PROJET « RESEAU TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES » (TCA)

Ce projet implique les professionnels de la nutrition, adultes et enfants, le pôle psychiatrie du CHU, le centre hospitalier Gérard Marchant, la Clinique Castelviel.

Pour les enfants, il s'agit de :

- Favoriser une diffusion des catégories diagnostiques et du repérage de formes sévères le plus précocement possible ;
- Créer et entretenir un réseau de correspondants multidisciplinaires ;

- Répondre aux demandes d'avis des collègues de départements limitrophes y compris par télémédecine et soutenir les professionnels engagés après un bilan ou une hospitalisation ;
- Proposer un temps d'accueil initial avec une expertise suffisante pour déboucher sur une proposition de soins cohérente et accordée aux moyens locaux ;
- Mieux soigner les formes sévères hospitalisées par des moyens dédiés et non plus liés aux aléas de la demande aux urgences ou dans les spécialités pédiatriques.

Grâce à la mise en place :

- Une plateforme appuyée sur l'HDE avec des moyens dédiés ;
- Un accueil téléphonique et orientation des demandes d'avis formulés par les praticiens de premiers recours ;
- La création et entretien d'un réseau régional de partenaires ;
- La formation des partenaires et des équipes de soins (régionales) ;
- Le soutien aux équipes ambulatoires ou d'HC en centre hospitalier général, engagées dans les soins (télémédecine) ;
- L'organisation et réalisation des consultations conjointes, repas accompagnés et filmés ;
- Le soutien des équipes en intra hospitalier pour les patients hospitalisés à l'HDE ;
- Des projets de recherche et recherche action dans le champ des TCA du jeune enfant.

Pour les adolescents, le projet porte sur l'identification et la structuration d'un dispositif ambulatoire sectoriel de soin et de formation spécialisé dans la prise en charge des troubles des conduites alimentaires.

Cela consiste à :

- Possibilité d'un meilleur repérage précoce pour les adolescents ;
- Favoriser la mise en place de suivi ambulatoire avec possibilité de gradation des soins ;
- Permettre une prise en charge multidisciplinaire intégrative, s'appuyant sur les compétences déjà développées (thérapies ciblées de remédiation cognitives, thérapies familiales et groupes de parents…) ;
- Soutien, accompagnement et formation des acteurs de soins locaux (libéraux, éducation nationale…) ;
- Proposition d'appui des structures périphériques pour les situations complexes (télémédecine…) ;
- Permettre une meilleure coordination des professionnels impliqués (psychothérapie libérale, médecine généraliste…) ;
- A terme, limiter le risque de décompensation grave, avoir une meilleure souplesse d'accompagnement afin d'éviter autant que possible l'hospitalisation temps-plein pédopsychiatrique et les impacts négatifs associés (déscolarisation, désocialisation…).

Ce dispositif de soins ambulatoires sera intégré auprès des acteurs locaux et permettra l'articulation avec le CHU :

- Lien avec les associations de familles ;
- Proposer un accompagnant et une formation régulière aux intervenants de terrain de première ligne ;
- Faciliter la mise en place d'une activité de recherche autour des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence.

Le SUPEA est dans le département de la Haute-Garonne le seul service à proposer une expertise sur les TCA de l'enfant et de l'adolescent avec un parcours de soins incluant ambulatoire, hospitalisation et réseau de partenaires.

La consultation « anorexie mentale de l'adolescent » a permis d'effectuer une étude pilote sur le rôle d'un infirmier développant des compétences spécifiques, proches des pratiques avancées.

FINALISATION DU RELOGEMENT DE LA VILLA ANCELY ET DU DISPOSITIF DEPARTEMENTAL REACTIF POUR ADOLESCENTS

Ce projet prévoit le relogement fin 2019 sur le bâtiment BIM (ou pavillon des médecines) des 11 lits de la Villa Ancely, de la Consultado et de la consultation de régulation et de crise pour adolescents. Viendront s'y ajouter les 6 lits de crise en 2019.

Ainsi, le dispositif départemental réactif pour adolescents, qui a été élaboré avec les partenaires de la Haute-Garonne, sera presque totalement déployé. Ne manquera plus que l'astreinte départementale de pédopsychiatrie, qui permettrait que tout enfant ou adolescent accueilli au CHU la nuit et le weekend puisse bénéficier autant que de besoin de l'avis d'un psychiatre qualifié en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Le CMP d'Ancely viendra lui s'installer provisoirement au Pavillon Laporte, devenant le CMP de Purpan. Il devrait plus tard rejoindre le projet de Grand Hôpital Régional des Enfants.

DEVELOPPEMENT ET RENFORCEMENT DES MISSIONS DE RECOURS DU SUPEA

Le SUPEA a obtenu en 2017 la labellisation Centre de compétences du Centre de Référence Maladie Rares à expression psychiatrique dans le cadre de la Filière Défiscience. Ce label ne s'accompagnant pas de moyens, les activités CRMR ont été développées à moyens constants, ce qui implique d'obtenir, lors du prochain appel à projets, le statut de centre constitutif -avec les moyens afférents-.

Le Programme Régional de Santé insiste sur l'intérêt des « Equipes mobiles pour enfants et adolescents complexes ». Le SUPEA est déjà beaucoup sollicité pour des avis, des expertises, des consultations de recours. Il doit se tenir prêt à proposer une telle équipe car le manque de pédopsychiatres libéraux, dans le médico-social et même dans certains services sanitaires va nécessiter des moyens et une organisation spécifique.

Notons que les 3 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de la Haute-Garonne travaillent actuellement avec l'ARS sur la possibilité d'un partenariat avec le médico-social : environ 8 temps plein de pédopsychiatres sont financés et non pourvus dans le médico-social. Ces moyens pourraient être attribués aux secteurs, à charge pour eux de recruter des médecins qualifiés pour venir en appui du médico-social. Cela soulagerait d'autant les CMP qui sont beaucoup sollicités.

Une consultation Dysphorie de genre a été créée en 2018, à moyens constants, en partenariat avec l'endocrinologie pédiatrique. Les demandes augmentent de façon exponentielle, dans un contexte polémique. Cette problématique demande une approche mesurée, concertée et très spécialisée.

Une consultation interculturelle a été créée depuis 3 ans au sein du SUPEA, à moyens constants. Elle vient en appui des CMP et a pu développer des activités de recherche et des publications prometteuses.

3 OBJECTIFS POUR LE SUPEA

Intégrer la problématique de saturation des CMP (centres médico-psychologiques)

Véritables pivots du parcours de soins en santé mentale de l'enfant, les CMP sont actuellement saturés.

Sont notamment responsables de cette situation : la démographie infantile du département, le manque de pédopsychiatres, le recours de plus en plus fréquent aux CMP par le médico-social et l'Aide sociale à l'enfance…

Les CMP sont les dispositifs de proximité, accessibles sans avance de paiement, rassemblant les compétences d'équipes pluri professionnelles expérimentées. Des mesures d'appui ont déjà été mise en places (permanences d'accueil, création des Consultados sur l'ensemble du département). Une réflexion est bien amorcée au sein du SUPEA et avec les partenaires sur les priorités, les modalités d'accueil, les renforts possibles…).

Le développement de la recherche

Le SUPEA développe régulièrement ses activités de recherche et de publication.

Le SUPEA est membre dans la FHU HoPES, l'unité mixte de recherche Inserm-Université Paul Sabatier 1027 et la FERREPSY.

Un groupe de travail sur la recherche est mis en place à partir de novembre 2018 pour favoriser l'appropriation de la recherche par les praticiens hospitaliers.

Le SUPEA a postulé pour l'attribution d'un poste de CCA à dominante recherche, dans le cadre de l'appel à projets du Ministère de la Santé et du Ministère des Universités.

Le bien être des médecins

Les médecins du SUPEA ont mis en place un groupe de soutien par les pairs. Ce dispositif spécifique s'inscrit en complément des mesures institutionnelles mises en place par le CHU.

Public concerné :

- Médecins séniors du service SUPEA, CHU Toulouse ;
- PUPH, CCA, PH, assistants spécialistes et vacataires.

Constitution du groupe de soutien :

- 3 à 5 médecins du SUPEA ;
- Sur la base du volontariat et des possibilités de chacun ;
- Qui peuvent être différents à chaque activation du groupe.

Indications :

- Nécessité d'échanger et de réfléchir avec ses pairs ;
- Problématique clinique ou technique complexe ;
- Problématique institutionnelle ;
- Ressenti douloureux d'une situation.

Modalités d'activation du groupe :

- Le médecin demande l'activation d'un groupe par mail à l'ensemble des séniors du service ;

- Il propose deux créneaux auxquels il est disponible dans les 15 jours qui suivent ;
- Les médecins disponibles volontaires répondent directement au médecin ;
- Le médecin confirme la date et le lieu du groupe aux intervenants.

Quelques principes :

- Le médecin qui expose sa problématique doit se sentir en complète sécurité ;
- Les discussions restent orales et ne donnent lieu à aucun un compte-rendu ;
- Un principe de confidentialité au sein de chaque groupe de soutien ;
- Ecoute, bienveillance, discrétion, absence de jugement, et entraide les uns envers les autres.

09. Transformer progressivement l'Hôpital des Enfants vers un hôpital résolument digital et numérique

▶ Améliorer la gestion des flux et l'orientation en pré-hospitalier

- Faciliter les entrées aux urgences et les admissions directes ;
- Définir des indicateurs de délais ;
- Améliorer le parcours de soin, grâce notamment un système de pré-enregistrement et d'assistant personnel (BOT).

▶ Développer des outils connectés en per-hospitalier

- Mettre en place des outils connectés dédiés à la qualité de la prise en charge de chaque patient (exemples : accueil personnalisé, informations pratiques sur la structure, informations spécifiques sur son hospitalisation, film d'information pour expliquer les soins, les examens, la pathologie de l'enfant…) ;
- Améliorer la télé-radiologie et la connexion au PACS régional commun (examens au lit du patient, autres sites d'imagerie comme le centre de diagnostic anténatal par exemple) ;
- Réaliser de l'imagerie peropératoire et de chirurgie assistée par ordinateur intégrant des données d'imagerie ;
- Mettre en place des outils dédiés aux professionnels dans une dynamique d'assurance qualité, d'auto-évaluation du personnel sur des actes, sécurisation et évaluation de la pertinence des prescriptions.

▶ Améliorer le suivi en post-hospitalier

- Proposer un suivi et systématiser un suivi post-op ou post-hospitalier (exemples : monitoring, détection et signalement d'effets indésirables ou d'inconfort, douleur…) ;
- Analyser et suivre des données permettant une ré hospitalisation ciblée si besoin ;
- Evaluer la qualité de vie en post-hospitalier.

▶ Promouvoir la E-santé

- Utiliser les nouvelles technologies pour améliorer la collaboration avec les acteurs de proximités, optimiser la prise en charge des enfants, conserver un réseau et une offre de soins dynamique et attractive, rapprocher et maintenir le plus possible l'enfant et sa famille dans son lieu de vie ;
- Communiquer par des moyens modernes (télémédecine, transmission d'images et autres paramètre hémodynamique en temps réel, voire dans le futur une prise en charge avec visibilité de la situation) dans les situations d'urgence extra HE (équipée l'équipe de recours d'urgence appuyée du SAMU pédiatrique) ;
- Moderniser les échanges en matière de soins critiques afin de répondre aux sollicitations d'un large territoire et à une mission de service de public d'offre de soins pour le plus grand nombre (exemples : formation en simulation, staff en visioconférence, discussion de dossiers et de patients avec imagerie à l'appui, aide à la décision thérapeutique d'urgence en collaboration avec les équipes d'interventions du SAMU pédiatrique...) ;
- Développer davantage d'échanges régionaux, nationaux et internationaux grâce à la e-santé (exemples : prolonger les formations initiées sur le terrain par des contacts réguliers…).

▶ Réaliser un projet architectural écoresponsable

- Améliorer l'efficacité énergétique globale du bâti existant (optimiser les pratiques, amplifier l'effort de rénovation thermique, réduire l'empreinte énergétique…) ;
- Créer des espaces modulables et adaptables à de nouveaux modes de prise en charge, fondés sur un principe de flexibilité et de modularité ;
- Faciliter les mutualisations internes et les partages de compétences en facilitant les interfaces et les interconnections.

▶ En synthèse

Disciplines	Actuellement	Cible GHRE	Δ
Projet	1 bâtiment existant de 24 000 m² et multiples implantations représentant 7500 m² sur plusieurs sites et plusieurs bâtiments (PPR, PDV, Laporte, la Grave…)	Construction d'un bâtiment accueillant le nouveau plateau technique Réhabilitation de l'ancien bâtiment Regroupement de toutes activités pédiatriques et pédopsychiatriques	
Hospitalisation complète	144 lits (128 HE + 16 PPR)	109 lits	-35
Hospitalisation de jour et séances	103 places (31 HE+ 12 PPR + 60 pédopsychiatrie)	102 places	-1
ACA	15 places (10 HE + 5 PPR)	20 places	5
Box d'explorations fonctionnelles	9 box (7 HE + 2 PPR)	9 box	0
Box des urgences	19 box	23 box	4
Urgences	14 lits	23 lits	9
Déchocage	2 box	4 box	2
UHCD	0 lit	12 lits	12
Soins critiques réa néonat	49 lits	55 lits	6
Néonatalogie	37 berceaux	25 berceaux	-12
Néonatalogie PDV	6 berceaux	6 berceaux	0
Blocs	10 blocs (HE + 2 PPR)	10 blocs	0
Imagerie interventionnelle	1 salle cathétérisme	2 salles cathétérisme	1
Imagerie	1 IRM + 1 Scan + 2 échographes + 3 salles conventionnelles	1 IRM 3T + 1 Scan + 3 échographes + 1EOS + 3 salles conventionnelles	
Unité hivernale	24 lits	24 lits	0
Dialyse	6 places	6 places	0
Consultations	26 box (hors consultations ORL et ophtalmologie de PPR)	26 box (hors consultations ORL et ophtalmologie de PPR)	0
Autres fonctions	Ecoles et animation + recherche et enseignement + espaces éthique, parents enfants + CRA + associations suivant possibilités		
Accès stationnement	Parking 255 pl sur zone extension	Reconstruction des 255 places, redéfinition du circuit urgence et dépose minute	

▶ Intégrer une réalisation échelonnée dans le temps du projet

Un scenario alternatif et a minima, serait de prioriser l'agrandissement des urgences pédiatriques, la modernisation des soins critiques pédiatriques et de néonatalogie, le regroupement de la pédopsychiatrie ambulatoire et le rapprochement des unités médicales scindées sur le site de PPR.

Ce scenario comportera aussi la réhabilitation de l'actuel hôpital des enfants, ce qui impliquera des travaux extrêmement complexes en site occupé. Ce scénario perturbera le virage ambulatoire, dans la mesure où les blocs âgés de vingt ans ne seront pas modifiés et que le capacitaire ne pourra être adapté. Les spécialités chirurgicales (ORL ophtalmologie, maxillo-faciale et neurochirurgie) actuellement localisées au sein du site de PPR resteront scindées du pôle des enfants, ce qui empêchera un parcours unifié et un regroupement au sein du GHRE. L'activité d'imagerie pédiatrique restera sur deux sites.

Disciplines	Actuellement	Phase 1 GHRE
Projet	1 bâtiment existant de 24 000 m² et multiples implantations représentant 7500 m² sur plusieurs sites et plusieurs bâtiments (PPR, PDV, Laporte, la Grave…)	Construction d'un bâtiment accueillant les urgences pédiatriques et la pédopsychiatrie Adaptation des soins critiques de pédiatrie et néonatalogie Réhabilitation de l'ancien bâtiment
Hospitalisation complète	144 lits (128 HE + 16 PPR)	
Hospitalisation de jour et séances	103 places (31 HE+ 12 PPR + 60 pédopsychiatrie)	60 places pédopsychiatrie
ACA	15 places (10 HE + 5 PPR)	
Box d'explorations fonctionnelles	9 box (7 HE + 2 PPR)	
Box des urgences	19 box	23 box
Urgences	14 lits	23 lits
Déchocage	2 box	4 box
UHCD	0 lit	12 lits
Soins critiques réa néonat	49 lits	55 lits
Néonatalogie	37 berceaux	25 berceaux
Néonatalogie PDV	6 berceaux	6 berceaux
Blocs	10 blocs (HE + 2 PPR)	
Imagerie interventionnelle	1 salle cathétérisme	
Imagerie	1 IRM + 1 Scan + 2 échographes + 3 salles conventionnelles	
Unité hivernale	24 lits	
Dialyse	6 places	
Consultations	26 box (hors consultations ORL et ophtalmologie de PPR)	
Autres fonctions	Ecoles et animation + recherche et enseignement + espaces éthique, parents enfants + CRA + associations suivant possibilités	
Accès stationnement	Parking 255 pl sur zone extension	Reconstruction des 255 places, redéfinition du circuit urgence et dépose minute

Le centre universitaire cardio-vasculaire, respiratoire et métabolique : une ambition stratégique à 10 ans

10. Moderniser le site de Rangueil

► Réhabiliter le bâtiment H1

Le bâtiment H1 est dans un état très hétérogène, avec certains services qui n'ont pas connu de rénovation depuis 1975, ou des unités qui ont fait l'objet d'opérations d'humanisation totale ou partielle. Le confort hôtelier est globalement inadapté aux standards actuels, avec de nombreuses chambres doubles, qui ne sont pas dotées de douches.

L'enveloppe extérieure du bâti est en mauvais état (menuiseries peu étanches et amiantées, isolation thermique insuffisante, fuites des toitures), tandis que les installations techniques sont vétustes, générant des coûts importants de maintenance. Les réseaux hydrauliques sont ainsi à moderniser en termes de distribution primaire et de distribution secondaire. Si les analyses effectuées semestriellement sur eau chaude et froide sanitaire sont conformes, quatorze points répartis sur l'ensemble du bâtiment obligent à des mesures de sécurité onéreuses comme l'équipement de tous les points d'usage de filtres tous germes. Les réseaux aérauliques doivent de même être repris en totalité, comme les réseaux électriques secondaires (le réseau primaire ayant été sécurisé en 2011). Les réseaux de gaz médicaux sont à mettre en conformité.

Il convient enfin de rappeler que le bâtiment est sous avis défavorable du SDSI, la structure, la distribution intérieure, le désenfumage et les dégagements devant être traités dans le cadre de la réhabilitation.

Deux missions de diagnostic ont été lancées. La première, disponible en décembre 2018, vise à améliorer les performances thermiques de l'enveloppe du bâtiment, en site occupé. La seconde, rendue au cours du premier semestre 2019 étudie la rénovation intérieure des étages dans une double perspective de mise en conformité réglementaire (technique, sécurité incendie) et d'amélioration du confort hôtelier.

Il a été décidé de prolonger le présent projet d'établissement pour disposer d'une visibilité suffisante sur les services et activités déployées au sein du bâtiment H1, à la fois pour organiser la libération des locaux dans des conditions les moins perturbantes possibles pour l'activité et réaliser les travaux dans l'optique de localisation finale des équipes accueillies, notamment avec la fermeture du site de Larrey.

▶ Constituer un plateau de soins ambulatoires cardio-vasculaires-métaboliques

Le plateau de soins ambulatoires du Pôle Cardiovasculaire et Métabolique sera constitué :

- D'hôpitaux de jour ;
- De consultations de diabétologie, de nutrition, de cardiologie et de chirurgie cardiaque, ainsi que celles de médecine et de chirurgie vasculaire ;
- Du centre d'imagerie cardiaque ;
- Du plateau d'exploration fonctionnel cardiovasculaire (épreuve d'effort, Holter ECG et mesure ambulatoire de la pression artérielle).

En effet, la pratique des examens échographiques est devenue un complément indispensable aux consultations tant de cardiologie que de médecine vasculaire.

L'intégralité du RDC des bâtiments H1 et H2 de Rangueil serait ainsi consacré à l'ambulatoire des différentes disciplines offrant aux patients une qualité et un confort de prise en charge réels, un parcours simplifié et lisible, facilité par l'ouverture du Téléphérique Urbain Sud.

La création du Centre d'Imagerie Cardiaque

Les locaux actuels au 6ème de l'unité d'échocardiographique, du fait de leur exiguïté, ne répondent plus aux besoins des patients avec des appareils situés dans la salle d'attente couché, une seule salle d'échocardiographie de stress, des patients attendant assis dans le couloir.

Son déménagement au RDC du bâtiment H1, dans les locaux libérés par le regroupement du Service de Radiologie, permettrait d'améliorer son accessibilité et de créer physiquement le Centre d'Imagerie Cardiaque, avec une continuité verticale entre l'unité d'échocardiographie, le service de médecine nucléaire. Le laboratoire d'échocardiographie sera au contact direct de l'unité d'hospitalisation de jour dont la plupart des patients nécessitent la réalisation de ce type d'examen de repos ou de stress. Le laboratoire d'épreuve d'effort y serait incorporé pour regrouper toutes les explorations à l'effort dans un même secteur, que leur surveillance soit purement électrocardiographique ou également écho-cardiographique.

Dans le prolongement du rapprochement des explorations fonctionnelles et du laboratoire d'échocardiographie (et par extension du centre d'imagerie cardiaque) sera créé l'unité de cardiologie du sport qui consistera à une consultation associée aux explorations qui l'accompagnent de cardiologie du sportif.

L'Hôpital de Jour

Les locaux récemment ouverts au RDC du H1 font l'unanimité tant des patients que du personnel soignant, constituant une étape fondamentale dans l'amélioration de l'accueil et de la qualité des soins. Une augmentation d'activité est prévisible avec une part croissante de réalisation des coronarographies et d'actes de rythmologie / stimulation en ambulatoire ainsi que la possibilité récemment obtenue de réaliser des chocs électriques sous-anesthésie générale pour les patients en hospitalisation de jour. Pour préserver cette prise en charge optimale, il faudra stabiliser le nombre d'ETP du personnel paramédical y intervenant, obtenir un poste de praticien hospitalier dédié à l'ambulatoire et avoir une meilleure disponibilité des plateaux techniques de cardiologie et de Médecins vasculaires.

Concernant la réalisation des échocardiographies si l'hospitalisation est programmée de longue date ou si l'échographe est l'examen clef de suivi, comme pour les dissections aortiques, le rendez-vous sera pris par les IDE de programmation. Dans les autres cas ou en cas de nécessité de réalisation d'un examen non initialement prévu, l'échocardiographie sera réalisée par l'interne de l'hospitalisation de jour dédié aux explorations échocardiographiques.

En effet, une hospitalisation de jour de qualité fidélise la file active de patients et assure l'orientation privilégiée de ces patients vers le système hospitalier public si des complications aigues apparaissent.

La mutualisation des consultations

La mutualisation de l'activité de consultation à l'échelle du pôle CVM devra reposer sur une organisation permettant plus de souplesse dans la prise en charge des patients non programmés afin de répondre à la demande.

La création d'un centre vasculaire médicochirurgical

Afin de structurer une prise en charge d'excellence des pathologies vasculaires extra-cardiaques, les services de médecine et de chirurgie vasculaire, fédérés, seront le noyau d'un « centre vasculaire » régional d'expertise, réunissant tous les acteurs de la prise en charge du patients vasculaire (médecine, chirurgie, radiologie, hémostase…).

Ce centre aura comme mission d'organiser la prise en charge des pathologies circulatoires fréquentes et rares (artérielles, veineuses, lymphatiques et microcirculatoires), de coordonner et favoriser la recherche clinique sur ces thématiques, d'organiser et structurer les réseaux de santé sur le territoire.

▶ Créer une unité e-sante et innovation organisationnelle

Le développement de l'ambulatoire sera complété par l'ouverture d'un Centre de Télésurveillance et d'une consultation spécialisée pluri-professionnelle obéissant au forfait de prestation intermédiaire.

Le Centre de Télésurveillance des patients insuffisants cardiaques pourrait être situé à proximité de la consultation de cardiologie pour en favoriser le fonctionnement qui obéira aux règles suivantes :

- Inclusion au décours d'une décompensation des patients suivis directement par l'équipe médicale du CHU ;
- Participation pour l'inclusion d'une IDE spécialisée en insuffisance cardiaque et en éducation thérapeutique, qui gérera les modalités administratives, réalisera une démonstration du matériel et une séance d'éducation thérapeutique individuelle, et jugera avec les médecins de l'inclusion éventuelle du patient dans un programme de réadaptation ;
- Création d'une liste de médecins qui géreront les alertes en précisant leurs journées hebdomadaires d'intervention ;
- Détermination des IDE spécialisées en insuffisance cardiaque qui suivront quotidiennement les jours ouvrables le logigramme de gestion des alertes et appelleront le médecin prédéfini en cas d'alerte significative ;
- Désignation du cadre administratif et/ou de la secrétaire qui suivront cette activité pour s'assurer de la rémunération du CHU.

Les paramètres télé-surveillés pourront différer en fonction de la sévérité des patients et de l'existence ou non d'un matériel embarqué mais l'accompagnement thérapeutique par des IDE spécialisées en sera le dénominateur commun

Les patients le nécessitant, en fonction des alertes, bénéficieront d'une consultation pluri-professionnelle en insuffisance cardiaque, comportant un avis médical, infirmier spécialisé et diététique offrant droit à une tarification spécifique. Ce nouveau type de consultation sera également ouvert aux autres patients insuffisants cardiaques (prestation intermédiaire).

Le développement d'une unité de téléconsultation permettra de répondre à la diminution de la démographie médicale spécialisée en périphérie.

▶ Conforter la place du département de diabétologie-nutrition sur le territoire

Les disciplines du pôle CVM prennent en charge des patients atteints de maladies chroniques dont la prévalence ne cesse d'augmenter tandis que la couverture de médecine spécialisée de la région s'effondre.

La place du CHU est celle d'une plateforme d'excellence diabète - nutrition pour le diagnostic, la recherche de solutions thérapeutiques et d'accompagnement et la coordination avec les acteurs de ville et des hôpitaux généraux.

Les convergences diabète – nutrition s'expriment à travers une consultation et un hôpital de jour mutualisés, la prise en charge conjointe de patients dans le cadre de la chirurgie métabolique, les troubles du comportement alimentaire chez les patients obèses ou diabétiques, la prise en charge des grossesses chez les femmes diabétiques et les femmes opérées, des modes de prise en charge partagés : éducation thérapeutique, e-santé.

Le département de diabétologie – nutrition s'inscrit en interaction forte avec les disciplines de Rangueil.

Les perspectives de la plateforme d'excellence diabète – nutrition s'inscrivent dans le cadre de l'ambulatoire, de l'hospitalisation MCO et du SSR. Ses missions sont de fournir une aide à la décision d'orientation, de diagnostic et de prise en charge pour les personnes de la région ayant besoin de ce recours.

L'ambulatoire sera plus performant. La consultation et l'HDJ seront développés dans la perspective des parcours de soins, avec une structure d'accueil suffisamment dimensionnée et des compétences spécifiques médicales et paramédicales dédiées pour une prise en charge personnalisée. Une équipe mobile sera dédiée à l'orientation de la prise en charge des patients hospitalisés au sein du CHU, en capitalisant sur l'expertise de l'équipe mobile de nutrition et en structurant l'offre pour le diabète. L'éducation thérapeutique sera développée pour accompagner les patients, instaurer des thérapies ambulatoires, incluant le recours à des stratégies innovantes de e-santé et d'ingénierie.

Le service d'hospitalisation constitue la seule structure qui assure la permanence des soins dans ces spécialités tant à Toulouse que pour les territoires de la région. Le besoin concerne les patients orientés via le SAU ou directement pour découverte de la maladie, pour les situations aiguës ou complexes qui ne peuvent être gérées en ambulatoire (présentations atypiques, échec thérapeutique…) et pour les technologies et thérapeutiques innovantes (pompes à insuline avec

capteur, chirurgie métabolique…). Le besoin concerne également les situations de recours émanant des activités de référence du CHU de Toulouse (cicatrisation, transplantation, diabète de mucoviscidose, dénutrition sévère, obésités extrêmes…).

11. Préparer le départ des services de Larrey

A Larrey, sont actuellement situés les services de chirurgie thoracique, dermatologie, pneumologie, ORL et chirurgie cervico-faciale ainsi que les plateaux techniques et les secteurs mutualisés du pôle CVR. L'hôpital Larrey héberge également l'unité d'endocrinologie du pôle CVM et l'unité de dialyse chronique du pôle urologie-néphrologie-transplantation-chirurgie plastique. Le départ programmé de Larrey impose, d'une part un maintien du fonctionnement actuel dans les conditions de qualité adéquate, avec la prise en charge des patients, et l'anticipation du déménagement prévu sur le site de Rangueil.

▶ Conforter le virage ambulatoire

La création d'une unité dédiée à l'ambulatoire, du service ORL et de Chirurgie Cervico-faciale, concomitante au développement de la chirurgie de recours

L'activité du service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale est centrée sur la prise en charge des pathologies des voies aérodigestives supérieures, et notamment dans le domaine de la pathologie rhinosinusienne chronique, de la pathologie cervico-faciale (chirurgie de la thyroïde, chirurgie des glandes salivaires). Le service déploie une activité d'oncologie partagée entre de l'IUCTO-Langlade pour cancérologie du pharyngo-larynx et de la cavité buccale, tandis que la cancérologie du sinus, de la base du crâne, des glandes salivaires et de la thyroïde est assurée à l'IUCTO-Larrey.

Il assure la prise en charge régionale des urgences ORL adultes respiratoires, hémorragiques et infectieuses, en lien étroit avec la médecine de ville/ORL, notamment en préservant les avis séniorisés, la prise en charge de la douleur dans la gestion des urgences. Cette dynamique doit amener à adapter les protocoles analgésiques, former les IDE à l'hypnose et ouvrir une consultation de semi-urgence ORL.

Une activité de chirurgie ambulatoire a d'ores et déjà pu être réalisée en hospitalisation foraine, faute d'unité dédiée. L'accès à un plateau de chirurgie ambulatoire, dans la même unité de lieu est cependant indispensable au développement plus conséquent du virage ambulatoire de la discipline. L'activité de sialendoscopie diagnostique et thérapeutique a vocation à se développer dans le projet de chirurgie ambulatoire, en proposant une consultation dédiée à la pathologie salivaire obstructive et tumorale.

Une unité de 6 lits du secteur 1B sera ainsi sanctuarisée pour accueillir des patients de chirurgie ORL et d'endoscopie bronchique avec geste anesthésique.

Les interventions d'ORL en ambulatoire nécessitent une hospitalisation « longue » (de 7h à 19h après SSPI et surveillance post op dans l'unité, ce qui nécessitera la présence de personnels sur une amplitude de 12h.

Renforcer la chirurgie des sinus et de la base du crâne

La prise en charge des pathologies rhinosinusiennes est une activité médico-chirurgicale nécessitant un plateau technique spécifique : olfactométre, rhinomanométre, rhinoscopes, optiques, colonnes vidéo, instrumentation dédiée… La chirurgie des sinus évolue vers une prise en charge ambulatoire, les chirurgies étendues de la base du crâne (tumeurs des sinus, brèches osseuses) nécessitent un plateau technique spécifique en perpétuelle sophistication, nécessitant des investissements (réalité augmentée, micro-instrumentation, navigation en temps réel), des collaborations avec les neurochirurgiens et une réunion de concertation pluridisciplinaire mensuelle dédiée aux cas les plus complexes.

La prise en charge des tumeurs cutanées cervico-faciales

Les carcinomes cutanés représentent la première cause de tumeur maligne en termes de fréquence. L'exérèse chirurgicale reste la prise en charge de référence dans une grande majorité des cas. Une consultation multidisciplinaire médicochirurgicale d'oncodermatologie est organisée de manière bimensuelle, de même qu'une réunion de concertation pluridisciplinaire dédiée aux cas les plus difficiles. En lien avec les dermatologues le développement d'une activité transversale d'injections à visée médicale (botox, acide hyaluronique) sera réalisé.

DEVELOPPEMENT DU CENTRE DE REFERENCE REGIONAL DE L'UNITE DE LA VOIX ET DE LA DEGLUTITION

La prise en charge rééducative des patients porteurs de troubles de la voix et de la déglutition et le Centre de rééducation intensive des laryngectomisés (CRIL) ont pour objectif la prise en charge holistique autour d'un programme de rééducation de la parole et de la déglutition. L'approche est aussi médico-psycho-sociale répondant ainsi particulièrement aux besoins de cette population.

Dans ce contexte le service ORL tient à développer les activités pour lequel elle est la référence régionale en raison des possibilités de collaboration au sein de l'établissement ou de par les techniques spécifiques dont le service dispose.

- La vidéoradiométrie haute résolution de la déglutition dans le domaine de la jonction pharyngo-oesophagienne. Cette technique contribuera au centre de la toux du pôle, et, en lien avec les neurologues à la meilleure gestion des pathologies neurodégénératives et ouvrira une collaboration avec les gastro-entérologues ;
- La vidéoendoscopie interventionnelle avec la recherche d'une instrumentation spécifique en termes d'aiguilles mais aussi de pinces (biopsie, coagulation…) et de fibres LASER pour le traitement personnalisé des atteintes des cordes vocales ;
- De nouvelles techniques de rééducation en lien avec le CRIL comme la rééducation avec feedback visuel nasofibroscocopique, dilatations dynamiques de la jonction pharyngo-œsophagienne sous anesthésie locale, synthèse vocale et appareil de communication augmentée ;
- La prise en charge des paralysies laryngées incluant les techniques de réinnervation laryngée.

METTRE EN PLACE UNE UNITE TRANSVERSALE D'ALLERGOLOGIE

Cette plateforme associe l'ORL, la pneumologie et la dermatologie, pour répondre aux allergies qui touchent plus de 30% de la population générale. Maladies héréditaires aggravées par l'évolution de la société moderne industrielle et urbaine, les allergies respiratoires (rhinites et

asthme allergique) sont en effet, à la fois, un problème de santé publique et de société. Elles sont classées au quatrième rang des maladies mondiales par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Les autres manifestations allergiques sont variées (urticaires, eczémas, rhinites allergiques) et potentiellement graves (asthme, chocs anaphylactiques, oedèmes de Quincke, toxidermies …).

Avec la croissance de la population urbaine dans la région et la forte attractivité du CHU de Toulouse, les besoins sont élevés et croissants.

L'ouverture d'une plate-forme transversale d'allergologie permettra de mettre en place une approche pluridisciplinaire, de développer l'attractivité de la discipline nouvellement considérée comme une spécialité à part entière, renforcer la collaboration avec les services de pathologie au travail, d'anesthésie, et d'ophtalmologie, développer la recherche clinique et l'éducation thérapeutique, former les futurs praticiens de cette spécialité récemment reconnue (création du DES d'allergologie en 2017). La plate-forme d'allergologie apportera aux patients une prise en charge globale des pathologies allergiques, quelles qu'elles soient, tout en simplifiant le parcours de soins et en donnant une visibilité à ce nouveau recours diagnostique et thérapeutique. Elle a vocation à être un centre de référence régional ouvert vers le secteur libéral associant l'ensemble des allergologues de la région toulousaine en leur apportant, si nécessaire, une réponse pour les pathologies allergiques complexes à prise en charge hospitalière. Cette plate-forme d'allergologie doit aussi permettre la conduite d'essais cliniques, d'études longitudinales, d'études de cohorte et de travaux translationnels avec les unités INSERM du CPTP impliquées en Immunologie. Activité de proximité mais aussi de recours et investissant le champ de la recherche et de l'enseignement, la prise en charge de l'allergie, articulée autour de cette plate-forme constitue un projet hospitalo-universitaire et scientifique innovant, ambitieux et de grande envergure, permettant une meilleure prise en compte de l'allergie en Midi-Pyrénées.

POURSUIVRE LE DEVELOPPEMENT DE L'AMBULATOIRE EN PNEUMOLOGIE

L'activité d'oncologie et d'immunothérapie en oncologie thoracique implique le développement de l'hôpital de jour d'immunothérapie, d'une plateforme de prescription des traitements anti-cancéreux par voie orale et l'optimisation de la plateforme diagnostique (endoscopie). L'orientation des patients, vers une prise en charge ambulatoire, induira la réorganisation des LISP sur le site de Rangueil.

Les explorations du sommeil avec le développement d'alternatives à l'hospitalisation comme les explorations à domicile pour les patients de proximité et la collaboration avec l'hôtel hospitalier pour les patients plus éloignés

L'hospitalisation de jour de ventilation, avec pour objectif de créer un centre de référence de l'appareillage complexe de la défaillance respiratoire chronique sur le modèle existant à l'hôpital Pitié Salpêtrière à Paris.

▶ Renforcer les prises en charge de recours des disciplines du site

OFFRIR UNE ACTIVITE DE RECOURS EN ONCOLOGIE THORACIQUE ET EN ASTHMOLOGIE PAR L'INTRICATION DES SOINS AVEC LA RECHERCHE CLINIQUE ET TRANSLATIONNELLE

L'activité d'oncologie thoracique constitue un recours régional en soins et enseignement. Elle tire un grand bénéfice de son intégration à la pneumologie en tant qu'oncologie « d'organe ». L'objectif est de pérenniser et renforcer cette intégration en gardant une bonne visibilité au sein de l'IUCTO. L'oncologie thoracique est ainsi un acteur majeur du projet médical de cancérologie, à travers le centre de biopsies liquides, le centre de dépistage, la plateforme de prescription des thérapies ciblées et le service dédié à l'immunothérapie. Elle développe en outre une étroite collaboration avec la chirurgie thoracique, notamment pour le suivi des patients transplantés.

La prise en charge des patients évolue vers un accueil ambulatoire, l'hospitalisation complète étant réservée aux complications et aux soins palliatifs.

L'importance de la recherche industrielle et académique au sein du service permet une reconnaissance nationale et internationale et joue un rôle moteur pour la structuration de l'ensemble de la recherche en pneumologie.

L'expertise dans le domaine se concrétise par le lien avec les équipes INSERM du CRCT (Centre de Recherche en Cancérologie Toulousain) avec de nombreux projets de recherche fondamentaux ou translationnels dans le domaine de l'oncologie (immuno-monitoring, analyse des résistances aux thérapies ciblées, biopsies liquides et séquençage haut-débit).

De manière plus transversale, la discipline souhaite prévenir les maladies pulmonaires graves, en développant la médecine préventive, par l'identification et la prise en charge des facteurs de risque, en lien avec cardiologie et maladies métaboliques.

En développant la recherche, la discipline souhaite faire progresser la technicité des outils et faire bénéficier les patients des nouveautés endoscopiques mises aux point (prothèses 3D, stent endobronchiques, thermoplastie).

L'asthme est la pathologie respiratoire la plus fréquente avec une prévalence de 7% en France. L'asthme sévère représente 3 à 5% des asthmes ce qui pose d'emblée le problème de son identification au sein d'un ensemble pathologique fréquent. Sa prise en charge nécessite des explorations coordonnées au sein d'un plateau technique pluridisciplinaire. L'identification de nouvelles cibles thérapeutiques a permis, comme pour le cancer bronchique, la mise au point de nouveaux traitements ciblés prometteurs pour les patients qui peuvent en bénéficier.

Le service de pneumologie de Toulouse est, avec celui de Nantes, coordonnateur du Réseau CRISALIS F-CRIN (INSERM) qui regroupe 12 centres experts de CHU avec pour objectif de promouvoir la recherche clinique et translationnelle dans l'asthme sévère et de créer un maillage territorial avec les CHG et les pneumologues libéraux autour de cette thématique pour améliorer le parcours de soins des patients, l'accès aux traitements ciblés et aux essais cliniques. Des liens sont en développement avec l'ATIP (Avenir team "Asthma, Allergy & Immunotherapy") du CPTP localisé à Purpan pour développer un axe fort de recherche translationnelle dans l'asthme et l'allergie respiratoire.

Cette thématique asthme et allergie est en lien étroit avec celle de la toux chronique, soit un axe de recherche émergent au plan clinique et sur lequel le service de Pneumologie a acquis ces dernières années un rôle de leader en France lui permettant de fédérer plusieurs centres universitaires autour de la création d'un groupe toux au sein de la Société de pneumologie de Langue Française (SPLF) adhérent au projet européen Neurocough.

DEVELOPPER LES CENTRES DE RECOURS DES PATHOLOGIES RESPIRATOIRES RARES (HTAP, FIBROSE, MUCO...)

- CRCM adulte (Centre de ressources et de compétences pour la Mucoviscidose)
- Centre de compétence HTAP
- Centre de compétence maladies rares pulmonaires (pathologies interstitielles)

Ces centres ont une activité de recours régionale pour le soin (ambulatoire et hospitalisation complète) et la formation des personnels soignants avec des files actives de l'ordre de 200 patients par domaine. Ils participent à la recherche dans le cadre des liens avec les centres de références nationaux. Ces activités ont nécessité le développement de compétences soignantes en éducation thérapeutique et coordination des parcours de soins avec des retombées pour l'ensemble des activités de pneumologie. L'activité de mucoviscidose nécessite des locaux adaptés en ambulatoire et hospitalisation du fait des risques de transmission croisée de germes pathogènes. Le centre de compétence HTAP collabore étroitement avec le secteur d'exploration hémodynamique cardiologique. L'objectif est de renforcer ces activités de recours qui nous offre une expertise et une notoriété régionale et nationale. L'activité de ces centres est fortement liée à l'activité de transplantation pulmonaire.

LABELLISER UN CENTRE REGIONAL DE TRANSPLANTATION PULMONAIRE A PARTIR DE L'EXPERTISE DE L'EQUIPE DE PNEUMOLOGIE ET DE CHIRURGIE THORACIQUE

L'activité de chirurgie thoracique est étroitement liée à celle de la pneumologie que ce soit dans les soins, l'enseignement ou la recherche. Elle requiert l'accès aux mêmes plateaux techniques (blocs opératoires, imagerie, EFR, soins critiques et endoscopie) et réalise la chirurgie de l'emphysème en lien avec les techniques endoscopiques développées en pneumologie.

Elle assume une fonction de recours régional, à la fois dans la prise en charge des urgences chirurgicales, la transplantation pulmonaire, l'intégration des technologiques innovantes de chirurgie mini-invasive et robotique. Son expertise est nationale pour les pathologies thoraciques rares (mésothéliome, thymomes)

Dans cette perspective d'expertise et de recours, il est proposé de développer l'activité de transplantation pulmonaire à hauteur de 30 transplantations annuelle, en renforçant avec le CHU de Montpellier les partenariats en post-opératoire et les formations communes.

Les patients candidats à la greffe sont atteints de BPCO, de fibrose pulmonaire, de mucoviscidose, de maladies rares pulmonaires… Leur suivi post-transplantation pulmonaire requiert des pneumologues endoscopistes experts disponibles au sein du pôle CVR, des kinésithérapeutes et des diététiciens disposant de l'expertise médicale adéquate.

Le service s'inscrit dans la RRAC et accompagne les réhabilitations à domicile ou en hospitalisation de jour au sein du CHU de Toulouse. L'unité des transplantés se trouve à proximité de la chirurgie thoracique, du plateau technique (scanner, soins intensifs, EFR, endoscopie

interventionnelle), de l'UTO de Rangueil, de la réanimation (en préopératoire pour les patients instables) et de la dialyse.

ASSURER L'EXCELLENCE DANS LES SOINS DE RECOURS DES MALADIES DERMATOLOGIQUES ET DES CANCERS CUTANES

Le service assure les prises en charge ; notamment de recours :

- Des maladies inflammatoires et allergiques cutanées (psoriasis, dermatite atopique, allergies de contact, toxidermies (centre de compétence), maladies bulleuses (centre de compétence), urticaire, hidradénite suppurée) et les mastocytoses (Centre de Référence national). Le rayonnement et le recrutement des patients se fait sur la région grand Sud-ouest par l'intermédiaire de consultations thématisées à développer dans le futur ;
- Des maladies rares génétiques et malformations vasculaires (centre de référence national) ;
- De l'oncodermatologie (mélanomes, carcinomes, lymphomes) prise en charge en grande majorité à l'IUCTO-Langlade, sachant que l'IUCTO-Larrey contribue à la prise en charge des lymphomes cutanés (photochimiothérapie extracorporelle) et des patients avec mélanome métastatique en hospitalisation traditionnelle ;
- De dermatologie interventionnelle par photothérapie (UVA/UVB, UVA haute pression, photothérapies localisées), photochimiothérapie extracorporelle, lasers médicaux, photothérapie dynamique, chirurgie dermatologique.

La discipline prépare le développement de la médecine ambulatoire en ayant recours à un plateau de consultation plus grand et ainsi pallier la saturation totale actuelle des 8 box de dermatologie. Cet espace comprendra la colocalisation du plateau technique complet (lasers, photothérapie, chirurgie, hospitalisation de jour) sur un même espace.

Elle assurera la coordination des soins au niveau régional avec les centres hospitaliers dans lesquels interviennent des dermatologues formés au CHU de Toulouse (Castres, Cahors, Tarbes-Lourdes, Carcassonne, Albi) et accompagner la croissance des demandes d'avis dermatologiques urgents émanant des praticiens de la région du fait de la raréfaction des dermatologues de ville (perte de 30% de praticiens dans les 5 ans à venir). Pour assurer cet accroissement d'activité, dans un contexte de moindres ressources de praticiens de la discipline, l'investissement dans la télémédecine et l'e-santé sera développé, moyennant un modèle économique incitatif. Enfin le transfert de compétence de certains actes aux équipes infirmières de pratique avancée permettra de libérer du temps médical pour des prises en charge plus complexes.

MUTUALISER LES PLATEAUX TECHNIQUES

Endoscopie bronchique

Ce plateau technique est partagé par l'ensemble des services du pôle CVR et constitue un secteur de recours régional en raison du développement de techniques d'explorations diagnostiques modernes (échoendoscopie, minisondes, superdimension) auxquelles les centres hospitaliers et les cliniques privées ont peu accès ou ne disposent pas de l'ensemble des compétences nécessaires notamment pour réaliser une activité innovante en endoscopie interventionnelle.

Ce plateau technique entretient des liens étroits et indispensables avec les blocs opératoires et le pôle Anesthésie Réanimation.

Soins critiques

Les soins critiques réalisent la prise en charge des défaillances respiratoires et se composent de 12 lits mutualisés médico-chirurgicaux de soins intensifs (SI) et de 6 lits de soins continus chirurgicaux

Ce secteur de SI respiratoire est unique sur la région pour toutes les pathologies de pneumologie et constitue le recours régional des patients ventilés, des hémoptysies, fibrose, HTAP, mucoviscidose et endoscopie interventionnelle en urgence.

La mixité des patients (pneumo et chirurgie thoracique) au sein de la même unité de soins critiques est un modèle cohérent à conserver à la fois pour le soin mais aussi pour la formation des internes de différentes spécialités qui y travaillent (anesthésistes, pneumologues, MIR, Urgentistes).

Centre d'exploration de la fonction respiratoire

Ce service comporte les explorations fonctionnelles respiratoires et une activité de réhabilitation.

L'exploration fonctionnelle respiratoire a une activité étroitement liée à la chirurgie thoracique et à la pneumologie. Le laboratoire dispose d'un matériel permettant des explorations respiratoires complètes et complexes, les explorations du diaphragme, de la force des muscles respiratoires, des tests de commandes ventilatoires, test de provocation bronchique...

Les patients infectés et immunodéprimés provenant des secteurs de pneumologie et chirurgie thoracique font l'objet d'une prise en charge séparée. Or, à ce jour, la disposition et la dimension des salles d'EFR ne permettent pas de garantir cette distinction de flux de patients, ce qui altère la fluidité des parcours patients et impliquera d'envisager une réorganisation des locaux.

L'ambulatoire se développant en pneumologie et en chirurgie thoracique, l'EFR doit conserver une bonne proximité avec les secteurs d'ambulatoire ainsi qu'une disponibilité du plateau d'exploration selon les créneaux souhaités de ces services.

L'enjeu pour le secteur d'EFR est de progresser technologiquement notamment pour l'exploration fonctionnelle des dyspnées chroniques ou du diaphragme en créant une véritable dynamique de recherche clinique avec les secteurs de soins. Le développement de ces explorations de la dyspnée s'inscrit dans la logique d'un rapprochement avec le pôle CVM dont les patients qu'ils soient cardiologiques ou métaboliques sont fréquemment confrontés au symptôme essoufflement. Elle s'inscrit aussi dans la poursuite du partenariat instauré depuis plusieurs années avec le centre de référence des maladies neuromusculaires dans le pôle neuroscience.

La réhabilitation des malades respiratoires chroniques mais aussi des patients pris en charge en oncologie thoracique est une activité en plein développement et fortement recommandé par l'HAS. L'offre de soins pour les patients sévères est actuellement trop faible par rapport aux demandes de patients de plus en plus lourdement handicapés et nombreux et ce d'autant plus que des liens ont également été créés avec le secteur de diabétologie et nutrition du pôle CVM pour la prise en charge en réhabilitation des patients obèses.

L'enjeu est d'assurer une prise en charge complète des patients hospitalisés en pneumologie pour défaillance respiratoire (des soins aigus à la réhabilitation post hospitalisation, facteur essentiel de prévention des rechutes) et de développer les prises en charge innovantes de type fast-track du pré-op au post-op en chirurgie thoracique permettant de réduire les durées d'hospitalisation par un meilleur conditionnement pré et post opératoire.

Il s'agit également de développer un réseau externe de kinésithérapeutes et d'éducateurs sportifs spécialisés dans les pathologies respiratoires afin d'assurer le relais post-réhabilitation en proximité du lieu de vie des patients. Dans ce domaine la télé-réhabilitation est un outil à développer absolument qui pourrait impliquer des IDE de pratiques avancées.

Le plateau de consultations

Le plateau accueille plus de 30 000 consultants par an en pneumologie, oncologie thoracique, allergologie, chirurgie thoracique et consultation anesthésie. Les locaux actuels de Larrey ne sont plus adaptés au flux des patients et à leur typologie (nombreux patients infectés et/ou immunodéprimés) sans parler de la vétusté de la structure (absence de rafraichissement en été et température hivernale insuffisante). La perspective du transfert sur Rangueil sera une opportunité pour redessiner des locaux et parcours de patients adaptés à la clientèle. Dans l'attente de ce transfert, l'organisation sera à revoir en tenant compte des espaces libérés sur Larrey par le départ de la médecine du sport et de la nutrition.

Le plateau mutualisé de soins de support

Ce plateau regroupe les personnels soignants de pneumologie et de chirurgie thoracique engagés dans des tâches de programmation, de coordination de parcours, d'annonce et d'éducation thérapeutique.

12. Constituer un centre cardio-vasculaire, respiratoire et métabolique sur le site de Rangueil (PE 2023-2027)

La création sur le site de Rangueil d'un centre cardio-vasculaire, respiratoire et métabolique obéit à une triple logique médicale, hospitalière et universitaire. Les différentes disciplines partagent la prise en charge de maladies chroniques pour lesquelles la coordination, l'organisation des parcours de soins et de la prévention, s'appuient sur l'innovation organisationnelle et la médecine de pointe.

L'organisation du centre cardio-vasculaire, respiratoire et métabolique à Rangueil s'appuie sur plusieurs prérequis :

- Le dimensionnement des disciplines de Larrey impose, pour leur accueil, la création d'un nouveau bâtiment. Ni les activités interventionnelles ni l'intégralité des unités d'hospitalisation ne peuvent être relocalisées dans les locaux actuels de Rangueil ;
- Le regroupement des activités interventionnelles et des soins critiques doit se faire à proximité des structures d'hospitalisation traditionnelle pour assurer la sécurité des patients ;
- Les capacités d'accueil des patients en hospitalisation doivent rester suffisantes pour correspondre aux besoins de la population et à l'évolution des disciplines ;
- Un projet ambulatoire ambitieux associant consultations, hospitalisations de jour et explorations fonctionnelles est porté par l'ensemble des disciplines et doit trouver sa place dans les étages bas de Rangueil ;
- Des locaux dédiés à l'enseignement et à la recherche clinique doivent être disponibles pour compenser ceux du site de Larrey et optimiser ceux actuellement disponibles en vue d'une mutualisation des moyens et des ressources humaines notamment pour la recherche

en s'appuyant sur les structurations en place, Instituts, CIC et d'une future unité d'investigation clinique (UIC).
- L'accessibilité est un enjeu majeur compte tenu du nombre de patients accueillis en ambulatoire et implique aussi la création de parkings ;
- La réhabilitation du H1, de même que le maintien du site de Larrey pendant la période intermédiaire sont indispensables.

▶ Une logique médicale et universitaire de convergence entre les pôles CVM et CVR

Les disciplines des pôles CVM et CVR partagent de nombreuses synergies médicales :

- Des facteurs de risque favorisent ou aggravent les maladies prises en charge en leur sein : tabagisme, obésité, sédentarité, dyslipidémies, déséquilibres alimentaires etc ;
- Des patients polypathologiques (BPCO, maladies cardio-vasculaires, obésité, diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance coronarienne, syndrome d'apnées du sommeil, HTA, hypertension pulmonaire) admis dans une discipline exigent l'expertise des autres services ;
- Une gestion commune de nombreux patients à la phase aiguë : détresses respiratoires aiguës, embolie pulmonaire, insuffisance coronarienne aigue… ;
- La nécessité d'élaborer des parcours de soins pour toutes les pathologies chroniques prises en charge. Diabète, insuffisance cardiaque, BPCO et obésité font partie des parcours priorisés par Ma Santé 2022 tant à l'intérieur de l'hôpital et qu'en lien avec les partenaires externes ;
- Une forte implication de toutes les équipes multi-professionnelles dans l'éducation thérapeutique ;
- Des méthodes de réadaptation/rééducation fondées sur des compétences partagées ;
- Une expertise de la prévention et de la médecine du changement (projet de plateforme de prévention de la rechute de maladie chronique) ;
- Des traitements médicaux nécessitant une double expertise cardio-pneumologique pour les bêta-stimulants et les bêta-bloquants, à laquelle s'adjoint une expertise diabétologique, le diabète étant particulièrement fréquent et déséquilibré au cours des pathologies cardio-vasculaires et pneumologiques chroniques ;
- Une gestion de la nutrition au cours des pathologies chroniques que sont les insuffisances cardiaques et respiratoires qui bénéficient de l'expertise du centre de Rangueil ;
- Des explorations fonctionnelles mutualisées (échocardiographie, explorations vasculaires, polygraphie nocturne explorations respiratoires du plus simple au plus complexe) ;
- Le développement de la e-sante (télé-surveillance, télé-expertise, télé-éducation, télé-consultations) ;
- La préoccupation de l'organisation régionale des soins.

Les disciplines des pôles CVM et CVR partagent des travaux scientifiques et des enseignements communs.

▶ Un plateau ambulatoire d'envergure dans les étages bas du batiment H1

L'organisation proposée permettra d'optimiser la prise en charge multidisciplinaire des patients entrant dans le dispositif par l'une ou l'autre des disciplines (prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire, dépistage et traitement des maladies cardiovasculaires des patients souffrant de BPCO, dépistage et traitement des pathologies pulmonaires des patients tabagiques pris en charge par le CVM, prise en charge des troubles métaboliques des patients atteints de pathologies respiratoires ou cardiovasculaires).

Une prise en charge holistique des patients admis à la faveur de l'une ou l'autre des pathologies des deux pôles est à promouvoir. Pour être fonctionnelle (accessibilité pour les patients et interface entre les équipes), cette structure doit se situer dans les étages bas du bâtiment H1. Elle contribuera à la mise en œuvre des parcours ambulatoires pour les patients de l'ensemble des disciplines.

Ceci nécessitera de définir en amont un parcours de soins ambulatoires pour prendre en charge les facteurs de risque cardiovasculaires et dépister les maladies cardiovasculaires chez les patients souffrant de BPCO pris en charge par le pôle CVR. Le parcours de soins ambulatoires du patient fumeur pris en charge par le pôle CVM pour dépister et traiter les maladies broncho-pulmonaires pourra accompagner le parcours d'aide au sevrage tabagique pour les patients des deux pôles. De façon générale, une organisation de la réciprocité des recours intra-hospitaliers devra être offerte, par chacune des disciplines, aux patients pris en charge dans les structures ambulatoires

A terme, il sera donc possible de mutualiser dans les étages du bas du H1 les principaux plateaux de prise en charge des patients, à savoir :

- Les consultations;
- Les explorations fonctionnelles respiratoires (EFR, épreuve d'effort cardio-pulmonaire, explorations des muscles respiratoires, plus le déconditionnement musculaire comme cause de dyspnée), cardiologiques (échocardiographie et épreuve d'effort) et vasculaires (écho-doppler, épreuve d'effort à la marche, capillaroscopie) au plus près des consultations au sein d'un grand centre ambulatoire ;
- Les unités de télémédecine (télésurveillance, télé-expertise, télé-éducation et téléconsultation) de cardiologie, diabétologie, médecine vasculaire, nutrition et pneumologie ;
- Les hospitalisations de jour.

Des axes transversaux seront portés par plusieurs disciplines, dans une dynamique analogue de mutualisation :

- Les moyens de lutte contre le tabac avec création d'un grand centre de tabacologie d'envergure nationale unissant les disciplines les plus concernées, pneumologie, cardiologie, médecine et chirurgie vasculaire, diabétologie ;
- Une unité d'exploration hémodynamique existe d'ores et déjà puisque les cathétérismes cardiaques droits sont réalisés par les pneumologues dans les salles et avec le personnel d'hémodynamique ;

- Un grand centre chirurgical cardio-vasculaire et thoracique serait créé, facilitant l'activité de chirurgie thoracique nécessitant une CEC notamment pour les transplantations pulmonaires ;
- La coordination des personnels de recherche clinique.

▶ La construction d'un bâtiment H4, miroir du bâtiment H3, assurant l'activité opératoire, ambulatoire et réanimatoire des pôles CVM et CRV

Il est logique de rapprocher les blocs opératoires et les salles interventionnelles, en particulier celles nécessitant le recours à une anesthésie, ainsi que les unités de réanimation chirurgicale et de soins critiques des différentes disciplines. La création d'un bâtiment appelé H4 sera nécessaire afin de favoriser l'accueil des disciplines chirurgicales et les soins critiques du site de Larrey, de même que de permettre la réhabilitation du bâtiment H1 en supprimant les activité opératoires et réanimatrices en son sein.

Ce bâtiment H4 sera adjacent et pourrait être relié au bâtiment H3, dont il sera le miroir et au bâtiment H1. Une vigilance spécifique sera accordée aux circuits patients entre les bâtiments H3/H4 et H1/H2, pour garantir la sécurité des patients hospitalisés. Compte tenu de la technicité et de l'ampleur du projet de regroupement, de nombreux groupes de travail seront à engager dès 2019, pour définir un avant programme répondant à l'ensemble des impératifs médicaux des disciplines concernées. Plusieurs éléments doivent d'ores et déjà être pris en compte :

- Les salles interventionnelles nécessitant le recours à l'anesthésie des deux pôles seront rapprochées notamment pour épargner la ressource humaine en anesthésie et améliorer les circuits. Leur équipement pour réaliser des activités hybrides médico-chirurgicales, nécessitera des infrastructures modernes. Les trois salles de rythmologie y seront situées sous la responsabilité du service de cardiologie, même si certaines interventions ne nécessitent pas d'anesthésie.
- Les unités de soins critiques (soins intensifs de cardiologie, soins intensifs médico-chirurgicaux de pneumologie et unité de réanimation de chirurgie cardio-vasculaire), seront situés à proximité des salles interventionnelles de ces disciplines dans des locaux séparés avec un accès des flux dédiés du fait du problème infectieux mais avec une gestion mutualisée notamment du matériel. Pour répondre aux normes internationales d'une USIC de niveau 3, nécessaire au CHU de Toulouse, des lits de « cardiologie intensiviste » pourraient être ouverts afin d'optimiser la prise en charge en urgence des patients cardiaques les plus graves (choc cardiogénique, endocardites, dissection aortique…) et permettre le recours croissant aux techniques d'assistance aigue. Cette structure spécialisée, permettant de garder la cardiologie toulousaine à son niveau de leader national, devra être située au mieux au sein des soins intensifs de cardiologie, en maintenant un esprit de collaboration interdisciplinaire avec la chirurgie et l'anesthésie-réanimation. La possibilité d'hospitalisation en post-opératoire de chirurgie cardiaque et thoracique des patients les plus complexes, notamment sur le plan respiratoire, ainsi que des patients nécessitant une assistance cardiorespiratoire extra-corporelle dans l'unité de réanimation polyvalente sera maintenue.
- L'accessibilité des soins critiques aux patients pris en charge au sein des unités d'hospitalisation classique devra être optimale pour des raisons de sécurité, ces patients pouvant nécessiter à tout moment le recours à ces structures ainsi qu'aux salles interventionnelles.

POUR LA CARDIOLOGIE

Si la capacité du bâtiment H3/H4 ne permettait pas de réunir sur un même bâtiment les salles interventionnelles et les soins critiques ou si l'accessibilité de ces structures aux patients hospitalisés au sein des unités traditionnelles n'était pas optimale, il apparaîtrait préférable pour la sécurité des patients de conserver à l'intérieur du bâtiment H1 les salles interventionnelles de coronarographie / angioplastie, le plateau USIC de niveau 3, les unités de soins continus de cardiologie et d'hospitalisations conventionnelles, en réservant le H3/H4 aux salles hybrides et aux trois salles de rythmologie nécessitant fréquemment le recours à l'anesthésie. L'unité d'hospitalisation de rythmologie pourrait être située au 5è étage du H1, dans les locaux libérés par la CCV, pour être au même étage que les salles d'explorations rythmologiques situées aux derniers étages des bâtiments H3/H4 pour plus de fonctionnalité et afin de retrouver le mode de fonctionnement actuel qui était optimal au 6è étage du H1.

POUR LA CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE

Le plateau actuel étant très bien organisé et efficace malgré les insuffisances d'entretien du bâtiment H1, tous les secteurs de chirurgie étant regroupés sur un seul niveau ce qui permet de faire fonctionner cette discipline en effectif très restreint en comparaison avec les centres comparables en France, elle ne devra pas être moins bien à l'avenir qu'aujourd'hui.

Une proximité entre les blocs opératoires, réanimation, surveillance continue et hospitalisation traditionnelle reste nécessaire. La sécurité des patients doit rester la préoccupation principale, il s'agit de patients fragiles passant quotidiennement d'un secteur à l'autre en urgence, parfois sous massage cardiaque.

POUR LA CHIRURGIE CARDIAQUE

Une liaison fonctionnelle directe et rapide entre les blocs et la réanimation est indispensable, les circuits patients entre réanimation et surveillance continue devront se voir apporter une importance particulière. L'unité de surveillance continue doit être identifiée et organisée en unité.

A titre indicatif, pour préparer les travaux de réflexion, l'existant et les perspectives sont tracées dans les tableaux ci-dessous tant pour les blocs opératoires et salles interventionnelles que pour les unités de soins critiques des différentes disciplines.

Disciplines	2019	2024
Cardiologie	3 salles de coronarographie/angioplastie 2 salles de rythmologie 1 salle de surveillance post procédure pour développer l'ambulatoire	4 salles de coronarographie/angioplastie 3 salles de rythmologie 1 salle de surveillance post procédure pour développer l'ambulatoire
Chirurgie cardiaque	3 salles conventionnelles 1 salle hybride 1 salle de réveil (choc électrique externe)	3 salles conventionnelles 2 salles hybrides
Chirurgie vasculaire	2 salles conventionnelles 1 salle urgence	2 salles conventionnelles 1 salle hybride
Chirurgie thoracique	2 salles conventionnelles 1 salle au H3 pour la greffe	3 salles conventionnelles
Pneumologie	1 salle conventionnelle 3 salles d'endoscopie	1 salle conventionnelle 3 salles d'endoscopie
ORL	2 salles conventionnelles	2 salles conventionnelles
Total	**21 salles conventionnelles** **2 salles hybride/de réveil**	**22 salles conventionnelles** **3 salles hybrides**

Disciplines	Lits de réanimation		Lits de soins intensifs		Lits de soins continus		Total lits de soins critiques	
	2019	2024	2019	2024	2019	2024	2019	2024
Cardiologie			20	26	32	32	52	58
Chirurgie cardiaque et vasculaire	15*	20*			18**	24**	33	44
Pneumologie Chirurgie thoracique ORL	0	0	12	12	6	6	20	20
Total	**15**	**20**	**32**	**38**	**56**	**62**	**105**	**122**

**accès à la réanimation polyvalente* ***accès aux soins continus polyvalents*

POUR LA CARDIOLOGIE

Une USIC de niveau 3, de 26 lits -dont potentiellement 8 lits de « cardiologie intensiviste » et 2 lits d'accueil des urgences- permettrait par cette augmentation capacitaire de recevoir les urgences, tant de proximité que de recours.

La création d'une 4è salle de coronarographie /angioplastie permettra d'absorber notamment l'augmentation de l'activité liée aux explorations hémodynamiques et à la réalisation des biopsies myocardiques dont le nombre est croissant, tant en aigu pour le diagnostic des myocardites sévères qu'en chronique en post-greffe. En effet, le nombre de cathérisme cardiaque va considérablement progresser pour explorer les patients insuffisants cardiaques, tant au repos qu'à l'effort, la gestion programmée des LVAD (ramp tests) mais également des complications de l'assistance chronique dont le nombre de bénéficiaires ne cesse de croître. De plus elle permettra la poursuite de la collaboration existant avec les pneumologues, dans le cadre de l'exploration de l'hypertension pulmonaire.

La création d'une 3è salle de rythmologie sera située avec les deux autres au sein des salles interventionnelles du H3/H4, car nécessitant fréquemment le recours à l'anesthésie mais restant sous la responsabilité de la cardiologie et en gardant la possibilité d'y réaliser des interventions n'imposant pas le recours à l'anesthésie.

L'accessibilité aux 2 salles hybrides situées au sein des salles interventionnelles du H3/H4 sera facilitée pour les cardiologues interventionnels.

POUR LA CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE

Une réanimation de 20 lits et un box d'accueil, sera dédiée à la chirurgie cardiaque, La chirurgie cardio vasculaire a besoin des compétences du service de cardiologie et du pôle d'anesthésie réanimation. La chirurgie et l'anesthésie réanimation étant indissociables, elles doivent, comme c'est le cas actuellement, être ouvertes aux compétences des cardiologues sans entrainer de remise en question du partenariat privilégié existant avec la réanimation polyvalente.

Une véritable unité de surveillance continue, pouvant accueillir, comme actuellement 18 patients, ainsi que les assistances circulatoires de longue durée qui seront de plus en plus nombreuses, sera proposée.

Le bloc opératoire comprendra 3 salles conventionnelles et 2 salles hybrides.

Une vingtaine de lits d'hospitalisation traditionnelle permettront une adaptation continue aux mutations rapides de la discipline, de préserver les capacités actuelles de consultation en permettant un accès facilité à l'imagerie, de s'attacher au suivi des patients porteurs d'assistance cardiaque (consultation et télésurveillance) en partenariat avec les cardiologues, de préserver le secteur de programmation, élément majeur du service actuellement mutualisé avec la consultation, le suivi des patients porteurs d'assistance et des inscriptions sur liste de transplantation

▶ Restructuration du capacitaire de Rangueil dans le cadre de la fermeture de Larrey

Les disciplines des pôles CVR et CVM ont en commun la prise en charge de maladies chroniques pour lesquelles la coordination, l'organisation de soins et la prévention, s'appuient sur l'innovation organisationnelle et la médecine de pointe. L'augmentation continue de prévalence de ces maladies chroniques nécessite de maintenir un capacitaire adapté à leur prise en charge.

LE CHU PROMOTEUR DE L'ORGANISATION DE PARCOURS ET AU CŒUR DE LA PREVENTION

Parcours intra-hospitaliers

Les patients pris en charge dans les services présentent souvent des polypathologies dont la prise en charge est morcelée, en silo. Une prise en charge holistique des patients admis à la faveur de l'une ou l'autre des pathologies est à promouvoir (équipe mobile de repérage des patients avec comorbidités, formation des jeunes médecins…)

Parcours coordonnés avec la ville

La recherche, l'évaluation et l'innovation en organisation des parcours est une opportunité pour le CHU, de même qu'un service rendu au premier recours. L'élaboration de ces parcours est une nécessité pour toutes les pathologies chroniques prises en charge, et l'expertise hospitalo-universitaires des équipes du CHU contribuent à l'élaboration de ces parcours dans le cadre de de leurs sociétés savantes et organisations régionales respectives (la BPCO, l'obésité, l'insuffisance, cardiaque, le diabète font partie des parcours priorisés par la DGOS). Cette innovation dans les parcours peut significativement contribuer à réduire les durées de séjours et le nombre d'hospitalisations permettant ainsi d'augmenter la file active des patients pris en charge au CHU pour une ou plusieurs pathologies chroniques. Elle doit améliorer la qualité et la satisfaction des patients.

Parcours éducatifs – Médecine du changement

Il s'agit d'induire et maintenir le changement dans la maladie chronique par un parcours éducatif qui se décline parallèlement au parcours de soins et s'avère adapté à l'évolutivité des besoins. Les ressources en éducation thérapeutique (ETP) sont insuffisantes dans la région et concentrées au sein du CHU, qui est un recours.

L'amélioration de l'accessibilité de l'ETP requiert la formation des acteurs de proximité, des enseignements à distance (MOOC, SPOC, télémédecine) et le renforcement de l'UTEP du CHU en charge de la coordination.

La personnalisation des parcours suppose une évaluation complète des patients, réalisée avec les patients. Cela implique une évaluation simultanée biomédicale, psycho-sociale et environnementale, ainsi qu'un bilan éducatif partagé des compétences de savoir, savoir-faire, savoir-être pour définir les objectifs et les moyens des changements. La notion de plate-forme d'appui pourrait faciliter l'intégration des données connues du patient, des soignants et médecins de proximité et des évaluateurs éducatifs. Cette évaluation intégrée, sous forme d'un passeport éducatif, devra s'insérer facilement dans le dossier patient. La plate-forme de la prévention de la rechute et les activités déployées au sein du site de La Grave pourraient servir à réaliser ces bilans éducatifs partagés. Ils répondent à une forte demande des médecins de proximité. Ils pourraient être réalisés en télé-évaluations afin de réduire les inégalités territoriales de santé, dès lors que les relais de proximité que sont les associations et professionnels de santé, prestataires, patients partenaires, communautés territoriales de santé sont associés.

Parcours dématérialisés

Dans le cadre de l'article 36, plusieurs expérimentations ont été lancées (insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, diabète). Un soutien de l'ARS a été accordé pour constituer une plateforme de télé suivi en aval de l'hospitalisation pour la cardiologie, la diabétologie, la gériatrie et la psychiatrie. Ces initiatives récentes qui prolongent des expériences probantes (plateforme de télé-éducation et télésurveillance développée au CTDIT pour le diabète et les projets de recherche en télémédecine téléExpert et Educ@dom) constituent un fondement solide pour développer des portails avec les patients et partenaires externes du CHU.

Prévention

Changer ses habitudes de vie est l'alpha et l'oméga de la prévention et du traitement des maladies chroniques (diabète, obésité, pathologies respiratoires, pathologies cardio-vasculaires, cancers…). Les maladies chroniques constituent la part de marché la plus coûteuse du système de santé, exposant au défi de la meilleure expérience patient, à un coût soutenable et donc au défi de la prévention. La prévention par le savoir (messages d'information–publicité) ne suffit pas. Le savoir-faire et le savoir être sont indispensables pour modifier les facteurs favorisant la survenue et l'évolutivité des maladies chroniques (changer les habitudes de vie, se soigner, manger de façon adaptée, ne pas être sédentaire, bouger plus, ne pas fumer, dormir suffisamment, accepter un suivi…). Ces changements des habitudes de vie sont les mêmes en prévention (primaire, secondaire…), sont adaptés aux capacités des patients, et sont en première ligne du traitement des maladies chroniques (par exemple recommandations de la Haute Autorité de Santé pour le diabète de type 2, la BPCO…).

La prévention est un point de convergence fort des disciplines des pôles CVM et CVR, de même qu'un axe transversal qui sera développé à travers plusieurs initiatives :

- La plateforme de prévention de la rechute de maladies chroniques (article 51) ;
- Le projet Salutance 5.0 : qui se déploie dans les territoires et consiste en une prévention primaire des maladies chroniques (cardiovasculaire, respiratoire, métabolique) par le changement des habitudes de vie (alimentation, activité physique, maîtrise du poids, arrêt du tabac). L'induction et le maintien du changement résultent d'une stratégie validée dans

la prévention du diabète (DPP). Ce projet est décliné au sein du GHT avec les centres hospitaliers de Muret et Saint Gaudens ;
- La prévention quaternaire qui concerne les complications cardiologiques, endocriniennes et métaboliques des nouveaux traitements (immunothérapie) du cancer.

UNE CARDIOLOGIE MEDICO-CHIRURGICALE DE RECOURS

Insuffisance cardiaque / cardiomyopathies : vers un centre d'excellence

Afin d'optimiser la prise en charge des patients présentant une insuffisance cardiaque aigue ou chronique, ce centre devra comporter :

- Une USIC de niveau 3, permettrait la prise en charge des patients en insuffisance cardiaque aigue, notamment en choc cardiogénique
- Une unité d'hospitalisation conventionnelle possédant 24 lits dont 12 lits de soins continus pour l'exploration et le traitement des patients insuffisants cardiaques chroniques (Actuelle unité ICAT) dédiée à l'exploration diagnostique et à une prise en charge thérapeutique conventionnelle médicamenteuse et interventionnelle mais également innovante avec des traitements du futur (biothérapies, thérapies cellulaires et régénératives, recherche translationnelle…) grâce à l'autorisation de lieu pour la recherche biomédicale.
- Une unité exploratoire d'hospitalisation de semaine dédiée à l'exploration des cardiomyopathies avec accès facilité au plateau d'imagerie cardiaque
- La structuration d'une filière d'assistance et transplantation cardiaque avec une activité IDE/coordinatrice dédiée à temps plein
- La création d'une Unité mixe médico-chirurgicale des Porteurs d'Assistance Cardiaque (UPAC)
- Une unité mobile d'insuffisance cardiaque (UMIC) pour la prise en charge des patients insuffisants cardiaques situés en dehors des structures de consultations et d'hospitalisations dédiées
- Un Centre d'Insuffisance Cardiaque (CIC) situé au sein de l'hôpital de jour permettant une Réévaluation des Insuffisants Cardiaques (RIC)
- Une consultation pluri-professionnelle en insuffisance cardiaque et une consultation de dépistage de l'insuffisance cardiaque selon les critères issus des sociétés savantes et notamment du GICC de la SFC (EPOF) facilement accessible en post-urgence, à la médecine de ville
- Un centre de télésurveillance, de télé-expertise et de téléconsultation en insuffisance cardiaque intégré dans le réseau régional, facilement accessible et particulièrement ouvert sur la ville et le GHT
- Un accès facilité à une salle d'exploration hémo-dynamique dédiée
- Une structure d'éducation thérapeutique en insuffisance cardiaque (CEPIC)
- Une structure (HDJ et consultations) de suivi des patients porteurs d'une assistance cardiaque chronique ou transplantés avec VAD coordinatrice permettant la gestion par téléphone de problèmes mineurs et orientant les patients vers la consultation ou l'HDJ
- La création d'un SSR à temps complet cardiovasculaire
- Une structure d'éducation thérapeutique en insuffisance cardiaque
- Une structure (HDJ et consultations) de suivi des patients porteurs d'une assistance cardiaque chronique ou transplantés
- La création d'un SSR à temps complet cardiovasculaire

Pathologie coronaire : vers une prise en charge ambulatoire

L'hospitalisation des patients porteurs de maladie coronaire stable ou de valvulopathie doit évoluer dans les prochaines années vers une hospitalisation courte en hôpital de jour ou de semaine pour des séjours n'excédant pas 2 à 3 jours. La démarche est déjà largement débutée puisque la plupart de ces patients sont hospitalisés en unité de semaine.

La cardiologie interventionnelle en hôpital de jour nécessite pour se développer:

-une organisation fluide et sécurisée inscrite dans un cadre réglementaire puisqu'il s'agit d'explorations invasives nécessitant notamment une injection iodée. Le patient doit recevoir l'information en amont, vérification des constantes notamment rénales et bilan d'hémostase.

Le jour de l'exploration le patient doit être vu avant le geste et surtout avant la sortie par un médecin. Au-delà de la sortie les constantes notamment fonction rénales et hémostase doivent être vues, récupérées et les mesures correctives éventuellement apportées. Une information du patient pour la conduite en cas de complication notamment au point de ponction doit être donnée (infirmière ou médecin pouvant passer à domicile). Il faut donc une organisation en réseau avec les infirmiers et médecin de ville. Cette organisation est actuellement manquante.

Ceci nécessite aussi des créneaux spécifiques en salle de cathétérisme, un accueil et secrétariat dédié ainsi qu'une proximité des lits d'HDJ et des salles de cathétérisme interventionnel de façon à ce que le médecin référent puisse agir rapidement pour autoriser la sortie notamment.

Les actes d'angioplastie ne doivent pas être réalisés ad-hoc pour des raisons légales et de sécurité. Actuellement en France, seul 1% des angioplasties sont réalisées en hôpital de jour en raison d'une nécessité de surveillance du patient fréquemment supérieure à une seule journée et une valorisation insuffisante des séjours.

L'ambulatoire diagnostique type coronarographie et cathétérisme droit pourra se développer dans le cadre actuel amélioré mais l'activité interventionnel le type angioplastie reste limité pour des raisons de sécurité et de financement). Les hospitalisations poursuivront une évolution des DMS vers la baisse (en moyenne 2.5 jours pour la coronaire hors infarctus et 3-4 jours pour l'activité structurelle).

CARDIOLOGIE STRUCTURELLE : UNE EXPANSION PREVISIBLE

La cardiologie structurelle couvre un champ très large d'interventions valvulaires aortiques, mitrale, fuites para-prothétiques et bientôt pathologies de la valve tricuspide. Elle s'intéresse également à la prise en charge des cardiopathies congénitales acquises notamment communication inter-auriculaire et à la prise en charge d'interventions visant à la prévention des AVC : fermeture de l'auricule gauche et Foramen ovale perméable.

La réalisation de ces activités nécessite un environnement favorable sécurisé par la présence d'anesthésistes bien que de nombreuses interventions puissent être réalisées sous anesthésie locale.

Ces cardiopathies nécessitent lors du bilan la compétence des cardiologues spécialisés en imagerie qui seront de nouveau sollicités lors de la réalisation des gestes et pour le contrôle du résultat lors de l'hospitalisation.

Des réunions pluri-disciplinaires impliquent de façon réglementaire les chirurgiens cardiaques pour les valves et les neurologues pour les AVC. D'autres spécialités comme la gériatrie sont fréquemment sollicités en amont de la réalisation du geste.

Cet environnement très spécifique a conduit la Haute autorité de santé à limiter les centres référents en raison de l'absence de chirurgie cardiaque dans la plupart des centres.

A cette activité interventionnelle structurelle s'ajoute une activité de rythmologie non négligeable et une activité complémentaire de bloc opératoire.

Dans les années qui viennent la croissance de cette activité restera soutenue en raison :

- vieillissement de la population notamment pour l'activité valvulaire
- limitation à 2 centres de référence qui devrait subsister
- l'élargissement des activités valvulaires à de nouveaux domaines notamment mitral et tricuspide
- la pertinence des actes est déjà très développée avec des RCP pour tous les patients.

Ainsi la croissance du TAVI en France, de 15% pour les trois dernières années, devrait doubler d'ici 2025, hors élargissement des indications qui pourrait survenir en fonction des résultats des essais cliniques en cours.

Les besoins de la cardiologie interventionnelle en terme matériels nécessitent donc 4 salles de cathétérisme conventionnel pour faire face aux besoins d'urgence et de l'activité programmée avec un virage ambulatoire pouvant correspondre à 30% de l'activité programmée dans des conditions satisfaisantes de sécurité et 2 salles hybrides pour l'activité structurelle.

PERENNISATION DU CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL D'EXPERTISE DES PATHOLOGIES VALVULAIRES : LE "CENTRE EXPERT DE LA VALVE"

Cette unité, symbole de la complémentarité et du partenariat entre la cardiologie et la chirurgie cardiaque, s'inscrit dans la continuité des projets liés aux plateaux techniques de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle structurelle. Les bilans seront préférentiellement réalisés au sein du plateau d'hospitalisation ambulatoire et du centre d'imagerie cardiaque. La poursuite des thérapies valvulaires innovantes restera une de ses priorités.

PERENNISATION DE « L'ENDOCARDITIS TEAM »

Cette équipe, garante de la multidisciplinarité de la prise en charge des endocardites, allie les forces des cardiologues, infectiologues, anesthésistes réanimateurs, chirurgiens cardiaques et neurologues. Elle se réunie en RCP de façon hebdomadaire et aura vocation à s'ouvrir aux centres périphériques.

TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION PULMONAIRE

La prise en charge de l'hypertension artérielle pulmonaire post-embolique est en cours d'évolution. Certains patients sont actuellement transférés à Paris pour des interventions chirurgicales d'embolectomie. Depuis plusieurs années, des techniques d'angioplastie au niveau des artères pulmonaires sont réalisées à Paris et à Grenoble.

Après avoir démontré par des preuves scientifiques le bénéfice de ces angioplasties, en partenariat avec l'équipe de pneumologie du CHU, cette activité sera développée à Toulouse pour devenir un centre de référence du Sud-Ouest de la France.

13. Accompagner le développement de l'odontologie de recours, notamment pour les patients les plus fragiles

▶ Proposer l'unité de chirurgie orale et réhabilitation aux patients les plus complexes

Le service d'odontologie du CHU de Toulouse possède une expertise régionale et nationale pour la prise en charge des patients en situation de fragilité (enfants, fragilité physique, mentale et/ou sociale) et les activités de recours et référence, assumés par 2 entités appelées à demeurer dans leur actuelle organisation :

- L'unité de Santé Publique Orale (USPO) située en centre-ville, qui est un acteur de proximité auprès des patients en situation de fragilité sociale et de la PASS avec un fonctionnement principalement non programmé ;
- L'unité polyvalente d'odontologie (UPO) située à Rangueil-Maraîcher. Elle représente le principal lieu de formation hospitalier des étudiants en chirurgie dentaire. Elle sera utilisée à la fois pour les stages cliniques et des séances de travaux pratiques de simulation en lien avec la Faculté. Elle s'inscrira, aussi, dans une politique volontariste de structuration du maillage territorial par le biais du développement de stages hors CHU.

La 3e unité, l'unité de chirurgie orale et réhabilitation (UCOR) offrira des prises en charge multidisciplinaire aux patients à besoins spécifiques (personnes handicapées, maladies rares, …), propose des parcours de soins intégrés pour les patients atteints de pathologies chroniques, constitue une offre de recours en endodontie, odontologie pédiatrique, orthopédie dentofaciale, chirurgie orale, parodontologie, dermatologie buccale, implantologie et prothèses.

L'UCOR défend un positionnement ambitieux en recherche clinique, notamment par l'utilisation des cellules souches dans le traitement des maladies orales et péri orales, les relations entre maladies générales et maladies orales et développe des partenariats industriels sur des techniques de pointe (prothèses CFAO, imagerie 3D, robotique chirurgicale, intelligence artificielle, endodontie)

Plusieurs axes de développement sont proposés

ACTIVITE DE PROTHESES COMPLEXES

L'expertise du service d'odontologie du CHU de Toulouse est reconnue dans les réhabilitations orales complexes à la suite de troubles du développement (hypodontie sévère, trouble du métabolisme phospho-calcique, malformation de la face, …) ou de délabrement secondaires (post-carcinologique…). Cette activité nécessite des prises en charges pluridisciplinaires odontologiques et médicales organisées autour de réunions de concertation pluridisciplinaires.

L'activité de cette unité est organisée autour de 10 postes de soins, un secteur d'imagerie 3D, de conception CFAO et une unité de recherche clinique.

ACTIVITE D'ORTHODONTIE

Cette activité spécialisée en orthopédie dentofaciale s'inscrit dans une démarche de santé publique régionale. Le plateau technique multidisciplinaire du service permet de proposer et d'intégrer les

soins orthodontiques dans le parcours de soins bucco-dentaires du patient à besoins spécifiques (patients atteintes de fentes palatines, de polypathologies chroniques, hypodonties sévères, maladies rares, …) pour rétablir des fonctions altérées (rééducation de l'appareil manducateur, phonation, élocution).

ACTIVITE D'IMPLANTOLOGIE

Le service d'odontologie souhaite développer une offre de réhabilitation implantaires complexes en s'appuyant sur un robot chirurgical et toute la chaine numérique en cours de constitution.

DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE ET DE L'HOSPITALISATION DE JOUR.

Le virage ambulatoire répond aux préconisations nationales et constitue un facteur d'attractivité. Pour limiter les délais d'attente, afin d'améliorer la prise en charge des patients polymédiqués, des patients phobiques et des patients atteints de déficiences mentales et/ou motrices une offre de soins sous sédation intermédiaire entre le MEOPA et l'anesthésie générale sera proposée.

VIRAGE NUMERIQUE DU SERVICE D'ODONTOLOGIE : CONCEPTION ET FABRICATION DE PROTHESES ASSISTEES PAR ORDINATEUR

L'objectif est de ré-internaliser une partie de la production pour réduire les coûts d'usage (consommables et prothèses), améliorer la qualité des soins par un meilleur contrôle sur les réalisations, réduire les temps de traitement afin d'améliorer le parcours patient, renforcer la formation des stagiaires et moderniser l'image du service.

La prise d'empreinte optique, transmise sur les machines (localisées dans le service ou à la faculté) génère la fabrication de la prothèse, qui est ensuite posée au patient. Le circuit traditionnel de pose est beaucoup plus long et complexe (empreinte physique avec consommables, transporteur aller-retour). Le service gagnera en termes de rotation de fauteuils, en activités, en recettes et dépenses.

L'organisation sera à préciser pour une solution mixte, hospitalo-universitaire :

- Pour les prothèses simples : il faudra disposer du matériel permettant des réalisations prothétiques sur la journée pour éviter les déplacements multiples. Les étapes d'empreinte optique, de conception, de réalisation et de pose seront réalisées dans le service (couronnes unitaires, prothèses à pont de faible étendue ou facettes) ;
- Pour les prothèses complexes : les étapes de prise d'empreinte et de pose seront réalisées dans le service mais les étapes de conception et fabrication se dérouleraient à la faculté dans le cadre d'une activité pédagogique.

A ces projets, pour la plupart engagés, le service d'Odontologie s'inscrit aussi dans une réflexion sur les parcours patients atteints de pathologies chroniques, la télémédecine et des projets d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des patients à besoins spécifiques.

Une visibilité renforcée de l'offre cancérologique du CHU au sein de l'Institut Universitaire du Cancer Toulouse-Oncopole

Les équipes de l'Institut Claudius Regaud et certaines équipes du CHU de Toulouse constituent l'Institut universitaire du cancer de Toulouse Oncopole. Le présent chapitre résulte d'une réflexion commune, destinée à élaborer un projet commun et unique de prise en charge cancérologique publique.

14. Une gouvernance de IUCTO couvrant les sites de Langlade, Rangueil-Larrey et Purpan

Lors du Comité stratégique du 12 juin 2018, le terme IUCT-Oncopôle a été défini comme le label de la cancérologie publique de l'ensemble des sites toulousains et recouvre ainsi 3 localisations : Langlade, Rangueil/Larrey et Purpan. Cette sémantique, à la fois intégrative et fédératrice, facilitera la communication autour du label « IUCTO » en embarquant la dimension tri-site pour préciser le lieu concerné, faciliter la déclinaison des spécialités concernées, comme leur lisibilité et ceci, afin d'améliorer la visibilité de la cancérologie publique au sein de son bassin de recrutement. L'ICR et le CHU sont ainsi les deux composantes du site de Langlade de l'IUCT-O et proposent un projet médical unifié.

La Fédération de Cancérologie du CHU doit effectivement assurer l'implication de l'ensemble des services hospitalo-universitaires en cancérologie dans la définition médicale, le pilotage, l'animation et l'évaluation du projet médical cancérologique, décliné dans son versant soignant, universitaire et de recherche, en lien avec le CRCT. Elle s'appuiera sur une gouvernance médico-administrative identifiée sur le site de Langlade pour être en lien étroit avec l'équipe médico-administrative de l'ICR, dans une gouvernance stratégique affermie, confiée au conseil stratégique de l'IUCT.

15. Une démarche d'accréditation européenne par l'Organisation of European Cancers Institutes

Afin de promouvoir l'organisation innovante des soins en cancérologie, le CHU-T s'engage dans une démarche d'accréditation européenne par l'OECI (Organisation of European Cancers Institutes).

L'OECI, organisation non gouvernementale créée en 1979, encourage une collaboration croissante entre les centres et instituts dédiés à la cancérologie en Europe à travers huit missions parmi lesquelles l'amélioration de la qualité des soins et de la recherche en cancérologie, l'amélioration des échanges entre les patients et les établissements de santé…

Cette démarche en cours depuis juin 2018 verra en juin 2020 l'IUCT-Oncopole accrédité comme « Comprehensive Care Center » et les IUCT- Rangueil/Larrey et IUCT-Purpan accrédités comme réseau de cancérologique publique. Cette démarche d'accréditation de réseau est une première en Europe.

Le succès de ces 2 démarches simultanées sera le fruit d'une réflexion de l'ensemble des acteurs de l'IUCT-O et du réseau de cancérologie et de la mise en œuvre d'un plan d'actions pour répondre aux 63 standards du référentiel essentiellement fondé sur l'intégration soin-recherche-enseignement.

L'aboutissement de ce projet permettra de répondre aux fondements et à l'ambition de l'IUCT, de diffuser son image globale d'excellence et de poursuivre une connexion à l'international.

16. Une cancérologie d'organe intégrée au sein des services de spécialités de l'IUCTO Purpan et de l'IUCT Rangueil/Larrey

▶ Renforcer la coordination ville-hôpital

L'ensemble des composantes de l'IUCTO s'engage à améliorer les parcours patients en amont et/ou aval de leurs venues au sein des trois sites. Cette amélioration repose principalement sur:

- Le déploiement de l'Assistance Médicale Ambulatoire et la création de postes d'infirmières AMA dédiées ;
- Le développement de la e-santé (télé-suivi et/ou télésurveillance) ;
- La création de postes d'infirmières de pratiques avancées ;
- L'accès facilité aux soins de support et aux soins palliatifs quel que soit le lieu de prise en charge au sein de l'IUCT-O (structuration des soins de supports sur Rangueil, équipe mobile de soins palliatifs localisée sur Rangueil) ;
- Le développement des actions d'éducation thérapeutique, de conciliation médicamenteuse ;
- La collaboration renforcée et la montée en compétences des professionnels de l'hospitalisation à domicile permettant un retour plus rapide à domicile et un meilleur accompagnement pour les patients hématologiques.

▶ Augmenter la capacité de l'hôpital de jour d'oncologie digestive

L'augmentation d'activité appelle une extension de la capacité de l'hôpital de jour du service d'Oncologie Digestive, de 15 à 20 places au sein du 3e étage du H2 de l'IUCTO-Rangueil.

▶ Recourir aux lits identifiés de soins palliatifs

Le service de soins palliatifs (Unité Résonnance), appartenant au pôle de gériatrie et constitué de 10 lits ouverts, est positionné à Purpan. Son dimensionnement et son éloignement géographique du site de Rangueil/Larrey ne permettent pas de répondre de façon adaptée aux besoins importants et aux spécificités des équipes de cancérologie adulte de l'IUCTO-Rangueil/ Larrey malgré un travail complémentaire et compensatoire important de l'équipe mobile douleur/soins palliatifs liée à ce service (EMDSP).

Le CHU bénéficie de la reconnaissance de 24 LISP par l'ARS. S'ils constituent un pool global pour l'ensemble des pôles, l'activité effective des LISP se concentre sur les équipes de digestif, pneumologie, gériatrie, hématologie et neurosciences.

Jusqu'à présent ces LISP, mal connus des équipes de soins, ne bénéficiaient d'aucun suivi spécifique. Or, l'activité de soins palliatifs est réelle au sein des équipes mentionnées, avec une prise en charge par les équipes de soins soutenue par l'EMDSP.

Il convient donc de construire une filière palliative complète et fonctionnelle au sein du CHU (notamment pour les activités oncologiques des pôles précédemment cités) qui justifierait une majoration du capacitaire de l'unité Résonnance.

Dans un premier temps, l'amélioration du codage des LISP permettra une meilleure valorisation tant en termes d'affichage (justification d'activité soins palliative) que financière et bien sûr d'accompagner les patients selon leurs spécificités.

La mise en place d'une gouvernance médico-administrative des LISP donnera lieu à un suivi biannuel.

A terme, trois objectifs sont poursuivis :

- La lisibilité des LISP doit permettre de dégager une cible de fonctionnement, sous forme d'une unité, déterminée à 20 lits. Comme explicité précédemment ce volume de lits est en lien avec les besoins de l'établissement, la complexité des patients accueillis et les réalités médico-économiques inhérentes à cette activité. La localisation de cette unité à proximité des services concernés revêt une logique de fonctionnement médical et de maitrise des coûts pour l'établissement ;
- Le développement de prises en charge en ambulatoire (consultation externe et hôpital de jour) ou à distance (téléconsultation et télé expertise) pour compléter cette filière de soins en cours de structuration sur le plan clinique ;
- La nomination d'un PUPH de médecine palliative permettra une meilleure visibilité et légitimité universitaire de cette discipline.
- Une réflexion portant sur l'opportunité de développer un SSR de soins palliatifs.

▶ Créer un centre d'immunothérapie

L'immunothérapie devient un standard de prise en charge pour de nombreux cancers et notamment les cancers bronchiques et cutanés. De nouvelles indications se développent en particulier en oncologie digestive et hématologie. En urologie, les nouvelles immunothérapies arrivent dans l'arsenal thérapeutique des tumeurs n'infiltrant pas le muscle, de haut risque de

progression, mais aussi dans les tumeurs de vessie infiltrant le muscle en situation néo-adjuvante du traitement chirurgical. Ces traitements médicaux péri-chirurgicaux seront dispensés par l'équipe d'urologie.

Tous ces traitements suscitent une réorganisation des services et une nouvelle approche médicale des cancers thoraciques, digestifs et urologiques. A cette fin, la création d'une **unité transversale d'immunothérapie anti-cancéreuse sur l'IUCTO-Rangueil/Larrey** permettra de dispenser des soins aux patients, en incluant la recherche clinique, la recherche en soins et la gestion pluridisciplinaire transversale des toxicités. En parallèle l'équipe de médecine interne coordonnera en collaboration avec les oncologues, une RCP régionale de recours dédiée à la toxicité de l'immunothérapie permettant aux confrères de l'ensemble de la région de disposer d'un lieu d'échange que cela soit pour la prise en charge d'un effet indésirable ou encore pour discuter la possibilité de réintroduction d'une nouvelle immunothérapie.

L'organisation à mettre en place implique des outils communs en digestif/pneumologie/urologie interopérables avec les outils dermato/néphrologiques, la gestion des toxicités spécifiques avec les autres spécialistes d'organe du site, l'intégration dans une réflexion plus globale sur l'immunosuppression, menée avec la néphrologie, la dermatologie et la médecine interne et enfin des liens forts avec l'IUCTO-Langlade notamment avec les équipes de recherche fondamentale du CRCT qu'il abrite.

La structure comportera une unité d'hospitalisation de jour d'immunothérapie doté du personnel dédié et le développement de pratiques avancées et de coordination. Cette unité, qui existe déjà sur Larrey rejoindra l'oncologie digestive et l'oncologie urologique à Rangueil. En son sein, sera identifié un secteur dédié aux essais cliniques d'immunothérapie.

▶ Structurer la prise en charge des tumeurs osseuses et des parties molles des membres

Le recrutement des tumeurs osseuses primitives malignes des membres est assuré de manière quasi exclusive par le département d'orthopédie-traumatologie à Pierre-Paul Riquet, selon un recrutement régional intéressant tant le secteur public que privé, dans un périmètre régional. L'unité de lieu actuelle au sein de l'IUCTO-Purpan au sein du service d'orthopédie permet une prise en charge optimisée de cette pathologie dont la fréquence reste très faible.

Les tumeurs malignes des parties molles des membres sont pour partie traitées à l'IUCTO-Langlade. Les métastases osseuses des membres et du rachis sont traitées par une vingtaine de chirurgiens issus des CHU et des Centres régionaux de lutte contre le cancer.

En 2017, 20 patients porteurs d'un sarcome osseux des membres (ostéosarcome, chondrosarcome, sarcome d'Ewing) et 30 patients porteurs d'un liposarcome ou tumeurs apparentées ont été pris en charge. L'acte opératoire est particulièrement long et fait appel à une spécificité technique. La réunion de concertation pluridisciplinaire a lieu dans le service de radiologie centrale de Pierre Paul Riquet en présence des membres de l'IUCTO-Langlade. La R.C.P d'algologie uniquement consacrée aux patients métastatiques osseux se déroule tous les quinze jours à l'IUCTO-Langlade. Pour les patients métastatiques osseux un adressage direct est fait vers le Département d'Orthopédie-Traumatologie en cas de risque fracturaire ou de fracture pathologique par les divers services de l'IUCTO-Langlade, et tout autre service du CHU confronté à ce diagnostic.

Cette activité est reconnue nationalement et rentre dans le cadre des réseaux de l'INCA : RESOS pour les sarcomes de l'os, NETSARC sarcomes des parties molles et REPPS regroupant l'anatomo-pathologie.

Par ailleurs, I'INCA a décidé de regrouper au sein d'une seule et même entité les trois réseaux précédemment cités et souhaite regrouper régionalement les différentes équipes (chirurgie, oncologie, radiothérapie…) au sein de l'entité administrative d'Occitanie. Pour le versant chirurgical, ce regroupement devra se faire avec les services hospitalo-universitaires d'orthopédie de l'Hôpital Lapeyronnie de Montpellier, du CHU de Nîmes, et de l'Institut du cancer de Montpellier Val d 'Aurelle.

A cette fin, deux développements d'activités sont proposés :

- La première, intra-hospitalière, consistera à assurer la transmission d'expérience de la prise en charge des tumeurs bénignes et malignes primitives périphériques à l'équipe en place. Le binôme chirurgical associe un acteur de la résection tumorale et un deuxième opérateur, rétablissant la continuité osseuse par le biais d'arthroplastie massive ou d'autogreffe ou d'allogreffe avec ostéosynthèse. Cette deuxième fonction sera assurée par des praticiens qui ont une orientation ciblée et une grande expertise en chirurgie du membre supérieur ou du membre inférieur ;
- La seconde serait transversale, dans le cadre du regroupement au sein du schéma régional de santé avec les équipes de Montpellier et de Nîmes. Le but est d'améliorer les échanges d'informations par l'usage du numérique dans le cadre du réseau informatique du réseau régional de cancérologie Onco Occitanie et en particulier les discussions de planification des gestes opératoires pour l'heure assurée par une réunion mensuelle à l'Hôpital Cochin (Cirtal). Ce nouveau réseau fonctionnel comportera un échange de compétences avec un chirurgien montpelliérain. Les atouts du CHU de Toulouse pour être centre de référence au sein de la nouvelle région administrative sont majeurs : entité unique I'IUCTO, dotée de la présence d'un service de d'orthopédie infantile qui a la compétence régionale pour le grand Sud-Ouest (comprenant les patients issus de Bordeaux et de Montpellier), praticiens référents nationaux en oncologie et en anatomopathologie.

▶ Créer un centre de biopsie liquide

Les biopsies liquides en oncologie permettent un abord non invasif et itératif des tumeurs. Leur utilisation est validée dans le cancer bronchique pour la recherche de mutations de résistance aux thérapies ciblées et se développe dans d'autres indications telles que le dépistage, le diagnostic précoce, le diagnostic de récidive et la prédiction de réponse aux nouvelles thérapies. Le CHU de Toulouse dispose d'une expertise forte tant en routine et en recherche translationnelle, qui permet de créer un Centre Transversal de Biopsie Liquide.

Le versant « routine » associera les laboratoires de biologie et pathologie (plateforme de biologie moléculaire) dans un objectif de recours régional. La partie « recherche » inclura la constitution d'une plasmathèque et sérothèque avec le CRB, en lien avec les laboratoires de recherche du CRCT.

La structure comportera une unité individualisée ambulatoire dotée de personnels dédiés et une transversalité poumon-digestif, pour des indications de dépistage des cancers fréquents (en lien avec la plateforme de dépistage), d'aide au diagnostic pour les lésions débutantes ou bénignes

(nodule pulmonaire, polypes coliques) et de monitoring de la réponse au traitement. Le modèle financier reposera en partie sur des collaborations industrielles.

▶ Créer la plateforme PREDICT-O d'évaluation personnalisée du risque et de dépistage individualisé du cancer

Le dépistage de masse est organisé pour la population à risque modéré. Il est validé et financé pour les cancers du sein, les cancers du col utérin et les cancers colorectaux. Il relève le plus souvent de structures extrahospitalières.

En effet, le dépistage des patients à risque élevé ou très spécifique échappe au dispositif de dépistage de masse. Les patients sont mal identifiés et ne bénéficient pas de structures coordonnées adaptées à leurs spécificités.

Les actions actuelles de dépistage n'autorisent ni action d'évaluation précise personnalisée et globale, ni recherche exploratoire de moyens permettant d'améliorer les modalités du dépistage ou de la prévention des risques.

La population ciblée concerne le digestif, la dermatologie, la pneumologie (via le nodule), l'ORL, la stomatologie, l'urologie et la séno-gynécologie, col, sein. Le type de cancer couvert est à affiner au fur et à mesure de l'entrée d'une discipline dans le dispositif, pour estimer la file active concernée.

La plateforme d'évaluation personnalisée du risque et de dépistage individualisé du cancer doit aller au-delà d'une simple amélioration de l'existant, pour structurer l'intervention hospitalière, en lien étroit avec la médecine de ville, adresseur privilégié. On constate aujourd'hui que les diagnostics restent tardifs notamment du fait de la démographie médicale, de l'absence de réelle politique de prévention et de dépistage en France, que la mortalité est peu améliorée malgré l'amélioration du pronostic de formes avancées, que les traitements des maladies évoluées ont des coûts exponentiels et que la prévention primaire n'est pas actuellement suffisante dans le champ de l'offre de soins.

Or, l'intérêt du renforcement du dépistage du cancer est évident pour la population. Les cancers sont en incidence croissante et la population régionale est en constante progression, les capacités des soins médicaux primaires (médecine générale) et secondaires (variable en fonction des spécialités) sont saturées, les démarches au dépistage de masse ne sont pas coordonnées à l'échelon individuel et génèrent une adhésion insuffisante dont la traduction en termes de santé publique est difficile à quantifier et les recommandations et interlocuteurs sont mouvants et multiples.

L'objectif principal du dispositif est donc d'améliorer les modalités de dépistage et de suivi des populations à risque de survenue de cancer dans le bassin de recrutement de l'offre publique de soins en cancérologie toulousaine par une évaluation individualisée et une coordination des mesures à mettre en œuvre pour chaque personne.

A l'aune de ce constat, le CHU de Toulouse dispose d'atouts certains pour mettre en œuvre cette plateforme. Le tissu médico-scientifique est favorable à la structuration en réseau requise, sachant qu'en la localisant sur le site de l'IUCTO-Rangueil/Larrey l'écosystème médico-technique est déjà majoritairement présent.

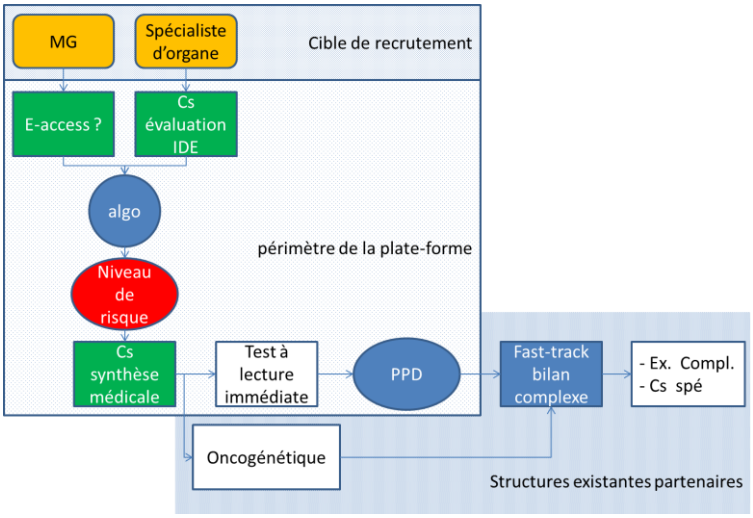
ASSURER UN DIAGNOSTIC DE DEPISTAGE GLOBAL ET SPECIFIQUE DU PATIENT

L'évaluation personnalisée du risque permet d'assurer un diagnostic de dépistage global spécifique du patient et de pouvoir lui délivrer un « PPD » ou plan personnalisé de dépistage et de suivi de risque de cancer et de le guider dans la mise en œuvre de celui-ci.

Les objectifs secondaires de ce projet sont de majorer le taux de diagnostic précoce des cancers fréquents, d'optimiser l'accès aux moyens sanitaires au sein du bassin de recrutement, de favoriser la mise en place de traitements précoces à visée curative (chirurgie ambulatoire), de réduire le recours aux prises en charges médicales complexes des maladies cancéreuses évoluées, de générer un ensemble de données médico-biologique, scientifiques et sociales permettant l'identification, la validation et la mise en œuvre de modalités ou d'outils innovants de dépistage et l'identification de populations enrichies spécifiques et de réorienter avec pertinence les diagnostics non-oncologiques du dépistage vers des prises en charges spécifiques adaptées.

Le dispositif multi-étapes et multi-spécialités se structure de la façon suivante :

- Filtre au cours d'une 1ère évaluation, par un questionnaire, centré sur les risques établis pour les principaux cancers, sur site du CHU ou à distance en lien avec le médecin traitant ;
- Analyse de la grille, par un algorithme de classification du niveau de risque en comparaison de la population générale, organe évalué par organe;
- Retour standardisé par le personnel médico-soignant formé ou bien, évaluation médicale réalisée sur site ;
- A l'issue de cette étape :
    - Soit poursuite de la démarche dépistage spécifique ;
    - Soit fléchage vers une évaluation oncogénétique ou une démarche diagnostique spécifique ;
    - Soit fléchage vers le dépistage organisé standard en l'absence de risque spécifique.
- Réalisation des examens de 1ère intention à lecture immédiate et remise d'une programmation d'examens complémentaires réalisables :
    - Soit sous coordination externe par son médecin généraliste ;
    - Soit dans le cadre de « fast-tracks » organisés au sein des 3 sites de IUCTO, selon leur spécificité, dans le cadre initial des parcours de soins organisés.



La structure comportera une **plateforme dématérialisée d'e-access**, une plateforme d'évaluation clinique (accueillant public et patients), pilotée par le pôle Santé Publique et les cliniciens référents médicaux de chaque type tumoral ; de même qu'une plateforme multidisciplinaire disposant de banques de données informatisées, couplées à des banques de prélèvements, d'algorithmes…

Des liens seront organisés avec :

- Les médecins traitants coordonnateurs de ce programme (le développement du DMP étant un outil précieux pour faciliter le suivi des patients et évaluer les résultats de ce projet) ;
- Les structures de dépistage existantes au sein de l'offre publique de soin et des établissements partenaires ;
- Les établissements du GHT participant à la filière oncologie du PMP ;
- La recherche clinique par l'établissement d'une banque de données socio-épidémiologique et d'une bio-banque systématique par proposition de prélèvement de chaque sujet, une insertion des projets de recherche (évaluation de nouveaux outils de dépistage, constitutions de cohortes, développement de nouveaux outils de dépistage, etc.) ;
- Les développeurs informatiques et les bio-informaticiens pour développer des algorithmes de tris et de mesures ;
- Les données de l'ensemble des patients du CHU pour exploration des populations (big-data, intelligence artificielle).

Un travail innovant est à construire avec des infirmiers de pratiques avancées pour les Plans Personnalisés de Dépistage « PPD » classiques ; les médecins n'intervenant uniquement que sur les PPD complexes. L'optique n'est pas de mettre en place un dispositif captif pour les patients mais bien de s'inscrire dans une logique transversale et de gestion de l'amont autant que de l'aval, dans une approche préventive.

Des futurs postes universitaires en santé publique pourraient ainsi être fléchés dans ces nouveaux cursus. Des documents, des recommandations et des procédures sur la prévention primaire seraient ainsi produits. De nouveaux enseignements professionnels, publics et des séminaires de vulgarisations pourraient être organisées (à l'image du programme Socrate proposé par Gustave-Roussy).

La structure médico-économique de cette plateforme sera viable et innovante, de type Prestation Intermédiaire (à l'intervalle entre un financement de consultation et d'hospitalisation de jour), une bio-banque adossée à une base de données pourra être valorisée par des collaborations ciblées avec les acteurs industriels, les sites partenaires des procédures de diagnostic gagneraient en visibilité pour le développement de nouveaux matériels avec des partenariats industriels et des projets de recherche.

▶ Organiser une plateforme de thérapies ciblées (PPCO et éducation thérapeutique)

Chaque spécialité des 3 sites IUCTO a développé une expertise et une organisation spécifique à la prescription et au suivi des thérapies ciblées. Chacune a développé une expertise propre aux thérapies ciblées les plus fréquemment employées dans son domaine (ex : anti-EGFR en

pneumologie, anti-RAF/MEK en dermatologie, anti-KIT en hématologie, anti-pyrimidines orales et mab anti-EGFR en digestif, etc.) en termes de savoir médical et soignant spécifiques incluant un accès facilité aux soins de support adaptés.

L'organisation à mettre en place implique :

- La systématisation de la PPCO (première prescription de « chimiothérapie orale ») multidisciplinaire et des SPO (suivis de prescription orale) formalisés et valorisés (MIG) ;
- L'uniformisation des outils et référentiels, avec traçabilité DPI ;
- L'identification des pharmaciens de pôle en lien avec les référents UPCO ;
- Des formations transversales communes des soignants des différentes spécialités ;
- L'identification de relais experts (expertises propres de chaque spécialité facilement accessible aux autres spécialités) au sein de l'institution et mise en place d'échanges réguliers ;
- L'animation de la transversalité et expertise soignante par cadre de santé CHU impliqué en oncologie (connaissance de l'institution et des équipes CHU hors et intra-Langlade, et en lien fonctionnel avec un cadre du site de Langlade).

La structure respectera l'organisation interne des spécialités dans un souci d'optimisation du parcours patient et s'intègrera dans les plateaux de consultations mutualisées pour les spécialités de même site pour réaliser des consultations communes. Des réunions de concertation pluridisciplinaire médico-pharmaco-soignante pourront être proposées. Une cellule de coordination (cadre oncologie + médecin/pharmacien référent) IUCTO-Purpan et IUCTO-Rangueil/Larrey coordonnera les liens avec IUCTO-Langlade. De nouveaux programmes d'éducation thérapeutique seront développés en complément / renfort des programmes déjà existants. La recherche en soins et recherche pharmacologique seront développées.

Les indications concernent au sein de l'IUCTO-Rangueil/Larrey le digestif, l'urologie, la pneumologie, la dermatologie, pour l'IUCTO-Purpan la neurologie et l'oncogériatrie, tandis que IUCTO-Langlade comprendra la dermatologie, l'hématologie, la séno-gynécologie, l'ORL, etc.

▶ Structurer une plateforme de coordination des soins de supports

Des compétences poussées en soins de support ont été développées au sein du CHU du fait de la multiplicité des pathologies et des populations prises en charge. Leur accessibilité et leur organisation au bénéfice des patients atteints de cancer doit être facilitée, coordonnée et valorisées ; des compétences propres en cancérologie doivent être développées.

Au sein de l'ensemble des soins de support trois axes seront développés comme suit :

- En psychiatrie :
  - Développer une thématique cancer avec des psychiatres référents ;
  - Développer les liens avec les psychologues ;
  - Mettre en place des consultations et référents sur sites à activité oncologique, notamment au sein de l'IUCTO- Rangueil/Larrey actuellement dépourvus ;
  - Mettre en place la prévention, soutien et dépistage des équipes médico-soignantes ;

  - Développer la thématique de recherche (parallèle à la structuration des soins), au bénéfice de jeunes patients parents d'enfants (projet PARCA3), de patients longs survivants ou encore de patients inclus dans les protocoles de recherche clinique, suivi des interventions chirurgicales mutilantes, traitements adjuvants, stratégies de coping, etc.
- En nutrition :
  - Mettre en œuvre un centre d'évaluation et de suivi nutritionnel des patients atteints de cancer ;
  - Mettre en œuvre des programmes diététiques au sein des services de prise en charge oncologique ;
  - Assurer la gestion nutritionnelle des effets indésirables ;
  - Réaliser des travaux de recherche clinique.
- En réhabilitation à l'effort, complémentairement à ce qui existe déjà sur le site de l'IUCTO-Langlade, s'appuyer sur les structures et compétences développées pour les pathologies respiratoires ou digestives (MICI, chirurgie et réhabilitation précoce), afin de favoriser leur regroupement et leur coordination en étendant les plateaux existants ;
- Maintien des activités professionnelles et retour à l'emploi.

▶ Consolider l'interface soin-recherche en oncologie

Le CHU de Toulouse s'engage à créer une cellule oncologique au sein même de la Direction de la Recherche. Cette cellule assure un soutien méthodologique intégré, allant au-delà du soutien administratif et garantissant davantage de valorisation en recherche. Elle est en étroite relation avec le BEC/DRCI de l'ICR d'ores et déjà installée au sein de l'IUCTO-Langlade et coordonne la gestion de la recherche clinique cancer.

Il est recherché une gouvernance de la recherche commune entre le CHU et l'ICR, respectueuse du positionnement des deux établissements et utilisant des outils communs.

17. Un centre d'hématologie de l'IUCTO-Langlade répondant aux enjeux du territoire

▶ Augmenter la capacité du service d'hématologie

Si le phénomène d'augmentation de l'activité peut être observé dans la plupart des services d'hématologie clinique de France, la situation de « monopole exclusif » dans laquelle se trouve le service d'hématologie du CHU de Toulouse est une situation unique en France. Le service d'hématologie clinique du CHU concentre en effet historiquement tous les moyens garantissant la prise en charge des cas difficiles et des traitements intensifs avec gestion d'aplasies prolongées tout en assurant la prise en charge de la grande majorité des hémopathies malignes dans un périmètre s'étendant au-delà de l'agglomération toulousaine.

Malgré des modifications structurelles importantes réalisées lors de l'ouverture de l'Oncopole (augmentation capacitaire de 5 lits d'hospitalisation conventionnelle et de 2 places d'hospitalisation de jour, création d'une unité de réanimation, prise en charge de certains patients

d'hématologie dans le service de médecine interne) et une collaboration optimale des acteurs de soins dans le réseau Oncomip mise en place depuis plus de dix ans, cette situation de « monopole » trouve aujourd'hui ses limites au regard de l'augmentation significative de l'activité.

Elle se traduit notamment par un délai d'attente d'hospitalisation en hématologie important : une première estimation faite sur la période du premier trimestre de l'année 2017 indique un temps d'attente avant hospitalisation en hématologie supérieur à 12 jours, tous motifs d'hospitalisation confondus. En pratique, il n'est pas rare qu'un patient attende 15 jours entre l'annonce d'une leucémie aiguë et le premier jour de son traitement.

Les traitements de consolidation sont fréquemment retardés. L'accès à l'hospitalisation de jour pour les traitements de nouvelle génération est limité. La gestion quotidienne des flux de patients en attente pose de multiples problèmes de nature organisationnelle, pronostique et donc éthique, générant incompréhension et inquiétude des patients et de leurs aidants, autant de facteurs de stress pour les soignants soumis à des choix difficiles.

Cela reflète un manque d'offre de soins qui perturbe le maillage sanitaire de la région. Le plan régional de santé intègre ainsi la nécessaire augmentation de 15 lits sur le territoire. Leur localisation doit être envisagée dans la continuité des lits d'hématologie d'ores et déjà installés au sein de l'IUCTO-Langlade, ce qui implique de déplacer des activités (unité de soins palliatifs ou place d'hospitalisation de jour), qui pourraient être déplacées dans l'espace actuellement insuffisamment occupé de la curiethérapie. Les lits de soins critiques serviraient pour des patients relevant de nouvelles thérapies sous réserve de l'obtention des autorisation adéquates.

Actuellement, dans le service de réanimation médico-chirurgicale, 4 lits sont occupés en permanence par l'hématologie. Ce service a un taux d'occupation optimal de 100% ; son taux de rotation est de 40% et les DMS sont très courtes. Une analyse du profil des patients pris en charge dans les unités de soins intensifs et de réanimation doit être conduite au préalable afin d'évaluer au mieux l'évolution du besoin capacitaire de cette unité au regard des 15 nouveaux lits d'hématologie.

▶ Augmenter la capacité du laboratoire d'hématologie de répondre au besoin clinique

L'hématologie est une discipline mixte qui nécessite une équipe médicale travaillant en contact étroit avec le laboratoire d'hématologie.

Le diagnostic et le suivi des hémopathies malignes a augmenté fortement depuis la création de l'IUCTO du fait de 4 effets :

1. Une meilleure connaissance des maladies, principalement d'un point de vue moléculaire du fait du développement du séquençage à haut débit, augmentant le nombre de mutations à identifier, constituant soit un critère de diagnostic, soit une cible thérapeutique, soit un marqueur de suivi moléculaire ;
2. Une meilleure prise en charge médicale des patients conduisant à un suivi et une survie prolongés ;
3. L'apparition de nouveaux traitements ciblés, particulièrement en induction, rendant nécessaire un raccourcissement des délais de réponse, inférieurs à 8 jours ;
4. L'augmentation du périmètre géographique des demandes d'analyse, allant de Bordeaux à Marseille pour l'expertise moléculaire en dehors du myélome.

Le renforcement de l'activité clinique d'hématologie, en particulier lié à de nombreux essais thérapeutiques, pour lesquels le laboratoire d'hématologie, conduit à une forte tension de l'activité spécialisée d'onco-hématologie, principalement en cytométrie de flux et en biologie moléculaire.

Le secteur de cytométrie en flux, pour développer l'analyse de la maladie résiduelle, devra être renforcé d'expertise médicale complémentaire.

Plus largement, le secteur de biologie moléculaire devra bénéficier de moyens humains et techniques, concomitamment à l'augmentation de l'activité d'hématologie clinique, l'ouverture de nouveaux lits se traduisant, malgré une rationalisation des analyses et de l'organisation de travail, par des demandes supplémentaires de biologie spécialisée en onco-hématologie.

▶ Apprécier le développement des CAR-T-cells dans le cadre des orientations stratégiques nationales

Le développement des CAR-T-cells est en pointe aux Etats-Unis pour un coût moyen de 450K dollars par patient. Actuellement, 3 sites de CAR-T-cells sont labellisés par l'INCA (Nantes, Paris-Saint Louis et Marseille).

La sous-traitance actuelle peut évoluer, soit en reproduisant le modèle actuel des autres centres ou innover sur un nouveau modèle de production des CAR-T-cells , soit en proposant un plateau avec vecteurs synthétiques en nano-particules.

Le site de l'IUCTO-Langlade pourrait être labellisé si l'INCA privilégiait une plateforme CAR-T-cells pour le grand Sud-Ouest et si un modèle économique devait être consolidé. Ce projet majeur devrait être mené en intégrant l'ensemble de ses corolaires, notamment partenariat avec l'INSERM et l'EFS et en termes d'augmentation (40%) de l'activité de la réanimation.

Il peut aussi être proposé la constitution d'une plateforme de nanoparticules, qui requiert un dispositif moins lourd, capable d'être mené avec des technologies synthétiques. Le site de l'IUCTO-Langlade bénéficie d'un écosystème favorable au développement des nanovecteurs, au sein de la région. Une structure partenariale pourrait ainsi capitaliser les forces scientifiques du CHU, de l'ICR, du CRCT, du CEA-Tech, de l'EFS et plus spécifiquement du Stromalab.

L'impact sur les organisations cliniques sont plurielles et à anticiper. Les effets secondaires potentiels des injections impliquent des modalités de surveillance renforcées, requérant des temps d'hospitalisation en surveillance continue ou en réanimation allongés. Une réflexion sur le capacitaire de ces unités devra être préalablement travaillée.

Les CAR-T-cells concernent essentiellement les pathologies hématologiques. Les tumeurs solides ne sont traitées qu'à travers quelques essais mais le nombre d'indications pourrait se développer dans les années à venir ; probablement dans les tumeurs les points immunogènes ou se développant dans un environnement inflammatoire « froid » (sarcomes, tumeurs digestives, poumon).

18. Des plateaux techniques à la pointe du recours oncologique

▶ Mieux répondre aux besoins opératoires, pour offrir des délais d'intervention raccourcis

Les sept blocs opératoires de l'IUCTO-Langlade accueillent l'activité chirurgie du cancer de la femme, d'ORL, de dermatologie et de plastie. L'augmentation du nombre de plage courtes requises par le virage ambulatoire (notamment des activités de sénologie et d'onco-dermatologie), à laquelle se greffe la majoration des plages longues des interventions de recours (principalement en ORL), induisent une saturation préjudiciable pour des prises en charge exigeant une célérité relative, du fait du caractère évolutif de la pathologie cancéreuse.

Les délais actuels proposés pour les chirurgies les plus lourdes atteignent 50 jours, ce qui n'est pas acceptable pour des prises en charge de recours.

La saturation des blocs opératoires se prolonge au sein du service de réanimation, qui accueille en aval les patients chirurgicaux les plus lourds mais aussi les patients médicaux complexes.

L'ensemble de la filière opératoire doit donc être renforcée en ce qui concerne :

- Les blocs opératoires : 2 salles supplémentaires seront installées dans le secteur d'ira thérapie qui partage d'ores et déjà son bloc ;
- Les soins critiques : pour assurer un fonctionnement regroupé des activités de réanimation, les quatre lits de soins continus actuels seront transformés en lits de réanimation pour permettre d'absorber l'accroissement des interventions chirurgicales lourdes de recours, comme l'évolution des traitements d'hématologie.
  Les 4 lits de soins continus seront majorés de 6 lits supplémentaires, pour arriver à un calibrage de 10 lits requérant 2 binômes IDE/AS. Pour mener à bien cette réorganisation, la surface préemptée se situera dans la continuité du service de réanimation (secteur de chirurgie ambulatoire) et impliquera donc de relocaliser l'unité concernée ;
- L'accès au robot opératoire : pour pallier la saturation du robot de l'IUCTO-Rangueil ; les indications de robotique réalisées sur le site de l'ICTO-Langlade seraient enrichies pour l'urologie et la gynécologie, discipline bi-appartenantes aux 2 sites.

▶ Investir dans une imagerie innovante et attractive

L'évolution des pratiques cliniques et de recherche démontrent un besoin supplémentaire d'accès à l'imagerie (IRM, TEP, scanners, écographies de contraste…), à laquelle l'offre d'imagerie de l'IUCTO-Langlade ne permet que difficilement de répondre. Les projections les plus modestes prévoient à terme (et à indications égales) environ 5000 scanners et 2000 IRM supplémentaires par an, dans un délai maximal de 5 ans. De plus, toute réflexion capacitaire sur le site de l'IUCTO-Langlade doit intégrer l'impact d'une demande complémentaire d'actes d'imagerie.

Au-delà de la restructuration du plateau technique, le principal défi de l'imagerie concerne l'attractivité du secteur publique pour les radiologues et les spécialistes de la médecine nucléaire.

L'enjeu s'avère donc de répondre à la demande par une offre publique, en minorant la sous-traitance d'un grand nombre d'examens.

Pour répondre à ces défis, le travail d'analyse de la pertinence des examens doit être renforcé. Le temps machine étant plus automatisé à l'avenir grâce aux perspectives offertes par le deep learning, l'IA, la valeur ajoutée du radiologue se portera sur la recherche clinique, l'évaluation du risque et la radio interventionnelle.

Plusieurs axes d'amélioration sont à engager :

- Un site d'imagerie unique au sein d'un bloc de compétences à Langlade implique d'avoir une seconde source fermée, ce qui induit un problème juridique et la réalisation d'une étude réglementaire et sécuritaire ;
- Une réflexion sur l'universitarisation de la radiologie du site de l'IUCTO-Langlade est à engager, un universitaire étant sur le versant nucléaire et animant la discipline ;
- Pour répondre aux difficultés d'attractivité du secteur public, conformément au Plan « Ma Santé 2022 », le renforcement des liens et des passerelles entre public et privé doit être modélisé au sein du GCS public qui permettrait aux radiologues publics qui le souhaitent de développer une activité libérale ;
- Augmenter les temps d'acquisition permettrait de majorer le temps consacré aux réunions de concertation pluridisciplinaire et à la recherche clinique pour les radiologues. Les discussions médico-radiologistes sont à encourager en envisageant la création de comités d'organes avec des radiologues dédiés ;
- Accroître l'amplitude horaire d'utilisation des machines d'imagerie en coupe, en facilitant pour les radiologues la téléradiologie permettrait de dégager du temps opérateur pour la radio interventionnelle.
- Répondre aux examens requis dans un contexte d'urgence, notamment de la réanimation.

▶ Constituer un centre de référence en rayonnement

La radiothérapie est un bloc de compétence ICR décliné dans un projet médico scientifique adossé à un fort volet recherche. Cette coloration recherche implique de nombreux investissements matériels.

Les évolutions technologiques à venir en radiothérapie devront être accompagnées par de l'imagerie IRM qui va se développer fortement. Par conséquent, acquérir un deuxième IRM est indispensable à un meilleur positionnement et comme à l'amélioration de la dosimétrie des rayons.

Le projet PERICLES2, qui propose la constitution d'un centre de radiothérapie par protonthérapie, n'a pas obtenu de réponse favorable dans le cadre du denier Plan Cancer. L'ambition d'être un centre de référence national en rayonnement, tant en recherche, qu'en clinique perdure.

Le renouvellement de la source du Gamma Knife interviendra au cours du projet d'établissement et devra être articulé, avec les caractéristiques des machines de radiothérapie que l'ICR privilégiera, pour offrir aux patients des solutions optimales, notamment pour les multi-métastases.

▶ Constituer une plateforme commune de séquençage NGS associant activités sanitaires et de recherche

Le projet proposé s'articule autour de la création et de la structuration d'une plateforme commune CHU-ICR sur le site de l'IUCTO-Langlade, qui assurera la totalité des activités de séquençage NGS haut débit, sanitaires et de recherche clinique et translationnelle.

- Cette plateforme de séquençage haut et très haut débit accréditée, regroupera sur site les séquenceurs existants, nécessitera l'acquisition d'automates de préparation, d'un séquenceur très haut débit et/ou d'un de 3e génération et d'un système de gestion des laboratoires. L'automatisation complète du process de séquençage devra être assurée ;
- La plateforme de bio-informatique soutiendra la plateforme de séquençage haut et très haut débit. Elle nécessitera l'amélioration du cluster de calcul actuel, des capacités d'archivage et une mise à niveau du réseau local ;
- En termes de gouvernance, les plateformes relèveront des deux partenaires CHU et ICR, en lien étroit avec le CRCT, dans une intégration au GIS Genotoul pour les activités de recherche. La plateforme de séquençage sera animée par un ingénieur, sous l'égide d'un comité de pilotage médico- scientifique ;
- Le modèle économique et financier devra être élaboré, en intégrant la réforme du financement des RIHN, la facturation inter-établissements des actes sanitaires et la facturation des activités de recherche.

Ce projet ambitieux et novateur associera ainsi les activités sanitaires et de recherche dans une plateforme technologiquement up-to-date, accréditée, qui attirera les essais cliniques et relocalisera certaines activités actuellement externalisées. Il mettra en lumière cette dynamique commune dans l'hypothèse d'un second appel d'offre « France Médecine Génomique » (FMG).

Une approche médicale pluridisciplinaire, une expertise universitaire accessible à tous

19. Développer un plateau commun de consultations pluridisciplinaires des affections neurodégénératives

Dans la région Occitanie près de 80 000 personnes sont atteintes de maladies neurodégénératives. Le plan 2014-2019 concerne l'ensemble des patients atteints de maladies neurodégénératives (MND) et plus particulièrement Alzheimer, Parkinson et Sclérose en plaques. Il vise à permettre l'accès à des soins de qualité, pour tout malade, par un maillage territorial et la mobilisation de centres experts dédiés la prise en charge des situations les plus complexes.

Deux centres rattachés au pôle Neurosciences sont référencés au CHU de Toulouse, à savoir le Centre Ressources et Compétences Sclérose en Plaques et le Centre Expert Parkinson. Ils sont identifiés au sein du réseau de soins régional par les neurologues travaillant en établissement ou libéraux.

L'enjeu est de leur donner plus de lisibilité au sein du CHU pour valoriser les compétences des équipes et améliorer leur structuration interne, afin de définir des circuits de consultation clairs pour une meilleure prise en charge des patients.

A cette fin, les actions mises en œuvre viseront à afficher clairement cette expertise et communiquer largement pour une meilleure identification de ces centres sur le pôle (locaux dédiés, signalétique adaptée pour des circuits patients lisibles). La mutualisation des moyens des centres permettra de consolider de manière efficiente leur structure, tout en préservant la « marque » de chaque consultation.

20. Conforter les activités externes de Purpan en cardiologie, diabétologie, médecine et chirurgie vasculaire mutualisées sur le site « orphelin » de Pierre-Paul Riquet

Le pavillon Rayer accueille les activités dites orphelines, parce que dépendant de services (cardiologie, diabétologie, médecine et chirurgie vasculaire) installés au sein du site de Rangueil, tournées vers les patients hospitalisés des sites de Purpan.

La demande d'avis et d'actes implique de déplacer les patients hospitalisés à Pierre-Paul Riquet, quand une localisation au sein de ce bâtiment améliorerait la prise en charge des patients.

Les transports posent des difficultés qualitatives entre Pierre-Paul Riquet et Rayer, en termes de délai de trajet, de coûts de transport en ambulance qui seraient remplacés par un simple brancardage en cas d'implantation à Pierre-Paul Riquet.

A cette fin, **la réserve foncière existant à Pierre-Paul Riquet sera partiellement aménagée pour ces activités qui mutualiseront leurs espaces et leur fonctionnement.**

21. Augmenter la capacité de l'hôpital de jour des médecines pour développer les prises en charge en ambulatoire

Actuellement dimensionné à 8 places pour les spécialités du pôle I3LM situées à l'URM, l'unité hospitalisation de jour mutualisée propose des séances thérapeutiques et des bilans pour des prises en charge de médecine interne, de maladies infectieuses, du centre d'hémophilie, du service de soins pour personnes sourdes et malentendantes.

Les perspectives d'augmentation en capacitaire sont motivées par :

L'identification de 2 filières. La plus structurée correspond aux bilans de maladies chroniques, soit 90% de l'activité issues des services maladies infectieuses, médecine interne, centre d'hémophilie, service de soins pour personnes sourdes et malentendantes.

La seconde filière concerne des bilans diagnostiques à effectuer rapidement en ambulatoire, pour 10% de l'activité. Les bilans sont programmés dans la semaine mais ce parcours reste obéré par des délais longs d'activation des plateaux techniques et une logistique de transports constamment surchargée ;

La diversification des recours, qui requiert le développement d'une filière de programmation rapide (délai maximal d'une semaine). Toutes les spécialités ont mis en place des consultations d'urgence dont certaines nécessitent un bilan rapide en suivant. S'y ajoutent des patients nécessitant un complément de bilan en HDJ rapidement en clôture d'une hospitalisation traditionnelle ou enfin en réponse à la demande des médecins de ville pour un bilan ne justifiant pas une hospitalisation traditionnelle ;

Le service de post-urgences médical développe des prises en charge dédiées aux patients précaires ou issus d'établissement de santé mentale qui nécessitent de proposer des consultations ciblées et parfois des prises en charge en hospitalisation de jour à programmation rapide ;

Le déplacement du service d'addictologie, actuellement hébergé à hauteur de 4 places sur le plateau URM.

Cette augmentation de capacitaire implique un renfort de la programmation, reposant sur un binôme infirmier, pour la connaissance des pathologies, des conditions d'examen, de l'organisation interne, et une secrétaire dédiée pour faciliter la convocation des patients, le suivi des examens en attente, la relation avec les médecins adresseurs et participer au surcroit de frappe des courriers.

Elle suppose aussi un renfort de la présence sénior quotidienne et de médecins juniors, pour formation de ces derniers à la culture ambulatoire de la médecine et développer à terme un réseau avec la ville.

L'aménagement des locaux devra être revu en privilégiant davantage de fauteuils, moins de lits et en proposant un espace convivial permettant une salle à manger commune avec des casiers fermés pour les effets personnels des patients.

Pour faciliter le parcours des patients accueillis, dans un contexte d'hospitalisation de jour se caractérisant par sa brièveté, certains freins devront être levés. Il convient de permettre l'accès en lecture des agendas des plateaux techniques pour éviter des intermédiaires chronophages, la sanctuarisation de créneaux dédiés pour faciliter des programmations rapides et urgentes, l'identification de l'accès aux consultations par un numéro interne ou une messagerie dédiée « coupe file » par rapport aux accès venant de l'extérieur et la proposition de solutions alternatives pour faciliter les déplacements des patients en ambulatoire (expérimentation en cours avec le service des transports sur navette à la demande, bornes ou tablettes d'orientation pour les patients…).

22. Créer une structure transversale de coordination des soins de réadaptation

La médecine physique et réadaptation (MPR) permet l'amélioration, au bénéfice de patients en situation de handicap, des fonctions organiques comme la motricité, la sensibilité, des fonctions cognitives, etc. Elle facilite leurs activités dans la vie quotidienne, comme toilette, habillage, alimentation, communication, déplacements et augmentant leurs participations dans les sphères familiales, professionnelles, des loisirs ou de la culture. Elle joue sur les facteurs environnementaux (humains, architecturaux, sociétaux) et personnels du patient.

En pratique, la MPR est une spécialité transversale, visant à améliorer la qualité de vie et la participation des patients en situation de handicap par des programmes de soins qui associent rééducation, réadaptation et réinsertion. Ces différentes stratégies sont parfois regroupées sous le terme anglo-saxon de Réhabilitation.

La MPR du CHU se situe en aval de services de MCO hautement spécialisés. Ses capacités d'accueil restent limitées au regard de la taille du CHU, elle privilégie donc les situations médicales et/ou médico-sociales les plus complexes. Ces caractéristiques de l'activité de MPR du CHU nécessitent une interaction étroite entre les médecins spécialistes de MPR et les untiés de MCO adresseurs des patients. Enfin l'organisation des soins de suite et de réadaptation présente des particularités régionales : 80% des structures régionales sont privées, contre 40% au plan national. Ces spécificités justifient d'une coordination suffisante avec les autres acteurs de la rééducation et de la réadaptation régionaux qu'ils soient publiques ou privés, afin de mieux répondre aux besoins du CHU.

► Installation des services MPR de neurosciences et des plateaux techniques de rééducation à Purpan

Le transfert du service de MPR à orientation neurologique, depuis sa localisation actuelle dans des locaux très vétustes de Rangueil, vers le site de Purpan, dans le bâtiment U2000, permettra de le rapprocher des autres structures du pôle Neurosciences avec lesquelles les liens fonctionnels sont étroits.

L'unité de soins de suite et de réadaptation (SSR) compte actuellement 23 lits d'hospitalisation conventionnelle et de 10 places d'hospitalisation à temps partiel. L'ensemble de ces unités sont spécialisés dans les SSR des affections du système nerveux. Le service de MPR à orientation neurologique du CHU prend ainsi en charge des patients victimes d'AVC, de traumatismes crâniens, de lésions médullaires ou ayant une maladie neurodégénérative (SEP et Parkinson), à la sortie des services de neurologie ou de neurochirurgie et ayant :

- Soit une forte complexité médicale, sociale et/ou comportementale (dont l'accueil dans les autres structures de SSR de la région est difficile) et qui constitue le plus souvent des patients bloqueurs de lits pour les services de médecine ou chirurgie ;
- Soit des besoins en soins médicaux, de rééducations ou de réadaptation, techniques et spécifiques qui ne sont pas disponibles dans les autres structures de SSR de la région (stimulation cérébrale non-invasive, réadaptation cognitive informatisée, bilan et soins de neuro-orthopédie en lien avec la clinique universitaire du mouvement) ;
- Enfin le service CHU est une des rares unités de la région à proposer des consultations et un suivi ambulatoire en MPR pour de nombreux patients présentant des handicaps neurologiques.

Ces spécificités de la MPR du CHU justifient d'un rapprochement de Rangueil auprès des autres unités du pôle de neurosciences. Cette proximité géographique permettra :

- L'accès au plateau de neuro imagerie qui est important pour assurer le suivi et la sécurité des patients et essentiel pour fixer le pronostic fonctionnel ;
- L'accès à une rééducation précoce, intensive et coordonner tout en assurant une sécurité médicale renforcée ;
- La simplification du circuit ambulatoire des patients en organisant dans un seul site l'évaluation, les consultations et les actes ;
- La simplification de l'organisation des consultations multidisciplinaires et des réunions de concertations pluridisciplinaires de neuro-orthopédie telles que prévues au plan régional de santé ;
- La coordination et le développement des activités de formation, d'enseignement et de recherche.

L'ensemble doit améliorer la qualité des prises en charge, par une meilleure fluidité dans les parcours de soins du secteur MCO vers le SSR et donc contribuer à une réduction des durées de séjour en MCO.

▶ Transfert et extension du Service de Rééducation Post-Réanimation

Le service de MPR comprend une unité de rééducation Post-Réanimation de 6 lits, spécifiquement équipés (monitoring ECG, saturation, TA, caméra), pour accueillir des patients justifiant d'une prise en charge de rééducation et/ou de réadaptation (réhabilitation) précoce et intensive mais nécessitant des soins médicaux non compatibles avec un accueil dans une unité de MPR conventionnelle : ventilation assistée continue ou discontinue, trachéotomie récente, nutrition entérale ou parentérale, coma, troubles du comportement. Il s'agit le plus souvent de blessés médullaires hauts, d'AVC malins craniectomisés, de syndrome d'enfermement (« Locked syndrome »), de syndrome de Guillain-Barré avec signes de gravité, de neuropathies sévères de réanimation.

Initialement l'appel à projet régional prévoyait la création d'une unité de 12 lits mais en l'impossibilité architecturale actuelle de Rangueil n'a permis qu'une unité pilote de 6 lits, opérationnelle depuis 2008.

Depuis 10 ans cette unité a démontré le service qu'elle rendait aux patients. Une trentaine de patients relativement jeunes (âge moyen de 51 ans) est accueillie chaque année avec une DMS comprise entre 50 et 80 jours. Aucune autre unité régionale n'est en capacité d'accueillir ces patients. 80 % d'entre eux sortent vers une unité de SSR spécialisé affection du système nerveux puis rentrent à domicile, témoignant de l'intérêt fonctionnel de ce type de structure. Plusieurs patients sont refusés toutes les semaines, faute de place, d'autant que propres besoins du CHU en la matière ne sont pas couverts faute de place.

Parallèlement le concept de rééducation post-réanimation s'est déployé au gré d'expérimentations régionales fructueuses, qui vont conduire à un appel d'offre national décliné par les ARS pour la création d'unité de 12 lits de rééducation post-réanimation. Une réflexion sur la création de ces unités est d'ores et déjà prévu dans le cadre du plan régional de santé. Le déménagement du service de MPR sur le site Purpan constitue donc une opportunité unique d'augmenter la capacité d'accueil de l'unité de rééducation post-réanimation de 6 à 12 lits et de retrouver la taille initiale de l'unité conventionnelle d'hospitalisation de Neuroréadaptation en passant de 23 à 29 lits.

Ce projet doit permettre de mieux répondre aux besoins du CHU pour ces patients très spécifiques que le service de MPR est le seul à pouvoir accueillir. Enfin l'unité de rééducation post-réanimation pourrait constituer un lieu d'accueil lors de l'évaluation des patients dans le coma ou en en situation d'EVC/EPR, suivis dans le cadre du registre régional des patients en éveil de coma ou en état végétatif chronique ou pauci-relationnel, tel que prévu par le plan régional de santé.

▶ L'emménagement au sein de l'ancien bâtiment dit « U2000 »

L'approche patrimoniale conduite dans le cadre du présent projet d'établissement, implique de prioriser les bâtiments existants, d'évaluer la comptabilité des surfaces disponibles avec l'ensemble des projets médicaux avancés par les différents services du CHU. Le bâtiment U2000, partiellement désaffecté, peut accueillir des activités médicales qui ne demandent pas d'accès majeurs aux bâtiments Pierre-Paul Riquet et URM. Il suppose une réhabilitation des espaces à la fois fonctionnelle et technique mais conserve une conception moderne, qui légitime son ré-usage.

Ce bâtiment répond aux besoins du service de MPR, qui est actuellement hébergé dans des locaux de Rangueil qui pâtissent d'une grande vétusté et d'une exiguïté qui hypothèquent le développement des activités portées par le projet médical de l'équipe du CHU, comme par le plan régional de santé.

A cette fin, comme la MPR prend en charge des patients ayant des limitations d'activité et des réductions d'autonomie très sévères, les locaux intégreront ces contraintes en termes d'espace (salles d'attentes et circulations) et de dispositifs (salle de bains, WC, chambres, locaux thérapeutiques et de rééducation). Les travaux de réhabilitation devront ainsi donner lieu à des locaux adaptés pour les personnes à mobilité réduite, des surfaces suffisantes pour les chambres que les locaux rééducatifs. Des aides techniques (rail de transferts) faciliteront les transferts et la manutention dans des conditions efficaces et sûres pour les personnels. Un outil informatique

adapté aux contraintes des soins en MPR rendra plus ergonomique les recueils métrologiques, la programmation des soins de rééducation et de réadaptation.

L'organisation du futur service de MPR intégrera la vocation de recours régional pour certains actes ou prises en charges y compris en ambulatoire.

- Les activités techniques ambulatoires de toxines botuliques (80 % des injections de toxine botulique de l'ex-région Midi-Pyrénées), BUD, blocs moteurs pour diagnostic fonctionnel, évaluations isocinétiques, évaluations cognitives, clinique du positionnement, stimulations cérébrales non invasives sont des activités spécialisées nécessitant des locaux adaptés spécifiques ;

- L'intégration de la Clinique Universitaire du Mouvement (exploration fonctionnelle physiologique) est indispensable pour évaluer les patients, avant et après les programmes de rééducation réalisés en MPR. Ce rapprochement est aussi une opportunité de développer des synergies en direction du recours et de l'excellence. Elle permet au CHU de se positionner comme un acteur essentiel dans le domaine de la neuro-orthopédie et de postuler pour être la structure de recours de la région Occitanie Ouest pour l'organisation d'une réunion de concertation pluridisciplinaire en neuro-orthopédie en téléexpertise conformément au plan régional de santé. Certains équipements, utilisables en évaluation comme en rééducation, seront ainsi mutualisés ;

- Le service de MPR est la seule structure de la région à proposer en ambulatoire une structure d'aide aux choix des aides techniques : la clinique du positionnement. L'activité de cette structure doit être amplifiée et intégrer des surfaces et une accessibilité suffisantes, ainsi qu'une capacité de stockage suffisante pour héberger une gamme suffisante d'aides techniques variées permettant de faire des essais. Demain elle devra accompagner avec l'ensemble du pole neurosciences le virage ambulatoire de l'offre régionale de soins telle que le plan régional de santé le décline :
    - Développer une d'équipe mobile de réadaptation des affections neurologiques ;
    - Développer une hospitalisation à domicile spécialisée de rééducation pour les AVC sur le modèle scandinave des « early supported discharge » visant à proposer une prise en charge de MPR précoce, intense et coordonnée à domicile ;
    - Promouvoir la coopération entre les acteurs de santé pour le diagnostic et la prise en charge des complications après AVC : mutualisation des consultations pluridisciplinaire post AVC, promotion d'un protocole de coopération pour le diagnostic et l'évaluation de la spasticité après AVC ;
    - Promouvoir la réinsertion socio-familiale et le retour à domicile. Les locaux du service de MPR doivent intégrer des lieux de convivialité permettant de promouvoir cette réinsertion : réfectoire pour pouvoir prendre ses repas hors de la chambre, espaces conviviaux d'accueil permettant au patient de recevoir ses proches hors de la chambre ;
    - Promouvoir la réinsertion socio-professionnelle précoce par la création d'une cellule COMETE, en lien avec la médecine du travail.

- La MPR est aussi une spécialité qui est confrontée à la transformation numérique de son activité. La télémédecine et la télé expertise, déjà utilisées, vont se développer en particulier dans le cadre du plan régional de santé (réunions de concertation pluridisciplinaire de neuro-orthopédie, neuro vessie, EVC/EPR, hospitalisation à domicile spécialisée). Cette transformation numérique devrait s'étendre aux activités d'évaluation et de rééducation : e santé, télé réhabilitation, rééducation par réalité virtuelle…

Une structure transversale de coordination des soins de réadaptation

Les spécificités régionales de la MPR, à savoir une MPR du CHU dispersée et de taille de réduite, une offre de soins en MPR essentiellement privée, font que l'essentiel des patients nécessitant une admission en SSR est orienté vers les autres établissements de la région.

Les travaux du GHT SSR ont souligné qu'il existait un véritable besoin de coordination inter établissement, afin d'améliorer la fluidité et la lisibilité des parcours (cellule trajectoire). Il existe aussi une demande de développement d'une structure de recherche régionale en soins de réadaptation pilotée par le CHU.

De même, les activités de rééducation et de réadaptation à l'intérieur du CHU débutent dès le court séjour, puis sont réparties dans plusieurs pôles (SSR cardiologique du pôle CVM, MPR du site de La Fontaine Salée du pôle SPMS et la MPR du pôle des enfants). Elles doivent elles aussi faire l'objet d'une coordination et d'une complémentarité pour mieux répondre aux besoins en MPR des malades du CHU. Le déménagement du service est l'occasion de construire cette structure de coordination afin de mieux répondre aux besoins du CHU en soins de suite et de réadaptation.

Une autorisation de dix places d'hospitalisation de jour spécialisées en SSR locomoteur

La MPR est une spécialité transversale qui s'intéresse aux limitations d'activité quelles qu'en soit l'étiologies. Néanmoins, les 2 filières les plus développées dans la prise en charge MPR sont celles du système nerveux et de l'appareil locomoteur. Or, le CHU ne dispose pas de service de SSR affections de l'appareil locomoteur, hormis en hospitalisation complète à Salies-du-Salat.

La rééducation et réadaptation sont des traitements essentiels que ce soit de façon isolée ou en complémentarité avec les traitements médicaux ou chirurgicaux. Le développement des programmes de réhabilitation améliorée après chirurgie -qui intègre à la fois une prise en charge de rééducation avant et après le geste chirurgical- témoignent de la nécessité, pour une structure de prise en charge des affections de l'appareil locomoteur, de bénéficier de moyens suffisants pour mettre en œuvre ces programmes.

La constitution de la Clinique universitaire du sport implique le développement d'une structure de rééducation associée. En effet la rééducation, réadaptation ou réhabilitation sont toujours présentes que ce soit de façon isolée ou en complément des traitements chirurgicaux pour les lésions de l'appareil locomoteur chez le sportif.

L'absence de SSR spécialisés pour les affections de l'appareil locomoteur sur le CHU constitue aussi un manque pour la formation des futurs spécialistes en médecine physique et de réadaptation.

Enfin si les besoins en hospitalisation conventionnelle son relativement bien couvert en Occitanie, il existe un manque certain sur la métropole toulousaine, de structures accueillant des patients nécessitant des soins de rééducation spécifiques et techniques, qui peuvent être réalisés en

ambulatoire mais nécessitent l'accès à un plateau de rééducation pluridisciplinaire et à une coordination médicale.

Une autorisation de 10 places d'hospitalisation à temps partiel de SSR spécialisé affections de l'appareil locomoteur sera sollicitée, afin de mettre en place :

- Des programmes de réhabilitation améliorée après chirurgie ;
- Des protocoles de rééducation et de réhabilitation pour les pathologies du sportif en coordination avec la CUS. L'équipement en isocinétisme du service de MPR utilisé aussi bien dans l'évaluation des déficits de force que dans les programmes de renforcement musculaire du sportif sera mutualisé entre les deux unités ;
- L'appareillage des patients amputés (membre inférieur ou supérieur) ainsi que leur suivi médical et rééducatif est une activité de très haute technicité qui justifie d'un niveau de recours de type CHU et pour lequel la proximité de la clinique universitaire du mouvement constitue une véritable opportunité. Si le choix d'un prestataire externe reste incontournable, le CHU devra posséder des compétences internes en ortho-prothésiste et un minimum d'équipement afin de permettre le réglage et l'adaptation des dispositifs et des emboitures des prothèses ;
- Les rééducations complexes du membre supérieur (chirurgies de l'épaule, SOS main et prise en charge des traumatismes graves du membre supérieur) témoignent de l'investissement spécifique de la chirurgie orthopédique du CHU dans ce domaine. Les moyens de prise en charge rééducatifs de la région ne permettent pas toujours de répondre aux besoins spécifiques en rééducation et réhabilitation de ces patients. Des programmes spécifiques doivent pouvoir être proposés pour ces techniques spécialisées ;
- Les prises en charges des patients ayant un Syndrome Douloureux Régional Complexe grave du membre supérieur ou inférieur requièrent des techniques de stimulations cérébrales non invasives et des programmes non médicamenteux de traitement des douleurs neuropathiques ;
- Un programme de restauration fonctionnelle du rachis pour des lombalgiques chroniques, s'intégrera dans le projet transdisciplinaire de la lombalgie commune. Il s'agit d'une pathologie fréquente et invalidante où les programmes multidisciplinaires sont la meilleure réponse thérapeutique proposée par la littérature internationale. Il n'existe que très peu de proposition régionale dans le domaine et les besoins ne sont pas couverts ;
- Le CHU sera la structure régionale de référence et de recours pour les activités de neuro-orthopédie promu par le plan régional de santé. Il doit donc être en mesure de proposer des programmes de rééducation et de réadaptation après chirurgie fonctionnelle chez les patients neurologiques (neuro-orthopédie).

Le partage et la mutualisation du plateau technique de rééducation et des personnels de rééducation lors du transfert du service de MPR à orientation neurologique et de son plateau de rééducation sur le site de Purpan représentera pour le CHU une économie de moyens comme d'échelle par rapport à ce que serait la création *in extenso* d'une unité de SSR spécialisé Affection de l'Appareil Locomoteur.

La création d'une HTP (HJ) de SSR spécialisé affection de l'appareil locomoteur s'inscrit enfin dans le volet virage ambulatoire du plan régional de santé SSR.

▶ Stabiliser et rendre complémentaires les activités de MPR de La Fontaine Salée

Le service de MPR de la Fontaine Salée à Salies du Salat comprend 50 lits. Cette structure connaît des difficultés à renouveler ses personnels médicaux ou rééducatifs et à assurer la permanence des soins. Sans plateau technique médical, le service de MPR de la fontaine salée est une structure qui ne peut pas accueillir de patients présentant une complexité médicale trop importante. Son activité doit donc se tourner à la fois vers des activités de bassin ou vers des activités de rééducation de recours spécifiques plutôt centrés autour de la réadaptation et l'éducation thérapeutique.

Le service de MPR de La Fontaine Salée comprend 2 unités :

- Une unité de 35 lits de SSR spécialisés affection de l'appareil locomoteur pour répondre aux besoins locaux du bassin du Couserans et du Comminges. Cette unité a développé des programmes de prise en charge spécifique pour les patients atteints du syndrome d'Elher Danlos, le développement de programme d'éducation thérapeutique doit compléter l'offre de soins. Cette unité sera complémentaire de l'HTP de SSR locomoteur de Purpan, en accueillant initialement certains patients en hospitalisation complète (patients amputés en cours de cicatrisation ou certains lombalgiques chroniques complexes nécessitant une rupture avec leur environnement habituel) ;
- Une unité de 15 lits de SSR polyvalent orientée dans la prise en charge des maladies neurodégénératives. Cette unité propose des programmes de rééducation, de réadaptation, ainsi que des séjours de répit pour les patients présentant des scléroses en plaques, des maladies de parkinson, des myopathies, des syndromes post-poliomyélites. Une convention avec les établissements médico-sociaux de l'ASEI à Rieux Volvestre permet à un praticien hospitalier de la Fontaine salée d'intervenir deux demi-journées par mois sur les MAS de ces établissements afin d'apporter ces compétences en MPR. Enfin cette unité pourrait aussi accueillir les plaies et cicatrisation des escarres des patients neurologiques nécessitant des pansements complexes et des séjours prolongés orientés par les services de Rangueil.

▶ SSR « affections des systèmes digestif, endocrinien et métabolique »

Le site de La Fontaine Salée est le seul établissement public de l'ancienne hémi région ayant été autorisé sous la mention « affections des systèmes digestif, endocrinien et métabolique», les deux autres établissements autorisés, privés, étant la clinique du château de Vernhes à Bondigoux (Haute Garonne Nord) et clinique du château de Cahuzac (Tarn)).

Ce SSR de 26 lits accueille des patients obèses, un certain nombre d'entre eux étant aussi diabétiques. L'unité de SSR spécialisé du CHU a la particularité d'une compétence forte dans le champ du diabète. Le recrutement a ainsi une couleur diabétologique plus marquée que celui des autres établissements, avec notamment un adressage direct par les spécialistes de la région. L'objectif de ces séjours est d'aider les patients à changer de façon durable leurs habitudes de vie

tant sur le plan alimentaire que sur celui de l'activité physique, dans une perspective de perte de poids, et d'amélioration de l'équilibre pour les patients qui sont également diabétiques.

L'unité de SSR de Salies du Salat est une des unités fonctionnelles du service de Diabétologie, Maladies Métaboliques, Nutrition du CHU de Toulouse. Son fonctionnement est intimement lié à celui des unités situées à Rangueil. La couverture médicale est assurée par des séniors sur place.

L'équipe est constituée de personnels formés au diabète, à l'obésité et à l'éducation thérapeutique.

Plusieurs difficultés sont rencontrées et amènent à empêcher l'accueil de certains patients :

- La permanence des soins sur place est difficile à assurer en lien avec les médecins généralistes du secteur ;
- L'éloignement des unités de Diabétologie de Rangueil ne permet pas d'assurer la sécurité (diabètes instables à haut risque hypoglycémique, patients à haut risque cardiovasculaire) ;
- La localisation de l'unité aux 1e et 2e étage rend difficile la prise en charge des patients très handicapés ou peu autonomes.

Le transfert de l'unité SSR « affections des systèmes digestif, endocrinien et métabolique » à Toulouse est évoqué depuis de nombreuses années. Il permettrait de rapprocher le SSR des unités MCO, ce qui comporte plusieurs avantages notamment de prendre en charge des patients plus lourds, en particulier atteints de plaies chroniques du pied, et d'écourter leur séjour en MCO. Un accueil en SSR à temps partiel apporterait également une réponse à certains besoins de prise en charge insuffisamment couverts.

23. Développer la clinique universitaire du mouvement

La Clinique universitaire du mouvement (CUM) mutualise, au sein du site de Purpan, les expertises, les outils et les activités d'analyse du mouvement de trois services du CHU de Toulouse, afin de constituer un centre de référence :

- L'UF LEMMOUV (*Locomotion, Équilibre, Motricité et Mouvement* ; activité adulte) du service des explorations fonctionnelles physiologiques, accompagné d'une partie délocalisée de l'UF de l'exploration de la fonction respiratoire du même service ;
- Le laboratoire d'analyse de la marche (activité pédiatrique) du service d'orthopédie pédiatrique ;
- Le dynamomètre isocinétique du service de Médecine Physique et Réadaptation.

La CUM permettra de répondre à l'ensemble des problématiques liées aux aspects fonctionnels du mouvement et de la motricité : équilibre postural, marche, préhension, mouvement et force musculaire.

▶ Évaluation de l'équilibre postural sur plateformes de force

Une évaluation quantifiée de l'équilibre postural, à la fois clinique et instrumentale, est souvent demandée pour des patients posant une problématique d'instabilité posturale avec ou sans chutes associées. Les patients concernés présentent généralement une atteinte neurologique (syndrome cérébelleux, maladie de Parkinson, troubles proprioceptifs) responsable de l'instabilité. Les patients présentant des troubles de l'équilibre en lien avec une pathologie vestibulaire sont suivis

et explorés dans le service d'ORL. Un champ d'évaluation à correspond à l'évaluation instrumentale de l'équilibre postural des sujets âgés dans le cadre de la détection des signes de fragilité.

L'intérêt majeur de l'évaluation de l'équilibre sur plateforme de force est d'obtenir des données objectives, reproductibles et quantifiées pour juger du niveau de stabilité posturale, de l'évolution des symptômes et de l'efficacité des traitements proposés. Les données obtenues sont une aide précieuse à la décision thérapeutique, notamment dans le champ de la prise en charge rééducative et réadaptative chez des patients chuteurs ou à risque de chute.

Le bilan proposé comporte un examen clinique posturo-moteur approfondi, une évaluation de l'équilibre postural sur plateformes de force, et éventuellement une évaluation de la perception de la verticale subjective chez les patients cérébrolésés.

▶ Analyse quantifiée de la marche

Un certain nombre de patients présentent des troubles complexes de la marche, souvent dans le cadre d'un handicap moteur lourd (hémiplégie, paraplégie) séquellaire d'un accident vasculaire cérébral, d'une lésion médullaire, d'un traumatisme crânien, d'une sclérose en plaques, ou d'une paralysie cérébrale acquise à la naissance. Lorsqu'un traitement chirurgical est envisagé, ou un traitement autre avec des risques potentiels de perte de la fonction (toxine botulique) ou un investissement significatif en termes de moyens (rééducation spécifique en hospitalisation, appareillage lourd), une analyse quantifiée de la marche est requise pour orienter la prise en charge thérapeutique. Il s'agit d'un examen pratiqué dans le cadre d'une activité de recours régionale dépassant l'Occitanie, car il n'y a pas d'analyse quantifiée de la marche à Montpellier, Limoges, Agen ou Pau.

Le laboratoire d'analyse de la marche peut également être utilisé pour évaluer des pathologies orthopédiques telles que les pathologies ligamentaires de genou, ou encore pour évaluer la performance de sujets sportifs (course par exemple).

L'analyse quantifiée de la marche consiste à enregistrer de manière synchronisée au cours de la marche les mouvements des membres inférieurs et du bassin en 3D (système optoélectronique basé sur la mise en place de marqueurs réfléchissants les infrarouges), l'activité électrique des principaux muscles (EMG dynamique de la marche) et les données cinétiques (forces de réaction lors des phases d'appui enregistrées à l'aide de plateformes de force). L'apport de ces informations est majeur car il permet de mieux comprendre les causes des troubles complexes de la marche et en conséquence de mieux cibler le traitement. L'analyse quantifiée de la marche mobilise des moyens techniques et humains importants : laboratoire de la marche ayant des dimensions conséquentes d'au moins 16 à 18 mètres de long sur 6 à 8 mètres de large (longueur suffisante nécessaire pour les applications en lien avec le sport) ; durée de l'examen clinique préalable à l' analyse quantifiée de la marche d'environ 2h ; traitement des données enregistrées par l'ingénieur du laboratoire de marche durant 1h30 ; et enfin interprétation médicale d'une durée de 1h.

▶ Recueil des paramètres spatio-temporels et vidéos standardisées de la marche

L'évaluation de la marche de premier niveau consiste en un recueil des paramètres spatio-temporels de la marche (vitesse de marche, longueur des pas, temps d'appui, clairance du pied, écartement des pieds, asymétries de marche). La grande majorité des patients bénéficiant de cet examen à l'heure actuelle présentent un handicap moteur responsable de troubles de l'équilibre et de la marche. Ces patients sont soit en phase de récupération (après un accident vasculaire cérébral par exemple), soit participent à un programme de rééducation spécifique visant à améliorer la marche, soit présentent une maladie évolutive avec une dégradation fonctionnelle progressive (maladie de Parkinson, pathologies neuromusculaires) pour laquelle les cliniciens souhaitent avoir des éléments objectifs d'évolutivité. Un champ d'évaluation à développer avec nos confrères gériatres correspond à l'évaluation instrumentale de la marche de sujets âgés pour détecter des signes de fragilité.

Le bilan proposé comprend un examen clinique approfondi, une vidéo haute fréquence de la marche, et une mesure des paramètres spatio-temporels de la marche. La durée de l'évaluation instrumentale est comprise entre 15 et 30 minutes, et nécessite une pièce de 12 à 15 mètres de long sur 4 à 5 m de large.

▶ Evaluation fonctionnelle et analyse quantifiée des mouvements du membre supérieur

L'évaluation quantifiée clinique et instrumentale du membre supérieur chez les patients adultes, est l'équivalent de l'analyse quantifiée de la marche mais pour le membre supérieur.

Elle s'adresse à des patients présentant un handicap moteur atteignant le ou les membres supérieurs, en lien avec une lésion cérébrale (accident vasculaire cérébral principalement), médullaire (patients tétraplégiques) ou périphérique (séquelles de lésions plexiques par exemple). Ce type d'évaluation permet de guider le traitement lorsqu'un traitement chirurgical est envisagé, ou un autre traitement avec des risques potentiels de perte de la fonction (toxine botulique) ou un investissement significatif en termes de moyens (rééducation spécifique en hospitalisation, appareillage lourd). Un des points clé correspond au dépistage des fonctions non déclarées par le patient (fonction de préhension difficile à mettre en évidence en dehors du lieu de vie du patient), pour éviter que le traitement ne fasse régresser le patient sur le plan fonctionnel. Ce type d'évaluation est parfaitement intégrée au sein de la filière de neuro-orthopédie et est devenue incontournable avant toute chirurgie fonctionnelle du membre supérieur. Il s'agit d'une activité de recours régionale, seulement développée dans quelques CHU en France.

L'évaluation du membre supérieur est pluridisciplinaire et comprend une évaluation des déficiences (motricité, sensibilité, hypertonie), des capacités et des performances par le biais d'échelles standardisées, suivie d'un examen médical approfondi et d'une synthèse pluridisciplinaire. Sur le plan instrumental, des vidéos standardisées sont systématiquement réalisées. Parfois une analyse cinématique 3D des mouvements du membre supérieur est réalisée, en association avec une EMG dynamique, pour caractériser les anomalies du mouvement et les

muscles impliqués dans ces anomalies. La durée de l'évaluation varie entre 2h et 6h selon le niveau fonctionnel des patients, et requièrent un local de 15 à 20 m².

▶ Évaluation de la force musculaire sur dynamomètre isocinétique

La mesure de la force, du travail et de la puissance musculaire par dynamomètre informatisé et motorisé a fait l'objet de recommandations de la Haute Autorité de Santé : l'acte est indiqué pour l'évaluation et la quantification des déficiences musculaires en vue de l'objectivation de l'efficacité des traitements et des résultats fonctionnels obtenus au cours de programmes de rééducation dans les déficits musculaires au niveau du genou (instabilité mécanique ou neurologique ou lésion ligamentaire) et de l'épaule (conflits de coiffe et instabilité).

Le dynamomètre isocinétique est actuellement utilisé pour quantifier les déficiences musculaires au niveau du genou dans les cas d'instabilité après lésion ligamentaire opérée ou non, dans les cas d'épaules instables ou douloureuses, au niveau du rachis dans certains cas de lombalgie chronique, et chez des patients présentant une pathologie neurologique afin de quantifier le potentiel de force. Ces mesures permettent l'évaluation de l'efficacité du traitement et de la rééducation de manière objective, de manière complémentaire à l'examen clinique. Dans certains cas spécifiques, le dynamomètre isocinétique peut être utilisé pour effectuer du renforcement musculaire dans des conditions bien contrôlées.

▶ Exploration de la fonction respiratoire

A l'heure actuelle, il n'existe pas de plateau d'évaluation de la fonction respiratoire sur l'hôpital Purpan, alors qu'il y a une demande de certaines spécialités (pathologies neuromusculaires, bilan pré-opératoires pour certains patients en neurochirurgie ou orthopédie).

▶ Blocs moteurs anesthésiques sélectifs

En parallèle des évaluations instrumentales, une partie des activités d'évaluation consiste à réaliser des blocs moteurs anesthésiques sélectifs. Le principe est d'injecter un produit anesthésique au contact de nerfs moteurs pour paralyser sélectivement durant quelques heures certains muscles du membre inférieur ou supérieur.

L'objectif est d'évaluer l'effet de l'affaiblissement d'un ou plusieurs muscles pour faire la distinction entre rétraction et spasticité, pour évaluer les possibilités de recrutement volontaire des muscles antagonistes, ou pour évaluer les conséquences fonctionnelles de la perte de force. Ce type de geste est réalisé avant certaines chirurgies fonctionnelles des membres, et permet notamment de simuler les conséquences d'une neurotomie sélective. Les blocs moteurs anesthésiques sélectifs sont réalisés dans le cadre d'une hospitalisation de jour, et nécessitent une pièce aérée en raison de l'utilisation fréquente d'une analgésie par protoxyde d'azote durant la procédure. L'évaluation des effets du bloc moteur anesthésique sélectif peuvent faire appel aux

évaluations instrumentales décrites précédemment (analyse quantifiée de la marche, paramètres spatio-temporels de la marche, analyse des mouvements du membre supérieur).

La Clinique Universitaire du Mouvement constituera un exemple de coopération transdisciplinaire autour d'une activité d'excellence, permettant d'améliorer le service rendu au patient au sein d'un plateau médico-technique d'explorations fonctionnelles efficient pour réaliser les mesures statiques et dynamiques des fonctions physiologiques étudiées, à l'aide d'instrumentations spécifiques et dédiées, le tout dans des conditions techniquement maitrisées, reproductibles et qui respectent la sécurité des patients.

24. Optimiser la prise en charge de l'ostéoporose et créer une filière de prise en charge de la lombalgie commune

▶ Optimiser la prise en charge de l'ostéoporose

L'ostéoporose est une maladie qui entraine une augmentation du risque de fracture. En France, les fractures ostéoporotiques concernent 40% des femmes et 10% des hommes. En 2015, la CNAMTS a alerté sur la mauvaise prise en charge de l'ostéoporose en France : seuls 3% des patients hospitalisés pour fracture avaient réalisé une ostéodensitométrie avant leur hospitalisation et 12% d'entre eux avaient bénéficié d'un traitement pour leur ostéoporose. Après hospitalisation pour fracture par fragilité osseuse, moins de 15% des patients ont un traitement engagé dans l'année suivant cet évènement.

Au CHU de Toulouse, les malades ostéoporotiques sont prises en charge par plusieurs spécialités et plusieurs pôles :

- Pour le dépistage et le traitement préventif, par l'unité de la Ménopause et des maladies osseuses métaboliques ;
- Pour les fractures vertébrales et les ostéoporoses secondaires, par le service de Rhumatologie, en hospitalisation traditionnelle et en hospitalisation de jour ;
- Pour les fractures des os longs et du col fémoral, dans le département d'Orthopédie-traumatologie, où une filière de prise en charge des malades fracturés après traumatisme minime a été mise en place et doit être pérennisée ;
- Les malades présentant des anomalies du bilan phosphocalcique, à l'origine de leur ostéoporose, sont explorés dans le service d'explorations fonctionnelles physiologiques de Rangueil et leur dossier discuté en réunion multidisciplinaire mensuelle.

Au sein de la région Occitanie, cette expertise et cette transdisciplinarité concernant la prise en charge de l'ostéoporose et des maladies osseuses sont propres au CHU de Toulouse, sans équivalent au sein du CHU de Montpellier-Nîmes.

La dynamisation de la prise en charge de l'ostéoporose et repose sur les compétences et la multidisciplinarité des équipes du CHU. Elle requiert :

- La création d'une activité de consultation et de prise en charge ambulatoire multidisciplinaire : rhumatologie - centre de la Ménopause - physiologie rénale ;

- La pérennisation de la filière « fracture » avec les services des urgences et de traumatologie ;
- L'émergence d'une activité de recherche d'ostéo-immunologie faisant le lien entre l'ostéoporose, les rhumatismes inflammatoires et leurs traitements.

▶ Créer une filière de prise en charge de la lombalgie commune

La lombalgie commune est la pathologie musculo-squelettique la plus fréquente dans les pays industrialisés et touche 7 à 8 français sur 10 au moins une fois dans leur vie. En France, les lombalgies représentent 9% des motifs de consultation du généraliste (2e rang), 7% des arrêts de travail, 8% des actes de radiodiagnostic, 3% des prescriptions médicamenteuses, 30% des prescriptions de kinésithérapie. Bien que la plupart des épisodes lombaires aigus évoluent vers la guérison, 5 à 15% des patients évolueront vers la chronicité, responsable de 80% des coûts directs et indirects liés à cette pathologie. En France, le coût de la lombalgie est estimé à 2,7 milliards d'euros et représente 1,5% de la totalité des dépenses de santé.

La lombalgie aigüe est un motif fréquent de passage aux urgences au CHU de Toulouse et d'hospitalisation en rhumatologie. A l'heure actuelle, il n'existe pas de filière permettant une prise en charge accélérée du patient atteint de lombalgie aigüe, que ce soit en consultation ou en hospitalisation de rhumatologie. Aucun réseau ville-hôpital n'a été formalisé et l'accès à l'avis spécialisé est difficile pour le généraliste de ville du fait des délais de consultation en rhumatologie.

Le projet médical de prise en charge de la lombalgie commune en rhumatologie, va s'articuler autour de 3 axes, à savoir :

- La création d'une filière « lombalgie aigüe » avec accès facilité à l'avis de rhumatologie en ambulatoire, pour les patients se présentant aux urgences pour une lombalgie aigüe ou pour les médecins généralistes de ville et un accès facilité à l'hospitalisation par la création d'une UAD dédiée au sein du centre de rhumatologie pour les patients dont le maintien à domicile est impossible ;
- La création d'une activité ambulatoire de prise en charge multidisciplinaire de la lombalgie chronique, coordonnée par la rhumatologie, en partenariat avec les services de neurochirurgie, de radiologie, de médecine physique et réadaptation, du centre anti-douleur, de la médecine du travail et de la médecine du sport ;
- Le renforcement de l'implication de la Rhumatologie dans la prise en charge du rachis complexe, dans le cadre de la RCP dédiée aux pathologies rachidiennes complexes, en partenariat avec la radiologie, la neurochirurgie et le centre anti-douleur.

25. Déployer transversalement et territorialement l'expertise en infectiologie

L'infectiologie est assurée, au sein du CHU, par le service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT). L'équipe mobile d'infectiologie (EMI) du SMIT permet d'assurer une transversalité des avis infectiologiques sur le CHU.

Une permanence proposant des avis infectiologiques est assurée par l'EMI du lundi au vendredi aux heures ouvrables et par le senior d'astreinte du SMIT la nuit et les WE. Les demandes d'avis se font par un formulaire spécifique, permettant leur traçabilité, sauf la nuit et WE où un avis téléphonique direct est sollicité. L'avis infectiologique est donné, selon la complexité, par téléphone ou au lit du malade.

Les praticiens du SMIT assurent également des réunions de concertation pluridisciplinaire hebdomadaires en réanimation à Rangueil et Purpan, en néphrologie-UTO, au sein de l'unité des brûlés, en chirurgie digestive, en neurochirurgie, cardiologie, CCV, chirurgie orthopédique (CRIOAC), infections fongiques et réanimation IUC-T.

Une hot-line téléphonique et une adresse mail sont effectives pour les avis extérieurs des médecins libéraux et établissements de santé publiques et privés régionaux.

Pour répondre à la demande croissante interne du CHU et extérieure au niveau régional, la reconnaissance de cette mission, par une dotation dédiée, sera sollicitée auprès de l'ARS.

L'enjeu de développer un réseau régional d'infectiologie implique effectivement de renforcer des moyens internes de l'EMI au sein du CHU (temps supplémentaire de PH d'infectiologie), notamment répondre aux enjeux de santé publique que sont le bon usage des antibiotiques, l'antibio-résistance et aux enjeux règlementaires (indicateurs ICTAB2). L'activité de conseil en infectiologie a démontré, dans plusieurs études sur la valorisation et le raccourcissement des durées de séjour, des économies de prescriptions médicamenteuses et une amélioration de la pertinence des prises en charges offertes.

A l'échelle du GHT, aucun établissement ne dispose de poste d'infectiologue à l'exception du CHU. Il sera donc proposé la création d'un poste de PH mutualisé en infectiologie, transversal sur le GHT, co-financé par tous les établissements à hauteur de leurs besoins et selon le nombre de lits. Ce poste, rattaché à l'EMI du SMIT, permettra de donner des avis infectiologiques à tous les établissements du GHT, des déplacements réguliers sur site, de participer aux bilans annuels de consommation des antibiotiques et de résistance, en lien avec les pharmaciens et microbiologistes, pour définir dans chaque établissement la politique de bon usage des antibiotiques ainsi que des actions de formation des prescripteurs.

De même, pour les besoins en hygiène sur le GHT, appréciés dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales, la création de deux postes mutualisés inter-établissements de médecin hygiéniste et d'infirmière hygiéniste sera proposée.

Pour les établissements privés et publics hors-GHT, l'établissement de conventions bilatérales entre le CHU et ces derniers définira le support apporté par l'EMI du SMIT, le cadre règlementaire et financier applicable.

26. Unifier l'activité de dialyse au sein du site de Rangueil dans les locaux du service de néphrologie rénovés

Actuellement, l'unité de dialyse aiguë est localisée au 7e étage du bâtiment H1 de Rangueil alors que l'unité de dialyse chronique est localisée au sein du site de Larrey.

L'unité de dialyse chronique est un centre lourd dont la majorité des patients a de très nombreuses comorbidités. La sécurité de ces patients peut être améliorée, notamment pour la prise en charge des complications aiguës et particulièrement sur les séries du soir (lundi, mercredi et vendredi soir de 19h à 23h). Par ailleurs, l'organisation médicale et paramédicale n'est pas efficiente du fait de la localisation éloignée du site.

La fusion des deux unités de dialyses aiguë et chronique sur un seul site, permettra d'optimiser la prise en charge médicale, de simplifier le parcours du patient et d'avoir des gains d'effectifs paramédicaux (IDE et possiblement AMA).

La relocalisation de l'unité de dialyse chronique au sein du bâtiment H1 s'intègre dans la dynamique plus large de réhabilitation de ce bâtiment obsolète :

- A cette occasion, le regroupement de l'ensemble du département de néphrologie et de transplantation deux étages facilitera le transfert des patients d'une unité d'hospitalisation vers l'unité de dialyse et permettra d'améliorer l'organisation médicale et paramédicale ;
- Par ailleurs l'unité de néphrologie reçoit essentiellement des patients immunodéprimés, des patients dialysés et des patients insuffisants rénaux ayant de nombreuses comorbidités, Comme souligné dans la littérature, ces populations reçoivent une grande quantité d'antibiotiques et sont porteuses de germes multi-résistants comme les Entérobactéries BLSE et les Entérocoques résistants à la vancomycine. La réhabilitation doit donc donner lieu à des chambres simples, pour limiter au maximum le risque de dissémination microbienne.

27. Créer des lits d'hospitalisation au sein du centre de référence d'addictologie

Le Centre de référence du CHU doit offrir une prise en charge des addictions est assumer tant un rôle d'hôpital de proximité (niveau 1), que de recours (niveau 2), et d'expertise régionale (niveau 3).

En ce qui concerne le niveau 1, des consultations d'addictologie permettent les prises en charge de la tabacologie, de l'alcoologie, du trouble de l'usage des substances et des addictions sans substance, en lien avec des équipes hospitalières de liaison (ELSA). Les sevrages simples sont réalisés en hospitalisation de jour ou en hospitalisation complète brève (5 à 10 jours). Ces hospitalisations complètes sont principalement réalisées dans le service d'hépato-gastro-entérologie en lien avec les équipes de liaison d'addictologie pour l'évaluation et l'orientation en cure de ces patients.

Le niveau 2 regroupe les activités de niveau 1 et y associe une hospitalisation complète de sevrage complexe d'une durée de 15 à 21 jours. La sortie d'hospitalisation vers les SSR addictologiques est facilitée par les conventions existantes au CHU de Toulouse.

Le niveau 3 qualifie un centre de référence régional, de formation et de recherche qui a pour but la coordination de la prise en charge clinique des addictions avec les structures de recherche. Ce travail de rassemblement permet une étroite collaboration avec le Centre d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance et d'Addictovigilance et l'établissement de plans de communication et de préventions ciblés.

▶ Créer une unité de niveau 2 d'addictologie

Le CHU de Toulouse dispose de la reconnaissance du niveau 1. Celle du niveau 2 requiert **une unité d'hospitalisation complète pour sevrages complexes (12 lits**). Cette dernière, associée à l'hospitalisation de jour addictologique (4 lits), finalisera la filière de prise en charge des patients addicts , au sein d'une même unité de lieu, **dans le bâtiment U2000 réhabilité.**

Les prises en charges collectives et individuelles dans des ateliers de thérapie médiatisée des patients addicts doivent être globales. Elles sont définies sous le terme de prises en charge intégrées bio-psycho-sociales. Le service d'Addictologie disposera au sein d'U2000 de lieux de vie pour les patients addicts, de salle dédiée pour les activités de thérapie médiatisée en groupe et les activités d'Education Thérapeutique.

Au regard du plan régional de santé 2 d'addictologie, cette localisation géographique unique regroupant les deux unités d'hospitalisation fluidifiera les prises en charge des patients par la mutualisation des personnels du service d'addictologie dans la même localisation.

De plus, cette unité de lieu, permet de fluidifier en amont, le recrutement des patients par une meilleure identification du service hospitalo-universitaire d'addictologie par les partenaires de la ville (médecins généralistes et structures associatives) et du Groupement Hospitalier de Territoire.

La localisation de cette unité hospitalière ambulatoire et résidentielle d'Addictologie sur le site de Purpan favorise les échanges avec le Pôle de Psychiatrie (en lien avec la présence de lits de sevrage au niveau de l'UF3 de l'Hôpital de psychiatrie du CHU), le CSAPA DIDE, avec lesquels l'addictologie partage des compétences et des profils de patients communs.

Dans le cadre du plan régional de santé 2 et de la régionalisation de l'Addictologie, les 3 CHU de Toulouse, Montpellier et Nîmes, sont appelés à **coordonner les actions de recherche et de prévention**, en s'appuyant sur les caractéristiques cliniques des files actives de patients recrutés par l'intermédiaire des unités d'hospitalisation de niveau 2. Ce maillage territorial de l'addictologie universitaire sera regroupé sous le nom d'Addictolopôle qui proposera des appels à projet et mutualisera les moyens régionaux dédiés à la recherche. L'Addictopôle se fera aussi centralisateur d'appels à projets nationaux et européens. Ceci permettra aussi sur le terrain d'améliorer la prise en charge des patients présentant une comorbidité addictologique dans le but de promouvoir la santé collective de la population, la santé individuelle des patients, de fluidifier les parcours de soin et donc d'améliorer le ratio coût/efficacité pour les soins addictologiques.

Enfin, pour répondre de façon efficiente aux sollicitations des autres centres hospitaliers de la région, la reconnaissance des niveau 2 et 3 d'addictologie au CHU de Toulouse est une priorité. L'activité clinique réalisée dans cette unité de niveau 2 constituera une véritable pratique de terrain et de coordination des réseaux ville-hôpital.

▶ Prescriptions des substituts nicotiniques par les infirmiers

L'accompagnement des fumeurs dans la démarche de sevrage, notamment, dans le cadre du programme de lutte contre le tabac 2018-2022, consiste à améliorer l'accessibilité des traitements et des prises en charge.

L'élargissement de la prescription des traitements de substitution nicotiniques aux nouveaux prescripteurs, notamment les infirmiers, est une étape importante. Les professionnels du CHU de Toulouse s'engagent dans cette dynamique pour améliorer le bien-être des patients fumeurs hospitalisés.

Ces derniers pourront recevoir, en amont de leur hospitalisation, des informations générales sur les aides et les dispositifs existants d'aide au sevrage tabagique disponibles au sein du CHU de Toulouse par l'intermédiaire d'une plateforme numérique.

Le CHU de Toulouse s'engage à accompagner les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes dans cette nouvelle compétence de prescription de substituts nicotiniques avec l'appui de l'expertise des infirmières tabacologues.

Une formation, type e-learning, est mise en place pour valider une certification permettant aux infirmières de réaliser ces prescriptions

Le partenariat avec le COMEDIMS permet de formaliser un protocole clinique sur la prise en charge des patients fumeur.

28. Créer un centre de recherche intégré de neurosciences

Ce centre sera articulé autour de la FHU, fédérant à la fois les services et départements du CHU, le CIC dans sa partie neurosciences et les unités de recherche adossées aux services cliniques. Ce centre aura pour mission, en lien étroit avec l'INSERM et le CNRS et UT3, de développer une recherche clinique mais aussi translationnelle en neurosciences.

L'évaluation nationale des unités de la FHU et du CIC, atteste de la crédibilité et du potentiel de cette structure. La proximité de la recherche et des services cliniques constitue également un atout considérable. Le plateau technique installé au sein du pavillon Baudot (IRM et Petscan, animalerie de primates et d'animaux de moyenne taille etc.) représente un dispositif unique sur le territoire. Il sera sollicité dans le cadre du prochain contrat de plan Etat Région l'acquisition d'une IRM de recherche 7 Tesla.

L'histoire des différentes équipes déjà engagées depuis des années dans ce programme plaide pour son développement et son renforcement.

Une expertise chirurgicale universitaire pour un parcours simplifié

29. Augmenter la capacité des unités de chirurgie ambulatoire de Rangueil et de Purpan

Le précédent projet d'établissement « Stratégie horizon 2018 » a permis au CHU de Toulouse d'accompagner la transformation de l'offre de soins, favorisant notamment le développement de la chirurgie ambulatoire. Si ce mode de prise en charge est devenu le standard dans quelques spécialités, les nouvelles techniques chirurgicales et anesthésiques ont permis à d'autres de réduire le risque de complications, d'alléger les suites opératoires et de proposer aux patients cette alternative à l'hospitalisation traditionnelle. Les Unités d'Anesthésie et de Chirurgie Ambulatoire Adultes de Purpan et de Rangueil ont innové avec la formalisation de parcours adaptés au patient, à la chirurgie et à l'anesthésie. Elles arrivent aujourd'hui à un taux d'occupation très élevé nécessitant une augmentation de leur capacitaire.

▶ Purpan

Avec une augmentation de son capacitaire à 20 places à l'ouverture de l'Hôpital Pierre-Paul Riquet, l'unité d'Anesthésie et de Chirurgie Ambulatoire Adulte a contribué à l'essor de la chirurgie ambulatoire pour les spécialités présentes sur le site de Purpan. Si plus de 7500 patients ont été accueillis en 2017, le service de chirurgie ambulatoire adulte de Pierre-Paul Riquet peine aujourd'hui à répondre à toutes les demandes d'hébergement. Le transfert de la chirurgie digestive sur le site de Rangueil, prévu au printemps 2019, permettra de retrouver une douzaine de places par semaine et de répondre partiellement aux besoins grandissants des spécialités chirurgicales de Purpan.

La poursuite de la dynamique ambulatoire sur Pierre-Paul Riquet, implique l'aménagement de la réserve foncière, située en périphérie de l'unité actuelle, pour permettre de **porter la capacité d'accueil de 20 à 25 places** (avec une possibilité de d'augmenter cette capacité à 30 places) en dédiant des locaux à la prise en charge en circuit ultra-court très utilisé par la chirurgie ophtalmologique (DMS inférieure ou égale à 4h). Cet aménagement libérera des espaces de soins adaptés aux prises en charges de longue durée qui font défaut aujourd'hui pour accompagner les spécialités de chirurgie orthopédique et de chirurgie maxillo-faciale dans la programmation d'interventions complexes en ambulatoire (DMS> 8h avec surveillance prolongée avant retour à domicile)

Une approche qualitative, tenant compte de compétences paramédicales spécifiques permettra de réaliser des actes plus complexes. De même, une réflexion sur l'organisation des blocs (salles dédiées) et de la localisation des unités (parcours ultracourts) devra être menée.

▶ Rangueil

Les activités opératoires sont organisées au sein d'un bloc pluridisciplinaire, dédié à l'activité ambulatoire. Situé sur le même étage que l'unité d'Anesthésie et de Chirurgie Ambulatoire (3è étage du H1), ce bloc dispose dans l'immédiat de 3 salles (2 salles pour les interventions sous anesthésie générale et une salle dédiée aux actes sous anesthésie locale). Il ne permet pas de regrouper l'ensemble de l'activité ambulatoire sur un même site, avant le BOH4.

Parallélement, pour répondre aux caractéristiques de l'activité de chirurgie ambulatoire de Rangueil (interventions de moyenne durée, suites opératoires complexes), **la capacité d'accueil de l'unité d'ACA sera portée à 15 places et fonctionnera de 7h à 21h du lundi au vendredi (14h d'amplitude d'ouverture journalière).**

Deux projets à moyen terme seront à engager, dans l'attente du projet BOH4 :

- **La rénovation de l'unité d'Anesthésie et de Chirurgie Ambulatoire,** dont l'installation en urgence dans ses locaux actuels en 2016 avait permis d'éviter une opération couteuse sur le H2. L'unité devra être restructurée pour humaniser les locaux et optimiser les circuits ;
- L'ouverture des 4 salles d'intervention du bloc ambulatoire nécessite des **travaux d'aggrandissement de la SSPI pour porter sa capacité d'accueil de 4 à 8 places** (2 places de SSPI pour 1 salle d'ambulatoire) ainsi que d'autres travaux d'aménagement des circuits.

30. Restructurer les lits de surveillance continue à l'URM

Le rapprochement géographique des lits de soins critiques, regroupés au R+1 de l'URM (post-réa, CMF, SMIT) présente une logique de sécurité des soins évitant des secteurs isolés, et de coordination des acteurs impliqués au sein des différents pôles impliqués (pôles Anesthésie-Réanimation, Neurosciences, Céphalique et I3LM).

La mutualisation des ressources non médicales aboutira à la constitution d'une équipe commune pour tout le secteur de surveillance continue.

▶ Augmenter à 8 lits les lits de SC de post-réanimation

La charge en soins des patients de neurochirurgie dans les secteurs d'hospitalisation traditionnel est très lourde et nécessite une surveillance continue des fonctions vitales. L'extension de l'actuelle SC de neurochirurgie sur PPR n'est pas possible. Le passage de l'unité de post-réanimation de 4 à 8 lits (pour 16 lits de réanimation) à l'URM permettrait d'obtenir le ratio de 1 lit de SC pour 2 lits de réanimation, et permettrait d'hospitaliser les patients lourds de neurochirurgie après réanimation neurochirurgicale.

▶ Lits de soins continus de chirurgie maxillo-faciale

Tous les secteurs « critiques » de Purpan sont regroupés au premier étage de Pierre-Paul Riquet et de l'URM en dehors de lits des 4 lits de soins continus de CMF au 4e étage de Pierre-Paul Riquet.

Le déménagement des 4 lits de SC CMF à l'URM rapprocherait ces patients de l'équipe de réanimation présente H24. Ce déménagement doit néanmoins s'apprécier à l'aune de l'organisation infirmière mutualisée entre le secteur du 4e de Pierre-Paul Riquet, et l'IDE qui suit –en période nocturne- les patients spécifiques et à risque de la CMF.

▶ Lits de soins intensifs du service des maladies infectieuses et tropicales

Les Soins Intensifs du SMIT (pôle I3LM) sont localisés au R+1 de l'URM dans le secteur de soins critiques, sous la responsabilité de l'équipe médicale du SMIT. La typologie des patients pris en charge concerne des infections VIH au stade SIDA (infections opportunistes), des septicémies et autres infections sévères diverses, paludisme grave, etc. Les SI du SMIT comportent 6 lits dont 2 chambres à sas à pression négative permettant l'isolement de patients contagieux, notamment dans le cadre des pathogènes émergents (cas suspects de MERS-CoV, Fièvres Hémorragiques Virales). Dans ce cadre, les SI du SMIT sont positionnés en recours spécifique pour les isolements des pathogènes BSL3 et BSL4 dans le cadre du projet d'Etablissement Sanitaire de Référence. Pour prendre en charge de façon optimale les patients suspects de pathogènes BSL3/4 en respectant la sécurité biologique requise, il est nécessaire de positionner aux SI SMIT un petit automate multi-fonction délocalisé « point of care » à tubes fermés pour la biologie de routine d'urgence.

La mutualisation des personnels soignants des différentes unités de soins critiques positionnée sur l'URM pourrait permettre de facilité la gestion des personnels en garantissant les spécificités.

31. Créer la Clinique Universitaire du Sport (CUS)

Quand la Médecine du Sport s'exerce auprès de sportifs, elle les accompagne dans leur quête de performance tout en préservant leur santé. Elle est alors dimensionnée dans les axes physiologiques (exploration de l'aptitude), locomoteur, nutritionnel et psychologique. Cette activité est sollicitée durant l'étape de préparation du sportif mais également durant l'étape de ré-athlétisation qui suit une période d'inactivité observée après un problème de santé.

Sur le plan sportif et au titre de son expertise, la Clinique universitaire du Sport du CHU de Toulouse est l'un des 2 plateaux techniques de médecine du sport labellisés par la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale d'Occitanie. Au titre de ce label, la CUS accueille une population de sportifs soumis à une obligation de suivi médical au titre de leur statut de sportif de haut niveau. Elle accueille bien sûr tous les sportifs quel que soit leur niveau et leurs objectifs.

L'activité de médecine du sport accompagne les sportifs lorsqu'ils sont blessés. L'activité de traumatologie du sport accompagne le sportif blessé en situation aigüe, au moment de la blessure, mais aussi en prévention tertiaire pour permettre la restauration des ressources fonctionnelles et réduire le risque de récidive. Enfin, l'activité de médecine du sport permet la prise en charge diagnostique et thérapeutique de pathologies très spécifiques liées à la pratique sportive.

Lorsqu'elle s'exerce auprès de patients non sportifs, la médecine du sport s'intègre à la prise en charge multidisciplinaire de ces patients, au moment des étapes diagnostique et thérapeutique. A l'étape diagnostique, elle supporte la réalisation de tests d'exercice musculaire réalisés dans des conditions variables, avec l'objectif d'évaluer de façon intégrative les ressources fonctionnelles de plusieurs organes potentiellement ciblés par des pathologies chroniques. A l'étape thérapeutique, cette activité supporte l'accompagnement à la mise en place d'un programme de réentraînement à l'exercice musculaire. Cet axe de médicalisation constitue une approche thérapeutique spécifique et bien individualisée depuis 2017 avec la promotion d'un décret, suivi d'une instruction ministérielle fixant les modalités de prescription d'un programme d'activité physique en faveur des patients pris en charge pour une affection de longue durée, mais ce n'en est pas la seule indication. En effet, cette « prescription » est de longue date mise en place pour l'ensemble des pathologies chroniques dans un but soit d'orientation du patient vers le programme de réentrainement proposé dans le service, soit d'inclusion dans l'Association efFORMip, soit d'éducation à la santé pour la pratique en autonomie.

La CUS porte trois missions, dispenser des soins incluant l'exploration fonctionnelle, assurer une activité d'enseignement et développer une activité de recherche.

Que cela soit sur le plan de l'accompagnement de la performance des sportifs, sur le versant de l'exploration fonctionnelle métabolique à l'exercice musculaire ou sur le plan de la prise en charge diagnostique et thérapeutique de patients, des collaborations fortes sont actuellement effectives avec des services localisés sur le site de Purpan, et plus particulièrement sur le site de l'hôpital Pierre Paul RIQUET. Les principaux services sont le service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, le service de Radiologie et Imagerie Médicale, le service de Rhumatologie, le service de Médecine Interne et le service de Neurologie.

La collaboration est également effective avec la Gérontologie, l'Institut de Formation en Pédicurie Podologie, l'Institut Franco-Européen de Chiropraxie et le Laboratoire Instrumentation embarquée et systèmes de surveillance intelligents du LASS-CNRS.

La liste des autres spécialités localisées sur le site de Purpan qui pourraient profiter de ce rapprochement n'est pas exhaustive. Cette liste inclue notamment la neurochirurgie (consultation commotion cérébrale), la pédiatrie (médecine du sport de l'enfant), la gynécologie (aspects féminins des activités physiques et sportives), ….

▶ Versant Soins incluant l'Exploration

La CUS développe le versant intégratif de son offre de prise en charge médicale actuellement proposée aux sportifs de tous niveaux, en incluant les sportifs en situation de handicap (cette UE est l'une des 2 à 3 UE du territoire national à disposer d'ergomètres spécifiques pour les sportifs en situation d'handicap physique). Le développement de la dimension intégrée de la prise en charge médicale est un axe particulièrement apprécié et recherché par les fédérations sportives, les clubs sportifs et les agents de sportifs.

Une plateforme « pour une France, en Forme », a conclu un partenariat avec le Comité d'Organisation des Jeux Olympiques et Paralympiques de 2024.

▶ Versant Enseignement

La CUS participe à la formation des médecins et étudiants inscrits à la Capacité de Médecine et Biologie du Sport, au DU de Podologie appliquée aux Activités Physiques et Sportives et au DU de Nutrition appliquée aux Activités Physiques et Sportives. Les stages pratiques de ces enseignements seraient encore plus complets et encore plus cohérents en proposant un accueil dans les services d'orthopédie et de d'imagerie médicale.

Les internes qui suivent le cursus du Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires de Médecine du Sport (qui va être prochainement remplacé par une Formation Spécialisée Transversale de Médecine du Sport FST-MS) devront valider des stages au sein d'unités médicales reconnues pour leur compétence dans le champ de la médecine du sport. La CUS représente une unité de lieu pour des cours magistraux, des enseignements dirigés et pratiques et des stages cliniques.

La CUS accueille aussi des étudiants suivant un cursus en Ingénierie de la Santé. Les étudiants de ce cursus font part d'un grand intérêt pour le développement et le suivi des méthodes de mesure biologique et mécanique dans le champ de l'exercice musculaire. Le déplacement de l'UE de Médecine du Sport sur un site proche des unités de prise en charge des pathologies de l'appareil locomoteur serait une réelle opportunité de développer un axe pédagogique en ingénierie de la santé.

▶ Versant recherche

La CUS a déjà une activité de recherche organisée en recherche clinique et en recherche fondamentale. Au titre de son activité de recherche clinique, la CUS collabore avec le Pôle Gériatrie afin de développer la prise en charge des patients souffrant de sarcopénie. L'équipe médicale de la CUS sont inscrits au laboratoire INSERM de Recherche sur les Sécrétions Adipocytaires, les obésités et les maladies associées (AdipOLab).

Que ce soit pour l'activité de recherche clinique ou pour l'activité de recherche fondamentale, les praticiens de l'UE de Médecine du Sport apportent une expertise dans le champ de l'exploration fonctionnelle à l'exercice musculaire et dans celui de la prescription codifiée et personnalisée de programmes d'activités physiques.

En termes d'expertise, les collaborations avec Stéphane Levin, explorateur scientifique membre de la Société des Explorateurs Français, fondateur de l'Institut des Données de l'Exploration et de l'adaptation en conditions Extrêmes, permettent de travailler sur la programmation d'entraînements en vue d'expéditions en milieu extrême (grand froid, grande chaleur).

32. Créer un centre de reconstruction mammaire Occitanie

Il n'existe pas sur la région Occitanie de centre (public ou privé,) ou d'unité identifiée pour la reconstruction mammaire. Cette entité a vocation à proposer aux patientes l'intégralité du panel des reconstructions existantes et réalisables. L'unité se joint à l'équipe de chirurgie générale et gynécologique oncologique de l'IUCTO-Rangueil et l'IUCTO-Langlade et l'équipe de chirurgie plastique, reconstructrice et des grands brulés avec les praticiens qui ont une valence oncologique et ont montré un intérêt particulier dans la reconstruction mammaire.

La reconstruction mammaire immédiate serait réalisée sur le site de l'IUCTO-Langlade et la reconstruction mammaire secondaire sur le site de l'IUCTO-Rangueil.

La création de cette plateforme augmentera la lisibilité auprès des patientes et des autres acteurs de soins, avec l'objectif d'une visibilité régionale et nationale pour l'IUCTO. Ce parcours simplifié permettra une meilleure fluidité de la gestion des patientes (protocoles commun, n° de secrétariat commun). De même, la proximité des praticiens va permettre une prise en charge transversale des patientes avec une meilleure répartition en fonction de leur spécificité afin de réduire les délais et d'augmenter l'offre de soins.

Actuellement, moins de 50% des actes sont effectués en chirurgie ambulatoire. **Ce parcours de soins simplifié, optimisé sera développé dans sa majorité en chirurgie ambulatoire** (retouches, changement prothèses, chirurgie de symétrisation, réfection de PAM, lipomodelage). Ceci va nécessiter de travailler le parcours de soins entre anesthésistes et chirurgiens (feuilles d'informations…) avec un bloc chirurgical dédié et un service de proximité.

▶ Stratégie de développement

La mise en place de cette plateforme va s'effectuer en 2 phases :

1ERE PHASE : RESTRUCTURATION/REORGANISATION DES 2 SERVICES POUR UN « AFFICHAGE COMMUN »

La durée prévue est de 1 an. L'objectif sera double créer un site internet commun pour informer et communiquer sur cette plateforme de reconstruction « unique » en Occitanie.

Il s'agit ensuite de réorganiser l'ensemble des acteurs de ce projet à moyens humains iso constants. Il est nécessaire de fédérer les équipes et de pouvoir afficher un n° commun de prise des RDV afin d'améliorer la fluidité de la gestion des patientes.

Une évaluation à 1 an sera effectuée en fonction des différents indicateurs choisis :

- Le nombre de consultation dédiée RMS et chirurgie de retouches (symétrisation, changement prothèse, réfection PAM, lipomodelage) ;
- Le nombre de consultation pour 2nd avis (plateforme de recours) ;
- Le mode d'adressage : via l'IUCT-O ou adressage externe (noter la provenance afin de réaliser un maillage régional en Occitanie) ;
- Le nombre d'actes de chirurgie et le type de chirurgie (prothèse, lambeaux…) ;
- Le type hospitalisation comparant ambulatoire / hospitalisation traditionnelle ;
- Le nombre de matériel consommable (prothèses, dermopigmentations…).

2EME PHASE : DEPLOIEMENT DE L'ACTIVITE SUR 2 ANS

Cette phase est prévue sur 2 ans, pour de mieux répondre à la demande régionale, avec réduction des délais de prise en charge et augmentation de l'activité (+25% par équipe) et un net virage ambulatoire avec un objectif (> 50% des actes).

Une réorganisation sur site sera nécessaire avec mutualisation des besoins gynécologie / plastie avec une unité spécifique dédiée au sein dans le cadre de la reconstruction après cancer du sein (IDE spécialisée, psychologue…).

▶ Compétences

L'orientation de la reconstruction mammaire dans les 2 équipes a permis de développer les procédures microchirurgicales telle le DIEP, aujourd'hui de plus en plus demandé par les patientes, et ne peut se réaliser de façon pérenne que dans des structures hospitalo-universitaires (service de chirurgie plastique), les lambeaux pédiculés, la reconstruction par implants prothétiques et lipomodelage (service de gynécologie). La proximité de ces deux services à Rangueil et le travail commun effectué sur le site de l'IUCT-O autorise à proposer aux patientes une prise en charge complète en reconstruction mammaire, alliant l'expertise des deux équipes.

▶ Recherche / projets translationnels et formation

Sur le plan de la recherche, de nombreux projets de recherche sont pour certains publié ou en cours de publication et ont permis l'obtention de plusieurs financements. Ces projets ont été conduits avec des laboratoires INSERM et CNRS. Les travaux sur le tissu adipeux et l'étude du microenvironnement péri-tumoral dans l'agressivité du cancer du sein et la compréhension des mécanismes de dialogue entre les adipocytes et les cellules tumorales sont un atout pour le développement de ce Pôle de reconstruction mammaire.

Cette plateforme est une opportunité unique de formation sur le sein avec une compétence mixte, à la fois oncologique avec la problématique des séquelles des traitements du cancer du sein et réparatrice / cosmétique. Cette formation sera à la fois initiale (avec les internes, CCA) mais également pourra s'étendre à la Formation Médicale Continue. L'utilisation des nouveaux outils pédagogiques dont nous avons l'expérience (SPOC, vidéo-forums…) ne fera que renforcer l'attractivité de cette plateforme sur le plan régional mais également national.

33. Créer une unité régionale des grands brûlés et plaies complexes

Le centre des grands brulés de Rangueil dispose de 6 lits de réanimation et d'un bloc dédié. Il prend en charge de façon satisfaisante les grands brulés de la région Occitanie. Les personnels soignants de ce service sont aguerris à la gestion des plaies complexes et connaissent bien l'outil pansement, ce qui n'est pas toujours le cas dans les services de médecine ou de chirurgie conventionnelle.

Certains patients présentent des plaies très importantes, nécessitant plusieurs temps opératoires, des périodes de pansements avant ou après les chirurgies qui sont irréalisables dans les services conventionnels. Il agit de traumatismes complexes nécessitant des lambeaux, des patients présentant des maladies de Verneuil de stade sévère (Hurley III), ou de certaines escarres chez des patients paraplégiques dont les soins sont lourds. C'est aussi des patients de réanimation avec des plaies chroniques ou des syndromes de Lyell (epidermolyse immunoallergique très grave).

Sous réserve de l'accord de l'ARS pour autoriser une inflexion à l'organisation régionale, l'« unité des grands brulés » évoluerait en « unité des grands brulés et des plaies complexes ». La proximité du bloc permettra de les prendre en charge de façon optimale. L'équipe paramédico-

chirurgicale des brulés sera à même de s'occuper de ces patients sur le plan de la reconstruction. Elle fait partie des équipes françaises qui ont su développer des techniques dédiées et les valoriser par de nombreuses communications en congrès publications internationales (7,8). Que ce soit dans la brulure et en reconstruction pour les plaies complexes, il a été développé puis évalué de nombreuses procédures chirurgicales innovantes et le service des brulés est devenu un outil indispensable de l'unité.

La formalisation d'une unité des plaies et cicatrisation, sur Rangueil en médecine vasculaire et en diabétologie, nécessite une unité chirurgicale qui puisse permettre de répondre à des plaies gravissimes ou à des urgences tégumentaires dont la gravité et le besoin de gestion au plan métabolique sont proches des problématiques des patients grands brulés. Un service de télémédecine avec gestion des avis sur les plaies et cicatrisation est également en cours de développement.

Enfin, l'effort pédagogique se poursuit avec l'organisation du Diplôme universitaire de plaies et cicatrisation, qui est le seul de la région et comprend une cinquantaine de praticiens (médecins, infirmière, kinésithérapeute) inscrits chaque année. L'équipe participe à l'enseignement des plaies complexes comme le DU des ulcères et le DU de lymphologie.

Il existe dans le service des brulés un potentiel de 5 lits d'hospitalisation standard non armés, dont l'ouverture permettrait d'optimiser l'utilisation de cette unité et de son bloc opératoire. Ces 5 lits, dédiés aux plaies complexes et aux pansements lourds pourraient réellement alléger le service chirurgie plastique. De plus, le bloc opératoire dédié du service des grands brulés est armé en personnel IADE tous les jours de la semaine (hors WE), de 8h à 15h et les interventions chirurgicales des patients présentant des plaies complexes seraient réalisables sur ce site, sous réserve d'une organisation médicale à organiser avec le pôle anesthésie-réanimation.

34. Créer une filière de prise en charge multidisciplinaire des séquelles de l'obésité

Sur les 20 dernières années, plusieurs techniques de chirurgies digestives ont permis aux patients ayant une obésité morbide de bénéficier de procédures visant à un amaigrissement majeur : les chirurgies bariatriques. Plus de 60 000 patients ont bénéficié de ce type de chirurgie (anneau gastrique, bypass gastrectique ou sleeve gastrectomie) en France en 2016, alors qu'ils étaient moins de 15 000 dans les années 2000. Douze à dix-huit mois plus tard, ces patients vont avoir maigri de 20 à 60 kilos en moyenne, parfois plus de 100 kilos et se retrouvent avec un excédent cutané majeur. Ils nécessitent une chirurgie reconstructrice en 2 à 3 étapes pour pouvoir redraper cet excédent.

Cette chirurgie, dite « post-bariatrique » est très peu pratiquée dans le secteur libéral car elle est assez chronophage et s'adresse à une population n'ayant pas toujours des moyens financiers qui lui permette d'accéder à des chirurgies de ce type.

Le service réalise ainsi la majorité des actes de la région concernant ces patients et répond à un réel besoin de santé publique. De nombreuses publications, qu'elles soient internationales ou issues de l'équipe toulousaine, ont montré l'amélioration majeure de la qualité de vie de ces patients après cette prise en charge (5,6).

Un réseau de prise en charge de l'obésité s'est progressivement mis en place, en articulation avec l'équipe de nutrition et les équipes de chirurgie digestive, pour mieux formaliser la prise en charge complète et globale et les séquelles de l'obésité, allant du bilan nutritionnel initial jusqu'aux éventuelles chirurgies y compris reconstructive. Ces procédures représentent maintenant au moins un tiers de l'activité du service.

Le service travaille aussi avec plusieurs laboratoires de recherche telles que l'unité STROMALab et les laboratoires INSERM/CNRS sur les conséquences métaboliques de l'obésité, valorisé notamment par des publications et un PHRC : « Description of the endothelial phenotypes from the subcutaneous abdominal and gluteo-femoral adipose tissues in women: ADIPENDO ».

Le service développe depuis des années des techniques opératoires qui permettent des durées opératoires et d'hospitalisation compatibles avec la valorisation de ces actes.

En définitive, les besoins de santé publique de ce type de chirurgie reconstructrice permettant de rendre à certains patients une meilleure fonctionnalité avec une reprise du travail et des activités sportives, deviennent majeurs. L'ensemble des études montre que la qualité de vie de ces patients est très améliorée après une chirurgie post-bariatrique, que ce soit au niveau psycho-social et intime, et ainsi leur rendre leur dignité.

35. Créer une unité mutualisée de post-urgences chirurgicales

L'unité mutualisée de post-urgences chirurgicales (UMPUC) réunira les urgences des spécialités chirurgicales digestive, gynécologique et urologique, au 2e étage du bâtiment H2 avec un capacitaire de 22 lits.

L'actuelle unité de Post-Urgences Urologiques de 10 lits de Rangueil avait vocation à fluidifier le circuit et l'admission des patients urologiques admis en urgences. Des filières de soins urologiques ont été ainsi créées, tel le parcours « colique néphrétique lithiasique ».

L'accueil et la prise en charge des patients admis en urgence dans un secteur d'hospitalisation dédié permettent d'accélérer le passage aux SU et d'accepter directement certains patients dans l'unité suite à l'appel du médecin traitant (sans passage obligatoire aux urgences). La gestion centralisée de ces patients par des soignants formés à ce type de prise en charge est optimisée.

Il s'agit d'étendre cette modalité de soins aux spécialités chirurgicales viscérales dans une unité dédiée.

▶ Principes de fonctionnement des urgences urologiques

En 2017, 880 patients ont été hospitalisés dans l'Unité de Post-Urgences Urologiques totalisant 2450 journées d'hospitalisation (DMS 2,8 j).

La typologie des patients urologiques concerne soit des nouveaux patients non connus, soit des patients déjà connus qui présentent une complication post-opératoire ou une autre pathologie. La filière « colique néphrétique lithiasique » est un modèle de fonctionnement lorsque

l'hospitalisation est rendue nécessaire par l'intensité des douleurs et/ou la présence de signes de gravité évalués aux Urgences.

L'actuelle unité de 10 lits qui est située dans l'UF1 du 2e étage sera transférée dans l'UMPUC pour être réunie avec les urgences de digestif/gynécologie. La gestion médicale et paramédicale des patients urologiques hospitalisés dans l'UMPUC sera assurée par l'équipe d'Urologie avec un médecin d'astreinte journalière joignable par le NAS et une astreinte de nuit/WE, dans le respect du nouveau schéma de permanence des soins.

▶ Principes de fonctionnement des urgences de chirurgie digestive

En 2017, 1200 patients ont été admis en Urgences via les 2 SU (Purpan et Rangueil), totalisant 6900 journées d'hospitalisation dans les unités des 2 services de Chirurgie Digestive de Rangueil et de Purpan (DMS 5,6 j). En 2017, l'occupation moyenne dédiée aux urgences a été de 21 lits dans les 3 unités d'hospitalisation traditionnelle de Chirurgie Digestive (Rangueil UA 2426 et Purpan UA 2251 et UA 2313).

Au total, les patients admis en urgence en pré- ou post-opératoire seront concernés par l'UMPUC ainsi que les patients non opérés nécessitant une surveillance et/ou un traitement médical, avec un séjour estimé de courte durée (< 7 jours). Le capacitaire de 12 lits pour le Digestif complètera la partie destinée à l'Urologie.

Cependant, l'intégralité de ces séjours ne se déroulera pas à l'UMPUC :

- Les patients avec un parcours d'emblée complexe ne relèveront pas de l'UMPUC. Les parcours-patients SU +/- bloc et soins intensifs ou réanimation iront plutôt vers l'hospitalisation traditionnelle de chirurgie digestive dans les étages du H2 ;
- Les patients initialement admis à l'UMPUC dont le séjour se prolonge seront mutés vers une des 3 autres UA du Département de Chirurgie Digestive.

▶ Objectifs communs de l'UMPUC

- « Concentrer » les admissions de patients de même typologie, transférés des urgences, dans une unité dédiée pour faciliter le travail des équipes médicales et paramédicales (astreinte et garde) ;
- Fluidifier la prise en charge des patients venant des SU, en particulier permettre un transfert et un accueil rapide des patients venus du SU de Purpan (en attente du bloc d'urgence de Rangueil après réévaluation médicale sur place) ;
- Faciliter les admissions et sorties à toute heure et permettre ainsi des sorties rapides le jour même, en cas d'acte bénin ou d'absence d'acte ;
- Admissions directes, en particulier, pour les patients déjà connus et éviter ainsi un passage systématique par le SAU pour ces réadmissions ;
- L'UMPUC pourrait être dotée d'un box d'examen/soins accessible en dehors des heures ouvrables et week-end, en particulier, pour gérer les problèmes post-opératoires simples des

patients sortis et éviter un passage au SU. Le suivi d'un pansement ou d'un drainage pourrait en être amplement facilité.

36. Sanctuariser du temps de vacation offert, pour développer la transplantation d'organes

La transplantation d'organe et le prélèvement multi organes sont une priorité et impliquent du temps de vacation offert disponible à tout moment, pour la réalisation, au sein de blocs opératoires d'urgence, en application du décret n° 2007-1257 Art. D. 6124-164 (statuant sur la disponibilité à tout moment d'un bloc opératoire pour la transplantation).

Cette organisation priorisera les transplantations d'organes provenant de donneurs décédés et donneurs d'organes, les éventuelles reprises chirurgicales des patients transplantés, les prélèvements d'organes. Elle n'obérera pas l'activité des blocs de chirurgie programmée et les interventions réalisées en urgence des chirurgies urologiques, digestives et vasculaires.

Selon les dispositions de l'Agence de la Biomédecine (ABM), « *avoir la possibilité de dédier un bloc opératoire pour le prélèvement et/ou la ou les greffes pendant un délai de quelques heures, du fait de l'incertitude du moment de survenue de l'arrêt cardio-circulatoire* », est une condition indispensable pour pouvoir envisager, après validation des différentes instances du CHU, la réalisation des prélèvements chez des donneurs décédés après arrêt circulatoire Maastricht III (patients pour lesquels une décision de limitation ou d'arrêt programmé des thérapeutiques est prise, en raison du pronostic des pathologies ayant amené la prise en charge en réanimation).

La majoration du temps opératoire disponible devra tenir compte de la disponibilité des ressources du pôle bloc opératoire et du pôle anesthésie réanimation.

37. Regrouper le pôle digestif sur un site unique

Le regroupement du pôle digestif découle du précédent Projet d'Etablissement, ciblant la suppression des hôpitaux-miroirs, et s'inscrit dans le schéma directeur accompagnant la rénovation du bâtiment H2 à Rangueil.

L'ensemble du pôle digestif regroupe ses forces médicales et chirurgicales sur le site de Rangueil, plus précisément dans sa partie rénovée qui offre : des soins critiques adaptés au recrutement et à la chirurgie lourde, un bloc opératoire et un secteur d'endoscopie ultra-modernes, un nouveau secteur ambulatoire et des unités d'hospitalisation thématisées. Ces dernières vont procurer un champ large d'offre de soin en pathologie et oncologie digestive que ce soit les soins d'urgence, de proximité et de recours régional.

Les enjeux du pôle digestif sont multiples :

- Accroître la lisibilité dans la pathologie de recours « médicale et chirurgicale » au travers des centres de référence et de compétence (maladies du foie, du pancréas, maladies inflammatoires de l'intestin, chirurgie carcinologique et de l'obésité, transplantation, oncologie digestive) mais aussi des innovations (chirurgie robotique, traitements innovants et biothérapies) et de la recherche clinique et translationnelle.

- Exploiter l'offre de la multidisciplinarité du site de Rangueil : radiologie interventionnelle, centre de nutrition et de l'obésité, chirurgie pelvienne, transplantation d'organes…
- Augmenter l'offre ambulatoire « chirurgicale et médicale endoscopique »
- Répondre à l'augmentation de la démographie toulousaine en terme de soins de proximité et de permanence des soins
- S'inscrire dans le prochain projet d'établissement en terme de cancérologie d'organe et ses enjeux : le dépistage, l'immunothérapie, les thérapies innovantes, les biopsies liquides…

Des efforts seront déployés pour maintenir l'activité médico-chirugicale d'urgence sur les sites orphelins (hôpital Purpan et IUCTO-Langlade), pour développer une activité d'urgence et de recours en endoscopie digestive, un réseau de soin régional en pathologie digestive, l'activité d'oncologie digestive au sein de l'IUCTO-Rangueil.

Enfin le développement de l'activité de recherche du pôle sera amplifié dans toutes ses dimensions, qu'il s'agisse de la recherche clinique au sein d'une unité dédiée, ou en lien avec les modules du CIC notamment le module biothérapies, de même que la recherche translationnelle en lien avec les unités/équipes de recherches du campus toulousain et régional.

Paule de Viguier : un hôpital de recours et de proximité pour la femme, la mère et le couple

38. Créer un plateau de consultations mutualisées d'obstétrique, gynécologie, génétique médicale, reproduction

Chaque année, près de 100 000 consultations sont réalisées par le pôle Femme-Mère-Couple. Cette activité externe se caractérise par une grande diversité d'activités : échographies gynécologiques et obstétricales, médecine fœtale, médecine de la reproduction, consultations médico-soignantes, orthogénie, ménopause, centre de prélèvements, consultations mère-enfants, colposcopie…

Les consultations du pôle sont actuellement réparties dans différents secteurs du bâtiment Paule de Viguier. Les regrouper géographiquement, et mettre en place un fonctionnement mutualisé garantira la continuité, la lisibilité et la simplicité du parcours du patient, de même que l'appréciation qu'en ont les correspondants extérieurs.

Une réingénierie du système actuel doit à cette fin être réalisée, en termes d'accessibilité, avec un accueil unique pour les consultations du pôle, puis un parcours standardisé pour se rendre en consultation, jusqu'à un circuit de sortie du plateau ou d'hospitalisation. La programmation et de gestion des vacations du plateau de consultations seront réorganisées en fonction des compétences des professionnels et de leur présence.

Plusieurs points majeurs doivent être développés :

- Création d'un bureau des entrées correctement dimensionné et outillé pour absorber de façon rapide toutes les consultations du pôle tout en étant capable de s'adapter aux profils des patients ;
- L'accueil physique et téléphonique, notamment par l'utilisation de MyCHU pour les inscriptions à la maternité sera généralisé. Le bureau des rendez-vous a été identifié et relocalisé, pour n'avoir plus à traiter que la réponse téléphonique. La phase suivante est de revoir la prise de rendez-vous par la mutualisation des équipes actuelles et la mise à disposition d'outils (numéro d'appel unique, arbres décisionnels, fiches ...) ;
- Les parcours patients seront rendus plus lisibles, plus accessibles, plus efficients. Des aménagements et travaux sont nécessaires au niveau de l'accueil de Paule de Viguier, de même que la mise en œuvre d'une signalétique adaptée pour mieux identifier les lieux de consultation, l'identification des lieux d'attente et garantir le principe de marche en avant jusqu'à un secrétariat de sortie ;
- L'implantation d'un centre de prélèvements communs avec le pôle de Biologie facilitera la réalisation des examens complémentaires ;

- Une attention particulière sera portée à la coordination médico-soignante des parcours patients complexes et/ou pluridisciplinaires ;
- Grâce à des outils numériques ouverts au bénéfice des patients et des professionnels libéraux, les parcours seront simplifiés.

Dans le même temps, la dématérialisation des dossiers patients garantira une amélioration du codage des actes et par voie de conséquence la facturation et les recouvrements des actes. L'informatisation du dossier patient permettra également un archivage facilité et une recherche d'informations rapide pour les médecins et chirurgiens et de recentrer les soignants sur des fonctions de soins.

39. Transférer les activités de consultation de génétique clinique sur le plateau de consultation de Paule de Viguier

L'activité de consultation est estimée à plus de 4000 consultations par an. L'activité diagnostique couvre donc aussi bien la période prénatale avec la médecine fœtale, l'âge pédiatrique et l'âge adulte.

La majorité des consultations effectuées par l'équipe clinique concerne des pathologies complexes. La proportion de premières consultations est très importante. Celles-ci nécessitent un interrogatoire exhaustif et le plus souvent un examen clinique long suivis du recueil d'un consentement éclairé pour des analyses souvent complexes, ce qui justifie des consultations longues, au bénéfice de :

- Patients symptomatiques

Le grand nombre de pathologies différentes concernées impose une transversalité opérationnelle dont découle l'implication du service dans les différents centres de référence maladies rares (CRMR) ou de centres de compétence maladies rares (CCMR) du CHU.

- Patients asymptomatiques

Le diagnostic prénatal donne lieu à des consultations urgentes, nécessitant une information longue des couples et un accompagnement psychologique. Le service de génétique est un acteur essentiel du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN).

Le conseil génétique est impliqué dans les enquêtes familiales, le diagnostic préconceptionnel, préimplantatoire et le don de gamètes.

Le diagnostic prédictif requière la présence d'une équipe médicale mais également d'un psychologue auprès du patient.

L'activité externe repose sur une approche pluridisciplinaire qu'il s'agisse de la cardiogénétique, des surdités de cause génétique, de l'ophtalmogénétique pédiatrique et adulte, des syndromes de Marfan et apparentés, de la neuro-génétique dont la déficience intellectuelle, des consultations conjointes au Centre Ressource Autisme, avec le service de dermatologie ou des consultations pour anomalies dentaires d'origine génétique.

Dans l'optique de maintenir et de développer cette pluridisciplinarité, les internes du DES de Génétique Médicale sont largement encouragés à se former dans l'une ou l'autre des disciplines par des stages cliniques. Le service a également formé dans le domaine de la génétique médicale des praticiens issus d'autres spécialités.

Cette pluridisciplinarité implique également la participation à de nombreuses Réunions de Concertation Pluridisciplinaires.

▶ Renforcer le potentiel d'accueil pour l'adapter à la demande de consultation

L'effectif de consultants médecins en génétique clinique doit être renforcé, d'autant qu'il est nécessaire d'anticiper une forte augmentation de l'activité dans les années à venir (besoins liés notamment à la prescription d'analyses de séquençage haut débit, en particulier des résultats non sollicités et à la surspécialisation des praticiens que demande la création de centres de compétence). Par ailleurs, une mission de prise en charge des patients accompagne la mission de diagnostic des services de génétique médicale. Il est donc essentiel d'augmenter les effectifs des consultants médicaux supplémentaires du secteur de génétique clinique. Ce besoin est d'autant plus urgent que plusieurs médecins généticiens cliniciens partiront à la retraite très prochainement.

Les conseillères en génétique sont également des éléments essentiels à l'activité de génétique médicale. Les médecins généticiens cliniciens leur délèguent des missions de consultation et de conseil génétique ainsi que des tâches administratives nécessitant une compétence médicale que n'ont pas les secrétaires. Leur rôle sera d'autant plus important dans les prochaines années qu'elles auront en charge une partie des consultations en lien avec les problématiques du séquençage d'exome et de génome. L'augmentation prévisible de l'activité nécessitera le recrutement d'une ou plusieurs conseillères en génétique supplémentaires à échéance de cinq ans.

Les consultations de génétique médicale sont actuellement réalisées au pavillon Lefebvre de Purpan, peu adapté à l'accueil du public. **Le déménagement au sein de Paule de Viguier** permettra des consultations de génétique médicale dans des boxes de consultations adaptés pour recevoir des patients à tout âge et en situation de handicap, à proximité des secteurs de laboratoire et du centre de prélèvement qui sera lui-même relocalisé à PDV. Le nombre de boxes de consultations devra être dimensionné au regard des flux de venues des patients. Il conviendra d'être vigilent à la disposition des boxes de génétique avec ceux de médecine fœtale de façon à ce que les patients atteints d'une maladie génétique ne soient pas en contact direct avec les femmes enceintes.

▶ Améliorer l'accès aux analyses de génétique constitutionnelle

Le séquençage d'exome et certains panels sont actuellement difficiles d'accès pour les patients vus au CHU de Toulouse, alors même qu'ils sont indiqués par l'Association Nationale des Praticiens en Génétique Médicale (ANPGM). La plupart des autres CHU de France qui ont déjà développé un panel déficience intellectuelle ne sont pas capables d'absorber la demande du CHU

de Toulouse. Ces analyses coûteuses, lorsqu'elles sont indiquées, ont une grande rentabilité diagnostique. Par exemple, une variation génétique causale est identifiée chez environ 35% des patients avec déficience intellectuelle permettant ainsi un conseil génétique adapté et une meilleure prise en charge médicale des patients. Par ailleurs, ces analyses sont significativement moins onéreuses qu'un long parcours d'errance diagnostique passant par de multiples analyses séquentielles.

Cet objectif nécessite de pouvoir développer des compétences médicales, ingénieurs et techniques au CHU de Toulouse de façon à rendre des résultats d'exome diagnostic, en particulier chez les patients avec déficience intellectuelle ou atteints de maladies génétiques rares pour lesquels aucune piste diagnostique n'existe. Le développement de l'exome diagnostic nécessitera un renforcement majeur de l'effectif médical en génétique moléculaire. L'infrastructure informatique devra également être renforcée de façon à permettre un traitement, un transfert et un stockage de gros volumes de données dans les conditions de sécurité requises. Les indications conduisant à la prescription d'analyse de séquençage haut débit seront validées en réunions de concertation pluridisciplinaire, correspondant aux patients avec anomalie du développement/déficience intellectuelle sans diagnostic après les autres examens de première intention. Un objectif prévisionnel de 300 patients par an sera réévalué au regard de la mise en place du plan France Médecine Génomique 2025.

▶ Poursuivre l'effort de pluridisciplinarité du service

La pluridisciplinarité et la transversalité sont des valeurs très ancrées dans le service depuis de nombreuses années. La formation de consultants dans des thématiques précises (surdités, cardiogénétique, hémoglobinopathies, infertilités, maladies héréditaires du métabolisme…) en témoigne. La formalisation des CCMR et CRMR s'accompagne du besoin de désigner des praticiens référents dans chaque pathologie. En revanche, en ce qui concerne la médecine fœtale, qui est une activité importante du service, il n'y a pour l'instant pas de référent identifié de façon claire. En ce qui concerne la déficience intellectuelle, le retard à la mise en place de l'exome diagnostique et le besoin de renforcement du service font qu'il est actuellement largement sous-représenté dans les réunions pluridisciplinaires nationales sur la déficience intellectuelle. Ce retard doit être rapidement rattrapé.

La poursuite du développement de consultations partagées, l'augmentation de l'effectif médical en génétique clinique permettant la désignation de référents dans différentes pathologies, le recrutement d'un médecin généticien spécialisé en fœtopathologie avec une activité mixte en fœtopathologie et en génétique clinique, la surspécialisation en médecine fœtale d'un médecin du service, l'organisation d'une réunion de concertation pluridisciplinaire locale déficience intellectuelle et le développement des relations avec les autres spécialités dans la prise en charge et le suivi des patients sont autant d'axes d'amélioration à conduire.

▶ Renforcer améliorer le suivi et la prise en charge des patients atteints de maladies génétiques rares

La formalisation du suivi des patients atteints de maladies génétiques rares doit être assurée, par des **plages de consultation dédiées et des hôpitaux de jour.**

L'identification claire du suivi de ces patients, en particulier avec syndrome identifié, dans le cadre d'hôpitaux de jour, améliorera la prise en charge offerte, les liens avec les médecins de ville et avec les établissements médico-sociaux, et facilitera les démarches à réaliser par les familles.

40. Développer les compétences de prévention, dépistage et de prise en charge des grossesses à risque en lien avec les praticiens de ville

- Maintenir et développer l'éducation à la santé des futures mères, développer l'ambulatoire ainsi que la télésurveillance (e-santé) à domicile des femmes à risque. Développer le dépistage des pathologies de la grossesse, le diagnostic prénatal non invasif (DPNi) et la médecine fœtale. Un accent important sera mis sur les dépistages au cours du premier trimestre de la grossesse (DROP) de pathologies de la grossesse (prééclampsie, diabète, prématurité, accrétion placentaire…). Ce dépistage permettra l'action préventive et thérapeutique afin d'améliorer le pronostic des grossesses à risque.

- Maintenir et développer la collaboration avec le secteur libéral des médecins et sages-femmes afin d'optimiser la prise en charge des femmes avant et après l'accouchement et notamment les sorties précoces après la naissance.

- Développer un secteur de soins continus pour les pathologies sévères en obstétrique et gynécologie. Le nombre importants d'accouchements (au-dessus de 5000), le regroupement de l'activité chirurgicale de gynécologie ainsi que les complications rares mais réelles de la stimulation ovarienne en médecine de la reproduction justifie que soit mis en place un secteur de soins continus.

41. Structurer l'activité de gynécologie

La structuration de l'activité de gynécologie chirurgicale conduit au regroupement des unités de chirurgie gynécologiques présentes actuellement à Rangueil et à Paule de Viguier. Ce regroupement de l'activité chirurgicale bénigne apparait indispensable pour améliorer la filière de soin, améliorer la lisibilité locale de la gynécologie chirurgicale et améliorer la visibilité de la discipline au niveau national et pour le CNU. Ce regroupement devrait permettre la création d'une équipe leader dans certains domaines.

Cette structuration permettra de :

- Créer un centre d'expertise chirurgicale pour l'endométriose, les troubles de la statique pelvienne, l'infertilité et mettre en place un centre de médecine régénérative en gynécologie ('ingineering' tissulaire) ;

- Bénéficier d'un plateau technique opératoire adapté avec la possibilité d'augmenter, si besoin, les possibilités de chirurgie pluridisciplinaire programmée dans le pôle.

- Maintenir et améliorer la filière d'orthogénie en développant l'accès à des consultations d'orthogénie par les sages-femmes, en redéfinissant le parcours des patientes consultant pour

une IVG notamment entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée et développer l'ouverture vers la cité, avec l'aide du réseau de praticiens libéraux impliqués.

- Développer un centre de référence en sénologie.

- Développer l'éducation sexuelle et reproductive en milieu scolaire avec mise en place d'un partenariat avec l'éducation nationale (participation des médecins, sages-femmes et internes du service après formation et compagnonnage).

- Développer l'activité de gynécologie médicale avec la mise en place de consultations de prévention et de premier recours ainsi que des consultations ciblées (contraception difficile, consultation de post urgence…).

- Créer un hôpital de jour en gynécologie médicale permettant la prise en charge coordonnée des patientes d'orthogénie, de la ménopause ou d'autres pathologies de la gynécologie médicale.

42. Développer l'activité de médecine de la reproduction

- Permettre, par le projet « oncofertilité-sexualité », à tout homme et femme devant avoir un traitement à risque pour la fertilité de préserver celle-ci et d'avoir un suivi à distance des traitements. Cela concerne les adultes, enfants et adolescents quel que soit le sexe. Ce projet implique de collaborer avec toutes les équipes de cancérologie de la région et de développer de nouvelles techniques, comme par exemple la greffe de tissu gonadique et, dans un futur proche, la gamétogenèse *in vitro*.

- Répondre aux nouvelles demandes d'assistances à la procréation qui seront le résultat des changements d'indications et d'accès prévus par la révision de la loi de Bioéthique. Cela nécessitera un renfort en ressources humaines qu'il conviendra d'évaluer tant au niveau des praticiens, qu'au niveau des psychologues et du personnel non médical.
- Augmenter le recrutement des donneurs et donneuses de gamètes.

- Maintenir et développer l'activité d'andrologie chirurgicale et la sexologie.

- Mettre en place de nouvelles modalités de prise en charge grâce à de nouvelles méthodes (e-santé).

- Créer un centre régional de cryobiologie et d'application des techniques nouvelles de procréation.

- Prévenir les facteurs de risque pour la fertilité, par des consultations pré-conceptionnelles et des programmes d'éducation à la santé.

- Maintenir et développer l'activité de contraception masculine.

43. « La patiente active » : favoriser la prise en charge de sa santé par la femme enceinte

Le développement de l'ambulatoire, de l'éducation thérapeutique et de la télésurveillance (e-santé) permet de rendre la femme actrice de sa prise en charge. L'accès au sport pour les femmes enceintes hospitalisées est un exemple d'action participant d'une prise en charge globale.

L'activité chez la femme enceinte permet de diminuer les « petits maux » de la grossesse, apporte bien-être et mieux-être, prévient l'apparition de pathologie comme l'hypertension ou le diabète et constitue même un moyen de traitement notamment pour le diabète.

Actuellement, il existe 2 programmes d'éducation thérapeutique du patient au sein de la maternité : *DIAMAT* qui s'adresse aux femmes présentant un diabète gestationnel, et *Bulle Ronde*, consacré aux patientes en surpoids ou obèses. Au cours des séances d'ETP, une sensibilisation aux bienfaits de l'activité physique est réalisée et une séance pratique est conduite par une sage-femme.

La mise à disposition d'un matériel sportif au sein de l'hôpital de jour et du secteur de grossesses pathologiques permettra aux patientes de poursuivre une activité sportive, tout en étant accompagnées par une équipe formée. Cette pratique, outre l'effet bénéfique immédiat sur la grossesse et la santé physique et psychique de la mère et de son bébé, initiera pour certaines le début d'une pratique régulière dont les bénéfices en terme de santé publique ne sont plus à démontrer.

44. Optimiser le parcours de soin dans les suites de couches

Les décrets de périnatalité, complétés par la circulaire MOLENAT préconisent de rationaliser le nombre de professionnels de santé intervenant auprès du couple mère-enfant en maternité afin de favoriser la mise en place du lien mère-enfant et d'en repérer les troubles.

Le projet de réorganisation des suites de couches est structuré autour de ce principe et s'articule autour d'un binôme sage-femme/auxiliaire de puériculture en lien avec les autres professionnels de la périnatalité. Il nécessite une organisation des secteurs en fonction de la charge en soins inhérente à l'existence ou non d'une pathologie ou de facteurs de vulnérabilité, définissant ainsi des secteurs physiologiques et pathologiques.

Cela permet d'une part de renforcer l'autonomie des patientes « physiologiques » en leur laissant une gestion autonome des repas par exemple, en leur offrant des lieux d'échange qui renforceront leurs capacités maternelles tout en pouvant faire appel à un professionnel si besoin, et d'autre part de recentrer les professionnels sur les patientes présentant une pathologie, des facteurs de vulnérabilité ou des troubles du lien mère-enfant. Il est probable que cette organisation permette également un meilleur repérage des couples mères enfants éligibles à une sortie précoce et un meilleur accompagnement de celles-ci ainsi qu'une meilleure satisfaction des professionnels.

Enfin elle reposera sur des relations ville-hôpital structurées, notamment avec le réseau des sages-femmes et médecins correspondants prenant en charge les femmes et leur nouveau-né à la sortie de la maternité.

45. Conforter la recherche clinique au sein du pôle

Une plateforme de recherche clinique mutualisée sera développée pour toutes les spécialités du pôle, à savoir la gynécologie, l'obstétrique et la médecine de la reproduction.

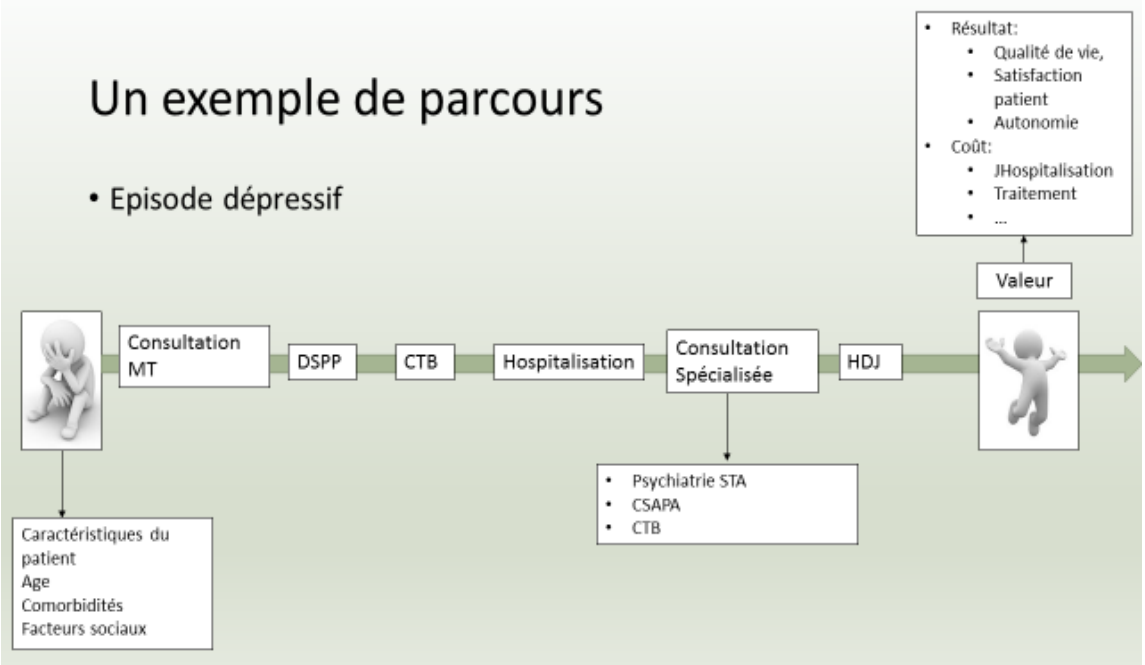
L'unité de recherche en obstétrique et gynécologie (UROG) associée l'unité INSERM 1027 (équipe SPHERE) et le Groupe de Recherche Fertilité Humaine (GRFH EA3694 Toulouse III) sont des équipes présentes dans pôle. La structuration optimale de l'activité de recherche doit être recherchée. Le développement d'une plateforme mutualisée permettra de faciliter la recherche et sa valorisation.

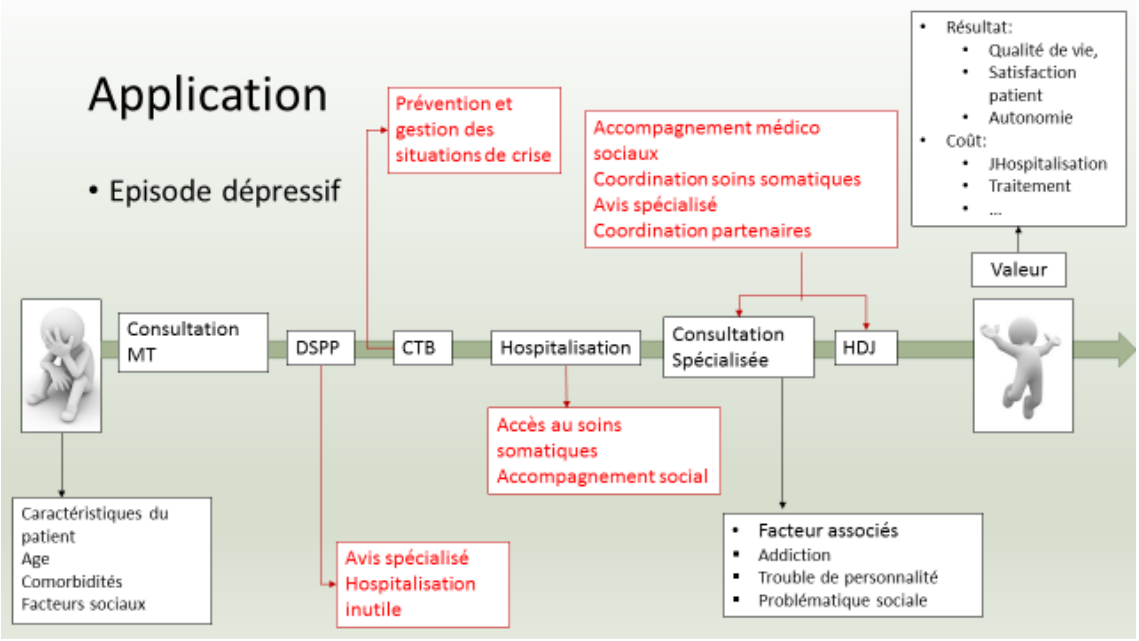
Santé Mentale : une offre de psychiatrie réactive et de liaison au sein du territoire

46. Développer l'activité du centre expert en dépression résistante

Ce centre accueille des patients souffrant d'épisode dépressif caractérisé ayant résisté à deux prises en charge thérapeutiques qu'elle soit de premier recours ou spécialisée. La problématique s'avère simple. Pourquoi une dépression est-elle résistante ? Est-ce vraiment une dépression ou un trouble de la personnalité ? Le traitement est-il bien pris ? Y a-t-il des comorbidités organiques ou psychiques qui compliquent le traitement, existe-t-il des résistances pharmacologiques ? Cette unité de dépression résistante est appelée à recevoir des patients venant d'autres structures de soins. Elle utilise les techniques de stimulations cérébrales : stimulation magnétique transcrânienne, électro-convulsivothérapie. Dans cette perspective, **l'unité d'électro convulsivothérapies ambulatoire méritera d'être plus structurée et développée.**

Une structuration de la notion de parcours de soin pour les dépressions complexes, ceci en lien avec la médecine générale dans l'idée de structurer un parcours clairement individualisable, modélisé sur cette pathologie.





1) **Mise en place de stratégies de soin numériques et de E-Santé concernant le dépistage et le suivi des dépressions, des gestes suicidaires et des addictions**. Ceci passe par la construction d'un service de traitement ambulatoire virtuel en lien avec les autres dispositifs ambulatoires type Dispositif de Soins Partagés et Centre de Thérapie Brève ;
2) Développement de **dispositifs de soin articulés et intégrés concernant les troubles de la personnalité.** L'articulation se réalise avec le Centre de Thérapie Brève et le Dispositif de Soins Partagés mais aussi avec des prises en charge addictologiques car il s'agit d'une modalité de décompensation fréquente de ces patients ;
3) Focalisation des unités d'hospitalisation sur des dimensions de soins de proximité et de recours non sectorisés, visant à majorer les dimensions de soins hyperspécialisés. L'objectif cherche à valoriser les compétences expertales plutôt que l'hébergement ou l'assistance.

47. Développer le rôle d'appui du CSAPA Dide

Il s'agit d'une structure médico-sociale qui prend en charge les conduites addictives y compris les addictions comportementales.

Le CSAPA propose des suivis spécialisés axés sur la prévention et le dépistage des complications liées aux addictions ainsi que l'initiation de traitement de substitution. Il travaille avec les autres spécialités (gastro entérologie, neurologie, infectiologie) et reçoit des patients consultants d'eux-mêmes, adressés par les médecins généralistes ou le DSPP. Il coordonne aussi une prise en charge sociale qui permet de mettre en place des relais en médecine générale.

Son expertise dans le champ de la psychiatre s'associe à une prise en charge intégrée pour les pathologies duelles (association d'une addiction et d'un trouble psychiatrique). Cette orientation rend possible des collaborations avec les urgences (équipe de liaison addictologique et équipe de liaison de psychiatrie) afin de proposer des soins aux patients présentant des addictions sévères

pour lesquels la faible observance des soins et la haute prévalence des conduites suicidaires amènent à une entrée dans les soins via cette filière urgence.

Le CSAPA Maurice DIDE et le service d'addictologie permettent à de nombreux patients effectuer des sevrages simples ou complexes à l'UF3. Cette activité est appelée dans les années qui viennent à évoluer vers des lits de sevrage sous la responsabilité du Professeur FRANCHITTO dans le bâtiment U2000.

L'évolution du centre DIDE permettra de mieux préciser sa place au sein du maillage de soin constitué par la médecine générale, la médecine spécialisée et les urgences afin d'assurer une réactivité pour la mise en place et la continuité des soins addictologiques.

48. Développer des partenariats systématiques notamment avec la médecine générale

Selon les données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, moins de 10% des médecins généralistes utilisent les dispositifs sectoriels quarante ans après leur création. Par ailleurs, la demande des médecins généralistes vise à obtenir une aide pour les diagnostics psychiatriques et les prises en charge dans un délai incompatible avec les réponses des dispositifs sectorisés. De plus, ils souhaitent une expertise médicale absolument différente d'une approche réalisée par des infirmières, des travailleurs sociaux, des psychologues et secondairement par des psychiatres ou bien ils ne s'approprient pas le concept de « clinique indirecte » qui aboutit à une démédicalisation des situations cliniques.

▶ Le Dispositif de Soins Partagés

Ce dispositif a été construit en lien rapproché avec la médecine générale dans l'idée de fournir une consultation psychiatrique rapide (délai adapté à la demande du médecin généraliste), permettant de préciser un diagnostic, de fournir une évaluation de personnalité, de dégager des options de suivi et de traitement et de construire un projet de soin partagé avec le médecin traitant. Ce dispositif est structuré pour des adultes et des adolescents. Il cherche à coordonner un médecin généraliste et une prise en charge spécialisée des troubles mentaux. Il cherche à diminuer le recours aux urgences psychiatriques. Il vise à devenir un dispositif apprenant permettant progressivement aux généralistes de mieux suivre ces patients et participe à la formation des internes de médecine générale.

Il n'existe que deux dispositifs de soins partagés en psychiatrie, en France. Il exprime un enjeu de recherches-actions sur les dispositifs de soins. Il cherche à améliorer les compétences psychiatriques des médecins généralistes.

▶ Le Centre de Crise et de Thérapie Brève

Il s'agit d'un dispositif intersectoriel ouvert cinq jours sur sept destiné à des patients en crise : suivis suite à une tentative de suicide, suivis crise existentielle, d'états anxieux, de dépressions d'intensité moyenne ne justifiant pas d'hospitalisation. Le CTB est une structure ambulatoire

accessible pour un premier rendez-vous en moins d'une semaine. Son recrutement s'inscrit soit à la demande du médecin généraliste soit en aval des urgences. Il utilise la technologie de la crise : un accord de soin est conclu avec le patient, des objectifs thérapeutiques ciblés sont définis, des rencontres. Sont proposées avec les proches.

La durée de prise en charge oscille entre 1 et 2 mois.

L'évolution du CTB se traduira par une hyperspécialisation pour la prise en charge de crises suicidaires et des troubles anxieux ou dépressifs d'intensité légère à moyenne ne nécessitant pas une hospitalisation systématique. Là aussi la possibilité d'un accès à la structure en moins d'une semaine en fait une originalité dans le paysage psychiatrique de la métropole toulousaine.

▶ Le projet « santé, soins premiers » en lien avec la médecine générale

L'essence de ce projet vise à une connaissance du parcours et de la trajectoire de vie des patients dans le but d'instaurer des actions de prévention. L'objectif vise à bâtir une consultation de santé globale. L'enjeu est de définir une vision globale associée à un chemin de faire pratique sur des stratégies de prévention ou d'enjeux de santé utilisables pour un médecin généraliste. Les éléments à reconstituer sont les suivants :

- Aspects de prévention primaire : activité physique, nutrition, adaptation au travail ;
- Dimensions sociales : logement, bilan social, adaptation à l'emploi ;
- Dimensions de santé mentale : addictologie, prise de psychotropes, observance et effet sur la santé ;
- Existence de conduites à risque ;
- Handicaps physiques, psychiques, sociaux : définition d'aspect de fragilité et mesure d'aide.

En synthèse, cette dimension du projet du service de psychiatrie et de psychologie médicale de partenariat et d'aide à la médecine du premier recours prend en compte les aspects démographiques d'insuffisance de psychiatres, les besoins émergents fréquents en termes de santé mentale, les aspects de prévention. Les professionnels non médicaux s'inscrivent pleinement dans ces projets innovants en termes de développement de compétences, d'expertise, de pratiques avancées et de recherche en soins. Les structures type DSPP ou CTB représenteront des lieux de formation et de stages pour les pratiques avancées en psychiatrie. Les enjeux de demain s'articulent pour les soignants vers des prises en charge ambulatoires, des plateformes de prévention, de l'orientation et de la coordination de parcours complexes, et des pratiques autonomes afin d'améliorer les parcours de santé des patients en psychiatrie.

▶ La e-santé au bénéfice du territoire

Quand un service n'est pas sectorisé, il reçoit des patients éloignés. Il n'est pas toujours facile d'obtenir un suivi ayant pour référence initiale la structure de soins et permettant une transition avec les médecins généralistes ou plus rarement les spécialistes. Il existe un projet de service de traitement ambulatoire virtuel (STA virtuel). Ce projet s'adresse soit à des patients peu connus dans le cadre d'une téléconsultation soit pour des patients hospitalisés, au décours de

l'hospitalisation par des entretiens utilisant les outils de la télémédecine mais aussi par des applications permettant d'évaluer les idées suicidaires, l'humeur, l'activité physique, l'observance du traitement. Ce STA virtuel permet de faire une transition entre l'hospitalisation et le retour à domicile pour des patients ayant des difficultés d'autonomie et surtout des difficultés pour obtenir à court terme des consultations de suivi. Ce STA virtuel pourrait s'appuyer sur de maisons de santé pluri-professionnelle équipées de dispositifs de téléconsultations et sur des dispositifs individualisés.

Envisager les prochaines années revient à dégager des spécificités différentes de celles offertes par les services sectorisés du CHS Gérard Marchant, ceux du CHU et offrir des options de soins utiles aux patients de la métropole Toulousaine, à la communauté psychiatrique de territoire du groupement hospitalier de territoire du CHU.

Il s'agit donc de **structurer, sous une forme de maillages, toutes les circonstances semi-urgentes ou urgentes ou un médecin de premiers recours a besoin de la psychiatrie.**

49. Développer et structurer la psychiatrie de la personne âgée

Dans une perspective d'évolution et de spécialisation de l'offre de soins dispensée par le pôle de psychiatrie du CHU, la création d'un 5e service est proposée dont les missions seront d'assurer, outre la prise en charge de patients âgés présentant des troubles mentaux et psycho-comportementaux, la coordination d'un parcours de soins spécifique sur le territoire sous l'égide des travaux de la Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT) du GHT de la Haute-Garonne et Tarn Ouest.

La Psychiatrie de la Personne Âgée (PPA) constitue une surspécialisation de la psychiatrie et repose de fait sur un référentiel qui lui est spécifique. Elle commence à peine à être individualisée en discipline avec la réforme du 3e cycle en place depuis novembre 2017.

La PPA a pour vocation de répondre aux missions d'évaluation et de prise en charge des pathologies psychiatriques du sujet âgé, mais également, dans un objectif de prévention, d'en détecter précocement leur apparition ou leur aggravation au sein de populations identifiées comme à risque.

Dans le cadre des travaux du projet territorial en santé mentale (PTSM), un groupe de travail se constitue afin de proposer la mise en œuvre d'un parcours de soins spécialisé en PPA et coordonné autour du patient dont l'objectif premier sera d'améliorer l'accès à des soins adaptés et de lutter contre la perte d'autonomie des patients. Au sein de ce parcours, réunissant plusieurs dispositifs de PPA, le service universitaire de PPA représentera la structure pivot, jouant un rôle de référence et une mission de ressource et recours autour d'une unité d'hospitalisation complète. Une unité d'hospitalisation en psychiatrie pour les sujets âgés de plus de 75 ans, fragiles, polypathologiques et/ou présentant des symptômes psychiatriques résistants serait aujourd'hui nécessaire. Ce type de structure ne peut voir le jour qu'à proximité d'un plateau technique tel que celui que propose le CHU et doit intimement s'articuler avec les unités du pôle de gériatrie et plus généralement du Gérontopôle.

Ce parcours devra intimement interagir avec le parcours vieillissement du GHT et notamment avec la filière gériatrique spécifique aux troubles du comportement du Gérontopôle.

Historiquement, le pôle de gériatrie est engagé depuis de nombreuses années dans l'évaluation et la prise en charge des troubles du comportement et plus précisément des symptômes neuropsychiatriques (SNP) dans le cadre des maladies neuro-évolutives. Il a progressivement développé une véritable expertise depuis plusieurs années. Il s'agit donc d'une filière parfaitement organisée et complète et à laquelle participent aussi les praticiens de l'UMPSA.

Ce projet de parcours est en cours d'élaboration et sera finalisé dans le courant du premier trimestre 2019. Il réunira l'ensemble des acteurs sanitaires du territoire sensibilisé à la PPA, publics et privés, et proposera des solutions d'accompagnement et de soin au secteur médico-social en charge des personnes âgées.

▶ Une unité d'hospitalisation complète « pivot » et de recours

Les spécificités d'une telle unité sont les suivantes :

1. Proposer une activité de pôle de référence dans l'évaluation et le diagnostic des pathologies psychiatriques et neuropsychiatriques de la personne âgée en lien direct avec le Gérontopôle : CMRR Midi-Pyrénées, pôle de Gériatrie du CHU, ETVPD et du service de Neurologie : Unité de Neurologie Cognitive, Epilepsie et Pathologie du Mouvement, Centre Mémoire et Langage ;
2. Faire valoir une compétence psychiatrique dans la prise en charge des troubles psycho-comportementaux de la personne âgée, démente ou non, en proposant ainsi une alternative plus adaptée à la prise en charge en Gériatrie ou en Neurologie pour les cas difficiles avec antécédents psychiatriques.
   Faire valoir une compétence en PPA dans la prise en charge des troubles psychiatriques de la personne âgée en proposant ainsi une alternative plus adaptée à la prise en charge en Psychiatrie générale pour les patients de plus de 75 ans ;
3. Ne pas être limité par les comorbidités somatiques et gériatriques dans la prise en charge des patients âgés fragiles comme cela est le cas en Psychiatrie générale en proposant la participation d'un gériatre et d'une équipe paramédicale formée en gériatrie. Prévoir des chambres équipées en fluides ;
4. Être capable de supporter, au niveau de l'équipe soignante, une surcharge de travail du fait de la perte d'autonomie partielle ou parfois totale de certains patients âgés ou très âgés en renforçant le nombre d'aide soignants par rapport à un service de Psychiatrie générale ;
5. Assurer la sécurité des patients tant sur le plan psychiatrique que gériatrique.

Hospitalisation traditionnelle : 15 lits

Destinées aux patients âgés de 75 ans et plus, ou à partir de 65 ans en cas de résistance des troubles avérée (provenant d'un autre service de Psychiatrie). Ces patients souffrent de troubles psychiatriques et du comportement pouvant rentrer dans le cadre de pathologies psychiatriques, neuro-évolutives ou intriquées

Hospitalisation de semaine : 5 lits

Ce projet s'appuie sur une approche neuropsychiatrique de situations psycho-comportementales complexes de la personne âgée en l'absence de diagnostic de maladie neuro-évolutive posé antérieurement (filière gériatrique ou neurologique) ou de diagnostic de maladie psychiatrique chronique déjà prise en charge (filière psychiatrie générale ou PPA).

Il s'agit d'améliorer la prise en charge de la personne âgée de 65 ans et plus présentant des troubles d'allure psychiatrique et du comportement, sans diagnostic étiologique, dans le cadre d'une activité type centre expert permettant d'éviter un passage aux urgences, de réaliser une évaluation globale (bio-psycho-sociale) et individualisée du patient âgé et de poser un diagnostic étiologique précis, d'envisager et de préparer avec le patient et son entourage les conditions d'une orientation en hospitalisation, si elle est indiquée, tout en amorçant la réflexion autour du projet de vie, d'orienter le patient dans la structure / filière adaptée (neurologie, gériatrie ou psychiatrie) et de prévenir le mésusage des psychotropes.

▶ Une consultation longue d'évaluation des syndromes dépressifs et des troubles anxieux

Cette consultation sera pensée sur le modèle d'une consultation « très complexe » comme elle est prévue, par exemple, pour les patients présentant une pathologie neurodégénérative.

Il s'agit d'un projet qui sera soumis à l'appel à candidature de l'ARS *" Innover pour améliorer la pertinence des actes, des parcours et des prescriptions dans les prises en charge hospitalières, médico-sociales et ambulatoires"* qui cible les démarches innovantes en santé.

Dans les grandes lignes, il s'agit d'offrir aux médecins généralistes la possibilité d'adresser leurs patients âgés de plus de 65 ans et présentant une symptomatologie anxieuse et/ou dépressive évoluant depuis plus de 6 mois sans amélioration après leur prise en charge.

Les symptômes dépressifs et anxieux sont d'origine multifactorielle chez la personne âgée. Leur évaluation doit prendre en compte de nombreuses causes potentielles et notamment, les modifications physiologiques, psychologiques et relationnelles liés au vieillissement. Cette évaluation doit donc être très complète au risque de ne pas comprendre les déterminants de la pathologie et donc de proposer des traitements et une prise en charge inadaptés.

À côté de cette dimension psychiatrique, abordée avec une approche bio-psycho-sociale, une attention toute particulière doit aussi être portée aux dimensions de fragilité (ces patients sont très souvent fragiles au sens de la définition de fragilité multi-domaine) avec un focus particulier sur les performances cognitives. Il existe en effet des liens très intimes entre dépression et fragilité. Là aussi, la compréhension de ces liens reste complexe. Tous ces éléments justifient la création d'une consultation « longue ».

Cette consultation aura pour mission principale une évaluation, dans tous ses aspects, de la dimension anxiété/dépression mais aussi de la fragilité multi-domaine dans un objectif de prévention de la dépendance. Ces patients constituent un groupe à haut risque qui devrait bénéficier de stratégies de prévention intensives.

Ces patients :

- Ne doivent pas bénéficier d'une prise en charge structurée en psychiatrie (pour ces patients nécessitant un avis « expert », une consultation spécialisée en PPA et de recours existe déjà au CHU) ;
- Peuvent présenter une pathologie psychiatrique chronique ;
- Peuvent présenter une problématique de dépendance (toxique ou médicamenteuse) ;
- Peuvent présenter une comorbidité somatique chronique.

Sur le modèle de l'HJ des fragilités et du dispositif de soins partagées en psychiatrie (DSPP), les objectifs sont de proposer une aide diagnostique, des conseils de prévention, un soutien dans la prise en charge au médecin traitant qui gardera la responsabilité du suivi après une évaluation globale et approfondie pluriprofessionnelle.

Les étapes principales de la consultation :

- Programmation par l'infirmière après contact téléphonique avec le médecin traitant (fiche initiale) ;
- Accueil du patient et de l'entourage (personne de confiance) par l'infirmière (données biographiques et anamnèse) ;
- Évaluation médicale précédée d'un entretien téléphonique avec le médecin traitant prévu dès la programmation (données médicales) ;
- Évaluation cognitive (données neuropsychologiques) ;
- Évaluation sociale (données sociales) ;
- Synthèse médico-infirmière restituée au patient et à sa personne de confiance ;
- Plan de soin proposé au patient et au médecin traitant ;
- Appel téléphonique à 1 mois ;
- Consultation de contrôle à 3 mois puis à 6 mois si nécessaire.

Dans cette organisation innovante, les activités de l'Infirmière s'articuleront autour de la coordination de parcours complexes

► Équipe de liaison : unité mobile de psychiatrie du sujet âgé (UMPSA)

L'activité de l'UMPSA est essentiellement intra-hospitalière (CHU) centrée sur une mission de psychiatrie de liaison. Les principaux objectifs de l'UMPSA résident dans la préservation de l'autonomie en prévenant l'institutionnalisation et dans une l'alternative à l'hospitalisation en psychiatrie lorsque cela est possible avec une prise en charge proposée dans le temps de l'hospitalisation en MCO.

Mais, au-delà de ces missions de prévention, l'amélioration de l'accès aux soins représente un enjeu capital pour les interventions de proximité auprès des sujets âgés.

En pratique :

- Évaluation et prise en charge des patients âgés (patients ≥ 65 ans, en pratique au CHU, le plus souvent > 75 ans) présentant une problématique psychiatrique ou comportementale au sein d'une unité d'hospitalisation du CHU (médecine, chirurgie, psychiatrie générale) ;
- Accompagnement et formation des équipes de ces unités dans la prise en charge de ces patients ;
- L'intervention peut concerner les patients présentant ou non des pathologies neurodégénératives (activité transdisciplinaire).

Sites d'intervention de l'UMPSA :

1. Hôpital de Purpan,
2. Hôpital de Rangueil, Hôpital Larrey et Oncopôle,

3. Avis programmé pour les hôpitaux de jour de gériatrie : HDJ Médecine interne-Oncogériatrie, HDJ centre mémoire, plateforme de la fragilité à la Cité de la Santé et HDJ EHPAD les lundis et mercredi matins (4 patients/semaine).
4. Participation à la visite hebdomadaire de l'Unité de Soins Aigu Alzheimer et syndrome apparentées (hôpital Garonne)
5. Intervention aux urgences de Purpan à la demande d'un des psychiatres des urgences après son évaluation initiale,
6. Hôpital de Psychiatrie à Purpan pour avis et/ou bilan neuropsychologique

- Participation à des réunions pluridisciplinaires ;
- Réunion de Concertation Pluridisciplinaire Gériatrie/Neuro-gériatrie/ Psychiatrie avec présentation et discussion autour de 2 cas cliniques complexes (1/mois) ;
- Réunion pluriprofessionnelle sur dossier de l'Unité d'Hébergement Renforcée La Roseraie (Hôpital Garonne ; 2/mois) ;
- Consultation mémoire expert en neurologie (diagnostics différentiels complexes ; 1/mois).

▶ Consultation « expert » de PPA

Cette consultation permet au psychiatre traitant de bénéficier d'un avis spécialisé au CHU pour des patients suivis dans la filière psychiatrique, le plus souvent des patients qui présentent des pathologies psychiatriques chroniques ou des troubles « de novo » particulièrement complexes ou résistants.

▶ Plateferme de régulation : numéro d'appel unique médicalisé

L'orientation des patients dans le parcours de soin PPA peut bénéficier d'un avis téléphonique afin de fluidifier l'accès au soin, d'éviter les errances et donc, gagner en pertinence.

50. Conforter le dispositif départemental réactif adolescents

Le dispositif réactif départemental pour adolescents se décline en trois niveaux :

- La consultado et l'UMES obtenues en fin d'année 2016 (pour chacun des trois secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent) : consistent en une équipe pluridisciplinaire susceptible d'accueillir du lundi au vendredi de 10h à 18h des ados de 14 à 18 ans en situation de montée de crise nécessitant une consultation spécialisée dans les 24h à 5 jours et éventuellement un suivi pouvant aller jusqu'à quelques mois. Une UMES a été créée et adossée à cette consultado. Elle permet une intervention de l'équipe pluridisciplinaire dans l'institution ou au domicile du patient ;

- La consultation de crise conçue comme une plateforme de régulation intersectorielle des situations de crise des adolescents et pour laquelle les financements ont été octroyés au CHU en fin d'exercice 2017.

Le financement attendu dans les premiers mois de ce nouveau projet d'établissement, pour les six lits de crise viendront parachever ce dispositif essentiellement ambulatoire (structure d'hospitalisation conventionnelle validée en CSOS en mars 2015).

Ce centre de soins aigus pour adolescents accueillera des adolescents âgés de 14 à 18 ans en situation de crise et pour lesquels se pose la question de l'indication d'une hospitalisation courte (inférieure à 5 jours), hors des services d'urgences (urgences psychiatriques adultes et enfants). L'admission des patients des urgences adultes est prioritaire et les interventions de ce centre de soins aigus s'inscriront toujours dans une trajectoire.

51. Mettre en œuvre des dispositifs innovants et de recours

► Un dispositif de prise en charge du psychotraumatisme en Occitanie

Le CHU est une structure porteuse du projet de Fédération de Psychotraumatologie Occitanie. Une équipe territoriale de la CPT Haute-Garonne/Tarn Ouest sera située au CHU de Toulouse, une deuxième équipe sera positionnée en ex-Languedoc-Roussillon.

Ce projet collaboratif a nécessité un travail commun entre les CHU de Toulouse, Montpellier et Nîmes et les centres hospitaliers G. Marchant et de Thuir. Il permet un maillage réaliste et efficace, tenant compte des spécificités démographiques et fonctionnelles. Cette fédération renforce et suscite des partenariats (institutionnels, associatifs, etc.) aux niveaux local et régional, avec une mise en réseau des différentes compétences.

Le lien avec les soins de premiers recours et les associations de victimes fait l'objet d'un rapprochement permanent.

Le nouveau dispositif s'articule avec les CUMP mais, en aval du périmètre pré-hospitalier et d'urgences hospitalières de la médecine de catastrophe.

Ces associations se feront sur le modèle juridique des conventions inter-hospitalières avec l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) et les associations de victimes.

Le dispositif de prise en charge de psychotraumatologie en Occitanie est proposé en 3 niveaux psychologie traumatologie primaire, puis psychotraumatologie secondaire spécialisée et enfin deux équipes territoriales de psychotraumatologie (Pyrénées et Méditerranée).

Cette répartition couvre à la fois le parcours de soins focalisé sur les acteurs sanitaires et la personne mais, aussi le parcours de santé englobant les secteurs sanitaires médicaux-sociaux et sociaux et les temps de prévention et enfin le parcours de vie incluant les acteurs de la vie socio-professionnelle.

Au-delà de l'organisation du parcours patient et de l'organisation des prises en charge globales, les volets réseaux/ressources (soutien, appui, recours) et recherches sont étoffés.

Le CHU assume également un leadership national quant aux travaux de recherche clinique concernant le traitement du trouble stress post-traumatique grâce à l'inhibition de la mémoire émotionnelle traumatique par réactivation du souvenir traumatique par le PROPRANOLOL.

▶ Le projet HOME : habitat communautaire soutenu

Ce projet vise à améliorer le parcours de soins des personnes en situation de handicap psychique sévère par le biais d'un dispositif d'habitat inclusif. Il repose sur un partenariat entre le CHU (équipe mobile de suivi) et SOLIHA (opérateur logement).

Il répond à plusieurs axes du plan régional de santé 2 pour les parcours prioritaires personnes en situation de handicap et santé mentale :

- Promotion de l'habitat inclusif ;
- Renforcer l'action conjointe des professionnels en priorisant le déploiement des dispositifs de réhabilitation psycho-sociale ayant fait leurs preuves ;
- Favoriser l'accès aux dispositifs innovants en santé mentale - promouvoir la réhabilitation psycho sociale.

Ce dispositif vise à proposer aux personnes présentant une maladie psychiatrique chronique un logement indépendant dans un délai de 4 semaines afin de diminuer le recours à l'hospitalisation temps plein et d'améliorer la qualité des soins et l'insertion sociale. La population cible de personnes pouvant bénéficier de ce dispositif d'hébergement thérapeutique est de 100 personnes.

Le dispositif est organisé sur des interventions d'une équipe pluridisciplinaire majoritairement au domicile ou à l'extérieur pour favoriser le maintien dans le logement : acquisition et entrainement aux habilités sociales, accompagnement pour la gestion du budget du logement et des démarches administratives, aide à la réalisation de projets de vie, accompagnement dans les consultations de soins en médecine somatique ou psychiatrique, réduction des risques et thérapies motivationnelles pour les troubles addictifs et intervention dans les situations de crise au logement. L'activité des infirmiers au sein de cette équipe pourra s'inscrire dans le cadre de l'exercice en pratiques avancées.

L'opérateur logement assure la gestion locative du logement.

Ce projet permet la réduction des longs séjours en hospitalisation et l'amélioration de la qualité des soins pour des patients présentant des maladies psychiques chroniques avec des niveaux de handicap élevés.

Il s'agit d'une offre de soins innovante et complémentaire au dispositif d'hébergement thérapeutique existant. Ce projet a été élaboré en concertation avec les autres services du Pôle de Psychiatrie, le CHS Marchant, les structures de logements thérapeutiques.

Ce projet est une des branches de la plateforme que constitue l'équipe médicale du service autour du domaine d'expertise du trouble schizophrénique.

▶ Un réseau trouble des conduites alimentaires en Occitanie

Ce projet associe la psychiatrie adulte, le service de nutrition et de pédopsychiatrie du CHU de Toulouse, tout en intégrant les équipes médicales du Centre hospitalier G. Marchant et la psychiatrie libérale.

Il a pour objectif de constituer une plateforme d'évaluation et d'orientation concertée sur les troubles des conduites alimentaires qui permet une meilleure évaluation, orientation, coordination et utilisation des ressources existantes sur cette thématique.

Il a aussi été réfléchi au regard et en cohérence avec le dispositif de soin existant sur Montpellier. Considérant la taille et la population de cette zone géographique, avoir deux centres recours et de référence (Montpellier et Toulouse) permet des soins spécialisés intégrés dans un réseau de soin local.

Ce projet identifie une structure « porte d'entrée » permettant l'évaluation des patients, une meilleure orientation et coordination des soins, de même que l'amélioration de la prise en charge ambulatoire en post-hospitalisation des personnes présentant des troubles des conduites alimentaires afin d'améliorer le parcours de soins de ces patients.

▶ Un dispositif pour la réhabilitation et le rétablissement dans les troubles schizophréniques

Le service étant un service sectorisé, la prise en charge des troubles schizophréniques est une part importante des activités cliniques. De ce fait, il semble important de pouvoir articuler et harmoniser les différentes activités de soins, de recherches cliniques menées dans ce cadre et de pérenniser les actions de soins innovantes.

Il s'agit donc pour le service d'un « dispositif pour la réhabilitation et le rétablissement dans le cadre d'un trouble schizophrénique », qui vise à harmoniser les parcours des soins pour les patients, permettre une meilleure visibilité pour leur entourage, pour les médecins et les professionnels de santé de premier recours.

Actuellement, l'offre de soins est diversifiée, et repose sur l'équipe pluridisciplinaire, psychiatres infirmiers psychologues assistants sociaux. Il s'agit à la fois de consultations spécialisées, d'interventions à domicile, de soins en hôpital de jour (demi-journées), regroupés sous le terme soins individualisés, de groupes de psychoéducation pour personnes présentant une schizophrénie, de groupes de psychoéducation pour les proches de personnes présentant une schizophrénie. Le développement d'un groupe d'approche multifamiliale sera mené par un binôme médico-infirmier, la participation à un protocole de recherche mené sur des groupes centrés sur les hallucinations acoustico-verbales, technique cognitivo-comportementale de 3e vague sera lancée. La constitution d'un groupe de recherche clinique centré sur le rétablissement des personnes présentant une schizophrénie et le développement de la remédiation cognitive seront réalisés au sein de l'unité d'hospitalisation UF1.

Les projets présentés s'inscrivent dans la continuité des activités cliniques, de recherches et d'enseignements menés au sein de notre service.

Le projet du dispositif de Psychotraumatologie (clinique, enseignement, recherche), le projet HOME et le projet TCA ont été menés avec la même philosophie, à savoir pouvoir partir de l'existant, travailler en concertation avec les différents partenaires (établissements sanitaires publics du département avec les équipes de la grande région Occitanie), en étant attentif aux grandes lignes de projets présentés lors des réunions de la Communauté Psychiatrique de Territoire.

Ils ont aussi comme point commun de viser à harmoniser le parcours de soins/santé/vie du patient dans la pathologie spécifique en y associant des activités de recherche et des activités de recours.

L'ensemble de ces projets concourent au développement de compétences, d'expertise pour les professionnels paramédicaux et s'orientent vers de la coordination de parcours complexe de santé.

52. Développer la psychiatrie ambulatoire à partir de projets de soins innovants

Ces différents projets de psychiatrie ainsi que le développement de la liaison ou encore la nécessité de sortir de l'isolement l'Unité de Soins Ambulatoires dans le bâtiment Sénac, amène à penser un regroupement des activités ambulatoires de la psychiatrie adulte.

Le schéma directeur cible serait, à échéance de dix ans :

- Psychiatrie adulte : hospitalisation conventionnelle avec son hôpital de jour intégré, et plateau de consultation (Hôpital de Psychiatrie) ;
- Psychiatrie enfant et adolescent : hospitalisation conventionnelle et dispositif départemental de la crise (pavillon des médecines – BIM) ;
- Psychiatrie adulte : hospitalisation sans nuitée ou hors les murs, unité de soins ambulatoires, de liaison, les équipes mobiles, les structures tertiaires du psychotrauma ou de la réhabilitation psychosociale ;
- Psychiatrie enfant et adolescent : ensemble des structures ambulatoires hors sectorisation regroupé au plus près de la pédiatrie du CHU (GHRE).

Les CMP adulte du secteur 31 G07 et infanto-juvénile, c'est-à-dire de centre-ville, resteront au plus près des populations prises en charge, il en va de même pour le CSAPA Maurice DIDE.

Relever le défi du vieillissement

La conjonction du vieillissement de la population, de la progression de la prévalence des pathologies chroniques, de l'évolution exponentielle du nombre de patients à risque d'entrée dans la dépendance, de l'émergence de problèmes spécifiques liés à la prise en charge des sujets très âgés associée à la baisse de la démographie médicale, représente un défi majeur pour notre système de soins.

Elle impose une adaptation rapide et globale de nos modes prises en charges afin d'intégrer cette évolution démographique et anticiper au mieux ses conséquences.

Le pôle gériatrique du CHU de Toulouse s'inscrit pleinement dans cette transition en:
- développant des actions de prévention (perte d'autonomie, dépendance iatrogène, déclin cognitif) ;
- Redéfinissant les parcours patients pour mieux prendre en compte l'évolution des attentes des patients/aidants-entourage/des acteurs de la médecine libérale, à savoir :
    - Contracter le temps passé à l'hôpital par le développement de l'ambulatoire et le déploiement d'infirmières de pratiques avancées ;
    - Adapter l'hôpital et son environnement à la patientèle âgée voire très âgée ;
    - Améliorer le suivi et l'accompagnement en intégrant la place de la télémédecine, du télésuivi et des coordonnateurs de parcours ;
    - Améliorer le partage de l'information hors les murs, tant avec les patients que les partenaires que sont les IDEL et les médecins généralistes, avec l'aide des nouvelles technologies.
- Optimisant l'organisation territoriale et favorisant les collaborations à l'échelle du GHT et de l'Occitanie ;
- Déclinant la stratégie nationale en santé (Ma santé 2022) ;
- Portant l'innovation et la recherche dans tous les domaines de la gériatrie.

53. Conforter l'animation territoriale du pôle de gériatrie du CHU de Toulouse

► Un pôle de gériatrie acteur de la prévention

Le pôle gériatrique du CHU de Toulouse, en lien avec les travaux de recherche du Gérontopôle, conduit une politique intégrée de prévention. Cette politique protéiforme comprend de nombreuses actions complémentaires et synergiques de prévention :

- de la perte d'autonomie dans le cadre du diagnostic partagé de la fragilité (hôpital de jours de la fragilité, action de l'ERPD en territoire) ;
- de la dépendance iatrogène au sein de l'institution ;
- des passages indus aux urgences pour les patients institutionnalisés (HDJ réactif EHPAD) ;
- des hospitalisations évitables (hospitalisation de jour Post-Urgence, Télémédecine/télésurveillance, collaboration avec les acteurs de soins de premiers recours et le DUMG, EMG troubles du comportement.

L'expertise clinique gériatrique au sein de filières de soins structurées

La constitution de filières spécialisées répond à la fois au besoin de proximité de la population et au rôle d'expertise et de recours territorial du pôle gériatrique du CHU de Toulouse. Ces différentes filières se structurent d'année en année.

- La filière Alzheimer comprend des consultations mémoire, une hospitalisation de jour mémoire, une unité aiguë de soins Alzheimer, et une Unité Cognitivo-Comportementale. Elle se renforce par la création récente d'une équipe mobile spécialisée dans la prise en charge des troubles du comportement en lien avec les pathologies neuro-dégénératives et par le développement de l'activité de téléexpertise au bénéfice des EHPAD ;
- La filière Onco-gériatrie offre des hospitalisations complète et de semaine, une hospitalisation de jour, un SSR, une équipe mobile, une activité de télé suivi et de téléexpertise, organise des réunions de concertation pluridisciplinaire de recours régionale en visioconférence (IUC-T). Elle se structure dans le cadre du Projet Médical Partagé du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) avec l'intervention d'IDE de pratiques avancées ;
- La filière Post-Urgence et Activité Non Programmée comprend quant à elle deux unités de post-urgences gériatriques respectivement de 20 (Rangueil) et 24 lits (Purpan), ainsi qu'une hospitalisation de jour « réactive » EHPAD. En lien avec les travaux de la CANP, une unité supplémentaire de 20 lits devrait être créée pour répondre à l'évolution des besoins de la population ;
- La filière soins palliatifs/soins de support comprend une unité d'hospitalisation complète et une équipe mobile. Il est envisagé la création de place d'hospitalisation de jour, l'augmentation capacitaire de l'unité « Résonance » à 15 lits, l'optimisation de la coordination des LISPs à l'échelle de l'institution ;
- La filière Cardio-Gériatrique comprend des consultations, de l'hospitalisation complète, et des SSR. Le renforcement du partenariat avec le Pôle Cardiovasculaire et Métabolique (CVM) via l'Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) permettra de développer l'expertise gériatrique dans la mise en place des procédures interventionnelles cardiaques, de développer l'ambulatoire (hospitalisation de jour et consultations cardiogériatriques) ;
- La filière des soins de longue durée repose sur une Unité de soins de longue durée (comprenant une unité d'hébergement renforcée) et une hospitalisation de jour réactif EHPAD, qui est appelée à se développer dans le cadre de la mutualisation des activités d'hospitalisation de jour de Purpan au sein du Pavillon Albarède ;
- La filière transversale SSR d'OncoGériatrie, cardiogériatrie, neuro-locomoteur, et l'Unité Cognitivo-Comportementale ;
- Enfin la filière d'ortho-gériatrie va être créée en lien avec le pôle I3LM (création d'une unité d'ortho-gériatrie).

▶ Un pôle de gériatrie impliqué dans une politique d'alternative à l'hospitalisation

Le pôle gériatrique poursuit son virage ambulatoire en élargissant son offre de soins afin de répondre à l'ensemble des besoins de la population gériatrique : hôpital de jour de la « Fragilité » et Centre Mémoire sur le site de l'hôpital La Grave, hôpital de jour pluridisciplinaire gériatrique permettant l'accès à la majorité des spécialités gériatriques (nutrition, neuro-gériatrie, onco-gériatrie, cardio-gériatrie, rééducation fonctionnelle et rhumatologie, pneumologie), hôpital de jour réactif EHPAD sur le site de Purpan. Des places d'hospitalisation de jour SSR viendront compléter cette offre de soins au sein de l'hôpital Garonne.

Cette activité ambulatoire doit cependant gagner en efficience par la mutualisation prochaine de l'ensemble de l'activité hospitalisation de jour de Purpan au sein du pavillon Albarède (Purpan), le développement de consultations de prévention au sein du Carré historique de la Maternité à La Grave, et la création d'un nouveau plateau de consultation gériatrique à Purpan.

▶ Un pôle de gériatrie promoteur d'une politique d'amélioration du parcours patient

Cette politique d'amélioration du parcours intéresse toutes les phases de la prise en charge du patient, en pleine adéquation avec les injonctions de « Ma Santé 2022 ». Elle intègre le développement de la télémédecine/télésurveillance et de la e-santé. Le pôle gériatrie est notamment l'un des principaux acteurs de la création du futur département transversal de télémédecine du CHU de Toulouse.

L'amélioration de la coordination des parcours repose aussi sur une collaboration historique avec l'ensemble des acteurs des soins premiers (Médecins généralistes et IDE libérales) et avec le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG). De nombreuses actions collaboratives sont en cours : par exemple la formation des IDE libérales à l'évaluation gérontologique, la mise en place d'IDE de pratiques avancées en gériatrie dans le territoire, les projets d'aide aux aidants, d'éducation thérapeutique autour de la nutrition et de la maladie d'Alzheimer, la participation du DUMG au dépistage de la fragilité…

▶ Un pôle de gériatrie implanté dans son territoire

Les différentes équipes mobiles du pôle de gériatrie jouent un rôle majeur dans la transversalité de la spécialité au sein du CHU de Toulouse. Elles favorisent l'accès à l'expertise gériatrique, permettent la diffusion de la culture gériatrique et l'accès facilité à certaines spécialités (soins palliatifs, oncogériatrie).

Ces actions vont être prolongées dans le territoire par la création d'un **hôpital « hors les murs »,** qui apportera l'expertise du CHU au plus près des patients, améliorera leur parcours et garantira un accès égale aux soins, à l'innovation et à la recherche.

A cette fin, de nombreuses actions sont conduites afin de consolider les liens avec les différents acteurs de la gériatrie du groupement hospitalier de territoire. Elles concernent :

- L'équipe mobile dédiée à la gestion des troubles du comportement des sujets âgés en lien avec les pathologies neuro-dégénératives ;
- L'équipe mobile d'OncoGériatrie (EMOG) ;
- L'équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) ;
- L'équipe mobile de recherche clinique ;
- L'équipe Régionale Vieillissement et Prévention de la Dépendance (ERVPD) et ses équipes territoriales ;
- Le lien avec les EHPAD construit par le projet REHPA ;
- Le projet d'une plateforme gériatrique territoriale (GHT) d'aide à la sortie et à l'accompagnement des patients lors de la sortie d'hospitalisation.

L'ensemble de ces actions permet ainsi la **construction de partenariats privilégiés** avec les différentes équipes gériatriques du territoire (privées/publiques) ainsi que les EHPAD autonomes. Ces partenariats favorisent l'organisation des soins gériatriques dans le GHT. Ils devraient aboutir à terme à l'élaboration d'un projet de pôle inter-établissement GHT Haute-Garonne et Tarn Ouest au début de l'année 2019.

Un certain nombre d'actions participe aussi à la **régionalisation des actions du pôle/Gérontopôle.** Elles concernent plus particulièrement les missions de l'équipe Régionale Vieillissement et Prévention de la Dépendance, de l'unité de Coordination Régionale d'Onco-Gériatrie et du Centre Mémoire, de Ressource et de Recherche (CMRR) sur la Maladie d'Alzheimer.

Cette organisation doit au final permettre une meilleure implantation territoriale, au plus près des patients quel que soit le lieu initial de prise en charge. Elle doit également permettre d'améliorer la réactivité avec des délais d'admission raccourcis, une diminution des DMS et donc une amélioration de l'IPDMS, une diminution du passage par les urgences.

▶ Un projet de soutien aux EHPAD

L'hôpital de jour réactif EHPAD dont l'objectif est de limiter les hospitalisations des résidents d'EHPAD, notamment aux urgences en devançant les situations de crise survenant en EHPAD. L'hospitalisation de jour réactif EHPAD apporte aux équipes soignantes d'EHPAD la possibilité d'un recours rapide à une expertise gériatrique et aux prestations techniques du centre hospitalier.

Le partenariat avec les EHPAD actuellement traduit par 20 conventions signées entre les EHPAD proches du CHU et le Gérontopôle pourrait être renforcé par une aide à l'entrée en EHPAD proposée aux familles et médecins traitants. Cette aide, organisée lors d'une hospitalisation de jour, serait un soutien pour engager une demande d'entrée en EHPAD complexe, comme pour les patients isolés. Ceci limiterait sans doute les situations de patients « bloqueurs » qui occupent les lits de SSR en attente d'entrée en EHPAD/USLD, et augmentent les DMS.

La formation : le pôle de Gériatrie a vocation à former les soignants en charge des personnes âgées (au sein et en dehors de l'hôpital) sur les bonnes pratiques cliniques. Les formations en court, à l'occasion notamment des « Journées du Vieillissement », accueillent et forment environ 400 participants mais peu d'acteurs de terrain des EHPAD (notamment aide-soignante, IDE, médecins coordonnateurs). Le frein est principalement la possibilité qu'ont les EHPAD à libérer

du temps aux équipes soignantes pour se former. Une formation par la télémédecine, sous forme d'une DPC actuellement reconnue par la faculté de médecine, est en cours de déploiement. Cette formation devrait structurer les liens entre les acteurs de soins du pôle de gériatrie et les EHPAD et constitue un atout structurant pour le développement de la télémédecine.

La télémédecine représente une alternative potentielle aux consultations et aux hospitalisations des résidents d'EHPAD.

30% des résidents décèdent tous les ans dans les EHPAD d'Occitanie. L'aide à la prise en charge de la fin de vie en EHPAD répond aux attentes des patients et de leur famille dans le cadre de la loi *Léonetti-Claeys* et de promotion des soins palliatifs. L'axe ambulatoire filière « soins de support » en hospitalisation de jour doit être une option de recours opérationnelle pour les résidents d'EHPAD afin que les EHPAD puissent remplir cette mission au mieux et que la fin de vie à l'hôpital soit moins fréquente. La télémédecine et la formation peuvent contribuer à cette mission.

La recherche en EHPAD est un axe fort de la recherche au Gérontopôle. Elle repose actuellement sur quelques chercheurs mobilisés à l'occasion des financements de projet spécifiques ponctuel. La constitution d'une « Equipe » stable dédiée à cette activité permettrait la structuration de cette activité et plus d'efficience comme cela a pu se développer dans le domaine de la recherche sur la maladie d'Alzheimer.

La création de partenariats avec les urgentistes pour des postes de médecins/soignants transversaux entre les pôles urgences et gériatrie serait utile pour les urgences qui sont en difficulté face à l'accueil des patients très âgés (notamment les résidents d'EHPAD arrivant aux urgences), mais aussi pour faciliter la filière entre EHPAD, court séjours, hospitalisation de jour et Urgences. Ce partenariat devrait dépasser la sous population des résidents d'EHPAD et concerner l'ensemble des sujets âgés.

Le métier de Médecin Coordonnateur va évoluer vers plus d'autonomie dans l'organisation des soins aux résidents. Cette évolution devrait permettre d'ancrer des partenariats plus forts avec un interlocuteur gériatre unique au sein de l'EHPAD et d'appuyer la politique de prévention de la dépendance en territoire grâce aux ressources existantes en EHPAD, pour qu'en leur sein s'organisent des démarches d'évaluation et d'intervention gérontologiques standardisées, ouvertes aux personnes âgées fragiles vivant à domicile à proximité des EHPAD.

54. Appuyer le Gérontopôle dans son rôle d'acteur central de l'innovation et de la recherche

Le Gérontopôle, créé en 2007 à Toulouse, a fortement inspiré les politiques d'adaptation de la société au vieillissement. Il a mis en place des actions concrètes de repérage des personnes âgées fragiles, de grands programmes de recherche (publications dans le Lancet, NEJM, Nature) et a été labélisé en 2017 Centre Collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé sur la fragilité, la recherche clinique et la formation en Gériatrie.

Le Gérontopôle a mis en place et développe des logiques de prévention de la dépendance avec un repérage hors des murs de l'hôpital et a organisé la mise en place de parcours de soins adaptés innovants, structurés à partir du CHU avec les Equipes Régionales Vieillissement et Prévention de la Dépendance qui s'étendent sur toute l'Occitanie.

▶ L'équipe régionale vieillissement et prévention de la dépendance (ERVPD) moteur du déploiement occitanien des projets innovants

Huit équipes territoriales vieillissement et prévention de la dépendance (ETVPD) ont été créées. Ces équipes pluridisciplinaires sont composées de professionnels de santé, d'acteurs du secteur médico- social et/ou social, particulièrement impliqué en gériatrie, soit à date plus de 1000 professionnels sont impliqués pour l'ensemble de la région.

Ces ETVPD sont animées par l'ERVPD qui a pour mission :

- La diffusion des actions de prévention de la dépendance (repérage et prise en charge de la fragilité/dépendance évitable à l'hôpital) ;
- L'harmonisation des bonnes pratiques en gériatrie au sein du territoire ;
- L'accessibilité à l'innovation et à la recherche clinique pour tous les patients quel que soit leur lieu de vie.

L'ERVPD est un outil efficace permettant d'améliorer le parcours de la personne âgée dans chaque bassin de santé de la Région, en tenant compte des spécificités et des moyens existant propre à chaque territoire. Trois aspects seront prioritairement poursuivis :

- Développer l'hôpital « hors les murs », en intensifiant les actions ambulatoires et de proximité au plus près du domicile des personnes âgées, comme l'intervention des infirmiers libéraux en liens avec l'ensemble des professionnels de santé ;
- Lutter contre les inégalités sociales en termes de repérage et de prise en charge des sujets âgés à risque de perte d'autonomie ;
- Développer et diffuser la médecine participative, proposée par les dernières directives de l'OMS, où l'avis de la personne âgée sera pris en compte au moment de l'élaboration du plan personnalisé de prévention.

L'ERVPD portera notamment un projet d'innovation médicale dont l'objectif principal est d'étudier l'implémentation d'un programme de prévention de la dépendance en soin primaire. Il sera fondé sur l'analyse de deux stratégies de repérage et de prise en charge des sujets âgés à risque de perte d'autonomie. Ce projet sera élaboré en lien avec l'ensemble des professionnels de santé dans trois territoires comparables de 200 000 habitants chacun.

▶ Principales missions du centre de recherche clinique (CRC)

Le centre de recherche clinique est une infrastructure dédiée à la recherche clinique, aux programmes préventifs ou thérapeutiques destinés aux sujets âgés pré-fragiles, fragiles ou dépendants. Il permet l'implémentation d'études observationnelles et interventionnelles de grande ampleur visant à prévenir et à traiter le déclin fonctionnel, la fragilité et le handicap du sujet âgé. Il constitue d'un modèle de référence pour le développement de programmes multidisciplinaires de recherche clinique sur les pathologies associées au vieillissement par l'implication des chercheurs et des professionnels de santé travaillant au CHU.

Il cherche à améliorer la qualité du soin offert aux sujets âgés, l'information et l'éducation sur les causes et les conséquences des pathologies associées au vieillissement.

Dans ce cadre est réalisé l'ensemble des protocoles de recherche à promotion institutionnelle ou industrielle visant les pathologies associées au vieillissement avec une double polarité : les facteurs généraux de fragilité, notamment la sarcopénie et les pathologies cognitives, au premier rang desquelles la maladie d'Alzheimer.

À l'horizon 2023, le CRC va continuer à proposer des protocoles thérapeutiques innovants avec les nouvelles opportunités offertes par la recherche industrielle, par exemple anticorps monoclonaux anti-amyloïdes ou anti-Tau. De plus, une part importante de l'activité sera dirigée vers le champ de la prévention avec notamment une étude de grande ampleur : le projet européen EPAD, qui s'adresse aux sujets « à risque » de maladie d'Alzheimer avec une évaluation précise de leur risque évolutif, notamment par la recherche de nouveaux biomarqueurs de la maladie, permettant ainsi une intervention la plus précoce possible.

55. Mettre en œuvre le projet INSPIRE : Healthy Aging and Rejuvenation

Le Gérontopôle déploie aujourd'hui le projet Inspire, qui prend en compte la dépendance dans tous ses aspects sociaux, biologiques, cliniques ou économiques, en réunissant près de 2 000 chercheurs, de la recherche fondamentale à la Toulouse School of Economic, associés à un grand nombre d'industriels. Par sa puissance et par son aspect innovant, Inspire offre un nouveau modèle international de prévention de la dépendance, de maintien des capacités fonctionnelles avec l'OMS, de parcours de soins, qui est actuellement la référence au niveau international avec des expériences similaires qui se réalisent en Chine, au Koweït, aux USA et en Amérique Latine ainsi que dans d'autres pays européens.

En effet, l'augmentation de l'espérance de vie ne s'accompagne pas d'une augmentation équivalente de l'espérance de vie en bonne santé, ce qui conduit proportionnellement à un accroissement du nombre de personnes en état de dépendance. Pour lutter contre cette dérive non soutenable d'un point de vue sociétal et économique, l'OMS promeut de prévenir l'évolution vers la dépendance en maintenant et, si besoin, en restaurant 5 grandes fonctions : mobilité, cognition, vitalité, sociabilité et sensorialité.

Cela nécessite de faire évoluer les politiques de santé, d'une médecine essentiellement à visée curative -mais souvent non possible- vers une médecine de prévention, s'appuyant sur la mise en place d'efforts coordonnés, privilégiant les actions ambulatoires dans le cadre d'un projet innovant d'hôpital hors des murs.

Dans cette perspective, le projet INSPIRE constitue un levier fédérateur, structurant et transformant, capable de fédérer et structurer des acteurs de haut niveau, actuellement dispersés et donc peu visibles.

Le Gérontopole est associé aux grands instituts de biologie de Toulouse, la Toulouse School of economic et l'école d'ingénieur ISAE, dans un projet fortement soutenu par les collectivités locales et de nombreux industriels.

Avec l'aide du Conseil régional, il s'agit de créer un bio-campus académique et industriel de lisibilité mondiale, dédié à la prévention de la dépendance), par le regroupement d'un ensemble d'excellence sur le site de Langlade, à proximité de l'Oncopole toulousain, pour :

- Une restructuration majeure du paysage biomédical toulousain autour d'un enjeu sociétal prépondérant ;
- Fédérer autour de cet enjeu, les communautés biomédicales, aéronautiques, de l'espace et du numérique. Les mutations nécessaires pour évoluer du soin vers la prévention, dans le cadre de l'hôpital hors des murs, s'appuient en majeure partie sur le développement de technologies connectées non invasives, permettant d'identifier dans leur environnement naturel et très précocement, les individus susceptibles de devenir dépendants, puis de leur proposer des stratégies personnalisées de prévention ;
- Promouvoir un écosystème régional, au-delà du site toulousain, par l'alignement d'un très grand nombre d'acteurs académiques et industriels de toute la région Occitanie, favorable à l'open-innovation et conduisant à la mise en place d'une véritable filière dédiée de type « silver economy » ;
- Capitaliser un historique construit par le Gérontopôle, avec des relais opérationnels régionaux (2 000 professionnels de santés interviennent au sein des équipes régionales vieillissement et prévention de la dépendance en Occitanie), coordonnant au sein d'un réseau les centres d'excellence en gérontologie sous l'égide de la SFGG.
- Innover, pour diffuser sur le plan national et international des projets sur le modèle toulousain (aux USA, Chine, Koweït...)
- Constituer une filière biomédicale dédiée à la médecine régénérative, originale et reconnue comme une spécialisation intelligente au niveau européen.

56. Décliner les projets organisationnels et architecturaux afférents

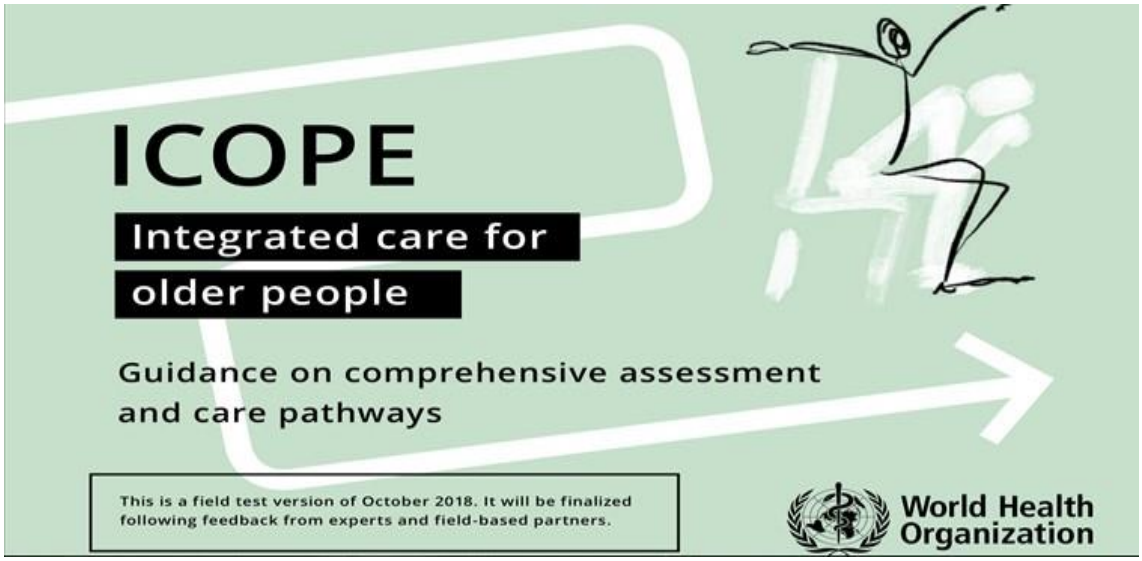
Le développement des activités cliniques, de recherche et d'innovation, la construction partenariats dans le territoire d'attraction du pôle gériatrie et la création de pôles inter-établissements dans le GHT impliquent une réflexion organisationnelle et des modifications architecturales significatives, à savoir :

- Le déménagement des activités ambulatoires de la Cité de la santé au sein du Carré historique » de La Grave ;
- La mutualisation et l'extension capacitaire des hôpitaux de jours de Purpan, dans le pavillon Albarède ;
- L'augmentation capacitaire du post-urgence gériatrique avec une 3e de PUG (de 20 lits) et une unité d'orthogériatrie sur le site de Purpan ;
- La création de places d'hospitalisation de jour SSR, avec 10 à 15 places en appui des prises en charge, au sein des 82 lits de SSR (dont 12 lits unité cognitivo-comportementale) ;
- L'implantation au sein du site de Langlade du projet INSPIRE.

Cet exposé de la spécialité à l'horizon 2023 dans l'établissement repose en synthèse sur le développement des actions de prévention, avec des parcours patients prenant en compte l'évolution des attentes populationnelles, reposant sur une organisation territoriale en phase avec

la stratégie nationale en santé et l'ensemble portant l'innovation et la recherche dans tous les domaines de la gériatrie.

A tous les niveaux de ce projet, un fil conducteur posé par l'OMS dans le programme ICOPE relie les actions en cours ou à venir. Il s'agit de mettre en œuvre à chaque fois des soins intégrés pour les personnes âgées : une inclusion des soins de santé de la personne âgée (détecter et gérer les pertes de capacités physiques et mentales) dans les programmes de soins de santé primaire avec une approche intégrée et centrée sur la personne.



Admissions non programmées : l'enjeu de tous les acteurs

57. Orchestrer la politique de gestion des flux patients, en temps ordinaire et en période de tension

Le CHU de Toulouse, en lien avec les travaux de la Commission des admissions non programmées (CANP), conduit depuis quelques années une politique ambitieuse d'amélioration de la réponse à l'activité non programmée (ANP).

Cette politique se construit progressivement avec l'ensemble des pôles, dans le respect des différentes filières. Elle intègre dans son équation des paramètres perçus comme autant d'injonctions contradictoires, à savoir maintenir l'équilibre entre activité programmée et non programmée ; répondre aux besoins de soins de proximité et renforcer la lisibilité des missions de recours de notre institution.

Cette politique doit être conduite en lien avec l'ensemble des projets médicaux du projet d'établissement 2018-2022. Elle doit également tenir compte du schéma directeur proposé.

Cette politique repose sur une feuille de route institutionnelle, validée en Directoire, comportant la déclinaison de plusieurs axes majeurs et structurants.

PERTINENCE DES OUTILS DE GESTION DES LITS

L'objectif est de développer une vision globale, automatisée et partagée de la disponibilité des lits en temps réel, notamment à partir de tableaux de bord.

A ce titre, l'évaluation de l'ANP sera réalisée en dehors du prisme des services d'urgences en temps ordinaire comme en période de tension hospitalière, dans chacun des pôles et des services (système d'information par un relevé automatisé), par une réflexion sur la valorisation de l'amélioration des parcours patients.

La question des lits réservés aux activités programmées sera complètement revue avec un effort de transparence et d'homogénéisation des programmations et préadmissions.

UNE GESTION CENTRALISEE DE LA RECHERCHE EN LITS

L'enjeu est de favoriser la fluidité des flux, à l'aide des outils déployés, notamment des tableaux de bords.

Le dispositif de gestion des lits a vocation à être étendu sur toutes les plages horaires, sept jours sur sept, afin d'assurer une continuité dans les actions de fluidification de l'aval. L'enrichissement du dispositif passe aussi par des compétences dédiées, en termes de gestion des lits ou filières particulières, à l'ensemble des SU du CHU.

Cette évolution conduira à une extension du périmètre d'action des professionnels dédiés à la gestion des lits à la gestion des parcours patients complexes. Ils devront également assurer le suivi dans la prise en charge des patients hébergés.

Le principe d'une protocolisation des admissions, pour des pathologies simples, à partir des urgences, résultera du partenariat tissé entre les secteurs d'urgence et les services de spécialité d'aval.

DEFINIR ET METTRE EN ŒUVRE UNE POLITIQUE D'HEBERGEMENT

L'objectif est d'assurer la sécurité des patients et le maintien de la qualité de prise en charge des patients hébergés. A cette fin, la rédaction et validation institutionnelle d'une charte d'hébergement permettront de définir les rôles respectifs des services hébergeurs et hébergés.

L'adéquation entre la typologie des patients, et la sécurisation des compétences et des moyens des services receveurs doit être acquise ainsi qu'une juste transmission de l'information (visualisation de la situation de l'hébergement par site).

Cette activité d'hébergement pourra être mesurée au fil de l'eau par le système d'information. De cette analyse de l'hébergement dans l'établissement et de l'évolution quantitative et qualitative des prises en charge découleront probablement des évolutions capacitaires.

PARTAGER UNE POLITIQUE DE REPONSE A L'ACTIVITE NON PROGRAMMEE INTERNE ET TERRITORIALE

Anticiper les besoins d'admissions non programmées des patients du territoire repose sur l'adaptation qualitative et quantitative capacitaire du CHU, notamment au travers de la création de lits ou places de post-urgence.

Cette politique synergique au sein du territoire vise à mieux répondre aux périodes de tension partagées, en collaborant avec l'ensemble des établissements privés et publics, pour une réponse partagée et coordonnée.

A cette fin, le Comité de Territoire d'Urgence aura en charge le suivi conjoint de toutes les structures d'urgence publiques et privées, des orientations de l'ARS et la transformation de la filière médecine d'urgence du Projet Médical Partagé du GHT en une approche communautaire, inspirée du modèle de la Communauté Psychiatrique de Territoire.

Cette politique repose également une collaboration active avec le Département Universitaire de Médecine Générale et l'URPS qui conduira à la création d'une Unité Consultation Non Programmée (UCNP)

Enfin, il s'agit de créer de nouveaux liens dans le cadre des Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) qui facilitent la coordination des soins ambulatoires au bénéfice des patients et améliorent les conditions d'exercice des professionnels de santé libéraux et les GHT.

ASSURER LA CONTINUITE ET LA PERENNITE DE L'ACTION DANS LE TEMPS

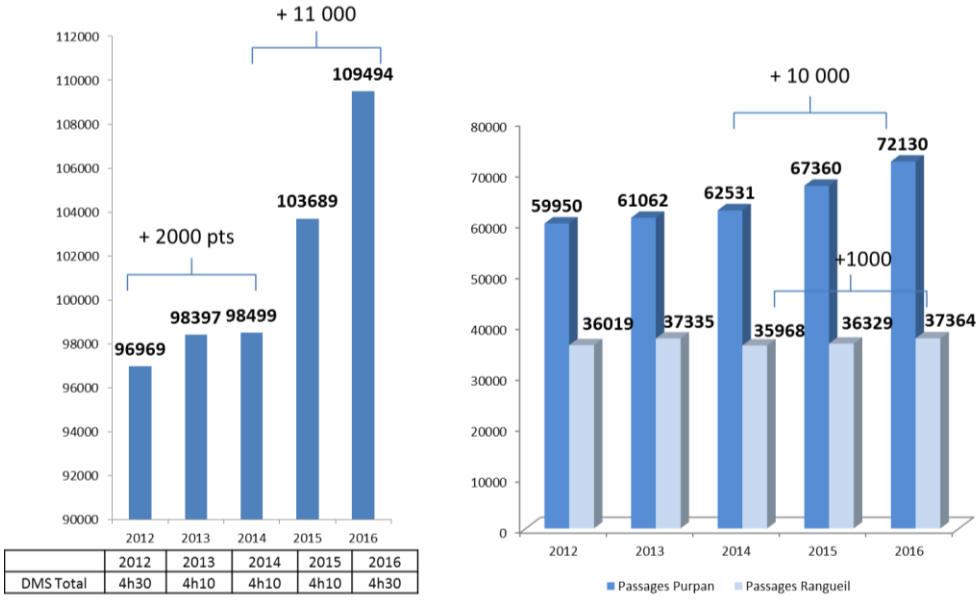
Pour mener à bien les mesures qui précèdent, la structuration et la gouvernance de la CANP vont évoluer. Cette commission, émanation de la CME, présidée par un binôme médical, bénéficie d'une animation administrative. Elle implique des ressources dédiées.

Ces ressources sont celles du dispositif gestionnaire de lits dont un encadrement supérieur de santé porteur de l'ensemble, du temps de médecin DIM ou de santé publique permettant à l'ensemble de faire les connexions nécessaires avec le système d'information de l'établissement.

Ainsi la mise en œuvre et le suivi des actions de la CANP deviendront opérationnelles et partagés.

58. Fluidifier et sécuriser l'accueil des patients au sein de services d'urgences

Le Service des Urgences de Purpan a connu des difficultés d'organisation, partiellement résolues par le déménagement d'U2000 à l'URM, qui s'expliquent pour partie par une hausse de leur fréquentation (+ 15% depuis 2015) et par une hausse des incivilités et actes de violence.



	2012	2013	2014	2015	2016
DMS Total	4h30	4h10	4h10	4h10	4h30

Figure 1 : Evolution des passages 2012-2016

▶ Projet « marche en avant » au sein du service des urgences de Purpan

Confrontée à un accroissement régulier de son activité, l'organisation structurelle des urgences est aujourd'hui pénalisée par des délais de prise en charge médico-soignante trop longs, qui entrainent une saturation de l'accueil et compliquent également la réorientation des patients ne nécessitant pas des soins d'urgence.

L'organisation actuelle doit donc être amodiée car le système est contraint par la localisation d'un patient par box du début à la fin de sa prise en charge. Cette fixité entraîne une désynchronisation des équipes médico soignantes et suscite de multiples adaptations de l'organisation médico - soignante pour répondre à l'engorgement qui résulte des pics d'activité, pour sécuriser la transmission des informations et éviter la redondance des actes par manque de priorisation.

Le principe général de l'organisation proposée dans le cadre du projet « marche en avant » est d'avoir un système agile, adaptable aux pics d'activité et à la croissance démographique observés, fondé sur un accueil puissant, une gestion du flux qui répartit les ressources médico soignantes suivant le niveau de soins nécessaire pendant le parcours des patients aux urgences, un suivi du

patient par le médecin qui l'a pris en charge initialement, un travail en équipe renforcé et une rationalisation des actes découlant de protocoles médico soignants.

- L'accueil des patients sera ainsi réalisé par **deux infirmières organisatrices de l'accueil (IOA) et un Médecin de Coordination et Orientation (MCO)** H24 pour assurer un triage rapide des patients et leur réorientation s'ils ne nécessitent pas une prise en charge urgente (estimation environ 10 000 /an) dans la perspective prônée par Ma santé 2022, à savoir vers des partenaires adapté (MSPP, MMG, Unité de Consultation Non Programmée) ou vers des consultations de spécialités médicales ou chirurgicales.
  Le triage sera accéléré par la **mise en place de 4 boxes d'accueil**, entre lesquels l'IOA et le médecin de coordination et orientation se déplaceront, ce qui permettra de diminuer le temps d'attente des patients et des transporteurs sanitaires ;
- L'organisation de l'AMT reposera sur une gestion du flux et des patients de type « marche en avant », avec un **traitement différencié des patients** en fonction de leur typologie, de leur gravité et des temps de prise en charge (accueil, surveillance) et la disparition du concept historique « un box = un patient » pendant toute la prise en charge. Cette organisation concerne les patients dits « couchés » nécessitant un niveau d'investigation, de traitement et de surveillance (CCMU 3 et 4 voire 2 correspondant aux classes CIMU 3 et 4). Les patients orientés vers l'unité ambulatoire (CCMU 2 correspondant à la classe CIMU 5) ne sont pas concernés.
  L'AMT se composera en deux étapes successives :
    - La zone d'accueil (Hub) qui assure le cadrage médical par une concentration des moyens médico-soignants constituée de binômes médecin / IDE pour une prise en charge rapide avec des soins techniques. Le nombre d'équipes est adapté au flux et aux pics d'activité. La prise en charge médico-soignante suit des protocoles de soins préétablis afin d'améliorer la qualité de prise en charge, d'éviter la sur-prescription et la redondance des informations demandées aux patients. Des postes informatiques dans chaque box permettent de recueillir des informations et de prescrire au plus près du patient. L'aide-soignante gère les inventaires et la transmission des informations aux familles, renforcée par un agent d'appui aux soins sur les pics d'activité ;
    - La zone de surveillance, elle est subdivisée en zone tiède et zone froide en fonction de la gravité des patients. Elle est destinée à prendre en charge les patients après la phase de soins médicotechniques du hub, en attente des résultats des examens complémentaires, des avis spécialisés et de leur orientation. Les moyens humains sont adaptés au niveau de surveillance des patients.
- L'unité ambulatoire doit être décongestionnée par la **réorientation dès l'admission des patients ne nécessitant pas le plateau technique du service des urgences**, en structurant des partenariats avec les professionnels libéraux, donnant corps aux orientations de Ma santé 2022.

▶ Sécuriser les urgences

Les services d'urgences hospitaliers sont confrontés à des niveaux d'insécurité importants dus aux menaces terroristes, aux règlements de compte et à la violence des patients (intoxiqués, agités, alcoolisés), voire de leurs familles.

Les urgences de Purpan sont particulièrement confrontées à cette violence du fait de la typologie de patients admis.

La sécurisation des urgences a été intégrée en prenant en considération différentes dimensions : intrusions des patients armés, diminution de la violence et de l'agressivité, gestion des flux de patients et accompagnants. Ces éléments permettent de concourir à la sécurisation du personnel.

Les procédures édictées, notamment dans l'hypothèse d'un patient armé, s'accompagnent d'une possibilité de fermeture centralisée des accès par l'agent accueil (porte accès déchocage, portes sas ambulances et piétons, porte SAS famille). Il est prévu d'étendre cette sécurisation par :

- Deux portes coulissantes badgées à l'entrée des boxes de l'IOA ;
- La délocalisation du secrétariat pour réduire les flux des accompagnants vers les unités ambulatoires ;
- La sécurisation des portes d'accès vers l'AMT, par l'implantation de lecteurs de badge ;
- La création d'une porte de secours dans local des agents d'accueil ;
- Un meilleur contrôle des flux de véhicules des usagers au niveau R+1 ;
- Un poste d'aide-soignant qui a une fonction d'appui aux soins et de transmission d'informations des familles, le HUB et l'AMT n'étant plus accessibles aux familles.
- Un dispositif de SAS ou de détecteur d'armes ou métaux pour les patients et familles qui arrivent aux urgences, ce qui impliquera en préalable de définir à l'échelle du bâtiment un process de sécurisation des accès menant jusqu'aux urgences par voie interne.

▶ Développer une filière de soins de type unité de soins non programmés

L'activité des services d'urgences est régulièrement engorgée par des patients ne nécessitant pas de recours à des plateaux techniques hospitaliers mais qui rencontrent des difficultés d'accès à des consultations libérales ou qui ont pris l'habitude d'une orientation première vers l'hôpital.

En lien avec le département universitaire de médecine générale, l'URPS et l'ARS, une réflexion a été engagée pour mettre en exergue les consultations évitables et trouver des process permettant de réorienter les patients, sans perte de chance, vers un lieu de prise en charge dédiée à la consultation non programmée.

A cette fin, il est prévu d'adjoindre, dans les locaux de l'Hôpital des Enfants, au 2e étage (relié par une passerelle aux urgences adultes et par ascenseur aux urgences pédiatriques), le **renfort de 2 médecins généralistes libéraux de 20h à minuit en semaine et 16h à 24h le week-end.** Ces 2 généralistes libéraux accueilleraient des patients adultes et pédiatriques, orientés par l'IAO, ce qui permettrait de désengorger les urgences de l'activité la plus légère et donc d'améliorer, comme de raccourcir la prise en charge de ces patients.

Les ré orientations représentent 7,4% de l'activité des urgences.

Pour mener à bien ce projet, le rendre transparent pour les usagers par un tiers payant assuré par les services de facturation du CHU et incitatif pour les médecins libéraux, il est proposé de constituer un groupement de coopération sanitaire de type prestations médicales croisées.

59. Expérimenter la mutualisation des appels d'urgence SDIS-SAMU au sein d'une plateforme téléphonique commune

▶ Réorganiser la régulation du SMUR pour répondre à l'accroissement des appels

La régulation médicale des appels au centre 15 a doublé en 10 ans ce qui s'explique par la croissance démographique forte de la métropole toulousaine (+18 000 habitants/an) et est lié aux problématiques de permanence des soins ambulatoire (PDSA), y compris en journée et en semaine, les patients appelant le SAMU faute médecin ou lorsque leur médecin n'est pas disponible.

Pour faire face à cette augmentation d'activité le centre de réception des appels a été réorganisé en corrélant les effectifs postés des assistants de régulation médicale (ARM) avec le niveau d'activité. Un niveau de supervision par un médecin régulateur sénior et un renfort médical sur les pics du soir et des week-end optimisent et sécurisent la régulation.

Des expériences de régulation supra-départementale, notamment avec le SAMU 32, permettent de faire face à la pénurie de médecins régulateurs par une mutualisation des effectifs et de répondre ainsi aux appels.

Parallèlement, le SMUR a développé certaines filières spécialisées comme les urgences obstétricales, les urgences néonatales, la prise en charge de l'arrêt cardiaque réfractaire, la filière neurovasculaire (prise en charge de l'AVC et des thrombectomie) et la filière de traumatologie grave (neurotromatologie avec la création d'une équipe régionale dédiée à cette prise en charge).

▶ Expérimenter une plateforme téléphonique de réponse à l'urgence

En France, douze numéros différents d'appel d'urgence à 2, 3, 6, voire 10 chiffres sont dénombrés. Cette multiplicité des numéros d'appel désoriente la population qui ne les utilise de ce fait pas à bon escient. Cette multiplicité se reflète également dans l'éparpillement des centres chargés de la réception et du traitement des appels. Pour le 18, il existe le plus souvent un centre de traitement de l'alerte dans chaque département, pas ou peu interopérables avec les CCRA15. Le 112 est quant à lui reçu par les SDIS dans 63 départements, par une plateforme commune dans 20 départements, dont 3 sont virtuelles et par le SAMU dans 13 départements. Les 17 sont reçus selon la localisation de l'appel, soit vers un centre de réception de la gendarmerie (zone rurale) soit vers un centre de la police nationale (zone urbaine) en fonction de leur secteur de compétence respectif.

Il est donc proposé, à titre d'expérimentation, **une plateforme commune SAMU/SDIS** permettant, à terme l'utilisation d'un numéro unique[1] avec l'association des forces de police et de gendarmerie, pour une réactivité plus forte et une réponse plus rapide aux demandes d'urgence.

Cette plateforme SAMU/SDIS permettrait de développer des synergies entre les différents opérateurs concernés par le traitement des appels et leur gestion opérationnelle. Ce rapprochement permettra également une réelle adaptation aux contraintes financières de plus en plus fortes pour les structures en rationalisant l'emploi des ressources budgétaires, par la mutualisation des moyens (notamment en terme de bâtiments et de personnels) et des économies d'échelles induites. Le continuum entre la gestion quotidienne et la gestion des crises serait facilité par le rapprochement géographique et fonctionnel.

Ce continuum se retrouve également entre les zones urbaines et rurales pour assurer une parfaite égalité des chances entre les citoyens sur tout le territoire. La future plateforme devra prendre en compte l'augmentation importante de l'activité opérationnelle résultant de l'accroissement démographique que connait le département. De plus, une réflexion pourra être menée sur la possibilité d'un travail supra-départemental dans la prise d'appel, les établissements hospitaliers sièges de SMUR connaissant des difficultés à assurer à la fois la continuité de la régulation et des sorties, pendant certaines périodes de l'année.

Le bâtiment ARMENGO répond aux besoins d'extension du pavillon LARENG, pour accueillir la plateforme commune. Sa réhabilitation serait conditionnée à l'obtention de subventions d'investissement de la part des partenaires du CHU et au soutien financier accordé à l'expérimentation. Ce bâtiment accueillerait aussi le Centre européen de réponse à la catastrophe.

60. Construire un centre européen de réponse à la catastrophe

Le dynamisme des acteurs étatiques et locaux de la Haute-Garonne, leurs ambitions et les moyens dédiés en font un des acteurs présents et futurs de la réponse à la catastrophe.

L'expertise des équipes toulousaines dans la gestion d'attentats (affaire Merah en 2012, attentats de Trèbes en 2018), de catastrophes industrielles (AZF en 2001), de préparation d'événements de grande ampleur (Euro 2016), de préparation d'exercices sanitaires, de réponse aux missions confiées aux pouvoirs publics (CORUSS, Préfecture, ARS) a démontré leur capacité à assumer des situations exceptionnelles.

Le Centre européen de réponse à la catastrophe (CERC) est un projet transversal axé sur la réponse opérationnelle à la crise, la recherche, la formation et la simulation, associant les services de l'État autour des partenaires clefs que sont le SDIS et le SAMU, l'université, l'Institut toulousain de simulation en santé.

Le CERC se situerait dans le même bâtiment que le centre mutualisé de réponse aux appels d'urgence et permettrait en outre d'accueillir un certain nombre de services ou entités liés à la

[1] La décision n°91/396 du 29 juillet 1991 du conseil des communautés européennes a introduit le numéro d'appel 112 devant remplacer tous les numéros d'urgence existants.

médecine de catastrophe, telles les cellules de crises et de commandement du CHU, la cellule d'urgence médico-psychologique régionale.

Outre les aspects de préparation et de gestion de crise au niveau local ou régional, le CHU de Toulouse possède une force en termes de recherche et de publications importantes sur ces sujets et est notamment partenaire de la Harvard Medical School sur les problèmes de médecine de catastrophe. Cette capacité de formation et de diffusion du savoir offerte par le SDIS 31 et le CHU permettra une visibilité internationale dans les aspects de préparation sanitaire et de gestion de crise.

Tant dans le cadre de la réponse opérationnelle du CHU de Toulouse à une situation sanitaire exceptionnelle, qu'à celui de la formation des professionnels de santé, il conviendra, pendant la période couverte par le projet d'établissement d'étudier les scénarios de mise en conformité de l'unité de décontamination hospitalière avec l'instruction du 2 novembre 2011 relative à la préparation de la réponse aux situations exceptionnelles dans le domaine de la santé et la note technique de cadrage de la DGS du 4 mai 2012, privilégiant le recours à des unités fixes de décontamination hospitalière et à des capacités de décontaminations structurées pour les établissements de santé, sièges des SAMU.

61. Adapter le capacitaire d'accueil post-urgence aux besoins de la population

L'hospitalisation post-urgences est devenue une activité spécifique et stratégique. A l'intérieur de l'hôpital, elle est au carrefour de toutes les spécialités mais elle intervient aussi à l'interface ville –hôpital, CHU-autres structures de soins ou de vie (SSR, MAS, EHPAD.).

La création d'une 2e Unité de PUM répond au besoin d'hospitaliser des patients -sans limite d'âge- accueillis au sein des services d'urgence, de fluidifier leur aval et d'éviter les transferts hors-CHU.

Au-delà de l'augmentation capacitaire, cette unité de PUM supplémentaire résulte d'une réflexion portant sur l'organisation future de l'ensemble de la filière post-urgences qui doit évoluer et se moderniser pour s'adapter aux nouveaux besoin en santé.

L'enjeu est d'identifier les circuits mal gérés et de coordonner les parcours de soins pour une meilleure prise en charge des patients.

La création d'une plateforme de services de Post-Urgences permettra d'élaborer un cahier de charges commun, de proposer une organisation globalisée tout en précisant les spécialités et spécificités de chacun, de développer une transversalité pour éviter l'émiettement des parcours de soins.

62. Optimiser les parcours non programmés au sein du département d'orthopédie-traumatologie

Les admissions non programmées en orthopédie-traumatologie représentent 50% des admissions de la spécialité. Le département d'orthopédie-traumatologie comprend 5 unités dont 2 sont orientées vers l'admission des patients non programmés (U55 et U56) auxquelles se rajoute une

unité pour les patients septiques (U42). Les 2 autres unités (U41 et U54) sont destinées aux admissions programmées.

Les admissions non programmées ne sont majoritairement pas directes et proviennent du service des urgences. Dans quelques cas, les admissions peuvent être directes, notamment pour les patients cadrés venant d'autres structures ou des transferts pour infections ostéo-articulaires complexes. Les autres patients (traumatologie générale, SOS Mains) nécessitent un passage aux Urgences avant d'être orientés vers les unités de soins. Enfin, une partie des patients vus aux urgences est convoquée en ambulatoire pour être opérés au sein des blocs ILM et non au sein du bloc des Urgences.

▶ Créer une unité de 20 lits d'ortho-gériatrie au sein du département d'orthopédie-traumatologie où interviendront des gériatres

La géronto-traumatologie, qui représente 20% des admissions non programmées, est une particularité de la spécialité. Il n'existe pas à l'heure actuelle de structure au sein du département spécifiquement dédiée à la prise en charge de ces patients, que ce soit pour l'admission, pour la prise en charge péri-opératoire ou pour l'orientation post-hospitalière.

Cela complexifie les problèmes rencontrés en termes de délai de prise en charge chirurgicale des patients non programmés après leur admission dans le département souvent supérieur à 48h. La DMS élevée marque l'existence de délai de prise en charge chirurgicale et des difficultés d'orientation post-hospitalière.

La saturation des unités d'admission des patients non-programmés (U55, U56), le défaut de prise en charge optimale des patients les plus âgés que ce soit sur le plan chirurgical par difficulté d'accès au bloc opératoire, et par l'absence de gériatre permanent ciblé sur cette patientèle conduisent à proposer des améliorations de nature à faciliter l'accès au bloc opératoire, renforcer la présence de travailleur social pour orienter au plus vite les patients dans les structures d'aval et à créer, au sein du département d'orthopédie-traumatologie, un secteur d'ortho-gériatrie de 20 lits pour permettre une prise en charge optimale des patients par des gériatres.

▶ Majorer le temps opératoire du département d'orthopédie-traumatologie pour mieux assurer l'activité non programmée

Le département d'orthopédie traumatologie réalise 19% de l'activité chirurgicale du CHU en 2017, sur 9 à 10 salles, soit 14 à 15% des salles du CHU. Il n'y a pas de salle sanctuarisée pour l'activité d'urgence en traumatologie au sein du bloc d'urgences pluridisciplinaires de Pierre-Paul Riquet, correspondant à 49.5% des patients pris en charge (soit 4 592 patients).

L'activité d'urgence se répartit à hauteur de 37% pour des interventions sur la main, 50% pour le membre inférieur et 13% pour le membre supérieur. 600 fractures de l'extrémité proximale du

fémur sont accueillies par an avec un délai de prise en charge moyen de 50h après l'admission du patient (37% des patients >48h alors que le temps d'intervention préconisé est d'être en deçà 48h).

Au sein du bloc ILM, sous réserve de la disponibilité d'un anesthésiste, l'augmentation du temps de vacation offert quotidiennement sur les 8 salles. Une salle sera dédiée aux fractures du fémur proximal.

Des pôles médico-techniques dédiés à l'organisation des soins

63. Imagerie

► Création d'un plateau de téléradiologie publique

Le pôle souhaite développer une offre de téléradiologie publique au sein du territoire Lavaur, Saint-Gaudens, Oncopôle etc. A cette fin, un **groupement de coopération sanitaire** sera constitué et les outils informatiques offerts seront fonctionnels, ergonomiques et sécurisés.

► Création d'une salle gamma caméra CZT

Le service de médecine nucléaire de Purpan est aujourd'hui réparti sur deux sites. L'activité de scintigraphie est réalisée dans le service de médecine nucléaire de Pierre-Paul Riquet sur 2 gamma-caméras et l'activité TEP est réalisée au nord du site de Purpan

Le regroupement du service sur un site unique à Pierre-Paul Riquet et l'adaptation de ses moyens aux évolutions de la discipline sera réalisé à terme dans le service de médecine nucléaire de Pierre-Paul Riquet.

La scintigraphie, technique qui repose sur les mêmes fondements technologiques depuis sa création (principe de la caméra d'Anger) connaît depuis peu une évolution technologique majeure grâce à l'avènement des détecteurs « numériques ». Cette technologie appelée CZT permet d'améliorer considérablement les paramètres principaux en scintigraphie : la sensibilité de détection et la résolution en énergie.

Les caméras à détecteurs CZT dédiées (cœur, seins) existent depuis quelques années mais les caméras polyvalentes n'arrivent sur le marché que maintenant.

Si une petite partie de l'activité scintigraphique se voit progressivement orientée vers la TEP, la majeure partie de l'activité restante devra pouvoir être prise en charge par une caméra unique afin de limiter à son strict minimum la perte d'activité.

L'hypothèse de **s'orienter vers une caméra à détecteurs CZT** prend alors tout son sens : les performances accrues, en terme de sensibilité notamment, permettant à la fois de juguler, voire d'annuler, la baisse d'activité et de diminuer les coûts liés aux médicaments radiopharmaceutiques.

Un partenariat scientifique et commercial a été établi avec la société SPECTRUM DYNAMICS pour aboutir à la location de la nouvelle caméra Veriton.

▶ Regroupement des activités d'imagerie de Rangueil au niveau -2 du bâtiment H1

Le plateau d'imagerie est éclaté sur deux sites Rangueil et Larrey et, au sein du site de Rangueil sur plusieurs niveaux (rdv, -1, -2, BOH3) ce qui rend l'organisation médicale et paramédicale onéreuse et complexe.

REGROUPEMENT DE L'IMAGERIE DE RANGUEIL

Le **regroupement des activités d'imagerie programmée et d'urgence au niveau -2 du bâtiment H1** permet de regrouper la radiologie conventionnelle, l'échographie, l'imagerie de coupe (2 scanners et 2 IRM d'ores et déjà installées au 2e sous-sol et l'ostéodensitométrie (DEXA).

L'objectif est de réunir l'ensemble des modalités sur un même lieu afin d'optimiser la présence médicale et les circuits patients, notamment externes. Les accueils et les ressources paramédicales seront mutualisés, les ressources matérielles optimisées. Enfin, l'accès en situation d'urgence à un technique regroupé sur un même lieu, avec une présence médicale, améliorera la qualité de la sécurité et son efficience.

TRANSFERT DU PLATEAU D'IMAGERIE DE LARREY

Dans le cadre du projet de fermeture du site de Larrey, **les activités d'imagerie seront transférées sur le site de Rangueil** au fur et à mesure du regroupement des activités cliniques.

Le regroupement des modalités de radiologie conventionnelle permettront d'optimiser les ressources matérielles et humaines. Le transfert du scanner nécessitera d'envisager son implantation au sein du plateau d'imagerie regroupé de Rangueil, ce qui implique de sanctuariser une réserve foncière, proche des autres scanners.

ORGANISATION DU PLATEAU D'IMAGERIE UNIFIE DE RANGUEIL

A terme, le dimensionnement du plateau d'imagerie unifié comprendra les équipements suivants :

Disciplines	2019
Radiologie conventionnelle	4 salles de radiologie conventionnelle 1 réserve foncière pour un autre équipement
Imagerie de coupe	3 scanners (dont 2 déjà installés et non impactés par ce projet) 2 IRM (déjà installés et non impactés par ce projet) 1 réserve foncière
Echographie	3 salles d'échographie diagnostique 1 salle d'échographie interventionnelle 1 réserve foncière
Radiologie Interventionnelle (BOH3)	2 salles de radiologie 1 scanner

Les patients externes ou hospitalisés, bénéficiant d'examens programmés ou réalisés en urgence, d'actes interventionnels sous échographie, scanner et radiologie, seront accueillis au sein de circuits différenciés :

- Le circuit des patients hospitalisés inclut le circuit des patients provenant du secteur des urgences. Le secteur des Urgences accédera directement à un scanner, une salle de

radiologie conventionnelle et à une salle d'échographie par une liaison à privilégier (option : accès ascenseur rapide et prioritaire) ;

- Le circuit des patients externes est organisé du lundi au vendredi de 8h30 à 18h pour la radiologie générale et l'échographie et de 8h à 20h pour le scanner et l'IRM.

64. De l'anesthésie-réanimation à la médecine péri-opératoire et péri-réanimation

▶ En préopératoire

Une **évolution majeure de l'informatisation du dossier patient** permettra aux anesthésistes réanimateurs de disposer en amont de la consultation de l'ensemble des données de santé du patient (données du dossier patient du CHU, données du dossier patient hors CHU (médecine de ville, cliniques privées) et données de e-santé collectées via des objets connectés ou des applications de suivi.

La collecte préalable de ces données, leur synthétisation et leur regroupement permettra un gain de temps et d'attention du médecin, qui pourra se focaliser sur la prise de décision. Les patients pourront accéder eux-mêmes à leur dossier. Les systèmes d'information actuels sont largement inadaptés à la création d'un tel dossier et conduisent à une fragmentation des données, contre-productive pour le processus cognitif de décision médicale.

La création de paniers de soins (« bundle ») regroupant les consultations médicales, paramédicales et analyses nécessaires en préopératoire afin d'assurer que le patient réalise en un temps restreint l'ensemble de son bilan préopératoire.

▶ En post-opératoire

L'amélioration de la communication avec le patient permettrait d'améliorer la qualité de son suivi post-opératoire et de tendre vers une évaluation plus fine de la qualité des soins basée sur des données objectivant l'état des patients suite à leur sortie. Des objets connectés ou des applications (évaluation de la douleur par exemple) commencent à faire leurs preuves notamment aux Etats-Unis. Ce suivi sera couplé à la possibilité de réaliser une téléconsultation ou une consultation physique si les données collectées alertent les équipes sur l'état d'un patient.

Un projet de création d'une **plateforme d'accompagnement des retours** existe en complément.

Ces évolutions bénéficieront aux patients pris en charge en ambulatoire mais également à ceux bénéficiant d'une hospitalisation complète.

Comme cela a toujours été défendu à Toulouse, la séparation de l'anesthésie et de la réanimation ne semble pas envisageable. Cette dichotomie renforcerait la réalité déjà modulaire de la médecine, en opposition avec une médecine périopératoire transversale que les patients et la complexité de la médecine demandent d'embrasser.

Cette évolution vers la médecine périopératoire s'appuie sur le fait que les AR occupent une place unie que dans le système de soin, au carrefour des spécialités, de par leur expérience du malade

critique comme du patient ambulatoire simple, de la naissance à la vieillesse. Pour réussir dans cet environnement changeant, l'anesthésie-réanimation devra identifier et instaurer des changements à même d'optimiser le soin, de réduire les complications et de minimiser les réadmissions. Selon le Pr. Kain (UC Irvine, USA), le ressenti des patients en périopératoire nous indique le chemin : fragmentation de la continuité des soins, variabilité de la prise en charge périopératoire, variabilité des consultations et bilan préopératoires et postopératoires, postopératoire souvent désorganisé et variable selon la charge de travail, séjours hospitaliers non justifiés (vérification du pansement une fois par jour, visite médicale brève), complications évitables sont des éléments malheureusement trop fréquemment présents.

L'AR de demain s'organisera autour de plus en plus d'ambulatoire. Les patients hospitalisés seront probablement plus graves, plus âgés et plus fragiles qu'aujourd'hui.

▶ Développer l'ambulatoire

L'ambulatoire doit devenir la règle par défaut. Il faudrait retourner la vision des choses et devoir justifier une hospitalisation. Cela implique d'autoriser des patients plus lourds en ambulatoire avec la mise en place d'un réseau de soins postop du patient ambulatoire.

ELEMENTS ENCOURAGEANT L'AMBULATOIRE

- Donner plus de moyens à l'ambulatoire avec des **horaires plus larges** (plus tôt le matin – plus tard le soir, jusqu'à 21-22h), ajouter plus de place, doter les unités ambulatoires d'un brancardage spécifique afin de réduire les délais d'attente et le retard sur le programme ;
- Mieux diffuser / éduquer les praticiens aux critères d'éligibilité à l'ambulatoire qui ne sont pas assez observés actuellement ;
- Développer plus de **collaborations avec la médecine de ville pour le management du pré- et postopératoire**, notamment par un réseau de MG et IDE libéraux/libérales pour faire le suivi des patients en postop (donc formés /certifiés). Ce réseau utiliserait la télémédecine et la e-santé (télémétrie miniaturisée et connectée), permettant un suivi/prédiction des complications et la surveillance de la récupération. **La télémédecine** pourrait servir à surveiller des indices fonctionnels de récupérations (périmètre de marche, cinétique de marche, autre patient-related outcomes ou PRO), qui devront être une part intégrante de nos feedbacks de qualité des soins. Ces PRO peuvent aussi être utilisés comme outil descriptif d'une population afin d'étayer une discussion collégiale médecin – malade pour conduire à une prise de décision partagée (modèle de shared decision-making).

Les éléments visant à fluidifier le parcours des patients et revaloriser l'expertise des AR présentés dans la partie médecine périopératoire peuvent se décliner dans la pratique ambulatoire comme dans l'hospitalisation classique.

MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Des consultations de suivi post-ambulatoire seraient faites pour des cas sélectionnés.

Un réseau de ville, doté de professionnels formés (médecins généralistes, IDE, Kinés) serait mobilisé pour le suivi des patients, avec consultation au CHU avec le chirurgien, l'anesthésiste, l'équipe douleur en postop (J1 ou J2 par exemple, pour vérifier le pansement et le refaire faire par

une IDE experte). Les éventuels bilans et imagerie postop devraient bien évidemment être récupérés et disponible sur le logiciel du CHU.

La suite de la prise en charge peut aussi bénéficier d'un avis expert par un personnel du CHU via la télémédecine (vérifier un pansement/une cicatrice/examiner la marche...).

La e-santé sera aussi un outil de suivi. Il existe déjà des applications mobiles permettant de checker / faire le follow-up des patients en postop. Ces outils ont été mis en avant récemment dans la littérature. On peut imaginer que la mesure continue de la saturation en O2 et du CO2 par voie transcutanée (développement de technologie actuellement limité par l'avancement technologique disponible en recherche et développement) pourra permettre de surveiller les patient BPCO en postop durant leur période de traitement morphinique, la variabilité du rythme cardiaque pourra indiquer l'imminence d'une décompensation cardiaque, les lecteurs de glycémie connectés permettront le suivi de l'équilibre du diabète postop chez nos patients par leur MG.

Enfin les technologies de la communication et de l'information permettront d'autonomiser le patient en postop. Certaines applications développées, notamment l'application Panda, au Canada, ont fait l'objet de publications de preuve de concept (proof of concept) en 2017 dans l'assistance aux parents pour la gestion de la douleur de leurs enfants en postop de chirurgie ambulatoire (Application Panda – Dr. Gšrges – University of British Columbia, Vancouver, Canada). Ces applications permettent un suivi plus rapide et ciblé des patients en postop, et une aide à la gestion des traitements : on peut imaginer l'arrêt des prises d'anticoagulants validée par un anesthésiste via l'application à J7 si les trackers de e-santé détectent une déambulation suffisante durant les jours précédents chez le patient, par exemple.

Ces applications devront intégrer dans leur algorithme la séquence de consultations de recours : IDE libérale -> IDE mobile du CHU -> MG (appel) -> MG (visite) -> Chirurgien/anesthésiste (appel en télémédecine) -> Chirurgien/anesthésiste (visite).

Ce système se heurtera forcément aux patients qui ne savent pas utiliser un smartphone ou n'en ont pas la possibilité. Démographiquement ce sont les patients les plus âgés, souvent les plus fragiles et donc les plus sujets à une consultation post-ambulatoire.

La sélection des patients implique une protocolisation des parcours de soin par une équipe d'anesthésistes, chirurgiens, MG, IDE, Kiné... capable de sélectionner attentivement quelles procédures et quels terrains sont éligibles. Les PRO pré op pourraient aussi permettre dans l'avenir de dépister des patients plus fragiles que les autres... C'est ici que toute la finesse de l'évaluation du risque individuel rentre en jeu et que le sens clinique permet la mise en place d'une stratégie adéquate.

▶ Améliorer la fluidité du parcours patient et valoriser le temps médical

L'optimisation de ces deux éléments est abordée depuis quelques années par l'American Society of Anesthesiologists (USA) avec le concept du Perioperative Surgical Home (PSH), qui est à la fois un modèle de soin et un exemple d'organisation et de coordination du travail de différentes spécialités autour du parcours périopératoire du patient. Ce modèle n'a pas fait l'objet de traduction ou d'import en France. Il reste taillé sur le canevas du modèle de soin des USA.

- Pré op : **organiser des journées à** l'hôpital (Bundle of care), avec consultation d'anesthésie, consultation kiné, diététicienne, réunion d'information (table ronde) avec le patient et sa famille ;
- La consultation d'anesthésie, intégrée à un système informatique, permettra un présentation synthétique et intelligente des données du patient. La télémédecine pourra ici aussi être utilisée pour le recours aux avis spécialisés... Les données du patient, l'ensemble des données de la population locale (base de données locale, population-based medicine), les données de la littérature (Évidence-based medicine), les guidelines nationales/ internationales et les protocoles locaux, possiblement mises en perspective avec l'aide de systèmes intelligents (intelligence artificielle et machine learning/deep learning), devront permettre une vision holistique du patient afin de proposer :
    - Une évaluation la plus fiable possible du risque du patient ;
    - Une stratégie qui en découle ;
    - Une explication libre et éclairée au patient et ses proches.
- Le per op : basé sur des protocoles, avec un objectif de réduction de la consommation morphinique postop, de réduction des NVPO, limitation du jeûne... L'utilisation par une AI basée sur une grande variété de monitorages s'intègrera à l'objectif de perioperative goal directed therapy. La réduction des erreurs passera par :
    - Un système et des personnels expérimentés dans la gestion des facteurs humains ;
    - Un design de l'environnement de travail protecteur ;
    - Un système informatique intelligent et parfaitement désigné pour l'interaction avec les personnels ;
    - Une revalorisation de l'expertise des anesthésistes.
- Le post-op : les Patient-reported Outcomes (PRO) devront constituer une partie notable de ce feedback, en plus des indices déjà utilisés aujourd'hui et de ceux qui naîtront demain. Ces PRO sont déjà recueillis dans certains centres pilotes aux USA grâce à aux technologies de la communication (smartphones…) et alimentent des bases de données dont les résultats permettent d'informer les patients en pré op sur l'évolution en post op, de juger de l'impact la fonctionnel des patients après telle ou telle modification de protocole... Repenser le travail de l'anesthésiste comme le stratégiste du parcours patient et le garant de son confort et sa sécurité prend ici tout son sens. Une équipe de cliniciens experts en data science ou une équipe dédiée en ce domaine serait primordiale.

65. Créer un centre de prélèvements multi-tissus à Rangueil et Purpan

L'évolution des techniques chirurgicales rend cruciale la mise à disposition, pour plusieurs spécialités, d'un échantillonnage de greffons tissulaires. Ces greffons peuvent être prélevés aussi bien en post-mortem qu'au décours de prélèvements multiples d'organes.

Aujourd'hui seules les cornées sont prélevées en chambre mortuaire, quand la demande de greffons suppose une diversification des prélèvements à cœur arrêté.

▶ Les besoins en tissus humains du CHU de Toulouse

L'ophtalmologie a diversifié l'utilisation des greffons lamellaires de cornées pour répondre à un nombre croissant de pathologies, au-delà du kératocône. A défaut de pouvoir augmenter le nombre de cornées prélevées, il faut arriver à réduire les pertes par contaminations bactériologiques (encore 6% des prélèvements alors que l'objectif est à moins de 1%) dues notamment aux conditions d'hygiène de la salle actuelle, non conformes aux recommandations.

Les chirurgies vasculaires et orthopédiques reçoivent des patients porteurs de prothèses infectées posées dans toute la région. Certains praticiens se spécialisent dans ce type de reprises. En chirurgie vasculaire, le remplacement d'une prothèse synthétique infectée par un greffon humain fait passer le taux de récidive de 50 à 15%. C'est une technique incontournable pour espérer éviter les amputations. Il faut disposer de longs greffons jambiers.

En chirurgie orthopédique, les prothèses articulaires sont proposées pour de nombreux types d'articulations. Les reprises nécessitent de nombreux échantillons osseux (droit et gauche) pour une meilleure restauration. La chirurgie carcinologique nécessite des segments d'interposition ou de la poudre osseuse. La chirurgie de l'appareil extenseur du genou se développe.

La chirurgie cardiaque pédiatrique développe les transpositions valvulaires mais elle a besoin d'un échantillonnage minutieux de valves à proposer pour des patients de taille variable. Il existe un une demande des CHU greffeurs du Sud de la France d'améliorer la mise à disposition des greffons.

La chirurgie plastique a besoin de greffons cutanés de taille importante et régulière pour réduire la consommation de bandes de peau de porc conditionnées par l'industrie pharmaceutique.

C'est un prélèvement dont le stock doit toujours être approvisionné qui se conserve longtemps.

Malgré les prélèvements multi-tissus effectués au CHU de Toulouse et dans le bassin Midi-Pyrénées, la banque de tissus du CHU de Toulouse ne dispose pas toujours des greffons idéaux (en termes de dimensions) pour l'intervention chirurgicale et ne peut pas toujours en obtenir d'une autre banque hors région.

La plupart de ces greffons peuvent être explantés dans les 24h qui suivent le décès, sans que ces interventions soient dépendantes d'un prélèvement multi-organes. Pour espérer répondre à la demande sanitaire, il faut développer cette technique.

Les travaux de l'espace mortuaire de Purpan fournissent une occasion unique de préparer des locaux adaptés pour un coût réduit car intégrés au plan initial.

▶ Le centre de prélèvement de Purpan

Au sein d'un espace mortuaire, la salle de prélèvement de tissus est, réglementairement, un espace réservable disponible tous les jours ouvrables à l'activité en période diurne.

Les prélèvements auront lieu les jours de semaines ouvrables entre 8h et 16h. Il est impossible de prévoir une programmation à plus de 14h (soit du soir pour le lendemain matin) puisque l'activité est dépendante des décès, des contre-indications aux prélèvements qu'ils présentent, de la position favorable à l'égard du don du défunt qu'il faut aller rechercher auprès des proches.

Pour chaque prélèvement envisagé, le chirurgien sollicité sera un chef de clinique ou un interne de chirurgie formé au prélèvement en fonction des spécialités et des validations individuelles.

Par convention, le chirurgien sollicité occupe un poste supportant cette mobilisation supplémentaire rapide, dont la durée est variable en fonction du prélèvement.

Tous les services de chirurgies cités dans le projet sont intéressés par le dispositif. A ce stade, tous sont disponibles pour des explantations « en semi-urgence » au décours des prélèvements multi-organes et pensent reproduire l'organisation pour les explantations en chambre mortuaire.

Cette activité de prélèvements multi-tissus nécessite un niveau d'hygiène élevé de type bloc opératoire (N 3 Iso 7) pour garantir la qualité des greffons. Cette salle, comme c'est le cas actuellement, ne peut être utilisée pour des autopsies médicales. Les locaux du bâtiment U2000, qui vont accueillir le nouvel espace mortuaire, ont des caractéristiques de blocs opératoires fonctionnels. C'est la possibilité de fournir aux chirurgiens préleveurs, un lieu d'exercice optimal à moindre coût, par une mise en conformité plus que par une rénovation architecturale

A ce local de bloc, s'ajoute une salle d'accueil des proches permettant des entretiens avec la coordination et des chambres réfrigérées bénéficiant idéalement d'un monitorage de température continu, avec gestion des alarmes en temps réel, pour permettre le respect des limites de conservation du prélèvement.

Dès la validation du projet, la CHPOT débutera une réflexion sur un nouvel abord des proches et entreprendra une nouvelle sensibilisation des personnels du CHUT.

▶ Le centre de prélèvement de Rangueil

Le nombre de décès de Rangueil est comparable à celui de Purpan. Les décédés y sont souvent plus jeunes. C'est le site de l'activité cardio-vasculaire du CHU.

Le départ de l'activité de médecine légale permet une libération de surface qui pourrait être en parte consacrée à l'activité de prélèvement de tissus. Une salle serait ainsi organisée pour cette activité. Elle serait potentiellement disponible tous les jours ouvrables de 8h à 16h, dans un délai de trente minutes.

Des frais d'isolement et de ventilation seront nécessaires pour atteindre le niveau 3- Iso 7 recommandé pour les prélèvements de vaisseaux et de cœur.

▶ Formation au prélèvement et ITSIM

Les chirurgiens ont mis en place un organisme de formation « PMO Form » dont le but est la formation, chaque année, de nouveaux chirurgiens explanteurs d'organes et de tissus.

La proximité des locaux du centre de simulation ITSIM va ouvrir des perspectives en matière de formation des chirurgiens et médecins préleveurs.

Le rapprochement déjà envisagé avec l'ITSIM pour la partie universitaire pourra sans doute déboucher sur des formations aux prélèvements de tissus, formations par spécialités en lien avec le laboratoire d'anatomie pour les premiers gestes puis relayés par des actes opératoires supervisés.

Les infirmiers coordinateurs de la région pourraient enfin bénéficier de conditions d'apprentissage pratique suivies de cours plus théoriques pour la mise en place de nouvelles activités dans leurs établissements.

66. Biologie

▶ Achèvement de la structuration des plateaux techniques du laboratoire de biologie médicale

Le LBM du CHU (accréditations ISO 15189, ISO 22870, ISO 17025) comporte 4 sites : Purpan (IFB), Rangueil, Langlade et Lavaur. Sur chaque site, une structuration en plateaux techniques multidisciplinaires permet la mutualisation des équipements et facilite l'accréditation COFRAC des examens dont le niveau devra atteindre 100 % en 2020.

L'ambition du pôle est de valoriser les réorganisations effectuées au cours de ces dernières années en favorisant, sur chacun des plateaux techniques (PT Automatisé, PT Spécialisé, PT d'Infectiologie, PT d'Hémato-oncologie/Anatomo-pathologie), les activités innovantes de biologie médicale, intégrant les meilleurs vecteurs de communication.

Au-delà des centres de référence labellisés dans le domaine des maladies rares (Centre de Référence des Affections Rares en Génétique Ophtalmologique, Centre de Référence des Pathologies Plaquettaires) et des maladies infectieuses (hépatites A et E), les activités de plusieurs disciplines du pôle sont en attente d'une labellisation nationale dans le cadre des LBMR (Laboratoires de Biologie Médicale de Référence). La concrétisation de ce projet vise à consolider l'ouverture régionale et inter-régionale du LBM du CHU dans le cadre des GHT et des conventions établies avec les établissements hospitaliers de la région (20 % de l'activité du LBM, aujourd'hui).

Sur le site de Purpan, les aménagements internes au sein de l'IFB permettront notamment :

- La ré-internalisation de l'activité de cytogénétique ;
- La modernisation des activités de génétique moléculaire, en complémentarité de la plateforme de séquençage haut-débit du site de Langlade ;
- Le regroupement des activités de parasitologie - mycologie avec la bactériologie – hygiène ;
- Le transfert du secteur HLA de Rangueil à Purpan.

Sur le site de Langlade, la simplification des flux informatiques devra permettre une plus grande efficience des activités. Cet aspect est essentiel pour l'interfaçage avec le DPI-IUC et la gestion des données issues de la future plateforme génomique haut débit.

Par ailleurs, le Pôle de Biologie confortera sa position en recherche translationnelle, en s'appuyant sur l'implication des biologistes à l'activité scientifique de plusieurs centres de recherche académique Université/INSERM/CNRS/INRA (le CPTP, l'IRSD, l'I2MC, le CRCT), ainsi qu'au projet fédérateur RESTORE appelé à regrouper les forces de recherche en santé sur le site de Langlade.

▶ Un projet de génomique partagé au sein du pôle de biologie et sur le site de l'IUCTO-Langlade

Le diagnostic moléculaire des pathologies constitutionnelles fait appel à des technologies de séquençage moyen, haut et très haut débit, qui sont communes aux activités de biologie moléculaire de toutes les disciplines biologiques dont la génétique médicale, l'hématologie, l'oncologie, la biochimie, l'immunologie et la pharmacologie. Ces outils doivent s'adapter :

- A l'offre de soins de base, notamment pour la recherche de facteurs de risque des maladies thromboemboliques, des maladies cardiovasculaires, des surcharges en fer, mais aussi de pathologies génétiques fréquentes telles que la mucoviscidose et le syndrome de l'X fragile ;

- A l'offre de soins plus spécialisée, intégrée dans l'organisation des filières santé maladies rares au niveau national, et apportant un soutien aux centres de références et de compétences présents localement ainsi qu'à l'organisation des soins au niveau national. Ces dernières activités bénéficient d'un recrutement national voire international. Ce domaine spécialisé est notamment associé, au niveau de l'IFB, au diagnostic des maladies rares en ophtalmologie (centre de référence), dermatologie, neurologie, endocrinologie, maladies métaboliques et gastro-entérologie, dont les réseaux français référents en diagnostic du Prader-Willi, des maladies métaboliques et endocriniennes, et, au niveau de l'IUC, au diagnostic des tumeurs plus fréquentes, hématologiques et solides familiales.

Le domaine spécialisé en génétique moléculaire fait appel aux nouvelles technologies de séquençage NGS assurant la pertinence et l'exhaustivité des analyses, tout en respectant des coûts et des délais raisonnables pour l'exploration de ces pathologies. Il faut donc pouvoir assurer l'exploration :

- De pathologies rares dans le cadre d'un centre référent local, régional et national (réseau), avec des panels de gènes de taille réduite (< 100 gènes), par des techniques de séquençage moyen débit, dans des délais de rendu < 3 mois, pour un nombre limité de patients ;

- De panels étendus de gènes, voire de l'exome (WES), par des techniques de séquençage haut débit nécessitant le regroupement de patients issus de toutes les disciplines, pour assurer un coût optimisé et un délai de rendu convenable (< 6 mois). Cette approche est utilisée pour des pathologies explorées fréquemment (hématologie, par exemple), mais elle doit être aussi considérée comme une activité de recours national pour les activités autour des maladies rares quand l'exploration par petits panels s'est révélée négative. Elle sert également d'activité de recours en génomique d'expression, par l'approche RNAseq en complément des analyses WES ;

- Du génome humain dans son entier (WGS), par séquençage de très haut débit pour des approches de recherche clinique. Cette dernière approche doit s'envisager avec un soutien bioinformatique de haut niveau, en partenariat avec les équipes de la plateforme Genotoul (Get-PlaGe et Get-Bioinfo), ainsi qu'un accompagnement budgétaire de recherche clinique ou translationnelle. Le contrat d'interface avec la structure Genotoul doit également permettre d'identifier et de tester les séquenceurs de 3e génération qui seront les plus à même d'assurer le séquençage à visée sanitaire dans les prochaines années.

Afin de pouvoir réaliser l'exhaustivité de ces approches il est nécessaire d'organiser les activités de séquençage sous une forme mutualisée, mais également complémentaire entre les deux sites. Les différents aspects de cette organisation sont les suivants :

- Regroupement des activités de moyen débit par site de proximité IUCTO ou IFB, de façon à répondre dans des délais adaptés au suivi des patients et à la décision thérapeutique pour des maladies rares. La mise à disposition d'un séquenceur moyen débit (type Illumina NextSeq 550 localisé sur le site de l'IFB sera souhaitable). Dans ce contexte, le niveau d'automatisation des phases pré-analytiques (préparation des librairies) doit être équivalent, afin de bénéficier d'une organisation identique sur les deux sites, permettant l'accès à une offre technique moyen débit sur l'un ou l'autre site selon le type de « petit » panel à développer et leur fréquence d'analyse ;

- Maintien des séquenceurs classiques de type Sanger sur chaque, site afin d'assurer la vérification de variants classiques identifiés par NGS, mais aussi développement de techniques assurant l'exhaustivité du contrôle notamment par l'identification de mosaïque (DD-PCR) ;

- Regroupement des activités de séquençage haut débit sur le site de l'IUCTO-Langlade, site qui possède les appareils de séquençage de ce type pour des volumes importants d'activités en cancérologie. La mutualisation des appareils existants et une organisation en plateau permettront d'accueillir des demandes du site de l'IFB pour des gros panels (second niveau d'analyse), du WES ou du RNAseq. Ces équipements pourront également répondre aux besoins de séquençage haut débit des disciplines de l'infectiologie (virologie, bactériologie, parasitologie - mycologie) ;

- Interactions étroites avec la cellule bioinformatique assurant déjà le développement des outils pour l'analyse des données issues des deux types de séquenceurs moyen et haut débit, mais pour lesquels l'approche très haut débit se fera en lien avec le Crefix, dans la mesure ou chaque résultat en retour des plateformes FMG (France Médecine Génomique) devra être discuté. A ce titre, le renforcement de la cellule bioinformatique est indispensable pour assurer la gestion des panels usuels, des exomes et génomes, mais aussi le retour des données des plateformes FMG ;

- Développement des activités de séquençage très haut débit sur le site de l'IUC, soit l'exploration du génome entier (WGS) en relation étroite avec le site haut débit actuel. Ces activités sont liées à l'organisation de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) moléculaire par spécialité clinique. Ces RCP sont essentielles car elles sont la porte d'entrée des dossiers soumis à une analyse de haut ou très haut débit sur les plateformes existantes, ou qui seront développées dans le cadre de FMG. En effet, le pré-requis au recours à ces plateformes sera l'exploration négative des patients par les panels de niveau 1 ou 2 (petits ou gros panels) et l'orientation vers du WES (exome) ou WGS (génome) ;

- Gestion de chacune de ces plateformes par un ingénieur hospitalier sous la dépendance d'un comité de pilotage commun à ces plateformes.

▶ Le service de génétique médicale

Le service de génétique médicale du CHU de Toulouse comprend un secteur clinique et un secteur de laboratoire pour l'activité de génétique chromosomique (cytogénétique) et moléculaire. Il a

pour missions principales le diagnostic, le conseil génétique et la prise en charge des patients atteints de maladies génétiques constitutionnelles et de leurs apparentés.

Le diagnostic moléculaire des maladies génétiques est révolutionné par l'utilisation croissante des technologies de séquençage haut débit (NGS). La généralisation voire la banalisation de l'examen de l'ensemble des caractéristiques génétiques des individus (exome ou génome complet) doit d'ores-et-déjà être anticipée pour prévenir les dérives potentielles. Ces avancées technologiques ont aussi conduit à une évolution des techniques utilisées pour le diagnostic prénatal notamment avec le diagnostic prénatal non invasif (DPNI) dont le développement devient un enjeu majeur pour le CHU de Toulouse, qui déposera un dossier d'autorisation pour réaliser cette activité.

Organisation du service

L'activité médicale de conseil génétique et les consultations dont bénéficient les patients atteints de maladies génétiques seront développées au sein du plateau commun de Paule de Viguier, le laboratoire de génétique médicale demeurant situé au sein du plateau des techniques spécialisées (PTS) de l'IFB. La proximité des deux sites ne perturbera pas l'imbrication entre les activités biologiques du laboratoire et les missions cliniques et de recherche des praticiens du service de génétique.

Activité réalisée

Le laboratoire de génétique médicale contribue à l'offre de soins de l'établissement et à la prise en charge des patients et des familles concernées par les maladies génétiques constitutionnelles. Deux types d'examens de génétique constitutionnelle sont réalisés: des examens de cytogénétique (conventionnelle et moléculaire) et des examens de génétique moléculaire. Le laboratoire de génétique médicale propose le diagnostic moléculaire de 8 groupes d'affections (52 gènes testés). Ces activités peuvent être divisées en deux groupes : i) celles répondant à une offre de soins de base, qui couvre des affections relativement fréquentes telles que le syndrome de l'X fragile, la mucoviscidose ou les surdités génétiques ii) celles plus spécialisées, intégrées dans l'organisation des filières santé maladies rares au niveau national et apportant un soutien aux centres de références et de compétences locaux et à l'organisation des soins au niveau national. Ces dernières activités bénéficient d'un recrutement national voire international pour certaines.

Les examens de cytogénétique, qui vont reprendre à compter de l'automne 2019, seront effectués en routine dans le cadre du diagnostic chromosomique de la déficience intellectuelle syndromique et des anomalies du développement.

Perspectives du séquençage à haut et très haut débit pour la discipline

Les évolutions biotechnologiques en matière de séquençage font émerger un nouveau concept dans la façon d'envisager l'exploration génétique d'un individu, celle-ci pouvant se faire par deux approches complémentaires : l'une, univoque, visant à une exploration globale et extensive du génome, l'autre, plurielle, visant à des explorations ciblées et limitées.

- L'examen génétique global c'est-à-dire « pangénomique » peut s'envisager aujourd'hui comme relevant de l'offre de plateformes de séquençage de l'ADN à très haut débit au service des généticiens médicaux et des oncologues. Une priorité organisationnelle devra néanmoins être donnée à l'offre de diagnostic.
- Les examens génétiques ciblés qui constituent aujourd'hui l'essentiel des activités du laboratoire doivent conserver leurs indications pour au moins trois raisons : qualitatives, économiques et éthiques. Ainsi, les techniques ciblées (FISH, séquençage Sanger...) pour la recherche d'un variant pathogène dans le cadre d'une enquête familiale, de maladies

mendéliennes sans hétérogénéité génétique, d'un diagnostic pré natal ou post natal prédictif sont aujourd'hui plus efficaces et nettement moins onéreuses qu'une approche pangénomique. Par ailleurs, l'approche ciblée évite les difficultés éthiques liées à la découverte de données secondaires indésirables. Enfin, techniquement, ces examens ciblés sont encore très utilisés comme moyen de validation des variants obtenus par des techniques pangénomiques génératrices de résultats faux-positifs (qPCR ou FISH pour la CGH array, Sanger pour le NGS…).

Le projet du laboratoire de génétique médicale doit donc prendre en compte pour son développement futur ce concept émergeant d'une organisation à 2 niveaux, l'un pour l'exploration exhaustive du génome, l'autre pour l'exploration limitée et ciblée du génome.

Développements thématiques

Le service souhaite poursuivre la prise en charge diagnostique des pathologies pour lesquelles il a d'ores et déjà développé une expertise et qui s'intègre de longue date dans les réseaux français de diagnostic des maladies rares : ophtalmo-génétique, odonto-génétique, génodermatoses, Prader-Willi et syndromes apparentés. En parallèle de l'offre diagnostique déjà proposée, un développement technologique vers des panels thématiques (petits et grands) doit être rapidement mise en place pour garder le leadership national sur ces activités rémunératrices en RIHN et points SIGAPS.

Une des priorités soulevées par le CNU dans son rapport est la nécessité impérieuse, pour la région, de pallier le déficit de prise en charge diagnostique dans le cadre de la déficience intellectuelle et des troubles envahissants du développement, des anomalies du développement embryonnaire ainsi que du diagnostic prénatal. Cela passe par la réouverture des activités de cytogénétique, la possibilité de développer des panels dédiés, et la possibilité de réaliser chez les patients sans diagnostic des analyses pangénomique de type WES.

Prestations de conseil

Un lien étroit existe avec le secteur clinique pour le choix des activités à développer, les indications des analyses et l'interprétation des variants génétiques. Cette interaction est également amenée à s'accroitre en raison des possibilités de développement des panels de gènes et des analyses d'exome ou de génome où des confrontations clinico-biologiques sont indispensables à l'interprétation des nombreux variants génétiques identifiés. Ces interactions sont en effet organisées dans tous les CHU ayant développés des offres d'analyses haut débit sous forme de réunions de concertation pluridisciplinaire formalisées. Elles constituent l'essence de la discipline de génétique médicale dans ses textes fondateurs.

Renforcement des moyens

La maintenance des ressources actuelles pour le bas/moyen débit et les équipements nécessaires à l'activité de cytogénétique conventionnelle et moléculaire est indispensable. L'évolution vers du haut/très haut débit sera menée dans le cadre de la plateforme commune dédiée.

L'équipe technique doit être renforcée pour absorber le surcroit d'activité généré par les vérifications des résultats de la plateforme haut débit et d'autre part, de renforcer l'équipe médicale que ce soit au niveau de la cytogénétique, du moléculaire et de la partie clinique.

▶ Déplacement, en contiguité du laboratoire de biologie médicale, du laboratoire de physiologie et de son hospitalisation de jour

Le projet de physiologie - explorations fonctionnelles répond au souci de mettre l'évolution de cette spécialité universitaire en cohérence avec le projet médical du CHU. Dans le cadre du projet de fermeture du site de Larrey et de regroupement des activités s'y déroulant au sein du site de Rangueil, l'objectif sera de **mettre en commun les compétences physiologiques complémentaires, les ressources humaines et les moyens matériels**. Les composantes d'explorations fonctionnelles métaboliques et rénales, d'explorations de la fonction respiratoires et celles des activités posturo-cinétiques donneront lieu à une distribution bi-site : à Rangueil pour les deux premières et à Purpan, dans le cadre du rapprochement avec le service MPR qui s'installe au sein du bâtiment U2000. L'impact de ce doublonnement sera réduit par la mise en œuvre de technologie de dématérialisation.

La structure principale du service comportera l'HDJ des explorations fonctionnelles rénales et métaboliques, relocalisée à proximité immédiate du laboratoire de biologie médicale de Rangueil. Cela permettra de respecter la réglementation d'accréditation des LBM, tout en pérennisant l'activité de laboratoire dédiée.

67. Développer un projet de pharmacie ouvert sur l'Occitanie

Le Pôle pharmacie comprend quatre unités fonctionnelles, qui recouvrent l'ensemble des activités de la pharmacie hospitalière. Il a fait le choix du regroupement et de la centralisation de ses activités de production, dans une logique d'efficience et d'amélioration continue de la qualité des prestations réalisées. Fort de cette optimisation organisationnelle, le Pôle a déployé depuis de nombreuses années des activités de pharmacie clinique au sein des services cliniques (conciliation médicamenteuse, analyse pharmaceutique de niveau 3, éducation thérapeutique, entretiens pharmaceutiques de sortie …) et s'organise pour développer la recherche au sein de la discipline. Parallèlement, le pole réfléchit à la place des préparateurs dans un projet de sécurisation des stocks de produits de santé dans les unités de soins.

▶ L'action de la Fédération Hospitalo-Universitaire pharmaceutique Occitanie

La Fédération Hospitalo-Universitaire structure la filière de pharmaceutique des CHU de Toulouse, Montpellier et de Nîmes. Elle améliore l'offre territoriale de soins pharmaceutiques en coordonnant et potentialisant les activités de pharmacie clinique et en développant le lien ville hôpital. Dans le cadre des GHT, elle est force de proposition sur la réorganisation des activités de pharmacie hospitalière en lien avec le collectif de pharmacie hospitalière « Occitanie ». Elle promeut et harmonise les enseignements en concertation avec la faculté de pharmacie de Toulouse

et de Montpellier (formation initiale, DPC et EPU). Enfin elle développe l'innovation thérapeutique ainsi que la recherche translationnelle et clinique de façon coordonnée les 3 CHU.

▶ Les équipes pharmaceutiques de pôle

LA PHARMACIE CLINIQUE

Renforcer le déploiement des actions de pharmacie clinique, conformément au modèle de la Société Française de Pharmacie Clinique, signifie assurer la prise en charge d'un parcours de soins, travailler sur l'entrée du patient et ses traitements antérieurs pour identifier les risques aux points de transition.

Le CAQES de la région Occitanie, va également dans ce sens, avec une augmentation significative des cibles à atteindre : 80% des lits de MCO des établissements devront bénéficier d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 en 2021.

Au CHU de Toulouse, il a été décidé de mettre en œuvre une politique de ciblage des unités de soins recevant une forte proportion de patients à risque au regard des moyens pharmaceutiques qui pouvaient être alloués. Un index d'éligibilité des services aux activités de pharmacie clinique a ainsi été construit en se basant sur des critères de risques multifactoriels (patients, médicaments et organisations à risques). Il a été privilégié une prestation de niveau 3, prenant désormais en compte les risques aux points de transition en développant la conciliation médicamenteuse à l'entrée, dans une moindre mesure pour l'instant à la sortie, et en tentant d'organiser le relais et le retour à domicile en travaillant de concert avec les professionnels de santé de ville.

- La conciliation médicamenteuse d'entrée est une étape fondamentale dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. Elle nécessite la connaissance du patient, de son dossier médical, de son historique médicamenteux. La formalisation du recueil de données de l'historique médicamenteux du patient est assurée par les équipes pharmaceutiques (externes en pharmacie) dans les unités où elles sont présentes. La professionnalisation de ce recueil, s'il était assuré par des préparateurs en pharmacie, et l'intégration de ce processus dans le DPI permettrait d'être plus efficient ;
- La conciliation de sortie est l'étape complémentaire qui permettra la sécurisation maximale de la prise en charge du patient, la partie médicamenteuse de la fiche de liaison pouvant être argumentée et expliquée à l'attention du médecin traitant. Dans le cadre du lien ville hôpital, ces informations seront accessibles par le pharmacien d'officine via le DMP.
  Les entretiens pharmaceutiques de sortie, lorsqu'ils sont réalisés peuvent faire l'objet d'un plan de soins personnalisé qui sera remis au patient et transmis au pharmacien d'officine. Le projet du pôle pharmacie est de développer cette dernière étape pour les patients les plus à risque d'iatrogénie médicamenteuse et de non observance.
  La plus-value des pharmaciens cliniciens se situe essentiellement dans l'accompagnement des prescripteurs et des patients, dans les unités de soins, par le dialogue et l'échange sur la pertinence et le bon usage ;
- L'analyse pharmaceutique durant l'hospitalisation, à distance de tout élément de contexte clinique et d'historique médicamenteux, ne prenant en compte que des éléments de biologie, n'était pas déployée dans les unités d'hospitalisation traditionnelle au CHU (analyse de niveau 2, exigible dans le cadre du CAQES), en raison de l'absence de

moyens pour couvrir l'ensemble des unités d'hospitalisation et des limites de ce processus en terme de sécurisation du parcours patient ;

- L'acceptation d'un plan de déploiement de l'analyse pharmaceutique de niveau 2 permettra de répondre aux exigences du CAQES sur la période 2020 – 2022.
  L'analyse d'ordonnance sans changement ou sans prise en compte du contexte clinique, bénéficiera demain de l'aide d'outil d'intelligence artificielle, garantissant une efficience bien supérieure à l'humain. Dans le cadre d'un projet d'innovation, notre expertise a été reconnue par un éditeur pour participer à la validation de son outil. L'intégration d'un certain niveau d'intelligence artificielle au DPI, permettra de revoir les organisations pour développer, en concertation avec les équipes médicales, l'analyse de niveau 3 et l'accompagnement du patient dans son parcours de soins ;
- Dans le cadre de la prise en charge globale du patient, le pôle pharmacie a souhaité développer les mêmes principes de pharmacie clinique aux dispositifs médicaux, notamment les dispositifs médicaux implantables (DMI) : suivi de la mise à disposition du bon DM au bon moment pour le bon patient. Ils suivent le même processus : prescription médicamenteuse, analyse pharmaceutique, traçabilité de l'implantation, information du patient.

LA SECURISATION DES STOCKS DEPORTES

Dans le cadre du projet « supply chain », le pole pharmacie souhaite travailler sur le projet de sécurisation et d'optimisation des stocks déportés dans les unités de soins. La présence du préparateur hospitalier au sein des unités de soins doit permettre une meilleure définition des besoins en produits de santé des unités de soins, un relai efficient des règles de bon usage et autres recommandations en lien avec le SMQ de la COMEDIMS sur le circuit du médicament et des dispositifs médicaux.

Avant de définir ce nouveau modèle, une expérimentation a été lancée fin 2018, avec la présence de préparateurs en pharmacie (PPH) dans les blocs opératoires de Rangueil-Larrey. Cette expérimentation a pour objectif de sécuriser la gestion économique et sécuritaire du Dispositif Médical Implantable, DM spécialisé et Réutilisable. Il s'agit d'une expérimentation conduite transversalement sur 3 UF du pole pharmacie : Logipharma, Equipes de pôle et stérilisation, en collaboration avec les pôles cliniques.

Après évaluation positive de cette expérimentation, le déploiement se fera sur Purpan sur les blocs ILM et HE. Ce projet sur les DMI et DMR s'intègre dans le projet cible qui devra s'appliquer à l'ensemble des produits de santé en collaboration avec les pôles cliniques et les équipes logistiques.

▶ Logipharma

LogiPharma est le nom donné à la plateforme logistique hospitalière du CHU de Toulouse. Chaque jour, environ 7000 lignes[2] de produits généraux et produits de santé y sont préparées puis

[2] 1 ligne = 1 référence produit + 1 quantité + 1 service destinataire. Produits Généraux, Dispositifs Médicaux et Médicaments

expédiées vers les 800 services qui composent le CHU et sa dizaine de sites géographiques. Une centaine de personnes composent ses équipes.

Le concept "LogiPharma" (LGP) est précurseur depuis sa création en 2010. Le CHU avait saisi l'opportunité de transformer ses organisations en regroupant 3 PUI et l'approvisionnement des produits généraux sur une plateforme hospitalière. C'est ainsi que LGP est né permettant en parallèle de donner une réelle consistance à des « équipes de pôle »[3] qui nous permettent aujourd'hui de réaliser une activité de pharmacie clinique reconnue au niveau national[4].

La mission intrinsèque de LogiPharma est d'être au service des soignants et donc des patients en expédiant « le bon produit, au bon endroit, au bon moment, dans la bonne quantité et dans le respect des conditions d'usage ». Les processus sont structurés autour des fonctions principales d'approvisionnement (= gestion du fichier produits, des ruptures et changements de marché et lien avec les fournisseurs), réception, stockage, préparation, expédition et suivi (= service client). L'efficacité de ce processus global peut être mesurée par le taux de service qui est aujourd'hui de 96%.

Pour autant, ces éléments positifs ne doivent pas masquer la nécessité de transformer le modèle d'approvisionnement d'un établissement en une **plateforme logistique hospitalière territoriale**. Ce changement de paradigme s'accompagnera (i) du défi de la continuité de disponibilité des produits de santé (gestion des ruptures et changements de marché), (ii) du défi de la maitrise des risques liés à la délivrance des produits de santé (erreurs de préparation, retards…), (iii) du défi de la maîtrise des coûts, (iv) du défi de concentration de ressources et compétences sur des processus à haute valeur ajoutée pour le patient (soins, pharmacie clinique) et (v) du défi de la qualité de vie au travail (QVT) dans des structures marqués par l'absentéisme et la pénibilité de tâches bien souvent encore manuelles.

Les enjeux sont multiples et doivent conduire à repenser, à remettre à plat les organisations et modèles physiques, techniques, Système d'Information (SI) mais aussi Qualité, RH ou managériaux. C'est l'intégralité de cette vision qui doit garantir la réussite du projet « LGP22 » structuré autour de 4 axes et 14 chantiers.

L'axe 1, « Faire de LGP un pilote reconnu au sein de l'institution en matière de qualité de vie au travail »

Il s'attachera à la recomposition des modèles RH et managériaux de la plateforme en s'inscrivant comme le secteur référent des démarches inscrites dans le projet d'établissement sur les volets management et projet social 2018-2022. Au-delà d'actions individuelles, c'est l'effet d'ensemble, c'est-à-dire l'effet de leurs interactions qu'il faut démontrer avec des résultats visibles en matière d'absentéisme et évaluation de la qualité de vie au travail (démarche EVREST[5]). Cette

[3] Equipes de pharmaciens et préparateurs en pharmacie hospitalière dédiées par pôle clinique qui contribuent respectivement à la pharmacie clinique (dispensation, bilan de médication, plan pharmaceutique personnalisé) et à la sécurisation et la maîtrise des stocks dans les services de soins

[4] En témoigne les nombreux projets (Programme de recherche sur la performance du système des soins, Fonds d'Intervention Régional ARS Occitanie) depuis 2015 sur les thèmes de Bilan de Médication, Impact des transmissions pharmaceutiques Hôpital-Ville, conciliation médicamenteuse

[5] La démarche EVREST (Evolution et Relations en Santé au Travail) est un observatoire pluriannuel construit en collaboration par des médecins du travail et des chercheurs pour pouvoir analyser et suivre différents aspects du travail et de la santé de salariés, chaque professionnel de LGP lors d'un entretien individuel conduit par un médecin ou une infirmière

transformation des modèles RH doit s'accompagner d'une modernisation des infrastructures sur plusieurs années

L'année 1 est considérée comme étant l'année de mise en service du système avec un impact année pleine. Les coûts d'investissements qui requièrent obligatoirement un subventionnement externe (fonciers, mécanisation, AMO et dispensation) auront été débloqués de manière graduelle au cours des 18 à 24 mois précédents. En d'autres termes, pour une première année pleine en 2022, il faudrait compter sur un déblocage significatif à compter de 2020 puis surtout 2021.

Ces projections montrent que l'équilibre est en toute vraisemblance atteint entre 4 et 6 ans à partir de la mise en service. Surtout, elles mettent en lumière les perspectives économiques d'une telle structure qui sera en mesure de continuer à abaisser ses coûts de prestation et par là même d'augmenter les économies et capacités à redéployer des moyens vers les soins et la pharmacie clinique. Cela permet également de financer les évolutions internes de la plateforme mais aussi une partie de celles de l'ensemble de la chaîne logistique hospitalière.

L'axe 2, « Faire de LGP La plateforme logistique intégrée au système logistique hospitalier de demain », constitue le volet technique, SI et organisationnel du projet

Il se décompose en trois temps. Des actions immédiates doivent conduire à corriger tout de suite certaines situations de travail quotidiennes et à intégrer une dimension plus exogène, l'obligation réglementaire de mise en place de la sérialisation[6] des médicaments. Cela permettra de préparer la phase 2 qu'est la mutation des processus. Celle-ci sera une phase de mécanisation / automatisation de process, à ce jour essentiellement manuels, et donc pénibles et montrant d'importantes marges de productivité et de qualité au regard de ce qu'on sait faire techniquement aujourd'hui. Ces deux premières phases mettront LGP dans la situation de pouvoir accompagner mais surtout favoriser les transformations de la chaine logistique hospitalière dans son ensemble. Cette 3e phase permettra d'envisager les futures transformations des pratiques et métiers logistiques et leurs conséquences sur les organisations au travers, par exemple, du projet phare qu'est le futur grand hôpital des enfants (« *Penser la logistique de l'hôpital du futur* »).

L'axe 3, « Faire de LGP une plateforme d'excellence au service des patients »

Il est centré sur la sécurisation du circuit des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) telle que définie dans l'arrêté du 6 avril 2011 [7]. En effet, LGP assurant l'approvisionnement, le stockage, la dispensation, la préparation, la livraison des produits de santé aux services de soins, sa démarche continue d'amélioration de la qualité constitue un élément essentiel du Système de Management de la Qualité porté par la COMEDIMS. En complément de l'objectif de Certification HAS, LGP s'engage dans une démarche de Certification ISO 9001 du processus d'approvisionnement. Après une phase de consolidation du système existant et de sécurisation des processus de délivrance des produits de santé, le chantier principal concernera la préparation puis la Certification ISO 9001. Enfin, la priorité sera donnée à l'amélioration de la continuité d'approvisionnement des produits de santé intégrant la gestion des tensions d'approvisionnement (ruptures fournisseurs), la fiabilisation des relations partenaires clients en

6 A compter du 9 février 2019, la sérialisation va impliquer une réorganisation des processus de gestion d'approvisionnement des services de soins en produits de santé depuis la PUI. Afin de répondre à la lutte contre la falsification des médicaments, au sein des PUI, le pharmacien dispensateur devra mettre en œuvre le contrôle du système d'inviolabilité du conditionnement et de l'identifiant unique, associant un code produit

[7]Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé

renouvelant l'implication à la « dynamique Supply chain » impulsé au niveau de l'institution et en poursuivant la professionnalisation du Service client (implication CHU FOR YOU):

L'axe 4, « Faire de LGP un centre national de référence en matière de logistique hospitalière »

Il permettra de faire rentrer le système logistique hospitalier dans une démarche de R&D et formation. Loin des démarches de recherche fondamentale, l'approche se veut opérationnelle et appliquée pour conduire à des impacts significatifs court terme (par exemple effet sur la productivité par modifications SI, flux) mais aussi à construire la vision de la logistique de l'hôpital du futur. Le but est de se doter d'une capacité à innover, d'un dispositif capable d'accompagner la structure dans ses transformations nécessaires pour hisser la plateforme à la pointe des organisations logistiques actuelles. Cela prendra la forme d'un Laboratoire Commun de Recherche entre le CHU de Toulouse, l'Institut Mines Telecom et une à deux entreprises de l'écosystème logistique local.

▶ Préparations pharmaceutiques, ventes, ATU, essais cliniques

Les activités de l'UF se déclinent en trois grands secteurs : préparations pharmaceutiques hors cancérologie (site de Lavoisier-Purpan) assurant les activités de préparations stériles et non stériles (UMFA-Préparatoire-Laboratoire de contrôle) ; préparations radiopharmaceutiques assurant les activités de radiopharmacie (sites de Rangueil, Pierre-Paul Riquet et centre TEP) ; ATU/Ventes/Essais cliniques assurant d'une part la vente au public de médicaments et/ou de préparations pharmaceutiques (ATU-Ventes) sur les sites de Rangueil et Paule de Viguier et d'autre part la gestion pharmaceutique des essais cliniques du CHU au sein d'une des SAR (structure d'appui à la recherche) de la DRDI sur les sites de Rangueil, Paule de Viguier et Purpan (Lavoisier).

L'UF est engagée dans une démarche de certification ISO 9001:2015, sachant que le management du système qualité est déjà bien avancé en termes de système documentaire, formation du personnel, relation clients. Cette volonté s'inscrit dans une démarche plus globale au sein du pôle pharmacie avec accompagnement d'un ingénieur qualité dédié.

Le Collectif Pharmacie Hospitalière en Occitanie créé à la fin de l'année 2014 réunit les pharmaciens de tous les établissements de santé publics de la région qui, unanimement désireux d'optimiser les activités de pharmacie, ont créé un réseau opérationnel des PUI.

Leur démarche s'appuie sur la création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et s'inscrit dans une logique de coopération entre PUI encouragée et accompagnée par l'ARS.

L'unité de préparation pharmaceutique

L'unité de Préparations pharmaceutiques hors radiopharmacie du CHU de Toulouse (regroupant l'Unité de Mise en Forme Aseptique, le Préparatoire et le Laboratoire de Contrôle) est située sur Purpan Haut au Pavillon Lavoisier. Cette installation fait suite à l'engagement de la Direction Générale de réorganiser ces activités à risques dans des locaux pérennes conformes aux Bonnes Pratiques de Préparations.

Toutefois, un audit mené par l'ARS en 2017 suite à l'obtention de l'autorisation de fabrication de poches de nutrition parentérales pour le CH de Perpignan a rendu un avis critique sur la taille des locaux dédiés aux activités réalisées par les unités, d'une part en étant non conforme à la

règlementation et d'autre part dans le cadre des ambitions de sous-traitance pour la région. La création du grand hôpital régional des enfants représenterait donc une opportunité pour le pôle pharmacie permettant de répondre aux exigences ARS avec des locaux adaptés, de disposer des surfaces nécessaires pour le regroupement des activités (TMF, MTI) ainsi que des traitements d'air conformes aux bonnes pratiques ; d'assurer un rapprochement avec les services de pédiatrie et de rétrocessions, principaux bénéficiaires intra-muros des préparations ; mais également d'amélioration les flux logistiques avec la biologie.

Par ailleurs, le développement de nouvelles formes galéniques et préparations pharmaceutiques non disponibles sur le marché sera encouragé, au service des patients ainsi que de nouvelles techniques de contrôle qualité des produits finis.

L'intégration de l'activité de préparation de Transplantation Microbiote Fécale (TMF) dans le périmètre de l'unité est aujourd'hui effectif.

En complément de la prestation interne pour le CHU, les unités assurent depuis le déménagement, la sous-traitance des préparations d'autres établissements (Publics et Privés) de la Région Occitanie mais aussi d'autres établissements des régions limitrophes dans le cadre de conventions.

Préparations radiopharmaceutiques

Les activités de radiopharmacie concernent tous les aspects de la prise en charge du circuit du médicament radiopharmaceutique (MRP) dans les services de médecine nucléaire du CHU. Les activités de radiopharmacie dépendent des activités des services de médecine nucléaire du CHU (imagerie scintigraphique conventionnelle stable et imagerie TEP en constante évolution ; +10% /an d'examens FDG, 4000 en 2017). Enfin, la radiopharmacie du CHU est en charge du fonctionnement de la plate-forme de fluoration du centre TEP avec en particulier un cyclotron (exemple unique en France).

Deux grands projets sont en cours de réalisation :

- Finalisation de la sécurisation du circuit des MRP avec validation pharmaceutique des prescriptions de MRP sur l'ensemble des sites ;
- Obtention d'un financement FEDER-Région (1,2 M€) sur le projet Pi-R2 (plateforme innovante de radiopharmacie et radiochimie) concernant la plateforme de fluoration du centre TEP (partenariat avec l'Inserm, UMR 1214, ToNic). Projet qui sera renforcé dans le cadre du PE par le biais d'une une implication plus forte de la thématique Imagerie moléculaire dans l'axe Vieillissement.

ATU/Ventes/Essais cliniques

Les enjeux dans le cadre du projet d'établissement sont le développement des activités de pharmacie clinique en ambulatoire :

- Sujet âgé (axe du pôle) : déploiement des bilans partagés de médication ;
- Education Thérapeutique du Patient : programme en cours d'élaboration en addictologie (prendre part au programme existant en hémophilie (Centre de Ressources et de Compétences des Maladies Hémorragiques Constitutionnelles – CRC MHC, CHU de Toulouse).

Mais également les Travaux autour du lien ville-hôpital :

- Travail sur la continuité de prise en charge médicamenteuse en sortie d'hospitalisation : élaboration de documents et organisations visant à faciliter la sortie des patients de

l'établissement vers d'autres structures ou en ville (problématiques régulièrement rencontrées à ce sujet) ;

- Projet de collaboration avec le Réseau d'Enseignement et d'Innovation pour la Pharmacie d'Officine (REIPO) : élaboration d'un projet pilote pour la réalisation de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) par les pharmaciens d'officine pour le dépistage des hépatites virales C en ville.

La Certification ISO 9001 devra être étendue à l'ensemble de l'unité avec poursuite de la démarche en cours de certification de l'unité, l'activité Essais cliniques a pour objectif d'être certifiée en 2019.

Enfin, le développement des essais cliniques de Médicaments de Thérapie Innovante sera poursuivi : organisation en collaboration avec les structures qui ont les équipements requis (congélation en azote liquide…).

▶ Stérilisation

L'unité centrale de stérilisation est située sur la zone Thibaud. L'UCS assure la sous-traitance de la stérilisation des DMR de l'Institut Universitaire du Cancer et de l'Hôpital Marchant, dans le cadre de conventions validées par l'ARS, en sus de la production interne du CHU.

La particularité de la stérilisation du CHU est que seul 60% du flux est traité de manière globale (du lavage à la stérilisation) et 40% de façon partielle, avec intervention des services concernés sur les phases de lavage et recomposition. Une montée en charge pour la centralisation de ces activités au sein de l'UCS, conformément à la réglementation, est enclenchée. Le transfert pour l'ensemble des blocs opératoires est prévu à horizon 2020, mais nécessite des transferts d'ETP et des adaptations de la capacité de lavage. Le transfert pour les services de soins n'est pas programmé à ce jour, du fait des limites déjà citées : RH, urgences, locaux, équipements.

Sur le plan qualitatif, l'UCS a la volonté d'entrer dans une démarche de certification ISO 9001, sachant que le management du système qualité est déjà bien avancé en termes de système documentaire, formation du personnel, relation clients. Cette volonté s'inscrit dans une démarche plus globale au sein du pôle pharmacie avec accompagnement d'un ingénieur qualité dédié.

Toutefois, une marge de progression est encore nécessaire sur la supply chain du DMR, pour les étapes réalisées au sein du bloc opératoire. Ainsi, en parallèle du projet de traçabilité des DMI, le déploiement de l'outil informatique (Copilote) et l'accompagnement par des préparateurs hospitaliers référents dès 2019 optimisera les liens avec les clients et lisser le flux.

Au sein du GHT Haute-Garonne/Tarn Ouest existent la stérilisation du CHU et celle du CH de St Gaudens, récemment rénovée. L'activité de Lavaur est quant à elle sous-traitée au CH de Castres-Mazamet. D'un commun accord avec les différents établissements, à la mise en place du GHT, la situation est demeurée en l'état mais la situation est à revoir dans un cadre plus large inter-GHT pour assurer des prestations et dépannages à hauteur des attentes de nombreux établissements.

Malgré plusieurs actions de reengineering, l'UCS n'est pas en capacité de proposer une prestation globale au GHT HGTO, sans réinvestir dans des locaux et équipements supplémentaires. De plus, des projets sur d'autres GHT voisins et le développement des plateformes font se poser la question de solutions mutualisées et de secours. Il faut donc que l'UCS s'inscrive dans une réflexion plus globale avec ses partenaires régionaux, afin de sécuriser les processus et les services attendus.

L'excellence : l'objectif du projet de soins

L'excellence n'est pas une exception, c'est un but pour chaque professionnel, attendu par les usagers de soins. L'excellence du soin c'est :

1. Le raisonnement clinique, objectif commun à partager par et pour tous : patients, proches, professionnels et chercheurs ;
2. Le parcours patient, au centre des organisations de soins et des compétences soignantes ;
3. L'optimisation de l'évaluation des pratiques, condition au service de la sécurité et de la qualité des soins ;
4. Le renforcement des interactions entre hôpital et écoles, cercle vertueux d'un système auto-apprenant (deep learning) ;
5. L'excellence de la recherche en soins par un engagement et positionnement professionnel affirmé.

L'excellence professionnelle soignante est indissociable de la qualité de la relation avec les personnes comme avec les intervenants auprès des usagers de soins, qu'ils soient intra ou extra hospitalier. L'objectif principal est de donner le meilleur de soi-même pour et avec le principal partenaire de soins : le patient.

68. Le raisonnement clinique, objectif commun à partager par et pour tous : patients, proches, professionnels et chercheurs

Le raisonnement clinique est un processus dynamique qui combine l'utilisation des connaissances théoriques et pratiques actualisées, dans la pratique quotidienne de chaque professionnel paramédical. Cela inclue la promotion de la santé et du bien-être pour les patients, leurs familles et les proches. Le soin en action, c'est un soin pensé, partagé en équipe pluridisciplinaire, en étroite interaction avec le corps médical, évalué et ajusté au bénéfice du patient.

Le CHU de Toulouse s'engage à :

- Promouvoir un haut niveau de raisonnement clinique :
    - Former l'ensemble des professionnels paramédicaux au raisonnement clinique selon le modèle tri focal :
        - Prioriser au plan de formation Direction des Soins
        - Suivre la cartographie des compétences en Recherche Clinique
    - Développer les plans de soins types :
        - Former à la méthode d'élaboration des plans de soins types
        - Elaborer des plans de soins types par spécialité et par pôle
    - Partager collectivement les pratiques de soins :
        - Développer des réunions cliniques médico-soignantes par unité
- Valoriser la combinaison des savoirs théoriques techniques et expérientiels :

    - Développer et rendre visible le savoir, l'expérience et l'expertise clinique des professionnels :
        - Elaborer un tableau de bord institutionnel de suivi des compétences attendues des professionnels dans chaque service
        - Sécuriser les prises de poste des nouveaux arrivants
        - Intégrer dans les projets des patients ressources
- Garantir la sécurité et la qualité des soins :
    - Garantir les prises en soin individuelles et collectives sécurisées :
        - Formaliser et développer la formation sur le thème de la bientraitance dans la prise en soin des patients
        - Formaliser des réunions sur le thème de l'éthique
        - Evaluer la traçabilité et le suivi de la prise en charge de la douleur
        - Sécuriser le circuit du médicament dans les unités de soins
        - Organiser et formaliser des standards d'accueil et de sortie de l'usager
        - Mettre en œuvre du dépistage et du suivi des risques : suicidaire, nutritionnel, escarres, dépendance évitable...
- Moderniser les pratiques de soins :
    - Intégrer les évolutions techniques et technologiques dans les pratiques de soins :
        - Prioriser des formations d'acquisition des nouvelles compétences à l'utilisation des nouvelles technologies
        - Créer la commission paramédicale de suivi du Dossier de Soins Informatisé
        - Innover dans la pédagogie par la simulation clinique
- Valoriser le leadership de l'encadrement :
    - Reconnaitre le leadership clinique de l'encadrement :
        - Promouvoir le management clinique par la qualité
        - Moderniser les missions et les activités cadres

69. Le parcours patient, au centre des organisations de soins et des compétences soignantes

Une organisation de soin efficiente se caractérise par la capacité collective et individuelle à arriver à ses buts dans les domaines du soin (pour qui), du management (comment), de la gestion des activités (pourquoi), de l'utilisation des ressources humaines, matérielles et financière (comment) de la meilleure manière tout en en optimisant les ressources (développement durable) pour plus de temps auprès du patient.

Le CHU de Toulouse s'engage, par une étroite coordination entre médecins et paramédicaux à :

- Optimiser les parcours patients :
    - Formaliser les parcours patients :
        - Cartographier les parcours patients existants par unité de soins
        - Analyser et formaliser de façon pluridisciplinaire des parcours prévalent selon une méthode référencée HAS
        - Construire un plan de communication interne et externe intégrant pleinement le GHT

    - Co construire le projet médico soignant de service en partenariat avec les usagers et les professionnels de ville :
        - Synchroniser les organisations médicales et paramédicales : rédaction du projet de service
        - Synchroniser des organisations médicales et paramédicales : programmation périodique de réunions pluridisciplinaires de suivi du projet de service
        - Rédiger annuellement le bilan de suivi du projet de service
- Retrouver du temps pour la personne soignée et son entourage :
    - Revisiter les organisations de soins :
        - Construire le modèle d'analyse d'activité de soins paramédicaux
        - A partir du modèle d'analyse d'activité de soins paramédicaux, réfléchir en équipe sur l'organisation des soins et leur priorisation
- Promouvoir le développement des nouveaux métiers de la coordination des parcours :
    - Recentrer les professionnels sur leur cœur de métier :
        - Elaborer la cartographie des postes et missions des IDE de programmation et de coordination
        - Identifier les compétences de demain
- Promouvoir le leadership clinique :
    - Développer et valoriser les compétences cliniques individuelles et collectives des professionnels paramédicaux :
        - Elaborer la cartographie du niveau d'expertise professionnelle des agents
        - Organiser et animer des revues cliniques à impact organisationnel
        - Organiser la prise de fonction des agents en promotion professionnelle IDE : mise en place d'un dispositif d'évaluation des compétences
- Promouvoir le leadership managérial :
    - Développer et optimiser les expertises managériales :
        - Mettre en œuvre des revues managériales à thème
        - Promouvoir la fonction clinique du cadre
        - Prévenir des risques associés aux soins : levier de management

70. L'optimisation de l'évaluation des pratiques, condition au service de la sécurité et de la qualité des soins

L'optimisation des pratiques de soins est intimement liée à la recherche des meilleures méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles cliniques et managériales. En particulier, la haute autorité en santé y invite individuellement et collectivement tous les professionnels de santé. Les outils et méthodes mis à disposition incitent à définir collectivement le meilleur modèle à utiliser pour chaque situation clinique ou managériale. Evaluer c'est aussi identifier les axes de progrès, se donner les moyens de les mettre en œuvre pour faire évoluer les pratiques (DEMING). C'est un processus continu d'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins. Pour l'encadrement, manager par la clinique ou à partir de la clinique relève du même processus d'évaluation.

L'évaluation permet de susciter le sentiment du travail bien fait chez les professionnels de la santé, le sentiment du travail bien accompli pour les usagers de soins et le sentiment du travail bien organisé pour les partenaires extérieurs.

Les pratiques d'évaluation ont vocation à améliorer et simplifier les processus de décision, à proposer plus de personnalisation du soin comme des approches managériales pour aboutir à une meilleure sécurité et qualité des soins pour les usagers et une meilleure qualité de vie au travail pour les professionnels.

Le CHU de Toulouse s'engage à :

- Promouvoir l'évaluation dans les pratiques professionnelles :
    - Intégrer la culture de l'évaluation dans les pratiques professionnelles :
        - Former les professionnels aux méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles
        - Mettre en œuvre des évaluations des pratiques professionnelles par les paramédicaux
    - Promouvoir le partage d'expériences :
        - Former les professionnels paramédicaux à la démarche retours d'expériences pluridisciplinaires (HAS)
        - Impliquer les paramédicaux à la mise en œuvre de la démarche de retour d'expérience
- Intégrer les usagers dans le processus d'évaluation des pratiques professionnelles :
    - Structurer la place des représentants des usagers dans le dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles :
        - Modéliser la place des usagers dans l'évaluation des pratiques professionnelles
- Améliorer et sécuriser les interfaces des parcours patients :
    - Evaluer la pertinence et l'utilisation des outils paramédicaux de coordination du parcours patient :
        - Evaluer les outils d'interface du parcours patient (internes et externes)

71. Le renforcement des interactions entre hôpital et écoles, cercle vertueux d'un système auto apprenant (deep learning)

Le développement professionnel s'exprime de la formation initiale, en formation continue jusqu'au passage de témoin vers les générations futures. Se former c'est accueillir des étudiants, partager des expériences et co-construire des savoirs, des pratiques et des modes de communication efficaces pérennes. Les interactions entre lieux d'enseignement et milieu professionnel sont nombreuses. Elles tendent même parfois à se fondre quand il s'agit de formation action. Le modèle « hôpital école » est celui retenu au CHU de Toulouse. L'évolution des besoins en compétences professionnelles nous incite à travailler en étroite collaboration avec les écoles paramédicales. Les objectifs d'excellence sont partagés : plus de réactivité, plus proche du terrain et plus au fait des nouvelles technologies.

Le CHU de Toulouse s'engage à :

- Garantir les bonnes compétences au bon endroit au bon moment :
    - Favoriser les partages d'expériences :
        - Mettre en place une boite à idées de dépose d'expériences cliniques et managériales, innovantes et réussies
        - Structurer des partages d'expériences au sein des pôles
        - Créer un vivier de mentors professionnels pour accompagner la prise de poste des cadres de santé
    - Accompagner les professionnels dans les nouveaux modes de prises en soins :
        - Accompagner les professionnels dans la formalisation de leur projet professionnel
        - Co construire des parcours de stages ciblés pour les étudiants en promotion professionnelle, au regard des besoins institutionnels
- Attirer et fidéliser les professionnels en accord avec leurs projets professionnels et les besoins de l'institution :
    - Optimiser le dispositif de formation en stage :
        - Structure l'animation des tuteurs de stage, en lien avec les écoles
        - Mettre à jour la cartographie des formateurs référents de stages intervenant dans les unités de soins du CHU
        - Activer la commission de stages du CHU avec la participation des écoles
    - Développer le partenariat Hôpital/Ecoles/Universités :
        - Créer un outil accessible, visible et lisible de pilotage à l'accès aux stages
        - Formaliser le pilotage du capacitaire d'accueil en stage : clefs de répartition, niveau d'étude et spécialités.
        - Mettre en place d'une politique de synchronisation des parcours de stage avec les besoins de l'institution pour plus d'agilité
    - Intégrer les nouveaux outils et méthodes d'apprentissage au sein des unités (simulation, réalité virtuelle) :
        - Promouvoir les expertises cliniques et managériales : cartographie des expertises, visibilité institutionnelle jusqu'à leurs utilisations dans les pratiques quotidiennes
        - Développer les projets en simulation clinique au plus près du patient et du terrain

72. L'excellence de la recherche en soins par un engagement et positionnement professionnel affirmé

L'accélération de l'ambulatoire, les prises en soins ultra rapide, l'utilisation des objets connectés et les demandes et besoins des usagers, modifient en profondeur les pratiques professionnelles comme les organisations de soins.

L'excellence en recherche en soins contribue à la promotion des métiers paramédicaux. Elle démontre la pertinence, l'efficacité et l'efficience des activités de soins. Elle engage l'ensemble des paramédicaux vers une reconnaissance universitaire et l'excellence clinique.

Le CHU de Toulouse s'engage à :

- Promouvoir la recherche paramédicale :
    - Développer la culture recherche auprès des paramédicaux :
        - Intégrer la pratique clinique issue des données probantes à l'enseignement de la recherche paramédicale
        - Mettre en place des cafés recherche
        - Animer la sous-commission recherche
        - Organiser des journées dédiées à la recherche en soins à l'échelle du GHT
        - Mettre en place des formations recherche paramédicales
    - Piloter la recherche en soins :
        - Elaborer la cartographie des professionnels formés aux outils et méthodes de la recherche
        - Mettre en place une banque de données des travaux de recherche réalisés par les paramédicaux du CHU
        - Expérimenter développement de la recherche avec les écoles de spécialité
- Promouvoir la recherche au service de l'excellence des soins :
    - Intégrer les données issues de la recherche dans les pratiques de soins :
        - Créer des ateliers de lecture critique d'articles scientifiques
        - Implémenter des données probantes dans les protocoles de soins
        - Organiser un congrès national de la recherche en soins sur le thème des pathologies chroniques
    - Coordonner la recherche à l'échelle du GHT :
        - Promouvoir et coordonner la recherche en soins par un engagement et positionnement professionnel affirmé

Accueillir le patient dans sa dimension psychique, afin de lui permettre d'être acteur du soin

Dans la fonction publique hospitalière, les psychologues sont des cadres de conception et d'élaboration. Ils contribuent aux différents projets au sein de l'établissement. L'article L6111-1 du Code de la santé publique appelle les établissements de santé publics à tenir compte des aspects psychologiques des personnes. Le projet d'établissement comporte ainsi un projet d'organisation de la prise en charge psychologique rédigé par les psychologues (article L6143-2 du code de la santé publique). Ce projet psychologique s'intègre au projet médical et au projet social afin d'en être en parfaite harmonie. Ce projet permet d'assurer aux usagers et aux soignants une prise en compte des besoins psychologiques en termes d'accueil, de soin et de prévention en matière de santé psychique. Effectivement, le soin ne se réduit pas au diagnostic médical ou psychologique, la prise en charge des maladies chroniques, la prévention etc. ont ouvert des voies alternatives à renforcer. Dès lors, les actions proposées visent une plus grande participation institutionnelle des psychologues.

Le CHU est par essence un lieu d'accueil et de soin du sujet souffrant dans son corps, dans sa psyché. Les usagers demandent à être accueillis et entendus en tant que personnes dans leur globalité, au-delà de la dimension spécifique somatique. La maladie fait effraction pour le patient et vient déséquilibrer non seulement le patient mais aussi son environnement (affectif, familial, fratrie pour les enfants, ainsi qu'économique et social).

Selon, l'OMS, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». « La santé mentale est un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté ».

Alain Ehrenberg, président du Conseil national de santé mentale (2016-2018), rappelle que « l'atteinte psychique est considérée comme un mal au moins aussi grave que l'atteinte corporelle, et souvent plus insidieux ». Ce premier projet de psychologie a pour fil conducteur de faire évoluer les pratiques vers de nouveaux enjeux « pour faire reconnaître et respecter la personne humaine dans sa dimension psychique » et pour promouvoir l'autonomie des patients. C'est une opportunité supplémentaire qui est offerte à l'usager de rencontrer un professionnel qui se préoccupe du sujet en souffrance psychique qui ne soit pas un professionnel de santé mais un professionnel issu des sciences humaines. L'objectif de ces rencontres est pour l'usager, de renforcer sa liberté de penser, d'être acteur du soin, de maintenir sa citoyenneté en structure de soins.

C'est pourquoi, il paraît important d'améliorer l'inscription des psychologues dans la vie institutionnelle

La question de la santé mentale recouvre un champ large et des degrés d'altérations divers, personnels et environnementaux qui concernent des professionnels formés et qualifiés.

Si la dimension psychologique est une préoccupation partagée par l'ensemble des équipes soignantes, la prise en compte de la souffrance psychique du sujet, des formations de son inconscient dont le symptôme est parfois l'expression, les considérations psychopathologiques relèvent du champ d'intervention des psychologues.

L'avancée de la médecine, les attentes des patients, les intérêts économiques et l'évolution du système de santé posent de nouveaux enjeux qui demandent d'interroger et de réajuster la pratique clinique.

▶ Réaffirmer que le soin ne se réduit pas au diagnostic médical somatique ou psychiatrique

Action 1 : prendre une part active à la définition des axes thérapeutiques en articulation avec le projet médical et d'établissement

Action 2 : améliorer la participation des représentants du Collège des psychologues volontaires et/ou choisis par leurs pairs, aux différentes instances et groupes de travail de l'établissement

Action 3: organiser des groupes de travail de pairs inscrits institutionnellement

Action 4 : donner une plus grande lisibilité institutionnelle à la coordination et la représentation des psychologues.

En lien avec le projet médical, le projet de soins et le projet social, le projet psychologique a en effet vocation à définit les besoins et objectifs d'une prise en charge psychologique du patient. Les psychologues pourront ainsi engager collectivement, de façon formalisée et coordonnée, la déclinaison de certaines politiques de santé publique au sein des établissements de santé. (Amendement n°617 Loi santé)

▶ Faciliter l'accès aux psychologues et aux soins psychologiques en permettant aux patients d'avoir plus facilement accès aux coordonnées des psychologues des unités et des équipes concernées

De façon plus générale faciliter la représentation pour l'usager de son parcours de soin et des interlocuteurs par une signalétique adaptée aux handicaps sensoriels ou mentaux mais aussi aux populations étrangères sur site et sur internet

Action 1 : un repérage simple, par des canaux variés (net, annuaire, plaquette, affichage, en tenant compte de l'accessibilité mais des situations particulières : handicap physique, sensoriel, troubles neurologiques ou psychiques)

Action 2 : informer et former les soignants, afin de les sensibiliser et leur permettre de mieux orienter les patients vers le psychologue (présentation en Journée d'accueil, interventions sur sites)

Action 3 : définir les situations cliniques ou personnelles nécessitant un psychologue et introduire pour certaines discussions une présentation en staff et réunion d'équipes.

Le temps du sujet de la parole n'est pas toujours superposable au temps des soins somatiques. Le temps psychique a très souvent besoin d'un espace et d'un temps qui lui est propre, un temps qu'il est parfois nécessaire de mettre à distance des conseils, des recommandations, des examens et suivis médicaux ou paramédicaux, afin de permettre au patient de donner son propre sens à ce qui lui arrive, et de lui permettre d'être actif, de trouver les solutions qui lui sont propres.

▶ Améliorer la qualité des actions cliniques des psychologues

Les actions cliniques impliquent un cadre spécifique. Ainsi le cadre confidentiel, intime d'entretiens psychologiques, d'une psychothérapie est primordial dans la réassurance nécessaire, la dimension réconfortante et chaleureuse, la nécessité d'un lieu fixe, d'une temporalité adaptée. Il s'agit de construire une relation et un cadre d'échange dont on peut espérer, qu'à terme, ils soient premièrement investis et deuxièmement qu'ils deviennent suffisamment significatifs pour le patient.

Action 1 : garantir un bureau au psychologue, facilement accessible, adapté à une prise en charge psychologique

Action 2: garantir une temporalité adaptée à la prise en charge psychologique

Action 3 : garantir la traçabilité dans le dossier du patient de l'intervention des psychologues, de même que la traçabilité des examens et tests réalisés conformément à la classification commune des actes médicaux.

▶ Permettre au patient d'être acteur de sa prise en charge

La relation qui s'établit avec le psychologue peut devenir pour certains patients une expérience relationnelle inaugurale au service de la reconstruction ou de la construction des capacités relationnelles.

Il s'agit aussi de veiller au consentement éclairé du patient

▶ Améliorer l'efficience des prises en charge psychologiques

Il est essentiel que les psychologues puissent :

Action 1 : recueillir et analyser les demandes de prise en charge psychologique

Action 2 : déterminer les modalités thérapeutiques par les outils et méthodes propres aux psychologues qui les choisissent en toute autonomie

Action 3 : échanger, si besoin, avec l'équipe pluridisciplinaire sur ces choix

▶ Eviter les ruptures dans les suivis des prises en charge psychologiques, s'assurer de la pertinence de l'orientation du patient

Du fait de sa qualification, il est important que le psychologue puisse rester à l'initiative du suivi psychique et psychothérapeutique ainsi que de l'orientation en intra et extra hospitalier du patient afin de mieux garantir la cohérence et la pertinence de ce suivi.

Action 1 : s'assurer de la continuité du travail psychique en intra ou extra hospitalier par un travail en réseau

Action 2 : travailler au sein d'équipes pluridisciplinaires et en concertation avec les professionnels de soins (et plus particulièrement les psychiatres pour les services de psychiatrie du CHU)

▶ Soutenir les équipes de soins paramédicales confrontées à des situations humaines difficiles

Certains services du CHU (réanimation, soins intensifs, Samu …) rencontrent des situations professionnelles complexes, accompagnent des patients en situation compliquée.

Action : assurer un soutien, par des groupes de paroles ou des entretiens individuels.

Tous engagés pour la qualité des soins et la maîtrise des risques

73. Les finalités de la démarche qualité et gestion des risques au CHU

Le CHU de Toulouse déploie un management par la qualité et sécurité des soins, au plus près des équipes. Mis au service de la conduite du changement, afin de répondre aux attentes de l'ensemble des parties prenantes de notre établissement, il fait converger les besoins des usagers et intérêts des professionnels :

- En interne, auprès des professionnels du CHU :
    - Rechercher une amélioration permanente de la qualité et la sécurité des soins qui reste l'essence des soins est un objectif déontologique prioritaire dans un contexte d'innovation scientifique et d'évolution constante des connaissances ;
    - Réduire les dysfonctionnements, fluidifier les parcours et décloisonner les logiques de métier, afin d'améliorer les conditions de travail des équipes médicaux-soignantes, techniques et administratives et fidéliser le personnel, dans un contexte d'augmentation des cadences de travail et de diminution des durées moyennes de séjour ;
    - Renforcer les compétences des professionnels.
- En externe auprès des patients, usagers, professionnels de santé d'amont et d'aval, représentants des tutelles :
    - Placer l'usager comme un partenaire à part entière de sa prise en charge, renforcer la relation de confiance nécessaire à tout acte de soin et pour en améliorer la sécurité ;
    - Développer la démocratie sanitaire dans notre établissement et répondre aux attentes en permanente évolution des usagers, pour améliorer l'attractivité de l'établissement dans un contexte concurrentiel croissant ;
    - Améliorer la coordination avec le secteur hospitalier dans et hors du territoire, mais aussi l'offre de soins ambulatoire et médico-sociale pour garantir la continuité des soins dans le cadre d'une approche de parcours de soins et s'inscrire plus généralement dans le projet régional stratégique de santé ;
    - Répondre aux orientations stratégiques nationales et régionales en terme de qualité et de sécurité des soins (Haute Autorité de Santé, Programme National Sécurité des Patients, Stratégie Nationale de santé, PROPIAS, CAQUES, CPOM, Projet Régional de Santé…) ;
    - Développer la responsabilité sociale et environnementale de l'établissement en prenant soin des professionnels et en gérant simultanément les risques professionnels ;
    - S'engager quant à la juste utilisation des ressources et dépenses de santé dans un cadre de maîtrise médicalisée des dépenses publiques de santé.

La politique d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins vise à recentrer les professionnels autour de leur cœur de métier de façon à libérer, in fine, du temps soignant auprès du patient.

74. L'engagement de l'institution et de chaque professionnel

Le CHU de Toulouse s'engage dans une démarche d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins grâce à l'implication de l'ensemble des acteurs de l'institution, associés au bénéfice de cette amélioration. Cette démarche repose sur une politique institutionnelle forte définie par le Directeur Général, la Commission Médicale d'Etablissement, la Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et Médico-Technique, la Direction Qualité, Sécurité, Relations Usagers, Développement Durable, et partagée avec les Représentants d'Usagers.

Le CHU de Toulouse soutient une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pragmatique, intégrée aux soins, pertinente et recentrée sur le sens et l'éthique de cette démarche, faisant l'objet d'une communication positive forte et valorisée au plus haut niveau de l'établissement, en lien avec les axes de la direction qualité : *direction, au service des équipes du CHU, centrée sur l'expérience patient, pour garantir la qualité et la sécurité des soins, et favoriser le travail en équipe dans une organisation claire, efficace et innovante.*

Le programme d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins (PAQSS) fait l'objet de priorités annuelles largement communiquées aux professionnels, en cohérence avec les préoccupations quotidiennes des soignants.

Le CHU de Toulouse s'engage à améliorer la qualité et la sécurité des soins, en toutes circonstances, y compris en cas de difficulté posée par des conditions d'activité dégradée (suractivité…).

Enfin, le CHU de Toulouse développe des fiches reflexes facilitant l'anticipation des événements récurrents dans la vie du service (changement d'internes, absentéisme, pannes et dysfonctionnements, accueil d'intérimaires…).

L'exemplarité étant une valeur fondatrice de toute démarche qualité, les orientations stratégiques sont mises en œuvre par la Direction Générale, la CME et la Direction des Soins. Cet engagement est formalisé dans une charte cosignée par la Direction Générale, la Commission Médicale d'Etablissement, la Commission de Soins infirmiers Rééducation et Médico Technique et les exécutifs de pôle et de service.

▶ Engagement des équipes soignantes

L'engagement porté à la qualité et la sécurité des soins est également décliné dans les unités de soins. Lors de l'accueil de nouveaux professionnels de santé, la charte d'engagement est présentée par l'encadrant et signée par chaque professionnel de santé. Les risques inhérents à chaque organisation sont présentés de manière systématique aux nouveaux professionnels.

Chaque direction de pôle nomme des référents qualité médicaux et para médicaux. Ils sont formés aux méthodes et outils de la qualité et de la gestion des risques de la HAS. Ils disposent d'une fiche de poste et sont garants de la mise en place d'une démarche qualité et sécurité au sein du

pôle en cohérence avec la politique institutionnelle. Ils participent sur le terrain avec le soutien des coordinateurs qualité à la déclinaison de la politique qualité et sécurité des soins.

L'ensemble des professionnels de santé est valeur d'exemple. La démarche du « label hospitalité » est proposée à chaque équipe soignante : reconnaissance, par les usagers de la démarche qualité entreprise par les professionnels d'un service via un audit réalisé en collaboration avec des usagers, intégrant une visite et des entretiens patients portant sur leur expérience.

La formation continue de l'ensemble des professionnels doit comporter un volet qualité/gestion de risques.

▶ Engagement des services support

Le CHU de Toulouse s'engage à améliorer le niveau de service rendu aux activités de soins, par une organisation plus lisible, agile et avec un engagement de résultats. Cela se traduit par :

- Une interface soignants/fonctions supports, plus facile, plus lisible, plus souple,
- La mise en place d'une plate-forme informatique qui simplifie l'expression des besoins,
- Un suivi des demandes en temps réel à tous ses stades, quel que soit son objet et sa nature,
- Une « réponse client » unique mieux coordonnée, plus homogène,
- Des contrats de service, permettant de définir les engagements de service, les indicateurs de suivi de la prestation, et les interlocuteurs dédiés,
- Une réponse aux dysfonctionnements (fiches événements indésirables) réactive et avec des plans d'action concrets.

75. Le respect des droits des patients, l'intégration de l'expérience patient, du partenariat patient au CHU

▶ Le respect des droits des patients

Les engagements pris pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont menés dans le respect des droits des usagers.
Dignité, intimité, respect des croyances et des libertés individuelles sont les valeurs fondamentales sur lesquelles s'appuient ces actions. Une attention particulière est portée aux personnes appartenant à une population spécifique : les personnes âgées, les enfants et adolescents, les personnes en situation de handicap, les personnes démunies, les personnes détenues avec pour objectif de promouvoir un accueil non discriminatoire.
L'information aux usagers est une priorité. Elle est adaptée à chacun d'entre eux avec des dispositifs spécifiques comme l'accès à un interprète professionnel pour les patients en barrière linguistique, des dispositifs simplifiés pour les personnes atteintes de handicap psychique, etc…
Pour garantir le respect de ces droits, l'avis de la Commission des Usagers est recueilli sur les engagements en cours de mise en œuvre, leurs évaluations et toutes autres propositions.
Ces valeurs que le CHU de Toulouse souhaite porter participent à la promotion du concept de bientraitance, défini par la HAS comme « une démarche collective pour identifier

l'accompagnement le meilleur possible pour l'usager, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste de ses besoins », concept fondamental qui guide les pratiques de l'ensemble des professionnels du CHU de Toulouse.

▶ L'intégration de l'expérience patient

Depuis 2010, le CHU de Toulouse met en œuvre la démocratie sanitaire au cœur du fonctionnement de l'établissement.
L'expérience patient est centrale dans la politique qualité, sécurité, relations usagers du CHU de Toulouse. La bientraitance, le respect des droits des usagers sont des valeurs partagées au cœur de nos pratiques. L'évaluation de la satisfaction des usagers et le respect de la bientraitance comme du respect de leurs droits, sont intégrés dans le programme d'amélioration de la qualité.
Le CHU de Toulouse s'engage à informer au mieux le patient en toute transparence et tout au long de son parcours, à la fois sur le projet personnalisé de soins, avec ses différentes étapes, mais aussi sur des délais d'attente, dysfonctionnements, annonce d'un dommage associé aux soins…
Accepter le regard et le ressenti du patient ou de son entourage, tout au long de sa prise en charge, est un levier puissant d'amélioration des pratiques. Aussi, la satisfaction des patients est-elle mesurée en temps réel, au plus près des services, avec des outils de recueil mobiles; le CHU de Toulouse a la volonté de tirer les enseignements des réclamations, médiations et plaintes.
Enfin, le CHU de Toulouse s'engage à diminuer le niveau attendu de littératie en santé de la part des professionnels de santé.

Afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, le CHU de Toulouse favorise l'implication des patients/bénévoles dans 4 domaines :

▶ Exercice de la démocratie sanitaire et gouvernance

Le CHU de Toulouse poursuit l'implication forte des associations d'usagers à la fois dans les instances de l'établissement, dans les projets au institutionnels ou les projets de services et de pôles. A cet effet, il développe les rencontres des associations entre elles et avec les pôles, renforce les actions de communication vis-à-vis des professionnels comme des usagers.

▶ Partenariat dans le soin

Au CHU de Toulouse, il existe, en 2018, 52 programmes d'éducation thérapeutique (ETP), qui font appel pour certains à des patients experts, ainsi que d'autres initiatives développant une collaboration importante, avec les équipes soignantes.

Les bénéfices de la participation des patients et/ou bénévoles sont nombreux :

- Projet de soins co-construit ;
- Aide et accompagnement du patient ;
- Traduction du message entre le patient et le soignant ;
- Amélioration de l'observance et diminution du recours inapproprié aux soins ;

- Gain de confiance, fidélisation.

Le CHU de Toulouse poursuit la participation des patients sur les programmes d'ETP et la création de partenariat dans le soin, avec des bénévoles, afin de sécuriser et d'améliorer la qualité des parcours. Pour développer cet axe du partenariat, différents types de compétences sont développées en fonction des profils de patients/aidants susceptibles d'intervenir dans les soins :

- Des compétences pour devenir patient expert, nécessitant une formation dédiée ;
- Des compétences psycho-sociales ;
- …

Dans ce cadre, les facultés de médecine de Toulouse ouvrent plusieurs diplômes universitaires d'ETP aux patients.

Une attention particulière est portée sur l'évaluation du niveau de littératie en santé des patients et le recours à des outils de communication accessibles au plus grand nombre.

▶ Partenariat dans la formation en santé

Les hospitalo-universitaires du CHU de Toulouse développent la participation des patients dans la formation initiale des professions de santé (médecine, maïeutique, IFSI, …). Les modes d'intégration des patients aidants formateurs à la formation en santé sont pluriels :

- Participation à l'ingénierie pédagogique ;
- Participation au tutorat des étudiants ;
- Intervention dans l'enseignement, notamment :
  - Témoignages autour du vécu de la maladie… ;
  - Participer à des enseignements centrés sur le partenariat avec le patient ;
  - Participation à l'enseignement magistral, dirigé ou par simulation.

A cet effet, les patients et aidants intéressés reçoivent une formation spécifique délivrée par les facultés de médecine, en partenariat avec le CHU de Toulouse.

▶ Partenariat dans la recherche

La recherche axée sur le patient consiste à mener la recherche avec le patient. Menée en collaboration interprofessionnelle entre chercheurs, patients/aidants, professionnels de santé et décideurs ou gestionnaires du système de santé, elle vise l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, l'accès aux soins, la qualité de vie et l'expérience patient. Cette approche permet la réalisation de recherches dont les résultats correspondent aux besoins des patients. Le patient ou sa famille peuvent être impliqués tout au long du processus de recherche, dans la conception de la recherche, pour en définir les priorités, les objectifs, co-construire les interventions d'amélioration des soins, définir les critères de jugement, mais également lors des phases de communication des résultats et d'application des connaissances.

76. Une démarche basée sur la pertinence des soins

La pertinence est une des dimensions de la qualité des soins. Le CHU de Toulouse s'engage dans une démarche de pertinence des soins, de façon à proposer aux patients accueillis les bons soins, au bon moment et au bon endroit.

Cette recherche de pertinence des soins porte autant sur l'identification de soins inutiles ou redondants ('overuse'), que de l'absence de soins nécessaires ('underuse') cause de réadmissions par exemple.

Le CHU de Toulouse établit chaque année des priorités en termes de travaux autour de la pertinence :

- Pertinence des actes (biologie, imagerie, transports) ;
- Pertinence des soins (journées d'hospitalisation) ;
- Pertinence des parcours (durée de séjour).

La mise en évidence d'actes non pertinents est facilitée par une politique de communication sur ces sujets prioritaires, une aide à la visibilité de la non pertinence (alerte sur les redondances d'examen ou la nécessité de réévaluation, affichage du coût des actes…). Le CHU de Toulouse favorise la réalisation de travaux d'évaluation de la pertinence par le recueil d'indicateurs en routine mises à disposition pour un suivi en continu.

77. L'appui des démarches qualité sur le développement des parcours de soins

Une des priorités de l'institution concerne la **fluidité des parcours patient,** avec un travail sur les **interfaces**, tant à l'intérieur de notre établissement, qu'en amont et en aval, en s'appuyant sur une approche processus.
A cet effet, le CHU de Toulouse, développe prioritairement des démarches de type chemin clinique, protocolisation des prises en charge, et des évaluations de type 'patients traceurs'.
La pluriprofessionnalité permet une prise en charge de qualité des patients, c'est pourquoi, le CHU de Toulouse promeut la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaire.
Un accent particulier sera porté pour aider l'usager sur :

- La préparation du parcours dans l'établissement ;
- La mise en place d'un interlocuteur privilégié pour le patient (et ses aidants) et les professionnels d'aval ;
- La préparation de la sortie en coordination avec les structures d'aval.

78. Le développement de la culture sécurité

La sécurité est une des composantes de la qualité des soins. L'abord de la gestion des risques, incompressible dans un domaine en perpétuelle innovation technologique comme la santé, est cruciale. Développer la culture de sécurité au CHU de Toulouse, c'est concourir ensemble à une meilleure sécurité des pratiques.

La maitrise des risques dans l'établissement

L'ensemble des risques et vigilances associés aux soins (infectieux, médicamenteux, vigilances réglementaires, identitovigilance, douleur, nutrition, bientraitance) est géré au CHU de Toulouse par des commissions de la CME et de la CSIRMT et coordonné par la direction QSRU. De plus, un comité de coordination des vigilances et des risques se réunit régulièrement avec l'ensemble des vigilances réglementaires, ainsi que l'identitovigilant.

La promotion du travail en équipe et la vigilance collective pour la sécurité des soins

La sécurité ne peut être assurée que par un comportement individuel et collectif favorable à la sécurité. Aussi le CHU promeut tous les types d'actions relevant du travail en équipe avec une attention portée au respect des protocoles comme à la capacité adaptative face à l'imprévu ('résilience'). La vigilance collective est en effet un principe fondamental : en toute bienveillance, chacun doit être en capacité d'alerter un collègue de travail sur des situations à risque. Cela permet de renforcer la cohésion d'équipe et la sensibilisation aux risques associés aux soins.

Le CHU met par ailleurs l'accent sur les démarches intégrant les patients en tant que partenaire dans la sécurité des soins afin de viser le plus haut niveau de sécurité de la prise en charge.

Un premier travail collaboratif porte sur les interruptions de tâches…

Une culture sécurité ancrée dans les pratiques quotidiennes

Par ailleurs, dans chaque équipe, des « briefings sécurité », « minute qualité », sont organisées régulièrement afin d'informer sur des sujets qualité/sécurité, de présenter des actions d'amélioration et résoudre certains dysfonctionnements.

Des visites qualité et sécurité sont réalisées par la direction de l'établissement, la CME, en présence d'usagers.

Une gestion rigoureuse des EI et la communication des plans d'action

La politique qualité met un fort accent sur une culture de sécurité intégrée. Dans le cadre d'une organisation apprenante et d'une culture positive de l'erreur, les professionnels assurent la déclaration des évènements porteurs de risques ou évènements indésirables associés aux soins, pilier de toute amélioration de la sécurité des soins. Cette déclaration ne peut être réalisée sans un climat de confiance et de transparence garanti par la direction et rappelé dans la charte de confiance autour de la déclaration des EIAS, révisée en 2018.

Les événements indésirables pourront être déclarés directement dans le dossier patient informatisé (triggers...).

Les évènements indésirables et évènements porteurs de risques font l'objet d'analyse systémique dans le cadre de démarches de retour d'expérience, avec la participation des professionnels de terrain directement concernés. Les actions d'amélioration sont mises en place, évaluées, communiquées à l'ensemble de l'établissement

Des retours d'expérience sont réalisés en routine, dans l'ensemble des secteurs, en proposant un nombre d'actions limitées pour s'assurer de leurs réalisations.

Des usagers partenaires de la vie hospitalière

Dans le cadre d'un séminaire, les représentants d'usagers et bénévoles d'associations conventionnées avec le CHU-Toulouse ont soumis leurs attentes, qu'ils souhaiteraient voir inscrites et mises en œuvre dans le cadre du projet de l'établissement.

Leur objectif premier est de défendre les droits et d'améliorer les conditions de prise en charge des patients.

79. Un parcours du patient facilité, une communication de qualité avec le patient tout au long du parcours et une coordination importante du parcours avec la ville

L'accessibilité aux soins est une priorité et afin de la garantir et de la faciliter, ils souhaiteraient que :

- Les délais d'obtention des rendez-vous soient diminués ;
- L'hospitalisation non programmée soit facilitée, en évitant le passage aux urgences, en développant le dispositif de patients remarquables ;
- La programmation des examens et des actes soit mieux coordonnée afin de réduire les temps d'attente.

Améliorer le parcours de soin passe par une information de l'usager, aussi ils souhaiteraient que :

- La formation continue des professionnels de santé sur la thématique de la communication soit renforcée.
- Le patient soit mieux informé sur son séjour et le plus en amont possible, (remise d'un flyer récapitulant son parcours depuis son domicile au lieu de rendez-vous à l'hôpital jusqu'à sa sortie).
- La compréhension de l'usager soit évaluée et que l'équipe soignante lui permettre de verbaliser ses questionnements, incompréhensions, inquiétudes, en proposant si nécessaire un autre temps de consultation ;
- Un interlocuteur privilégié pendant l'hospitalisation soit désigné ;
- Les informations sur la maladie, les traitements, … soient colligées afin d'éviter de faire répéter le patient ;
- Un travail sur le développement d'outil de communication et d'information sur le parcours de soins soit entrepris (listes des associations, informations sur le parcours, plateforme sur le Net, mise à disposition de numéros de téléphone, information sur TV dans les chambres, etc…).

Enfin, un parcours de soins pensé ne doit pas se limiter à la prise en charge hospitalière, les relations « ville-hôpital » doivent être privilégiées pour garantir à l'usager une continuité des soins. Ils souhaiteraient que :

- Le médecin traitant soit intégré comme véritable partenaire ;
- La sortie soit préparée le plus en amont possible, pour s'assurer que le patient soit attendu, ou s'assurer qu'il puisse s'assumer seul ou que les aidants puissent s'organiser ;
- Dès la sortie l'ensemble des documents permettant une continuité du parcours soit remis (lettre de sortie avec les prescriptions, coordonnées des associations, des professionnels qui interviendront éventuellement au domicile …) ;
- Les informations utiles soient données au patient en s'assurant de leur compréhension ;
- Le rôle de chaque intervenant pour le suivi à domicile soit précisé à l'usager (médecin traitant, médecin CHU …) afin qu'il puisse s'adresser au bon interlocuteur.

80. Une prise en charge des patients en situation de handicap améliorée

Si les recommandations sur la qualité du parcours de soin valent pour tous les usagers, il semble important de la part d'un CHU d'accorder une importance particulière aux personnes en situation de handicap pour lesquelles, il parait essentiel de :

- Assurer la prise en charge, dès l'appel aux services d'urgence, sans stigmatisation, adaptée au handicap et à la pathologie du patient (le cas échéant, les véhicules de secours devraient pouvoir transporter les aides techniques personnelles indispensables, comme par exemple la ventilation non invasive (VNI) ou le fauteuil roulant ;
- Vérifier dès que possible que le document de liaison d'urgence est en place et diriger rapidement le patient vers le service adapté ;
- Informer le patient du déroulement prévu de son parcours et vérifier que ces informations sont bien comprises ;
- Développer les qualités d'écoute et d'empathie des soignants, leur capacité d'adaptation (comme prévoir un temps de consultation plus long), en insistant sur les droits fondamentaux du patient ;
- Proposer au niveau national une organisation et une harmonisation des pratiques de partage des informations médicales (port d'un bracelet d'alerte pour les patients remarquables, création et mise en œuvre du dossier médical partagé, développement d'un logiciel commun de consultation des dossiers médicaux) et s'assurer que ces informations sont également consultables par les patients eux-mêmes ;
- Ecrire un protocole dédié, définissant les modalités d'accueil à l'hôpital, aux urgences, au déroulement des consultations, aux modalités de sortie d'hospitalisation, en portant une attention particulière à l'accompagnement (Cf. fiche HAS « Améliorer le parcours de soins des personnes en situation de handicap »).

Le maintien de l'autonomie de ces personnes est primordial. L'accessibilité en est un facteur de réussite, c'est pourquoi sont inscrits comme essentiels que :

- Les accès aux bâtiments soient mis aux normes ;
- Dès l'accueil, soient mis en place, les outils nécessaires : interprètes, matériels, organisation d'un temps de consultation allongé, etc… ;

- La disposition des places de parking réservées aux personnes en situation de handicap soit revue et que le CHU s'assure qu'elles soient libres d'accès ;
- L'organisation des chambres soit reconfigurée pour permettre l'accueil d'un aidant, qu'elles disposent d'un matériel adapté au type de handicap ou d'une place pour le propre matériel du patient.

Enfin, et toujours dans une perspective de maintien de l'autonomie et de non rupture avec le milieu de vie, les représentants d'usagers et bénévoles d'associations préconisent un axe de **réflexion sur la place et la présence de l'aidant**.

81. Des aidants reconnus au sein du CHU de Toulouse

Le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et la réflexion sur la personne en situation de handicap mettent en évidence la place importante d'un aidant dans la prise en charge d'un usager.

L'aidant est :

- Désigné prioritairement par le patient lorsque son état lui permet. Il n'est pas forcément la personne de confiance. Il appartient au cercle proche du patient (famille, amis, voisins…) ou à un cercle plus éloigné (associations, aumôniers, soins de support…). Dans certaines situations, il est présent au quotidien avec le patient ;
- Investi d'une mission complexe : il a, auprès du patient, un rôle d'écoute, d'accompagnement dans sa vie personnelle, ses démarches administratives. Il a un rôle de facilitateur auprès de l'équipe soignante, il connait le patient (pathologie, habitudes de vie quotidienne, besoins particuliers...), il peut aider l'équipe pour des besoins spécifiques et participer à la prise en charge du patient lors des étapes essentielles du parcours (entrée, transmission d'informations, organisation de la sortie …) ;
- Doté de qualités telles que la confidentialité et neutralité.

Il est important de trouver un juste équilibre permettant l'instauration d'une relation de confiance entre l'aidant et les soignants.

Afin de favoriser la présence de l'aidant qui semble indispensable à la qualité de la prise en charge du patient, les représentants d'usagers et bénévoles d'associations souhaiteraient que :

- Des moments d'échanges pluridisciplinaires soient formalisés ;
- Les modalités d'intervention de l'aidant soient définies avec l'équipe médico/soignante ;
- Une information adaptée soit communiquée sur le patient afin qu'il puisse remplir son rôle d'aidant ;
- Le personnel soit sensibilisé sur le rôle et la place de l'aidant dans la prise en charge du patient (communication, évaluation des besoins, identification formelle ……) et que la formation sur l'éthique soit renforcée ;
- L'aidant soit formé et soutenu par les équipes de soins ;
- La présence des aidants soit permise, jour et nuit, si besoin est, dans les services, y compris dans les services d'urgence, réanimation, soins intensifs, soins palliatifs ;
- La présence d'un proche soit autorisée au cours des premières nuits, pour l'hospitalisation des personnes âgées (perte de repères).

82. Des associations, partenaires du CHU de Toulouse

Aider et soutenir le patient et ses proches nécessite que les représentants d'usagers et les bénévoles d'associations soient intégrés dans les unités et qu'ils deviennent les partenaires des soignants. Pour cela, ils souhaiteraient que:

L'exercice des missions des associations au sein de l'établissement soit facilité en :

- Créant un espace visible adapté à l'accueil des usagers et aux échanges des associations entre elles : « Maison des associations » ;
- Créant un espace ouvert dans certaines unités, dédié aux rencontres avec des patients hospitalisés ;
- Disposant dans les unités d'un interlocuteur privilégié qui soit présenté aux associations ;
- Précisant les conditions matérielles d'accueil nous permettant aux associations de conduire leurs actions ;
- Mettant à leur disposition un espace numérique, type forum, permettant l'échange entre associations (échange de pratique, d'informations sur nos actions…).

L'information des usagers et des professionnels sur l'existence des représentants d'usagers et des associations soit améliorée en :

- Mettant à disposition des usagers dans les salles d'attentes un support numérique (écran TV) informant de la présence des associations, des représentants d'usagers (RU) et de leurs actions ;
- Poursuivant les rencontres entre les associations et les équipes de pôles et l'intégration des bénévoles dans tous les projets de l'établissement ;
- Révisant les livrets d'accueil, carnets de bord des unités et les dispositifs existants (affichage dynamique …) ;
- Participant aux réunions et groupes de travail institutionnels.

Etre acteur de la cité

Des collaborations actives, maillant le territoire

83. Décliner un schéma régional de médecine légale à partir du site de Purpan

L'activité du service de médecine légale est marquée par une activité régionale et inter régionale constituant un quasi-monopole et dépendante de partenaires (Police-Justice) amenant des contraintes externes fortes.

Dès 1982, une consultation de constatation de coups et blessures a été ouverte sur demande du Procureur de la République. En 1994, une convention entre le Tribunal de Grande Instance, la Cour d'Appel de Toulouse, le CHU de Toulouse et l'Université Paul Sabatier de Toulouse, a permis la création de « l'*Unité Médico-Judiciaire* » (UMJ). Toute l'activité d'expertises pénales du ressort de la Cour d'Appel de Toulouse était organisée dans un cadre hospitalier. Cette organisation a permis le développement des activités thanatologiques et des consultations de victimologie, y compris une activité de consultation de prévention de la violence.

Depuis 2011, la médecine légale toulousaine est devenue un « *centre-pivot* » régional dédié aux activités de médecine légale thanatologique (Institut de Médecine Légale - IML) et du vivant (UMJ) chargé de l'animation du réseau et de la formation des médecins légistes. L'IML de Toulouse est donc le centre pivot de 10 Tribunaux de Grande Instance (Albi, Auch, Cahors, Castres, Foix, Montauban, Pau, Saint-Gaudens, Tarbes, Toulouse) et de 3 Cours d'appel (Agen, Foix, Toulouse) pour une population de 3 millions d'habitants.

L'activité du service a connu sur le plan médico-légal une très forte augmentation en rapport d'une part avec les effets de la réforme de 2011 et d'autre part avec un changement de politique pénale du TGI de Toulouse. Cet accroissement d'activité s'est fait en grande partie, à moyen quasi constant tant en termes de locaux que de personnel médical et paramédical.

La lisibilité du service de médecine légale en termes de management doit en être améliorée afin de répondre au mieux aux attentes d'une part des financeurs mais aussi des usagers (victimes, familles des victimes, associations…).

Le Service de Médecine Légale organise l'activité médico-légale autour de deux axes :

- L'activité thanatologique

Pour être réalisées dans les meilleures conditions, les autopsies doivent pouvoir bénéficier d'une structure opérationnelle de grande qualité et de praticiens dotés d'une haute technicité, appuyé depuis 2016 par une activité d'anatomopathologie médicolégale. L'activité thanatologique est organisée autour d'une astreinte médico-légale qui permet d'effectuer à l'extérieur de l'hôpital dans le ressort du TGI de Toulouse, les levées de corps à la demande des Officiers de Police Judiciaire.

L'activité thanatologique intra-hospitalière est essentiellement représentée par les autopsies médico-légales. Environ 800 corps sont reçus chaque année sur le site de l'IML de Rangueil et actuellement plus de 650 autopsies sont réalisées.

- La médecine légale du vivant

Cette activité s'articule autour d'une consultation de constatation spécialisée (coups et blessures volontaires, accidents, violences sexuelles, certificats de torture…) organisée sur le site de Rangueil. Annuellement, environ 5000 victimes de violences volontaires ou involontaires sont examinées.

Cette activité médico-légale clinique est renforcée par la présence d'une conseillère juridique, représentant le Service d'Aide aux Victimes (France victime 31), ainsi que par un ETP de psychologue. Cette consultation accueille également, sur réquisition, les mineurs victimes de sévices ou de violences sexuelles.

Depuis 2006, la médecine légale du vivant a bénéficié d'une prise en charge élargie avec la mise en place d'une consultation de prévention de la violence visant à dépister des situations de violence afin de permettre une orientation vers des services ou des soignants adaptés à cette prise en charge. Cette consultation de prévention de la violence a une vocation d'animation d'un pôle régional de la prévention de la violence en Midi-Pyrénées et s'articule autour d'une équipe pluridisciplinaire incluant des médecins légistes, des médecins psychiatres, des médecins généralistes intéressés à la victiologie, des psychologues, et des infirmières.

▶ Améliorer l'accueil des victimes de violences

Le projet développé au cours des prochaines années doit en priorité offrir un accueil au sein du site de Purpan, des victimes de violences conforme à ce que l'on est en droit d'attendre d'un CHU. Parallèlement cet accueil des victimes doit bénéficier à l'ensemble des usagers du CHU notamment pour les victimes de violences se présentant dans les différents services d'urgences. Cette collaboration, initiée dans le cadre du 4e plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-16) renforçant la formation des professionnels pour mieux repérer, prendre en charge et orienter les femmes victimes de violences, doit être renforcée notamment par la formation d'infirmières et par la structuration des relations UMJ-Consultation de Psychotraumatisme. De même, il apparait nécessaire de proposer aux femmes victimes de violences une consultation polyvalente dédiée.

L'évolution et les interrelations de l'U.M.J. sont synthétisées dans le schéma ci-dessous.

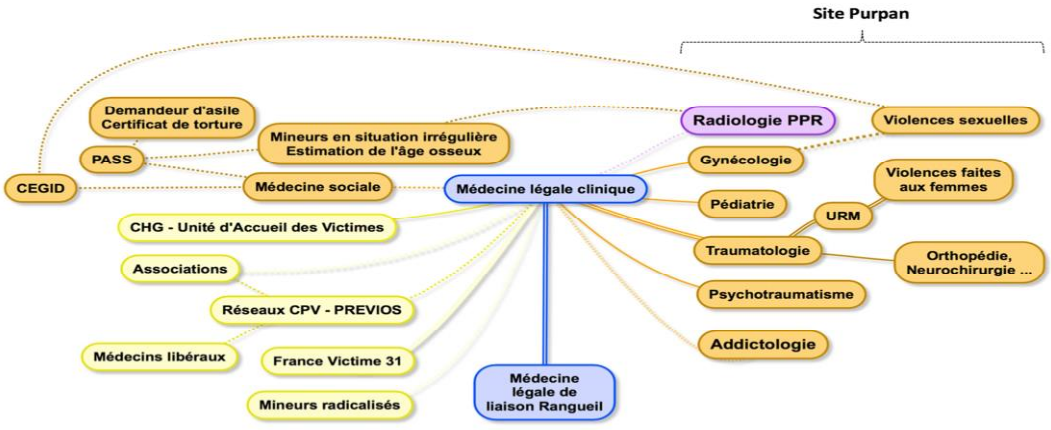


Figure n°2 : Interrelations de la médecine légale du vivant et liens fonctionnels sur le site de Purpan

La relocalisation de l'activité médico-légale au sein du bâtiment U2000, permettra l'amélioration de l'accueil et du caractère pluridisciplinaire de la médecine légale du vivant, par sa relocalisation en centre-ville, dans des locaux adaptés (à l'accueil de plus de 5 500 victimes/an et à l'organisation de parcours dédiés : gardés à vue, victimes, Officiers de Police Judiciaire, mineurs…), situés au cœur du site de Purpan.

La continuité des prises en charge avec d'autres spécialistes (gynécologues, pédiatres, psychiatres, addictologues, urgentistes etc.) sera ainsi facilitée. Notamment la proximité avec les urgences du site de Purpan qui reçoivent de nombreuses victimes de par leur orientation traumatologique est de nature à améliorer la prise en charge médico-légale et médico-sociale des victimes en particulier dans le cadre du 5e plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences (20172019). Ce plan prévoit en particulier de sécuriser et de renforcer les dispositifs qui ont fait leurs preuves pour améliorer le parcours des femmes victimes de violences et assurer l'accès à leurs droits. Le service de médecine légale de par son équipe interdisciplinaire (médecin, infirmière, psychologue, juriste …) est depuis plus de 20 ans au centre de cette action.

L'accueil des familles endeuillées, la qualité des réponses médicolégales (délai et analyses complémentaires) et la collaboration avec les partenaires extérieurs de l'activité thanatologique (parquet, enquêteurs, Laboratoire Interrégional de Police Scientifique…) doivent être renforcés.

La mise aux normes d'une activité médicolégale universitaire

Le redimensionnement des locaux de l'IML, par l'ajout d'une salle d'autopsie supplémentaire, l'accroissement du nombre de casiers de conservation des corps (au-delà des 50 casiers actuels, dont seulement 3 à température négative) permettront de dépasser l'insuffisance actuelle eu égard à l'évolution de l'activité thanatologique.

La mise à niveau du plateau d'imagerie avec notamment la possibilité d'accéder à un scanner utilisable pour les examens post-mortem, examen complémentaire aujourd'hui indiqué sur le plan scientifique dans plus de la moitié des autopsies sera facilitée.

Enfin en continuité avec l'activité médicolégale, le service de médecine légale continuera à offrir aux praticiens du CHU et aux familles, la possibilité de demander des autopsies aux fins de recherche des causes de la mort et dans le cadre des protocoles « mort inexpliqué du nourrisson », notamment pour ce dernier en collaboration avec le Parquet de Toulouse et le Centre de Référence de la Mort Inattendue du Nourrisson du CHU. Ce protocole pourrait être étendu aux autres départements notamment du ressort de la Cour d'appel de Toulouse. Dans le cadre de l'interface médecine légale / santé publique un protocole similaire pourrait être développé concernant la mort subite des enfants et des adultes jeunes.

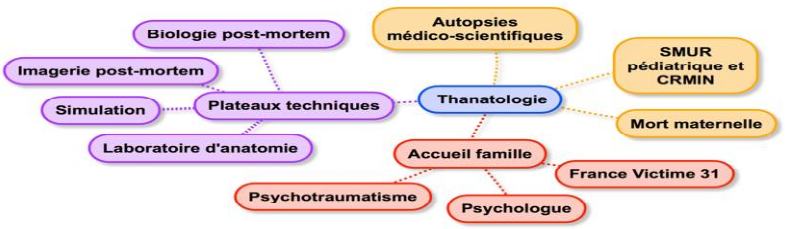


Figure n°3 : Interrelations de la thanatologie

▶ Au-delà de la formation universitaire, un enseignement au plus près de la simulation en santé

L'activité d'enseignement est assurée par les HU et les PH du service tant dans le domaine médicolégal que du droit de la santé en particulier dans le cadre de l'universitarisation des filières paramédicales.

Le rôle d'animation du réseau et de formation des médecins légistes est dédié au centre pivot. Compte tenu de la démographie de praticiens spécialisés en médecine légale, du niveau d'activité médico-légale, tant thanatologique que de médecine légale du vivant, dans les différents départements, il apparaît nécessaire de proposer des actions de formation auprès de ces praticiens notamment continue par leur participation à une activité médicale et scientifique sur le centre pivot dans le cadre de convention entre les établissements hospitaliers et CHU.

Parallèlement un réseau de téléexpertise (dont il faudra préciser le niveau opérationnel : téléphone, télétransmission d'images…) en médecine légale (notamment avis spécialisé, conduite à tenir…) est mis progressivement en place. Le Service de Médecine Légale de Toulouse va ainsi contribuer au travers des stages de formation initiale, notamment dans le cadre du nouveau DES « Médecine légale et expertise », d'accueil de praticiens en formation continue, à assurer la qualification de médecins légistes (spécialistes de thanatologie et/ou de médecine légale clinique) dans un contexte actuel d'une faible démographie médico-légale régionale interrégionale.

Enfin la localisation du nouveau service de thanatologie, permettrait de renforcer l'offre d'enseignement universitaire, par un continuum entre le plateau de simulation du CHU, le plateau d'imagerie post-mortem accessible au laboratoire d'Anatomie en respectant les règles de transport et de conservation des corps.

84. Développer, au service des patients, des collaborations avec des structures libérales de Toulouse et des territoires

▶ Le Groupement de coopération sanitaire « Centre Occitan de Rééducation et Préventions Spécialisé » entre le CHU de Toulouse et la Clinique Pasteur

En Occitanie, il existe un important déficit de structures rééducatives spécialisées capables d'accueillir des patients présentant des pathologies cardiovasculaires. Cette limitation de l'offre de soins est d'autant plus préjudiciable pour le secteur Toulousain où la démographie est en forte croissance

Les deux établissements composant le GCS, le CHU de Toulouse et la Clinique Pasteur sont autorisés à pratiquer la chirurgie cardiaque adulte et sont dotés d'équipements et de compétences en cardiologie de haut niveau. Ils assurent le recours au niveau régional et la formation aux techniques interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie.

Le GCS CORPS comporte l'ouverture sur le site de Langlade une unité de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle spécialisée cardiovasculaire en hospitalisation complète de 30 lits (avec une montée en charge progressive potentielle du nombre de lits jusqu'à un capacitaire de 90 lits). Le projet comporte aussi le déménagement sur le même site de l'unité de soins de suite et de réadaptation en hospitalisation à temps partiel spécialisée en affections cardiovasculaires de Rangueil. Cette autorisation de 10 places du CHU de Toulouse devrait être étendue à 30 places. Le regroupement sur un même site géographique de ces 2 unités de SSR cardiovasculaires complémentaires (hospitalisation complète et hospitalisation partielle) devrait :

- Optimiser le flux de certains patients de proximité en permettant une graduation dans la prise en charge avec par exemple : SSR hospitalisation complète puis SSR hospitalisation en temps partiel puis retour à domicile et/ou HAD ;
- Améliorer la qualité de vie du patient avec un retour progressif et accompagné à son domicile ;
- Contribuer aux réductions des dépenses de santé en diminuant les séjours d'hospitalisation et les risques de réhospitalisation ;
- Favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation complète en s'adaptant à l'évolution des besoins des patients et aux mutations du système de soins (télémédecine, équipes mobiles…)

En effet, les maladies cardio-vasculaires demeurent la première cause d'hospitalisation au CHU de Toulouse comme à la clinique PASTEUR, avec une augmentation permanente liée, d'une part, au vieillissement de la population et, d'autre part, au stress et à la mauvaise hygiène de vie d'une partie de la population active. La plupart de ces maladies nécessitent, au sortir de l'hospitalisation de court séjour, la réalisation d'un programme de réadaptation faisant intervenir une équipe rééducative pluridisciplinaire et un plateau technique adapté à la prise en charge de ces patients.

Par ailleurs, il existe peu de moyens mis en œuvre pour suivre les patients au long cours alors que cela constitue un des critères de réussite de l'observance thérapeutique médicamenteuse comme non médicamenteuse. Ainsi, la réadaptation cardiovasculaire doit s'inscrire sur une évolution de la manière dont sont dispensés les soins afin de rendre plus attractif et efficace ce type de prise en charge.

Cette structure s'inscrit dans le parcours de soins de patients avec pathologie cardiovasculaire, en aval des unités médicales aiguës (réanimation, soins intensifs cardiologiques, cardiologie, médecine vasculaire, transplantation d'organe) et en amont des structures de rééducation ou de convalescence actuelles dans la région Occitanie pour des besoins de rapprochement de domicile.

L'objectif est l'orientation la plus adaptée possible vers ces structures ou vers le domicile (hospitalisation à domicile si nécessaire) en fonction du projet thérapeutique du patient.

Enfin le site de Langlade permettra également de développer des liens vers la prise en charge rééducative en onco-cardiologie pour la partie réentrainement à l'effort. La présence d'un plateau technique cardiologique sur le site de Langlade permettra de développer plus facilement l'évaluation cardiologique des patients porteurs de cancer traités par l'IUCTO et par tous ses établissements partenaires regroupés dans le GCS de cancérologie privée.

▶ Le Groupement de coopération sanitaire « Institut des pathologies cardiaques de l'inter-région Sud-Ouest »

Les deux établissements composant le GCS, le CHU de Toulouse, la Clinique Pasteur et l'association Médecine ensemble ont recours à cette structure de coopération pour permettre à des praticiens libéraux d'intervenir dans le domaine des pathologies cardiaques pédiatriques et de promouvoir la recherche clinique dans ce champ de recours.

Conjointement, il s'agit d'affirmer une filière de prise en charge des cardiopathies congénitales adulte et pédiatrique structurée et ambitieuse. Dans un contexte marqué par la concurrence des autres grandes agglomérations, un projet partagé entre le secteur public et le secteur privé est une force et un gage de réussite.

Les grands principes de coopération entre la clinique Pasteur et le CHU de Toulouse sont les suivants :

- Sur la partie pédiatrique : garantir et de préserver un environnement pédiatrique au sein du GHRE partagé par l'ensemble des participants. L'activité de cathétérisme des cardiopathies congénitales chez l'enfant repose sur des opérateurs publics et privés, conjointement responsables de cette activité. La criticité de cette activité nécessite en effet un très haut niveau d'expertise et de technicité ;
- Sur la partie adulte : la création d'un centre de compétence toulousain et occitan assurera la prise en charge médico-chirurgicale des cardiopathies congénitales complexes, selon des parcours patients sans doublon de prise en charge des cardiopathies congénitales complexes adulte à la Clinique Pasteur.

▶ L'unité de consultations non programmées associant des médecins généralistes libéraux à l'activité des urgences du CHU de Toulouse

Il s'agit de s'adjoindre, dans les locaux du GHRE du CHU de Toulouse, liés par une passerelle aux urgences adultes et par ascenseur aux urgences pédiatriques), le renfort de 2 médecins généralistes libéraux de 20h à 24h en semaine et 16h à 24h le week-end. Ce 2 généralistes libéraux accueilleraient des patients adultes et pédiatriques, orientés par l'IAO, ce qui permettrait de désengorger les urgences de l'activité la plus légère et donc d'améliorer, comme de raccourcir la prise en charge de ces patients.

Un GCS de prestations médicales croisées permettra d'organiser ces interventions communes, fondées sur le paiement à l'acte des médecins généralistes libéraux, conformément aux orientations portées par « Ma Santé 2022 », qui prévoit l'association de professionnels libéraux dans le cadre de l'hôpital, tout en organisant le transfert des patients accueillis en urgence, vers les cliniciens de ville.

85. Structurer une politique ambitieuse autour du projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire

▶ Rappel des parcours structurants le territoire

Le groupement hospitalier de territoire (GHT) de la Haute Garonne et du Tarn Ouest est constitué de sept établissements parties dont cinq sont situés en Haute Garonne et deux dans la partie Ouest du Tarn : le CHU de Toulouse, le CH Gérard Marchant, le CH de Muret, le CH Comminges des Pyrénées en direction commune avec les hôpitaux de Luchon, le CH de Lavaur et le CH de Graulhet.

Les orientations stratégiques du projet médical s'inscrivent dans le cadre d'une politique dynamique de coopérations, dont la déclinaison opérationnelle est adaptée aux situations locales.

Outre les particularités locales, le GHT a choisi de structurer ses actions de coopération autour de six filières retenues comme prioritaires, l'objectif étant de conforter l'offre de soins publique sur le territoire et de développer les pratiques de soins modernisées dans le cadre de prises en charge graduées.

Les six filières de soins retenues comme prioritaires sont les suivantes :

- « Urgences et soins critiques (dont AVC) » : l'accent sera mis sur les prochaines années au niveau des situations d'urgences somatiques dans une logique territoriale, au-delà des seules structures d'urgence. Les travaux en cours et à venir porteront principalement sur l'accessibilité aux soins d'urgence, les filières territoriales d'organisation des parcours de prise en charge selon le motif de recours à des soins urgents dans le respect de la gradation de soins, la fluidité des prises en charge et la qualité et la sécurité des soins sur l'ensemble du territoire GHT ;

- « Soins de suite et de réadaptation », pour les unités polyvalentes et spécialisées du territoire : de fortes disparités de structuration et de lisibilité entre les différentes sous-filières de SSR se font ressentir, qu'il conviendra d'améliorer sur les prochaines années. Des difficultés concernant l'accessibilité aux SSR, les accès aux recours spécialisés pendant le séjour et l'aval des SSR seront également appréhendées dans le cadre du projet médical partagé du GHT mais également à travers le projet d'établissement du CHU ;

- « Personnes âgées et vieillissement » : la saturation de la filière, la complexité des prises en charge et les difficultés de coordination des parcours de soins de cette population fragile mettent en exergue la nécessité de travailler sur la fluidité des parcours sanitaire/médico-social et sur la prise en charge des parcours ou épisodes de soins spécifiques ;

- « Psychiatrie et santé mentale » : compte tenu de la création d'une communauté psychiatrique de territoire (CPT), cette filière de soins sera mise en œuvre par l'assemblée médicale de la CPT. Les travaux conduits ont montré la nécessité de collaborer à l'amélioration de l'accessibilité aux structures, sanitaires de la filière (accessibilité des

structures ambulatoires, hôpitaux de jour réactifs de psychiatrie, hôpitaux de psychiatrie ou encore hospitalisation conventionnelle) et à l'amélioration de la fluidité de celles-ci. Le projet médical partagé portera également sur la nécessaire amélioration de la coordination des prises en charge et une plus grande coopération des structures et des professionnels de santé. Par ailleurs, en termes de parcours patient, il sera important de travailler sur les soins psychiatriques non programmés. L'amélioration de l'accessibilité à une prise en charge psychiatrique en urgence, en tout point du territoire par les services d'urgence, les centres médicaux-psychologiques ou par les admissions directes avec l'appui des structures ambulatoires devra être recherchée ;

- « Femme, mère, couple, nouveau-né, enfants » : les efforts concernant le parcours patient se centraliseront davantage sur les prochaines années sur la périnatalité, compte tenu des difficultés rencontrées au sein des établissements parties du GHT. L'amélioration du parcours patient sur cette filière nécessitera notamment le renforcement des ressources médicales en gynécologie-obstétrique et le développement de liens plus étroits entre le CHU et les centres de proximité pour la prise en charge des enfants ;

- Cancers et soins de support : les enjeux sur cette filière seront de deux ordres ; améliorer l'accessibilité aux soins d'une part, à travers le renforcement de l'offre de soins et le développement d'activités de proximité, le renforcement des ressources médicales au sein de certains établissements et l'amélioration de la lisibilité de l'offre de soins du GHT et de l'ICR. D'autre part, les enjeux seront liés à la coordination des parcours et l'amélioration de la sécurité des prises en charge et la continuité des soins. Pour ce faire, il sera important de structurer la gestion de l'urgence en cancérologie, de développer les soins de support et garantir la continuité du projet de soins palliatifs et enfin de faciliter l'accès aux soins de suite et de réadaptation.

▶ Des pôles interétablissements au service des filières du GHT et une plus grande intégration des fonctions partagées

Au-delà des six filières de soins retenues comme prioritaires, le CHU de Toulouse souhaite s'investir dans une politique ambitieuse de mise en œuvre du projet médical partagé. En effet, les sept établissements parties au GHT ont une réelle volonté de créer un partenariat étroit sur l'ensemble des sujets sensibles, qu'ils s'intègrent dans le cadre du PMP déjà élaboré ou qu'ils apparaissent au fur et à mesure de sa mise en œuvre.

Les enjeux importants autour de la démographie médicale seront abordés comme l'un des sujets majeurs traités dans le cadre du GHT, à horizon 2023, pour lequel les établissements, dont le CHU de Toulouse compte pleinement s'investir.

Un des projets phares du GHT Haute Garonne Tarn Ouest dans la première période du projet d'établissement 2018-2022 du CHU, sera la création de pôle(s) inter-établissements, en particulier concernant l'activité de soins de gériatrie.

Dans ce cadre, il serait également opportun de mettre en place une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) de territoire pour toute la discipline gériatrique.

La création de ce PIE de gériatrie pourrait être envisagée en 2019 avec une déclinaison opérationnelle.

Par ailleurs, si les résultats de la mise en œuvre de ce PIE de gériatrie sont convaincants, le GHT pourra poursuivre la même réflexion autour de la création de PIE d'imagerie, de gynécologie obstétrique ou encore de neurologie.

S'agissant des fonctions supports, l'objectif attendu est d'arriver à une véritable mutualisation des fonctions et un partage des connaissances et compétences.

La convergence du système d'information est en cours de constitution et devrait être opérationnelle d'ici fin 2021.

Concernant le DIM de territoire, ce dernier devra poursuivre la dynamique engagée depuis la création du GHT.

S'agissant de la mutualisation de la fonction achat, l'objectif est de mettre en place une approche collaborative et participative, dans un souci d'une vision partagée entre tous les établissements. Ces derniers se sont engagés à s'organiser pour garantir en permanence la continuité contractuelle, en maximisant la performance dans le respect de la qualité et des besoins définis par chacun.

Une dynamique par domaine d'achat (à savoir produits de santé, biologie, achats généraux, informatique, biomédical ou encore travaux) a été réalisée et devra être poursuivie tout au long du projet d'établissement.

Enfin, les axes prioritaires de travail sur les prochaines années sont les suivants :

- Asseoir la fonction de contrôle de gestion achat et finaliser la mise en place des outils pour améliorer le pilotage global de la fonction ;
- Anticiper plus encore le renouvellement des marchés pour travailler sur l'harmonisation des besoins en impliquant les prescripteurs achats ;
- Et poursuivre la mise en place d'un système d'information achat performant pour faciliter le processus en levant les nombreuses contraintes (pas de SI performant disponible sur étagère).

Concernant les ressources humaines, le travail engagé concernant les actions de formation continue sur les 7 établissements parties devra être poursuivi. Des orientations ont déjà été définies pour certaines filières telles que la psychiatrie et santé mentale, la filière femme-mère-couple-nouveau-né, ou encore le SSR.

Des axes de formation sont actuellement en cours d'élaboration pour les filières HAD, urgences et soins critiques, personnes âgées et vieillissement et cancérologie et soins de support. En revanche, il sera important de poursuivre la dynamique engagée à ce jour, pour les filières médicotechniques c'est-à-dire l'imagerie, la biologie et la pharmacie.

Enfin, l'ouverture vers l'extérieur du GHT Haute Garonne Tarn Ouest signifiera également que les efforts déployés par les établissements parties devront être poursuivis en dehors des liens privilégiés et développés avec les structures publiques ces dernières années. En effet, il sera important de collaborer davantage avec d'autres structures, notamment celles du secteur médico-social.

Des coopérations de proximité devront être envisagées, afin de décloisonner l'organisation des soins en proximité, entre la médecine libérale, la médecine hospitalière et le secteur médico-social.

Le GHT Haute Garonne Tarn Ouest étant constitué et le PMSP validé par l'ARS, l'objectif global sera désormais de réfléchir à une gouvernance beaucoup plus partagée entre les établissements parties au GHT, de façon à gagner en efficacité et opérationnalité, tout en atténuant les disparités existantes et en renforçant l'offre de soins sur le territoire.

Au-delà des 6 filières prioritaires, piliers du Projet Médical Partagé la mise en œuvre du PMP du GHT doit se poursuivre sur :

- Le développement de filières de type « ambulatoire » au sein du CHCP, en relation avec une activité d'hospitalisation complète au sein du CHU des disciplines ophtalmologie ; gastro entérologie médicale et urologie ;

- Le développement de consultations avancées dans les spécialités faisant défaut sur le territoire au bénéfice d'une forte demande de la population (neurologie, néphrologie, ORL, dermatologie et endocrinologie).

La promotion de la santé et la prévention pour tous

86. Développer des actions de prévention et de promotion de la santé

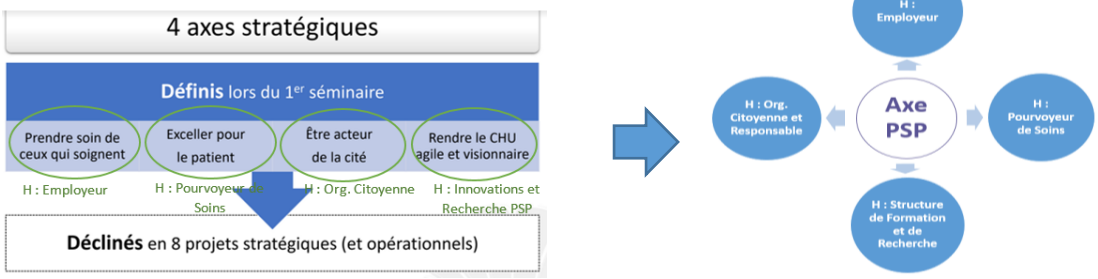
La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 (SNS) rappelle l'ampleur des coûts engendrés par les affections chroniques et légitime la promotion de la santé comme un axe prioritaire pour y faire face. Ainsi, on peut lire *« la promotion des comportements favorables à la santé peut réduire des facteurs de risque qui induisent des coûts sociaux considérables (20,4 milliards d'euros pour l'obésité, 15 milliards d'euros pour l'alcool et 26,6 milliards d'euros pour le tabac (…)* ».

Les organisations de santé utilisent le Plan National de Santé Publique (PNSP) comme un guide permettant d'opérationnaliser cette stratégie sur le territoire. Le CHU de Toulouse, de par son activité de soin, de formation et de recherche ainsi que son rayonnement régional a un rôle important à jouer dans l'application de cette stratégie et a donc intégré les principes de promotion de la santé et de prévention dans son Projet d'Etablissement.

▶ Le CHU « Hôpital Promoteur de Santé »

Le concept Hôpital Promoteur de Santé (HPS) est né avec le 5e axe de la Charte d'Ottawa (1986), « réorienter les services de Santé vers plus de Prévention et de Promotion de la santé ». Il s'est ensuite formalisé dans les années 90 avec les déclarations de Vienne et Budapest. Sa philosophie est basée sur l'ouverture sur la Cité, l'interdisciplinarité, l'exemplarité et ses interventions visent 4 cibles : les patients, le personnel, les communautés et l'environnement institutionnel. En France, le Réseau Français des Hôpitaux et Structures de Santé Promoteurs de Santé (HSPS) coordonne ces établissements.

L'axe promotion de la santé et prévention pour tous (PSP) possède un ancrage transversal au sein du Projet d'établissement. Le CHU de Toulouse accueille quotidiennement plusieurs publics et incarne une institution majeure en santé sur le territoire régional. A ce titre, quatre axes d'intervention en Promotion de la Santé et Prévention seront déployés, conformément aux schémas ci-dessous.



Ces quatre interventions visent des publics et des objectifs distincts comme décrits :

	1. H : Pourvoyeurs de soins	2. H : Employeur	3. H : Structure HU régionale	4. H : Organisation citoyenne et responsable
Population visée	**Patients et Proches**	**Personnel**	**Chercheurs et professionnels**	**Citoyens /Communautés**
Objectifs	Promouvoir la santé des patients et de leurs proches	Promouvoir la santé de tous les agents hospitaliers	Promouvoir la santé en région	"Batir des communautés en santé"
Sous-obj	Qualité de vie à l'hopital	Qualité de vie au travail	Recherche	Développement durable
	Env. favorables	Env. favorables	Formation	Partenariats avec la Cité
			Partenariats régionaux et international	

LE CHU, PROMOTEUR DE SANTE POUR PATIENTS ET PROCHES

Il se décline ainsi en plusieurs actions :

1) Faciliter l'accès à une alimentation saine (commun PSP patients et proches et PSP)
   - Augmenter de l'approvisionnement du restaurant collectif du CHU avec des produits locaux et issus de l'agriculture biologique
   - Appliquer des tarifs attractifs pour les usagers sur les formules « bio »
   - Evaluer la possibilité de retirer les contenants en plastique et mettre de la vaisselle en verre ou en faïence sur les plateaux repas
   - Disposer des distributeurs de fruits à côté des distributeurs de boissons
   - Appliquer le nutriscore dans le restaurant collectif

2) Améliorer la qualité de vie des patients grâce à la création d'environnements physique ou organisationnels favorables
   - Effectuer un état des lieux de la satisfaction des patients et de leurs proches autour des items suivants : qualité de l'accueil, de la chambre, de l'information reçue et de la communication avec les professionnels, du retour à domicile
   - Mettre en place des interventions d'amélioration selon les pistes envisagées par les répondants et les possibilités de la structure et du personnel sur les items investigués
   - Sensibiliser les soignants et plus largement tous les personnels gravitant autour du patient (cuisiniers, transporteurs, etc.) au concept de promotion de la santé dans les soins
   - Créer des jardins thérapeutiques notamment pour les services de gérontologie, psychiatrie, oncologie.

3) Sensibiliser les femmes enceintes aux risques liées aux perturbateurs endocriniens
   - Inclure dans les consultations prénatales et cours de préparation à la naissance des notions de protections aux risques liés aux perturbateurs endocriniens
   - Diffuser dans les services de maternité les messages de prévention au sujet de l'environnement via le matériel INPES/SPF (ex : guide de la pollution de l'air intérieur),
   - Former des soignants référents à ces nouveaux risques afin qu'ils puissent répondre aux questions des patientes et de leurs proches de manière juste et sensibiliser l'équipe à ces notions au sein des services.

4) Promouvoir le centre de santé sexuelle de La Grave

5) Utiliser l'api thérapie grâce à l'installation de ruches sur le toit de l'hôpital
   - Former des soignants référents à cette méthode

- Diffuser l'information à travers l'hôpital afin d'en faire bénéficier tous les patients pouvant en bénéficier

6) Encourager la mobilité verte et faciliter les trajets vers l'hôpital (commun PSP Patient et proches et PSP Personnel)
   - Mettre en place une plateforme réactive de co-voiturage pour les patients et leurs proches ainsi que le personnel sur le site du CHU
   - Inciter à l'usage du vélo, en développant les emplacements vélos sécurisés et abrités des intempéries
   - Le CHU, Promoteur de santé pour ses personnels

7) Inscrire la promotion de la santé et prévention au cœur de la démarche des psychologues du CHU de Toulouse
   - La participation active du sujet réhabilité dans sa trajectoire de vie, dans son environnement social, économique, familial est essentielle. Il ne s'agit pas de traiter un organe, ou d'une fonction plus ou moins altérée mais de considérer le sujet humain dans sa complexité où se nouent les caractéristiques individuelles, subjectives, les dimensions sociales, familiales, environnementales. Il s'agit d'apprécier l'impact du trouble d'en infléchir si possible l'évolution, voire de l'anticiper par des mesures préventives
   - Les psychologues souhaitent adapter et prioriser leur réponse aux besoins d'une population en forte évolution. Cela implique d'abord de réfléchir à l'évolution des modes de prises en charge et de prendre une part active à la définition des axes thérapeutiques.

Pour décliner ces 2 objectifs majeurs, des groupes de réflexion de psychologues seront créés pour réfléchir aux évolutions sociétales et aux nouveaux besoins de prise en charge psychologiques qu'elles suscitent.

La représentation des psychologues aux différents groupes de travail de l'établissement sera favorisée, selon les axes définis par les plans santé mais aussi par ce que la clinique leur enseigne (champ de l'interculturalité, du traumatisme, des maladies de civilisation, des nouvelles sexualités, parentalités par exemple).

LE CHU, PROMOTEUR DE SANTE POUR LES AGENTS HOSPITALIERS

L'axe Promotion de la santé est commun avec plusieurs items du projet Professionnel et Social, notamment à travers la qualité de vie au travail.

1) Faciliter l'accès à une alimentation saine (commun PSP Patients et proches et PSP)
   - Installation d'aires de repas agréables pour le personnel qui pique-niquent afin de l'inciter à sortir de l'unité pour le repas
   - Mettre en place un programme d'activité physique et d'alimentation pour le personnel du CHU
   - Inciter et faciliter l'accès au sevrage tabagique pour les personnels du CHU
   - Enrichir l'offre des distributeurs automatiques, proposés par les partenaires du CHU, avec des fruits, des produits laitiers, en sus des produits industriels et/ou fortement caloriques

2) Participer à l'étape de mise en œuvre du Projet social qualité de vie au travail pour y apporter une expertise en Promotion de la santé et Santé au travail et des idées
   - Accès à des crèches adaptées aux horaires de travail du personnel

- Amélioration de l'organisation du travail à partir des témoignages des soignants et questionnements autour du « Travail vecteur de santé »
- Proposition dans des plans de carrière de formation pour devenir référents en PSP et créer ainsi de véritables relais terrain
- Propositions de participations :
  - Aux échanges d'expériences en PSP avec les hôpitaux régionaux partenaires ;
  - Aux recherches interventionnelles en PSP menées sur l'hôpital.

3) Encourager la mobilité verte et faciliter les trajets vers l'hôpital (commun PSP Patient et proches et PSP Personnel)

   Disposer de vélos et voitures électriques ou non pour les trajets intersites à l'hôpital

LE CHU, PROMOTEUR DE SANTE EN REGION

1) Créer des partenariats de recherche avec les autres CHU et universités d'Occitanie autour de thématiques et projets hospitaliers de PSP

2) Soutenir des thèses et des publications au sein de l'axe.

3) Créer des formations de sensibilisation et de niveau universitaire en Promotion de la Santé
   - Créer un parcours master 2 interuniversitaire en Promotion de la santé, hébergé par le master santé publique de l'université de Toulouse avec les universités et CHU d'Occitanie afin de répondre aux besoins de postes de 2e ligne en PSP sur la région
   - Créer des formations communes aux différents CHU partenaires à l'attention des personnels : sensibilisation au concept de PSP, perturbateurs endocriniens, risques iatrogènes spécifiques à la gériatrie

4) Créer des partenariats professionnels
   - Organiser des échanges de pratiques entre homologues de la région ayant mis en place des projets de PSP
   - Participer aux congrès régionaux et internationaux en PSP et publier des articles dans les revues scientifiques autour des projets hospitaliers de PSP

5) Créer un solide réseau réunissant les forces des partenaires régionaux
   - Recenser, répertorier et actualiser régulièrement les différentes expertises (laboratoire de recherche, centres spécialisées de soins, personnel expert d'une thématique, etc.) des partenaires et diffuser ce fichier aux partenaires afin d'identifier rapidement les forces d'un projet
   - Diffuser aux partenaires une newsletter trimestrielle comprenant une veille sur les recherches en PSP, la mise en valeur des interventions de PSP mises en place par les partenaires et l'actualité nationale et internationale en PSP.

LE CHU, PROMOTEUR DE SANTE POUR LES CITOYENS

2) Entrer dans une véritable démarche de développement durable
   - Améliorer la gestion des déchets à l'hôpital

- Engager une réflexion avec les professionnels des blocs opératoires sur le recyclage des produits à usage unique,
- Faciliter la mobilité verte pour patients et personnel (Voir intervention dans 1. L'Hôpital, Pourvoyeur de soin et 2. l'Hôpital, Employeur)
- Favoriser les circuits courts et produits issus de l'agriculture biologique dans l'approvisionnement du restaurant collectif (Voir intervention dans 1. L'Hôpital, Pourvoyeur de soin et 2. l'Hôpital, Employeur)
- Poursuivre les efforts de l'hôpital sans tabac
- Installation de ruches sur le toit de l'hôpital pour utiliser le miel en api thérapie

3) Sensibiliser la Cité grâce à des interventions de PSP dans le cadre du service sanitaire des étudiants en santé (de la faculté de médecine et du PREFMS)
   - Interventions dans les écoles, collèges, lycées et universités des étudiants aux thématiques principales de PSP inscrites dans le PNSP et selon les besoins régionaux
   - Encadrement, planification des interventions et formations des étudiants aux interventions (concept de PSP, approches des différents publics, notions de pédagogie, et messages de prévention thématiques (tabac, addictions, premiers secours, premiers secours en santé mentale).

Les compétences en Santé Publique du Pôle SPMS seront mobilisées. La mise en place de cet axe PSP nécessitera l'emploi d'une personne spécialisée en Intervention en Promotion de la santé pour mener à bien les activités proposées. Des subventions seront recherchées pour assurer le financement de ce poste

▶ Le service de santé au travail au cœur de la prévention des risques professionnels et du suivi de santé individuel des agents

Depuis la réforme de la médecine du travail pour les salariés et agents de la fonction publique hospitalière, la configuration, la composition et les missions des services de santé au travail ont fortement évolué.

Plus que jamais, le rôle de la médecine statutaire portera sur l'aptitude médicale du fonctionnaire, tandis que la médecine du travail et le service de santé au travail centrera son action sur les conseils et actions de prévention des risques professionnels et le suivi de santé individuel des agents.

La récente loi 2016-1088 du 8 août 2016 modifie le suivi individuel en profondeur et renforce les prescriptions du médecin du travail en matière de maintien dans l'emploi et de préconisations collectives à l'égard du directeur général de l'établissement.

L'objet du présent projet médical est donc de proposer une organisation du SST qui optimise son action, compte tenu des missions de santé et de sécurité de l'établissement, compte tenu des réalités médicales et compte tenu des missions d'enseignement, de recherche et de recours.

Ce projet médical accompagne la démarche plus générale de l'Agence Régionale de Santé autour du renforcement de la couverture territoriale en matière de santé au travail et de prévention des risques professionnels.

Il défend 5 priorités :

- L'action en milieu de travail de l'équipe pluridisciplinaire ;
- Les missions de recherche, d'enseignement et de recours d'un CHU, le recours s'entendant en particulier autour de l'animation d'un pôle santé travail d'un GHT et / ou d'un pôle santé travail régional ;
- L'ensemble des actions pour le maintien dans l'emploi ;
- Le suivi de santé individuelle des agents ;
- Les activités connexes du médecin du travail.

PRECISER L'ORGANISATION, EN RENFORÇANT LA COORDINATION MEDICALE ET EN RECENTRANT LE ROLE DES MEDECINS DU TRAVAIL

Le SST a entamé une mutation pour optimiser son activité au bénéfice des agents du CHU, car il existe aujourd'hui de points importants de fragilité. Les médecins du travail en poste sont sur-sollicités d'une part parce qu'il est nécessaire de reconstituer l'équipe avec des médecins du travail en formation, d'autre part, parce que les demandes de l'institution sont importantes, enfin parce qu'il existe de plus en plus de situations d'agents en difficulté nécessitant un temps de prise en charge prolongé.

Pour autant, le SST dispose d'un certain nombre d'atouts pour assurer une qualité de service et participer, avec la DRH, à la santé au travail et à la prévention des risques professionnels. L'équipe infirmière est fournie et l'organisation de la pluridisciplinarité est désormais hebdomadaire autour d'une activité par projets. L'organisation pluridisciplinaire, l'affectation des priorités en fonctions de besoins et des demandes institutionnelles, l'orientation vers la prise en charge de chantiers (démarche par projets), la définition du niveau de priorité, le suivi des projets et le rôle d'interlocuteur du SST vis-à-vis du reste de l'établissement nécessite que le médecin du travail coordonnateur dispose d'au moins un mi-temps dédié à cette activité.

L'organisation sectorielle actuelle des médecins du travail, par pôles et effectifs d'agents à suivre, est éloignée des priorités quotidiennes des médecins du travail qui sont mobilisés par des actions collectives de prévention ciblées sur des activités en crise, par des situations d'agents à intégrer ou réintégrer sur des postes de travail à modifier, des demandes réitérées de participation aux CHSCT dans l'urgence, la multiplication des commissions, la maîtrise d'ouvrage d'un système d'information performant permettant de produire l'information qui est attendue régulièrement.

Afin de recentrer les médecins sur des activités prioritaires et sur les besoins conjoncturels, plusieurs mesures sont nécessaires. Une réflexion sur la répartition par secteurs affectés par médecins est d'abord nécessaire. L'activité des médecins est remplacée par une programmation régulière de leur activité, qui tient compte de l'activité non programmée. Dès lors le travail des médecins du travail devient collectif et chaque médecin peut répondre pour l'ensemble des pôles en fonction des demandes et de la répartition faite par le médecin coordonnateur.

Les médecins du travail priorisent la prise en charge de la reprise et / ou réintégration des agents, l'action en milieu de travail avec les équipes pluridisciplinaires, l'encadrement des médecins du travail en formation recrutés pour reconstituer l'équipe médicale, la maîtrise d'ouvrage du système d'information. Ils doivent se répartir la participation aux commissions institutionnelles (DRH) et aux CHSCT.

Par voie de conséquence, les visites d'embauche, systématique deviennent des visites d'information et de prévention réalisées par les infirmiers. De même, la répartition par pôle se fera autour des infirmiers.

Il importe de lancer les groupes de réflexion qui permettront de préciser le rôle et le temps dédié à la coordination médicale en cohérence avec le projet de service, de renforcer son rôle de structuration de l'activité médicale et de l'activité pluridisciplinaire assistée par l'ergonome du SST. Dans l'intervalle, l'organisation nécessaire pendant la reconstruction de l'équipe médicale sera à définir.

La réorganisation amènera à assurer le non programmé autour d'une permanence infirmière et médicale tournante, à prioriser l'action médicale autour du maintien dans l'emploi et de l'activité par projet, ce qui amène à dédier aux infirmiers des visites d'Information et de Prévention à l'embauche et au cours du parcours professionnel des agents avec, à chaque fois que cela le nécessite, une orientation médicale possible.

La désectorisation de l'activité des médecins du travail amène à clarifier le rôle des infirmiers comme référents polaires et à préciser le périmètre de l'équipe pluridisciplinaire affectée au SST.

Enfin, la régulation de l'action du SST, repose aussi sur la priorisation et l'organisation des demandes venant de l'institution, des cadres etc.

REGROUPER LE SERVICE SUR UN SITE UNIQUE AFIN DE RATIONALISER SES MOYENS ET PERMETTRE DE GARDER LE CONTROLE DE SON ORGANISATION

Ce regroupement sur le site de Purpan permettra d'assurer une permanence infirmier / médecin pour les activités non programmées. Sollicités régulièrement par les cadres et les DP, le SST doit interrompre son activité programmée au détriment des agents pris en charge en consultation. Le SST va s'organiser pour qu'à tour de rôle une infirmière et un médecin soient déchargés du programmés pour accueillir les demandes impromptues.

Le regroupement permet également d'économiser sur la gestion des dossiers médicaux des agents qui restent essentiellement papiers avec passages réguliers d'un site à l'autre. A terme, plusieurs voies d'amélioration : un agenda universel permettant aux cadres de placer leurs agents sur des créneaux de consultation en fonction des contraintes de leur service, une dématérialisation des dossiers médicaux si la maîtrise d'ouvrage et le financement du SI aboutit à un outil performant.

Enfin le regroupement permettra au médecin coordonnateur et aux cadres métiers d'organiser l'activité pour l'ensemble des personnels du service, et d'assurer la continuité en fonction des absences programmées ou non programmées.

Des échanges fructueux mais actuellement trop peu fréquents avec la DRH nécessitent que soient définis des plans d'actions propres au STT en subsidiarité de ceux qui sont mis en place à l'échelle de l'institution.

En contrepoint du site unique, les équipes seront mobiles sur l'ensemble des sites du CHU soient pour des actions en milieu de travail et des consultations de proximité programmées.

Le regroupement géographique des fonctions de secrétariat du service de pathologies professionnelles et des 2 services actuels de santé au travail à Purpan permettra de faire monter progressivement en compétence les secrétaires du SST vers le métier d'Assistant de Service de Santé au Travail (ASST). Les missions des ASST intègrent potentiellement des pré-visites avant consultations auprès du médecin ou de l'infirmier (saisie de données administratives, recueil

d'éléments médicaux préalables à la consultation : antécédents, traitements…, réalisation d'examens complémentaires), temps sur le terrain (réalisation de fiches d'entreprise, participation aux actions en milieu de travail).

Le projet intègre la réalisation d'un plateau de consultations constitué de box mutualisés, servant aux médecins des 3 services ainsi qu'aux infirmiers.

▶ Parcours de soins pour les patients porteurs de maladie chronique à risque de rechute : la prévention par une promotion des changements des habitudes de vie

Une adaptation, ou des changements des habitudes de vie, en particulier en ce qui concerne la promotion de l'activité physique et la réduction la sédentarité, l'équilibre alimentaire avec une éventuelle régulation de poids, l'arrêt du tabagisme sont des leviers de promotion de la santé, et de prévention primaire, secondaire et tertiaire dans de nombreuses circonstances et maladies.

En prévention primaire, ces messages sont largement diffusés, connus des citoyens, qui peinent à les mettre en place pour de multiples raisons. En prévention secondaire et tertiaire, ces leviers sont moins bien connus, à la fois du public concerné et des soignants. Les difficultés de mise en place se trouvent donc majorés par ce manque de connaissance.

Certaines maladies chroniques graves par leur pronostic sont à fort risque de rechute. Par exemple, le cancer du sein peut être considéré comme une maladie chronique, avec des rechutes survenant entre 2-3 ans et aux alentours de 7 ans, après le primo-traitement (pour les formes de cancer du sein les plus fréquentes dites hormono-dépendantes). Le diabète et l'hypertension artérielle découverts au cours de la grossesse, ont un risque très élevé de devenir permanents quelques années plus tard, même si après la grossesse ces maladies semblent s'éteindre. Il en est de même de la rémission du diabète après chirurgie de l'obésité, avec des rechutes qui vont affecter entre 30 et 50 pour cent des patients. Pour les BPCO, le risque de rechute après une exacerbation sévère est très élevé même pour les stades les plus légers de la maladie.

Dans toutes ces maladies, les changements d'activité physique, de l'alimentation, de la consommation tabagique ont fait la preuve de la capacité à prévenir les rechutes et d'aider au maintien des changements d'habitudes de vie. Il est donc souhaitable de promouvoir ces stratégies de prévention chez les personnes atteintes de ces maladies pour prévenir les rechutes.

Afin d'augmenter l'efficacité de l'adhésion des patients à ces changements et à leur maintien, une action coordonnée de tous les acteurs intervenant dans le soin de ces personnes est indispensable.

Il est donc proposé une innovation organisationnelle, intégrant tous les acteurs de soins et de l'environnement de ces personnes, dans un parcours dont l'objectif est de mettre en place avec succès et de façon durable ces changements des habitudes de vie.

Ce parcours est proposé, dans un premier temps, aux femmes avec un cancer du sein non métastatique présentant une obésité associée, puis aux personnes avec un diabète ou une hypertension artérielle de la grossesse, puis aux personnes avec BPCO et récidive de diabète après rémission induite par la chirurgie de l'obésité, dans une montée en puissance progressive.

Cette expérimentation analyse l'efficience de ce parcours.

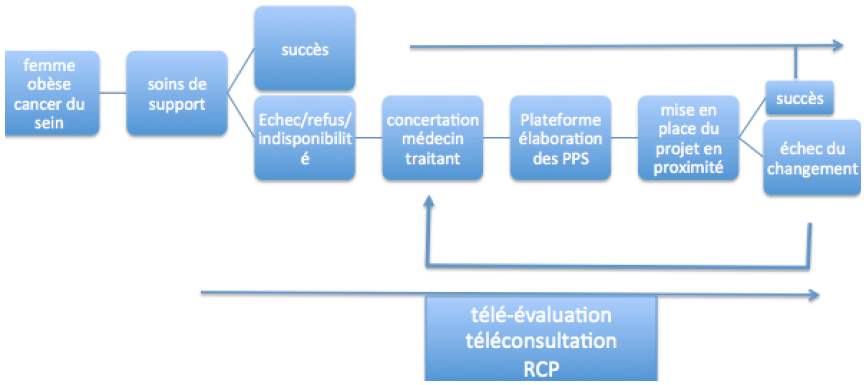
OBJET ET FINALITES DU PROJET D'EXPERIMENTATION/ENJEUX DE L'EXPERIMENTATION

Le cancer du sein non métastatique, véritable problème de santé publique de par sa fréquence est devenue une pathologie de bon pronostic. Toutefois, il existe malheureusement encore des patientes à risque de rechute et l'obésité constitue l'un des facteurs de risque de cette récidive.

L'équilibre alimentaire, la diminution de l'alcool et du tabac ainsi qu'une activité physique adaptée réduisent le risque de récidive. Egalement, il semblerait qu'une réduction du risque puisse se voir s'il existe une perte de poids après le primo-traitement (chez les patientes obèses).

La prise en charge de ces différents paramètres s'intègre parfaitement en oncologie dans ce que l'on appelle un PPAC (Programme Personnalisé de l'Après Cancer). Afin de simplifier l'appellation puisqu'il s'agit d'un parcours de soins transposable à d'autres pathologies non oncologique, le terme de PPS (Parcours Personnalisé de Soins) s'intégrant dans la phase de l'après cancer sera utilisé.

La vision temporelle d'ensemble du parcours est décrite dans la figure ci-dessous :



Des personnes atteintes cancer du sein, se voient proposer des ressources de changement existantes. Ce sont les soins de supports déjà en place sur le site de l'IUCTO-Langlade, (atelier thérapeutique nutrition et CAMI qui est une plateforme d'activité physique gratuite) et de consultation gratuite avec un diététicien de la Ligue contre le Cancer). La proposition est faite par l'infirmière de coordination de l'IUCTO-Langlade, et c'est une innovation, pour que toutes les femmes en bénéficient. Cette expérimentation crée ce poste. En cas de succès des indicateurs de changements, la personne est suivie à cet égard par son médecin traitant.

En cas d'absence de ressources, de difficulté à les mobiliser, ou d'échec à la mise en place des changements des habitudes, l'infirmière de coordination de l'IUCTO-Langlade propose une venue à la plateforme d'élaboration des projets personnalisés de soin. Cela peut être nécessaire du fait des inégalités territoriales de santé (distance par rapport à la CAMI, difficulté de revenir sur le site du traitement initial, …). Les difficultés de transport et de déplacement sont souvent citées comme un frein à l'accès aux ressources. Les personnes atteintes d'obésité et de cancer du sein ont un plus fort taux de récidive du fait d'un moindre recours aux soins. Il est probable que des soins de proximité réduisent cette inégalité d'accès aux soins.

En concertation avec le médecin traitant, (par une téléconsultation de type réunion de concertation pluridisciplinaire) la personne est invitée à une journée de mobilisation pour créer un projet personnalisé de soins, ciblant ces changements des habitudes. Cette téléconsultation est à financer dans ce dispositif. Elle permet au médecin traitant de faire le lien entre la personne, son

environnement soignant, les ressources de proximité, l'infirmière de coordination et la plateforme.

Lors de la venue à la plateforme, les télé-évaluations en amont, les entretiens motivationnels, et les ateliers ont pour objectif de créer un projet personnalisé de soins (PPS), ciblant ces changements des habitudes. Les ressources de changement, et le management du projet sont confiés à des acteurs de proximité et font partie intégrante de ce projet personnalisé de soins. Le PPS comporte des objectifs à moyen terme (par exemple augmenter de tant de minutes l'activité physique hebdomadaire, équilibrer tel aspect de l'alimentation, cesser de fumer, perdre tant de kg…). Ces objectifs sont soutenus par des actions (les changements) mis en place avec les ressources de proximité (kinésithérapie, association sportive, association de patients…) et des ressources à distances (les outils d'évaluation de l'activité physique, les outils d'analyse de l'alimentation). Des ressources de télé évaluation, et de téléconsultation sont utilisées pour valider que les personnes sont dans le projet défini et co-construit, et les soignants de proximité sont alertés quand ce n'est pas le cas. Un forfait dérogatoire est attribué pour ces changements. Un financement est demandé pour cette plateforme.

OBJECTIFS DE CETTE EXPERIMENTATION

Cette expérimentation analyse la faisabilité, l'efficience de ce parcours. Elle concerne 15% (prévalence de l'obésité) des 59 000 cancers du sein annuel en France (données 2017, INCa). A l'IUCTO-Langlade, ce sont 800 à 1000 nouvelles patientes par an qui sont prises en charge pour un cancer du sein soit potentiellement 100 patientes obèses environ.

Les recommandations Oncomip précisent les séquences de traitements du cancer du sein, représentant le référentiel de base de la réunion de concertation pluridisciplinaire définissant la séquence thérapeutique (chirurgie / radiothérapie / chimiothérapie / hormonothérapie). Il existe des incitations/préconisations aux changements des habitudes de vie, après un cancer du sein, inscrites dans des référentiels internationaux (American Society of Clinical Oncology). Ainsi, la pratique d'une activité physique adaptée et régulière, l'adoption d'une alimentation équilibrée, la réduction voire la suppression du tabac et de l'alcool doivent être recommandés aux patientes traitées pour un cancer du sein. De plus, l'augmentation de l'activité physique améliore la qualité de vie après cancer et réduit les effets secondaires de certains traitements tels que l'hormonothérapie adjuvante.

Or, ces recommandations sont mal connues des patients et même des soignants et ne sont que trop rarement appliquées.

Des ressources sont certes, déjà en place afin d'aider les soignants à appliquer ces recommandations. Elles ont été instaurées par l'équipe des soins de support de l'IUCTO-Langlade (atelier thérapeutique de nutrition et d'activité physique notamment en partenariat avec la CAMI) et par la Ligue Contre le Cancer (consultations personnalisées auprès d'une diététicienne). Toutefois, ces ressources ne sont pas adaptées aux problématiques des femmes obèses, autre raison de non application des recommandations internationales. De surcroit, l'accès à ces ressources n'est pas aisé pour toutes les patientes, essentiellement pour des raisons géographiques, favorisant probablement les inégalités territoriales de santé. Les difficultés de transport et de déplacement sont souvent citées comme un frein à l'accès à ces ressources.

La construction du PPS s'inscrivant dans la phase de l'après-cancer doit idéalement limiter les retours à l'IUCTO-Langlade, vécu comme le lieu du traitement, avec une difficulté symbolique à l'envisager pour le traitement de l'après cancer et l'on doit donc favoriser une prise en charge de

proximité. L'instauration d'un PPS de l'après cancer chez les patientes obèses est un enjeu innovant qui doit permettre aux femmes concernées d'adopter une attitude pro-active envers leur santé afin de prévenir la récidive du cancer du sein mais aussi les autres problèmes de santé (ex : survenu d'un second cancer, maladie cardio-vasculaire etc..). Cela suppose une organisation et un positionnement de la plateforme « Cancer du sein et obésité » comme une réelle ligne thérapeutique. La personnalisation des PPS (« projets personnalisé de soins ») prend en compte toute la dimension bio-psycho-sociale et environnementale de la personne ; et ne se contente pas d'appliquer des recommandations générales à toute la population. Elle est de nature à améliorer l'adhésion aux changements.

Il est prévu d'impliquer les associations de patients dans la création des scénarios d'atelier et d'entretien lors de la venue à la plateforme. Le suivi des patients par télé-évaluation participera de l'évaluation de cette stratégie en créant un registre des personnes incluses dans cette expérimentation. La création d'une application pour animer les groupes, gérer les ressources de proximité, et communiquer avec les soignants est une des productions du projet Salutance. Cette application pourra être utilisée pour ces groupes de personnes, et pour celles qui sont prises en charge dans les 20 autres structures de la région autorisées à la prise en charge du cancer du sein. Cette application permet également une coordination entre soignants.

L'impact du changement des habitudes se fera sur la qualité de vie, la fatigue, les capacités physiques des personnes. Dans la mesure où il s'agit d'un projet de prévention, et même pour les autres pathologies, il n'y a pas d'économie prévisible à court terme. L'impact de la création du parcours et de ses composants est de coordonner des actions par plusieurs acteurs autour d'une personne soignée. Ce concept de parcours de soins pour des personnes avec des maladies susceptibles de rechute, et la plate-forme d'élaboration des projets personnalisé de soins, ainsi que l'utilisation des ressources de télémédecine et les applications de gestion des ressources de proximité et de management des groupes, testés dans cette expérimentation pourront être proposés à toute la région Occitanie pour les pathologies décrites ici.

Les changements des habitudes de vie ciblés dans ce projet (activité physique, équilibre alimentaire, tabagisme, perte de poids modeste) sont ceux indiqués pour beaucoup d'autres pathologies (diabète de type 2, hypertension artérielle, BPCO…) et en prévention primaire. Les ressources mobilisées en proximité sont donc mutualisables à toutes ces circonstances

PORTEURS DU PROJET ET GOUVERNANCE

Le CHU porteur de ce projet s'appuie plus spécifiquement sur le CTDIT, qui est une unité du service de diabétologie et qui fournira une plateforme offrant de nombreux outils et ressources de télémédecine (réunions de concertation pluridisciplinaire, télé-évaluation, télé-suivi sont disponibles ou adaptable à cette ressource). L'Oncopole est le partenaire privilégié de cette expérimentation, par la spécificité du premier groupe de patientes (femmes obèses avec cancer du sein), par sa structure de soins de supports et les liens avec les ressources de proximité (Ligue contre le cancer, réseau de diététiciens…). Enfin l'URPS a été sollicitée pour être associée à ce projet.

Cette plateforme mobilisera un médecin coordonnateur HU, spécialiste des maladies chroniques en charge de l'animation de la plate-forme, du développement de la formation des soignants aux parcours de maladies chroniques et de la recherche, une infirmière ou un cadre de santé coordonnateur (formé à la coordination de parcours, à l'éducation thérapeutique et à l'entretien motivationnnel). Ces deux personnes coordonnent des personnels issus du monde libéral : gynécologues médicaux, diabétologues, endocrinologues, MG, diététiciens… Il s'agit donc d'un

modèle public-privé qui aura vocation à être présenté dans le cadre des expérimentations innovantes pour bénéficier d'un forfait.

▶ Une plateforme privée-publique d'innovation pour les maladies chroniques

Une approche pluri professionnelle des maladies chroniques est proposée pour leur prévention (primaire- y compris des personnels du CHU, des rechutes et des complications) et pour le traitement des situations complexes. La synergie des évaluations professionnelles, le rapprochement des professionnels libéraux et hospitaliers permettra l'élaboration des PPS, intégrant les indispensables changements des habitudes de vie (activité physique, alimentation, sommeil, tabac...). La participation active des patients et des associations est innovante. Des innovations tarifaires et organisationnelles seront expérimentées.

▶ Les équipes territoriales vieillissement et prévention de la dépendance du Gérontopôle déclinent des actions hors les murs de dépistage et de prévention

Moteur du déploiement des projets innovants du Gérontopôle au sein de la filière gériatrique de la région Occitanie, les huit équipes territoriales vieillissement et prévention de la dépendance (ETVPD) ont pour mission de diffuser les actions de prévention de la dépendance (repérage et prise en charge de la fragilité/dépendance évitable à l'hôpital), d'harmoniser les bonnes pratiques en gériatrie au sein du territoire de faciliter l'accessibilité à l'innovation et à la recherche clinique pour tous les patients quel que soit leur lieu de vie.

Ces équipes pluri professionnelles sont composées de professionnels de santé, d'acteurs du secteur médico-social et/ou social, particulièrement impliqué en gériatrie. Aujourd'hui plus de 1000 professionnels sont impliqués pour l'ensemble de la région.

Les ETVPD sont animées par l'équipe régionale vieillissement et prévention de la dépendance. L'ERVPD constitue un outil efficace permettant d'améliorer le parcours de la personne âgée dans chaque bassin de santé de la Région, en tenant compte des spécificités et des moyens existant propre à chaque territoire. Dans le cadre du plan régional de santé 2018-2022 et sa thématique « parcours Vieillissement », l'ERVPD continuera à réaliser ses missions et actions, en étroite collaboration avec l'ARS Occitanie.

Trois aspects seront prioritaires :

- Développer l'hôpital « hors les murs », en intensifiant les actions ambulatoires et de proximité au plus près du domicile des personnes âgées, comme l'intervention des IDE libérales en liens avec l'ensemble des professionnels de santé ;
- Lutter contre les inégalités sociales en termes de repérage et de prise en charge des sujets âgés à risque de perte d'autonomie ;
- Développer et diffuser la médecine participative, proposée par les dernières directives de l'OMS, où l'avis de la personne âgée sera pris en compte au moment de l'élaboration du plan personnalisé de prévention.

L'ERVPD portera notamment un projet d'innovation médicale dont l'objectif principal est d'étudier l'implémentation d'un programme de prévention de la dépendance en soin premier. Il sera basé sur l'analyse de deux stratégies de repérage et de prise en charge des sujets âgés à risque de perte d'autonomie. Ce projet sera élaboré en liens avec l'ensemble des professionnels de santé dans trois territoires comparables de 200 000 habitants chacun.

▶ La Cité de la Santé au cœur de La Grave et au cœur de la prévention et de la promotion de la santé

Les actions de prévention et de promotion de la santé développées par CHU sont confortées par la dimension citadine et centrale de la Cité de la Santé du site de La Grave. La prévention par le savoir ne suffit pas (messages, publicité). Le savoir-faire et le savoir-être sont indispensables pour modifier les facteurs favorisant la survenue et l'évolutivité des maladies chroniques (modifier ses habitudes de vie, se soigner, manger de façon adaptée, ne pas être sédentaire, ne pas fumer, dormir suffisamment, accepter le suivi…).

Ces changements des habitudes de vie sont les mêmes en prévention primaire, secondaire ou tertiaire, ils sont adaptés aux capacités des patients et sont en première ligne du traitement des maladies chroniques (par exemple recommandations HAS pour le diabète type 2, la BPCO…). Ces initiatives concernent tout un parcours de vie et doivent associer des partenaires public et privé, doivent être pluri professionnelles et s'aider des nouvelles technologies.

Pour ces raisons, la prévention est un point de convergence fort de ces disciplines, axe transversal, qui mérite d'être porté en termes d'initiatives d'innovation, notamment de façon spécifique à la Cité de la Santé. Toutes ces activités sont de type ambulatoire. Certaines sont déjà existantes dans l'ex ICR. Elles seront regroupées avec d'autres qui seront créées sur La Grave.

Sont ainsi regroupée au sein de la Cité de la santé, les activités ambulatoires du Gérontopole (consultations, centre de recherche clinique, hôpitaux de jour fragilité, HJ Alzheimer), le Cegidd ; la PASS ; l'Espace Régional Ethique Occitanie ; l'UTEP Unité Transversale d'Education Thérapeutique et le Centre JP Tauber (action public-privé d'éducation thérapeutique pour obésité).

D'autres activités seront créées au gré de la définition de leur modèle économique, d'appels à projet ou encore de partenariats. Il s'agit de l'Instance Régionale d'Education et Promotion de la Santé Occitanie, de la plateforme MT2 animée par le DUMG, de la plateforme de prévention de la rechute de maladies chroniques ; du projet « Salutance » de prévention primaire des maladies chroniques, du parcours d'accompagnement avant et après chirurgie de l'obésité et de la plateforme des troubles des conduites alimentaires.

L'INSTALLATION DU CENTRE DE SANTE SEXUELLE AU SEIN DE LA CITE DE LA SANTE

Les médecins du Cegidd cherchent à promouvoir la notion d'approche holistique en santé sexuelle, centrée sur la personne, dont l'efficacité en santé publique a été démontrée dans plusieurs études. Dès 2013, ils avaient proposé la création d'un CSS au CHU de Toulouse, en concertation avec un grand nombre de partenaires internes et externes, comprenant :

- Une offre de « one-shot stop » : à partir d'une demande ponctuelle de « bas seuil » (ex : dépistage du VIH) accès à un « guichet unique » ou plusieurs services en santé sexuelle

holistique sont proposés en un seul arrêt. Ceci permet de mettre en œuvre, sans perdus de vue, des actions de santé publique nécessaires et congruentes (vaccinations, contraception, sexologie etc.) ;
- Une offre en santé sexuelle de « premier recours » : c'est-à-dire la possibilité de rencontrer facilement un professionnel *« qui peut donner la réponse pour 90% des patients, dans 90% des situations et dans 90% du temps, pour le reste il fait recours à ses confrères de deuxième recours » ;*
- Une offre en santé sexuelle de « deuxième recours » située dans la même unité fonctionnelle car nécessaire à un parcours patient optimal, le premier recours étant la passerelle vers celle-ci ;
- Une ouverture large du dispositif 1e recours vers la cité et les partenaires extérieurs, en militant pour une sortie du CHU hors les murs au plus près des publics éloignés du soin ainsi qu'une entrée du monde citoyen dans les murs de l'hôpital via une présence associative sur site.

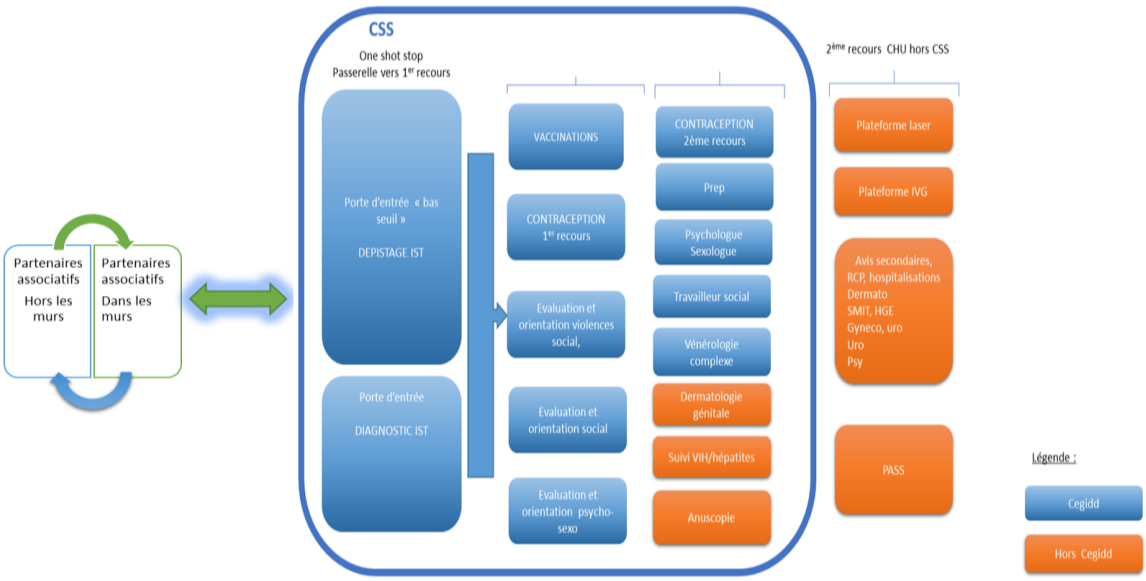
Le modèle travaillé par le CHU de Toulouse a été repéré, promu et soutenu par la DGS, entrainant en janvier 2016 la transformation de l'ensemble des CDAG CIDDIST en Cegidds. Le concept de santé sexuelle est promu dans la Stratégie nationale de Santé (SNS) et fait l'objet d'un plan spécifique. Or, la plupart des activités du CSS en sus des activités Cegidd, sont actuellement déjà en place, dans la même unité et pour certaines depuis plus de 20 ans, de fait, dispose d'un CSS au sein du site La Grave.

Le déménagement au sein du Carré de la Maternité, tel que résultant du projet médical de 2013 réactualisé par les acteurs du CSS se déroule en 2019. Il sera accompagné de plusieurs actions permettant de développer :

- La visibilité du CSS hors CHU, par une communication partenaires internes et externes en lien avec le service de communication, un site internet dédié et une présence sur les réseaux sociaux et intra CHU, par un fléchage clair, aisément reconnaissable à partir des transports en commun et une identification du centre clairement affichée ;
- L'accueil du 1e recours sur site, par la dédramatisation, la non stigmatisation et la facilitation de la venue des populations, à approche communautaire pour les populations vulnérables. Le remaniement des horaires avec ouvertures en décalé sera envisagé (nocturnes, samedis) et une image moins « hospitalière » à travailler avec associations. Les médiateurs communautaires associatifs du sexe seront associés. La facilitation des prises de rdv en lien avec la e-santé sera privilégiée. Enfin la sensibilisation des personnels d'accueil et leur formation s'enrichira des échanges avec les associations communautaires ;
- Le concept de point of care qui permet une seule venue sur site au lieu de 2. Le développement des tests rapides et de la biologie délocalisée permet la remise des résultats au cours de la même visite, sachant qu'une remise des résultats en télémédecine serait à travailler ;
- Le parcours patient du 1e recours hors site avec des actions hors les murs en lien avec les partenaires extérieurs ;
- Des actions 1e recours à distance à travers la e-santé ;
- Un parcours patient 2e recours comprenant des activités connexes à maintenir dans la même unité fonctionnelle pour délivrer des avis ou des prises en charge rapides et coordonnées dans l'intérêt du parcours patient (dermato-vénéréologie pour IST complexes et pathologie génitale, suivi VIH, VHB, VHC, contraception, 1e entretien IVG, sexologie, psychologie). Sans être au sein d'une même unité, certaines activités

doivent être accessible pour simplifier le parcours patient (dermatologie, SMIT, HGE, centre de vaccination, COREVIH, gynécologie, IVG ; urologie, médecine légale, urgences) ;

- Un projet e-santé reposant sur un site internet offrant des informations sur la santé sexuelle globale, un questionnaire d'évaluation des besoins patients en ligne, la possibilité de rdv en ligne et priorisation des patients selon urgence, un rendu des résultats par SMS, une déclaration en ligne aux partenaires etc.



PLATEFORME MT2 : PROJET DE SANTE DE SOINS PREMIERS AU SEIN DU SITE DE LA GRAVE

Ce projet propose un parcours de santé innovant qui repose sur 3 plateformes expérimentales : consultation de « prévention santé globale » ; consultation de télémédecine pour maladies chroniques complexes ou compliquées, associant les maisons de santé pluri professionnelles; action d'éducation thérapeutique en médecine générale. Ces activités nouvelles sont regroupées en un lieu de recherche universitaire sous l'égide de la plateforme MT2 (Médecin Traitant Toulouse).

Consultation de prévention santé globale

L'objectif est de définir le parcours en santé d'une personne, à un moment donné et en contexte de soins primaires sur un territoire défini. Il s'agit de repérer des facteurs de vulnérabilité dans des domaines où la prévention peut s'exercer et d'avoir des données sur le contexte de vie du patient. C'est l'équivalent de la médecine anticipative et d'une santé sociétale. Il s'agira d'une consultation à visée essentielle de prévention primaire, en un lieu de recherche universitaire ; le médecin traitant et le patient recevront les recommandations et le médecin aura la décision de les appliquer ou pas.

La consultation repose sur une évaluation pluri professionnelle qui abordera essentiellement les aspects suivants : état de santé physique et mental ; addictions et retentissement, état de santé universitaire, situation et risques professionnels ; statut social prenant en compte les inégalités sociales et territoriales de santé, iatrogénie. Les scores existants seront appliqués. Un suivi à un an sera proposé, permettant une évaluation de l'action. Des cohortes pourront être constituées.

Une revue de la littérature a permis de vérifier la validation de certaines actions de prévention primaire en soins premiers : dépistage de HTA, de dyslipidémies, du cancer du col ou colorectal ou du sein, IST, syndrome dépressif…Certaines actions sont à valider et feront l'objet de travaux : sommeil, risque suicidaire, addiction, contexte social, environnement…Les tests validés en soins primaires seront utilisés, d'autres seront évalués. Par ailleurs, la durée de cette consultation (environ 2h), pluri professionnelle, globale et organisant le parcours de santé est originale, sachant qu'elle est difficile à appliquer dans d'autres contextes, hors innovation.

Les conditions d'accessibilité à cette consultation sont de faire partie d'une population de 18 à 65 ans ayant un médecin généraliste ; un auto-questionnaire sera adressé au moment de la prise de rendez-vous. Lors de la venue l'auto-questionnaire sera analysé pour adapter la consultation.

Au sein de la Cité de la Santé sont disponibles 2 box de consultation et 1 bureau mutualisable. Les ressources humaines à envisager résulteront de financements issus d'appels d'offres spécifiques dans le domaine de la prévention en soins premiers, prenant en compte cette innovation. Des autorisations seront requises : ARS, CNIL…Une collaboration avec d'autres institutions ou acteurs du médico-social est prévue. L'évaluation sera effectuée en intégrant le suivi.

Consultations de télémédecine intégrant les MSP pour maladies chroniques complexes ou compliquées

Il s'agit d'apporter une expertise du CHU auprès du médecin traitant exerçant en Maison de Santé pluri professionnelle ou cabinet de groupe de la région.

Dans ces cas cliniques de maladies chroniques complexes ou compliquées, le recours au spécialiste est souvent requis. Le but est d'éviter un déplacement et de bénéficier d'échanges très formateurs. L'obtention du rendez-vous doit être inférieure à 3 semaines.

L'accès à l'équipement de télémédecine déjà présent à la Cité de la Santé sera discuté. Les moyens humains sont le recours aux médecins des spécialités concernées au CHU. Le DUMG indiquera les MSP candidates.

Plateforme d'éducation thérapeutique du médecin traitant

Le médecin traitant animera l'éducation thérapeutique soit selon les pathologies, soit de façon transversale à partir de facteurs communs à plusieurs pathologies. Elle intègrera l'observance thérapeutique qui représente un échec dans plus de la moitié des cas de maladies chroniques.

Des séances de 10 patients pourront être envisagées dans une salle mutualisable. L'animation s'organisera à partir du DUMG. L'expérience pilote a pour but de diffuser au plan régional.

PREVENTION DES FRAGILITES EN SANTE MENTALE (ENFANTS, ADOLESCENTS, FAMILLES)

Les patients souffrant de maladies mentales chroniques peuvent se situer dans un no man's land somatique. Alors que leur pathologie les expose à une surmortalité plus importante que celle de leur groupe d'âge, leur suivi en médecine générale est souvent moins structuré. Les malades mentaux présentent plus de pathologies somatiques qu'un groupe de comparaison soigné en médecine générale. Ils échappent en partie aux consultations de médecine de premiers recours, leur compliance aux soins et aux consultations de suivi varie considérablement. Les messages d'éducation pour la santé portent sur l'hygiène de vie mais sont insuffisamment compris ou suivis par ces pathologies. En effet, qu'il s'agisse de troubles schizophréniques, de troubles bipolaires, de troubles graves de la personnalité, de troubles de l'humeur chronique, la fréquence de la

sédentarité, les troubles du comportement alimentaire, les addictions tabagiques ou cannabiques, des syndromes métaboliques induits par les psychotropes, rendent ces patients plus vulnérables.

Le lien avec le médecin généraliste devrait permettre en l'instituant et en le surveillant une surveillance régulière de la santé et une meilleure articulation entre les dispositifs de soins primaires et les suivis psychiatriques. Le projet d'expérimentation vise à assurer à chaque patient en ALD pour pathologie mentale une consultation annuelle focalisée autour de sa santé physique, tracée dans son dossier, structurée autour d'axes de prévention et de suivi.

L'objectif du projet d'expérimentation vise à garantir à un patient en ALD pour pathologie mentale une consultation annuelle de santé physique, ciblée autour de quelques pathologies, tracée dans son dossier. Parmi les pathologies possibles quatre revêtent une importance considérable et nécessitent un bilan clinique et paraclinique annuel. Ces pathologies concernent l'appareil cardiovasculaire, le syndrome métabolique, le risque oncologique, les conséquences addictologiques. Pour chacune de ces pathologies un certain nombre d'indicateurs simples, généralement connus mais colligés de façon disparates permettent de documenter un suivi.

La population concerne les patients adultes majeurs sous protection ou sans protection juridique, admis en ALD pour une affection psychiatrique. Cette population est généralement suivie par les médecins psychiatres de ville, les CMP et les établissements d'hospitalisation publics ou privés, les médecins généralistes, les urgences générales et les urgences psychiatriques, les structures de réadaptation, les foyers de vie ou les SAMSAH.

Les domaines d'intérêts cliniques au nombre de quatre concernent :

- L'appareil cardiovasculaire avec une osculation, la recherche des pouls périphériques, des signes d'insuffisance cardiaque, la mesure de la pression sanguine artérielle, la réalisation d'un ECG avec mesure de l'espace QT ;
- Le contexte métabolique avec la recherche d'une surcharge pondérale, le repérage des éléments nutritionnels, la mesure de l'IMC, le nombre de pas quotidien ou la distance de marche ou d'activité physique réalisée. La vérification annuelle de la glycémie, la recherche d'une dyslipidémie ;
- Le risque oncologique : recherche d'adénopathie, palpation des seins, toucher rectal. Une radio pulmonaire, la recherche de sang dans les selles, le dosage de la PSA au-delà de 50 ans, une fois tous les 10 ans une coloscopie ;
- Les conséquences addictologiques : tabagisme nombre de paquets année, alcool nombre d'unités par jour et par semaine, cannabis nombre de joins quotidien, cocaïne nombre de grammes par semaine, héroïne nombre de gramme par semaine. Bilan hépatique avec Gamma GT.

Une fois par an cette consultation cette consultation physique dédiée est réalisée par le médecin généraliste elle comporte une dimension d'examen clinique et des données paracliniques. Elle a vocation à être versée dans le dossier médical partagé pour bénéficier aux autres professionnels de santé.

Les médecins généralistes sont informés et inclus par le réseau des maitres de stage de médecine générale, par les maisons de santé pluri-professionnelle, par l'URPS.

La population ciblée est la population de patients sous ALD pour motifs psychiatriques de la région d'Occitanie.

A cout terme, ce projet de prévention et de santé psychiatrique a pour but d'améliorer les suivis en soins primaires pour une population souvent hésitante pour rencontrer un médecin de soins

primaires. Ce suivi devrait permettre d'améliorer l'articulation entre médecine somatique et médecine psychiatrique par l'existence d'un document de cadrage partagé entre les différentes spécialités.

A moyen terme, il s'agirait de réduire les facteurs de risque et les facteurs de surmortalité qui touchent la population psychiatrique pour les paramètres étudiés.

L'efficience pour les dépenses de santé découlerait de la réduction des pathologies graves, évolutives et menées au-delà de leur terme par insuffisance de suivi.

Le plan régional de santé en Occitanie a pointé la nécessité d'une meilleure articulation entre médecine générale et médecine spécialisée psychiatrique. Ces enjeux sont particulièrement importants pour l'ARS et la Caisse d'Assurance maladie. Les spécificités éventuelles du territoire sont bien connues : grandes métropoles avec CHU, Nîmes, Montpellier, Toulouse, grandes villes avec des centres hospitaliers importants Perpignan, Béziers, Narbonne, Tarbes, Albi, Rodez, Cahors

Par ailleurs de nombreux territoires sous denses aussi bien au niveau de la médecine de premiers recours que des spécialités dont la psychiatrie.

Le champ d'application de cette expérimentation est la région Occitanie.

87. Assurer une mission de soins au bénéfice des patients en situation de précarité

► La médecine sociale au cœur de la cité

Les problèmes d'accès aux soins, de continuité des soins, d'inégalités sociales de santé se retrouvent auprès de nombreuses personnes, fonction à la fois de leurs groupes populationnels (migrants, jeunes, sans-abri…), de leur protection sociale (absente ou partielle) ou encore de leur méconnaissance du système de santé. L'hôpital est considéré par les plus fragiles comme le dernier ou le seul recours dans l'accès aux soins.

Un projet fort de médecine sociale s'inscrit dans les missions de service public du CHU. Il s'agit d'élaborer le périmètre d'une offre de santé, facilitant l'accès aux soins et aux droits des personnes en situation de précarité, en s'appuyant sur les dispositifs existants, sur le maillage partenarial, une organisation optimale et sur des projets nouveaux.

LES DISPOSITIFS DE MEDECINE SOCIALE DU SITE DE LA GRAVE, EN LIEN AVEC DES PARTENAIRES EXTERNES

Au cœur de la Cité, ils s'appuient sur 3 activités complémentaires et interdépendantes, les consultations ambulatoires, l'hébergement médicalisé et « l'aller vers ». Certains sont rattachés au pôle Santé Publique et Médecine Sociale, d'autres à la psychiatrie.

- La Permanence d'Accès aux Soins de Santé générale et dentaire (PASS) est un dispositif dédié aux personnes en situation de précarité, qui vise à leur faciliter l'accès au système de santé et à les aider dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

- La « Halte santé » est une structure médico-sociale proposant un hébergement médicalisé à des personnes sans domicile dont l'état de santé n'est pas compatible avec une vie à la rue sans pour autant relever d'une hospitalisation classique. Elle permet un accueil « bas seuil » : personnes très désocialisées, accueil avec animaux domestiques….
- L'Equipe Mobile Sociale et de Santé (EMSS) appelé également PASS mobile est issue d'une coopération entre le CHU et le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) pour aller au contact des personnes marginalisées à la rue au gré des maraudes ou en réponse aux signalements reçus par le 115, évaluer l'urgence des situations sur le plan sanitaire et social en répondant aux besoins lorsque les services de droit commun sont fermés (soirée ou week-end),a ssurer un travail de lien et d'accompagnement éducatif et /ou sanitaire dans le cadre du travail de rue ou en complément de celui des référents sociaux ou de la santé des personnes.
- L'Unité de Souffrance Psycho Sociale (USPS) est un dispositif de psychiatrie « extra sectorielle » visant une prise en compte de la souffrance psychique chez les personnes vivant en situation de précarité qui n'apparait pas dans le cadre habituel de la psychiatrie institutionnelle. Cette unité soutient les professionnels accueillant des publics vulnérables et assure des consultations psychiatriques auprès de publics en situation de précarité.
- La PASS psychiatrique renforce la prise en charge psychologique d'un public dont la précarité rend difficile l'accès aux soins. Les consultations ont lieu au CHU ou au centre de santé du CCAS.

Toutes les activités décrites ci-dessus s'inscrivent au sein d'un réseau de partenaires internes au CHU (notamment le Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie Maurice DIDE et le Centre de santé sexuelle), comme de partenaires externes institutionnels, privés et associatifs (l'Hôpital Joseph Ducing, le centre de santé du CCAS, le Centre hospitalier Gérard Marchant, La case santé, la Croix rouge, Médecins du monde, Goudouli, Forum réfugié etc.). De nombreux liens existent avec la médecine libérale et doivent s'étoffer sur les questions de précarité. Des liens forts existent également avec le secteur social et les secteurs de l'hébergement (avec le dispositif « un chez soi d'abord », la création de lits d'accueil médicalisé).

UNE MEILLEURE COORDINATION GENERALE AU BENEFICE DES PLUS FRAGILES

Plusieurs modifications organisationnelles nécessaires

Il s'agit tout d'abord de mieux repérer les personnes en situation de précarité au sein de l'établissement quel que soit leur mode d'entrée dans l'hôpital.

Il s'agit ensuite de mettre en cohérence les structures de médecine Sociale, au cœur de la ville sur le site de La Grave, par l'élaboration d'un projet médical, soignant et social coordonnée entre les différents services afin de fluidifier le parcours des patients. La coordination des acteurs et le parcours patient ne pourront être optimaux qu'avec un outil d'information partagée au sein d'Orbis.

L'optimisation de l'enseignement aux étudiants hospitaliers à travers les différentes structures précarité par des stages sur les différents dispositifs et des formations théoriques pourrait se prolonger par l'installation de la médecine sociale dans le cursus des professions de santé.

En lien avec le système d'information, la mise en place d'outils et d'indicateurs permettra le suivi des actions entreprises. L'évaluation permettra de rendre compte de la file active prise en charge, de l'efficacité des mesures entreprises et la mise en œuvre de protocoles de recherche.

Enfin, l'accompagnement des personnels, au-delà du déménagement au sein du carré de la Maternité leur permettra de retrouver leur motivation originelle pour leur métier et d'entretenir la

fierté d'être utile pour le patient, de réinvestir la dimension humaine en s'affranchissant des tâches traitées par le numérique.

Créer un lieu d'accueil

En point d'entrée de parcours patient, se situe la fonction accueil de ce lieu. Dans le nouvel espace qui se doit d'être ouvert tout au long de la journée, sans interruption, la fonction accueil est essentielle. Déterminante dans la qualité de la relation entre la structure et l'usager, elle conditionne pour partie l'appropriation par l'usager de la nécessité à recourir à l'offre de santé et à l'importance du prendre soin.

Cette fonction de premier accueil pourrait tout à fait être confiée à des associations, ou médiateurs santé qui seraient chargés d'échanger dans ces premiers instants et de faciliter l'accès à la santé. Après cet accueil liminaire et une première réponse apportée aux besoins exprimés, la prise en charge débutera sur le champ hospitalier à partir d'un accueil plus approfondi par une infirmière chargée de l'orientation sur le modèle de ce qui se fait au sein des services d'urgence. Cette infirmière après entretien avec l'usager qualifie le besoin initial et l'oriente en fonction en respectant son rythme et le besoin ressenti.

Développer des actions de prévention, faciliter des actions de dépistage

Le service civil pour les médicaux et paramédicaux pourrait participer à certaines actions de préventions (consultations de prévention dédiées sur des thèmes tels que l'alimentation, l'hygiène, les dépendances aux toxiques, la santé buccodentaire etc.).

Les actions de dépistage seraient quant à elle organisées avec les partenaires disposant de l'expertise requise, à savoir le centre de santé sexuelle pour les infections sexuellement transmissibles, le centre de lutte antituberculeuse, le diabète en lien avec le réseau « DIAMIP » et les cancers du sein en lien avec « DOC31 ».

Créer un centre ressources santé précarité

Ce centre s'adresserait aux usagers, aux professionnels de santé, aux professionnels médico-sociaux, aux associations, à tout public désirant s'informer. Il proposerait le développement d'outils d'informations et de communication (site internet, plaquettes, livret d'accueil…), le soutien technique aux professionnels confrontés à des questions spécifiques dans leur pratique, des formations, séminaires et temps d'échanges partenariaux et appuierait le développement d'un volet recherche.

▶ Création d'une équipe mobile de médecine polyvalente et sociale

En 2017, en France, septième puissance économique mondiale, 8,8 millions de personnes, soit plus de 14% de la population, dispose pour vivre d'une somme inférieure au seuil de pauvreté. L'INSEE dénombrait en 2012, 141 500 sans domicile, un chiffre en progression de plus de 50% en un an. La fondation Abbé pierre en 2016 ajoute au 141 500 sans domicile, 25 000 personnes vivant durablement en chambre d'hôtel, 85 000 dans des habitations de fortune et 643 000 en hébergement instable chez un tiers. La diversité de cette population s'est accentuée ces dernières années avec une augmentation des femmes, des familles et des étrangers. La région Occitanie est fortement impactée par la précarité avec un taux de pauvreté parmi les plus élevé de France. Sur

l'agglomération toulousaine le taux de pauvreté en 2013 est de 14,4% (et de 18,6% sur la ville centre) ce qui le place au-dessus de la moyenne nationale.

L'impact de la précarité est fort en termes de morbi-mortalité, les plus précaires étant les plus fragiles puis les plus malades : pathologies psychiatriques, addictions, maladies cardiovasculaires et infectieuses, cancers. Ces patients rencontrent en outre des difficultés à adhérer de façon autonome aux soins.

Des dispositifs spécifiques adaptés aux personnes en situation de précarité se sont multipliés en France mais l'émiettement des parcours de soins et leur complexité peut néanmoins être constatées. L'accès aux soins par les urgences n'est pas toujours adapté aux besoins des patients fragiles, l'insertion dans une filière de soins est difficile, la multiplication des intervenants médicaux conduit à une perte d'informations, à des examens redondants voir à des prises en charge non pertinentes etc.

Il est donc proposé une mise en cohérence des parcours de soins entre la ville et l'hôpital, par une coordination des intervenants médico-sociaux ainsi qu'une lecture du maillage territorial toulousain pour améliorer la prise en charge globale des patients vulnérables.

IDENTIFIER UN PARCOURS PATIENT PRECAIRE EN COORDONNANT LES ACTEURS MEDICAUX ET SOCIAUX

Il s'agit d'apporter une réponse aux besoins des patients et des équipes médico-sociales intervenant auprès d'eux. L'amplification des actions hors les murs participe d'une prise en charge médicale d'excellence hospitalière. Dans ce cadre, la collecte et synthèse des informations, l'analyse de pertinence des soins et de leur adaptation au patient permet de lutter contre l'émiettement des prises en charge.

Il s'agit tout d'abord d'améliorer l'accès aux soins pour les patients précaires. Le repérage de personnes en situation de précarité peut être facilité en s'appuyant sur le maillage territorial. L'HAS proposa un questionnaire de repérage des personnes pouvant bénéficier d'une assistance au parcours ; cet outil a vocation à être largement utilisé. Pour construire ce maillage, il convient d'organiser des temps de synthèse pluridisciplinaire entre les acteurs et la personne concernée afin de définir son projet de soins au plus près de ses besoins et de ses capacités, de développer le « case management » (méthode qui vise à offrir, dans un environnement complexe, des soins accessibles, coordonnés et efficients aux personnes nécessitant un accompagnement) et d'inventer un socle commun de connaissances, comme de professionnaliser les informations.

Le développement de consultations médicales hors les murs, en ciblant certains axes de soins spécifiques sera envisagé d'une part pour améliorer le dépistage des pathologies liées à la précarité (en particulier carentielles) et de la décompensation de pathologies chroniques et d'autre part pour permettre aux patients d'accéder aux soins plus tôt dans l'évolution des maladies chroniques.

- Consultations médico-sociales (de type PASS avancée) dans les lieux d'accueil des personnes sans-abri ;
- Renforcer et déployer le réseau avec la médecine de ville (groupe REMEDES).

Le partage d'information entre professionnels de santé reposera sur l'informatisation des données. La coopération, la mobilité des médecins, l'intervention des infirmiers et travailleurs sociaux en sera facilitée. Cela implique un dossier de soins informatisé mobile, intégré dans ORBIS, des outils sécurisés de partage de l'information entre professionnels.

Enfin la création d'une unité de Médecine Polyvalente et sociale permettrait de proposera une offre de soins et une expertise de qualité en hospitalisation complète ou ambulatoire, faire la synthèse, proposer des stratégies de soins adaptées et partagées. Elle innoverait dans son organisation par l'importance donnée au travail en équipe et par la seniorisation, en organisant des concertations quotidiennes multidisciplinaires des soignants et travailleurs sociaux, des réflexions quotidiennes sur la pertinence des actes et des prescriptions thérapeutiques, une hotline de senior directement joignable par un numéro dédié, une expertise médicale résultant d'une synthèse collégiale des données et des propositions de soins.

L'enjeu est de parvenir à diminuer le recours aux soins par les urgences au profit de l'activité programmée et d'améliorer la pertinence des soignants par la formation, au bénéfice des patients les plus précaires et fragiles.

Un engagement éthique et durable par la responsabilité sociétale d'entreprise

Le CHU de Toulouse, investi depuis de nombreuses années dans une politique de développement durable ambitieuse, prolonge aujourd'hui cet engagement par la structuration d'un projet de responsabilité sociétale d'entreprise (RSE) institutionnel qui mobilisera l'ensemble des parties prenantes sur chaque dimension qui la compose à savoir une gouvernance responsable, des impacts environnementaux maitrisés, un engagement social et sociétal permanent et des achats responsables.

88. Les enjeux de la démarche RSE au CHU

Le CHU possède une large sphère d'influence du fait de la multiplicité de ses parties prenantes.

En moyenne, les établissements de santé français contribuent à hauteur de 3,5 % à la production nationale de déchets, utilisent 1 000 litres d'eau par jour et par patient, consomment 15 % de l'énergie du secteur tertiaire et emploient plus de 1,2 million de professionnels.

Le CHU de Toulouse a évalué l'impact de son activité et souhaite la maitriser, puis la réduire :

- Sur le plan environnemental, sa production de déchets, sa consommation de ressources, ses rejets atmosphériques et ses effluents sont autant de domaines à prendre en considération pour réduire son empreinte ;
- Sur le plan social et sociétal, ses personnels hospitaliers, les usagers, les fournisseurs et prestataires de service, ses interactions avec les collectivités locales et acteurs institutionnels, détermine la place du CHU comme un acteur majeur de la cité ;
- Sur le plan économique, son rôle d'employeur, ses volumes d'achats et son devoir d'efficience positionne également le CHU comme une organisation avec un rôle considérable au sein de son territoire.

C'est dans ce contexte et pour faire face à ces enjeux majeurs que le CHU de Toulouse a décidé de s'inscrire dans une politique continue de RSE.

89. Un projet RSE strucuré et ambitieux

Le CHU de Toulouse a choisi de structurer un projet RSE qui regroupe l'ensemble des domaines reposant sur une méthodologie issue à la fois des normes internationales en vigueur mais aussi des thématiques fondamentales utilisées par les agences de notations extra-financières.

Les différents critères retenus sont regroupés au sein de 5 domaines composant le groupe projet :

1. Domaine gouvernance : Conseil de surveillance, contrôles internes, corruptions, fondations, loyauté des pratiques ;
2. Domaine environnement : énergies, eau, déchets, transport, air ;
3. Domaine achat/approvisionnement : achat éco-responsable, économie circulaire, insertion professionnelle, devoir de vigilance ;
4. Domaine social : dialogue social, discrimination, conditions de travail, handicap, risques professionnels, plan de déplacement ;
5. Domaine sociétal : droit humains fondamentaux, recherche, comportements/pratiques, informations des usagers, service civique, santé publique /précarité.

Ces objectifs de responsabilité sociale sont déclinés en principe d'action managériale, représentant les intérêts des différentes parties prenantes. Des comités de pilotage intégrant les parties prenantes sont organisés afin de partager les constats, actions et perspectives sur l'ensemble des domaines, afin d'assurer une transparence une lisibilité totale sur ces sujets.

Cette démarche est empirique et constructive afin de mettre en exergue ceux qui font vivre les valeurs du service public hospitalier : soins, sécurité, qualité, hospitalité et innovation et qui s'engagent au-delà des exigences légales pour promouvoir de bonnes pratiques. Régulièrement des équipes du CHU de Toulouse sont mises à l'honneur pour leur implication et leur dynamisme sur les sujets de RSE

En minimisant son empreinte environnementale et en promouvant une approche sociétale et économique, respectueuse et ambitieuse, le CHU de Toulouse souhaite consolider son enracinement au sein de la cité.

90. Des actions coordonnées et pragmatiques

Toutes les réflexions et propositions d'actions proviennent soit directement des professionnels soignants par le biais d'enquête et/ou de diverses remontées d'information qui sont proposées aux personnels (boite mail dédiée, challenge inter-service, animations annuelles,) soit des experts métiers déjà identifiés sur les domaines qui composent la démarche.

Les suggestions proposées sont analysées selon plusieurs critères prépondérant :

- Intérêt des parties prenantes ;
- Aspect participatif de la démarche ;
- Reproductibilité des actions ;
- Nécessité de création d'Indicateur de suivi.

Un plan d'actions global, reprenant chaque thématique de la démarche est établi chaque année. Ces actions sont validées et portées directement au plus haut niveau institutionnel par la direction générale. Un rapport annuel des actions entreprises et des nouvelles orientations sont diffusés aux parties prenantes.

Chaque action a un pilote identifié et vient incrémenter le plan d'actions institutionnel Qualité, Sécurité et Relations avec les usagers.

Tous les ans, le CHU de Toulouse s'engage à participer à la semaine européenne du développement durable et à toute autres opérations locales, nationales ou internationales pouvant promouvoir sa politique RSE et permettre de sensibiliser ses professionnels et ses usagers à devenir écoresponsables autant dans leurs univers professionnels que personnels.

91. Un engagement déja reconnu

Le CHU Toulouse se classe à la première place sur 14 Centres Hospitaliers Universitaires français audités dans le cadre de la notation extra financière réalisée depuis 2017.

Cet exercice de notation extra-financière consiste à évaluer le comportement d'une institution à 360° vis-à-vis de l'environnement, son respect des valeurs sociales, sa dimension sociétale et sa gouvernance. Chaque dimension (sociale, environnementale et gouvernance, etc.) est évaluée sur une échelle de 1 à 100.

Le CHU de Toulouse souhaite s'inscrire durablement dans ce processus de notation et sera audité chaque année afin de pouvoir rentrer dans un circuit d'amélioration continue et de renforcer ses propres exigences que nous souhaitons assumer dans la société.

Quelques exemples d'actions remarquables dans le domaine Achat et Environnement :

- Le raccordement des sites de Rangueil et Larrey en 2019 au futur réseau urbain TED alimentée depuis l'usine d'incinération des déchets (70 % dans le mix énergétique,) ;
- Projet d'ombrières photovoltaïques sur certains parkings usagers du CHU ;
- Promotion des transports doux, notamment le vélo avec la création d'installations dédiée pour favoriser ce mode de déplacement sur tous les sites ;
- Travail en cours sur application smartphone dédiée au covoiturage pour les agents du CHU ;
- Plan d'accompagnement global et institutionnel pour optimiser le tri des déchets ;
- Signature d'une charte d'achat écoresponsables ;
- Une opération « semaine du développement durable » vecteur de communication et de sensibilisation à grande échelle ;
- Une campagne éco-gestes initiée par la participation du CHU au concours CUBE 2020 qui récompense les économies d'énergie.

Prendre soin de ceux qui soignent

Projet social : simplifier la vie hospitalière pour redonner du sens et du temps aux soignants

Plusieurs enquêtes menées en 2017 font le constat d'un climat social dégradé. Les cadres de l'établissement évoquent un malaise et l'ensemble des professionnels du CHU de Toulouse d'une morosité quotidienne. Alors que le CHU est régulièrement positionné parmi les premiers hôpitaux dans les classements nationaux, en termes de soins, les relations sociales dégradées ont souvent porté atteinte à l'image du CHU en interne comme nationalement. Une certaine forme de rudesse dans les rapports interpersonnels entre les professionnels s'observe parmi toutes les catégories du CHU.

Néanmoins, le CHU de Toulouse dispose d'atouts majeurs et a mené des projets innovants. Les instituts de formation sont reconstruits, le site de l'Oncopole et la majorité du site de Purpan, très largement modernisé, offrent un environnement de travail performant. Les organisations logistiques permettent aux soignants de concentrer leur force de travail sur les soins, grâce à la « logistique des derniers mètres » qui épargne leurs déplacements. Les moyens humains déployés devraient, au regard des autres CHU, permettre de répondre aux missions du CHU de Toulouse sans tensions extrêmes.

Le projet social est construit pour l'ensemble des personnels, médicaux et non médicaux, autour de 5 axes transversaux :

- Faire de la qualité de vie au travail de l'ensemble des personnels un atout pour l'établissement ;
- Accompagner l'ensemble des managers, médicaux et non médicaux, de l'établissement ;
- Développer la marque employeur public du CHU de Toulouse au service de l'attractivité et de la fidélisation de ses professionnels ;
- Construire un dialogue social apaisé ;
- Maintenir dans l'emploi les personnes ayant des restrictions physiques ou un handicap et promouvoir les séniors.

L'ambition de ce projet social est affirmée : retrouver de la sérénité et de la fierté de travailler au CHU de Toulouse.

Pour y parvenir, la méthodologie de mise en œuvre du projet social est pragmatique et repose sur un COPIL, décliné en cinq groupes de travail thématiques. Pour les actions plus spécifiquement dédiées aux praticiens, les travaux ont été menés par le bureau de la CME élargi. Annuellement, le projet social sera réévalué afin de définir les priorités et le plan d'actions de l'année suivante ; une présentation annuelle en CTE et en CME sur le déroulement du projet aura également lieu sous l'égide du COPIL.

92. Faire de la qualité de vie au travail de l'ensemble des personnels un atout pour l'établissement

Il s'agit tout d'abord d'intervenir sur les facteurs de souffrance des professionnels et sur la reconnaissance professionnelle, en renforçant les dispositifs pluridisciplinaires de prévention qui ont été déployés, compte tenu de leur importance, en avance de phase sur le présent projet social. La Cellule de prévention et de lutte contre le harcèlement et toute forme de discrimination et la Commission Violence fonctionnent ainsi depuis 2018 avec une approche pluridisciplinaire. Le personnel médical dispose par ailleurs de la Commission de soutien et de conciliation qui vient enrichir les dispositifs institutionnels de résolution des conflits et d'amélioration de la qualité relationnelle.

La seconde action consiste à identifier, évaluer et agir sur les facteurs de risques. Le renforcement du le plan de prévention des Risques Psychosociaux (RPS), induira la mise en place d'un document unique spécifique aux RPS. Pour prévenir l'usure professionnelle une politique de "Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences santé" sera structurée.

L'expression des professionnels sera facilitée. A cette fin, une aide adaptée sera proposée pour faciliter l'orientation des professionnels vers les personnes ressources adéquates, en améliorant leur identification et en clarifiant leurs missions. Le partenariat avec la Maison de la psychologie, structure indépendante du CHU, sera poursuivi tandis que les ressources du service de psychologie sociale seront renforcées. Un dispositif de médiation individuel et collectif, de même qu'un dispositif d'écoute et de suivi des étudiants et des internes en difficultés seront structurés.

En en avance de phase sur le présent projet social, la promotion de l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes a été confiée au groupe de réflexion "Gouvernance et Parité", composé de personnels médicaux et non médicaux. Un guide "Parentalité et travail au CHU de Toulouse" sera enfin écrit et diffusé.

Le quatrième axe, aidera les professionnels dans leur quotidien, à mieux concilier leur vie personnelle et leur vie professionnelle. Garantir les plannings des professionnels via les dispositifs de suppléance (dont la mise en place d'une plateforme dématérialisée de rappel des professionnels sur heures supplémentaires) et le déploiement du télétravail permettront d'améliorer la gestion du temps de travail.

Le développement de l'offre de prestations sociales sera assuré par une offre innovante de conciergerie à disposition des professionnels du CHU de Toulouse (projet Prestations Accueil et Confort et Happytal), par le développement des repas à emporter le « pick-up lunch », proposés à un prix abordable à chaque agent et à sa famille, par la possibilité de se faire livrer le plateau patient du jour, dans les services de soins, par la navette repas (ce repas prêt à consommer tiendra compte des préférences alimentaires de l'agent et sera à un prix équivalent à celui d'un repas au self), par un guichet unique pour les aidants familiaux, par le développement et la diversification des modalités d'accueil des enfants du personnel hospitalier. Au-delà des actions lancées, il conviendra de rendre plus visibles les dispositifs d'action sociale du CHU de Toulouse

Enfin, le dernier axe développera une culture commune d'amélioration continue de la qualité de vie au travail au sein de chaque pôle. Un accompagnement méthodologique permettra de déployer la démarche, d'apporter des conseils méthodologiques et un accompagnement à la construction et à la mise en place d'actions QVT. Les démarches participatives de transformation des

organisations de travail seront privilégiées sur le modèle de la méthode « bac à sable » qui repose sur l'expression directe des agents. Les initiatives remarquables et les réalisations positives des équipes seront valorisées, par des retours d'expérience (qu'il s'agisse de la démarche QVT, des nouveaux espaces de discussions et de concertation au travail etc.) au sein de l'Espace quadripartite QVT, pour étendre ces réussites à autres pôles.

93. Accompagner l'ensemble des managers médicaux et non médicaux de l'établissement

Une offre spécifique de formation et de développement professionnel sera construite, pour permettre à l'ensemble des acteurs médicaux et non médicaux d'être accompagnés dans leur mission d'encadrement.

Les médecins exerçant des missions managériales ou ayant vocation à en exercer bénéficieront d'un programme de formation au management qui sera organisé annuellement. Plus largement, l'ensemble des praticiens séniors bénéficiera de modules de formation thématiques au management. Les cadres non médicaux seront de même accompagnés dans leurs missions managériales, par un plan de formation management, la mise en place d'ateliers de formation, animés par la Direction des Ressources Humaines, au sein des sites sur des thématiques variées (droit syndical, gestion du temps de travail, prévention des RPS...). Enfin l'ensemble des cadres sera formé à l'évaluation professionnelle.

Les manageurs seront plus spécifiquement accompagnés au début de leur mission d'encadrement, par une offre aidant à la prise de fonctions et à la gestion de projets de restructuration. Cela requiert de réactiver la filière cadres, de formaliser un parcours d'intégration des nouveaux cadres toutes filières confondues et de développer l'accompagnement externe des cadres et des médecins en position managériale sur les projets de restructuration ou sur des thématiques spécifiques en lien avec les directeurs délégués.

Au long cours, les parcours professionnels des cadres seront soutenus par la mise en place d'un référent cadre au sein de la DRH, des espaces de co-working et d'échanges entre pairs et l'identification des possibilités de mobilité à l'échelle du CHU, toutes filières d'encadrement confondues.

De nouvelles pratiques seront développées pour mieux accompagner les managers de l'établissement. Des ateliers d'échanges de pratiques managériales se dérouleront, en lien avec l'Institut de Formation des Cadres de Santé, des formations en management par la simulation, des conférences sur des thématiques managériales ouvertes aux responsables médicaux et non médicaux de l'établissement seront organisées. Le coaching sera une pratique structurée, notamment par la constitution d'un réseau de coaches internes, au-delà de recours à des expertises externes lorsque cela sera nécessaire. L'enjeu de ces démarches consiste à acculturer l'encadrement à un management intégrant une dimension de qualité relationnelle au-delà de l'efficacité des process et des organisations.

94. Redonner du temps aux soignants

LE SALON HOTELIER POUR LES PATIENTS

Avec le virage ambulatoire, le raccourcissement de la durée moyenne de séjour, la prise en charges des patients évolue. Le service hôtelier proposera ainsi de nouvelles modalités de restauration, par la mise en place de salles à manger par site dédié aux patients sortants avec les accompagnants et ainsi permettre aux patients de sortir de l'environnement de sa chambre pour lui offrir un espace de restauration bien plus convivial. Ce service permettra aux soignants de libérer plus tôt les chambres et ainsi d'organiser plus sereinement les prises en charge suivantes. Il servira aussi comme point de ralliement pour les patients pris en charge à leur sortie par les transports internes et externes.

VERS LA DEMATERIALISATION DES COMMANDES DE REPAS POUR LES PATIENTS

Le choix des préférences alimentaires sera généralisé par l'expression via le téléviseur ou son dossier patient lors de la pré-inscription. La généralisation du déploiement des téléviseurs connectés dans les chambres pourrait permettre à terme de dématérialiser les commandes des repas et rendre encore plus visible l'offre de restauration proposée. Ces projets permettront d'améliorer l'expérience patient sur son séjour, comme de rendre du temps aux soignants

L'importance de l'accompagnement du mangeur hospitalisé étant tout aussi important que les denrées qui lui sont servies, la formation de l'ensemble des intervenants sera renforcée. Des échanges réguliers avec les agents de l'hôtellerie seront organisés afin de participer aux tests, aux commissions des menus ou revues avec les fournisseurs afin de mieux appréhender la prestation offerte à nos patients.

UN SOUTIEN AUX SOIGNANTS SUR LE PERIMETRE DES FONCTIONS LOGISTIQUES DE SITE

La mise en place du double bac sur le H1 de Rangueil permettrait de terminer le déploiement de cette méthodologie sur l'ensemble du CHU de Toulouse.

Sur Purpan et Rangueil, la reprise par la filière logistique de la gestion des approvisionnements « Hors stock » de produits généraux et dispositifs médicaux permettrait de décharger les soins de cette activité annexe et donnerait au CHU l'opportunité de mieux maîtriser ses stocks déportés. Seul l'approvisionnement des médicaments resterait géré par les soignants.

Ces mesures permettraient de donner plus de temps aux soignants pour être au plus près des patients tout en faisant écho aux difficultés remontées dans le cadre du projet bac à sable. Ce projet sera à accompagner en terme RH suite aux transferts d'activités et d'effectifs, des soins vers la logistique tout en ayant une pertinence économique.

A l'appui de cela, un outil informatique plus performant que l'actuel verra le jour afin de permettre aux soignants d'obtenir en temps réel le suivi de leurs demandes/commandes, qu'il s'agisse d'une demande de transport de biens spécifique, d'un déménagement ou de la distribution des biens (médicaments, dispositifs médicaux, chimiothérapies, produits stériles, linge).

UNE FILIERE DE TRANSPORT PATIENT TOUJOURS PLUS TOURNEE VERS LES SOIGNANTS

Le transport d'un patient fait partie intégrante de son parcours de soins et à ce titre la filière en charge de ce service s'adapte continuellement aux patients et aux soignants. Cela se traduit dans le cadre de ce projet d'établissement par une série d'actions en cours et à venir pour :

Faciliter la saisie des transports des soignants par :

- Le développement récent d'un logiciel unique et intuitif pour toutes les demandes de transports (internes et externes – tour de rôle & transports inter-hospitaliers) ;
- L'appui de la régulation dans la saisie, la modification et l'annulation des transports selon le besoin du service ;
- Le déploiement du logiciel M2PI en fonction des remontées soignantes avec possibilité de formations à la demande, réalisation de tutoriels ;
- Le développement d'interfaces avec les logiciels métiers institutionnels (Convergence/Orbis) afin d'incrémenter un maximum de données automatique pour limiter toujours plus la saisie par les soignants.

Faciliter la réactivité dans la prise en charge des transports par :

- Le déploiement des flux dédiés pour une réactivité dans les transports internes afin de respecter les organisations soignantes ;
- Le déploiement de la fonctionnalité « patient prêt » et « amener patient » dans le logiciel unique pour, là encore, s'adapter au mieux à l'organisation soignante, éviter les transports inutiles et les retards en cascade ;
- La mise en place d'un superviseur interne des transports privés TDR et TIH afin d'aider les soignants dans l'organisation des sorties ;
- La mise en place de navette à la demande permettant de réduire les temps d'attentes des véhicules sanitaires légers (VSL) et les désorganisations des services et/ou des plateaux techniques (Rangueil-Larrey et intra Purpan) ;
- Une régulation centralisée - transport sanitaire et pédestre - pour une réponse unique dans les demandes multiples (favoriser l'intelligence collective).

Accompagner les difficultés rencontrées dans le transport du patient par :

- La montée en puissance du service client qualité : apporter une réponse immédiate aux soignants et mettre des plans d'actions adaptés, éviter la saisie de mail de dysfonctionnements, de fiches de signalement d'évènement indésirable (FSEI)…
- L'animation des communications visuelles précisant les périmètres de chacun.

Participer à l'amélioration de la prise en charge des patients par :

- La mise en œuvre du « patient debout » vers les blocs dans le cadre du programme de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) ;
- La formation et évaluation par des IDE référents et des programmes adaptés de l'ensemble des agents de la filière : professionnalisation des équipes ;
- La saisie directe par scan badge ou matricule pour connaitre les prescripteurs directs dans le cadre des transports à risques et assurer des transmissions adaptées.

95. Développer la marque employeur public du CHU de Toulouse au service de l'attractivité et de la fidélisation de ses professionnels

A l'échelle du CHU de Toulouse, valoriser la « marque employeur » signifie de capitaliser l'attractivité de l'établissement sur son territoire de santé, en y intégrant la dimension Groupement Hospitalier de Territoire.

Les processus de recrutements en interne seront dynamisés et modernisés (recrutement 2.0…), en déployant le progiciel TALENTSOFT, en diversifiant le mode de recrutement aux réseaux sociaux pour des métiers spécifiques, en simplifiant les process de recrutements. Porte d'entrée sur le CHU, les temps d'accueils institutionnels des nouveaux arrivants seront redimensionnés en prenant en compte une meilleure anticipation des programmations des journées d'accueil et en travaillant sur de nouveaux axes de valorisation individuelle et collective comme le « team-building » interprofessionnel. La sécurisation de la prise de poste et du parcours d'intégration sera poursuivie (livret d'accueil, principe de tuteur, questionnaire qualité/satisfaction, poste informatique opérationnel, accès aux parkings, chambre de garde…). La politique d'accueil et d'intégration des nouveaux étudiants en médecine sera commune aux deux facultés et au CHU de Toulouse.

L'e-réputation du CHU de Toulouse sera affermie à partir d'une enquête, réalisée par une école de journaliste, qui proposera des actions concrètes d'amélioration de la communication externe. Le développement de la communication et du recrutement, via les réseaux sociaux, sera modernisée. Une communication sur la variété et l'expertise des métiers du CHU de Toulouse et du GHT sera organisée via les réseaux sociaux, notamment à destination des plus jeunes générations. La responsabilité sociale du CHU de Toulouse sera enrichie, pour continuer à intégrer en son sein les personnes handicapées, favoriser la transmission des connaissances professionnelles par l'apprentissage ou l'accueil de stagiaires etc.

Le maillage territorial du GHT constitue l'opportunité pour les agents des établissements membres, d'une mobilité professionnelle -interne et externe- au service de l'employabilité de leurs professionnels. Cela permet d'introduire des actions coordonnées sur les métiers sensibles (analyse métier, taux de fuite etc.), de mettre en place un portail GHT de la mobilité territoriale, de développer une politique de formation continue commune à l'échelle du GHT pour un parcours d'intégration à l'emploi et de dynamiser la mobilité statutaire et contractuelle. Pour faciliter cette approche, une charte de mobilité inter-pôles sera d'abord proposée au sein du CHU, puis à l'échelle du GHT.

A l'échelle du pôle et du service, valoriser la « marque employeur » signifie renforcer le vivre-ensemble et soutenir un environnement au travail durablement attractif pour le professionnel

Restaurer l'échelon du service, comme unité de vie du quotidien, comme lieu de partage de l'information, comme espace d'expression des solidarités professionnel, est une dynamique qui participe de la construction stratégique des pôles.

Les temps de réunions doivent être réinterrogés en profondeur. S'ils sont effectivement nécessaires, de nouveaux formats ou de nouvelles régulations pourront être explorés. Le co-

working pourra être inscrit dans les plannings, comme vecteur de partage des informations et adhésion des professionnels au projet de leur équipe.

Pour laisser plus de capacité d'initiative aux équipes, une charte des « valeurs du CHU », fixera les trois ou quatre principes cardinaux de l'institution, soulignant les liens intergénérationnels, le sentiment d'appartenance, transcendant les différences. Dans ce cadre général et fédérateur, les projets d'organisation alternative, dans le respect de la réglementation, pourront être expérimentés.

Les expériences intra et extra hospitalières des professionnels seront valorisées, de même que les retours d'expériences pluri-professionnels, et des entretiens réguliers au-delà de l'entretien d'évaluation annuelle.

Tous les praticiens bénéficieront annuellement d'un entretien de bilan et de réflexion sur leur parcours professionnel, avec leur chef de service, ainsi qu'un second entretien tous les 4 ans avec la Direction des affaires médicales et la Commission de révision des effectifs médicaux.

Un référentiel et un « package » seront élaborés afin d'harmoniser les conditions matérielles d'exercice des praticiens titulaires nouvellement nommés. Ce « package » anticipé avant la prise de fonctions intègre un bureau personnel ou partagé, un équipement et un accès informatique, un accès au secrétariat médical, un accès aux parkings et aux chambres de garde.

Enfin, le service et le pôle doivent constituer un lieu de promotion des organisations apprenantes pour permettre un environnement au travail attractif. Assurer des journées « Vis ma vie ! » entre les secteurs (administratifs, soins, techniques…) permet de mieux de connaître, de décloisonner les unités et services. Faciliter la mobilité des équipes par la mise en place de navettes inter sites, de gilets floqués pour les transports vélos simplifie les parcours du quotidien professionnel. Enfin, le pôle est un lieu d'échange professionnel qui peut permettre de recréer du lien social en dehors des heures de travail (entente sportive, actions de team building entre secteurs…).

Pour le professionnel hospitalier, valoriser la « marque employeur » signifie faciliter le travail au quotidien, renforcer son implication et le rendre effectivement acteur de son propre développement professionnel

Le CHU doit rendre ses organisations plus simple, plus agiles, pour faciliter le travail au quotidien de ses professionnels. En ce qui concerne le processus RH, il importe de consolider la visibilité et d'améliorer la réactivité des réponses et des actions proposées ou attendues par l'agent. La professionnalisation et le renforcement des plateformes RH doit donner lieu à la définition d'une subsidiarité réelle entre les équipes de la DRH et ses équipes déployées au sein des sites. La mise en place d'une hotline RH, la digitalisation croissante des échanges RH les plus fréquents (self-service de demandes des congés, mise à disposition d'un portail personnel avec un volet cadre…). Le renforcement de la communication-clef du CHU est le gage d'une information réelle et plus directe des agents. Il convient de faire évoluer la lettre RH, de réalimenter la newsletter à destination de l'encadrement par les éléments de stratégie de l'établissement, de consolider et de simplifier la communication avec des chiffres clefs etc. Le CHU doit devenir lisible pour chaque agent. Le temps de travail sera au cœur de dimension d'attractivité/fidélisation par la définition de règles de suppléance et de gestion de l'absentéisme stables et respectées, l'introduction du smartphone dans la gestion du temps, la simplification de l'élaboration des plannings etc.)

Le développement d'actions innovantes de formations continues (ingénierie de formation pour des parcours de formation innovants, plateformes de formations certifiantes, e-learning…), à l'échelle du GHT, permettra de donner de l'autonomie aux agents dans leur volonté de se former

au fil de leur carrière. A l'échelle du CHU, de remarquables compétences internes sont une ressource à capitaliser à la fois pour les partager et pour valoriser les professionnels formateurs.

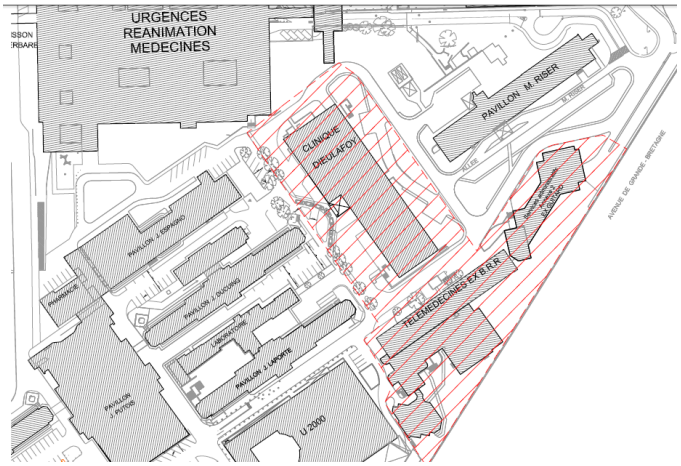
Enfin le suivi des actions qualité de vie au travail ayant un impact sur l'attractivité et la fidélisation, leur soutien et leur généralisation à l'échelle du CHU permettra d'offrir un panel accru d'initiatives innovantes au bénéfice de chaque agent, pour faciliter son quotidien (offres diversifiées d'accueils, mise en place d'une plateforme de gestion immobilière...).

Un quotidien facilité par des prestations de confort

Les prestations d'accueil et de confort (ou PAC) sont des services de proximités, modernes et innovants, à destination du personnel et des usagers du CHU, dans une logique d'amélioration de la qualité de vie au travail, du développement de la marque employeur, dans le cadre d'une démarche de responsabilité sociale de l'employeur.

Sur Purpan

L'emprise des PAC est située sur Purpan haut et comprend les voiries avoisinantes et bâtiments dits Dieulafoy, BRR, Guitard et l'ancien caisson hyperbare.



Au printemps 2019, le service digestif libèrera le bâtiment Dieulafoy pour s'installer définitivement à Rangueil. Ce bâtiment est vétuste, ses infrastructures techniques obsolètes et une remise en état pour des activités hospitalières aurait un coût variant de de 30 millions €. Une démolition aurait également un cout élevé de plusieurs millions d'euros). Enfin, les charges énergétiques sont importantes à 350 K€ par an.

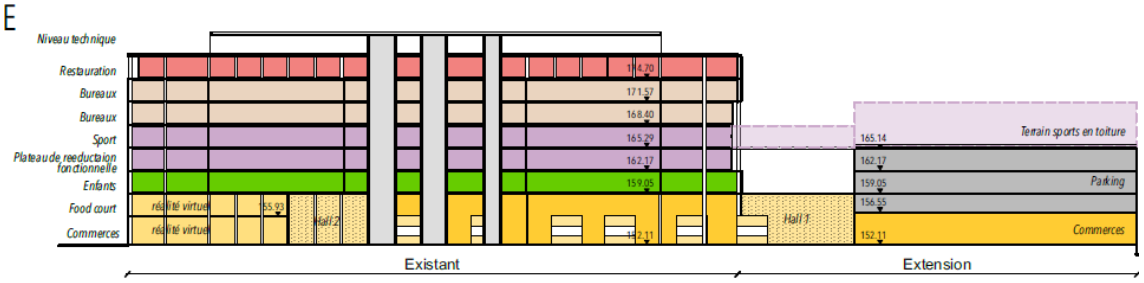
La frange de bâtiments BRR, Guitard, ancien caisson hyperbare est située le long de l'avenue Grande Bretagne. Sa démolition désenclave Purpan haut en ouvrant le site sur la ville à l'image de Purpan bas, connecté grâce au tramway aux grands axes toulousains.

Le projet PAC comprend la réhabilitation du bâtiment DIEULAFOY, la démolition des bâtiments BRR/GUITARD/ex caisson HYPERBARE, une extension du bâtiment R+3 sur l'emprise démolie avec notamment création de plus de 200 places de stationnement avec accès direct sur l'avenue de Grande Bretagne, des aménagements urbains avec mail piéton et accès depuis l'avenue Grande Bretagne et des aménagements paysagers.

Le CHU concède, pour une durée définie contractuellement, l'emprise définie ci-avant à un tiers investisseur, au travers un marché de concession de service pour une durée d'exploitation de 50 ans. Le tiers investisseur réhabilite et exploite à ses frais les bâtiments, verse un droit d'entrée (2 millions d'euros) et une redevance annuelle fixe au CHU ainsi qu'une redevance variable (liée aux activités commerciales et d'hébergement. Le CHU récupère les biens au terme du contrat

A la suite d'un appel d'offre, le marché a été obtenu par la Mutuelle Nationale des Hospitaliers, associée à un promoteur, DEMATHIEU BARD IMMOBILIER, ainsi qu'à un architecte SEQUENCES.

La répartition des activités envisagées est la suivante :



RDC	espace lieux de vie	250 m² env. de commerce de proximité et de restauration, participant à la qualité de vie sur site
1e étage	espace restauration	offre de restauration sous forme de kiosques
2e étage	espace enfants	expériences innovantes et ludiques tant pour les enfants de patients que pour les enfants accompagnants
3e étage	espaces rééducation fonctionnelle	qualité de soins de suite pour les patients
4e étage	espaces sport/détente	activités destinées au personnel CHU et aux usagers de l'hôpital : salle de sport, balnéo à l'étude
5e/ 6e étage	Espaces tertiaire et innovation	- dédiée aux professions libérales en complémentarité avec l'offre du CHU - recherche & innovation prioritairement dans le domaine de la santé
7e étage	évènementiel et restauration	Terrasse sur le toit (300 m²) et salle séminaire

Une résidence hôtelière hospitalière sera également réalisée sur 3500 m² répartis sur les 7 étages

Au droit de l'extension, seront réalisés 200 places de stationnement sur 3 niveaux, des commerces de proximité et des terrains de sport en terrasse (Padel, Futsal etc.)

Le nouveau bâtiment accueillera une résidence senior et une crèche en rez-de-jardin de 80 berceaux minimum réservés au CHU (sur 120 berceaux au total) auxquels s'ajoutent 20 à 25 places en réseau réservées au CHU, en périphérie de Toulouse.

Le calendrier des étapes de conception se dérouleront jusqu'en janvier 2020, où débuteront les travaux qui s'achèveront à l'été 2022, pour une mise en exploitation des PAC en fin d'année.

Sur Rangueil

L'ouest du site de Rangueil regroupe divers bâtiments en activités notamment les internats de médecine et de pharmacie, la crèche, le self, des parkings personnels et usagers et également des bâtiments désaffectés comme l'ancien IFSI.

Datant de l'ouverture du site dans les années 70, ces bâtiments en activité sont extrêmement vieillissants et doivent faire l'objet de rénovations lourdes. Ces bâtiments n'accueillent aucun patient. Au regard des projets structurants majeurs portés par le présent projet d'établissement, les crédits d'investissement disponibles semblent insuffisants pour rénover ces locaux. Si l'investissement traditionnel n'est pas envisageable, des solutions de financement innovantes existent. A l'instar du projet PAC de Purpan, la concession de la gestion des crèches, des parkings, de l'internat sera confiée à un prestataire privé.

Dès lors, un projet d'envergure de concession sera engagé sur 2019 afin de permettre la rénovation intégrale des internats et du self du personnel. La crèche sera modernisée et le nombre de places augmentées afin de pouvoir accueillir les enfants des personnels venant de Larrey. La question des parkings sera également au cœur des priorités du projet afin d'offrir des solutions répondant au besoin de tous en lien avec le regroupement des activités sur ce site et l'arrivée du téléphérique urbain fin 2020.

96. Construire un dialogue social apaisé

Le premier axe améliorera le fonctionnement des instances et l'exercice du droit syndical, en redéfinissant les règles institutionnelles partagées du dialogue social. Les règlements intérieurs des CHSCT, des CTE, CAPL, CAPD et CCP seront rédigés, de même que le protocole d'exercice du droit syndical avec notamment les modalités de suivi du temps syndical. Un agenda social annuel partagé sur l'ensemble des projets sera formalisé pour plus de transparence. Les organisations syndicales seront associées sur des réunions techniques, préparatoires aux instances pour en fluidifier le fonctionnement.

Pour promouvoir un dialogue social de proximité, apaisé, au niveau du pôle, les cadres seront accompagnés dans leur connaissance du droit syndical. Des ateliers du management assurant des formations au droit syndical et à la gestion du temps syndical seront organisés, la procédure d'exercice du droit de grève sera mise à jour et accompagnée d'un vadémécum à destination des cadres. La place du corps médical dans le dialogue social sera renforcée.

Pour améliorer la lisibilité des règles sociales dans le cadre des projets de restructuration, une charte d'accompagnement social dans le cadre de projets restructurant sera rédigée. L'étude technique des dossiers en amont des instances, les modalités précises de l'information à partager au sein du pôle ou d'une direction, la réactualisation de la maquette de présentation des organisations aux instances ou encore l'introduction d'un comité de suivi des organisations,

associant l'encadrement de proximité sont autant d'axes participant d'une approche partagée des grands enjeux de l'établissement.

En effet, une information claire et partagée, est le gage d'une réelle implication des personnels, en amont des projets et dans l'accompagnement qui est proposé. Cela implique de renforcer le rôle d'information des plateformes des ressources humaines, comme vecteur de l'information RH de proximité, d'améliorer la communication institutionnelle facilitant l'appropriation des projets arrêtés dans le cadre du présent projet d'établissement et, enfin, de favoriser l'accompagnement individuel des situations individuelles dans la mise en œuvre des projets.

97. Maintenir dans l'emploi les personnes ayant des restrictions physiques ou un handicap et favoriser l'employabilité tout au long de la carrière

Les parcours professionnels hospitaliers sont variés et doivent être pensés dans une approche à la fois inclusive et durable. Structurer un parcours de maintien dans l'emploi lisible et adapté à une carrière qui est allongé par un départ à la retraite plus tardif implique d'abord d'améliorer le suivi des personnels et des parcours.

Les personnes ayant des restrictions médicales au sein de chaque pôle seront accueillies pour apprécier les formations, l'accompagnement dont elles pourront bénéficier. Les règles de gestion des personnels relevant du dispositif du maintien dans l'emploi seront définies, notamment le parcours médico administratif du maintien dans l'emploi. Un processus de gestion du parcours de reclassement sera formalisé.

Une meilleure coordination des interventions des acteurs clés du dispositif est le gage d'un traitement plus réactif des situations complexes. Des commissions locales et centrales du maintien dans l'emploi seront instaurées. Pour accompagner cette politique institutionnelle, les modalités d'accompagnement des personnes seront harmonisées, des réunions pluridisciplinaires du service de santé au travail organisées et des formations pluridisciplinaires sur le reclassement et la réintégration proposées. En appui, des outils de suivi et d'accompagnement seront affinés, notamment via un système d'information épaulant le suivi médico-psycho-social ou par des outils partagés d'évaluation, de gestion et de suivi du maintien dans l'emploi.

Pour permettre aux personnes d'être acteur de l'évolution de leur parcours, il convient d'adapter les accompagnements aux besoins, aux capacités et aux souhaits des personnels, par la mise en œuvre de dispositifs d'accompagnements individualisés, par le recours à une « cellule de la mobilité » et la formalisation d'un guide d'entretien de retour après absence longue pour raison de santé. La mise en place d'une "GPMC santé" participera de la prévention de l'usure professionnelle.

Enfin, les regards portés sur et par les personnes ayant des restrictions médicales et/ou ayant un handicap doivent évoluer, par la mise en place d'outils de communication valorisant la place des personnes ayant des restrictions médicales au sein du CHU. Les cadres et le collectif de travail seront mieux (in)former pour faciliter un accompagnement bienveillant des personnes concernées. Cela repose sur des actions d'information, de sensibilisation et de formation sur le handicap au travail et la mise en place d'une commission Handicap commune aux usagers et aux professionnels du CHU.

Projet managérial : la confiance et l'efficacité comme pacte hospitalier

98. Le sens au service des soins

Le monde hospitalier connaît des mutations profondes. Elles sont d'abord diagnostiques et thérapeutiques, avec des médicaments nouveaux, des technologies nouvelles et des approches thérapeutiques innovantes capables de modifier radicalement la prise en charge des patients. Parmi ces évolutions, figurent notamment le virage ambulatoire en chirurgie et en médecine, le développement des prises en charge à domicile, la possibilité de suivre et d'évaluer les patients à distance ou encore la capacité croissante d'enrichir le diagnostic par des éléments prédictifs permettant d'associer prévention, éducation thérapeutique et soins.

Les mutations en cours sont par conséquent aussi organisationnelles, inscrivant la prise en charge des patients dans un continuum entre la médecine de ville et l'hôpital dans des parcours à repenser, appuyés sur des échanges d'information et d'expertise toujours mieux structurés. Elles sont également inspirées par la contrainte financière, nécessitant une approche des soins et des organisations fondées sur la pertinence et la performance globale du système. Elles se traduisent, *in fine*, par la transformation du système de soins – cœur des formations depuis toujours des professionnels de santé et des modalités de prise en charge – en un système de santé, rassemblant autour des patients des compétences multiples – médecins, chirurgiens, soignants, mais aussi ingénieurs, data-managers, chercheurs.

Le CHU de Toulouse, à l'instar des autres centres hospitalo-universitaires, est particulièrement concerné par ces évolutions en tant qu'établissement de proximité, mais aussi de recours et de référence, pivot dans l'organisation territoriale des soins et dans l'innovation. Il est au cœur de flux de patients extrêmement importants (850 000 consultants chaque année, 280 000 séjours d'hospitalisation, 170 000 passages aux urgences) qui nécessitent des prises en charge individualisées adaptées, dans une dimension locale et territoriale.

La complexité des flux, des enjeux, des missions du CHU s'exprime au quotidien par un paradoxe : si d'un côté les usagers du CHU expriment une véritable satisfaction dans des proportions élevées, de l'autre le vécu des équipes médicales et soignantes traduit des doutes, des interrogations et parfois des souffrances dans des expressions constantes : circuits de décision non connus, modalités d'informations perfectibles, difficultés à prendre en compte les idées du terrain, interrogation sur les valeurs énoncées comme partagées mais mises à mal par un quotidien lourd, accès compliqué aux compétences transversales au sein des directions fonctionnelles, informatique insuffisamment souple. De façon très synthétique, deux grandes catégories de problèmes émergent : d'une part un temps médical et soignant consacré à des tâches vécues comme indues détournant des missions de soin, d'enseignement et de recherche; d'autre part, une problématique d'accès ou de participation à la décision. Au final, ce sont donc des questions managériales qui sont posées, positionnant le projet managérial comme un support essentiel du projet médical.

Le projet Ma santé 2022 énoncé par le président de la république prévoit dans cette vision managériale un renforcement du rôle et des compétences des CME ; il s'agit de renforcer la

participation des médecins au pilotage des hôpitaux en associant mieux la CME en amont à l'élaboration des décisions structurantes pour la politique médicale ,la qualité et la pertinence des soins ; d'élargir les compétences de la CME à de nouveaux domaines (renforcement des prérogatives concernant la politique de formation médicale, participation à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, responsabilité de la mise en œuvre d'un projet social et managérial médical).

Le projet managérial doit être un projet vivant, pragmatique et inscrit dans la durée. L'objectif est de poser des bases qui continueront à faire l'objet de travaux et de consensus entre les professionnels du CHU dans les mois à venir.

▶ Le « renversement de la pyramide » : l'ensemble des fonctions support au service intégral des patients et des soignants

L'objectif prioritaire est de faire en sorte que l'ensemble des fonctions et directions support soit intégralement tendu vers l'amélioration continue du service rendu aux patients et aux équipes soignantes.

Si cet objectif semble évident, il est sans cesse perturbé par de nombreuses contraintes : l'évolution des règlementations, l'évolution des niveaux de financement, la masse des questions à traiter. Ces éléments ont conduit avec le temps à créer des dynamiques et des raisonnements autonomes, parfois éloignés des préoccupations du terrain.

Le « renversement de la pyramide » vise à créer une organisation massivement organisée pour répondre de façon concrète et pragmatique aux besoins rencontrés au plus près des patients, passant par trois mouvements concomitants :

- La mise en place d'un processus d'arbitrage stratégique médico-managérial, préparant la décision du Directeur Général à partir d'une association étroite des représentants du corps médical. C'est le sens du nouveau Directoire resserré, composé de 8 membres du corps médical (le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, la Vice-Présidente, les deux Doyens de médecine, ainsi que quatre autres représentants du corps médical) et de 4 membres de la Direction (le Directeur Général, la Directrice Générale Adjointe, le Directeur Coordonnateur Général des Soins, et la Secrétaire Générale) ;

- La recomposition des directions et leur resserrement dans un organigramme visant à permettre un échange permanent entre les directions fonctionnelles, les directions de site et de pôle via la Secrétaire Générale, et la Direction Générale. L'objectif est que les directions fonctionnelles sortent de leurs logiques propres tout en mettant en œuvre leurs obligations spécifiques, dans le sens d'une amélioration permanente du service rendu aux utilisateurs finaux que sont les patients et les équipes médicales et soignantes.

- La mise en place de guichets uniques, regroupés au sein d'une plateforme informatisée, qui sera une interface simple, efficace offerte aux soignants.

▶ L'amélioration et la transparence du processus de décision

Le processus de décision est complexe dans une organisation de 15 500 personnes, réalisant la 4e plus grosse activité de soins du pays et l'une des plus importantes activités de recherche et de formation. Les questions quotidiennement portées ou les projets avancés sont nombreux, et imposent de faire des choix dont les circuits et les ressorts ne sont pas toujours connus, donnant la sensation d'une transparence perfectible.

L'amélioration du processus de décision est envisagée de manière globale.

Toutes les questions ne nécessitent pas une réponse systémique, engageant l'ensemble de l'institution. Il est fondamental que les questions simples et non systémiques puissent trouver des réponses rapides. Un travail est engagé entre les directions fonctionnelles, les directions de pôles et les directions de sites pour définir les niveaux de subsidiarité qui permettront de mettre en place des circuits courts, dans une organisation respectueuse des engagements et les contraintes de l'hôpital

Les questions nécessitant une prise de position stratégique, parce qu'elles engagent des effets massifs pour l'ensemble du CHU, feront l'objet d'arbitrages institutionnels :

- Le Directoire cité plus haut a pour mission de proposer les arbitrages finaux. Les porteurs de projets présentent au Directoire pour avis leurs projets ;
  La CME peut saisir le directoire ou prendre la décision de s'auto saisir pour approfondir un sujet spécifique : attractivité, compétences régionale de telle ou telle surspécialité à l'instar d'enquêtes déjà menées.

- Le Directoire est appuyé par des comités ad hoc ayant vocation à proposer des arbitrages dans des domaines spécialisés. Ces comités peuvent comprendre des sous commissions de la CME, CREM, COPS ou faire appel à un avis du bureau de la CME. Outre le CRBSP prévu par la loi dans le domaine de la recherche, la CREM dans le domaine de la révision des effectifs médicaux, ou la commission des investissements mise en place en 2017, a été constitué le comité du système d'information en novembre 2018. Ces comités spécialisés rendent une expertise au Directoire, qui propose aux instances et au Directeur Général une décision.

- Est mis en place un processus d'arbitrage autour de trois critères fondamentaux :
  - L'intérêt du projet au regard du projet d'établissement, et de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour les patients et les équipes médicales et soignantes ;
  - L'interaction entre tous les services ou prestataires indispensables à la mise en œuvre opérationnelle du projet. ;
  - Le coût du projet et son financement.

  Le processus d'arbitrage doit aller de pair avec un renouvellement de la méthode de gestion de projet. En effet, la conduite concomitante d'un trop grand nombre de projets à la fois peut conduire à un saupoudrage des moyens, et à l'impossibilité de mener à bien les projets. Il est indispensable d'accorder aux projets validés un temps et des moyens cohérents avec les supports réellement disponibles en accompagnement des projets ;

Une communication portant sur les arbitrages réalisés assurera la transparence nécessaire.

Enfin les professionnels participeront à la décision et feront des propositions de façon structurée et construite. A cette fin, il est envisagé de créer un « Think tank CHU de Toulouse », source d'idées et d'innovations managériales.

▶ La clarification des différents niveaux de management dans le sens d'une amélioration des trois missions du CHU

Le management hospitalier connaît depuis les deux dernières décennies des évolutions majeures. Les services, bases fondatrices de l'hôpital des XIX^{e} et XX^{e} siècles, ont correspondu à une vision des soins répondant à un besoin scientifique : regrouper en un même lieu géographique, sous une même autorité, des patients atteints d'une pathologie semblable ou proche afin d'explorer les conditions d'apparition des maladies, et l'intérêt des thérapeutiques. Cette organisation a permis de faire évoluer considérablement la connaissance des pathologies et des traitements, en installant la notion de surspécialité au sein des services, croisant dans les hôpitaux universitaires le soin, la recherche et l'enseignement.

L'évolution spectaculaire des modalités de prise en charge, des technologies et des thérapeutiques a conduit à une évolution majeure permettant de considérer des personnaliser toujours davantage les soins. C'est le sens même des RCP en cancérologie, étendues à de nombreuses pathologies comme les maladies chroniques ou les maladies rares. Ces mutations se sont doublées au début des années 2000 par l'introduction d'une dimension économique, sous l'effet d'une nouvelle modalité de répartition des crédits – par ailleurs toujours contraints au niveau macro-économique – entre les opérateurs de santé. Le passage de la dotation globale à la T2A a fait prendre conscience l'ensemble des acteurs que chacun pouvait jouer un rôle d'une part dans l'optimisation du système d'ensemble, d'autre part dans la création de richesse pour sa propre entité. L'introduction de cette dimension a conduit à la création de pôles d'activité, regroupements de services permettant une mutualisation des moyens, une plus grande coopération entre les professionnels autour des patients, et une gestion transversale des projets. Le CHU de Toulouse a été pionnier au niveau national dès la fin des années 1990 dans cette nouvelle organisation, qui s'est ensuite étendue de façon obligatoire à tous les établissements publics de santé par l'Ordonnance de 2005 et la Loi HPST.

Parallèlement à ces évolutions, les lignes hiérarchiques ont été profondément modifiées dans le sens de la professionnalisation des fonctions.

Au final, la prise en charge d'un patient en CHU conjugue des approches infiniment plus complexes que le seul lien unilatéral entre un patient et un service :

- L'approche médicale bien sûr, centrée sur le diagnostic et la mise en œuvre des thérapeutiques, dans un colloque singulier avec le patient et l'entourage qu'il désigne, mais aussi dans une discussion pluridisciplinaire. Cette approche se voit renforcée par les futures missions confiées à la CME des CHU ;
- L'approche soignante, placée sous l'autorité hiérarchique du directeur coordonnateur des soins, mettant en œuvre le projet de soins et les normes applicables aux soins ;
- L'approche médico-administrative, nécessitant de décrire informatiquement les actes et diagnostics en vue d'une traçabilité et de la facturation des consultations, actes et séjours à l'assurance-maladie ;
- L'approche qualité, qui nécessite l'application concrète de normes nationales ou locales ;
- L'approche recherche, particulièrement importante en CHU, qui nécessite la connaissance précise de règles nationales et internationales aussi bien dans l'investigation que dans la promotion de projets de recherche ;
- L'approche formation, qui est consubstantielle à un hôpital universitaire et ne concerne pas que le corps médical, mais bien tous les métiers ;

- L'approche stratégique, visant à développer des segments d'activité dans le cadre d'un projet d'établissement ;
- L'approche parcours, en phase de montée en charge, conduisant à considérer que les soins prodigués à l'hôpital s'inscrivent dans un continuum avec la ville en amont et en aval du CHU ;
- L'approche « patients », essentielle et centrale, qui nécessite de savoir écouter et prendre en compte les besoins et attentes exprimés dans ce qu'on peut qualifier « d'expérience patient » ;

A ces approches existantes, sont en train de se greffer des approches complémentaires tout aussi importantes :

- Gestion des données, de façon à pouvoir disposer sans cesse de données « propres » et structurées, utiles pour le traitement des patients, la recherche et l'alimentation de l'intelligence artificielle ;
- Technologique, car l'utilisation de marqueurs complexes, de dispositif ou équipements innovants, ou de dispositifs connectés repose sur la confiance dans la technologie et impose d'associer les « technologues » à l'approche des soins ;
- Populationnelle et environnementale, incluant la sociologie ou plus largement les sciences humaines pour mieux comprendre les comportements et les adapter dans la prise en charge des patients, dans un responsabilité plus large. Ces dimensions seront renforcées dans l'intégration du CHU de Toulouse parmi les projets des CPTS de l'Occitanie en cours de constitution.

Il est donc évident que le seul colloque singulier en « réservé » entre un chef de service et son équipe autour de la prise en charge d'un patient n'est aujourd'hui plus suffisant. Pour autant, il est indispensable que des structures adaptées et bien définies incarnent concrètement les problématiques à traiter en permettant une approche lisible et responsable des fonctions. Il n'appartient pas à chaque professionnel de supporter le poids de l'ensemble des approches décrites.

Des travaux sont lancés autour de plusieurs axes :

- Clarifier le rôle des pôles, des services, des unités, en lien avec les instances de décision et d'arbitrage évoquées plus haut. L'objectif est de définir les bons niveaux de décision, de pilotage et de suivi ;
- Mettre en place des séminaires d'arbitrage des priorités et de suivi du déploiement du projet d'établissement. Le projet stratégique du CHU implique de mettre en place un ordre de priorités clair et partagé, qui doit être défini et ensuite mis en œuvre de façon transparente ;
- Repenser avec les professionnels de terrain les contrats polaires permettant de définir des objectifs clairs et atteignables, incluant à travers des actions ciblées les approches visées plus haut. A cet effet, sur le plan financier, les CREA, qui incluaient l'ensemble des charges indirectes, seront remplacés par des tableaux de suivi reposant sur les leviers à la disposition des pôles, services et unités de soins (organisation, prescription, objectifs qualitatifs concrets, etc) ;
- Réactiver les dialogues de gestion entre les pôles et la direction autour de trois objectifs prioritaires : la mise en œuvre des objectifs stratégiques du CHU et du pôle, les actions concrètes visant à développer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et la tenue des objectifs en matière de production de ressources et de consommation de moyens.

La sélection et la formation des managers

Le rôle des managers hospitaliers s'inscrit pleinement dans la complexité des missions du CHU et la multiplicité des approches décrites plus haut.

Manager ne signifie donc pas seulement gérer. Il est indispensable aussi de savoir donner du souffle, encourager, promouvoir les idées et les personnes, accompagner les projets et les professionnels, défendre les équipes et le CHU, identifier les difficultés de fonctionnement systémique ou personnels et bien sûr gérer les ressources.

Deux problèmes sont communs aux établissements publics de santé français :

- La notion de manager n'est pas réellement définie ni acquise. Si l'accès à certaines fonctions (cadres, cadres supérieurs, directeurs) suppose une formation au management, en revanche, de nombreux professionnels sont en vérité en situation de management sans que cela ait été clairement exprimé et sans qu'ils l'admettent eux-mêmes. On peut sans doute légitimement considérer qu'à partir du moment où un professionnel de santé assume la responsabilité d'une entité et organise le travail d'autres professionnels, il est en situation de management ;
- L'accès au management ne repose en général que très peu sur l'envie et/ou la capacité à assumer la complexité décrite plus haut. C'est en pratique la reconnaissance médicale, technique et scientifique qui fait critère de choix.

Les textes en vigueur concernant les chefs de pôles visent l'obligation d'une formation. En pratique, celle-ci n'est pas toujours dispensée, notamment à raison du temps qu'elle nécessite, et les chefs de service ou d'unité – pourtant également en situation de management – n'en bénéficient pas.

Plusieurs actions sont proposées :

- Poursuivre la formation au management engagée en 2017 auprès de praticiens volontaires, afin de préparer des professionnels médicaux à des fonctions de manager. Ces praticiens sont proposés après avis conjoint incluant le bureau de la CME ;
- Mettre en place des formations ouvertes à tous les professionnels en situation de management autour notamment des thématiques suivantes :
    - La gestion de projet dans un environnement complexe ;
    - La gestion des flux ;
    - La gestion humaine des équipes et des compétences ;
    - La qualité et la sécurité des soins au plus près des patients.
- Développer des temps et des lieux d'échange autour des questions pratiques de management.

La qualité et la sécurité des soins : synthèse des contraintes et objectifs de management

L'ensemble du dispositif stratégique du projet d'établissement repose sur deux idées essentielles :

- La qualité et la sécurité des soins sont l'objet principal de notre organisation et du projet d'établissement, mais pas au seul sens des prescriptions de la HAS. A titre d'exemple, l'enseignement, la recherche, l'innovation visent à accroître sans cesse la qualité des diagnostics, des thérapeutiques, des organisations au bénéfice des patients. De même,

l'ouverture de l'hôpital sur la ville et sur les territoires dans une médecine de parcours coordonnée, a pour but de garantir une meilleure prise en charge globale des patients à travers une plus grande coordination des acteurs. *In fine*, tout ce qui est proposé dans le projet d'établissement a pour objet direct ou indirect d'améliorer sans cesse la qualité et la sécurité des soins ;
- Qualité et sécurité sont parfois présentés comme étant en concurrence avec les impératifs financiers. Or, c'est exactement dans le sens inverse que les objectifs de gestion sont envisagés. En effet, ce qui coûte le plus cher, c'est la non-qualité : des prescriptions surabondantes ou non adaptées aux maladies iatrogéniques, en passant par les maladies nosocomiales, les temps inutiles en dehors des soins ou les supports logistiques ou techniques insuffisants.

Travailler sur la qualité et la sécurité des soins engage fondamentalement une remise en cause des organisations historiques, et une vision permettant de faire un tri raisonné entre ce qui est utile dans la prise en charge des patients et ce qui ne l'est pas.

Ces réflexions engagent trois objectifs managériaux :

- Définir des engagements institutionnels clairs autour de quelques critères lisibles, impliquant une remise en cause des organisations dans le sens d'une amélioration de la qualité. Par exemple, sur le temps de prise en charge aux urgences, le temps d'accès à des plateaux techniques, le temps entre des diagnostics et l'accès à une chirurgie, etc ;
- Mettre en place de façon pragmatique et concrète des modalités d'amélioration quotidienne des prises en charge au sein des unités, sous l'impulsion des responsables médicaux et soignants des unités ;
- Permettre aux managers de retrouver du temps de management. C'est le sens même du projet recherche, du schéma directeur du système d'information et de la création des guichets uniques qui seront décrits plus bas.

99. Optimiser l'écosystème hospitalier pour simplifier le quotidien

▶ « CHU FOR YOU » : un pilotage des fonctions supports à l'écoute des services de soins

Les fonctions supports du CHU de Toulouse ont une organisation essentiellement verticale dont la qualité de service est interrogée au sein même de chaque direction. De ce fait, une vision par processus est portée par les utilisateurs eux-mêmes.

Le CHU de Toulouse a décidé de mettre en place un projet transversal aux directions fonctionnelles dont les objectifs sont d'assurer des réponses systématiques et raccourcir les circuits décisionnels, de simplifier et rendre plus efficaces les liens entre fonctions supports et services de soins et de donner de la visibilité aux demandeurs à chaque étape du processus de traitement.

Les objectifs stratégiques qui en découlent sont triples :

- Transformer le fonctionnement actuel, trop en silos, en pilotant les processus ;
- Rendre du temps aux soignants auprès des patients et rendre du sens aux équipes supports ;
- Rationnaliser les ressources allouées.

Ce projet initié fin 2018 sur un périmètre limité au pôle des ressources matérielles sera déployé en 2019.

Dans un premier temps, un groupe projet multi métiers préconise puis met en œuvre les solutions permettant un pilotage par les processus, non plus centré par fonction ou direction, de manière partagée avec un groupe d'utilisateurs validant les axes de travail en comité de pilotage. Un outil unique, simple et ergonomique pour les utilisateurs est ainsi en cours de mise en place. Transitoirement, cet outil permettra de cartographier par usages les divers points de contacts avec les fonctions supports.

Dans un second temps, les workflows relatifs à chaque processus seront définis, documentés et intégrés dans l'outil de gestion de services choisi ; Easyvista, tout en conservant les outils métiers performants et maîtrisés existants. Les utilisateurs pourront alors, sur la base d'une recherche par mots clés, effectuer une demande en quelques clics, suivre l'avancement de celle-ci, interagir avec les services supports via l'interface logicielle, et obtenir une réponse systématique. Les services supports bénéficieront quant à eux d'une traçabilité complète des demandes et de circuits décisionnels informatisés et raccourcis, impactant favorablement les équipes en terme de temps alloué au traitement.

Ce dispositif sera complété par une hotline centralisée, permettant aux utilisateurs d'obtenir une réponse rapide à tous les problèmes rencontrés, avec un niveau de service homogène (horaires d'ouverture, respect de procédures) quelle que soit la direction concernée.

En parallèle de ces fonctionnalités, l'intégralité des utilisateurs pourront, dès la phase en production lancée, donner leurs avis et proposer des idées, qui seront centralisés pour faire émerger et mettre en œuvre des axes de travail et d'amélioration prioritaires.

Un pilotage des fonctions supports sera déployé à toutes les directions ; il sera centré sur la satisfaction des services de soins et sera animé pour proposer des améliorations continues des processus existants. Pour ce faire, une révision de l'organisation actuelle est nécessaire. Des commissions régulières d'arbitrage, basées sur des critères définis, communiqués et visibles de tous, tout comme le suivi d'indicateurs transparents et partagés, réengageront la confiance des utilisateurs. Ce nouveau mode de fonctionnement à l'échelle de l'établissement favorisera l'émergence d'une nouvelle culture interne.

Une attention particulière sera portée à la conduite du projet afin d'assurer la complète appropriation par les équipes supports et les services soignants. La communication aux utilisateurs sera placée au cœur du dispositif, en s'assurant que chaque étape soit connue et partagée des différentes équipes. Amphicadres, commission des soins, communication individualisée aux services seront organisés en ce sens. Un mode participatif sera employé tout au long du projet pour garantir une juste réponse des solutions déployées au regard des attentes réelles des utilisateurs.

Les transformations profondes des organisations opérées au sein de l'ensemble des directions, supportées d'un outil unique, simple et ergonomique pour les utilisateurs vont ainsi permettre de fluidifier et simplifier le quotidien de l'ensemble des équipes soignantes et supports.

▶ Des fonctions supports logistiques et hôtelières appliquant des modèles correspondant aux meilleurs standards

Le projet d'établissement est l'occasion, pour chacune d'entre elles, de ré interroger les moyens humains, techniques et financiers à l'intérieur de démarches participatives mêlant toutes les parties prenantes. La co-construction encadrants-collaborateurs des solutions de demain est un enjeu fort afin de garantir des réponses adaptées au terrain. Ces solutions devront également être agiles pour évoluer simplement aux besoins à venir.

LA DEMATERIALISATION DES FLUX SORTANTS

Le CHU de Toulouse s'est progressivement doté depuis quelques années d'outils de communication avec ses partenaires ou ses patients. MEDIMAIL a ainsi été déployé afin de communiquer plus largement de façon dématérialisé avec les professionnels de santé. Aujourd'hui, plus de 85% de ces derniers ont validés la transmission d'informations patients via cet outil qui garantit la sécurité des données conformément aux règles en vigueur. MyCHU, dédié aux patients, est un portail qui favorisera l'échange d'informations par voie dématérialisée avec les patients et les professionnels de santé. Demain, la Direction des Ressources Humaine projette de mettre à disposions des personnels un espace dématérialisé sécurisé pour limiter plus encore les transmissions papier.

Beaucoup de ces échanges génèrent encore aujourd'hui des coûts d'affranchissement en hausse constante. L'enjeux pour les équipes en charge de la gestion du courrier au CHU de Toulouse – Logimail - est de réduire ces coûts par le développement et la promotion des outils précités. Plusieurs axes de travail sont identifiés :

- Sur l'évolution fonctionnelle de MEDIMAIL en partenariat avec le MIPIH (imprimante virtuelle) ;
- L'accès à un nouvel outil d'affranchissement pour maîtriser les coûts (redressage des adresses pour bénéficier des tarifs les plus bas) ;
- L'accompagnement aux changements de pratiques des assistants(es) médico-administratifs(ves) (utilisation des imprimantes virtuelles, adressage industriel…) ;
- Meilleurs usage de l'atelier d'éditique centralisé du CHU de Toulouse.

LA RATIONALISATION DE LA FONCTION EDITIQUE

Les échéances de renouvellement des photocopieurs multifonction (MFP) sont naturellement des occasions pour le CHU de reconsidérer ses pratiques avec une politique éditique institutionnelle. La rationalisation de l'occupation des surfaces interroge aussi sur les pratiques d'impressions et le positionnement de l'atelier d'éditique centralisé. L'enjeu est de centraliser un maximum d'impression tout en associant les qualités du service offert par des MFP et des imprimantes locales pour les usagers. Pour cela, la recherche d'interactions avec les fonctions de transports de biens ou logistique de site permettra de proposer des délais de mise à disposition des travaux d'éditique très courts (à J0). Cela favoriserait le recourt à l'atelier et donc les coûts d'impression notamment.

L'OPTIMISATION DES TRANSPORTS LOURDS ET LEGERS

Cette fonction logistique représente un des liens qui unit tous les services du CHU de Toulouse. Elle permet d'irriguer en biens (linge, produits généraux, produits de santé, repas, produits sanguins, chimiothérapies, échantillons de biologie……) tous les services de façon programmée et en urgence 7 jours sur 7. La régulation des flux lourds conduira à optimiser le chargement des camions sur les trajets aller et retour, il s'agit de sortir d'une logique d'organisation de flux programmé à heures fixes pour favoriser le recours à des solutions d'optimisation des chargements et tournées. Le recours à un outils d'aide à l'exploitation des transports (SI logistique) est une pré requis à la démarche mais le sourcing est d'ores et déjà réalisé. Ce projet nous permettra également de réduire les temps de transport et d'améliorer la traçabilité des mouvements, tant sur route qu'au cœur des sites hospitaliers. Il interrogera les ressources humaines et matérielles associées à ces fonctions

L'ACHEVEMENT DU DEPLOIEMENT DES RESEAUX PNEUMATIQUES AU SEIN DES SITES

Le développement du réseau pneumatique sur le site de Rangueil ainsi que sur Purpan Bas permettrait de fluidifier, sécuriser et accélérer la mise à disposition des produits sanguins labiles. Ainsi, la création d'un réseau de distribution spécifique par pneumatique permettrait aux soignants d'obtenir en moins de 2 minutes leur commande passée au préalable à l'EFS. Ce réseau pneumatique bidirectionnel acheminerait les produits entre l'Etablissement Français du Sang et les unités de soins.

En ce qui concerne les échantillons de biologie, la mise en place d'un réseau pneumatique sur le H1 de Rangueil permettrait aux soignants d'obtenir également plus rapidement les résultats des analyses demandées. Cette mise en place viendrait achever le déploiement du pneumatique au sein du CHU de Toulouse. Elle participerait également à une modernisation du réseau logistique, une réduction de ses couts mais également à l'amélioration de la qualité de vie des personnels logistique.

UNE REFLEXION OUVERTE SUR LE MODELE DE LA RESTAURATION DU PERSONNEL

Le projet d'établissement incite à imaginer sur Rangueil, mais aussi sur Purpan, des modèles nouveaux.

A Rangueil la gestion de l'internat et la restauration sera confiée à des partenaires tiers qui reconstruiront avec un parking silo, les bâtiments hébergeant ces activités.

La fin obligatoire à compter de 2022 de l'usage des contenants en plastique non recyclables oblige à proposer des alternatives dès maintenant. Ces alternatives ré interrogeront nos filières déchets ou la fonction laverie. La mutualisation de certaines fonctions à l'échelle d'un site comme la laverie (3 sur Purpan) est un axe de travail pour optimiser les coûts d'entretien. Elle obligera également à trouver des interactions avec les flux logistiques de site existants

La prestation offerte au personnel est inchangée depuis plus de 10 ans. Il paraît nécessaire de revisiter ce modèle pour l'adapter à la sociologie des organisations. Les pratiques des personnels évoluent, la fréquentation des selfs est en baisse, l'offre externe de restauration le midi se diversifie et le CHU doit apporter une alternative agile, avec probablement plus de mobilité, innovante, avec une diversification de l'offre, et performante.

Comme la prestation de restauration contribue à l'acte de soin pour les patients, elle est également un vecteur de motivation et de QVT pour les personnels.

LA POURSUITE DE LA REINGENIERIE DE LA FONCTION BIO NETTOYAGE, GESTION DES DECHETS

Les équipes du bio nettoyage interviennent jusqu'au cœur de l'activité de soin, par un métier qui se spécialise chaque jour un peu plus au travers d'un plan d'intégration et de formation ambitieux au métier d'agent des services hospitaliers (ASH).

Une cartographie verra ainsi le jour afin de préciser pour chaque service, la répartition des missions entre les prestations concédées à un opérateur extérieur, les prestations réalisées par les équipes du bio nettoyage internes et celles restant à la charge des unités. Cet atlas permettra d'avoir une clarification nécessaire du « qui fait quoi » et sera également une piste de travail d'harmonisation des secteurs.

S'agissant de la gestion et le tri des déchets, un large plan de communication va être engagé afin sensibiliser l'ensemble des professionnels sur le bon geste entre DASRI (Déchets d'activité de soin à risques infectieux) et DAOM (Déchets assimilables aux ordures ménagères). Les écarts de coûts de traitement dans les filières adaptées sont substantiels et l'analyse des pratiques montre des gains potentiels majeurs. Pour cela, une équipe ira au contacts des professionnels à sensibiliser sur les pratiques de tri et sera épaulée par la mise en place d'un e-learning s'inscrivant dans le cadre des formations obligatoires.

D'autre part, la dématérialisation du système documentaire (traçabilité, contrôles qualité, évaluations…) et une veille attentive aux nouveaux équipements au service de la désinfection sera au cœur de ce projet d'établissement afin de répondre toujours mieux à l'attente des personnels et des soignants.

LA POURSUITE DU DEVELOPPEMENT DE LA BLANCHISSERIE SUR LE PERIMETRE DU GHT ET AU-DELA

La fonction blanchisserie du CHU est depuis 2016 confiée à un GCS dont le CHU est administrateur. Cette structure a depuis intégré les prestations de nombreux établissements tout en recherchant de manière permanente à rendre son process toujours plus efficient. L'usine s'est ainsi agrandie, s'est adaptée aux pratiques et aux besoins, dans une logique industrielle. Certifié ISO 9001 version 2018 sur la totalité du process depuis 2015. La recherche continuelle d'une performance économique permettant aux institutions de la GHT d'avoir une performance qualitative et économique intéressante.

La blanchisserie poursuivra son développement dans le cadre par la généralisation des distributeurs automatiques de vêtements (DAV) pour l'ensemble des personnels. Ces équipements optimisent la gestion des textiles sur leurs cycles de vie et par conséquence les coûts associés. Ils répondent aussi à un meilleur accueil, des professionnels de santé.

La préparation du renouvellement d'une partie de ses outils de production avec le choix de l'énergie primaire des futurs équipements qui sera un enjeu économique substantiel.

PLUS DE SECURITE POUR PROTEGER LES EQUIPES ET LES PATIENTS

La direction de la sécurité regroupe l'ensemble des professionnels spécialisés dans le domaine de la sécurité qui disposent tous de la double valence sécurité incendie et sûreté. Les agents de sécurité sont répartis sur les sites, effectuent notamment des rondes et des interventions au besoin en fonction des nécessités des services. Grace à un travail constant d'accompagnement des

professionnels de santé en 2018 pour la première fois, la courbe ascendante du nombre d'interventions pour personnes agitées, incivilités, aide à la contention, tend à stagner voire à diminuer au profit d'une demande de présence préventive.

Fort de ces résultats la direction inscrit son action dans le cadre du présent projet d'établissement autour de trois axes.

Tout d'abord, la mise en conformité incendie de nombreux bâtiments au travers de programmes de travaux pluriannuels liés à la fois aux schémas directeurs de sécurité incendie validés par les autorités de tutelle (mairie, préfecture pompiers) et le schéma directeur sureté visant l'amélioration de la sécurisation des sites et des personnes. Ces chantiers d'envergures permettent de diminuer de manière significative le nombre de bâtiments sous avis défavorable d'exploitation de la part de la commission de sécurité mais également de renforcer le contrôle des flux et la surveillance des sites tout en garantissant une meilleure protection des personnes. Ces actions vont se renforcer dans le cadre du présent projet d'établissement avec la mise en place d'une convention police/ justice pour améliorer les procédures et le recours à ces services, la formalisation d'une politique de gestion des accès et d'utilisation de la vidéo protection verra le jour. Enfin, la sécurité des sites, des bâtiments et des infrastructures techniques sensibles sera renforcée.

La poursuite de la formation à la sécurité incendie de l'ensemble des personnels sera une priorité des années à venir au regard des carences identifiées des professionnels de santé. A cette fin, le service de sécurité s'est structuré de sorte que chaque professionnel puisse être formé par les équipes de sécurité du site avec un contenu adapté aux besoins de l'institution et aux contraintes des personnels. Chaque année, le mode d'organisation de cette formation sera réévalué tenant compte des retours des personnels et un bilan adressé à l'ensemble des pôles.

Enfin, la réinternalisation progressive de la maintenance préventive des installations de sécurité incendie, engagée depuis 2 ans, se poursuit pour les deux prochaines années. Elle permet aux professionnels de la sécurité de mieux connaitre leurs équipements mais également d'organiser au mieux les interventions de maintenance dans les secteurs afin que l'impact soit moindre pour les services.

SECTEUR MAINTENANCE DES SERVICES TECHNIQUES

Le secteur maintenance des services technique quant à lui poursuit les transformations initiées au début du grand programme d'investissement qui a abouti à remettre à niveau une part significative du patrimoine du CHU. L'amélioration des taux d'occupations des bâtiments, la démolition du patrimoine obsolète et la rénovation des bâtiments vieillissants dans le cadre du projet d'établissement 2018-2022 ainsi que 2023-2027 doit permettre de reconcentrer et adapter les moyens tout en améliorant le service rendu. En remettant de la proximité sur les sites, en organisant la finalité de son action visant à entretenir le patrimoine et à développer le préventif les services techniques se sont engagé à une meilleure réactivité tout en réduisant les coûts notamment des énergies grâce à un travail d'optimisation, de recherche d'équipements sobres et performants et à l'étude de solutions alternatives comme la production d'électricité photovoltaïque en auto consommation. A ce titre, le CHU s'est engagé en juillet 2018 sur le projet CUBE 2020 qui a permis de réaliser en six mois une économie cumulée d'énergie de 10%.

En interne, la gestion de la maintenance assistée par ordinateur a fait l'objet d'une remise à niveau de son interface afin de simplifier la lisibilité des actions en cours et sert de base de travail à l'amélioration des processus transverses pour faciliter et rendre le plus transparent possible du

point de vue des demandeur la coordination des actions des différents ateliers des services techniques d'une part, et la coordination des équipes support du pôle ressources matérielles et informatiques. A l'instar de ce qui est mis en place dans le cadre de la plateforme unique d'interaction entre équipes médicales/soignantes et les fonctions supports, les actions des services techniques seront plus coordonnées au travers d'équipes pluridisciplinaires afin d'organiser des actions coordonnées et en adaptant les interventions aux contraintes des unités dans une logique d'amélioration du service rendu. Enfin, l'ensemble de ces actions seront évolués au travers d'indicateurs permettant d'objectiver le travail réalisé en privilégiant la communication vers les pôles et les directions de site.

SECTEUR QUALITE HYGIENE SECURITE ENVIRONNEMENT ET EFFICIENCE

Le secteur QHSEE, est un service transverse, au service des personnels et des patients. Il a pour mission de décliner la politique qualité en élaborant et centralisant les documents et procédures de tous les secteurs de la direction. En traitant les fiches de signalement d'évènement indésirable techniques et violence et en réalisant des enquêtes de satisfaction ; il aide à la mise en place d'actions d'améliorations.

Il s'inscrit pleinement dans le décloisonnement des fonctions supports tout en étant en charge de la politique de gestion et de prévention des risques environnementaux, sanitaires liés aux activités techniques, ainsi que du risque amiante. Enfin, il accompagne les personnels dans la mise en œuvre des plans d'actions en lien avec le document unique d'évaluation des risques.

LA FONCTION ACHAT DE L'ETABLISSEMENT DANS UN ENVIRONNEMENT EN PROFONDE MUTATION

A l'heure des groupements hospitaliers de territoires, l'offre de service offert par la fonction achat aux établissement du GHT permet de trouver de nouveaux relais de performance. Par ailleurs, le partage des expertises entre établissements et la mutualisation agiront directement sur la qualité de l'offre de soin et sur l'optimisation des coûts. Toutefois ceci nécessite de réinterroger les pratiques achat en s'appuyant sur le GHT ou sur le réseau national des achats hospitalier afin de repenser, d'imaginer et de construire de nouveaux modèles économiques plus adaptés aux nouveaux enjeux de notre établissement. A ce titre, le travail collaboratif avec les structures régionales ou nationales de mutualisation des achats est fondamental et doit être renforcé.

La modernisation des organisations et des pratiques va favoriser la fluidification des processus internes. C'est dans cette logique que la fonction achat s'inscrit en lien avec la transformation des fonctions supports afin de renforcer les conditions de mise en place d'un dialogue entre médecins, soignants, prescripteurs, acheteurs et approvisionneurs gage d'un achat efficient, pertinent et performant dans une logique de juste besoin et juste consommation. Pièce maitresse dans le recueil des besoins de l'institution, la fonction achat dispose d'une vision à 360° des besoins de l'ensemble des services et des directions du CHU lui offrant un rôle majeur de coordination des acteurs.

Les cinq prochaines années seront marquées par le virage de la dématérialisation et la digitalisation des relations avec les fournisseurs. Au-delà de la mise en place de solution technique performante, il s'agit d'adapter les organisations et les métiers pour en capter une réelle performance et efficience, à remettre au service des soignants. C'est la logique de chantiers comme la mutualisation de la fonction approvisionnement qui vise à s'adapter, avec agilité, à la

dématérialisation de la chaine comptable et financière, pour y apporter une meilleure maitrise des dépenses hospitalières tout en offrant une interface directe et efficiente avec les soignants.

Les partenariats stratégiques avec les fournisseurs de l'établissement vont s'accélérer afin de maximiser la gestion des risques fournisseurs, de sécuriser la chaine d'approvisionnement et de favoriser les opportunités d'innovation dans l'établissement. En d'autre terme, la fonction achat sera créateur de valeur pour l'institution tout en s'inscrivant dans les enjeux environnementaux, sociaux et éthiques liés aux activités hospitalières.

Rendre le CHU agile et visionnaire

L'e-santé, le numérique au bénéfice des équipes et des patients

Le Système d'Information regroupe l'ensemble des équipes, systèmes et techniques concourant à la gestion de l'information. Les programmes informatiques, les bases de données, la téléphonie, les réseaux, les systèmes d'impression, les systèmes de communications etc. en sont les composantes traditionnelles.

Le schéma directeur du système d'information a pour but de donner une vision prospective de l'évolution du système d'information aux professionnels de santé du CHU de Toulouse et à ses partenaires.

Le système d'information est essentiel à la réalisation des objectifs fixés dans le projet d'établissement, dans toutes ses dimensions, qu'il s'agisse de la qualité et de la sécurité des soins, de la mise en œuvre d'une stratégie territoriale de prise en charge des patients, de l'ouverture du CHU, ou de la recherche et de l'enseignement. Il constitue un des fondements de l'évolution de la médecine, qui sera prédictive, préventive, personnalisée et participative (médecine 4P). A ce titre, la constitution de bases de données nombreuses et complexes doit alimenter l'intelligence artificielle et la bio-informatique.

La construction du présent système d'information prendra pleinement en compte les activités de recherche en permettant d'une part une extraction et un traitement aisé des informations, et d'autre part, la possibilité de développer des systèmes de recueil des informations cliniques nécessaires à la recherche et leur partage en toute sécurité.

La médecine de parcours constitue le fil rouge de la stratégie de développement informatique, impliquant notamment un partage fluide et sécurisé de l'information au sein de l'établissement et avec les partenaires et externes, mais aussi l'introduction des données nombreuses et complexes comme celles provenant d'objets communicants.

L'ouverture du système d'information du CHU vise à inscrire l'établissement dans son territoire, couvrant les besoins du Groupement Hospitalier de Territoire de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest mais aussi régionale en permettant de perpétuer et de développer les liens tissés avec les autres structures de la région. Cela se fera en complète complémentarité avec les travaux du GIP e-Santé Occitanie et les outils nationaux notamment le DMP.

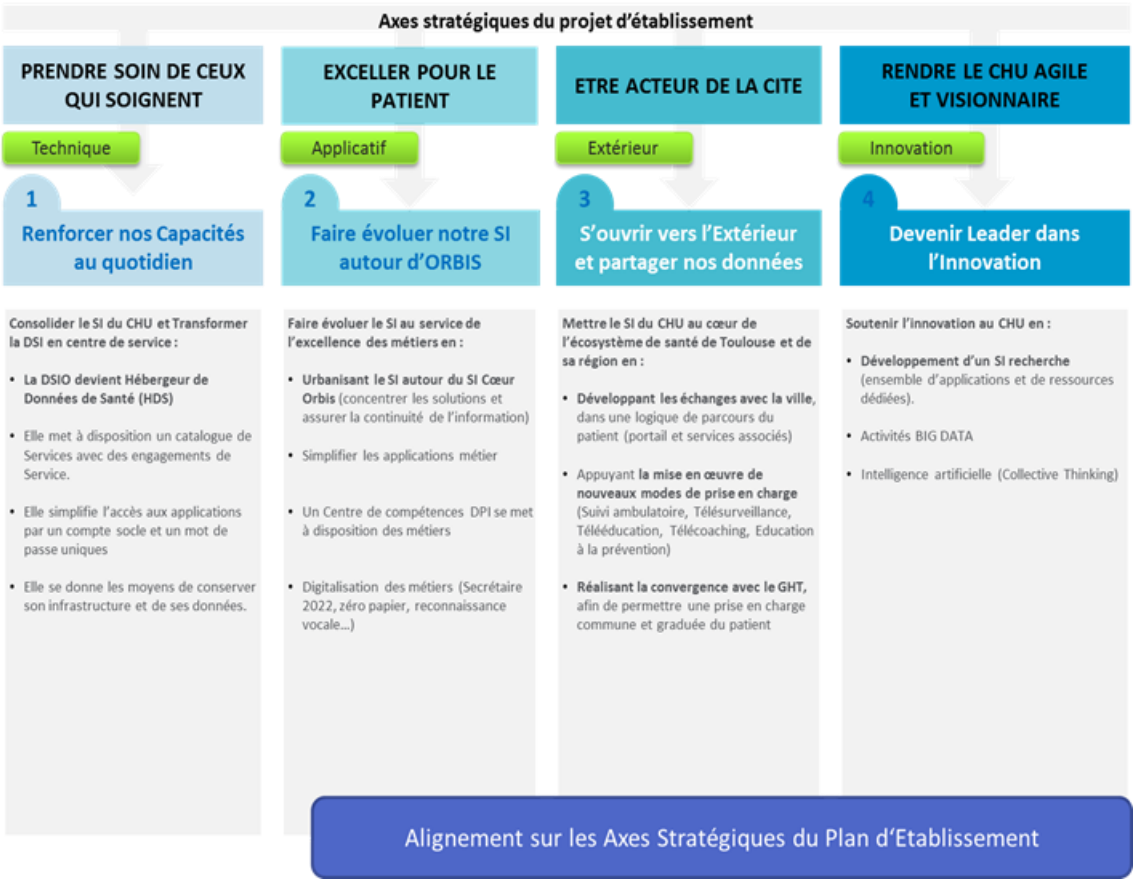
L'ensemble de ces travaux sera réalisé en respectant strictement les nouvelles obligations règlementaires en matière de sécurité afin notamment de garantir aux patients la confidentialité de leurs données. Un projet ambitieux HDS Hébergeur de Données de Santé est à l'étude afin de permettre à tous les établissements tiers régionaux de se connecter à terme à l'environnement du CHU afin d'échanger des données mais également de profiter d'infrastructures sécures.

Ce schéma directeur a été conçu en tenant compte de la capacité du CHU à s'appuyer sur les ressources humaines et financières nécessaires à la réalisation de ces travaux, mais également en identifiant la maximalisation de l'effet-levier de chacun des projets afin de faire du système d'information un fort contributeur de la création de valeur pour les patients, les professionnels et l'institution.

100. La méthode, les principes et les objectifs

Un recensement des besoins a été conduit dans le courant de l'année 2018. Il a mobilisé plusieurs canaux : les différents objectifs du projet médical, le projet médical partagé du GHT, la rencontre des responsables des pôles médicaux, médicotechniques et des directions support, les travaux réalisés par la mission « e-santé », la mission Bearing Point et les stagiaires de l'Université d'Harvard. La synthèse des études réalisées a permis d'identifier une centaine de Projets, répartis en 25 Programmes.

Le présent projet d'établissement s'est construit autour de 4 axes stratégiques, qui ont vocation à rendre cohérents les projets et actions développés. Ces axes sont déclinés en actions, menées en mode projet.



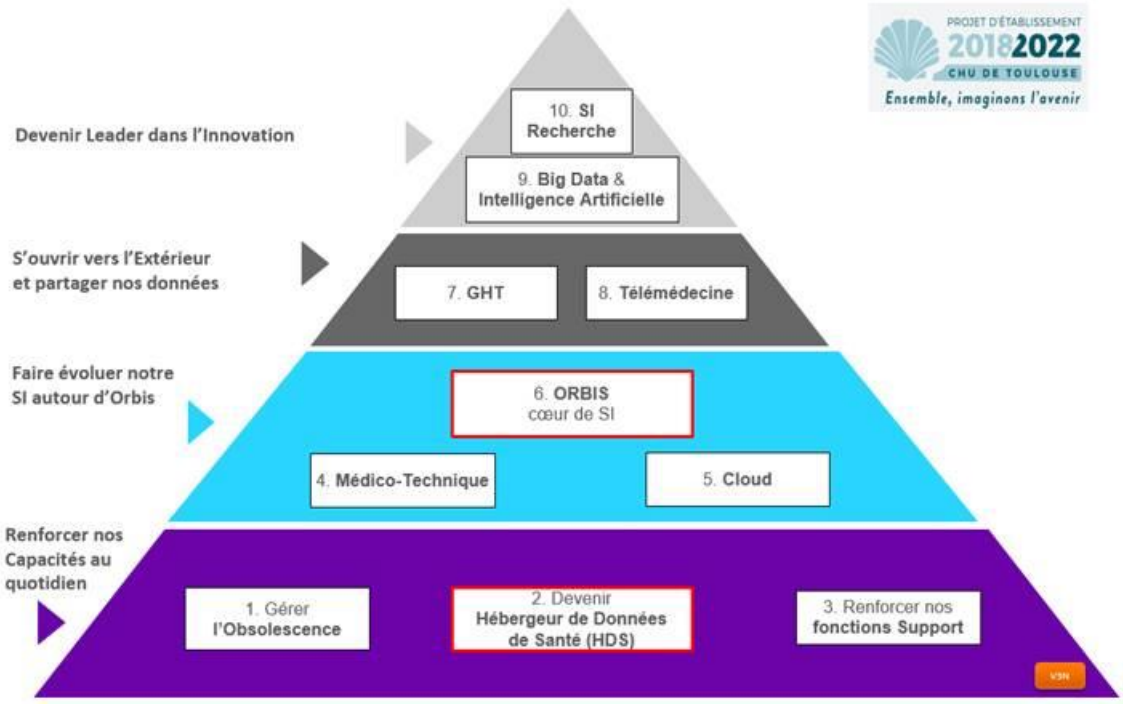
Le SDSI présente les projets de toute nature, pour tous les pôles et services cliniques, médicotechniques, techniques et administratifs et de tous les services de la DSIO.

Il couvre les années 2018-2022, y compris les programmes et projets déjà engagés en 2018 et recense également un certain nombre de projets d'organisation ayant un impact fort le mode de fonctionnement ou les futurs projets.

L'unité d'œuvre est donc le projet, qui est un ensemble d'actions à mener dans le temps imparti pour atteindre l'objectif défini avec les ressources identifiées (Personnes, Matériels et logiciels, Finances).

Les projets sont regroupés en 10 objectifs, eux-mêmes rattachés chacun à un axe stratégique.

Les 10 objectifs sont détaillés ci-dessous. Ils portent chacun un ou plusieurs programmes et/ou projets.



Un principe essentiel est mis en œuvre, celui de la priorisation des actions, établie par le comité de pilotage du système d'information. L'objectif est de faire en sorte que soit mise en place une sélection des priorités, de développement et de déploiement :

- Sur la base d'un arbitrage réalisé par des représentants de la communauté hospitalière de notre CHU (direction générale, Président et Vice-Présidente de la CME, direction du système d'information, encadrement médical et soignant) à partir des effets leviers attendus des projets ;
- Dans le cadre d'une gestion de projets rigoureuse, visant à conduire chaque projet et action à leur terme, avec les moyens adéquats définis à l'avance et permettant un arbitrage parfaitement éclairé.

101. Les axes stratégiques, les programmes, les projets

▶ Axe stratégique 1. « renforcer nos capacités au quotidien »

Le renforcement de nos capacités au quotidien suppose de mettre en œuvre trois projets majeurs :

- Consacrer à la rénovation des systèmes obsolètes environ un tiers du budget des 5 ans à venir ;
- Définir un objectif clair en matière d'Hébergement des Données de Santé (HDS) ;
- Renforcer les moyens de la DSIO et les processus de communication au bénéfice des utilisateurs.

GERER L'OBSOLESCENCE

Les investissements nécessaires à la vie du SI qui n'ont pas pu être faits les années précédentes doivent être réalisés rapidement. Certains systèmes arrivent en fin de vie. Il est nécessaire de les mettre à jour en utilisant les technologies du moment et de se conformer à l'état de l'art en la matière. Ce sujet est particulièrement prégnant dans les infrastructures, serveurs et réseaux et les actions à engager sont identifiés.

Dans les deux années à venir, pratiquement la moitié du budget de l'informatique (soit environ 5 millions d'euros) sera dédiée à la gestion de l'obsolescence, par le remplacement de serveurs, d'éléments actifs réseau et de systèmes de stockage vieux de plus de 10 ans.

Majoritairement, ces évolutions sont imposées soit par l'arrêt de la disponibilité des pièces détachées au niveau mondial, soit par la fin des maintenances applicatives par les éditeurs (système d'exploitation, antivirus...).

Par ailleurs, des politiques de renouvellement planifiées nous permettent sur des parcs aussi conséquents que le nôtre, de réserver et d'anticiper nos ressources financières et humaines et de travailler en mode projet. Enfin, le changement des postes de travail de plus de 7 ans permet d'abaisser le nombre d'incidents et par conséquent d'augmenter le taux de disponibilité des applications. La confiance des utilisateurs en ressortira renforcée.

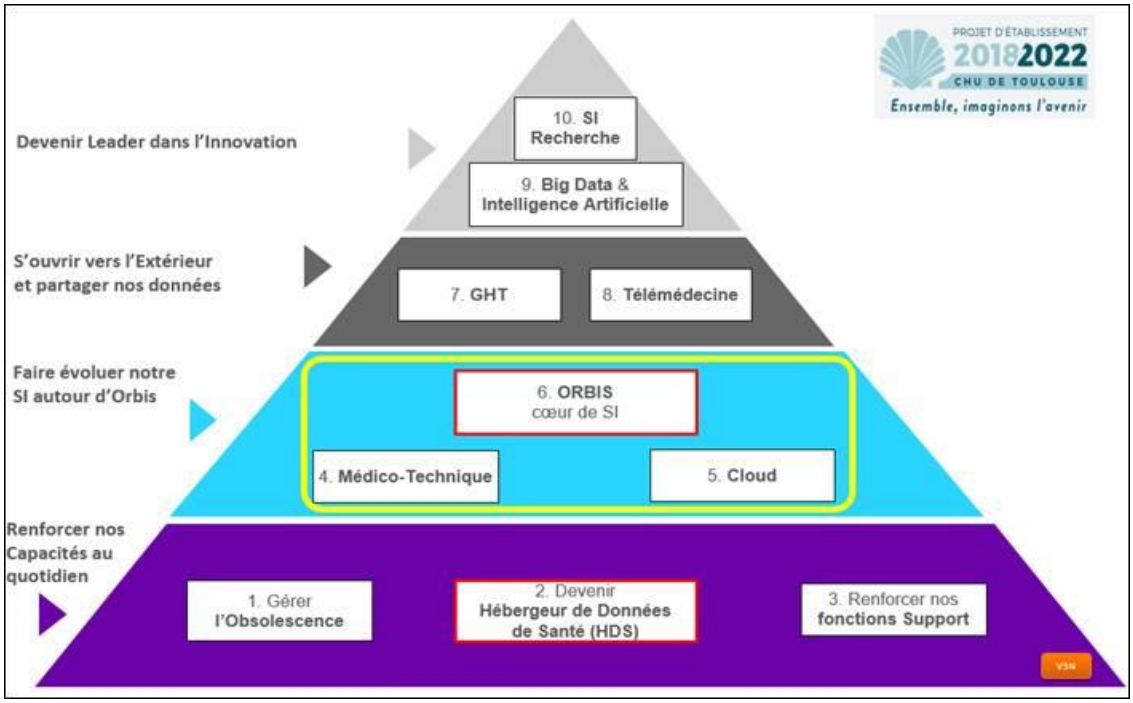
L'HEBERGEMENT DES DONNEES DE SANTE (HDS)

La tendance actuelle dans les grandes institutions médicales est le regroupement mais également la centralisation. Aujourd'hui, ces deux enjeux invitent à posséder une infrastructure solide, pérenne, et conforme à toutes les exigences de sécurité pour les années à venir, ceci afin de pouvoir partager nos données avec des tiers locaux ou nationaux.

Il sera nécessaire de positionner des objectifs clairs en matière d'hébergement des données de santé. L'option possible consistant à devenir hébergeur de données de santé repose sur l'obtention de la certification adéquate, qui peut être développée dans un laps de temps assez court (2021).

Une fois obtenue, celle-ci permettra d'envisager avec les partenaires internes ou externes du CHU, tout type de partage d'informations, et ceci en respectant les contraintes obligatoires de nombreux systèmes de vérification qui nous gouvernent.

Axe Stratégique 2. « faire évoluer le système d'information autour d'Orbis »



ORBIS Cœur du SI

Après plus de 10 années de travail, le DPI ORBIS a continué son développement et répond aux exigences de grandes structures hospitalières (CHU Toulouse, APHP, Nice). Très répandu en Europe, avec plus 1000 hôpitaux qui l'utilisent, cette solution est aussi très utilisée en France avec 92 d'établissements hospitaliers la mettent en œuvre pour l'informatisation de leurs dossiers patients. ORBIS dispose à la fois de modules transversaux (observation médicales, production du courriers, prescriptions, visualisation de résultats…), de modules spécialités, et de la possibilité pour les établissements de développer eux-mêmes leurs propres questionnaires et formulaires afin de permettre de compléter et d'adapter les écrans de base du logiciel ou développer des dossiers spécialités complets.

ORBIS a vocation à remplacer avec le temps diverses solutions actuellement utilisées, autant que faire se peut. Dans les années qui viennent, davantage de modules ORBIS devront être installés. En revanche, il restera indispensable de garantir que tous les métiers disposeront ou continueront à disposer d'une application adaptée. C'est dans des échanges resserrés entre le CHU de Toulouse et Orbis que les objectifs précis devront être développés.

Ces actions visant à utiliser une solution unique de DPI, l'utilisation d'un spectre fonctionnel le plus complet possible et un déploiement massif apporteront de nombreux gains financiers (dus à la rationalisation notamment).

Au vu du périmètre grandissant d'utilisation, il est primordial d'assurer un support de haut niveau et au plus près des utilisateurs (formations régulières, informations sur l'avenir du Dossier Patient Informatisé, futures fonctions, futures modules mais aussi réponses temps réel par des experts…).

DEVELOPPER LES APPLICATIONS DES GESTIONS DES PLATEFORMES MEDICO-TECHNIQUES

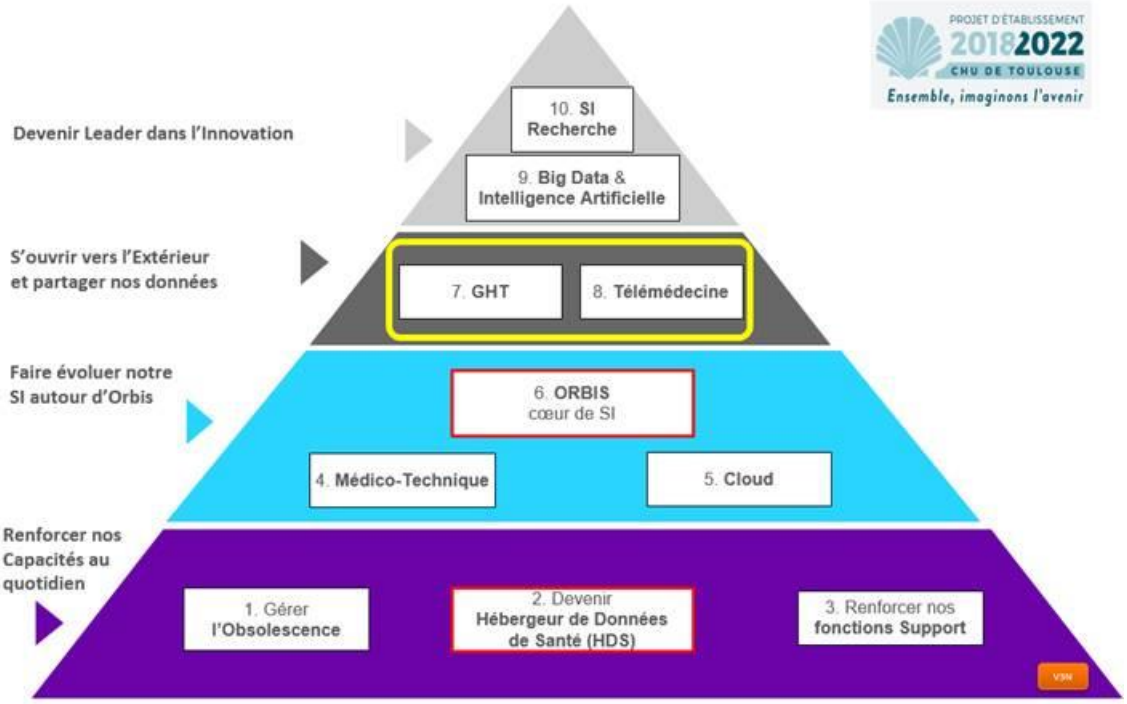
Ce programme intègre l'ensemble des projets relatifs aux dossiers de spécialités et plateaux médico-techniques :

- Pharmacie : traçabilité des dispositifs médicaux implantables, informatisation de la gestion des DMR et des arsenaux, remplacement du logiciel de gestion des essais cliniques, utilisation d'une base commune CHIMIO, …
- Imagerie : remplacer le système existant PACS + RIS, notamment pour optimiser l'accès distants sur nos systèmes centraux des centres éloignés tels que le CH de Lavaur.
- Biologie : de nombreux travaux de modernisation auront lieu, le séquençage numérique sera étendu. La plateforme bio-informatique sera développée. Un effort sur l'ouverture avec l'extérieur sera réalisé.
- Blocs et stérilisation : adaptation aux évolutions du S.I (interfaces, appels contextuels, mobilité, dossier d'anesthésie…), participation à la définition et à la structuration des parcours patient, inscription dans la Stratégie d'évolution des Systèmes de Santé (STSS nationale)
- Dossiers de spécialités : plusieurs chantiers de développement seront menés en cancérologie, réanimation, dialyse, anesthésie, médecine de la reproduction, gérontologie, ophtalmologie, hémodynamique, hémovigilance, ORL, odontologie)

METTRE EN PLACE UN CLOUD

Une dimension particulière sera donnée dans la recherche de solutions logicielles pérennes, solides, et si possible accessibles en mode SAAS (Software As A Service). Ce nouveau mode de fonctionnement simplifie largement les problématiques de maintien en conditions opérationnelles et de maintenance. Des travaux d'urbanisation seront nécessaires pour réduire le nombre d'applications, supprimer les doublons fonctionnels, permettre une plus grande réactivité face aux demandes des métiers et aux plannings.

Axe stratégique 3. « s'ouvrir vers l'extérieur et échanger les données »



Le système de santé évolue. Le parcours global du patient devient le cœur de cette transformation et la coordination des soins en est une mission prioritaire.

La télésanté, permettant de rendre à distance les services de soins et de santé, apparait comme un des leviers essentiels pour parvenir à inscrire le CHU au cœur des parcours de soins. C'est le sens des actions qui seront conduites dans le cadre du projet médical commun du GHT, mais aussi de la médecine de parcours à l'échelle régionale, visant à mettre en œuvre un système d'information permettant une circulation fluide de l'information entre les établissements et les professionnels de santé.

Les avancées législatives récentes en matière de numérique sont fondamentales. Il s'agit en particulier :

- Du passage de la télémédecine historique (téléconsultation et télé expertise) dans le droit commun, via l'avenant 6 de la LFSS 2018 ;
- De la possibilité de télésuivre un patient à domicile, grâce au programme Étapes/article 36 ;
- Enfin, de la possibilité de tester des formes innovantes d'organisation de parcours en utilisant en particulier le numérique (article 51 de la LFSS 2018).

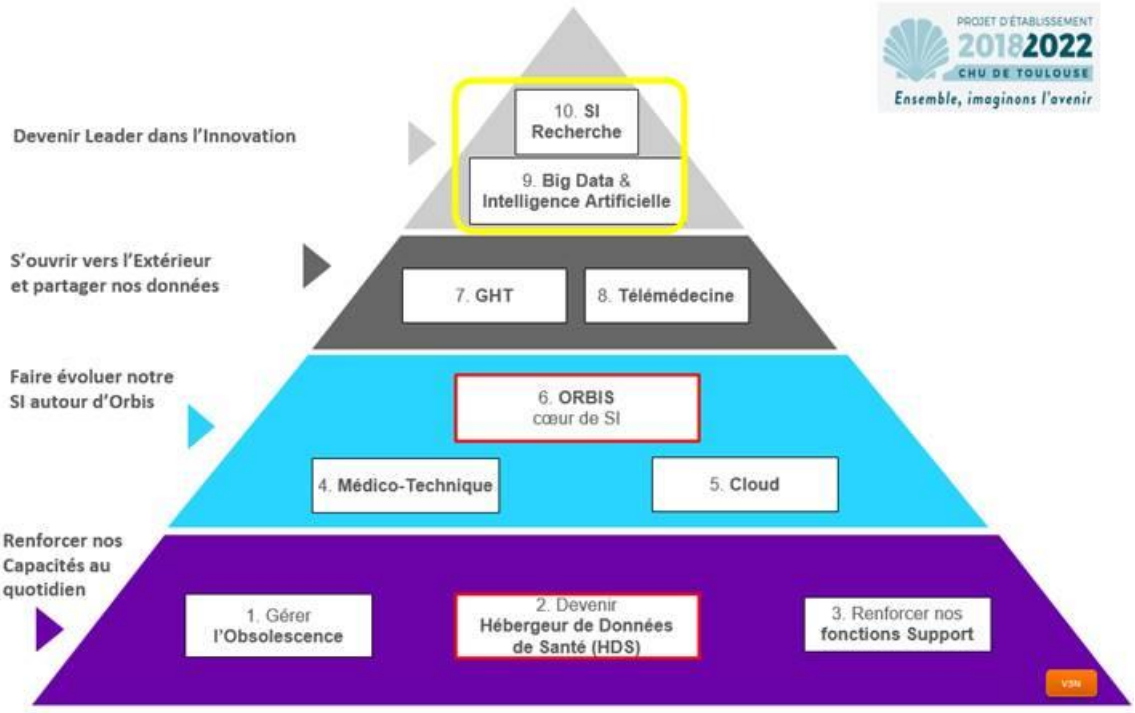
Ces nouvelles pratiques médicales supposent que l'information de santé circule de façon plus fluide entre tous les acteurs de la prise en charge : le patient lui-même d'abord et également tous les établissements, GHTs, professionnels libéraux médicaux/médicosociaux, MSP, PTA, réseaux de santé, et aidants.

L'axe « *s'ouvrir vers l'extérieur et échanger les données* » doit permettre de mettre le SI du CHU au service du parcours global du patient au sein de la région, en entrée comme en sortie du CHU, en respectant les conditions règlementaires associées à cette télésanté.

Les programmes principaux de cet axe sont les suivants :

- Prérequis : piloter l'ouverture du SIH, en cohérence avec le volet numérique de ma santé 2022, le programme régional de e-parcours et le projet Hop'En. Cela implique de se doter d'un cadre d'ouverture et d'interopérabilité du SIH et d'intégrer l'INS au SIH pour le 1° janvier 2020 ; comme de se doter d'un portail patient/PS renouvelé.
- Construire la convergence du SI GHT, à savoir :
    - Soutenir le travail en commun, les coopérations et à la mobilité ;
    - Structurer le SIH autour du parcours patient ;
    - Organiser en commun les activités des plateaux médicotechniques ;
    - Réaliser la convergence applicative des SI supports.
- Faciliter les usages de la télésanté en banalisant la télémédecine historique entrée dans le droit commun et en développant de nouveaux usages de télésanté via une plateforme mutualisée CHU.

▶ Axe stratégique 4. « devenir leader dans l'innovation »



Big Data et Intelligence Artificielle

Le CHU a pour ambition de se doter, dans les années à venir, de tous les moyens et techniques nécessaires afin de massifier les données, extraire les résultats, enrichir les connaissances sur les patients en permanence et développer de nouveaux usages autour de la donnée.

Ces technologies faciliteront l'accès à la donnée aux cliniciens et l'enrichiront de nouvelles sources en associant les acteurs publics comme privés.

Du fait de la complexité réglementaire, il est nécessaire de se doter d'une gouvernance adéquate, satisfaisant les exigences légales en terme d'accès aux données. La réflexion globale autour de la donnée, d'ores et déjà engagée dans le cadre du RGPD, sera poursuivie. Cela permettra de catalyser le développement des études omiques.

Dans un premier temps, une plateforme mutualisée sera mise en place, permettant d'engager tout type de sujet métier. Certains éléments et projets sont déjà lancés.

Les algorithmes et projet d'intelligence artificielle, se nourriront de big data. Des partenariats riches verront le jour (ANITI, ENSEEIHT, SUPAERO, TSE et université Paul Sabatier entre autres). Le CHU a pour volonté de se positionner comme gros producteur et exploitant de données issues de la vie réelle.

La mise en place d'un datalake et d'un entrepôt de donnée de santé permettra de casser les silos et d'agréger de larges quantités de données de nature hétérogène (pathologies, facturation, comptes rendus, factures…). Cette plateforme bénéficiera d'une dynamique d'échange open-source avec d'autres centres de soins (AP-HP, CHU Bordeaux...).

Le CHU a l'intention de participer activement aux appels à projet régionaux (GCS e-Santé de la Région Occitanie en particulier), nationaux (Health Data Hub notamment) et européens.

SI Recherche

Les travaux d'investigation et de promotion requièrent par essence un accès aux données simple et structuré, autour :

- De la cohérence globale des Projets de Recherche dans le Système d'Information du CHU ;
- D'un volet conseil et expertise technique, lors du montage des projets de Recherche ;
- D'un volet gestion et/ou coordination projet, lors de la réalisation des projets de Recherche ;
- De l'organisation du maintien en condition opérationnelle des applications métier de la DRDI (Easydore, Clinsight/Ennov Clinical, …) et de leur infrastructure technique, ainsi que de tous les projets de Recherche qui sont mis en place ;
- Des aspects sécurité, CNIL, RGPD, au regard de l'équation : protection des données personnelles et activités de Recherche ;
- Des sujets d'hébergement des bases de données liées à la Recherche.

Par ailleurs, de nouveaux besoins ont émergé tels que la mise en place des modalités d'accès aux données du Système National des Données de Santé (SNDS), en vue de réaliser une étude, une recherche ou une évaluation présentant un intérêt public. Le partage de connaissances est attendu de tous les GHT partenaires et établissements**,** grâce à la création d'un espace dématérialisé, afin de créer du lien entre les équipes de Recherche**,** pour des établissements distants géographiquement

A ces différents titres, les travaux visant à simplifier l'accès des données aux responsables des projets de recherche constituera une priorité du schéma directeur du système d'information.

La recherche comme facteur d'attractivité et d'excellence

La recherche en santé est fondamentale à plus d'un titre. Indispensable à l'amélioration permanente des soins, elle irrigue la formation des professionnels de santé dont elle bénéficie également. Elle constitue un axe désormais majeur de développement industriel, et un pivot de la responsabilité populationnelle. Elle figure parmi les objectifs prioritaires de développement des Etablissements Publics à caractère Scientifique et Technique.

Le CHU est le support naturel et indispensable de la recherche en santé. Au croisement du soin, de l'innovation, de la recherche et de la formation, il met en relation les meilleures équipes, en son sein mais aussi dans le cadre de coopérations nationales et internationales.

La recherche s'entend au sens large. Elle inclut la recherche fondamentale, la recherche translationnelle et la recherche appliquée. C'est dans un continuum fortement ancré au plus près du patient entre ces différentes dimensions que la recherche en santé prend tout son sens. Elle repose en profondeur sur la recherche clinique, mais aussi la recherche en soins, en organisation, ou encore la recherche médico-économique.

L'émergence d'une « science des données » consacre l'importance majeure du CHU, traduit et alimente l'évolution de la médecine, désormais préventive, personnalisée, participative et prédictive mais aussi socio-responsable, économiquement soutenable et respectueuse de l'individu. Dans ce domaine, la France a d'énormes atouts grâce à son système de santé centralisé dont les données sont disponibles pour faire avancer la connaissance mais aussi faciliter l'accès à l'innovation.

Dans ce contexte, le projet d'établissement du CHU de Toulouse dispose de nombreuses forces : des équipes de très haut niveau classées parmi les meilleurs publiants français, des équipes de soutien CIC-USMR-MEDES-DRCI, une capacité d'innovation dans de nombreux domaines (robotique, radio-chirurgie, télémédecine…) des résultats reconnus au niveau mondial dans de nombreux domaines, des collaborations exceptionnelles à l'instar de la cancérologie, qui constitue dans son association avec l'Institut Claudius Regaud une discipline phare.

Sur cette base, le CHU propose un projet ambitieux en termes de recherche et innovation dans le but d'établir une stratégie compétitive à long terme autour d'axes thématiques forts inscrits dans les priorités régionales, nationales mais également internationales.

Dans le cadre de la coordination du CNCR, le positionnement du CHU se construira sur sa capacité à créer des synergies autour de ces grands axes de recherche transdisciplinaires. Cette démarche doit permettre d'évoluer vers des structures de taille critique associées à des moyens de soutien performants mais aussi faire preuve de sa capacité à accompagner les jeunes à fort potentiel de recherche et innovation.

Dans le cadre de son projet d'établissement, le CHU fonde sa politique Recherche sur 3 grandes orientations déclinées en 7 propositions.

102. Une recherche professionnalisée au service des axes stratégiques de l'établissement

Le développement de la recherche nécessite un accompagnement professionnalisé et accessible aux investigateurs et partenaires.

▶ La professionnalisation de la recherche

Le CHU de Toulouse s'engage prioritairement dans la professionnalisation de la recherche en lien avec les Universités et les EPST en incluant le CEA Tech.

LE POSITIONNEMENT DU CHU COMME CENTRE D'EXCELLENCE DES ESSAIS CLINIQUES EN PHASES PRECOCES DE RECHERCHE CLINIQUE

L'Agence de sécurité du Médicament et des Produits de santé (ANSM), sur l'impulsion du Conseil Stratégique des Industries de Santé (CSIS), souhaite accélérer l'accès à l'innovation et a pris des engagements pour moderniser les procédures d'autorisation d'essais cliniques.

Les procédures « fast track » mises en place pour les médicaments de thérapie innovante dans les champs de la thérapie génique, cellulaire, mais aussi pour les essais de phases précoces (phase I et II) dans certaines pathologies doivent concourir au soutien de la compétitivité de la France, et en l'occurrence du CHU de Toulouse déjà largement reconnu dans différents domaines.

L'enquête du LEEM 2018 sur l'état des lieux de la recherche industrielle identifie les points faibles/forts et les axes de progrès. La participation de la France aux nouveaux essais cliniques a diminué et elle est très limitée dans les essais de phases I et II. Les essais cliniques industriels mobilisent des centres investigateurs qui sont situés à 70% dans les CHU.

Dans ce contexte, le CHU de Toulouse a tous les atouts pour être reconnu comme un centre d'excellence pour les essais cliniques dans les phases précoces, aussi bien pour les promotions industrielles que pour ses propres essais. Il s'agit d'un enjeu essentiel pour assurer l'attractivité des investigateurs tant au niveau national qu'international.

Pour relever ce défi, le CHU de Toulouse met en place une politique structurée et articulée sur les différents sites :

- Sur le site de Purpan, le CHU peut s'appuyer sur l'expertise du CIC (Centre Investigation Clinique), structure en co-tutelle CHU/INSERM.

  Le CIC offre des conditions de montage et de réalisation des essais cliniques de recherche translationnelle, de projets de phases précoces ou de POC (Preuve de Concept) répondant aux standards de qualité et reconnues nationalement.

  Il est accessible aux essais dans le domaine des biothérapies mais aussi aux essais dans le domaine de la pédiatrie et des pathologies neurodégénératives ;

- Sur le site de Rangueil, une équipe mobile du CIC sera délocalisée à proximité des équipes afin d'offrir une expertise aux spécialités représentées sur ce site ;

- Sur le site de l'IUCTO-Langlade, les essais de phase I/II en cancérologie seront réalisés sur la plateforme CLIP sous la responsabilité de l'Investigateur du CHU.

  Dans la même logique, le projet d'intégration et de reconnaissance de l'oncopédiatrie à cette plate- forme sera poursuivi.

UNE ORGANISATION DES ACTIVITES DE RECHERCHE CLINIQUE, TRANSLATIONNELLE ET PARAMEDICALE AU PLUS PROCHE DU PATIENT

Le développement des axes prioritaires de recherche dans le cadre des structures labellisées

Le CHU de Toulouse a organisé ses axes thématiques de Recherche sur la base de structures labellisées et reconnues au niveau international :

- Les instituts universitaires labellisés avec l'université Paul Sabatier dont deux sont qualifiées de Fédération Hospitalo-Universitaire (FHU) par AVIESAN après avis d'un jury international ;
- Les centres d'excellence reconnus dans le cadre du Programme Investissement d'Avenir (PIA), le plan maladie neurodégénérative (MND), et l'ARS Occitanie.

Ces structures, adossées à des centres de recherche ou Unités Mixtes Recherche (UMR) avec les EPST et l'Université, regroupent des équipes de cliniciens, investigateurs et chercheurs. La proximité géographique entre ces professionnels et les patients créé les conditions propices à la réalisation des projets de recherche et contribue à l'émergence de projets de recherche clinique et translationnelle. C'est pourquoi, le CHU de Toulouse continuera à défendre le maintien des blocs de compétence des EPST à proximité des sites cliniques consacrés à ces activités.

Chaque structure labellisée dispose de moyens dédiés à son activité, le plus souvent un chef de projet en charge de la coordination des compétences nécessaires au montage des projets.

La coordination de ces axes Recherche est assurée dans le cadre du CRBSP qui assure le suivi des activités de recherche de ces structures, la validation de tout nouveau projet de structuration/labellisation et assure la coordination et la définition des axes stratégiques de Recherche.

L'axe vieillissement

Il est animé par le Gérontopôle, centre collaborateur de l'OMS, labellisé par l'ARS et prolongé dans les projets portés par l'Institut universitaire Preserv'Age.

Les équipes de recherche clinique sont regroupées sur le site hospitalier de La Grave, adossées principalement à l'équipe du vieillissement de l'UMR 1027- Allées J Guesdes Faculté de Purpan.

L'axe vieillissement porte une politique ambitieuse de détection de la fragilité et de prévention de la dépendance. Il sera développé principalement dans le cadre du projet INSPIRE en partenariat avec l'Université, l'Inserm et avec l'appui des collectivités territoriales. Le partenariat avec l'écosystème régional industriel doit permettre de proposer, à terme, un nouveau parcours de soins territorial intégrant le concept de l'hôpital hors les murs.

Le développement de l'axe Cancérologie sera poursuivi avec le centre de lutte contre le cancer Claudius REGAUD

Le territoire toulousain dispose de forces reconnues sur les différents sites :

- L'Onco Digestif et l'Onco thoracique sur le site Rangueil/Larrey ;
- L'Onco Pédiatrie et l'Onco Gynécologie sur le site de Purpan ;
- L'hématologie/Onco ORL et l'oncodermatologie sur le site de Langlade.

Sur la base du succès du PHUC CAPTOR qui a permis de développer des projets majeurs de 2012 à 2019, le CHU de Toulouse s'engage à développer un projet structuré commun de cancérologie avec l'ICR dans le cadre de de l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse Oncopole (IUCTO).

Cette politique s'appuiera sur :

- Le centre de Recherche en cancérologie, Centre de Recherche Cancérologie de Toulouse (CRCT) situé sur l'IUCTO-Langlade ;
- Le comité de suivi Cancer - CSC chargé du pilotage opérationnel commun des essais cliniques en cancérologie et de la production du bilan commun des activités de recherche ;
- La politique qualité renforcée avec le dépôt d'un dossier de labellisation Européenne OECI, sur le volet recherche de l'Oncopôle, puis du réseau IUCT ;
- Le développement d'alliance avec les grands groupes industriels permettant d'asseoir le niveau de recherche en oncologie.

L'axe des pathologies cardiovasculaires et métaboliques

Coordonné par l'Institut universitaire Cardiomet et labellisé FHU IMPACT, cet axe est porté par les équipes de recherche clinique, regroupées sur les sites de Rangueil et Purpan et adossées à l'UMR 1048 I2MC - Institut des Maladies Métaboliques et Cardiovasculaires, ainsi qu'à l'UMR 1027 dans le domaine de la prévention (épidémiologie).

L'axe des maladies neurodégénératives et des handicaps neurologiques, neurosensoriels et psychiatriques

Le site de Purpan regroupe le centre d'excellence Neurotoul et l'Institut universitaire HANDICAPS Neuro Psy Sensoriels, labellisé FHU HOPES. Directement adossés aux UMR CERCO et TONIC, ainsi qu'à plusieurs équipes de l'UT 2 et au centre d'investigation clinique, ces centres mènent une politique coordonnée permettant de développer une recherche de haut niveau autour du système nerveux central (Recherche clinique, recherche intégrative cognitive et translationnelle) en fédérant les services cliniques de spécialité. Dans ce cadre, ils bénéficient du plateau d'imagerie CHU-INSERM (IRM de recherche, PET scan et plateforme de synthèse de traceurs fluorés) installé à proximité, au pavillon Baudot sur le site de Purpan.

L'axe émergent relatif aux technologies en simulation et robotique, dispositifs médicaux

Il est coordonné par l'Institut ITAC (des Technologies Avancées et Chirurgicales), très proche du laboratoire CerCo dont les équipes de recherche clinique sont implantées sur les sites de Purpan et Rangueil.

Cet axe sera particulièrement développé ces prochaines années sur le versant de l'intelligence artificielle dans le cadre notamment du projet ANITI.

Il pourra s'appuyer sur l'Innov'pôle Santé afin de faire le lien avec les industriels compétents et intéressés.

D'autres axes pourront faire l'objet d'une structuration spécifique afin de développer des activités coordonnées de recherche fédérant différents acteurs du CHU et des EPST. La constitution d'un axe immuno-inflammatoire ainsi que d'un axe transplantation est envisagée.

Le renforcement et la coordination des plateformes médico-techniques

La Recherche du CHU est soutenue grâce aux plateformes médico-techniques reconnues et certifiées pour leur qualité et leur articulation avec les partenaires du territoire.

L'optimisation et la valorisation des moyens techniques et des ressources biologiques

Le pôle de Biologie dispose d'atouts et de ressources exceptionnelles qu'il convient de valoriser et d'optimiser. Dans cette perspective, le CHU de Toulouse mettra en place les actions suivantes :

- La valorisation et le recours, dans le cadre des projets collaboratifs, sur les plateaux techniques mutualisés pluridisciplinaires bénéficiant d'approches innovantes au service du diagnostic et de la recherche clinique : immuno-analyse et biomarqueurs, microbiologie moléculaire, morphologie et traitement de l'image, profils métaboliques ou toxicologiques, génomique ;
- La fédération des plateformes de séquençage de très haut débit et les ressources en bio-informatique sur le site de Langlade, en cohérence avec le projet de génomique développé dans le projet médical.

  Les plateaux faisant appel à des investissements de haute technologie – telle que les séquenceurs NGS de nouvelle génération - ont vocation à être regroupés sur le site de l'oncopôle Langlade.

  Ce regroupement permettra le développement de la génomique en oncologie, microbiologie et exploration des maladies rares, dans la perspective du développement de la médecine personnalisée
- La mise en exergue du savoir-faire des trois CRB :
  - Mise en valeur de la politique de qualité et de certification des trois CRB ;
  - Poursuite de la centralisation des ressources biologiques dans une antenne du CRB pour les échantillons relevant des disciplines du site de Rangueil.

La consolidation des interactions avec les EPST, Génotoul

Les plateaux de Biologie du CHU interagissent fortement avec les plateformes technologiques de recherche en sciences du vivant, développées par les EPST au sein du GIS Génotoul. Ces interactions concernent l'imagerie cellulaire, la protéomique, la lipidomique et la métabolomique, la génomique et le transcriptome.

Ces interfaces seront renforcées afin, d'une part, de favoriser l'accès de la recherche clinique aux approches – Omics et d'autre part, de coordonner les politiques et actions des différentes entités face aux évolutions technologiques.

L'installation d'équipements d'imagerie de dernière génération dédiés à la Recherche

La Recherche du CHU au Toulouse s'appuiera sur les nouvelles techniques de l'imagerie afin de développer une médecine Prédictive, Préventive, Participative et Personnalisée.

Pour atteindre cet objectif, le CHU :

- Sur la base des équipements déjà installés (IRM de recherche, Plateforme de fluoration et PETScan) et du savoir-faire des équipes, va œuvrer à la recherche de financements complets, avec les partenaires académiques, des équipements dédiés à la Recherche innovant, tels qu'une IRM nouvelle génération, un TEP IRM ou encore le développement d'une plateforme de marquage pour l'imagerie moléculaire.

  Le nouveau PRS autorise d'ores et déjà l'implantation d'une TEP-IRM au CHU en accord avec les partenaires locaux.

  Des financements régions/Feder sont apportés dans le cadre de projet d'implantation de plateformes technologiques (projet PI-R2, par exemple Projet Région Inserm/ Université/CHU) ;

- S'est doté de personnels dédiés recherche en imagerie accompagnant les projets de recherche qu'ils soient académiques ou industriels.

Participation au groupement d'Intérêt Economique (GIE) du MEDES

Le CHU de Toulouse s'appuie également sur la plateforme du MEDES, Clinique spatiale implantée sur le site de Rangueil afin notamment de disposer d'expérimentations, de supports et de suivi pour les études cliniques dans le cadre des programmes spatiaux. Le CHU peut ainsi identifier de potentielles applications dans les domaines médicaux.

Dans ce cadre, le MEDES permet au CHU d'accéder à une plateforme dotée d'équipements de pointe et de savoir-faire reconnus dans les évaluations technologiques.

La structuration de la recherche en soins/paramédicale

La recherche en soins et organisationnelle constitue un levier de performance hospitalière et de mutations des activités et des organisations au service d'une médecine de parcours personnalisé. Dans cette logique, l'établissement souhaite développer l'innovation et la recherche en soin, clinique et organisationnelle.

Pour ce faire, il met en place une plateforme « Cares », guichet unique d'accès au réseau, aux outils et aux méthodes de la recherche pour les professionnels paramédicaux des écoles, instituts et soins du CHU et du GHT.

Cette plateforme potentialise et structure les ressources de la Direction de la Recherche et de l'Innovations tout en l'enrichissant d'innovations (identification de « mentors recherche institutionnelle », formation à la rédaction de lettres d'intention, identification des futurs chercheurs dès la formation initiale, développement de la recherche médico-économique par les paramédicaux, benchmarking…).

Cette plateforme doit permettre au CHU de Toulouse de :

- Assurer une visibilité accrue sur la dynamique institutionnelle dans le champ de l'innovation au bénéfice de la sécurité et de la qualité des soins ;
- Développer l'attractivité et la fidélisation des professionnels de santé
- Construire une relation de confiance entre les usagers de soins et les professionnels.

L'IDENTIFICATION DE COMPETENCES SPECIALISEES RARES REPONDANT AUX DEFIS DE LA MEDECINE DE DEMAIN.

Le CHU doit s'adapter aux évolutions de la société et aux attentes des patients et partenaires pour construire la médecine de demain.

Dans ce contexte, la professionnalisation de la Recherche passe par l'identification et la formation de professionnels disposant de compétences et d'expertises rares en lien avec ses partenaires historiques incontournables.

En ce sens, il prévoit d'engager, en partenariat avec l'Université et les facultés, un travail de co-construction des formations et d'identification des compétences nécessaires afin de relever les défis de la médecine de pointe et de la recherche compétitive au niveau national et international :

- Adaptation et harmonisation des formations des futurs chercheurs par l'intégration de modules/conférences relatifs aux usages numériques, à la robotisation, les Big Data et l'intelligence artificielle, aux mathématiques, à la physique mais aussi à d'autres domaines tels que l'anthropologie, les sciences humaines…

Ces modules seront inclus de manière précoce dans des parcours de formation mixte ;

- Sensibilisation à la recherche à tous les niveaux de formation tant dans le deuxième cycle à l'occasion des cours des différents DES qu'à la prise de fonction au moment de l'accueil des chefs de clinique et des jeunes professionnels ;
- Création de nouveaux métiers associant des compétences pluridisciplinaires à parcours mixte (compétences médicales, technologiques, sociologiques…) ;
- Développement de nouveaux cursus de formation sur la valorisation des innovations dont la démarche de création d'entreprise sur le modèle du Master mixte associant l'Université et les grandes écoles de commerce et de Business ;
- Mise à jour des listings de laboratoires d'accueil et création d'un annuaire des M2R ou des thèses sur les structures universitaires de Toulouse

Des échanges avec les partenaires industriels, au premier rang desquels les pôles de compétitivité, les clusters permettront de préciser les besoins en formation et les attendus en termes de compétence et savoir-faire pour les futurs projets de Recherche.

Sur cette base, le CHU de Toulouse développera la politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels et compétences rares en partenariat avec l'Université et les facultés de médecine. Il contribuera à la réflexion sur un parcours facilité intégrant la mission de recherche des professionnels médicaux, en particulier pour les plus jeunes dès leur formation et leur recrutement. Ces derniers seront notamment guidés dans leur démarche grâce à la conception d'un guide de type « fast track » précisant les interlocuteurs et leurs coordonnées.

▶ L'amélioration de l'accompagnement par les structures d'appui à la recherche

La logistique d'un projet s'entend au sens de la rédaction du projet, la méthodologie, les statistiques, le data management et l'aide à la rédaction/traduction des publications.

Pour assurer ces missions, le CHU dispose de structures d'appui à la recherche identifiées et reconnues pour leur expertise. Elles ont pour objectif, d'une part, d'accompagner les promoteurs et investigateurs et, d'autre part, d'assurer une coordination optimale des acteurs afin de garantir un accès direct aux plateformes, ainsi qu'une réponse rapide.

Il est donc nécessaire de mettre en place des compétences et des processus en adéquation avec les besoins des investigateurs et les priorités institutionnelles dans le respect des exigences des Bonnes Pratiques Cliniques (BPC).

Dans ce but, le CHU de Toulouse engage une démarche de réorganisation du parcours de l'investigateur en vue d'assurer un accompagnement efficient et correspondant aux attentes des chercheurs/investigateurs.

Cette réorganisation doit permettre de garantir un réponse rapide et adaptée des structures d'appui. Conformément à la politique qualité de ces entités, les dysfonctionnements et défauts ou retards de réponse seront recensés et analysés en vue d'y apporter des actions correctives.

La coordination des différentes structures d'appui demeurera pilotée par la DRI via les réunions de CéSAR (Coordination des structures d'Appui à la Recherche) réunissant l'ensemble des structures d'appui à la Recherche.

UNE REORGANISATION DE LA DIRECTION DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION (DRI) POUR UNE MEILLEURE LISIBILITE ET ACCESSIBILITE

La DRI, chargée de l'ensemble des aspects réglementaires, administratifs et financiers et du monitoring des essais cliniques promus par le CHU, poursuivra ses missions d'organisation, de surveillance et de coordination.

Certifiée ISO 9001, la Direction de la Recherche et de l'Innovation se réorganise au regard des besoins exprimés par les investigateurs en termes de lisibilité et d'accessibilité.

Tout d'abord, elle mettra en place progressivement des « chefs de projet promoteur », portes d'entrée uniques thématisées par axe de recherche afin d'identifier des interlocuteurs privilégiés au fait des problématiques, besoins et modes de fonctionnement. Ces derniers travailleront en étroite collaboration avec les « chefs de projet investigateur » des instituts et les référents recherche identifiés dans chaque pôle d'activité clinique.

Au-delà de ses missions d'accompagnement réglementaire et de suivi budgétaire, la DRI va participer, avec les directions fonctionnelles concernées, à la simplification des circuits de gestion pour valider rapidement et efficacement :

- Les recrutements et renouvellements de personnel d'investigation via notamment la révision du guide de gestion du personnel recherche en lien avec la Direction des Ressources Humaines dans le cadre de la politique d'attractivité des métiers de la recherche ;
- Les achats de réactifs et d'équipements recherche au travers de la politique institutionnelle du guichet unique mise en place avec le Pôle ressources Matérielles.

Par ailleurs, la DRI développera avec la commission médico-scientifique, une politique volontariste de priorisation des projets de recherche afin de mobiliser de préférence les compétences et les moyens sur les projets à fort impact institutionnel.

En parallèle, elle assurera l'orientation des études vers les différentes structures d'appui (USMR et CIC) selon la répartition définie par axe thématique.

UNE REPARTITION DES ACTIVITES D'AIDE A LA REDACTION, DE METHODOLOGIE, DE STATISTIQUES ET DE DATA MANAGEMENT VENTILEE AU REGARD DE LA THEMATIQUE

Dans un souci de lisibilité, les activités d'aide à la rédaction, de méthodologie, de statistique et de data management seront réparties, par thématique, entre l'Unité de Soutien Méthodologique à la Recherche (USMR) et le Centre d'Investigation Clinique (CIC).

Les modalités de partage des disciplines seront définies et organisées, au préalable et de façon concertée, par la DRI en lien avec le CIC et l'USMR. Cette répartition sera réalisée à raison de leurs compétences, expertises et domaines de prédilection historiques.

Une feuille de route partagée entre la DRI, l'USMR, le CIC et les investigateurs validera la répartition et l'attribution des projets par axes thématiques et permettra ainsi de clarifier les rôles de chacun. Les moyens seront affectés en fonction des missions confiées et de la charge de travail associée pour chacune des structures.

Dans ce cadre, l'USMR et le CIC assureront l'accompagnement complet, c'est-à-dire l'ensemble des missions d'animation scientifique, de méthodologie et de rédaction, statistiques et data management pour les projets relevant des thématiques qui leur sont attribuées. Elles moduleront leur aide en fonction du niveau de complexité et de risque du projet :

- Les projets dits de faibles risques – par exemple les projets de recherche clinique de catégorie 2 et 3 (RIPHN 3) de la loi Jardé - seront confiés en priorité à des professionnels juniors ;
- Les projets classés dans les catégories à risques plus élevés (catégories 1 et 2) ou plus complexes d'envergure nationale ou internationale (Projets financés par la DGOS, les agences nationales et la commission européenne) et susceptibles d'être inspectés par les agences de sécurité se verront attribués des professionnels séniors (disposant de fortes expériences) afin de répondre aux exigences des BPC.

Un accès aux jeunes médecins chercheurs pourra être priorisé en développant les aspects pédagogiques.

Cette restructuration intègrera les enjeux qualifiés prioritaires en matière de data management, à savoir :

- Le recours de tous à des outils – e-CRF et bases de données validés institutionnellement ;
- La mise en place d'un CRF électronique ;
- Le développement des liens avec les nouveaux métiers du traitement de la donnée (data scientist) en collaboration avec la Direction des Systèmes Informations ;
- Le recrutement de compétences fortes expertes dans ce domaine.

L'Unité Evaluation Médico Economique (UEME), assurera ses missions de rédaction et de mise en œuvre des volets médico-économiques de l'ensemble des projets proposant ce type d'activité.

De manière générale, le CHU de Toulouse soutient l'optimisation de l'organisation et du fonctionnement de la Recherche et de l'innovation. En ce sens, il encourage les travaux de recherche sur la recherche elle-même et ses procédures.

UNE POLITIQUE D'INTERESSEMENT RECHERCHE FORTE ET CIBLEE

En complément de la délégation des dotations structurelles et de la coordination des structures d'appui à la recherche, le CHU de Toulouse développe, depuis plusieurs années, une politique active d'intéressement en vue de soutenir le développement de l'activité Recherche.

La définition de l'intéressement, les modalités de répartition et d'utilisation de ces crédits seront présentées et contractualisés dans le cadre de dialogue de gestion avec chacun des pôles.

Cette enveloppe financière finance chaque année :

- La redistribution intégrale de la MERRI SERI (relative aux Essais à promotion industrielle) aux équipes investigatrice au prorata du nombre de Contrats Uniques signés ;
- Une enveloppe dédiée à l'appel à projet interne de recherche et Innovation (ARI) d'un montant de 300 000 € à compter de 2020 ;
- Un financement complémentaire de l'aide au soutien des projets au profit prioritaire :
    - Des instituts et équipes participant aux axes stratégiques prioritaires du projet Recherche de l'établissement définis ci-dessus ;
    - Des pôles médico-techniques en dehors des instituts ;
    - Du renforcement des moyens des plateformes et structures d'appui à la Recherche : CIC, USMR et UEME ;
    - De la protection et de la valorisation des innovations ;
    - De l'aide à la publication et à la traduction ouvrant l'accès à des traducteurs spécialisés dans le domaine ou dans le type de revue visés par les rédacteurs de l'article.

Le financement de personnel et d'aide à la rédaction et au montage de projet à ambition nationale et internationale seront privilégiés afin d'améliorer les résultats aux appels à projet.

La politique d'intéressement vise à accompagner la structuration et le lancement des projets pilotes dans une phase d'amorçage. Par la suite, il convient que chercheurs s'engagent prioritairement à solliciter des financements externes dans le cadre des appels à projet régionaux, nationaux, voire européens et internationaux.

▶ Le déploiement d'unités d'investigation Clinique (UIC)

Dans le prolongement de la structuration de proximité thématisée des structures d'appui à la Recherche, ainsi que de la nécessité de professionnaliser la réalisation des essais cliniques, le CHU de Toulouse va s'attacher à privilégier le regroupement des équipes dans des Unités d'Investigation Clinique (UIC).

Si la plate-forme Investigation clinique du CHU pour les projets de phase précoce demeure le CIC, l'objectif serait d'implanter à terme des UIC pour réaliser des projets de recherche au lit des patients sur chaque site : 2 à 4 UIC sur le site de Rangueil ; 2 à 4 UIC sur le site de Purpan ; 1 UIC sur le site de La Grave du Gérontopole et 1 UIC sur le site de l'IUCTO-Langlade.

La création d'unités investigations cliniques géographiques thématisés sur les différents sites vise à :

- Créer des lieux « Recherche » en vue d'y regrouper et mutualiser les forces (équipes TEC, ARC, coordonnateurs d'étude et investigateurs) et de mieux coordonner sans discontinuité les compétences réglementaires et administratives, méthodologiques, d'investigation, de data management et de bio-statistiques, mises à la disposition des investigateurs sur site, tout en garantissant l'ouverture du dispositif aux autres disciplines du site ;
- Faciliter et accélérer les interactions entre les investigateurs et les structures d'appui à la recherche ;
- Encourager le management des ARC ,TEC, CP investigateurs implantés dans les services de soins dans une dynamique collective commune s'appuyant sur l'expérience de l'équipe TECs/chefs projet du CIC, dans le but de renforcer leur performance au niveau des indicateurs qualitatifs et quantitatifs, en particulier les faisabilités, le recrutement des patients (bases de données et files actives de malades), la formation des acteurs médicaux et paramédicaux, la démarche qualité, le respect des BPC, le suivi des projets…

L'enjeu des inspections de plus en plus rapprochées par la FDA ou l'ANSM, doivent conduire les équipes des UIC à aller vers la certification de leurs activités.

La gestion des projets mis en œuvre dans le cadre des UIC facilitera l'adaptation des besoins, la gestion et les circuits des financements et du personnel.

Par ailleurs, l'organisation mutualisée sur les sites devrait participer à la dynamique d'inclusions de patients.

La coordination de ces Unités d'Investigation Clinique et des unités d'investigation en interne sera assurée avec le CIC dans le but de les aider à se structurer avec les GHT en externe et les réseaux de recherche labellisés par FCRIN.

103. Une recherche valorisée

Dans un contexte budgétaire contraint, le développement de la recherche est étroitement conditionné à la protection et la valorisation des innovations et la recherche de leviers de financement.

▶ La politique de protection et de valorisation de la recherche et de l'Innovation

Le CHU de Toulouse porte l'ambition de soutenir une politique forte de protection et de valorisation optimales de la Recherche et de l'Innovation en vue :

- D'une part, de protéger rapidement et efficacement tant l'inventeur que l'institution à laquelle il est rattaché ;
- D'autre part, de valoriser l'innovation en vue d'assurer son accès au marché, in fine aux professionnels et aux patients, et de générer des revenus afin de soutenir le développement de nouvelles innovations.

Classé 2e établissement pour ses activités de valorisation par le réseau Curie, le CHU de Toulouse s'inscrit comme un acteur majeur de l'écosystème régional de valorisation et de transfert de technologie.

Il s'agit ainsi de poursuivre et approfondir cette démarche en coordination avec les partenaires historiques du CHU.

Pour ce faire, une stratégie d'accompagnement des innovations est déployée sur l'ensemble de la chaine de valorisation.

UNE DETECTION PRECOCE

Le principal enjeu de la valorisation réside dans la détection précoce des projets de recherche et innovation à fort potentiel.

Dans cette perspective, le CHU de Toulouse poursuit la mise en place d'une organisation professionnalisée et collaborative chargée de cibler et d'accompagner les innovations développées dans le cadre de la recherche dès l'émergence d'une idée prometteuse par le biais de :

- La sensibilisation des équipes Recherche à la valorisation ;
- L'identification d'une équipe d'interlocuteurs (chargés de valorisation et chefs de projets) de proximité, formés et recrutés au regard de leurs compétences rares et de leurs expériences dans le domaine de la protection et de la valorisation des projets innovants ;
- Le développement de rencontres sur place avec les professionnels de santé afin d'anticiper et de définir une stratégie de valorisation adéquate des résultats et des suites de la recherche.

Cette dernière sera fondée sur une analyse approfondie de l'innovation concernée, de ses contours, des acteurs impliqués et de leur degré d'implication ;

- La mise en place d'un suivi rapproché des détections.

Il sera donc rappelé que le professionnel, auteur ou susceptible d'être auteur/créateur/producteur d'une invention, doit en faire immédiatement la déclaration auprès de l'établissement afin d'en assurer la protection et la valorisation.

Des partenariats privilégiés avec des organismes reconnus dans la filière valorisation (SATT TTT, Inserm Transfert…) seront développés afin de détecter tout potentiel et d'en assurer l'accompagnement.

UNE PROTECTION ADAPTEE

Le CHU de Toulouse se met en capacité d'assurer une protection adaptée. En ce sens, des juristes de la Direction de la Recherche et de l'Innovation se forment et se perfectionnent en permanence à la protection et à la valorisation des innovations. Ils seront plus clairement identifiés afin de conseiller et orienter vers la meilleure stratégie de protection et de valorisation à adopter, à savoir :

- Evaluer et cibler l'outil de protection intellectuelle (enveloppe Soleau, brevet, savoir-faire, marque, logiciel, dessins-modèle) au vu du type d'innovation, de l'historique et l'existant ;
- Réaliser les démarches nécessaires à la protection des résultats en lien avec les cabinets de protection intellectuelle ;

- Assurer le financement de la protection de l'innovation ;
- Sécuriser juridiquement la protection intellectuelle (accords de confidentialité, contrats de copropriété…).

UNE MATURATION ET UN TRANSFERT CIBLES ET NEGOCIES

Les équipes seront conseillées et épaulées durant les phases de maturation et de transfert de l'innovation essentielles dans le processus d'accès au marché. En fonction du projet, les différentes actions suivantes devront être réalisées :

- L'évaluation du marché, des usagers et usages potentiels en santé mais également dans les autres domaines ;
- La recherche de financements de maturation et de partenaires (SATT) intéressés par le projet via les organismes et les appels à projet dédiés (appels à projet de la SATT, de la région…) ;
- La préparation du transfert de l'innovation (validation du marché, évaluation de l'innovation, du cadre juridique et réglementaire) ;
- La recherche d'entreprises, de preneurs de licences potentiels ;
- La préparation de l'innovation au transfert (évaluation du coût réel et de la valeur de l'innovation, notamment pour les bases de données) ;
- La négociation et la contractualisation du transfert (licences) ;
- L'accompagnement dans la création d'entreprise en lien avec des cabinets de conseil experts dans le domaine.

UN SUIVI DU TRANSFERT COORDONNE AVEC LES PARTENAIRES

Enfin, le CHU de Toulouse va développer le suivi du transfert de l'innovation selon les accords négociés en lien avec les partenaires extérieurs académiques et industriels :

- Suivi des contrats de licences (gestion des redevances perçues pour l'exploitation des innovations transférées) ;
- Suivi des contrats avec les industriels pour le suivi de la commercialisation ;
- Mise en place d'une procédure d'intéressement des inventeurs-créateurs-producteurs d'invention prenant en compte les frais investis par l'établissement.

DES RELATIONS PRIVILEGIEES AVEC LES PARTENAIRES

Il est proposé de créer un comité de sélection opérationnel des innovations pour lesquelles le CHU pourra investir, en fonction de critères définis préalablement, au regard notamment de l'implication du CHU (essai clinique…), de la portée de l'innovation et du bénéfice potentiel pour les professionnels de santé et le patient.

Pour les projets dans lesquels la participation du CHU n'est pas retenue par le comité ou minoritaire dans un projet détecté par un partenaire (l'Université, l'Inserm…), un mandataire unique sera identifié à raison de la part de propriété intellectuelle. Le mandataire unique assurera la gestion de la valorisation de l'innovation (en copropriété) et pourra lui-même déléguer l'exploitation de la valorisation à une autre entité, la SATT TTT ou Inserm Transfert.

Dans ces conditions, le mandataire unique et le délégataire assureront le lien et le suivi effectif auprès du CHU de Toulouse.

Dans ce contexte, le CHU de Toulouse va engager l'actualisation et le renforcement des accords-cadres avec ses partenaires, Inserm Transfert, la SATT, l'UPS et le CNRS, pour organiser le développement des innovations en copropriété :

- Consolider les modalités de répartition de la propriété intellectuelle des innovations des professionnels bi-appartenants ;
- Développer et fluidifier les flux d'information respective entre le CHU et ses partenaires (accords de licence des innovations en copropriété, licences d'exploitation commerciale des innovations CHU, état et suivi de la commercialisation des innovations transférées (redevances), retour financier) ;
- Formaliser les modalités de sollicitation de la SATT par le CHU pour la valorisation des innovations ;
- Développer le suivi commun et régulier des dossiers en copropriété afin de conforter le lien de confiance entre les différentes institutions ;
- Identifier des interlocuteurs dédiés à la détection et à la contractualisation (copropriété, licence…) auprès de chaque partenaire, chargés d'assurer le relai et la diffusion en interne au sein de son organisme/organisation ;
- Mettre en place un comité réunissant les différents partenaires trois fois par an.

L'information des différents acteurs et la lisibilité de cette politique sera inscrite dans un support de communication et d'information à destination des professionnels, équipes de Recherche du CHU, ainsi qu'aux partenaires.

Ces actions devront être complétés d'une politique de publication offensive suivie à l'aide d'indicateurs de performance SIGAPS/SIGREC permettant un pilotage stratégique. A cet égard, le CHU de Toulouse travaillera en coordination avec les universités, l'Inserm et les EPST à l'uniformisation des publications (signatures, référence aux organismes de recherche du territoire) afin de valoriser au mieux cette activité.

▶ La structuration et la gestion de l'accès aux données du CHU et des projets en Intelligence artificielle

Le CHU de Toulouse a l'ambition de se positionner comme un leader dans la production et l'utilisation des bases de données nécessaires à l'intelligence artificielle. Il fait le choix de déployer une politique d'investissement soutenue dans la structuration de l'accès aux données et de développement de l'Intelligence artificielle (IA).

Dans cette perspective, il s'inscrit en acteur majeur dans ce domaine au niveau national :

- Participation au projet 3 IA (Institut Interdisciplinaire Intelligence Artificielle) ANITI déposé à l'ANR et coordonné par l'Université fédérale avec trois projets de chaires en santé relatives à l'IA en imagerie portée par le Professeur Isabelle BERRY, l'IA en robotique et santé connectée portée par le Professeur Olivier DEGUINE et l'IA en

prévention du vieillissement et médecine 4P coordonnée par le Professeur Sandrine ANDRIEU ;

- Recensement et coordination des projets de recherche en intelligence artificielle ;
- Réponse et réussite à l'Appel à Manifestation d'Intérêt (AMI) relatif à l'intelligence artificielle, émis conjointement par la Direction Interministérielle du Numérique et du Système d'Information et de Communication de l'Etat (DINSIC) et la Direction Interministérielle de la Transformation Publique (DITP) sur la base d'un projet d'optimisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) post-opératoires dans les cas du cancer du poumon et du sein.

L'ENJEU ESSENTIEL D'UTILISATION DES BIG DATA ET L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE POUR LA RECHERCHE

Les technologies des Big Data et de l'intelligence artificielle en santé visent à décloisonner les sources de données, souvent hétérogènes, pour en tirer de la valeur informationnelle, d'usage mais également économique.

Les données de santé sont des données à haut potentiel qui sont stockées dans des silos et exploitées manuellement à ce jour essentiellement pour les essais cliniques ou le repérage de cohorte patients.

Les usages sont nombreux tant pour les patients (médecine personnalisée, prédictive...) que pour la collectivité : développement de la pharmacovigilance, plus de recherches épidémiologiques ou cliniques, santé de territoire, aide à la décision médicale, aide au pilotage opérationnel et à la formation.

Or, la recherche clinique est « challengée » aujourd'hui sur le recrutement des patients dans des essais requérant des populations précises. L'utilisation de requêtes spécifiques sur les données disponibles devrait permettre l'accélération et l'amélioration du recrutement.

Il apparaît donc nécessaire de "Réconcilier toutes les sources de données" pour mieux les exploiter.

L'intégration du système de soin de l'établissement dans un contexte plus large implique d'organiser l'accès aux données extérieures comme celles issues du Système national des données de santé (SNDS) dont le Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM). Cette intégration se fera en collaboration avec le Health Data Hub.

Dans ce sens, des échanges spécifiques avec l'entreprise AGFA chargé du déploiement du DPI mais également d'autres société permettront de faciliter l'élaboration de requêtes de recherche, la structuration de cohortes, le « rangement des données en vue de permettre une utilisation ultérieure compatible avec un Datalake (entrepôt de données).

LA CONCEPTION D'UNE PLATEFORME DEDIEE POUR L'UTILISATION, L'ACCES ET LE TRAITEMENT DES DONNEES

Plusieurs chantiers seront menés afin que le CHU Toulouse puisse participer à la dynamique des projets en IA.

Consolider l'infrastructure du CHU par le biais de la constitution d'un entrepôt de données

Il s'agit de mettre en place un Datalake et un entrepôt de donnée santé (EDS) afin d'assurer l'hébergement des données dans le respect des contraintes réglementaires et techniques.

Il sera proposé par la Direction des Systèmes d'Information en lien support avec la Direction Recherche et Innovation, le délégué à la protection des données (DPO) et le Département d'Information Médicale (DIM).

Ce datalake sera construit en collaboration avec les différents partenaires, tant à une échelle locale en tant qu'infrastructure mutualisée (ICR, GHT, Université, Occitanie-Data), qu'au niveau national en s'inscrivant dans la logique des Health Data Hub locaux.

Mettre en place une gouvernance opérationnelle IA et Santé

Cette plateforme sera pilotée par un Comité stratégique IA et Santé mis en place au début de l'année 2019. D'un point de vue opérationnel celui-ci s'appuiera sur une équipe projet dédiée réunissant des membres de la DSIO et de la DRI.

La gouvernance des données sera à préciser pour activer la recherche sur données réelles tout en respectant le cadre légal.

Définir la gestion et le circuit des données

Le CHU est positionné comme acteur contributeur de la recherche en IA et sur les données par la reconnaissance en tant qu'établissement de recherche. Il dispose, à cet égard, de bases de données à fort potentiel notamment dans les domaines de la pharmacologie et du médicament.

La participation du CHU en tant que partenaire du projet 3 IA Institut Interdisciplinaire Intelligence Artificielle-ANITI, la consolidation de trois chaires santé proposées dans le domaine de l'imagerie, de la robotique et de la prévention du vieillissement doivent permettre d'animer et accompagner les projets en recherche en IA et santé du CHU.

La plateforme s'appliquera à décrire avec rigueur les conditions de production, de protection et d'utilisation des données utiles à la recherche dans le sens de la protection des intérêts du CHU. Ainsi, elle a vocation notamment à :

- Décrire le partage des données en fluidifiant les mécanismes (définition des conditions et circuit d'accès aux données dans le cadre des projets de recherche – règles éthiques et de sécurité).
- Définir un modèle économique de la donnée en participant aux groupes nationaux de réflexion sur ce sujet :
    - Proposition de contrats types, de modèles de devis/ grilles de tarifs ;
    - Valorisation des données d'essais cliniques, cohortes, registres existants et financés (PIA, ANR, INCA, Assurance maladie) qui sont des bases de données de santé.

Lorsque cela s'avèrera pertinent et possible, ces données seront enrichies de ses propres Datasets du CHU afin de disposer d'une granularité plus fine.

- Garantir la visibilité et la lisibilité de cette expertise hospitalière ;
- Encourager la mise en réseau des CHU afin de disposer d'un répertoire des bases de données disponibles.

Grâce à la plateforme de gestion des données et de projets en Intelligence Artificielle, le CHU de Toulouse pourra :

- Enrichir les projets de recherche des médecins/chercheurs ;
- Améliorer les conditions de recrutement dans les essais cliniques et l'analyse des bases de données ;
- Améliorer le niveau des publications de l'établissement.

Un portail de gestion des demandes pour les projets en IA sera proposé pour répondre aux différentes questions et faciliter la maturation des projets. Ce portail permettra également de présenter clairement les règles d'accès aux données, tout en fournissant un catalogue des données disponibles.

Un accueil en open space pourra être installé avec des outils/logiciels en collaboration avec les experts (Data scientist, DPO, Réglementaire, juridique, valorisation …).

Un lien et une coordination avec l'équipe de data managers devront être organisés.

104. Une recherche fédérée

Le CHU de Toulouse porte le projet de construire une politique de recherche fédérative réunissant les différents partenaires du territoire en vue de garantir le continuum entre recherche fondamentale, translationnelle et clinique/appliquée conformément à la stratégie nationale portée par le CNCR.

Dans cette perspective, il entend renforcer ses liens avec les EPST, les autres CHU de la Région Occitanie et ses partenaires académiques et industriels au travers d'actions concertées :

- Définition d'axes communs de Recherche et de développement avec les principaux partenaires (Inserm, CEA Tech, CNRS, CNES et MEDES sur les axes du domaine du spatial) et production de bilans annuels ;
- Association de partenaires via le renforcement du rôle du CRBSP ;
- Développement de la recherche sous forme partenariale en consortiums entre le CHU, les EPST, CEA Tech et les industriels afin de soutenir l'excellence de la recherche médicale par des financements croisés et ciblés.

Ces engagements seront réalisés dans le cadre de la mise en place de modèle et d'organisations innovants au niveau du territoire comme l'Innov'pôle Santé ou encore des plateformes de coordination territoriales.

▶ La création d'un modèle unique – l'Innov'pôle Santé

Le territoire toulousain dispose de nombreux atouts pour s'inscrire comme référence nationale dans les innovations. Or, ses forces sont aujourd'hui cloisonnées et insuffisamment coordonnées. Il apparaît nécessaire de les identifier, de les valoriser et de les organiser aux fins de mettre en exergue l'écosystème et de le renforcer.

Dans ce contexte, le CHU de Toulouse forme le projet de créer, avec ses partenaires, un modèle unique et original de mise en synergie de l'ensemble des acteurs du territoire ayant un axe santé.

Il s'agit ainsi de constituer une plateforme visant à accélérer l'accès des innovations (en particulier technologiques) au marché et, en conséquence, à favoriser une intégration rapide des innovations les plus pertinentes et les plus prometteuses dans les prises en charge, l'organisation des soins et parcours mais également dans la qualité de vie quotidienne.

Dans cette perspective, le CHU a pour objectif la mise en place d'un Biopôle dénommé « Innov'pôle Santé » dont la mission serait d'accompagner les idées et les différents acteurs, le plus en amont possible, dans un souci d'adéquation des innovations technologiques aux besoins des patients et usagers.

Pour ce faire, le CHU de Toulouse va s'appuyer, en l'intégrant, sur la plateforme EDIT mise en place en 2011. Cette dernière guide, avec succès, les porteurs de projets dans les phases de développement et de commercialisation des dispositifs médicaux (aide au montage, recherche de financement, prestations d'expertise, organisation de forums…).

Ainsi, sur la base de cette structure, il proposera une offre diversifiée et élargie de services intégrés, à toutes les étapes, de la Recherche fondamentale à la commercialisation sans perdre de vue l'usage et le besoin, créateurs de valeur :

- En amont, dès l'idée, la preuve de concept, le développement d'un prototype ;
- Au moment du pré-marquage, marquage CE (essais cliniques) ;
- En aval, en phase 4, dans la définition de l'ergonomie du produit/dispositif, la constitution de dossiers de remboursement.

L'Innov'pôle Santé sera installé dans des espaces de coordination accessibles situés au cœur des lieux d'activité de soins et de recherche sur les différents sites en vue de favoriser la proximité et la rencontre entre les acteurs cliniques, les chercheurs et les entreprises dans une logique de continuum Recherche fondamentale-translationnelle-clinique, créateur de valeur en recherche médicale et soignantes Il s'intègrera et proposera une articulation avec les structures déjà existantes, telles que les centres, ainsi que les plateformes techniques et d'hébergement installées dans la Métropole.

Il s'inscrira ainsi en complémentarité avec l'offre proposée sur le site de Langlade dédiée au parcours de soins en oncologie et vieillissement.

L'appui des collectivités territoriales, partenaires du projet sera, en ce sens, essentiel pour disposer des locaux les plus adaptés.

UNE OFFRE DIVERSIFIEE AU SERVICE DE LA RECHERCHE INTERDISCIPLINAIRE

A l'instar d'un « GPS », l'Innov'pôle Santé doit permettre la rencontre des différents acteurs, l'identification et le recours aux compétences rares, ainsi que l'accompagnement de la recherche de financements.

Lieu de rencontre des différents acteurs territoriaux

Il sera proposé une cartographie des compétences et forces du territoire dans le domaine de la santé, notamment :

- Les compétences scientifiques, médicales et recherche des établissements de santé et de Recherche (CHU, Université, Inserm) ;
- Les savoir-faire et la technicité des entreprises classées par domaines ;
- Les sociétés de recherche contractuelle (CRO) par spécificités.

Sur cette base, l'Innov'pôle Santé a vocation à permettre aux différents acteurs du territoire, aujourd'hui dispersés, d'interagir dans des locaux et des conditions à définir :

- Les hospitaliers (médecins, chirurgiens, soignants) ;
- Le monde de la recherche académique (Etablissement Publics à caractère Scientifique et Technologique (EPST), tels que l'Université, Inserm (les UMR santé), CEA Tech, le CNRS… ;
- Les collectivités territoriales (la région, le département et la métropole) ;
- Le monde industriel de la santé (les pôles de compétitivité, clusters, grands groupes industriels, starts up, pépinières d'entreprises…) ;
- Mais également les autres entités parties prenantes de la Recherche et de l'Innovation comme, par exemple, la SATT, BPI, le LAAS, le LEEM, le SNITEM, FCRIN, le MEDES, l'institut des mathématiques, la Toulouse Business School, les écoles, les réseaux…

Dans ce cadre, des Appels à Manifestation d'Intérêt (AMI) pourront être lancés afin de fédérer les différents acteurs autour de thématiques identifiées comme prioritaires.

Accompagnement du développement et de l'évaluation des dispositifs et produits

L'Innov'pôle Santé constituera le guichet unique des idées à accompagner en vue de faciliter leur conception, montage, développement, évaluation, test, mise en œuvre et intégration dans la prise en charge, le parcours ou l'organisation des soins.

Sur la base de l'expérience de la plateforme EDIT du CHU de Toulouse, une offre large de services sera proposée tant pour les dispositifs médicaux au regard des grilles de la Haute Autorité de Santé que des dispositifs non qualifiés de « médicaux » au sens strict du terme mais en lien direct ou indirect avec la santé : objets connectés, logiciels…

L'intervention clé des professionnels de santé (expertises médicales et scientifiques, les savoir-faire informatiques, les compétences méthodologiques et médico-économiques) confrontées aux recommandations nationales permettront de constituer des référentiels d'évaluation de ces dispositifs.

En parallèle, il demeurera essentiel d'assurer l'adéquation de ces technologies aux besoins. Aussi, l'Innov'pôle Santé doit offrir la possibilité de tester l'usage du produit le plus en amont possible et tout au long du développement.

Grâce aux interactions entre les professionnels de santé hospitaliers et libéraux, les experts mais également les patients et usagers eux-mêmes, il sera possible de réaliser des tests en conditions réelles et des simulations dans un living lab, « laboratoire vivant » sur site.

Orientation et aide à la recherche de leviers de financements

La participation de tous les acteurs du territoire permettra de réaliser le « sourcing » des différents leviers de financements : AMI et Appels à projets (AAP) ouverts aux partenaires publics, privés et alliances public-privé aux niveaux européen, national, régional, de maturation (SATT – Toulouse Tech Transfer, BPI), des fondations et associations, des dispositifs de financement ministériels (forfait innovation, article 51) …

La veille mais également les contacts et mise en relation avec des investisseurs et financeurs potentiels tels que les Business Angels faciliteront, par la suite, le positionnement dans la chaine de valeur et la réalisation des dernières étapes (commercialisation…).

UN MODELE JURIDIQUE ET ECONOMIQUE INNOVANT AU SERVICE DE L'INNOVATION

Un modèle économique vertueux

L'Innov'pôle Santé a vocation à être autofinancé.

Les services feront l'objet de grilles tarifaires bien définies et adaptées au type de service (cession, prestation, collaboration, accompagnement dans le montage administratif, budgétaire, juridique, à la valorisation et/ou au transfert de technologie) et au partenaire (positionnement, taille).

Les innovations seront ainsi valorisées afin d'aménager une capacité à réinvestir dans la conception et le développement de nouvelles innovations dans une dynamique de cycle vertueux.

Un modèle juridique adapté

L'Innov'pôle Santé s'appuiera sur un modèle juridique adapté à sa vocation, c'est-à-dire à la mise en relation facilitée entre les différents partenaires et parties prenantes en vue d'aboutir à l'accélération de l'accès des innovations au marché.

En ce sens, il s'inscrira dans le cadre juridique européen et national afin de garantir à tous la sécurité et la confidentialité des échanges tout en offrant la possibilité de nouer des partenariats privilégiés.

Une communication à la hauteur de l'ambition fédérative de l'Innov'pôle Santé

L'Innov'pôle Santé s'appuiera sur l'ensemble des Nouvelles Technologies d'Information et de Communication (NTIC) afin de soutenir le développement de l'activité et de mettre en lumière ses actions via :

- La construction d'une politique stratégique et de communication partagée et portée par chaque partenaire (CHU, Université, Inserm, collectivités territoriales, entreprises, réseaux…) en parfaite cohérence et complémentarité avec les plateformes innovantes qui seront déployées sur le site de Langlade.
- L'inscription des patients et usagers (associations de patients…) au cœur du dispositif ;
- L'organisation d'évènements autour de la recherche et de l'innovation en santé afin de favoriser la fertilisation croisée entre les besoins des professionnels de santé, des patients et des usagers et les compétences du territoire (forums santé et innovation, EDIT, ateliers…)
- La création d'un site internet relayé par les différents réseaux sociaux.

La coordination de la Recherche au niveau territorial

Dans le cadre national de Ma Santé 2022 et sur la base de la convention d'association des 9 GHT d'Occitanie Ouest, le CHU de Toulouse doit jouer un rôle central au niveau du territoire.

Le développement de la recherche et de l'innovation sur l'ensemble du territoire contribue à l'excellence de la recherche et du soin et plus globalement à la performance du système de santé :

- Amélioration de l'accès de tous à l'innovation diagnostique ou thérapeutique ;
- Amélioration des pratiques et des organisations professionnelles ;
- Amélioration de la cohésion d'équipe ;
- Renforcement de l'attractivité des carrières médicales et soignantes, des praticiens et des industriels.

Dans cette perspective, le CHU s'organise en vue d'assurer les missions d'animation de la Recherche sur le territoire.

LA STRUCTURATION DE PLATEFORMES COMMUNES REGIONALES D'AIDE A L'INVESTIGATION ET A LA PROMOTION

Le CHU, « tête de réseau », structure et met en place progressivement des plateformes d'appui à la Recherche au service des professionnels des établissements de santé du territoire volontaires pour s'impliquer dans des projets de Recherche.

Il met à disposition, tout d'abord, les compétences et savoir-faire du CHU sur le pilotage de la Recherche clinique. Les cartographies dressées dans le cadre de l'Innov'pôle Santé permettront de mieux cibler les potentialités et synergies entre les différents acteurs.

Le CHU de Toulouse créé, par ailleurs, une maison virtuelle de la recherche. Cet espace dématérialisé régional, dédié à la recherche clinique et dénommé ***@CLIREO,*** a vocation à proposer un maillage territorial agile, dynamique, moderne et ouvert offrant :

- Une vitrine pour tous les partenaires de la recherche (bilans des actions, les projets emblématiques, des témoignages de porteur de projets, de patients)
- Une professionnalisation des services supports via de multiples services en ligne autour de la recherche clinique (veille, formations, accès aux revues…) organisée par le CHU de Toulouse avec une implication progressive des établissements
- Un espace de communication (échanges, forum, Foire aux Questions).

LE DEVELOPPEMENT DE GUICHET UNIQUE DE COORDINATION ET DE PILOTAGE DES INVESTIGATIONS CLINIQUES

La politique Recherche vise à accentuer la mise en réseau sur le territoire des services concernés par l'inclusion des patients pour des essais cliniques avec les EPST. Ainsi, via les plateformes mises en place, le CHU proposera des services aux établissements du territoire afin de leur permettre un accès aux programmes de recherche.

Ces initiatives seront complétées par le développement de la recherche thématique en réseau au niveau national et au niveau international.

Les collaborations avec les deux autres CHU de la Région mais également les infrastructures comme FCRIN seront renforcées pour développer et accompagner les réseaux de recherche nationaux, européens et internationaux. Gage de visibilité, ces collaborations permettront de prolonger les actions décrites ci-dessous, d'assurer un meilleur recrutement de patients dans les projets académiques et industriels, ainsi que de gagner en compétitivité.

L'ASSOCIATION DE LA MEDECINE DE VILLE AUX PROJETS RECHERCHE

L'organisation des soins et leur financement sont amenés à évoluer dans les prochaines années dans le sens d'une structuration autour de parcours de soins de qualité impliquant les professionnels de santé hospitaliers et de ville.

Dans cette optique, le CHU de Toulouse souhaite renforcer et développer les liens avec les médecins généralistes et l'ensemble des professionnels libéraux intervenant sur le territoire. Cette association est articulée sur la base de :

- La consolidation au quotidien de la collaboration étroite avec le Département Universitaire de Médecine Générale des facultés de médecine (DUMG).

  Le DUMG participe aux instances Recherche du CHU et est associé aux projets de Recherche, en particulier en organisation ;

- Des échanges avec l'URPS sur la thématique de la recherche ;.

- La prise en compte des besoins des usagers, patients et professionnels médicaux et paramédicaux de ville via les collaborations décrites ci-dessus afin d'encourager la recherche en organisations, essentielle pour la qualité de vie au travail et la qualité de la recherche clinique elle-même.

La formation des soignants de demain : l'enseignement médical et paramédical

Les quatre facultés de santé de Toulouse (médecine, odontologie, pharmacie) ont pour projet la création d'une UFR de Santé, incluant les sciences maïeutiques et paramédicales. Cette nouvelle UFR Santé permettra d'avoir une meilleure lisibilité et représentativité au sein de l'Université Paul Sabatier (UPS3) et de la Région et impactera l'enseignement, la formation et la recherche dans toutes les disciplines.

105. Enseignement médical

La première année commune des études de santé (PACES) se déroule actuellement sur 3 sites de formation (Maraîchers, Purpan et Rangueil) avec un nombre global d'environ 2700 étudiants. La réforme de la première année (R1C) avec suppression de la PACES et du numerus clausus doit voir le jour à la rentrée universitaire 2020-2021. Il est prévu, à partir de Parcours Sup, une inscription sur un portail Santé avec une première année qui sera l'équivalent de « PACES one », sans redoublement pour ces étudiants. Au terme de cette année certains rentreront par le biais d'un numerus apertus en deuxième année des disciplines de médecine, maïeutique, pharmacie et odontologie (MMPO), d'autres continueront vers d'autres L2 puis L3, soit pour revenir en MMPO par le biais de passerelles, soit obtiendront un diplôme dans les autres parcours. Des étudiants provenant d'autres facultés ou universités (droit, sciences humaines et sociales…) et ayant réalisé une « mineure » Santé dans leur cursus pourront là encore par le biais de passerelles migrer vers les disciplines de MMPO en fin de L1 ou L2. Les programmes de L1 dans le portail Santé vont donc être remaniés, en cohérence avec l'accès possible à partir d'autre filières en L1.

Au niveau du 1e cycle hors PACES (DFGSM2 et DFGSM3), l'introduction du service sanitaire a débuté à la rentrée universitaire 2018-2019 et doit se généraliser pour les étudiants en Médecine en 2021. Ce service sanitaire s'intégrera dans les programmes actuels en 3 parties à savoir formation théorique et pratique avec enseignement dirigé, mise en situation sur les terrains de stage (école, collège, lycée, entreprise, Ephad…) et retour d'expérience avec évaluation individuelle des étudiants. Ce nouveau programme pédagogique portera sur la prévention primaire dans 4 grands axes thématiques représentés par l'activité physique, l'alimentation, l'addictologie et la santé sexuelle. Une refonte des programmes d'enseignement sera nécessaire afin de prioriser ce service sanitaire.

Au niveau du 2e cycle (DFASM2, 3 et 4), une réforme des études médicales (R2C) est en cours et devrait être mise en place à la rentrée universitaire 2019-2020 avec comme corollaire l'arrêt des ECNi après 2021. Elle reposera essentiellement sur la place à nouveau centrale de la sémiologie, la présence en continu toute la journée des étudiants hospitaliers en terrain de stage (stages à temps plein), l'évaluation en continu des étudiants sur le plan théorique et pratique au lit du malade, la place majeure de la simulation en termes d'outil pédagogique et une pré-

spécialisation des terrains de stage en DFASM3 en fonction du choix des étudiants. Le classement final des étudiants se ferait toujours sur un plan national par le biais d'un « matching » intégrant l'évaluation des connaissances, l'évaluation des compétences et le parcours personnel de l'étudiant. Les Facultés de Médecine de Toulouse (Purpan et Rangueil) harmoniseront leurs modalités d'enseignement et de stages à la rentrée universitaire 2019-2020. Depuis déjà 3 ans elles se sont engagées dans une évaluation des connaissances et des compétences (ECOS) en fin de DFASM3 pour valider la fin du deuxième cycle et permettre aux étudiants de passer les ECNi en créant des ateliers type interrogatoire, vignettes, examen clinique sur mannequin, annonce de maladies avec l'aide de professionnels. L'Université de Toulouse est donc un pilote dans ce mode d'évaluation qui va devenir obligatoire au niveau national dans le cadre de la réforme R2C.

Au niveau du 3e cycle, la réforme élaborée depuis plus de 3 ans a vu le jour à la rentrée universitaire 2017-2018. Ce 3e cycle se répartit en 3 phases (socle, approfondissement et consolidation) permettant aux internes d'avoir plus de formation théorique en phase socle sur leurs 2 premiers semestres, et d'obtenir leur thèse de doctorat de Médecine en fin de phase d'approfondissement soit à la fin du 6ème semestre. Ils deviennent ensuite « Docteur junior » lors de leur phase de consolidation qui peut durer 1 ou 2 ans selon leur spécialité. Le « docteur junior » exerce des fonctions de prévention, de diagnostic, de soins et, le cas échéant, des actes de biologie médicale, avec pour objectif de parvenir progressivement à une pratique professionnelle autonome. Il suit sa formation sous le régime de l'autonomie supervisée. La nature, le nombre et les conditions de réalisation des actes que le « docteur junior » est en mesure d'accomplir en autonomie supervisée font l'objet d'une concertation entre le « docteur junior » et le praticien responsable du lieu de stage, en lien avec le coordonnateur local de la spécialité. La nature des actes est progressivement diversifiée jusqu'à recouvrir, au terme de cette phase, l'intégralité des mises en situation figurant dans le référentiel de formation, permettant au « docteur junior » d'acquérir progressivement une pratique professionnelle autonome. Il en résulte donc pour les internes une mise en situation clinique plus précoce qu'auparavant dès la fin de la 3ème année et un allongement de la durée de formation en tant que médecin « junior » avec ouverture de celle-ci de façon partielle hors les murs du CHU en CHG ou en structure libérale.

Après cette phase, les formations complémentaires post-DES sont maintenues soit sur des postes hospitalo-universitaires (CCA, AHU) soit sur des postes hospitaliers (assistant à temps partagé, assistant plein temps, stagiaire associé…). L'action du CHU est alors essentielle comme support d'enseignement et de soins pour les centres hospitaliers régionaux en favorisant un accès documentaire partagé, en développant des projets de recherches régionaux et en proposant un regroupement des données numériques en santé. Les Facultés de médecine, en collaboration avec le CHU, ont comme objectif d'adapter et d'évaluer les besoins en formation au cours des 1er, 2ème et 3ème cycles, pour la formation de leurs étudiants. L'engagement du CHU est particulièrement affirmé dans ce domaine, mais aussi dans d'autres actions de formation innovantes (enseignement à distance, MOOC, simulation, formation à la pertinence des soins, formation à l'éthique…) et dans le soutien au développement de la recherche clinique.

La formation et l'initiation à la recherche biomédicale seront renforcés avec la mise en place depuis la rentrée 2018 d'un « cursus médecine et sciences » dans le but de permettre à des étudiants en santé de poursuivre pendant leur 2ème cycle un double cursus associant les études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques et une formation scientifique (master et thèse). Ce dispositif vient en complément de parcours existants : l'école de l'INSERM et l'année-recherche.

106. Enseignement para médical

Le Pôle Régional d'Enseignement et de Formation aux Métiers de la Santé (PREFMS) est un campus de 12 000 m² regroupant 11 écoles et instituts (IFSI, IFAS, IFMEM, IFE, IFMK, IFPP, ESF, ERASS, EIBODE, EIADE, IFCS) réunis en un même lieu, avec près de 2 000 étudiants et 150 enseignants et formateurs. Il fait référence tant au plan régional que national pour la formation initiale et continue des professionnels de santé. Ce pôle repose sur une vision exhaustive de la formation, tout au long de la vie, dans un continuum entre formation initiale et professionnelle. Il y a donc un lien important avec le terrain qui est associé à la définition des orientations de formation (par exemple la mise en place de parcours de stages préparant à des « spécialités » comme les urgences, la réanimation, les blocs opératoires, la gériatrie, la psychiatrie, la formation des cadres). Les différentes conventions, signées avec l'Université Toulouse III-Paul Sabatier, permettent à nos étudiants des reconnaissances aux grades universitaires (licence pour les infirmières (IFSI), les ergothérapeutes, les manipulateurs d'électroradiologie…, master pour les IADE...) ; le tout dans une politique volontariste visant à l'interfiliarité et à « apprendre ensemble pour demain travailler ensemble ».

L'universitarisation de la formation paramédicale se poursuit en partenariat étroit avec l'Université Paul Sabatier, avec l'ouverture, depuis la rentrée 2018 à Toulouse, du diplôme d'état d'infirmiers de pratiques avancées (DEIPA). Le CHU de Toulouse et les Facultés de santé contribueront au développement d'un campus hospitalo-universitaire intégré, avec pour objectif de renforcer les liens exprimés par les professionnels en matière d'enseignement et de recherche, de développer les nouvelles modalités pédagogiques (MOOC, SPOC, enseignement inversé, simulation avec l'institut ITSIMS…), tant pour l'enseignement médical que pour la formation des autres professionnels de santé.

Un projet d'intégration à l'Université de l'ensemble des écoles de formation en santé dans le cadre de la future UFR Santé permettra de rendre l'offre de formation initiale et continue plus moderne, efficace et attractive en collaboration avec tous les acteurs du territoire.

107. Le développement professionnel continu

Le Département Universitaire de Développement Professionnel Continu en Santé et Soins (DUDPC2S) a été créé en 2018 pour assurer la gestion de l'activité de formation continue de type DU-DIU, DPC et stages courts pour l'ensemble des professions de santé.

Le DUDPC2S assure, en collaboration avec les différentes composantes Santé-Soins, le recensement, la validation scientifique et le soutien pédagogique de l'ensemble des formations continues proposées par l'Université à destination des professionnels de santé. Le DUDPC est donc placé en situation d'interface systématique entre les responsables d'enseignements ou étudiants et la Mission Formation Continue et Apprentissage (MFCA) de l'Université Paul Sabatier.

Concernant les formations de type DPC, le DUDPC2S est désormais le seul ODPC de l'Université. Son enregistrement a été validé par l'agence nationale du DPC (ANDPC) pour l'ensemble des professions de santé présentes au sein de l'Université. Il assure le recensement, la validation scientifique et le soutien pédagogique mais aussi la gestion administrative non

financière de toutes actions de DPC. Il demeure la seule interface avec l'agence nationale du DPC (ANDPC)

Des actions de formation continue visant à améliorer le savoir être et les compétences des personnels seront proposées et les démarches de formation continue au sein du campus santé seront développées en adéquation avec les besoins territoriaux.

108. L'Institut Toulousain de Simulation en Santé

► Un outil pédagogique innovant, adapté à la formation initiale des professionnels de santé, comme au développement professionnel continu

Depuis plusieurs années des méthodes de simulation en santé ont été utilisées dans les Facultés de Médecine et les Ecoles professionnelles. Les progrès technologiques ont spectaculairement amélioré et diversifié les outils de simulation et plusieurs praticiens Hospitalo-Universitaires en ont fait leur domaine de recherche à Toulouse.

Le CHU de Toulouse et les Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier ont créé un Institut Toulousain de Simulation en Santé (It-Sims), dédié à la formation en santé, qui associe à l'échelle régionale des partenaires publics et privés multiples, institutionnels, scientifiques et industriels.

It Sims repose sur un équipement diversifié et complet, ainsi que des équipes pédagogiques formées.

Ses actions sont conçues à partir des besoins de formation, des exigences du terrain, de la pratique des intervenants pluridisciplinaires qui y interviennent. Ce projet est conforme aux recommandations des Rapports de la Haute Autorité de santé (HAS).

En effet la formation des professionnels de Santé doit intégrer la place croissante de la simulation (« *jamais la première fois sur un patient* »), qui correspond aux exigences de qualité et de sécurité. Au-delà de la formation initiale, cette nécessité s'applique aussi au développement professionnel continu (DPC) devenu une obligation réglementaire dans tous les métiers de la Santé.

Le Centre de Formation par simulation a donc pour objectifs de :

- Constituer une plateforme complète de simulation des activités de soins ;
- Développer des synergies dans le domaine de la simulation en santé et de la formation ;
- Structurer, dans le domaine de la simulation en santé, des prestations de haute qualité de formation, ouvertes à tous les professionnels de santé ;
- Proposer des programmes de formation initiale et continue, et de développement professionnel continu (DPC) pour l'ensemble de professionnels de Santé ;
- Participer aux programmes pédagogiques des Institutions délivrant les diplômes correspondants en mettant à disposition un plateau technique et des formateurs ;
- Elaborer et réaliser des programmes avec différents partenaires, établissements de soins publics ou privés et sociétés savantes, des programmes de formation continue, d'évaluation des pratiques professionnelles et de DPC pour leurs personnels ou leurs membres ;

- Collaborer avec des structures ayant les mêmes objectifs au plan régional, national et international ;
- Rationaliser et optimiser les investissements en équipements nécessaires à la mise en œuvre des techniques simulation en santé, en mettant en commun les moyens (équipement, personnel...) et le savoir-faire au niveau régional ;
- Développer la reconstitution d'accidents de soins pour éviter leur reproduction ;
- Participer à la diffusion de la connaissance dans le domaine de simulation en santé auprès de la communauté médicale ;
- Promouvoir la recherche, l'innovation et les publications en formation par simulation ;
- Favoriser les collaborations avec des industriels français et/ou étrangers.

La présence en Occitanie de compétences de très haut niveau (aéronautique, réalité virtuelle…) dans les domaines techniques utiles à ces outils soutient cette démarche.

▶ Une méthode pédagogique ingénieuse, novatrice et adaptée

La simulation en formation comprend des consultations d'annonces, des patients standardisés, des simulations procédurales servant pour l'apprentissage de base des gestes et procédures (mannequins, endoscopie…), des simulations pleine échelle sur mannequins, associés à des outils informatisés, des serious ou learning Games.

Ces approches sont accompagnées d'une étude par le conseil pédagogique et d'un encadrement visant à garantir la réalisation la plus parfaite des objectifs définis en aval.

Cette approche pédagogique comprend une démarche qualité structurée. A cette fin, le Conseil Pédagogique et de recherche analyse et valide les projets de formation et les projets de recherche et développements, qui lui sont soumis selon des modalités qui sont précisées dans le règlement intérieur. Il propose les axes de formation initiale, continue et peut solliciter des équipes pour mettre en place de nouvelles actions de formation. Toutes les actions de formation sont automatiquement évaluées par le DASH, guide d'évaluation du débriefing pour la simulation en santé (Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare©), outil conçu pour aider à évaluer et à développer les compétences en débriefing.

Enfin, des programmes de recherche et de développement sont menés sur les technologies de formation par simulation, sur l'ingénierie pédagogique et les sciences humaines et sociales.

▶ Positionnement stratégique

UNE INTEGRATION REGIONALE

Le public ciblé est large, allant des personnels médicaux aux personnels soignants ou administratifs de toutes catégories, en formation initiale et en formation continue. Il comprend des personnels du CHU de Toulouse, mais également du personnel du bassin de proximité.

L'ensemble des formations en simulation n'a pas vocation à se dérouler au centre de simulation de Toulouse, mais les différents centres de la région pourront collaborer avec le centre de

Toulouse et permettent des formations nécessitant des besoins spécifiques dans le centre toulousain.

De même, des collaborations sont déjà en œuvre pour permettre, comme l'exige l'HAS, la formation des formateurs en simulation. Le centre de Toulouse aura alors un rôle moteur pour permettre le développement des centres de simulation « certifiés » dans les différents établissements de santé de la région, ainsi que dans la formation des formateurs.

COLLABORATIONS REGIONALES, NATIONALES ET INTERNATIONALES

Le centre de simulation s'inscrit dans la certification des centres et va adhérer à ce processus piloté par le SOFRASIM (Société Française de Simulation). Il a développé des collaborations avec les centres de simulation de Limoges, de Nîmes, d'Avignon, Orange et de Grenoble et avec les centres de simulation d'Ottawa et de Toronto.

It-Sims a reçu la certification par le groupe européen EUSIM pour ses formateurs.

Il souhaite développer ses collaborations avec le Training Center d'Airbus afin de partager les savoirs dans le domaine de l'aéronautique et de la santé.

INTEGRATION AU PROJET DE L'INSTITUT DES TECHNOLOGIES AVANCEES ET CHIRURGICALES (ITAC)

Le projet ITAC intègre dans son volet innovation pédagogique, le centre de simulation. Il permettra ainsi de rechercher et de créer des synergies dans le domaine de la simulation entre les professionnels de la santé et les industriels. Le centre de simulation sera un partenaire privilégié pour tester des innovations, en particulier dans le domaine chirurgical.

▶ Objectifs de recherche

TECHNIQUES DE DEBRIEFING

Le débriefing est un étape clé de la simulation. Toutefois, la question de la meilleure méthode de débriefing est encore le sujet de débat. Un projet de recherche visant à comparer deux méthodes de débriefing (individuel ou collectif) est financé par un appel d'offre local.

MESURE DE LA PERFORMANCE DES EQUIPES

Un travail s'intéresse à la création et à la validation de score de performance individuelle et en équipe pour des situation complexe nécessitant une approche pluri-professionnelle et pluridisciplinaire (prise en charge de patients traumatisés sévères ou prise en charge de patiente présentant une hémorragie grave du post-partum).

EFFET DE LA SIMULATION SUR LE STRESS ET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

Les séances de simulation sont stressantes. La qualité de reproduction et la fidélité à la situation réelle lors d'une séance de simulation pleine échelle engendrent les mêmes effets sur les individus. L'action de se confronter à des situations stressantes de manière répétée et régulée en toute sécurité dans une visée de professionnalisation pour se désensibiliser ou se prémunir du stress est probablement pertinente. Bien évidemment, les situations les plus complexes doivent être

réservées aux personnels aguerris mais il est tout à fait possible de moduler le niveau de difficulté afin de s'intégrer dans une progression pédagogique.

On sait également que les professionnels de santé sont exposés à un risque important d'épuisement professionnel. L'hypothèse d'un effet bénéfique de l'entrainement par simulation sur le stress et l'épuisement professionnel est en cours d'exploration par un formateur du centre dans le cadre d'une thèse d'université.

On peut étendre de concept à la gestion de professionnel de santé. La simulation d'entretien professionnels pour les cadres de santé en formation initiale ou continue devient une des priorités.

109. Université des patients ou Pôle universitaire de formation des patients

Le contexte de la stratégie nationale de santé, et la volonté affichée que chaque patient soit acteur de son parcours, tandis que d'autres (usagers, associations…) participeront à la gouvernance du système de santé, suppose une information juste, et une formation adaptée. C'est la mission de l'université que de proposer ces formations.

Un groupe de travail réunissant les deux facultés de médecine, la direction des soins, et la direction de la qualité du CHU, l'Oncopole, l'Université Toulouse 2 (Education, Formation, Travail, Savoirs) a travaillé à évaluer les besoins correspondants et proposera pour 2019 le contenu d'un diplôme universitaire. Dans le même temps, des conférences grand public, et des apprentissages à distance seront mis à disposition par des experts du CHU pour les patients, et les soignants. Il existe déjà des patients formés à l'évaluation des étudiants notamment lors des examens oraux de fin de 2e cycle. Leur rôle est d'être comme des acteurs qui décrivent des symptômes fonctionnels évocateurs de telle ou telle maladie ou qui s'investissent dans des effets d'annonce pour des maladies chroniques ou cancéreuses. Le retour des étudiants est excellent et ce rôle « universitaire » des patients constitue une vraie valeur ajoutée à la formation des étudiants.

Annexes

Annexe 1 : Acronymes

ACA	Accueil Chirurgie Ambulatoire
AJA	Adolescents et Jeunes Adultes
ALD	Affection Longue Durée
ANITI	Artificial and Natural Intelligence Toulouse Institute
ANP	Admission Non Programmée
ANPGM	Association Nationale des Praticiens en Génétique Médicale
ASST	Assistant de Service de Santé au Travail
ATTP	Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
ATU	Autorisations Temporaires d'Utilisation
CAMSP	Centre d'Action Médico Sociale Précoce
CANP	Commission des Admissions Non Programmées
CAPD	Commission Administrative Paritaire Départementale
CAPL	Commissions Administratives Paritaires Locales
CAPTOR	Programme Cancer Phamacology of Toulouse Oncopole and Région
CAQES	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins
CART-cells	Immunothérapies utilisant des lymphocytes T modifiés (chimeric antigen receptor T-cells)
CCMR	Centres de Compétences de Maladies Rares
CCP	Commissions Consultatives Paritaires
CEGIDD	Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic
CeGIDD	Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CERC	Centre Européen de Réponse à la Catastrophe
CerCO	Centre de Recherche Cerveau & Cognition
CERSS	Centre d'Evaluation et de Ressources Sanitaires et Sociales
CH	Centre Hospitalier
CHG	Centre Hospitalier Général
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CMF	Chirurgie Maxillo Faciale
CMP	Centre Médico Psychologique
CMRR	Centre Mémoire de Ressources et de Recherche

CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNU	Conseil National des Universités
COFRAC	Comité Français d'Accréditation
COMEDIMS	Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
COPERMO	Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens
CPT	Communauté Psychiatrique de Territoire
CRA	Centre Ressources Autisme
CRC	Centre de Recherche Clinique
CRIOAC	Centre de Référence des Infections Osteo-Articulaires Complexes
CRMR	Centre de Référence Maladies Rares
CRMR	Centres de Références de Maladies Rares
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques
CTB	Centre de Crise et de Thérapie Brève
CTE	Comité Technique d'Etablissement
CUMP	Cellules d'Urgence Médico-Psychologique
CVM	Pôle Cardio Vasculaire et Métabolique
CVR	Pôle des Voies Respiratoires
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DIM	Département de l'Information Médicale
DMI	Dispositif Médicaux Implantables
DMP	Dossier Médical Personnel
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DOHAD	Origines Développementales, Environnementales et Epigénétiques de la Santé et des Maladies
DPI	Dossier Patient Informatisé
DRDI	Direction de la Recherche et de Développement de l'Innovation
DSIO	Direction du Système d'Information et de l'Organisation
DSPP	Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie
DSPP	Dispositif des Soins Partagés en Psychiatrie
DUMG	Département Universitaire de Médecine Générale
EEG	Electroencéphalographie
EFR	Exploration de la Fonction Respiratoire

EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EIAS	Evénement Indésirable Associé aux Soins
EMG	Equipe Mobile de Gériatrie
EMI	Equipe Mobile d'Infectiologie
EMOG	Equipe Mobile d'Onco Gériatrie
EMSP	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
EPRD	Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses
ERVPD	Equipe Régionale Vieillissement et Prévention de la Dépendance
ETF	Echographie TransFontanellaire
ETP	Equivalent Temps Plein
ETVPD	Équipes Territoriales Vieillissement et Prévention de la Dépendance
FERREPsy	Fédération de Recherche en Psychiatrie en Occitanie
FHU	Fédération Hospitalière Universitaire
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GHRE	Grand Hôpital Régional des Enfants
GHT	Groupements Hospitaliers de Territoire
GPEC	Gestion Prévisionnelle de l'Emploi et des Compétences
HAD	Hospitalisation A Domicile
HC	Hospitalisation Complète
HDE	Hôpital des Enfants
HDJ/HJ	Hôpital de Jour
HDS	Hôpital de Semaine
HoPeS	Handicaps Cognitifs, Psychiques et Sensoriels
HPS	Hôpital Promoteur de Santé
I3LM	Pôle Inflammation, Infection, Immunologie, Locomoteur
IA	Intelligence Artificielle
ICOPE	Integrated Care for Older People
ICR	Institut Claudius Regaud
IFB	Institut Fédératif de Biologie
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IME	Instituts Médico-Educatifs
IML	Institut Médico Légal
INCA	Institut National du Cancer

INS	Identifiant National de Santé
IOA	Infirmier(e) Organisatrice de l'Accueil
IPDMS	Indice de Performance de la DMS
ITAC	Institut des Technologies Avancées et Chirurgicales
ITCC	Innovative Traitement for Children with Cancer
ITS	Institut des Technologies pour la Santé
ITSIMS	Institut Toulousain de Simulation en Santé
IUCTO	l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse Oncopole
LBM	Laboratoire de Biologie Médicale
LGP	Logipharma
LISP	Lits Identifiés Soins Palliatifs
Médecine 4P	Prédictive, Préventive, Personnalisée, Participative
MMG	Maison Médicale de Garde
MOOC	Massive Open Online Course
MPR	Médecine Physique et Réadaptation
MSP	Maisons de Santé Pluriprofessionnelles
NIDCAP	Neonatal Individualized Developemental Care and Assessment Program
NIRS	Near Infrared Spectroscopy
NN	Néonatologie
ONCOMIP	Réseau de Cancérologie de Midi-Pyrénées
PACS	Picture Archiving and Communication System (= système de gestion électronique des images médicales)
PAQSS	Politique d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PDV	Hôpital Paule de Viguier
PE	Projet d'Etablissement
PEC	Prise En Charge
PGFP	Plan Global de Financement Pluriannuel
PISTE	Direction du Patrimoine immobilier et services techniques
PM	Personnel Médical
PMP	Projet Médical Partagé
PPA	Psychiatrie de la Personne Âgées
PPH	Préparateur en Pharmacie
PPR	Hôpital Pierre Paul Riquet

PREFMS	Pôle Régional d'Enseignement et de Formation aux métiers de la Santé
PROPIAS	Programme national d'actions de Prévention des Infections Associées aux Soins
PRS2	Projet Régional de Santé 2
PTA	Plateforme territoriale d'Appui (à la Coordination)
PTSM	Projet Territorial en Santé Mentale
PU	Post Urgence
PUG	Post Urgence Gériatrique
PUM	Post Urgence Médicale
QHSEE	Qualité hygiène sécurité environnement et efficience
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RéPPOP	Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique
RGPD	(ou GDPR) nouveau règlement européen sur la protection des données informatisées
RIHN	Référentiel des actes Innovants Hors Nomenclature
RIS	Radiology Information System (= système d'information radiologique)
ROI	Return On Investment (Retour sur Investissement)
RPS	Risques Psychosociaux
RSE	Responsabilité Sociétale d'Entreprise
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAU	Service d'Accueil et de traitement des Urgences
SAUV	Salle d'Accueil des Urgences Vitales
SC	Soins Continus
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SDO	Surface Dans Œuvre
SFGG	Société Française de Gériatrie et Gérontologie
SI	Soins Intensifs
SI	Système d'Information
SIGAPS	Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques
SIH	Système d'Information Hospitalier
SIMPHONIE	Simplification du Parcours Hospitalier du patient et de Numérisation des Informations Échangées
SIOP	International Society of Paediatric Oncology
SMIT	Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
SMUR	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SNS	Stratégie Nationale de Santé
SPMS	Pôle Santé Publique et Médecine Sociale
SRLF	Société de Réanimation de Langue Française
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
SST	Service de Santé au Travail
STA	Service de Traitement Ambulatoire
SU	Structure d'Urgence
SUPEA	Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
TCA	Troubles des Conduites Alimentaires
TMF	Transplantation Microbiote Fécale
UAD	Unité d'Admission Directe
UCS	Unité Centrale de Stérilisation
UEROSS	Unité d'Évaluation, de Ré-entraînement et d'Orientation Socioprofessionnelle
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UMJ	Unité Médico Judicaire
UMPSA	Unité Mobile de Premier Secours et d'Assistance
URM	Urgences Réanimation Médecine
URPS	Union Régionale de Professionnels de Santé
USC	Unité de Surveillance Continue
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
USMR	Unité de Soutien Médical à la Recherche

Annexe 2 : Correspondances pôles / parcours du projet médical

	POLES	0005 - RESSOURCES MATERIELLES	0009 - ENFANTS	0010 - FEMME MERE COUPLE	0011 - MEDECINE D'URGENCES	0012 - PHARMACIE	0013 - CARDIO VASCU&MALADIES METABOLIQUES	0014 - VOIES RESPIRATOIRES	0015 - IMAGERIE MEDICALE	0016 - BLOCS OPERATOIRES	0017 - BIOLOGIE	0018 - INFLAM INFECTION IMMUNO LOCO-MOTEUR	0019 - DIGESTIF	0021 - GERIATRIE GERONTOLOGIE	0022 - PSYCHIATRIE	0023 - SOINS ACTIV PARAMEDICALES	0025 - ADMINISTRATION GENERALE	0027 - SECRET GEN ATTRACTIVITE RAYONNEMENT	0028 - SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE	0029 - ANESTHESIE REANIMATION	0030 - CEPHALIQUE	0031 - NEURO SCIENCES	0032 - URO NEPHRO UTO DIAL CHIR PLASTIQUE	0035 - IUC ONCOPOLE CHU	0036 - RECHERCHE
Exceller pour le patient	Un parcours facilité, personnalisé et numérisé	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	L'hôpital universitaire régional des enfants au cœur d'une prise en charge de recours et de proximité	X	X						X						X					X	X	X			
	Le centre universitaire cardio-vasculaire, respiratoire et métabolique : une ambition stratégique à 10 ans	X					X	X												X					
	Une visibilité renforcée de l'offre cancérologique du CHU au sein de l'Institut Universitaire du Cancer Toulouse-Oncopole	X		X		X		X	X	X	X		X	X						X				X	X
	Une approche médicale pluridisciplinaire, une expertise universitaire accessible à tous				X		X					X	X									X	X		

	POLES	0005 - RESSOURCES MATERIELLES	0009 - ENFANTS	0010 - FEMME MERE COUPLE	0011 - MEDECINE D'URGENCES	0012 - PHARMACIE	0013 - CARDIO VASCU&MALADIES METABOLIQUES	0014 - VOIES RESPIRATOIRES	0015 - IMAGERIE MEDICALE	0016 - BLOCS OPERATOIRES	0017 - BIOLOGIE	0018 - INFLAM INFECTION IMMUNO LOCO-MOTEUR	0019 - DIGESTIF	0021 - GERIATRIE GERONTOLOGIE	0022 - PSYCHIATRIE	0023 - SOINS ACTIV PARAMEDICALES	0025 - ADMINISTRATION GENERALE	0027 - SECRET GEN ATTRACTIVITE RAYONNEMENT	0028 - SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE	0029 - ANESTHESIE REANIMATION	0030 - CEPHALIQUE	0031 - NEURO SCIENCES	0032 - URO NEPHRO UTO DIAL CHIR PLASTIQUE	0035 - IUC ONCOPOLE CHU	0036 - RECHERCHE
Exceller pour le patient	Une expertise chirurgicale universitaire pour un parcours simplifié	X						X		X		X	X							X	X		X		
	Paule de Viguier : un hôpital de recours et de proximité pour la femme, la mère et le couple	X		X																					
	Santé Mentale : une offre de psychiatrie réactive et de liaison au sein du territoire														X										
	Relever le défi du vieillissement				X							X		X											
	Admissions non programmées : l'enjeu de tous les acteurs		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	X	X	
	Des pôles médico-techniques dédiés à l'organisation des soins					X			X		X									X					
	L'excellence : l'objectif du projet de soins		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Accueillir le patient dans sa dimension psychique, afin de lui permettre d'être acteur du soin	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Tous engagés pour la qualité des soins et la maîtrise des risques	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Des usagers partenaires de la vie hospitalière	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	POLES	0005 - RESSOURCES MATERIELLES	0009 - ENFANTS	0010 - FEMME MERE COUPLE	0011 - MEDECINE D'URGENCES	0012 - PHARMACIE	0013 - CARDIO VASCU&MALADIES METABOLIQUES	0014 - VOIES RESPIRATOIRES	0015 - IMAGERIE MEDICALE	0016 - BLOCS OPERATOIRES	0017 - BIOLOGIE	0018 - INFLAM INFECTION IMMUNO LOCO-MOTEUR	0019 - DIGESTIF	0021 - GERIATRIE GERONTOLOGIE	0022 - PSYCHIATRIE	0023 - SOINS ACTIV PARAMEDICALES	0025 - ADMINISTRATION GENERALE	0027 - SECRET GEN ATTRACTIVITE RAYONNEMENT	0028 - SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE	0029 - ANESTHESIE REANIMATION	0030 - CEPHALIQUE	0031 - NEURO SCIENCES	0032 - URO NEPHRO UTO DIAL CHIR PLASTIQUE	0035 - IUC ONCOPOLE CHU	0036 - RECHERCHE
Etre acteur de la cité	Des collaborations actives, maillant le territoire		X		X		X										X		X	X					
	La promotion de la santé et la prévention pour tous						X	X				X		X	X				X						
	Un engagement éthique et durable par la responsabilité sociétale d'entreprise	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Prendre soin de ceux qui soignent	Projet social : simplifier la vie hospitalière pour redonner du sens et du temps aux soignants	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Projet managérial : la confiance et l'efficacité comme pacte hospitalier	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Rendre le CHU agile et visionnaire	L'e-santé, le numérique au bénéfice des équipes et des patients	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	La recherche comme facteur d'attractivité et d'excellence																								X
	La formation des soignants de demain : l'enseignement médical et paramédical	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Une perspective financière rétablie à l'issue des opérations portées par les deux prochains projets d'établissement	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

MERCI

À TOUS CEUX QUI ONT
CONTRIBUÉ, RELU, ENRICHI, SOUTENU
CE PROJET D'ETABLISSEMENT

ENSEMBLE NOUS AVONS IMAGINÉ L'AVENIR !

Conception : Groupe Projet d'Etablissement
Création graphique : Direction de la Communication
Impression : Centre de Reprographie du CHU de Toulouse
Année : 2019