



P

ROJET

DE PRISE EN CHARGE
DES PATIENTS

Le projet de prise en charge des patients porté par les équipes médico-soignantes du CHU de Reims pour la période 2026-2030 s'articule autour de **trois axes de travail prioritaires et transversaux**, déclinés en autant de plans d'actions engageant l'ensemble de ses équipes.

En premier lieu, dans la continuité des travaux engagés depuis une dizaine d'années, axés d'abord autour de la réponse à la demande de soins non programmés puis renforcés et élargis à l'ensemble des parcours patient dans les suites de la crise sanitaire, l'établissement s'engage à **réduire les délais d'accès aux soins**, en particulier aux soins spécialisés et de recours, et à **fluidifier les parcours de ses patients**, en collaboration avec l'ensemble des acteurs publics et libéraux du territoire.

En cohérence avec sa vocation d'établissement de recours, porteur d'innovations médicales et organisationnelles, les équipes médico-soignantes du CHU de Reims souhaitent également **s'orienter résolument vers une médecine plus personnalisée**, en particulier pour les patients les plus fragiles ou présentant une ou plusieurs pathologies complexes.

Enfin, conscient des évolutions démographiques marquées par le vieillissement de son territoire, de déterminants environnementaux et sociétaux défavorables à la santé, et des contraintes économiques et tensions pesant sur le système de santé français, le CHU de Reims prévoit, auprès de ses partenaires de ville de prendre le virage de la prévention et de **déployer une politique de prévention et promotion de la santé ambitieuse**, prenant pleinement sa place dans les démarches émergentes de responsabilité populationnelle.

Parcours patient et accès aux soins, médecine personnalisée, prévention et promotion de la santé : ces axes prioritaires sont également déclinés et illustrés dans **huit feuilles de route thématiques** spécifiquement élaborées pour les filières de soins ou activités suivantes : cancérologie, maladies chroniques, maladies rares, personnes âgées, personnes en situation de handicap, prélèvements et greffes d'organes et de tissus, soins palliatifs et fin de vie, transition enfant-adulte. Ces feuilles de route thématiques ont toutes également pour objectif de **conforter le rôle de recours** de l'établissement dans ces domaines, dans une logique de gradation et de collaboration avec les acteurs du territoire.

Parcours patient et accès aux soins, médecine personnalisée, prévention et promotion de la santé : ces axes prioritaires auront enfin vocation à guider les choix de la gouvernance de l'établissement dans la mise en œuvre de nouveaux projets médico-soignants et l'allocation de ressources, et seront à ce titre déclinés dans la politique de contractualisation interne avec les pôles d'activité clinique et médico-technique.

RÉDUIRE LES DÉLAIS D'ACCÈS AUX SOINS ET FLUIDIFIER LES PARCOURS PATIENTS

Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques, qui viennent majorer la demande de soins tout particulièrement sur notre territoire, et par des tensions importantes sur le système de santé, **faciliter l'accès aux soins et rendre les parcours patients plus fluides sont des enjeux majeurs et prioritaires pour le CHU de Reims**. L'établissement fera évoluer son organisation pour mieux répondre aux besoins des patients, en leur proposant des prises en charge plus rapides, plus simples et mieux coordonnées.

En tant qu'établissement de recours du territoire champardennais et établissement support du groupement hospitalier universitaire de Champagne (GHUC), le CHU de Reims travaille en étroite collaboration avec les établissements de santé, les professionnels de ville, les structures médico-sociales et l'ensemble des acteurs du territoire. Cette coopération est essentielle pour assurer la continuité des prises en charge, éviter les ruptures dans le parcours de soins et faciliter les échanges entre les différents professionnels.

Cette ambition se traduit par une amélioration continue des organisations : développer les admissions directes lorsque cela est possible, mieux anticiper les entrées et les sorties d'hospitalisation, renforcer les parcours ambulatoires et simplifier les interfaces entre l'hôpital et la ville.

À l'horizon 2030, le CHU de Reims souhaite ainsi proposer **des parcours de soins toujours plus intégrés**, afin d'améliorer durablement l'accès aux soins, la qualité des prises en charge et la réponse aux besoins de santé de la population.

Les orientations stratégiques retenues par le CHU de Reims s'inscrivent dans les priorités nationales de transformation du système de santé, visant à renforcer la coordination des parcours, développer les alternatives à l'hospitalisation complète et favoriser le maintien à domicile lorsque cela est possible. Elles répondent également aux évolutions réglementaires récentes, notamment le décret du 29 décembre 2023 relatif à la gestion des lits, qui encourage une meilleure fluidité des parcours et une optimisation des capacités d'hospitalisation.

Une sous-commission de la commission médicale d'établissement (CME) a été constituée autour des enjeux de parcours patients et d'amélioration des dispositifs d'aval à partir de 2021, élargissant ainsi les missions de l'ancienne commission de l'accueil non programmé. Ses travaux ont conduit le CHU de Reims à se doter d'un logiciel d'ordonnancement des lits et à renforcer la cellule de gestion des lits du CHU. Le CHU de Reims a été par ailleurs partie prenante à la constitution des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) du territoire, notamment la CPTS Reims Métropole et de nombreux parcours ville-hôpital ont été développés. De plus, des travaux ont été menés afin de favoriser la fluidification des parcours d'aval, avec le dispositif d'appui à la coordination (DAC), les services de soins médicaux et de réadaptation (SMR), les EHPAD publics et privés du territoire, et la constitution d'une cellule des cas bloquants.

Entre 2026 et 2030, ces travaux vont se poursuivre autour quatre orientations stratégiques.

- **Renforcer la coordination entre la ville et l'hôpital**, notamment dans le cadre du développement des CPTS, afin de prévenir les hospitalisations évitables et d'assurer une meilleure continuité des prises en charge ;
- **Poursuivre le déploiement et l'optimisation de l'ordonnancement et de la gestion des lits**, dans le but de fluidifier les admissions, qu'elles soient programmées ou non et de limiter les situations de saturation ;
- **Améliorer les parcours internes en renforçant la coordination entre les services, l'accès aux plateaux techniques et le traitement des situations complexes**, afin d'agir sur la durée moyenne de séjour et la qualité globale des prises en charge ;
- **Fluidifier les parcours en aval de l'hospitalisation**, grâce à une anticipation plus précoce des sorties et à une coordination individualisée des parcours, contribuant ainsi à l'amélioration de la durée moyenne de séjour.

Ces orientations traduisent la volonté du CHU de Reims de **concilier qualité des soins, efficience organisationnelle et amélioration continue des parcours patients**.

MÉTHODOLOGIE

Les travaux du groupe « parcours patient » ont été conduits en avril 2026 dans le cadre de la préparation du projet d'établissement 2026-2030.

Une première phase de consultation a été réalisée auprès des professionnels du CHU au moyen d'un questionnaire visant à recueillir leurs constats, leurs difficultés et leurs propositions d'amélioration concernant l'organisation des parcours patients.

Les contributions recueillies ont ensuite été approfondies lors de deux temps d'échange organisés les 9 et 26 avril 2026 au sein de la commission parcours patients : un premier groupe de travail avec les responsables internes du CHU et un second temps de travail avec les acteurs de la ville.

Ces travaux ont réuni des professionnels médicaux, soignants, administratifs et médico-techniques autour d'une démarche participative favorisant l'émergence de propositions concrètes et partagées.

Parallèlement, le comité de pilotage « gestion des lits » a identifié les actions prioritaires pour améliorer l'ordonnancement des lits et la fluidité des parcours hospitaliers.

Des échanges ont également été conduits avec les partenaires externes du territoire (CPTS, établissements privés, acteurs médico-sociaux et hospitalisation à domicile -HAD) afin d'intégrer les enjeux de coordination ville-hôpital et d'anticipation des sorties.

L'ensemble de ces travaux a abouti à **une feuille de route structurée autour de quatre orientations stratégiques**, constituant le cadre d'action du CHU de Reims pour l'amélioration du parcours patient sur la période 2026-2030.

Contributeurs
Dr Céline Lukas Croisier, présidente de la commission parcours patients de la CME Sylvette Khaznadji, cadre supérieure de santé du pôle digestif-urologie-néphrologie-endocrinologie (DUNE) Jules Litvine, directeur adjoint des affaires financières Claire Adamus, directrice déléguée de pôles Laurent Bodin, cadre du brancardage centralisé Dr Morgane Bonnet, service médicaments Dr Aline Carsin-Vu, cheffe de pôle adjointe du pôle imagerie Barbara Charpentier, cadre administrative de pôles Flore-Anne Chaudre, assistante sociale Dr Charlotte Colosio, service de néphrologie Justine De la Roche, directrice déléguée de pôles Dr Anne Debart, cheffe du service de SMR mention gériatrie Joelle Forconi, assistante sociale Dr Antoine Goury, service de médecine intensive et réanimation polyvalente – médecine hyperbare (MIRP) Dr Virginie Heroguelle, service de cardiologie Dr Esther Hilbig Thiery, service d'aide médicale urgente (SAMU) Dr Michaël Hoang Delait, chef de l'unité de post urgences médicales (UPUM) Sevdanur Kayag, infirmière référente gestionnaire des lits ordonnancement Ingrid Lacaud, infirmière en pratique avancée, service de neurologie Dr Sarah Laurent-Badr, service de court séjour gériatrique Laurent Lecomte, chef de projet, direction des services numériques et de l'ingénierie biomédicale (DSNIB) Romain Lecoq, cadre de santé, service de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire Sabrina Lequeux, cadre au service social Dr Christelle Lhermitte, cheffe du pôle EHPAD-USLD Lucie Lhuire, cadre de santé, ordonnancement des lits Dr Jean-Claude Mérol, chef de pôle adjoint neurosciences-tête et cou-douleur (NSTCD) Pr Jean Luc Novella, chef du pôle autonomie et santé Dr Yohan Nguyen, cellule d'ordonnancement des lits Elodie Opyrchal, assistante sociale Dr Arnaud Phillips, service de court séjour gériatrique Paul Sauveplane, directeur des affaires financières Dr Kamélia Smati, unité de médecine ambulatoire Jeanne Texier, directrice de cabinet Dr Nathalie Vincent-Caudron, cheffe du service d'accueil des urgences adultes (SAU)

ORIENTATION STRATÉGIQUE 1 : RENFORCER LE LIEN VILLE-HÔPITAL

La coordination entre le CHU de Reims et les acteurs du territoire tels que les médecins de ville, généralistes et spécialistes, les professionnels paramédicaux et de rééducation d'exercice libéral, les établissements et services médico-sociaux, notamment les EHPAD, les services d'HAD et les CPTS, favorise des parcours de soins plus fluides et limite les ruptures de prise en charge ainsi que les recours inadaptés aux urgences, notamment en facilitant les admissions directes vers les services adaptés.

Cette coopération s'appuie également sur un accès simplifié à l'expertise hospitalière grâce à la téléexpertise et sur le partage sécurisé des informations médicales via le dossier médical partagé (DMP), garantissant une meilleure continuité des soins.

Enfin, l'anticipation des transitions, notamment par la préparation de la sortie dès l'admission et le renforcement des échanges entre professionnels, contribue à sécuriser le parcours des patients, en particulier les plus complexes.

ACTION 1-1	Mettre en place des outils afin d'éviter les passages aux urgences inadaptés
Responsables de l'action	Urgences / SAMU / DAC / Commission parcours patients
Échéance	2027
Indicateur	Nombre de patients ayant plus de 4 passages par an au SAU
Description	Mettre en place le dispositif d'accompagnement pour les utilisateurs multiples des urgences (DAUM), porté par l'ARS Grand Est, afin de repérer et accompagner les passages hiératiques et inadaptés aux urgences Favoriser le déploiement des services d'accès aux soins (SAS) spécialisés afin d'assurer une réorientation des patients via la régulation

ACTION 1-2	Développer les admissions directes depuis la ville
Responsable de l'action	Commission parcours patients
Échéance	2027-2028
Indicateur	Nombre d'admissions directes par service grâce à l'ordonnancement des lits
Description	Développer des filières d'admission directe permettant aux patients adressés par leur médecin traitant, un EHPAD ou un autre établissement de santé d'accéder directement à un service spécialisé ou à un plateau technique sans passage systématique par les urgences

ACTION 1-3	Renforcer les partenariats entre les CPTS du territoire et le CHU
Responsables de l'action	CPTS / Direction de cabinet / Services
Échéance	2030
Indicateur	Nombre de parcours formalisés
Description	Développer des parcours gradués pluriprofessionnels formalisés concernant les pathologies chroniques à fort enjeu de santé publique (cardiologie, cancérologie, diabétologie, gériatrie), avec coordination des prises en soins pour sécuriser le retour à domicile avec l'ensemble des CPTS du GHUC et les services de spécialités du CHU

ACTION 1-4	Faciliter l'accès des professionnels de ville à l'expertise hospitalière, notamment grâce aux outils de télémedecine
Responsables de l'action	DSNIB / Services
Échéance	2027
Indicateurs	• Nombre de ligne de téléexpertises ouvertes • Nombres de téléconsultations/nombre de patients inclus dans un parcours de télésurveillance
Description	Renforcer les dispositifs d'avis spécialisés rapides (hotline médicale, téléexpertise, annuaire actualisé des contacts) afin d'améliorer l'accès à l'expertise du CHU.

ACTION 1-5	Mettre à disposition des correspondants de ville l'ensemble des informations en sortie d'hospitalisation, afin d'améliorer la transmission d'information
Responsables de l'action	Services / DSNIB
Échéance	2030
Indicateur	Exhaustivité du dossier médical partagé / Mon espace santé (comptes rendus, résultats d'examens, lettres de liaison)
Description	Améliorer la transmission des informations médicales entre l'hôpital et les professionnels de santé de ville pour garantir la continuité des soins après une hospitalisation.

L'objectif est de permettre aux professionnels de ville d'accéder rapidement à des informations fiables et actualisées, de sécuriser les sorties d'hospitalisation et de limiter les ruptures dans le parcours de soins.

ACTION 1-6	Anticiper la préparation de la sortie dès l'admission, notamment pour les patients à parcours complexe
Responsables de l'action	Service social / DAC / Commission parcours patients
Échéance	2030
Indicateurs	• Création d'une fiche de liaison commune ville-hôpital pour les patients en situation complexe • Suivi des ré hospitalisations
Description	Structurer le repérage des patients fragiles en lien avec les professionnels de ville (DAC, CPTS, médecins traitants etc.) afin d'anticiper les prises en charge et prévenir les réhospitalisations évitables



ORIENTATION STRATÉGIQUE 2 : DÉPLOYER L'ORDONNANCEMENT DES LITS

Conformément au décret du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation et de fonctionnement de l'activité de médecine d'urgence, **le renforcement du pilotage des capacités d'hospitalisation repose sur le déploiement de l'ordonnancement des lits**. Celui-ci impose aux établissements disposant d'un service d'urgence de mettre en place un dispositif de gestion des lits afin de fluidifier l'aval des urgences et de limiter les situations de blocage.

Pour répondre à ces enjeux, le CHU de Reims s'appuie sur un dispositif de « *bed management* » offrant une vision en temps réel des capacités disponibles et favorisant une meilleure coordination des admissions. Dans cette dynamique, la mise en place et la généralisation du logiciel de gestion des lits à l'ensemble des services de l'établissement constitue un levier majeur pour optimiser l'utilisation des ressources d'hospitalisation et orienter les patients vers les unités les plus adaptées à leurs besoins.

À plus long terme, l'extension de cet outil à l'échelle territoriale, notamment auprès des établissements des directions communes, renforcera la coordination inter-établissements et améliorera la visibilité des capacités d'accueil disponibles sur le territoire. L'ordonnancement des lits contribuera ainsi à fluidifier les transferts entre services et entre établissements, à réduire les délais d'attente des patients et à optimiser l'accès aux ressources hospitalières, notamment aux plateaux techniques et à l'imagerie.

ACTION 2-1	Généraliser le logiciel de gestion des lits sur l'ensemble du CHU
Responsables de l'action	CoPil gestion des lits / Cellule d'ordonnancement
Échéance	2028-2029
Indicateurs	Nombre de services dans lesquels le logiciel est déployé 1 pôle déployé en 2026 (Médecine) -> Tous les pôles (2030)
Description	Déployer une charte de réservation des lits basée sur le besoin journalier minimal en lits Structurer la cellule de gestion des lits

ACTION 2-2	Déployer le logiciel de gestion des lits à l'échelle du territoire, notamment dans les établissements de la direction commune
Responsable de l'action	CoPil gestion des lits / Directions communes / Commission Médicale du GHUC
Échéance	2030

ACTION 2-3	Améliorer les transferts interservices et inter-établissements via les logiciels de programmation et de gestion des lits
Responsable de l'action	CoPil gestion des lits
Échéance	2028
Indicateurs	- Délais de transfert interservices - Délais de transfert inter-établissements
Description	- Développer les transferts directs entre services spécialisés afin de mettre en œuvre l'objectif de gradation des soins. - Développer les transferts directs entre établissements du territoire afin de mettre en œuvre l'objectif de gradation des soins

ACTION 2-4	Réduire les délais d'accès à l'imagerie via les outils de programmation
Responsables de l'action	Pôle imagerie / CoPil gestion des lits
Indicateur	Délais d'accès à l'imagerie
Description	Améliorer l'accès à la programmation de l'imagerie, en lien avec le déploiement de l'ordonnancement des lits

ACTION 2-5	Déployer des outils de coordination des parcours multi-intervenants ou complexes
Responsables de l'action	DSNIB / Services
Échéance	2030
Indicateurs	- Déployer les outils de coordination de parcours sur l'unité de médecine ambulatoire (Plani+) - Déployer les outils de coordination de parcours sur des parcours d'hôpital de jour

Plani + est un outil de planification complexe développé en interne au CHU de Reims pour répondre aux besoins spécifiques de la planification des soins en médecine et de réadaptation et optimiser l'utilisation des ressources disponibles au profit de parcours patients plus fluides.

S'inscrivant par ailleurs dans une démarche globale de souveraineté numérique, cet outil, mis en production mi-2025, simplifie le processus de planification des séances de rééducation, en tenant compte des disponibilités humaines et matérielle du service.

Plani+ permet un arbitrage automatique des conflits de ressources et une adaptation dynamique des plannings des patients et des professionnels de rééducation.

Les équipes de la direction des services numériques prévoient de déployer cet outil sur d'autres plateaux techniques, dès 2027 à l'unité de médecine ambulatoire en cancérologie et hématologie puis dans d'autres hôpitaux de jour pour faciliter la planification de parcours de diagnostic ou d'évaluation.



Un bon programme de MPR ne commence pas à la première séance. Il commence au moment où le planning est construit. Parce que le planning organise l'intensité, la multimodalité, l'interdisciplinarité et l'efficacité du parcours patient. En résumé, la planification est déjà un acte thérapeutique.

Pr François Constant BOYER,
chef du service de médecine physique et de réadaptation adulte



ORIENTATION STRATÉGIQUE 3 : AMÉLIORER LA FLUIDITÉ DU PARCOURS PATIENT EN INTERNE

L'amélioration des parcours patients au sein du CHU de Reims repose avant tout sur une meilleure coordination entre les professionnels et une organisation plus fluide des prises en charge. **L'objectif est de permettre aux patients d'accéder au bon soin, au bon moment, tout en limitant les délais, les ruptures de parcours et les hospitalisations évitables.**

Le développement de l'ambulatoire, lorsque l'état du patient le permet, contribue à réduire les durées de séjour et à améliorer le confort de prise en charge. Dans le même temps, le recours facilité aux avis spécialisés, grâce aux équipes mobiles et aux outils numériques, permet d'apporter plus rapidement l'expertise nécessaire aux équipes soignantes.

La simplification des démarches administratives, notamment par le développement de la préadmission, participe également à rendre le parcours plus simple pour les patients et plus fluide pour les professionnels. Enfin, le renforcement des liens avec les équipes de psychiatrie permet de mieux répondre aux situations complexes et d'assurer une prise en charge plus coordonnée.

L'ensemble de ces actions vise à améliorer la qualité des soins, l'expérience des patients et l'organisation des parcours au sein de l'établissement.

ACTION 3-1	Poursuivre le développement des prises en charge ambulatoires au CHU à la fois sur le volet chirurgical et le volet médical
Responsables de l'action	Services / Département d'information médicale (DIM) / CME
Échéance	2030
Indicateurs	Taux de médecine et chirurgie ambulatoire
Description	Identifier les séjours de médecine et de chirurgie pouvant être réalisés en ambulatoire Déployer et actualiser les parcours de prise en charge ambulatoire par spécialité Formaliser des procédures et protocoles à destination des professionnels



ACTION 3-2	Renforcer les avis spécialistes interservices via notamment des équipes mobiles et les demandes d'avis au sein du dossier patient informatisé (DPI)
Responsables de l'action	CME / DSNIB
Échéance	2030
Indicateur	Nombre d'avis spécialisés interservices
Description	Déployer des fiches d'avis interservices dans le DPI Développer les interventions des équipes mobiles sur l'ensemble du CHU

ACTION 3-3	Déployer la préadmission automatique sur l'ensemble des secteurs d'hospitalisation et de consultations
Responsables de l'action	Bureau des entrées / DSNIB
Échéance	2028-2029
Indicateur	Taux de préadmission automatique (Cible : 80 % sur l'externe et 90 % sur l'hospitalisation programmée)
Description	La préadmission a été déployée au niveau des secteurs de consultations et doit être généralisée sur les secteurs d'hospitalisation. Des modules doivent être ajoutés pour que le patient remplisse au-delà du dossier administratif l'ensemble des éléments de sa prise en charge (consentement, personne de confiance, etc.)

ACTION 3-4	Renforcer la coordination avec la psychiatrie
Responsables de l'action	SAU / Services / Établissement public de santé mentale de la Marne
Échéance	2030
Indicateurs	- Délai d'obtention d'un avis psychiatrique - Nombre de transferts réalisés
Description	Fluidifier les parcours entre le CHU et l'EPSMM afin d'améliorer l'accès aux avis psychiatriques, aux urgences et aux hospitalisations spécialisées

ACTION 3-5	Renforcer les parcours de transition enfant-adulte, notamment pour les maladies chroniques et maladies rares (cf. feuille de route dédiée)
Responsables de l'action	Services pédiatriques et adultes
Échéance	2030
Indicateur	Nombre de parcours de transition construits

ACTION 3-6	Poursuivre le déploiement des parcours de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) et de pré-habilitation pour prévenir les complications et réduire les durées de séjours
Responsables de l'action	Services / Directeurs délégués de pôle /DSIRMT
Échéance	2030
Indicateurs	• Nombre de parcours RAAC • Nombre de parcours HDJ d'initiation à un parcours

Le CHU de Reims a mis en place les parcours RAAC pour anticiper une prise en charge chirurgicale. La poursuite et la structuration des parcours d'évaluation et de pré-habilitation avant chirurgie ou traitement médical lourds, permettra d'éviter les complications et allongement des séjours d'hospitalisation. Les parcours RAAC et les HDJ de pré-habilitation permettent d'accompagner les patients à leurs soins.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 4 : FLUIDIFIER L'AVAL DE L'HOSPITALISATION

Les enjeux concernant l'amélioration de l'organisation des sorties d'hospitalisation pèsent particulièrement sur les personnes âgées, les patients en perte d'autonomie et les personnes en situation de fragilité sociale, pour lesquels l'accès à des solutions adaptées demeure parfois complexe.

Dans cette perspective, **le CHU de Reims a la volonté de renforcer sa coordination avec les acteurs de la prise en charge post-hospitalière**. Le développement des coopérations avec l'HAD, les services de SMR et les établissements médico-sociaux, notamment les EHPAD, contribuera à fluidifier les parcours et à sécuriser les orientations à la sortie.

Enfin, l'anticipation des besoins et la mobilisation précoce des dispositifs d'accompagnement adaptés doivent permettre de sécuriser les parcours patients et d'assurer la continuité des prises en charge au-delà du séjour hospitalier, mais aussi d'améliorer la durée moyenne de séjour des services du CHU, notamment des services de médecine et de réduire les journées d'hospitalisation non pertinentes, facilitant ainsi l'accès aux lits d'hospitalisation en urgence comme en programmé dans des délais courts.

ACTION 4-1	Renforcer les partenariats avec l'HAD
Responsables de l'action	Direction de cabinet / Commission parcours patients
Échéance	2030
Indicateurs	- Nombre d'orientations vers l'HAD - Délais moyens de l'orientation et de l'admission
Description	Améliorer le recours à l'HAD, comme vecteur de continuité des soins sur l'ensemble des services du CHU

ACTION 4-2	Développer les partenariats avec les structures d'aval SMR
Responsables de l'action	Pôle autonomie et santé / Commission parcours patients
Échéance	2030
Indicateurs	- Formation des cadres sur le territoire - Définition des parcours - Analyse des refus et motifs afin d'améliorer la connaissance des critères d'admission en SMR
Description	Assurer l'acculturation à l'utilisation de ViaTrajectoire, échanger avec les SMR polyvalents du territoire et de la direction commune

ACTION 4-3	Renforcer les partenariats avec les structures médico-sociales pour la prise en charge des personnes âgées
Responsables de l'action	Pôle EHPAD-USLD / Commission parcours patients
Échéance	2030
Indicateur	Nombre de conventions signées avec les EHPAD du territoire

Le CHU a conventionné avec les EHPAD du territoire, afin d'améliorer les sorties d'hospitalisation et de renforcer les échanges sur le partage d'informations sur les capacités d'accueil.

ACTION 4-4	Adapter l'offre médico-sociale aux besoins du territoire en tenant compte des évolutions réglementaires
Responsable de l'action	Pôle EHPAD - USLD
Échéance	2030
Indicateur	Taux d'occupation des différents secteurs et dispositifs d'hébergement permanent et temporaire du territoire
Description	Transformer des places d'EHPAD ou d'USLD en places d'unités d'hébergement renforcé (UHR) Optimiser l'occupation des dispositifs d'accueil de jour et d'hébergement temporaire (y compris hébergement temporaire solvabilisé)

ACTION 4-5	Améliorer les sorties des patients en situation de précarité en renforçant leur accompagnement médico-social
Responsables de l'action	Service social / Commission parcours patients
Échéance	2028
Indicateurs	• IP-DMS des services • Rapports d'activité du service social et de la permanence d'accès aux soins (PASS)
Description	Développer des suivis des patients en lien avec la PASS Développer l'exploitation de l'expertise PASS à l'échelle du territoire Renforcer les partenariats avec les structures

L'**IP-DMS** (indice de performance de la durée moyenne de séjour) est un indicateur hospitalier. Il compare le nombre de journées d'hospitalisation complète d'un établissement au nombre de journées théoriques attendues selon la moyenne nationale pour le même type d'activité (groupes homogènes de malades ou GHM).

ACTION 4-6	Pérenniser l'action de la cellule des cas bloquants, en s'appuyant sur la cellule d'ordonnancement et le service social
Responsables de l'action	Service social / Commission parcours patients / DSIRMT
Indicateurs	• IP-DMS des services • Rapports d'activité du service social et de la PASS
Description	Poursuivre les travaux engagés par la cellule des cas bloquants Intégrer le repérage des situations sociales complexes aux missions de la cellule d'ordonnancement Autonomiser les services dans l'analyse et la résolution des séjours longs, avec l'appui du service social



S'ORIENTER RÉSOLUMENT VERS UNE MÉDECINE PLUS PERSONNALISÉE

La médecine personnalisée désigne **une approche médicale qui vise à adapter la prévention, le diagnostic, le traitement et le suivi d'un patient en fonction de ses caractéristiques individuelles biologiques, génétiques, environnementales et comportementales afin de proposer « le bon traitement, au bon patient, au bon moment »** (Organisation mondiale de la santé).

L'hétérogénéité des patients hospitalisés – en particulier ceux présentant des pathologies complexes, des comorbidités multiples ou des fragilités physiologiques et psychiques – nécessite une adaptation fine des stratégies de soins.

La médecine personnalisée offre un cadre scientifique et opérationnel pour :

- individualiser le diagnostic, la prévention et le traitement ;
- optimiser l'efficacité thérapeutique ;
- réduire les risques iatrogènes ;
- favoriser la qualité et la sécurité des parcours de soins.

Ces approches sont particulièrement pertinentes pour les patients suivis dans des domaines à forte complexité :

- Infectiologie : patients immunodéprimés, infections multi-résistantes, maladies émergentes.
- Transplantation : adaptation des immunosuppresseurs via le suivi thérapeutique pharmacologique, prévention du rejet, surveillance infectieuse.
- Neuropsychiatrie : personnalisation des traitements psychotropes, prise en compte des comorbidités et facteurs génétiques.
- Maladies inflammatoires et auto-immunes : adaptation des traitements biologiques selon les biomarqueurs et la sévérité clinique.
- Maladies chroniques : diabète, insuffisance cardiaque ou respiratoire, polyopathologies nécessitant des stratégies intégrées.
- Maladies rares : lutter contre l'errance diagnostique.
- Oncologie médicale : qui est abordé dans le cadre du volet cancérologie du projet d'établissement.

DES APPROCHES GLOBALES DE MÉDECINE PERSONNALISÉE

La **médecine des 5P** correspond à un modèle de transformation des systèmes de santé fondé sur une approche **Prédictive, Préventive, Personnalisée, Participative et de Précision**, mobilisant différents outils et disciplines afin d'améliorer l'efficacité, la pertinence et l'individualisation des soins.

Pour les populations particulièrement fragiles identifiées, la médecine personnalisée repose sur plusieurs leviers complémentaires :

1. Stratégies cliniques et physiopathologiques :

- Évaluation fine des comorbidités, fragilités et risques spécifiques
- Identification de patients à risque de complications (ex. immunodépression, polymédication)

2. Suivi thérapeutique pharmacologique et adaptation des traitements :

- Suivi thérapeutique pharmacologique pour ajuster les doses de médicaments critiques (immunosuppresseurs, antiépileptiques, traitements biologiques, neuroleptiques, antibiotiques, etc.)
- Intégration de la pharmacogénomique et de la pharmacocinétique pour réduire les risques d'inefficacité ou de toxicité

3. Biomarqueurs et outils diagnostiques :

- Utilisation de biomarqueurs pour prédire l'évolution de la maladie ou la réponse aux traitements
- Suivi biologique individualisé (inflammation, immunité, métabolisme, oncogénétique, génétique médicale ...)

4. Stratification et modélisation :

- Regroupement des patients en sous-groupes selon leurs caractéristiques biologiques, cliniques et thérapeutique
- Modélisation des réponses aux traitements via des outils d'intelligence artificielle et de modélisation PK/PD, adaptation *a priori* et *a posteriori*.

La modélisation pharmacocinétique et pharmacodynamique (PK/PD) fait intégralement partie du processus de développement des médicaments. Cette technique mathématique permet d'anticiper les effets et l'efficacité du dosage des médicaments sur une période donnée

5. Approche globale et multidimensionnelle :

- Prise en compte des facteurs environnementaux, sociaux et comportementaux
- Suivi longitudinal des patients pour ajuster les interventions de manière dynamique
- Collaboration interdisciplinaire entre cliniciens, pharmaciens, biologistes, data scientists, bio-informaticiens et équipes paramédicales



Parce que chaque patient mérite un diagnostic, une prévention et un traitement adaptés à son profil, le CHU se mobilise autour d'une médecine plus personnalisée et plus précise, au travers d'un projet porté par 20 services et disciplines réunis autour d'une même ambition.

Pr Zoubir Djerada, chef de service
de biochimie-pharmacologie-toxicologie,
co-pilote du groupe de travail « médecine personnalisée »



MÉTHODOLOGIE

L'élaboration du projet d'établissement 2026-2030 a constitué une opportunité pour les équipes soignantes du CHU de Reims d'affirmer leur volonté de développer, de manière coordonnée et volontariste, le recours à une médecine plus personnalisée.

La présente feuille de route s'appuie ainsi sur le recensement des pratiques existantes, la mobilisation des acteurs et une gouvernance transversale. Des représentants de différentes disciplines ont pu participer aux échanges : pédiatrie, maladies infectieuses, psychiatrie, dispositifs médicaux, pharmacie clinique, néphrologie, hématologie clinique, génétique, oncologie moléculaire, gynécologie, oncologie, et définir les priorités suivantes :

- valoriser les pratiques existantes dans les services concernés et les rendre visibles à l'échelle institutionnelle ;
- structurer une approche globale de médecine personnalisée pour les patients fragiles ou à profil particulier ;
- encourager le développement de nouvelles initiatives interdisciplinaires intégrant soins, recherche et enseignement ;
- optimiser les parcours de soins en favorisant une adaptation fine des traitements et un suivi individualisé ;
- renforcer la sécurité et l'efficacité thérapeutique en intégrant les données cliniques, biologiques, pharmacologiques et comportementales.

Le pilotage de cette démarche sera assuré dans le cadre d'un comité de pilotage (CoPil) médecine personnalisée composé des membres identifiés lors des groupes de travail. Il pourra être enrichi par des représentants de services voulant s'investir sur le sujet d'ici à 2030.

Contributeurs
Pr Christine Clavel, cheffe du service de génétique Pr Zoubir Djerada, chef du département biochimie, pharmacologie toxicologie Cloé Mendes, directrice déléguée de pôles Laurence Taborski, cadre supérieure de santé, direction des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
Dr Katia Bessaci, cheffe du service de pédiatrie générale et spécialisée Dr Morgane Bonnet, service des médicaments Dr Fayçal Bouazzaoui, chef de service, établissement de santé mentale de la Marne Dr Charlotte Colosio, service de néphrologie Dr Véronique Dalstein, cheffe du service d'oncologie moléculaire Amélie Durand, chef de projet CAR-T-cells, direction qualité, gestion des risques, relations avec les usagers Dr Catherine Feliu, service de pharmacologie toxicologie Dr Benjamin Fradin, service des dispositifs médicaux stériles Pr Maxime Hentzien, chef de pôle adjoint, pôle médecines Dr Chantal Himberlin, service d'hématologie clinique Dr Céline Konecki, service de pharmacologie toxicologie Dr Quentin Lecomte-Thenot, service de bactériologie-virologie-hygiène Pr Abd-El-Rachid Mahmoudi, chef du service de court séjour gériatrique Dr Maxime Moïny, médecin généraliste Dr Marin Moutel, service de médecine interne, immunologie clinique et maladies infectieuses Dr Nathan Nicolau Guillaumet, service de bactériologie-virologie-hygiène Pr Jean-Baptiste Oudart, département d'oncologie moléculaire Pr Christine Pietrement, service de pédiatrie générale et spécialisée Dr Céline Poirsier, responsable de l'unité de génétique clinique

ORIENTATION STRATÉGIQUE 1 : STRUCTURER UNE DÉMARCHE INSTITUTIONNELLE DE MÉDECINE PERSONNALISÉE

La médecine personnalisée est déjà présente dans de nombreux secteurs d'activité du CHU, au travers d'initiatives cliniques, biologiques, pharmaceutiques et technologiques. Afin de renforcer leur visibilité, leur cohérence et leur impact, le CHU souhaite structurer une démarche institutionnelle fédérant l'ensemble des acteurs impliqués dans cette approche. Cette organisation permettra de favoriser les synergies entre soins, recherche, enseignement et innovation, au bénéfice des patients les plus fragiles et complexes du territoire.

ACTION 1-1	Réaliser une cartographie institutionnelle des pratiques de médecine personnalisée
Responsable de l'action	CoPil médecine personnalisée
Échéance	2028
Indicateurs	• Cartographie validée • Réalisation d'un logigramme
Description	Recenser toutes les pratiques de médecine personnalisée déjà mises en œuvre dans les services ciblés et mettre en évidence les expertises existantes pour favoriser les synergies.

ACTION 1-2	Structurer un réseau transversal associant soins, recherche, enseignement et innovation
Responsables de l'action	Pôle recherche et santé publique / CME / Université de Reims Champagne-Ardenne
Échéance	2028
Indicateur	Nombre de réunions et de projets transversaux
Description	Structurer un réseau interne au CHU et faire le lien avec les acteurs du territoire dont les hôpitaux périphériques et les acteurs de la ville

ACTION 1-3	Multiplier les filières d'habitation pour les personnes en situation de vulnérabilité
Échéance	2028
Indicateur	Filière opérationnelle
Description	Adapter les prises en charges selon des indicateurs personnalisés individuels en s'appuyant sur des filières existantes et spécialisées afin de faciliter l'accès aux soins et l'adhésion aux prises en charges selon les besoins spécifiques identifiés. Par exemple : Structurer la prise en charge en imagerie des patients en situation de handicap nécessitant une prise en charge sous anesthésie générale, en partenariat avec l'équipe Handi Relais

ORIENTATION STRATÉGIQUE 2 : DÉVELOPPER LES OUTILS D'AIDE À LA DÉCISION CLINIQUE

L'évolution des connaissances scientifiques et des technologies offre aujourd'hui de nouvelles possibilités pour adapter les décisions médicales aux caractéristiques propres à chaque patient. Le développement des biomarqueurs, de la pharmacogénomique, du suivi thérapeutique pharmacologique et des outils d'intelligence artificielle constitue un levier majeur d'amélioration de la pertinence des soins. Le CHU de Reims souhaite s'appuyer sur ces innovations pour renforcer la sécurité, l'efficacité et la personnalisation des prises en charge.

ACTION 2-1	Renforcer le suivi thérapeutique pharmacologique et la pharmacogénomique
Responsables de l'action	Département de biochimie, pharmacologie et toxicologie / Services cliniques partenaires ou services volontaires
Échéance	2026-2030
Indicateur	Nombre de patients bénéficiant d'une adaptation thérapeutique
Description	Projet identifié : Implémenter les approches innovantes du suivi thérapeutique pharmacologique dans les services partenaires (infectiologie / psychiatrie / néphro transplantation / réanimation)

ACTION 2-2	Développer et faciliter l'accès aux outils de diagnostics avancés
Responsable de l'action	Pôle de biologie médicale et pathologie
Échéance	2026-2030
Indicateur	Nombre de filières concernées et nombre d'outils
Description	Projet identifié : Personnaliser les thérapeutiques, des outils type biomarqueurs (protéiques, ADN, infectieux ...) diagnostiques ou à visée thérapeutique

ACTION 2-3	Développer le recours aux outils d'intelligence artificielle et de modélisation
Responsables de l'action	Institut de l'intelligence artificielle en santé / Pôle de biologie médicale et pathologie / Pôle recherche et santé publique / DSNIB
Échéance	2026-2030
Indicateur	Nombre de projets déployés
Description	Projets identifiés : - Détecter des fractures - Identifier les instruments chirurgicaux - Définir des modèles de prise en charge médicamenteuse à partir de données multiples, etc.

L'intelligence artificielle prend une part de plus en plus prépondérante dans les réflexions en termes de personnalisation des prises en charge, du suivi des patients et des traitements. Le CoPil médecine personnalisée entend pouvoir accompagner les déploiements et prioriser les demandes.

ACTION 2-4	Renforcer l'activité de bio-informatique
Responsables de l'action	Pôle de biologie médicale et pathologie / Plateforme de biologie moléculaire
Échéance	2028
Indicateurs	- Nombre d'analyses réinternalisées - Nombre d'analyses réalisées pour le territoire
Description	Projet identifié : Permettre le déploiement d'une approche transversale de métagénomique à visée diagnostique, visant à renforcer les capacités d'identification des agents pathogènes viraux, bactériens, fongiques et parasitaires, avec le développement d'une expertise locale bio-informatique nécessaire

La bio-informatique est indispensable à l'analyse des variants moléculaires et représente une révolution pour l'adaptation des prises en charge.

ACTION 2-5	Poursuivre le développement de la chirurgie robotique
Responsable de l'action	CoPil robotique
Échéance	2026
Indicateur	Nombre d'interventions réalisées par assistance robotique
Description	Projet identifié : chirurgie orthopédique assistée par le robot MAKO

En chirurgie, la robotique constitue un levier majeur de la médecine personnalisée. Elle associe planification préopératoire individualisée, assistance préopératoire de haute précision et adaptation du geste chirurgical aux spécificités anatomiques de chaque patient, dans une logique d'amélioration des résultats cliniques et de la récupération.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 3 : INNOVER DANS LES PRISES EN CHARGE

Les patients présentant des situations cliniques complexes nécessitent des approches innovantes permettant une meilleure adaptation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques. Grâce à ses expertises hospitalo-universitaires et à ses plateformes technologiques, le CHU dispose d'atouts majeurs pour développer des projets pionniers dans des domaines tels que les CAR-T cells, l'infectiologie complexe, les maladies chroniques ou encore la prise en charge des personnes en situation de handicap. L'objectif est de promouvoir des parcours de soins plus adaptés, plus sûrs et davantage centrés sur les besoins individuels des patients.

ACTION 3-1	Soutenir les projets pilotes pour les patients complexes
Responsable de l'action	CoPil médecine personnalisée
Échéance	2030
Indicateurs	- Nombre de projets pilotes identifiés - Nombre de projets pilotes accompagnés
Description	Projets identifiés : - Réunions de concertation pluridisciplinaire en oncologie, transplantation rénale, maladies rares, infectiologie - Créer des dispositifs médicaux personnalisés

ACTION 3-2	Soutenir la recherche clinique et translationnelle
Responsables de l'action	Direction des affaires médicales et de la recherche / URCA
Échéance	2030
Indicateur	Nombre de projets pilotes et de réponses à des appels à projet
Description	Projet identifié : Implémenter les approches innovantes d'optimisation pharmacothérapeutique et du suivi thérapeutique pharmacologique

Le CoPil médecine personnalisée permettrait de prioriser les besoins et de permettre le soutien à l'implémentation de projet d'ampleur et dans les réponses à des appels à projets locaux ou nationaux afin de chercher des pistes de financement et développer des projets innovants.

ACTION 3-3	Renforcer l'approche individualisée des actions de prévention et de dépistage
Responsable de l'action	CoPil prévention
Échéance	2030
Indicateurs	- Nombre de patients concernés - Impact sur le territoire de recours
Description	Consolider une approche de prévention et de dépistage fondée sur l'évaluation individualisée des risques, en mobilisant les apports de la médecine personnalisée peut permettre d'améliorer la précocité des prises en charge, de cibler plus efficacement les actions de santé et de contribuer à une utilisation plus pertinente des ressources au bénéfice des patients et du territoire Projets identifiés : - Équipe mobile de vaccination - Systématisation du dépistage du diabète chez les patients jeunes et apparentés

Dès 2027, le service d'hématologie ambitionne de pouvoir proposer à certains patients présentant un cancer du sang (leucémie aiguë lymphoblastique, lymphome ou myélome) **l'accès à un traitement par CAR-T Cells** au CHU de Reims, là où les patients concernés et leurs proches doivent aujourd'hui quitter la Champagne-Ardenne pour en bénéficier.

Les thérapies par cellules CAR-T sont une forme d'immunothérapie personnalisée, un traitement qui utilise le système immunitaire du patient lui-même en l'adaptant spécifiquement à son cancer. Les cellules CAR-T sont en effet des médicaments « **sur mesure** » obtenus via la modification génétique des lymphocytes T du patient. On parle de « CAR » (récepteur antigénique chimérique) car ces cellules sont équipées d'un récepteur artificiel capable de reconnaître les cellules tumorales et de les détruire.

De nombreux professionnels de l'établissement sont impliqués dans ce projet (hématologie, pharmacie, médecine intensive et réanimation, neurologie, biologie, etc.), chaque étape du parcours du patient mobilisant des expertises pointues et une grande rigueur organisationnelle pour garantir la sécurité, la personnalisation et la qualité du traitement.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 4 : FORMER, DIFFUSER ET ÉVALUER

Le déploiement de la médecine personnalisée nécessite une montée en compétence continue des professionnels ainsi qu'une diffusion large des connaissances et des bonnes pratiques. Le CHU entend accompagner cette transformation en développant des actions de formation, de sensibilisation et de partage d'expérience à destination de l'ensemble des acteurs concernés. L'évaluation régulière des pratiques et de leurs impacts sur la qualité des soins constituera également un élément essentiel pour garantir la pertinence et la pérennité de cette démarche.

ACTION 4-1	Développer des actions de formation à destination des professionnels
Responsables de l'action	DRH / DSIRMT / URCA
Échéance	2030
Indicateur	Nombre de professionnels formés
Commentaires	Projets identifiés : - Développer un programme de formation institutionnel avec des formations en présentiel - Mettre en place un Moodle avec un programme défini lors du CoPil médecine personnalisée

ACTION 4-2	Sensibiliser les équipes à la médecine personnalisée
Responsables de l'action	CME / DSIRMT
Échéance	2028
Indicateur	Nombre d'actions de diffusion
Commentaires	Projet identifié : Réaliser des séminaires annuels de partage d'expérience sur les projets de médecine personnalisée au sein des équipes

ACTION 4-3	Évaluer l'impact sur les parcours et la sécurité des soins
Responsable de l'action	Direction qualité, gestion des risques, relations avec les usagers
Échéance	2030
Indicateurs	- Définition d'indicateurs qualité commun aux différents services impliqués - Réalisation d'un tableau de bord annuel
Commentaires	Projet identifié : Impacter les actions sur des indicateurs cliniques (efficacité/tolérance)

DÉPLOYER UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ AMBITIEUSE

La prévention est aujourd'hui identifiée comme un levier majeur pour améliorer la santé globale de la population et maîtriser les coûts croissants liés aux maladies chroniques et au vieillissement. Ce virage, déjà amorcé dans certains pays et porté par les politiques de santé publique françaises, ne peut cependant se concrétiser sans une appropriation forte par les acteurs de terrain.

Dans la continuité des orientations nationales, les établissements de santé, et en particulier les CHU, ont une réelle responsabilité à faire vivre ce changement de paradigme au plus près des populations : en intégrant des objectifs préventifs mesurables dans leurs organisations de soins, en s'appuyant sur des données probantes issues de la recherche interventionnelle en population, et en mobilisant l'ensemble de leurs professionnels pour ancrer une véritable culture de la prévention, y compris en dehors de leurs murs.

Cette responsabilité s'exerce cependant dans un contexte où plusieurs obstacles demeurent structurellement présents : un système de soins historiquement centré sur le curatif, une prévention encore trop souvent perçue comme secondaire, une coordination perfectible entre professionnels, collectivités et État, et un accès inégal aux actions de prévention pour les populations précaires ou rurales.

Trois constats renforcent cette responsabilité :

- **D'ici 2035, les personnes de plus de 75 ans devraient représenter 13,5 % de la population nationale, et surtout, près d'une personne sur deux serait concernée par une maladie chronique**, soit un effectif estimé entre 27,7 et 30,4 millions de personnes, tandis qu'un adulte sur cinq vit déjà aujourd'hui avec plusieurs maladies chroniques simultanées (Rapport « Charges et produits », Caisse nationale d'assurance maladie, 2027).
- Sur cette trajectoire, les pathologies chroniques pourraient représenter jusqu'à 70 % de la dépense remboursée totale en 2035, contre 65,1 % en 2024. Par ailleurs, sur le plan financier, l'assurance maladie estime que si la tendance actuelle se poursuit, les dépenses de santé pourraient atteindre 270 milliards d'euros à l'horizon 2030 (soit plus 60 milliards par rapport à 2024). **Un investissement massif dans la prévention, combiné à une maîtrise renforcée des dépenses, permettrait de la limiter à 245 milliards d'euros**, tout en permettant aux assurés de vivre plus longtemps en bonne santé (Rapport « Charges et produits », Caisse nationale d'assurance maladie, 2027).
- **L'inadéquation croissante entre une offre de soins historiquement curative et une charge de morbidité désormais dominée par les maladies chroniques non transmissibles qui questionne nos organisations** : 5 % des patients concentrent aujourd'hui 50 % des dépenses de santé, et 50 % des décès en France seraient liés à des facteurs évitables, les déterminants de santé relevant pour 20 % du système de soins, 30 % des comportements individuels, et 50 % de l'environnement social et physique (Organisation mondiale de la santé, « Les politiques de santé visant à lutter contre les maladies chroniques peuvent avoir des effets positifs en 5 ans », mars 2025).

Dans le département de la Marne, ces dimensions sont également visibles :

- Selon le modèle de projection démographique Omphale de l'Institut national de la statistique, des études et de l'évaluation (INSEE), les plus de 75 ans, qui représentent déjà 9 % de la population marnaise en 2024, atteindront 11 % en 2030 puis 14 % en 2040. Cette évolution se traduit d'ores et déjà dans l'activité de l'établissement : en 2025, 19,5 % des passages au sein du service des urgences du CHU concernaient des patients de plus de 75 ans, contre 17,8 % en 2021. Il revient au CHU d'anticiper cette dynamique, tant dans l'adaptation de ses organisations de soins que dans le renforcement de la prévention de la perte d'autonomie.
- Si les indicateurs socio-économiques du département de la Marne ne révèlent pas, en tant que tels, une situation de fragilité marquée, la situation est différente pour les départements limitrophes de l'Aisne et des Ardennes, dont une large partie de la population a recours au CHU de Reims. Le CHU doit donc poursuivre le développement d'une prise en charge adaptée aux publics et renforcer ses actions de prévention et d'éducation à la santé, au sein de l'établissement comme hors les murs.
- À Reims, les cancers et les maladies cardiovasculaires demeurent les premières causes de décès, tandis que plus d'un habitant sur six vit avec une affection de longue durée et que les besoins en santé mentale sont supérieurs à la moyenne régionale (Observatoire local de la santé – tableau de bord 2025). Face à une mortalité prématurée évitable étroitement liée aux comportements à risque (alcool, tabagisme, alimentation), il appartient au CHU de renforcer ses actions de prévention sur ces facteurs de risque, en priorité à destination des jeunes et des publics vulnérables.

Ces constats convergent vers un même impératif pour le CHU de Reims : **faire de la prévention un axe structurant de son projet d'établissement afin d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population, de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé** et d'agir sur les principaux déterminants de la morbi-mortalité évitable. **Par son expertise clinique, universitaire et territoriale, le CHU a un rôle déterminant à jouer pour développer une prévention plus précoce, personnalisée et coordonnée, au bénéfice des patients et de la population.**

Toutefois, les enjeux de prévention dépassent le seul champ hospitalier. Les comportements favorables à la santé sont influencés par de nombreux déterminants (sociaux, environnementaux, économiques ou encore culturels) sur lesquels le CHU ne peut agir seul.

La réussite du virage préventif repose donc sur **une action concertée avec les professionnels de santé, les collectivités, les acteurs médico-sociaux, les associations et l'ensemble des partenaires du territoire**, afin d'intervenir au plus près des populations, en particulier les plus vulnérables, et de créer des environnements favorables à la santé.



MÉTHODOLOGIE

Le bilan du précédent projet d'établissement montre que les actions de prévention et de promotion de la santé se sont déployées dans de nombreux secteurs (éducation thérapeutique du patient - ETP, centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic - CeGIDD, tabacologie, actions coordonnées avec la ville...), traduisant une prévention très présente et diffuse au sein de nos organisations, mais dont il reste difficile d'avoir une vision exhaustive et partagée.

Concernant nos soignants, la dynamique engagée autour de la prévention des risques professionnels a porté ses fruits et se poursuivra dans le cadre du projet social, avec la volonté de continuer à développer une culture de prévention à tous les niveaux, au bénéfice de la qualité de vie et des conditions de travail des professionnels.

Fort de ce double constat, le présent projet d'établissement ambitionne de franchir une nouvelle étape en structurant la prévention et la promotion de la santé autour d'une gouvernance transversale dédiée et d'indicateurs de suivi définis dès l'origine. L'objectif est de dépasser le seul cadre hospitalier pour construire, avec la ville et l'ensemble des partenaires du territoire, une véritable stratégie de prévention et de promotion de la santé partagée, gage de visibilité, de valorisation et d'efficacité collective.

Les travaux du groupe prévention et promotion de la santé ont été conduits entre avril et mai 2026 dans le cadre de la préparation du projet d'établissement 2026-2030.

La démarche s'est organisée autour de trois groupes de travail thématiques, tenus les 29 avril, 21 mai et 28 mai 2026. Ces groupes ont réuni, sur la base du volontariat, entre 10 et 20 participants chacun : professionnels médicaux et non médicaux du CHU, représentants de l'unité transversale d'éducation du patient, du CeGIDD et du groupe Lieu de santé sans tabac (LSST), membres de l'institut d'intelligence artificielle en santé et du pôle recherche et santé publique, représentants des usagers, personnes s'étant portées volontaires lors du questionnaire du projet d'établissement, ainsi que, pour le volet territorial, deux communautés professionnelle territoriale de santé (CPTS), la Mairie de Reims, l'agence régionale de santé (ARS) et les centres hospitaliers de la direction commune (GHSA et Épernay).

Chaque groupe de travail a permis d'approfondir une orientation stratégique dédiée :

- Le premier consacré à la **valorisation des pratiques de prévention et à l'accompagnement de l'innovation et de la recherche** au CHU (Groupe de travail n°1, 29/04) ;
- Le deuxième portant sur la manière de faire de **chaque contact hospitalier une occasion de prévention adaptée** à chaque patient (Groupe de travail n°2, 21/05) ;
- Le troisième dédié au **développement de démarches de prévention populationnelles et territoriales**, en partenariat avec les acteurs de ville et la direction commune (Groupe de travail n°3, 28/05).

Cette démarche participative, associant expertise médicale et coopération avec les acteurs du territoire, a permis de dégager des orientations clés et définir ensemble les actions de prévention et de promotion de la santé que le CHU de Reims pourra prioriser pour la période 2026-2030.

Cet axe prévention et promotion de la santé s'articule avec plusieurs autres feuilles de route thématiques du projet d'établissement (vieillesse, médecine personnalisée, projet social, transition des âges, maladies chroniques, notamment). Certains projets de prévention pourront ainsi être identifiés directement au sein de ces feuilles de route, avec des renvois assurant la cohérence d'ensemble de la démarche.

Contributeurs	
Dr Céline Lukas-Croisier, service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition Jeanne Texier, directrice de cabinet Sophie Trichot, cadre supérieure de santé, pôle autonomie et santé	Christelle Houel, chargée des relations avec les associations Nathalie Jorand, diététicienne, unité transversale de nutrition clinique Emilie Karczewski, infirmière, unité transversale d'éducation du patient
Dr Arwa Ben Salah, unité d'aide méthodologique, pôle recherche et santé publique Jean-François Bocquet, responsable de coordination pédagogique, institut régional de formation Louis Caniaux enseignant en activité physique adaptée, service de médecine physique et réadaptation Sophie Carré, infirmière, service de médecine bucco-dentaire Pascaline Champion, infirmière, centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic Amandine Clausse, chargée de mission longévité ville inclusive, ville de Reims Dr Mathilde Colon, médecin généraliste Bernadette Coquet, présidente de la commission des usagers Heidi Dias-Graça, infirmière, service de psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent Isabelle Drubigny, infirmière en pratique avancée, unité de médecine ambulatoire Baptiste Eurin, interne en santé publique Sylvie Flatet, cadre de santé, unité transversale d'éducation du patient Jenny Fontaine, infirmière en pratique avancée, service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition Vanessa Galichet, infirmière en pratique avancée, filière gériatrique, centre hospitalier d'Épernay Laila Gillier, infirmière en pratique avancée, service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition	Ingrid Lacaud, infirmière en pratique avancée, service de neurologie Magali Larbre, cadre de santé, centre hospitalier d'Épernay Lucie Lavenu Fargette, coordinatrice de la CPTS Val de Suippe Sylvia Loez Lebas, adjointe à la cheffe du pôle santé publique et environnementale, agence régionale de santé Grand Est Marion Louis, directrice de la CPTS Reims métropole Marlène Mahut, cadre de santé, groupe hospitalier Sud Ardennes Peter Noujaim, unité d'aide méthodologique, pôle recherche et santé publique Aline Para Hilbot, infirmière, centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic Marina Pereira-Colot, faisant fonction de cadre de santé, résidence Marguerite Rousselet Coline Salm, cadre coordinatrice, institut de l'intelligence artificielle en santé Céline Senogo, infirmière en pratique avancée, service de neurologie Dr Johan Sergheraert, responsable de l'unité de coordination en tabacologie Dr Kamélia Smati, unité de médecine ambulatoire Dr Mathilde Toussaint Thorin, service de médecine néonatale et réanimation pédiatrique

ORIENTATION STRATÉGIQUE 1: ANCRER LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ DANS LA CULTURE ET LES PRATIQUES DU CHU

Le virage préventif constitue une évolution majeure du rôle des établissements de santé. Au-delà de leur mission de soins, les CHU sont appelés à devenir des acteurs de la promotion de la santé, en intégrant la prévention dans leur gouvernance, leurs pratiques professionnelles et leur environnement. Le CHU de Reims s'engage ainsi à développer une culture commune de la prévention, à renforcer les compétences de ses professionnels et à créer un environnement favorable à la santé des patients, des professionnels, des proches et des visiteurs. Cette dynamique, portée par l'ensemble des acteurs de l'établissement, contribuera à inscrire durablement la prévention au cœur des missions hospitalières.

ACTION 1-1	Structurer une gouvernance institutionnelle de la prévention et de la promotion de la santé
Responsables de l'action	Direction de cabinet / Commission médicale d'établissement (CME) / Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)
Échéance	2027
Indicateurs	- CoPil installé - Feuille de route annuelle
Description	Mettre en place un comité de pilotage pluriprofessionnel chargé de définir les priorités institutionnelles, de coordonner les actions transversales, d'accompagner les équipes et de suivre les résultats de la politique de prévention.

Le travail de ce CoPil s'appuiera sur une cartographie de l'état de santé de la population du territoire en lien avec les partenaires locaux (cf. action 3-1), ainsi que d'un état des lieux des actions existantes au CHU et des moyens humains et matériels mobilisés.

Ces éléments serviront de base à la programmation et à la priorisation des actions de prévention et promotion de la santé, afin d'en favoriser leur cohérence globale et leur pertinence. Ils seront réévalués.

ACTION 1-2	Développer une culture commune de la prévention par la sensibilisation, la communication, la formation et la recherche
Responsables de l'action	Direction de cabinet / Direction de la communication/ Direction qualité, gestion des risques, relations avec les usagers (DQGRU) / DRH / Direction des affaires médicales et de la recherche / DSIRMT / IRF / URCA
Échéance	2027
Description	Déployer une stratégie institutionnelle pour ancrer la culture de prévention auprès des professionnels et des patients, via : • des supports de communication accessibles, personnalisés si besoin ; • des campagnes régulières (agenda prévention, challenges, messages clés) ; • la valorisation des initiatives portées par les équipes ; • un réseau de référents ou d'ambassadeurs prévention. En termes de formation, donner aux professionnels les clés pour s'approprier les enjeux de prévention et adopter, auprès des patients, un discours clair et non culpabilisant.

L'objectif est également de cibler les professionnels parmi les destinataires des mesures de prévention dans une double optique de santé des soignants et d'attractivité de leurs métiers, en articulation avec le projet social.

Par exemple, le CHU entend faire de la lutte contre la sédentarité et la promotion de l'activité physique (sport, activité physique adaptée) un axe fort de sa stratégie d'établissement, au bénéfice des professionnels comme des patients, en promouvant des actions au sein du CHU et en dehors, en lien avec nos partenaires (cf. orientation 3 de l'axe prévention et projet social).

En matière de recherche, l'établissement entend inciter au développement d'une recherche dédiée à la prévention, pour en faire une véritable logique de soin à part entière.

ACTION 1-3	Obtenir le label « Lieu de santé promoteur de santé »
Responsables de l'action	Direction de cabinet / Direction de la communication/ DQGRU / DRH / Direction des affaires médicales et de la recherche / DSIRMT
Échéance	2030
Indicateurs	- Nombre d'actions mises en œuvre dans le cadre de la démarche d'établissement promoteur de santé - Nombre de politiques institutionnelles intégrant un volet prévention
Description	Créer un environnement favorable à la santé des patients, des professionnels, des proches et des visiteurs.

Cette démarche s'appuiera sur les politiques institutionnelles en faveur de la qualité de vie et des conditions de travail, de l'alimentation, de l'activité physique, des mobilités durables, de la santé environnementale, etc., afin de faciliter les comportements favorables à la santé dans le quotidien hospitalier, à l'image de l'ambition portée et renouvelée par l'établissement d'obtenir le label « Lieu de santé sans tabac ».



SES OBJECTIFS



Le Réseau français LSPS mène un travail de plaidoyer auprès des établissements, des professionnels de santé et plus largement de l'ensemble des acteurs du système de soins français, pour soutenir le développement de la promotion de la santé en milieu de soins en s'appuyant sur le déploiement de la stratégie Lieu de santé sans tabac comme action prioritaire.



Le Réseau français LSPS accompagne les établissements dans leur démarche d'adhésion au Réseau international HPH en leur apportant un appui méthodologique dans le cadre de l'élaboration, la rédaction et l'évaluation de leur projet. Il met à disposition des établissements candidats les documents nécessaires (Lettre d'intention, fiche action) et les ressources utiles (formulaire d'autoévaluation, Guide Hôpital sans tabac) pour les guider à chaque étape du processus d'adhésion.



Le Réseau français LSPS contribue à valoriser les initiatives de promotion de la santé existantes à travers des actions de communication, d'animation scientifique et de publication. Il offre un espace d'échange permettant de favoriser le partage des bonnes pratiques de promotion de la santé en milieu de soins auprès des acteurs français et internationaux.



Le Réseau français LSPS place le patient et l'utilisateur au centre du système de soin. Il favorise la participation des personnes à l'ensemble des décisions qui concernent leur santé.

<https://www.reseau-lsp.org/>

ORIENTATION STRATÉGIQUE 2 : FAIRE DE CHAQUE PARCOURS DE SOINS UNE OPPORTUNITÉ D'AMÉLIORER DURABLEMENT LA SANTÉ DES PATIENTS

Chaque rencontre avec un patient représente une occasion d'agir sur sa santé, au-delà de la prise en charge de son motif de consultation ou d'hospitalisation. Le CHU intégrera la prévention à toutes les étapes des parcours de soins afin d'identifier précocement les facteurs de risque, de proposer des interventions adaptées et d'accompagner les patients dans l'adoption de comportements favorables à leur santé. En s'appuyant notamment sur la démarche *Making Every Contact Count (MECC)*, cette orientation vise à faire de la prévention une composante à part entière de la qualité des soins et de l'expérience patient.

ACTION 2-1	Intégrer la prévention de manière systématique dans les parcours de soins
Responsables de l'action	CSIRMT / IRF / CME
Échéance	2030
Indicateurs	- Nombre de parcours intégrant un volet prévention - Taux d'actions de prévention par parcours choisi
Description	Intégrer de manière systématique des actions de prévention dans les parcours de soins, depuis le repérage des facteurs de risque jusqu'à la mise en œuvre d'interventions adaptées (sevrage tabagique, vaccination, conseils nutritionnels, activité physique et lutte contre la sédentarité, hypertension artérielle, etc.).

La démarche *Making Every Contact Count (MECC)* constituera un levier pour faire de chaque interaction avec le patient une opportunité de prévention lorsque cela est pertinent. Le CHU de Reims se porte candidat à l'expérimentation portée par l'ARS, en juillet 2026 à l'image d'initiatives déjà engagées dans d'autres établissements.

Les thématiques prioritaires de prévention à décliner à l'échelle du CHU seront définies par le CoPil, sur la base des indicateurs territoriaux disponibles.

Ces priorités auront vocation à être déclinées au sein de chaque pôle, à travers l'inscription d'actions de prévention dans chaque contrat de pôle, en cohérence avec leurs activités cliniques respectives.

ACTION 2-2	Développer la prévention grâce aux données de santé, au numérique et à l'intelligence artificielle
Responsables de l'action	Direction des services numériques et de l'ingénierie biomédicale (DSNIB) / Institut de l'intelligence artificielle en santé
Échéance	2030
Description	Adapter les outils métiers afin d'intégrer pleinement la prévention dans les pratiques quotidiennes des professionnels et de faciliter sa mise en œuvre tout au long des parcours de soins.

En s'appuyant sur les données de santé, les outils numériques et les expertises développées par l'institut de l'intelligence artificielle, le CHU s'engage à développer des solutions d'aide au repérage des facteurs de risque, d'aide à la décision, de personnalisation des interventions de prévention et d'orientation des patients vers les dispositifs les plus adaptés. Ces évolutions contribueront également à mieux tracer, valoriser et évaluer les actions de prévention réalisées.

S'engager dans une démarche de co-construction d'une base de données de santé à l'échelle du territoire, afin de faciliter les démarches de prévention (cf. Orientation stratégique 3).

ACTION 2-3	Renforcer le pouvoir d'agir des patients en faveur de leur santé
Responsables de l'action	DQGRU / Représentants des usagers / Pôles / DSNIB
Indicateurs	- Nombre de patients bénéficiant d'un programme d'accompagnement ou d'éducation thérapeutique - Nombre d'orientations vers des ressources de prévention
Description	Développer les actions permettant aux patients de devenir pleinement acteurs de leur santé, notamment grâce à l'éducation thérapeutique, aux outils numériques, aux ressources pédagogiques, à l'accompagnement personnalisé et à l'orientation vers les dispositifs de prévention du territoire.

Les outils numériques et l'intelligence artificielle viendront en appui de cette personnalisation des parcours.

Pour ce faire, l'identification des dispositifs existants à l'échelle du territoire sera nécessaire, cf. action 3-1.

Le CHU souhaite par ailleurs poursuivre les travaux menés par l'unité transversale d'éducation du patient (UTEP), qui coordonne et développe l'éducation thérapeutique au sein de l'établissement, au travers d'une trentaine de programmes. L'ambition est de renforcer ses actions et de mobiliser encore davantage les patients partenaires.



Programmes déclarés

A titre d'illustration, les missions réalisées par la maison de la santé du CHU de Reims s'inscrivent dans cette dynamique. Les patients atteints de maladies chroniques ou de cancers et leurs proches bénéficient d'ateliers et des soins de support visant à améliorer leur qualité de vie. Elle développe également des actions de prévention et d'éducation en santé, qui seront à renforcer. [10]

ORIENTATION STRATÉGIQUE 3 : FAIRE DU CHU UN ACTEUR MAJEUR DE LA PRÉVENTION TERRITORIALE ET S'ENGAGER DANS LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

Les enjeux de prévention dépassent les murs de l'hôpital et nécessitent une mobilisation coordonnée de l'ensemble des acteurs du territoire.

Les nombreux travaux déjà engagés avec les acteurs du territoire constituent un socle solide pour construire une politique de prévention plus intégrée, plus coordonnée et plus ambitieuse, au bénéfice des patients et de la population. En s'inscrivant dans une logique de responsabilité populationnelle, le CHU développera des actions de prévention construites avec ses partenaires, fondées sur les besoins du territoire et les données de santé, afin d'améliorer durablement l'état de santé de la population et de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Aussi, la mobilisation de tous les acteurs de la santé pour promouvoir une véritable culture de la prévention dans les territoires, permet de limiter les ruptures de parcours entre les différents temps et lieux de la prise en charge.

ACTION 3-1	Contribuer à la stratégie territoriale de prévention et de promotion de la santé
Responsables de l'action	CoPil prévention / Direction de cabinet / CPTS / Commission parcours patients / Dispositif d'appui à la coordination (DAC) de la Marne / Collectivités territoriales (via le contrat local de santé - CLS notamment).
Indicateurs	• Nombre de projets menés • Nombre d'évènements organisés avec les partenaires
Description	Poursuivre l'implication du CHU au sein des projets menés sur les thématiques de prévention priorisées à l'échelle du territoire (dépistages, vaccination, sport santé, etc.), en réunissant les collectivités, les professionnels de santé, les établissements sanitaires et médico-sociaux, les associations, ainsi que les acteurs de l'éducation, du sport et de l'université, afin de partager les connaissances, mutualiser les initiatives et construire des actions coordonnées au service de la santé de la population.

Cette dynamique pourra notamment s'appuyer sur l'organisation de temps forts territoriaux favorisant les échanges, la valorisation des initiatives et l'engagement collectif en faveur de la prévention.

ACTION 3-2	Déployer une démarche de responsabilité populationnelle co-portée avec la ville et les acteurs de santé territoriaux
Responsables de l'action	Direction de cabinet / Pôle recherche et santé publique / DSNIB / Service d'endocrinologie-diabétologie-nutrition / Commission médicale de groupement (CMG) / CSIRMT / CPTS / Commission parcours patients
Indicateurs	- Nombre de programmes lancés - Amélioration des indicateurs de santé
Description	Développer un programme de responsabilité populationnelle associant les professionnels hospitaliers, les professionnels de ville, les CPTS, les collectivités et les associations afin d'améliorer le repérage des personnes à risque, la prévention, la coordination des parcours et la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique.

Un premier programme de responsabilité populationnelle en diabétologie est prévu et sera lancé au sein de territoires restreints et hétérogènes afin d'en évaluer les effets sur différentes populations cibles. Il aura vocation à constituer un modèle transférable à d'autres pathologies chroniques.

ACTION 3-3	Renforcer notre stratégie « d'aller vers » les publics les plus éloignés du système de santé
Responsables de l'action	CoPil prévention / Direction de cabinet / CPTS / Commission parcours patients / DAC 51 / Collectivités territoriales (via le CLS notamment).
Indicateurs	Nombre de programmes mis en œuvre et actions déployées
Description	Poursuivre, avec les partenaires du territoire, les actions de prévention au plus près des populations afin d'améliorer l'accès à la prévention et de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Une attention particulière sera portée aux publics les plus vulnérables ou les plus éloignés du système de santé, en privilégiant des démarches d'« aller vers » adaptées aux réalités du territoire.

A titre d'exemple, le CeGIDD, unité du CHU de Reims ouverte à tous les publics sans distinction d'âge, de situation administrative ou de couverture sociale, offre un accès confidentiel, gratuit et anonyme à des prestations de prévention, de dépistage et de suivi médical dans le domaine de la santé sexuelle. Ce centre a réalisé plus de 140 actions hors les murs, auprès d'une cinquantaine de partenaires, permettant à différents publics de bénéficier de son expertise (lycées, associations, maisons de quartier, etc.).

Il s'agira notamment de :

- renforcer les actions de prévention hors les murs existantes, en cohérence avec les priorités de santé publique du CHU et du territoire, en s'appuyant sur les relais de proximité de la ville (centres sociaux, maisons de quartier, centre communal d'action sociale -CAS) pour toucher les publics les plus éloignés du soin. ;
- construire des parcours de réintégration dans le soin pour les patients en rupture de suivi, en coordination avec les acteurs du territoire. ;
- développer et faire connaître les équipes mobiles du CHU, qu'elles interviennent au sein du CHU/GHT ou à l'extérieur, en associant la ville à l'identification des lieux et publics prioritaires pour leurs interventions.



UNE POLITIQUE VILLE-HÔPITAL AFFIRMÉE

La coordination des parcours avec les acteurs de ville constitue un objectif transversal du CHU. L'ensemble des secteurs développent des coopérations renforcées avec nos partenaires de ville pour des prises en charge cohérentes et orienter chacun vers la réponse la plus adaptée. L'élaboration du projet d'établissement 2026-2030 a constitué l'opportunité de définir les grandes orientations d'une politique ville-hôpital affirmée, coconstruite avec les acteurs libéraux du territoire.

Le renforcement de cette dynamique « ville-hôpital » s'appuiera sur plusieurs leviers complémentaires :

- > gouvernance partagée ;
- > prévention territoriale coconstruite ;
- > outils numériques communs ;
- > anticipation des situations complexes ou non programmées.

Sur le territoire de la Marne, la ville connaît une structuration croissante, portée notamment par la montée en puissance des CPTS et des autres dispositifs de coordination (MSP, DAC) et acteurs institutionnels représentant les professionnels (URPS, Ordre, associations) : une dynamique sur laquelle le CHU souhaite s'appuyer et capitaliser, au bénéfice des patients du territoire.

Cette opportunité intervient alors que le vieillissement de la population et la progression des maladies chroniques transforment les besoins de santé, nécessitant une coordination continue entre le CHU et les acteurs de ville pour construire des parcours de soins sûrs et pertinents, programmés comme non programmés, et pour répondre aux besoins du territoire avec les ressources disponibles.

1. STRUCTURER LA GOUVERNANCE DES RELATIONS VILLE-HÔPITAL ET RENFORCER LES LIENS AVEC NOS PARTENAIRES

Cette orientation vise à structurer les relations entre la ville et l'hôpital dans le cadre d'une stratégie commune et transversale, associant l'ensemble des acteurs concernés. Elle suppose une meilleure connaissance de nos partenaires du territoire et une implication mutuelle : accueillir nos partenaires au sein de l'établissement, participer à leurs instances, et construire ensemble des projets et des parcours de soins.

- Créer un comité de pilotage dédié aux relations ville-hôpital, réunissant les professionnels hospitaliers et les représentants de la ville : URPS, CPTS, DAC, Ordre, HAD, etc.
- Réaliser une cartographie actualisée de l'offre de soins, outil de pilotage partagé permettant d'objectiver les ressources disponibles et d'orienter les actions prioritaires menées avec nos partenaires.
- Poursuivre les coopérations avec les établissements sanitaires du territoire (GHT, cliniques, etc.) et les structures d'aval (EHPAD publics et privés, SMR, greffes, etc.) pour renforcer la continuité des prises en charge.
- Participer activement aux travaux menés par nos partenaires, en s'impliquant dans leur fonctionnement : adhésion aux conseils d'administration du DAC, des CPTS du territoire, co-construction de parcours patients ; poursuite des travaux au sein des Contrats Locaux de Santé (CLS) avec les collectivités, etc.

L'implication des professionnels du CHU dans les travaux de la CPTS s'intensifie : de 8 salariés mobilisés et 23 participations à des groupes de travail sur l'ensemble de l'année 2025, à déjà 13 salariés et 22 participations sur le seul premier semestre 2026. Sage-femmes, pharmaciens, médecins et internes de nombreuses spécialités y contribuent, sur des thématiques allant du parcours de la personne âgée à la santé mentale, en passant par la vaccination et l'insuffisance cardiaque.

2. FACILITER L'ACCÈS AU NUMÉRIQUE ET LE PARTAGE D'INFORMATION AVEC LES PROFESSIONNELS DE VILLE

Cette orientation vise à faciliter les échanges entre les professionnels du CHU de Reims et les professionnels de ville, en fluidifiant le partage d'information et en sécurisant les parcours de soins. Elle repose sur le déploiement d'outils dédiés (portail professionnel, téléexpertise) et sur l'amélioration continue de la transmission d'information, au bénéfice du suivi des patients.

- Développer un portail professionnel sécurisé centralisant les démarches numériques utiles aux professionnels de ville (annuaire, accès à l'information, à des formations) ;
- Poursuivre le déploiement de l'outil de téléexpertise Omnidoc auprès des professionnels de ville et des services hospitaliers concernés ;
- Améliorer la transmission d'information en sortie d'hospitalisation en mettant à disposition des professionnels de ville les informations utiles, de manière fiable, actualisée et rapidement accessible, afin de sécuriser les sorties et de limiter les ruptures dans le parcours de soins ;
- S'engager dans une démarche de co-construction d'une base de données de santé partagée à l'échelle du territoire, en appui du portail professionnel et de la téléexpertise et poursuivre la complétude du dossier médical partagé.

Depuis septembre 2025, le CHU a déployé la solution de téléexpertise Omnidoc, permettant aux médecins de ville d'adresser leurs demandes d'avis aux spécialistes hospitaliers via un canal unique, sécurisé et tracé, en remplacement des appels et e-mails dispersés. Plusieurs spécialités sont d'ores et déjà accessibles via cet outil, et de nouveaux services viennent régulièrement enrichir la plateforme.

3. COCONSTRUIRE L'OFFRE DE SOINS AVEC LA MÉDECINE DE VILLE

Prévention et dépistage

- Développer des consultations avancées et des programmes de dépistage coordonné, notamment sur les territoires excentrés ou en lien avec les hôpitaux de proximité de la direction commune ;
- S'appuyer sur les relais de proximité de la ville (centres sociaux, maisons de quartier, CCAS) pour toucher les publics vulnérables ; construire des parcours de réintégration pour les patients en rupture de suivi ; associer la ville à l'identification des lieux/publics prioritaires pour les équipes mobiles du CHU ;
- Développer les actions de prévention et de dépistage (Mars bleu, campagne Rouge-Gorge, Octobre rose...), en lien avec l'assurance maladie, les contrats locaux de santé et les collectivités territoriales, et assurer le suivi et l'intégration des patients dépistés, qui le nécessitent, dans un parcours de soins coordonné.

Parcours

- Structurer et fluidifier les parcours patients, afin d'assurer au patient une prise en charge au bon endroit, au bon moment ;
- Poursuivre, avec les professionnels de ville, la structuration des prises en charge non programmées afin d'orienter chaque patient vers la réponse la plus adaptée à son besoin ;
- Élargissement des filières du service d'accès aux soins (SAS) ;
- Développement des admissions directes non programmées ;
- Déploiement du projet DAUM (dispositif d'accompagnement des utilisateurs multiples des urgences) pour les patients dont les passages répétés traduisent une fragilité de parcours ;
- Formaliser des parcours de soins spécifiques, coconstruits avec les acteurs du territoire pour les pathologies ou publics prioritaires ;
- Engager un projet de responsabilité populationnelle ;
- Structurer le repérage des patients fragiles et anticiper les sorties complexes via des staffs ou temps d'échange pluriprofessionnels ville-hôpital (Service social, DAC, CPTS, médecins traitants) : commission cas complexes, Observatoire de ruptures des parcours, etc. ;
- Développer les alternatives à l'hospitalisation classique (HAD, hospitalisation de jour, télésurveillance, hôtel hospitalier), en complément du domicile.

Parcours de la personne âgée

Comme détaillé au sein de la feuille de route personnes âgées, le vieillissement dépasse désormais le seul champ de la gériatrie et appelle une mobilisation transversale de l'ensemble des acteurs : spécialités hospitalières, professionnels de ville, CPTS, DAC, structures médico-sociales et acteurs du domicile.

Le CHU souhaite développer une organisation territoriale intégrée des parcours de la personne âgée, fondée sur l'anticipation et le repérage précoce des fragilités, la prévention des ruptures de parcours, un accès gradué à l'expertise, une meilleure coordination intra-hospitalière et ville-hôpital-médico-social.

Universitarisation

Il s'agit d'associer la médecine de ville aux projets d'universitarisation et de recherche, en particulier sur la médecine générale.

Le parcours insuffisance cardiaque, récemment coconstruit par la CPTS Reims Métropole, le CHU et des partenaires du territoire, en est un bon exemple : formation des professionnels au repérage précoce, parcours formalisé avec les ressources du territoire, recours à la téléexpertise pour les ECG, et mémo pratique diffusé aux professionnels de ville. Cette méthode pourrait être répliquée à d'autres spécialités, en cohérence avec la logique de responsabilité populationnelle.

Depuis mars 2026, l'équipe mobile de médecine bucco-dentaire du CHU de Reims intervient à l'EHPAD Geneviève de Gaulle Anthoinoz de Rethel, intégré au groupe hospitalier Sud Ardennes aux côtés de chirurgiens-dentistes libéraux mobilisés avec la CPTS du Rethélois. Cette offre de soins de proximité, organisée par vacations mensuelles au sein même de l'établissement, permet la réalisation de bilans, d'actions de prévention et soins courants pour des résidents en perte d'autonomie.

4. CREER DES TEMPS D'ECHANGE, DE FORMATION ET DE COMMUNICATION

Cette orientation stratégique porte sur la **construction, avec la médecine de ville, d'une offre de soins coordonnée tout au long du parcours du patient** : de la prévention et du dépistage, en particulier auprès des publics les plus vulnérables, jusqu'à la prise en charge des situations les plus complexes, en passant par la fluidification des parcours programmés et non programmés et une attention particulière portée au repérage des patients fragiles et au parcours de la personne âgée.

- Systématiser l'organisation de soirées thématiques annuelles « ville-hôpital » sur des sujets cliniques d'actualité, afin de structurer les liens entre acteurs d'une même filière, diffuser les connaissances actualisées et répondre de manière ciblée aux questionnements liés à la prise en charge des pathologies concernées ;
- Proposer des webinaires avec replays accessibles, sur des thématiques cliniques ciblées ;
- Développer les communications et plaquettes d'information sur des pathologies spécifiques prises en charge par l'établissement (transition enfant-adulte, prélèvements et greffes...) et développer des espaces d'échanges réguliers entre professionnels du territoire afin de soutenir leur coordination.

Chaque année, à l'occasion de la campagne Rouge Gorge, le CHU organise des soirées ville-hôpital dédiées à la sensibilisation aux cancers ORL, co-portées avec ICONE et l'Institut Godinot à destination des chirurgiens-dentistes de ville.



CANCÉROLOGIE

Les hôpitaux publics tiennent un rôle central dans la lutte contre les cancers. Sur notre territoire, l'expertise en matière de cancérologie est portée par le CHU, en collaboration avec le centre de lutte contre le cancer, l'Institut Godinot, au sein d'un pôle public universitaire, et en lien avec les établissements publics autorisés. Le groupe Courlancy santé et le centre ICONE (Intergroupe de cancérologie et d'onco-radiothérapie du Nord Est) portent l'offre de soins privée, en lien avec le CHU dans certains domaines d'activité.

Le CHU a obtenu en avril 2026 les autorisations d'activité ci-dessous mais ne réalise ni radiothérapie ni médecine nucléaire. Pour ces activités, il collabore étroitement avec l'Institut Godinot, et avec le centre ICONE en neuro-oncologie.

Hôpital Robert Debré- Christian Cabrol (Finess 510002447)	Chirurgie oncologique : <u>Mention A7</u> : chirurgie oncologique indifférenciée <u>Mention B1</u> : chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe, <u>Mention B2</u> : chirurgie oncologique thoracique complexe <u>Mention B3</u> : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe <u>Mention B4</u> : chirurgie oncologique urologique complexe Traitement médicamenteux systémiques du cancer : <u>Mention B</u> assurant en sus des traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte, les chimiothérapies intensives entraînant un risque prévisible d'aplasie de plus de 8 jours et la prise en charge de cette aplasie
AMH (Finess 510002470)	Chirurgie oncologique : <u>Mention C</u> : chirurgie oncologique chez l'enfant ou l'adolescent de moins de 18 ans Traitement médicamenteux systémiques du cancer : <u>Mention C</u> : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant ou l'adolescent de moins de 18 ans y compris les traitements médicamenteux intensifs entraînant un risque prévisible d'aplasie de plus de 8 jours et la prise en charge de cette aplasie
HMB (Finess 510004302)	Chirurgie oncologique : <u>Mention A5</u> : chirurgie oncologique gynécologique <u>Mention A6</u> : chirurgie oncologique mammaire

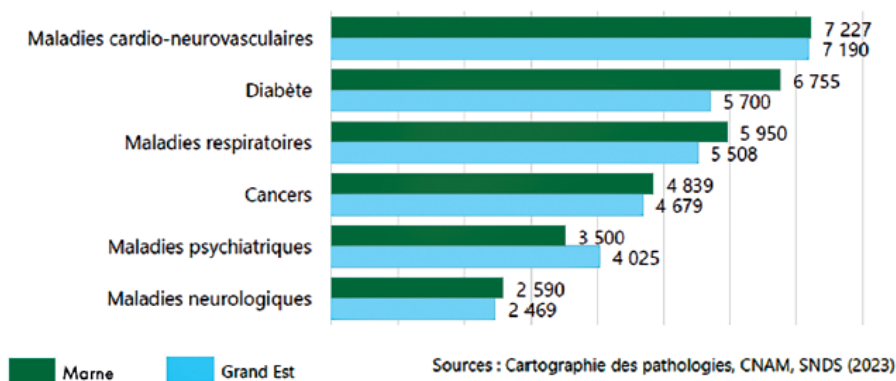
L'activité de cancérologie est majeure au sein de notre établissement (22 % des séjours en 2025). Au CHU, l'activité de cancérologie a augmenté de 53 % en 10 ans (contre 25 % pour l'ensemble de l'activité) et couvre la majorité des filières, dans le cadre de coopérations avec les structures voisines. L'activité pédiatrique, pour laquelle le CHU est en situation de quasi-monopole pour répondre à l'ensemble des besoins de l'anté-région, est réalisée dans le cadre de l'Organisation hospitalière interrégionale de recours en oncopédiatrie (OIR) EN-HOPE (Hauts-de-France, Grand Est, Bourgogne-Franche Comté). Par ailleurs, les filières portées par le CHU sont toutes associées à des centres d'expertise dans le cadre de la labellisation INCa (Institut national du cancer) pour le diagnostic et la prise en charge des cancers rares.

D'ici 2030, le CHU souhaite renforcer son positionnement sur le territoire et structurer des parcours optimisés pour ses patients. Par ailleurs, par la création d'une fédération de cancérologie et en lien avec les CHU/R du Grand Est réunis au sein du groupement de coopération sanitaire GGEst, **il s'inscrira dans la démarche de certification européenne *Comprehensive Cancer Center (CCC)*.** En ligne avec la stratégie nationale de l'INCa et en lien avec le centre régional de coordination des dépistages des cancers de la région Grand Est (CRCDC Grand-Est), **il structurera une politique de prévention et de dépistage dédiée**

Les orientations stratégiques du CHU en matière de cancérologie sont cohérentes avec la feuille de route 2026-2030 de l'INCa. Elles sont également structurées par les divers référentiels qui organisent les dispositifs transversaux (réunions de concertation pluridisciplinaires, dispositifs d'annonce, programme personnalisé de soins, soins oncologiques de support, unité de coordination en onco-gériatrie, etc.) pour répondre à leurs exigences.

En collaboration avec les établissements du territoire, le CHU répond aussi aux feuilles de route territoriales portées par l'agence régionale de santé (ARS) Grand Est au niveau régional et par le groupement hospitalier universitaire de Champagne (Axe cancérologie du projet médico-soignant partagé).

Au niveau régional, les données mettent en évidence des disparités selon les localisations cancéreuses en lien notamment avec des comportements à risque (cancers du poumon et cancers de la vessie chez les hommes, cancer de l'estomac chez les femmes) et probablement avec des critères environnementaux (exposition aux pesticides par exemple). La mortalité par cancer diminue mais reste plus élevée dans la Marne qu'en France métropolitaine. Comme le mentionne la direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) dans une étude récente, les personnes les plus modestes développent plus fréquemment des cancers associés à de moins bonnes chances de survie.¹ La région est donc particulièrement concernée.



Taux standardisés pour 100 000 habitants des principales causes de morbidité en 2023

¹ Incidence des cancers : les personnes modestes développent plus souvent des formes graves, diagnostiquées plus tardivement, DREES, Études et Résultats, N° 1374, juin 2026

Depuis 2024, sous l'impulsion du centre de coordination en cancérologie (3C) puis grâce à la création d'un CoPil stratégique en cancérologie, le CHU de Reims a progressivement structuré sa démarche qualité en cancérologie et travaillé à donner davantage de lisibilité à cette activité. Un plan d'actions a été établi pour évaluer et améliorer l'ensemble des dispositifs transversaux de la qualité en lien avec les référentiels INCa. Dans un premier temps, les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) ont été restructurées : passage à e-RCP avec le soutien du groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADeS) PULSY et du dispositif spécifique régional du cancer NEON, réunions régulières des coordinateurs. Un travail est en cours sur les dispositifs d'annonce.

MÉTHODOLOGIE

La feuille de route ci-dessous a été travaillée par un groupe de travail pluriprofessionnel. Elle a été validée par le CoPil stratégique en cancérologie en date du 1er juillet 2026.

Contributeurs
Lucie Delecray, secrétaire générale Dr Jean-Claude Mérol, coordinateur médical du 3C Céline Pereira, chargée de mission, secrétariat général Sonia Quenesson, cadre de santé, service endocrinologie, diabète et nutrition Norbert Bigeat, président du comité de la Marne de la ligue contre le cancer Thierry Brugeat, coordonnateur général des soins Bernadette Coquet, présidente de la commission des usagers (CDU) Dr Maxime Dewolf, service des maladies respiratoires et allergologie Amélie Durand, chef de projet CAR-T cells, direction de la qualité, gestion des risques, et des relations avec les usagers Sébastien Gayet, directeur de la qualité, gestion des risques, et des relations avec les usagers Bénédicte Detruiseux, infirmière, référente adolescents et jeunes adultes (AJA), service pédiatrie générale et spécialisée Dr Chloé Gossery, chef du service de pharmacotechnie Karine Mahut, infirmière de pratique avancée, service d'hématologie clinique Dr Marine Perrier, chef de service adjoint, unité de médecine ambulatoire Pr Anne Quinquenel, chef du service d'hématologie clinique Soraya Sabeur, infirmière référente de l'unité de coordination en onco-gériatrie (UCOG) de Champagne-Ardenne Dr Kamélia Smati, unité de médecine ambulatoire

ORIENTATION STRATÉGIQUE 1 : PRÉPARER LA CERTIFICATION COMPREHENSIVE CANCER CENTER

Le CHU de Reims s'inscrit, en lien avec les CHU/R du Grand Est et de Bourgogne Franche Comté, dans la démarche de certification européenne « EUnetCCC » qui a pour objectif de garantir à 90 % de la population de l'Union européenne un accès à des soins de haute qualité au sein d'un centre d'excellence. Cette ambition nécessite de structurer nos organisations et de renforcer notre démarche d'amélioration continue de la qualité à toutes les étapes du parcours. Le référentiel européen donne également une place importante à la recherche et à l'accès à l'innovation.

ACTION 1-1	Mettre en place une fédération de cancérologie, structure transversale réunissant l'ensemble des acteurs de la cancérologie et associant des représentants des usagers
Responsables de l'action	Secrétariat général / 3C
Échéance	2026
Indicateurs	- Validation des statuts de la fédération par le CoPil cancérologie - Tenue de l'assemblée générale constitutive de la Fédération

La création de cette fédération, qui se mettra en œuvre courant 2026, a été validée par le CoPil stratégique en Cancérologie du 9 janvier 2026. Elle se base notamment sur le modèle du CHRU de Nancy et du CHU de Besançon qui font partie du consortium qui portera la démarche CCC.

Les associations représentant les usagers seront parties prenantes de cette fédération qui regroupera par ailleurs les dispositifs transversaux existants (3C / UCOG / AJA / IDE d'annonce / coordinateurs RCP / soins de support, etc.) et les acteurs de la recherche.

La mise en place de cette fédération nécessite un portage institutionnel fort, une implication de l'ensemble des acteurs et une communication large dans les instances.

ACTION 1-2	Mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité à toutes les étapes du parcours de soins et pour tous les publics ciblés
Responsables de l'action	3C / Direction qualité, gestion des risques, relation avec les usagers (DQGRU)
Échéance	2027
Indicateur	Mettre en place et suivre un plan d'action dédié à la cancérologie

Tous les dispositifs transversaux de la cancérologie sont concernés : dispositifs d'annonce / réunions de concertation pluridisciplinaires / programmes personnalisés de soins / programmes personnalisés après cancer notamment sur la base des référentiels INCa qui sont imposables aux établissements de santé.

Cette démarche est à mener dans le cadre du 3C public.

ACTION 1-3	Développer notre capacité de recherche et d'innovation en matière de cancérologie
Responsables de l'action	Pôle recherche et santé publique / Commission recherche de la CME
Échéance	2030
Indicateurs	- Nombre de patients inclus dans les essais cliniques - Nombre d'essais ouverts - Points SIGAPS et SIGREC associés

Les indicateurs pourront être revus en lien avec la démarche CCC.

Cette action sera liée à l'un des principaux axes de recherche du CHU, intitulé « Physiopathologie, diagnostic et thérapeutique des cancers » et porté par le Pr Olivier Bouché et le Pr Sophie Deguelte.

ACTION 1-4	Définir et organiser le recueil des indicateurs nécessaires au suivi de la qualité des prises en charge
Responsables de l'action	3C / DQGRU / DSNIB
Échéance	2030
Indicateur	Mise en place d'un tableau de suivi des indicateurs validés par les membres du bureau du 3C

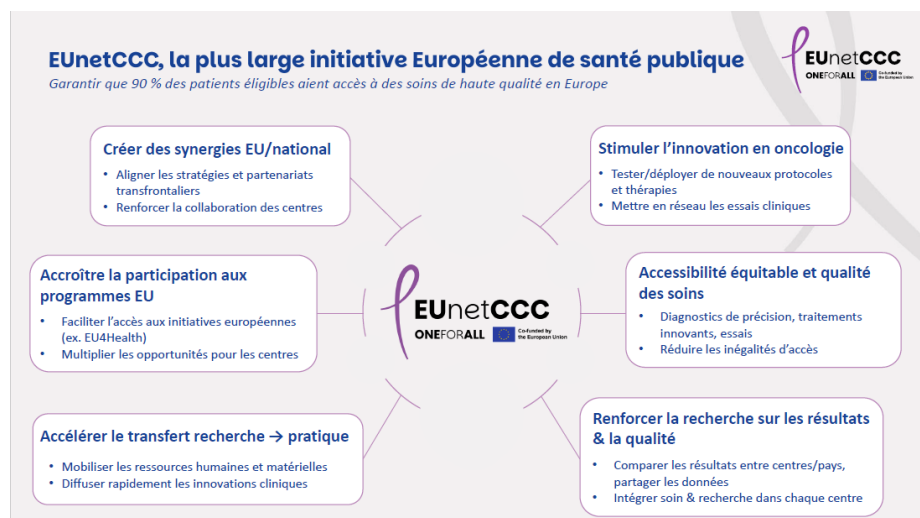
Plusieurs indicateurs sont nécessaires pour mesurer la qualité du parcours de soins en cancérologie. A ce jour, la plupart des indicateurs ne sont ni identifiés ni recueillis. L'intégration dans la démarche CCC devrait aider les CHU à structurer des indicateurs de qualité de la prise en charge (passages aux urgences évitables, délai d'accès aux consultations, à la chimiothérapie, à la chirurgie, délai de prise en charge entre le moment de l'annonce du diagnostic et la première prise en charge, etc.).

Le recueil et l'analyse de ces indicateurs doivent permettre d'enrichir le plan d'actions qualité. Par exemple, le dépistage de la fragilité chez la personne âgée doit être systématisé pour améliorer la prise en charge et l'accompagnement de cette population. Ce travail est d'ores et déjà initié par l'UCOG Champagne-Ardenne.



Pour en savoir plus :

La certification Comprehensive Cancer Center : <https://eunetccc.eu/>



ORIENTATION STRATÉGIQUE 2 : CONSTRUIRE UN PARCOURS DE SOINS OPTIMISÉ POUR ET AVEC LE PATIENT

En accord avec la feuille de route 2026-2030 de l'INCa, le CHU souhaite optimiser le parcours de soins des patients atteints de cancer. Des projets sont d'ores et déjà initiés dans les pôles cliniques du CHU et doivent progressivement aboutir d'ici 2030.

Par ailleurs, ces parcours initiés dès les actions de dépistage et au-delà de la prise en charge médicale en cancérologie, doivent s'élaborer en lien avec les établissements du territoire, la ville et les représentants des usagers avec le soutien des tutelles. A titre d'exemple, le CHU est labellisé par l'ARS pour organiser le parcours de soins global après cancer (dans les 12 mois après la fin du traitement actif du cancer).

ACTION 2-1	Accélérer la démarche diagnostique et l'entrée dans les soins
Responsables de l'action	Services d'hépto-gastro-entérologie et de maladies respiratoires
Échéance	2027
Indicateur	Mettre en place au moins deux filières de diagnostic rapide

Des projets sont d'ores et déjà initiés en pneumologie et en gastro-entérologie avec la mise en place de parcours d'urgence dédiés.

ACTION 2-2	Créer une unité d'abords vasculaires profonds visant notamment à accélérer et sécuriser la pose de PAC (port à cath)
Responsable de l'action	Responsable du 3C
Échéance	2027
Indicateurs	- Création d'une unité d'abords vasculaires - Nombre d'actes réalisés dont PAC

Au CHU de Reims, à l'heure actuelle, l'activité est partagée entre plusieurs services en fonction du type d'accès veineux. Les difficultés rencontrées sont notamment le manque de disponibilité des salles d'intervention entraînant une augmentation des délais (et parfois un recours à d'autres établissements), un défaut d'organisation pour la prise de rendez-vous et un espace inadapté en salle de pré-anesthésie.

Cette unité constituera une porte d'entrée unique et simplifiée pour les prescripteurs, et proposera un catalogue de dispositifs intraveineux et un accompagnement personnalisé. Elle aura pour objectifs de préserver le capital veineux des patients, d'améliorer le confort des patients, la qualité-sécurité des soins et la pertinence de la voie d'abord choisie (périphérique ou centrale).

Cette unité reposera sur une équipe pluriprofessionnelle dédiée à la pose d'accès vasculaires, organisée pour répondre aux besoins spécifiques de patients nécessitant un traitement par voie veineuse de longue durée (MIDLine, PICCLine, Cathéter Veineux Central), intégrant des professionnels paramédicaux (IADE, IDE, MERM) exerçant dans le cadre de protocoles de coopération.

ACTION 2-3	Garantir l'accessibilité et la qualité des soins oncologiques de support
Responsable de l'action	Acteurs des soins de support
Échéance	2030
Indicateurs	• Nombre d'HDJ soins de support réalisées • Mise en place d'une RCP Soins de support

Les soins oncologiques de support font partie intégrante du parcours de soins des patients atteints de cancer. Ils sont définis comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie, conjointement aux traitements oncologiques ou onco-hématologiques spécifiques lorsqu'il y en a ».

Au total, 9 soins de support sont considérés comme indispensables et composent le « panier des soins de support » validé au niveau national. Ils font l'objet d'un remboursement en totalité ou en partie par l'assurance maladie et doivent être proposés aux patients.

L'offre du CHU va au-delà de ce panier de soins et est développée dans plusieurs services de l'établissement notamment en HDJ au sein de l'unité de médecine ambulatoire Cette offre de soins à vocation à se renforcer et à se diversifier. Elle doit également être plus lisible pour les patients, en lien également avec l'offre proposée par les associations de patients comme La Ligue contre le cancer.

ACTION 2-4	Poursuivre le développement de l'offre de soins de réadaptation en cancérologie, en particulier pour répondre aux besoins en pré-habilitation et à ceux des patients d'hématologie
Responsables de l'action	Service de médecine physique et réadaptation / Service d'hématologie clinique
Échéance	2030
Indicateurs	• Nombre de patients pris en charge en SMR oncologique • Création d'une activité de SMR mention oncohématologie

A ce stade, le schéma régional de santé ne permet pas d'implantation d'un SMR mention Oncohématologie sur la zone Champagne mais des réflexions seront à engager avec l'ARS sur cette activité qui répond à un véritable besoin pour les patients du territoire.

ACTION 2-5	Développer des parcours de santé coordonnés entre l'hôpital et la ville, en lien avec les associations de patients et les aidants
Responsables de l'action	CoPil ville-hôpital / Direction des usagers / Ligue contre le cancer
Échéance	2030
Indicateur	Mettre en place des actions conjointes CHU-médecine de ville - associations

Le parcours de soins du patient en oncologie implique une communication renforcée entre l'hôpital et la ville tout au long de sa prise en charge. Les outils numériques comme e-RCP facilitent la communication entre les acteurs de la prise en charge mais la fluidité des parcours n'est pas optimale. En matière de prévention notamment, des actions conjointes pourraient être menées avec les professionnels du CHU, les professionnels de ville et les associations.

ACTION 2-6	Renforcer la visibilité de l'offre de soins en cancérologie du CHU, pour les patients et les professionnels de santé du territoire
Responsables de l'action	Bureau de la fédération / Direction de la communication
Échéance	2027
Indicateur	Nombre de communications portant sur le domaine de la cancérologie

Il s'agit dès 2026 de construire un plan de communication dédié à la cancérologie, avec la refonte du site internet et une coordination plus forte des actions à destination du grand public et des professionnels de santé. Une implication des représentants des usagers dans ce groupe sera également nécessaire.

Afin de répondre aux besoins croissants d'accompagnement et de rééducation des patients adultes atteints de cancer, le CHU en partenariat avec l'Institut Godinot a ouvert en février 2026 une unité de **Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) mention oncologie**. L'objectif est double : proposer une offre spécialisée qui n'existait pas jusqu'ici sur notre territoire et fluidifier le parcours des patients, en facilitant la continuité de la prise en charge oncologique, pour les patients nécessitant une expertise en réadaptation et rééducation.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 3 : PROPOSER UNE PRISE EN CHARGE PERSONNALISÉE FONDÉE SUR DES INNOVATIONS MÉDICALES ET ORGANISATIONNELLES

La cancérologie est un domaine dans lequel les innovations médicales et organisationnelles peuvent être déployées. En hématologie par exemple, la technologie des CAR-T Cells (ou thérapie par cellules CAR-T) est en cours de déploiement (premier semestre 2027).

Au niveau de la pharmacie, la mise en place des doses standardisée sera réalisée en 2026. A plus long terme, pour le bâtiment Madeleine Brès, un projet est en cours pour l'acquisition d'un robot de préparation de chimiothérapies.

ACTION 3-1	Développer la télésurveillance en oncologie
Responsables de l'action	Encadrement médical et paramédical de l'UMA-CH
Échéance	2026-2027
Indicateur	Nombre de patients inclus dans le dispositif de télésurveillance

L'intérêt de la télésurveillance en cancérologie est déjà étayé. Plusieurs études scientifiques ont récemment montré l'intérêt de cette technologie pour réduire le poids des symptômes liés à la maladie ou aux traitements, diminuer les passages aux urgences, et améliorer la qualité de vie des patients. Aussi, la télésurveillance figure aujourd'hui dans les recommandations internationales. En 2026, le CHU a retenu la solution développée par la société CUREETY. Le déploiement en cours contribuera également au recueil de l'expérience patient.

ACTION 3-2	Développer de nouvelles techniques de prise en charge : thérapies par cellules CAR-T
Responsable de l'action	Service d'hématologie clinique
Échéance	2027
Indicateurs	- Inscription sur la liste des établissements de santé autorisés pour l'utilisation de médicaments de thérapie innovante à base de lymphocytes T génétiquement modifiés dits CAR-T cells autologues - Prise en charge des patients indiqués pour un thérapie par CAR-T cells

Le traitement par cellules CAR-T (Chimeric Antigenic Receptor - T) ou CAR-T cells, est une stratégie d'immunothérapie cellulaire, qui vise à combattre le cancer en s'appuyant sur le propre système immunitaire du patient. Les cellules CAR-T sont des lymphocytes T modifiés génétiquement dans le but de reconnaître puis éliminer les cellules cancéreuses. Elles sont la base d'une toute nouvelle approche de traitement contre le cancer, consistant à prélever des cellules immunitaires d'un patient (ici, les lymphocytes T), pour les modifier génétiquement et les lui réinjecter.

ACTION 3-3	Développer de nouvelles techniques de prise en charge : radioembolisation des tumeurs hépatiques
Responsable de l'action	Service d'imagerie interventionnelle en lien avec l'Institut Godinot
Échéance	2027
Indicateurs	- Démarrage de l'activité - Nombre de patients pris en charge (cible : 10 / an) et fuites extraterritoriales

Le projet vise à développer une prise en charge des tumeurs hépatiques grâce à une technique mini-invasive associant radiologie interventionnelle et médecine nucléaire ainsi que le service d'Hépatogastro-Entérologie du CHU. L'objectif est d'améliorer l'offre de soins du CHU pour des patients orientés actuellement vers Paris.

ACTION 3-4	Développer de nouvelles techniques de diagnostic et prise en charge : bronchoscopie robot-assistée
Responsables de l'action	Service des maladies respiratoires / CoPil robotique
Échéance	2030
Indicateur	Réaliser l'étude d'impact et la présenter en CoPil robotique

La bronchoscopie robotique est une technique innovante et révolutionnaire dans la prise en charge des patients présentant une découverte de nodule périphérique. La technique facilite l'accès au nodule périphérique en couplant la vidéo directe et le positionnement en direct avec la scopie 3D.

ACTION 3-5	Assurer les besoins présents et futurs en biologie moléculaire des tumeurs solides en mettant à disposition localement une analyse des tissus tumoraux par large panel CGP (profilage génomique complet) sur ADN et ARN
Responsable de l'action	Département d'oncologie moléculaire
Échéance	4 ^{ème} trimestre 2026
Indicateur	Nombre d'analyses par panel CGP réalisées

L'analyse NGS sur ADN et ARN tumoral d'un panel de 600 gènes permettra l'identification des différents types d'altérations moléculaires avec impact théranostique : signatures génomiques (charge mutationnelle, instabilité des microsatellites, déficience en recombinaison homologue), variations du nombre de copies, variants ponctuels (SNV/indels), variations altérant l'épissage et transcrits de fusion.

Les dossiers seront discutés en RCP moléculaire afin de valider l'accès à ces analyses complexes, d'identifier les marqueurs de sensibilité ou de résistance aux thérapies ciblées et de proposer une orientation vers des essais cliniques, pour les patients pris en charge au CHU, à l'Institut Godinot et dans les centres hospitaliers du territoire.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 4 : STRUCTURER L'ORGANISATION DE LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE

La prévention et le dépistage sont des étapes clés dans le domaine de la cancérologie. Des actions sont déjà mises en œuvre notamment dans le cadre du **dépistage organisé** et pourront être renforcées avec des démarches plus nombreuses « d'aller-vers ». Une structuration sur le territoire serait un réel bénéfice. Par ailleurs, une attention particulière devra être portée aux personnes pour lesquelles le dépistage est peu développé : personnes âgées, enfants, adolescents.

Des liens doivent être tissés avec les professionnels de ville, les associations d'usagers mais également les acteurs locaux et régionaux (caisse primaire d'assurance maladie, CRCDC) pour déployer à la fois des campagnes d'information et de dépistage et en mobilisant les bonnes ressources au bon endroit.

Les actions proposées s'inscriront dans les orientations stratégiques institutionnelles relatives à la prévention.

ACTION 4-1	Mettre en œuvre une stratégie de prévention globale et coordonnée et adaptée aux spécificités des populations en lien avec les associations de patients et les professionnels de ville
Responsable de l'action	CoPil prévention
Échéance	Dès que possible
Indicateur	Mettre en place un plan d'action

De nombreuses actions de prévention et de dépistage sont d'ores et déjà existantes au CHU (Mars bleu, campagne Rouge-Gorge, Octobre rose, campagne vaccination HPV pour les cancers gynécologiques mise en place avec la ville et impliquant des étudiants en médecine, etc.). Ces actions doivent être renforcées au bénéfice notamment des publics plus vulnérables, plus éloignés du système de soins avec des actions « d'aller-vers ». Des actions pourraient également être inscrites dans les contrats locaux de santé.

L'assurance maladie sera un partenaire privilégié de ces actions notamment en identifiant les zones (urbaines ou rurales) dans lesquelles les taux de dépistage sont particulièrement bas.

ACTION 4-2	Développer la filière d'oncogénétique sur le territoire
Responsables de l'action	Département de génétique clinique et département d'oncologie moléculaire
Échéance	Dès que possible
Indicateurs	• Nombre de consultations d'oncogénétique au CHU • Nombre de consultations d'oncogénétique au CH de Charleville-Mézières • Nombre d'analyses oncogénétiques

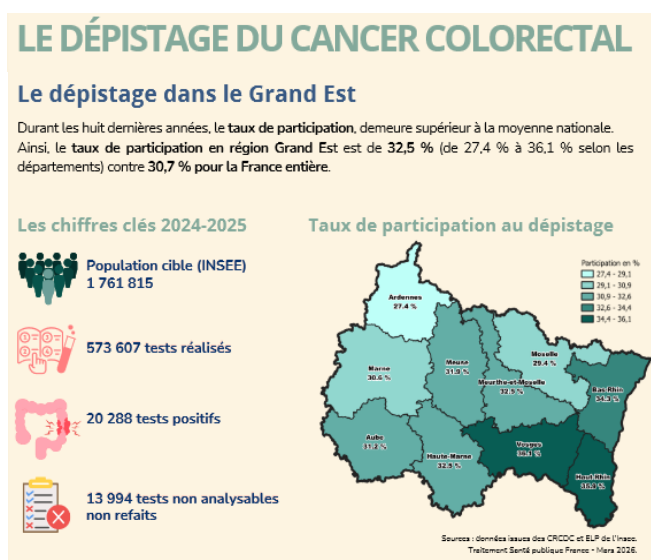
L'oncogénétique étudie les facteurs génétiques de prédisposition au développement des cancers au sein des familles, afin de proposer une surveillance personnalisée adaptée au surrisque de cancer et de retrouver une démarche de prévention efficace. Le CHU souhaite développer la filière d'oncogénétique dans toutes ses dimensions, à la fois clinique et biologique.

L'offre de consultations d'oncogénétique proposées au sein du service de génétique clinique est en augmentation constante depuis 2020. Cette dynamique sera poursuivie et étendue sur le territoire, avec l'ouverture de consultations avancées au CH de Charleville-Mézières.

Les analyses d'oncogénétique ont été internalisées au CHU en 2022 (précédemment réalisées à l'Institut Godinot). Cette activité sera consolidée au sein du département d'oncologie moléculaire, avec une montée charge du nombre d'analyses et une évolution du panel NGS utilisé, avec en parallèle le défi de maîtriser les délais de rendu.

Une réflexion sera menée autour de la mise en place d'une RCP d'oncogénétique clinico-biologique, ouverte à l'ensemble des acteurs du territoire intervenant dans ce parcours de soin.

ACTION 4-3	Développer les actions de prévention et de dépistage à destination des professionnels du CHU
Responsable de l'action	CoPil prévention
Échéance	2028
Indicateur	Nombre d'actions réalisées à destination des professionnels du CHU



En lien avec la feuille de route INCa et en cohérence avec les axes du projet social, il convient d'affirmer le rôle du CHU comme acteur de la prévention des cancers auprès de ses propres professionnels.

En articulation avec le 5^{ème} plan national santé au travail, et à travers une série d'actions favorisant les synergies avec les démarches de qualité de vie au travail et de responsabilité sociale des entreprises, le CHU doit déployer des actions de prévention des cancers et de promotion de la santé ciblées pour ses professionnels à l'exemple des démarches Hôpital Sans Tabac.

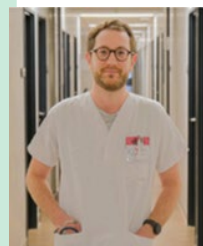
La participation du CHU au programme pilote de dépistage organisé des cancers du poumon nommé "IMPULSION" (IMPlémentation du dépistage du cancer PULmonaire en populatIOn) est une opportunité dans ce domaine.

ACTION 4-4	Prendre soin des professionnels qui prennent en charge les patients atteints de cancer, notamment par le recours à la supervision ou à l'échange de pratiques
Responsables de l'action	Direction des ressources humaines / Direction des affaires médicales et de la recherche
Échéance	2030
Indicateur	Identifier les besoins et mettre en place les actions en cohérence



Le cancer du poumon est diagnostiqué au stade métastatique dans 50% des cas. Avec le programme IMPULSON (Implémentation du dépistage du cancer pulmonaire en population) mis en place par l'INCa et auquel le CHU prend part, nous visons à détecter les cancers du poumon à un stade précoce et à promouvoir l'arrêt du tabac dans la population cible. Ce dépistage organisé concerne les personnes âgées entre 50 et 74 ans, fumeuses ou ex-fumeuses sevrées depuis moins de 15 ans. Nous prévoyons d'en recevoir quatre par semaine au sein du service de maladies respiratoires du CHU.

Dr Maxime DEWOLF,
service de maladies respiratoires



MALADIES CHRONIQUES

L'accompagnement des maladies chroniques doit aujourd'hui répondre à un double enjeu : faire face à l'augmentation de la prévalence et à la complexification des besoins des patients, tout en s'adaptant aux tensions qui affectent le système de santé. Dans ce contexte, le CHU de Reims poursuit le développement de son offre de soins grâce à ses projets immobiliers, au déploiement de nouveaux outils numériques et à la structuration de ses équipes et de ses filières.

À horizon 2030, sa stratégie s'appuie sur le renforcement de la coordination des parcours, le développement du lien ville-hôpital, la structuration de filières territoriales et la promotion d'approches pluriprofessionnelles, afin de garantir une prise en charge globale, coordonnée et adaptée aux besoins des patients sur l'ensemble du territoire.

1. Une prise en charge marquée par la chronicité et la nécessité d'un suivi au long cours

L'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques repose sur une prise en charge au long cours, nécessitant un suivi personnalisé, le maintien de l'adhésion thérapeutique et le développement de l'autonomie des patients. La continuité des parcours, notamment lors des transitions entre la pédiatrie et les soins adultes, constitue un enjeu majeur.

2. Des difficultés persistantes d'accès aux soins

L'accès aux soins demeure un point de vigilance important. Les tensions liées à la démographie médicale, les inégalités territoriales, les délais d'accès aux consultations spécialisées et le manque de relais de proximité conduisent à une concentration des prises en charge au CHU, au détriment de la gradation des soins et de la proximité.

3. Un besoin fort de coordination et de structuration des parcours

La structuration des parcours apparaît comme une priorité. Le renforcement de la coordination entre les acteurs hospitaliers, les professionnels de ville et le secteur médico-social est indispensable pour limiter les ruptures de parcours, améliorer la continuité des soins et favoriser une meilleure répartition des prises en charge sur le territoire. Les organisations en filière, les consultations pluriprofessionnelles, les fonctions de coordination et les infirmiers en pratique avancée constituent des leviers identifiés.

4. L'importance du travail pluriprofessionnel

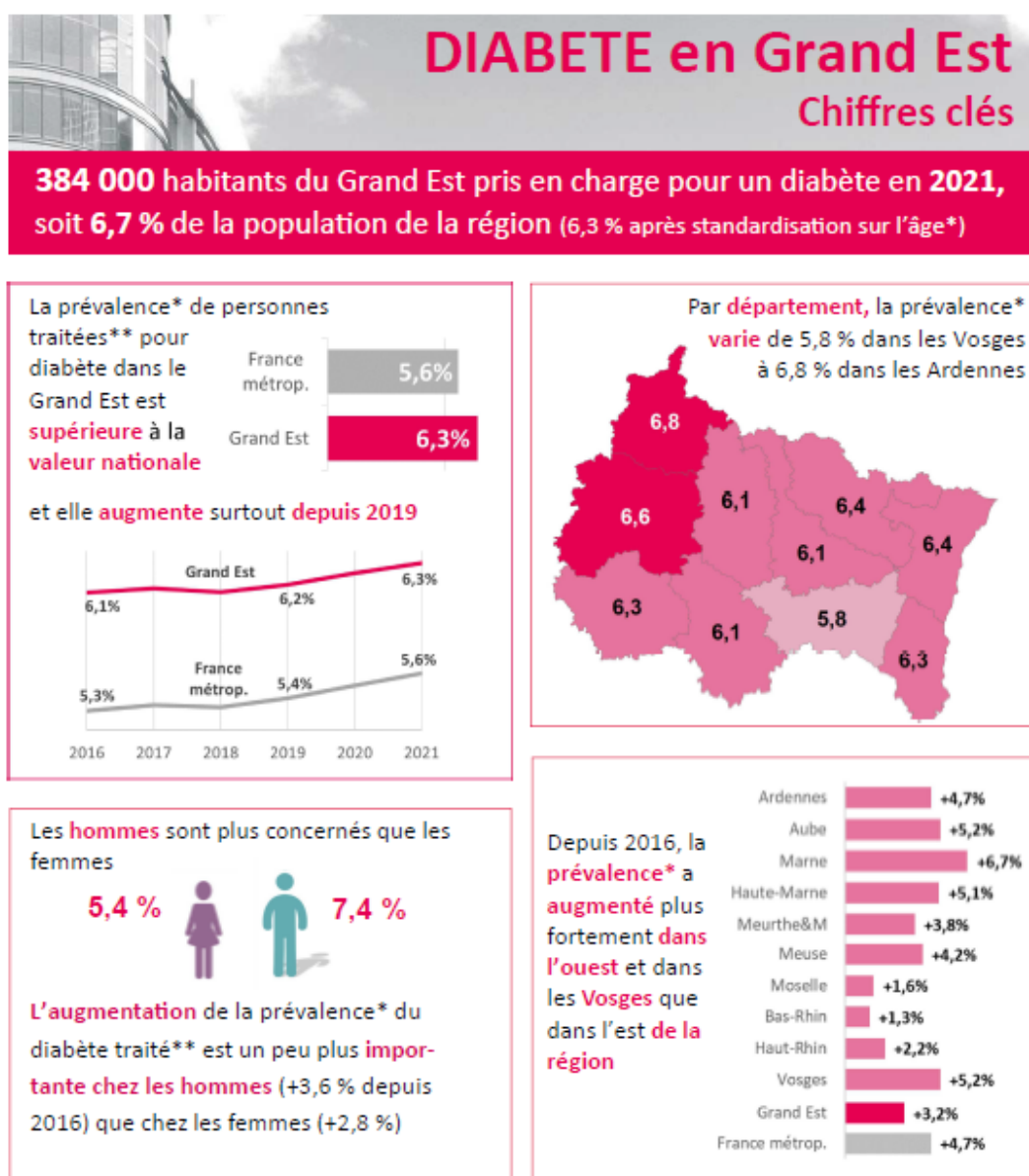
Les besoins en soutien psychologique, social, éducatif et en prévention demeurent importants et insuffisamment couverts, alors même qu'ils conditionnent l'observance, la qualité de vie et l'autonomisation des patients. Le développement des soins de support et le renforcement des ressources dédiées à ces missions constituent des axes d'amélioration prioritaires.

5. Le numérique comme levier majeur de coordination et de qualité et de sécurité des soins

Le numérique représente une opportunité pour améliorer le suivi des patients, notamment grâce à la télésurveillance et à la téléexpertise. Toutefois, son déploiement suppose de répondre aux enjeux d'interopérabilité des systèmes d'information, d'accompagnement des usagers face à l'illectronisme et de maîtrise de la charge de travail générée pour les équipes.

6. Répondre aux besoins grandissants de la population

Enfin, l'augmentation continue de la prévalence des maladies chroniques, associée à la complexification des situations prises en charge, renforce la nécessité de consolider les filières de soins, de développer les relais territoriaux, d'anticiper les besoins en ressources humaines et de soutenir les activités de coordination afin de garantir un accès équitable à une prise en charge de qualité sur l'ensemble du territoire.



Source : Observatoire régional de santé Grand-Est, Diabète en Région Grand Est : Chiffres clés, novembre 2023

MÉTHODOLOGIE

Pour définir nos ambitions concernant les maladies chroniques, une démarche de travail collaborative a été mise en place autour de groupes thématiques par familles de pathologies.

Cette organisation a permis de prendre en compte les spécificités des parcours patients, les besoins des différentes populations concernées ainsi que les enjeux communs de prise en charge (coordination, accès aux soins, accompagnement et prévention). Les groupes ont réuni des professionnels médicaux, des cadres de santé et un patient partenaire.

Trois groupes de travail ont été constitués :

- **Pathologies cardio-métaboliques ;**
- **Pathologies respiratoires ;**
- **Pathologies neurologiques, auto-immunes et inflammatoires.**

Chaque groupe a suivi une trame commune organisée en trois étapes :

- **Réaliser un état des lieux** de la prise en charge actuelle, incluant une analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces ;
- **Identifier les principaux axes d'amélioration** pour répondre aux besoins des patients et des professionnels ;
- **Définir les perspectives d'évolution à cinq ans** pour adapter l'offre de soins aux besoins futurs.

Contributeurs
Dr Christophe Allard, service de pédiatrie générale et spécialisée Christelle Baudesson, cadre supérieure de santé du pôle neurosciences-tête-cou-douleur Dr Katia Bessaci, cheffe du service de pédiatrie générale et spécialisée Pr Guillaume Cadiot, chef du service d'hépatogastroentérologie Karine Caron, cadre de santé, service de cardiologie Agnès Cogliati-Djehich, cadre de santé, service des maladies respiratoires et allergologie Amélie Coraboeuf, cadre de santé, service d'endocrinologie, diabète et nutrition Dr Jérôme Costa, service de cardiologie Dr Bénédicte Decoudier, cheffe du service d'endocrinologie, diabétologie, nutrition Mélanie D'Hordain, cadre de santé, service d'hépatogastroentérologie Justine Dupupet, cadre de santé, service de néphrologie Pr Claire Launois, service des maladies respiratoires et allergologie Joris Picard, patient partenaire Sandrine Plisson-Ronez, coordinatrice administrative du centre spécialisé obésité Pr Amélie Servettaz, cheffe du pôle médecines Dr Béatrice Salman, service de pédiatrie générale et spécialisée Elodie Rafouk infirmière de pratique avancée, HAD Croix Rouge Reims Pr Philippe. Rieu, chef du pôle diabétologie, urologie, néphrologie, endocrinologie Solvène Stepec, directrice déléguée de pôles Dr Mathilde Viprey-Thouvard, service de pédiatrie générale et spécialisée

Les travaux des différents groupes ont ensuite été consolidés afin de faire émerger des orientations communes pour l'évolution de l'offre de soins en maladies chroniques.

- Une expertise médicale reconnue ;
- Des parcours et dispositifs déjà structurés dans plusieurs domaines ;
- Une dynamique de développement de nouvelles organisations ;
- Une implication des professionnels, des usagers et des patients partenaires dans l'évolution des prises en charge.

S
Forces

W
Faiblesses

- Une coordination ville-hôpital et inter-filières à renforcer ;
- Des outils de partage d'information et de suivi des parcours à consolider ;
- Des parcours encore complexes pour les patients.

- Structuration de parcours coordonnés et gradués entre proximité, recours et expertise ;
- Renforcement de la prévention, du dépistage précoce et de l'éducation thérapeutique ;
- Recours aux outils numériques pour le pilotage et le suivi des patients ;
- Renforcement les coopérations avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux du territoire .

O
Opportunités

T
Menaces

- Une augmentation des besoins de prise en charge et de leur complexité ;
- Des ruptures de parcours possibles liées à la chronicité des pathologies ;
- Des inégalités territoriales d'accès aux soins à prendre en compte ;
- Des évolutions rapides des pratiques et thérapeutiques nécessitant une adaptation continue.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 1: STRUCTURER L'ORIENTATION ET LA COORDINATION DES PARCOURS

Le CHU engage une dynamique globale de structuration et de coordination de ses filières de prise en charge, afin d'en améliorer la lisibilité, la cohérence et la fluidité. Cette démarche repose sur la formalisation de parcours types et de feuilles de route par filière, appuyée par une cartographie de l'offre et la reconnaissance de centres experts.

Elle s'accompagne de la mise en place d'une gouvernance dédiée, fondée sur l'identification de coordinateurs médicaux et paramédicaux et l'animation régulière d'espaces de coordination entre filières, favorisant le partage de pratiques et la gestion des parcours complexes.

Enfin, un renforcement ciblé de l'articulation avec la gériatrie vient compléter ce dispositif, afin de mieux répondre aux besoins des patients polypathologiques et sécuriser leurs parcours de soins.

ACTION 1-1	Structurer et rendre lisibles les filières de prise en charge
Responsable de l'action	Secrétariat général
Échéance	2027
Indicateurs	• Cartographier les filières identifiées par le groupe de travail, recensant l'offre existante au sein du CHU, les points forts et les besoins d'évolution. • Construire pour chaque filière, un parcours structuré autour de trois étapes clés (dépistage, orientation, suivi), en identifiant les articulations avec les autres parcours. • Élaborer une feuille de route annuelle pour chacune des filières. • Obtenir la labellisation « Centre d'expertise et de coordination de l'insuffisance cardiaque sévère ». • Renouveler la labellisation centre spécialisé de l'obésité.

ACTION 1-2	Organiser la coordination et l'animation des filières de soins
Responsable de l'action	Secrétariat général
Échéance	2027
Indicateurs	• Identifier des coordinateurs médicaux et paramédicaux pour l'ensemble des filières définies. • Mettre en place un groupe d'échanges entre les coordinateurs de filières. • Organiser au moins une rencontre annuelle dédiée au pilotage des filières.

Fort de son expérience dans la structuration des filières au cours des dernières années (parcours obésité, maladie rénale chronique, amylose cardiaque, accident vasculaire cérébral, etc.), le CHU souhaite renforcer l'organisation globale des filières en identifiant des référents dédiés, en formalisant les parcours de prise en charge et en clarifiant leurs interconnexions.

La mise en place de temps d'échanges entre coordonnateurs référents des différentes filières vise à favoriser le partage de bonnes pratiques et à améliorer l'orientation des patients relevant de parcours multiples, afin de sécuriser et fluidifier leur prise en charge.

ACTION 1-3	Renforcer la collaboration entre la gériatrie et les filières de maladies chroniques, afin de s'appuyer sur leur expertise
Responsables de l'action	Secrétariat général / Service de court séjour gériatrique
Échéance	2028
Indicateur	Organiser une rencontre annuelle entre la gériatrie et les filières identifiées

ORIENTATION STRATÉGIQUE 2 : ORGANISER LES PARCOURS SUR LE TERRITOIRE EN RENFORCANT LES COLLABORATIONS AVEC LA MÉDECINE DE VILLE ET LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PÉRIPHÉRIQUES

Le CHU de Reims engage une dynamique globale de renforcement des coopérations territoriales afin d'améliorer la continuité, la lisibilité et la qualité des parcours de soins sur l'ensemble du territoire. Cette démarche repose sur une meilleure connaissance de l'offre existante, la formalisation de protocoles partagés avec les CPTS et le développement de conventions avec les établissements périphériques et structures d'aval, afin de sécuriser les prises en charge et fluidifier les transitions entre les différents acteurs du parcours.

Elle s'appuie également sur le renforcement des liens ville-hôpital à travers l'organisation de temps d'échanges et de formation réguliers, contribuant à la diffusion des bonnes pratiques, à la coordination des professionnels et à l'acculturation commune aux évolutions de l'offre de soins et de la recherche.

Enfin, cette stratégie intègre une dimension de renforcement des ressources et de démocratie en santé, avec le développement de postes médicaux partagés au sein du GHT et l'intégration de patients partenaires, afin de consolider l'organisation territoriale et d'améliorer en continu la pertinence des prises en charge.

ACTION 2-1	Développer les coopérations territoriales pour les parcours de soins en amont et en aval
Responsables de l'action	Secrétariat général / Direction des affaires médicales et de la recherche / Commission médicale du groupement
Échéance	2028
Indicateurs	• Cartographier l'actualisation de l'offre de prise en charge sur l'ensemble de la zone de recrutement pour chaque filière. • Rédiger au moins un protocole territorial par filière en lien avec les CPTS, afin d'harmoniser et formaliser les modalités d'adressage et d'orientation. • Nombre de conventions de partenariat conclues avec les établissements périphériques et les structures d'aval (SMR, filières de greffe, etc.) afin d'organiser les parcours de soins, avec au minimum une convention par centre hospitalier impliquant le « centre spécialisé de l'obésité ».

Le développement des coopérations territoriales pour les parcours de soins en amont et en aval s'inscrit dans une ambition forte de renforcement de l'accès aux soins et de réduction des inégalités territoriales. Il vise à consolider une organisation plus lisible et plus coordonnée entre la ville, les établissements de santé et les structures d'aval.

La cartographie actualisée de l'offre de soins constitue un outil de pilotage partagé, permettant d'objectiver les ressources disponibles et d'orienter les évolutions par filière. La formalisation de protocoles territoriaux avec les CPTS permet d'harmoniser les pratiques d'adressage et de fluidifier les parcours dès l'amont. Enfin, le développement de conventions avec les établissements périphériques et les structures d'aval (SMR, greffes, etc.) renforce la continuité des prises en charge et sécurise les transitions tout au long du parcours patient. Des projets sont d'ores et déjà initiés en cardiologie, en neurologie ou encore pour la filière obésité.

ACTION 2-2	Développer les soirées ville-hôpital thématiques et les journées de formation et séminaires à destination du territoire
Responsable de l'action	Direction de cabinet
Échéance	Dès que possible
Indicateur	Organiser des soirées ville-hôpital et des journées thématiques par filières

Fort de son ancrage universitaire et de sa mission de formation, le CHU souhaite renforcer son rôle d'appui auprès des professionnels de ville en favorisant une meilleure diffusion des évolutions de son offre de soins, des avancées en matière de recherche et des recommandations de bonnes pratiques. Il s'agit également de développer des espaces d'échanges réguliers entre professionnels du territoire afin de soutenir leur coordination.

Dans cette dynamique, l'organisation de journées thématiques contribue à structurer les liens entre acteurs d'une même filière, à diffuser les connaissances actualisées et à répondre de manière ciblée aux questionnements liés à la prise en charge des pathologies concernées. Ces temps d'échanges participent ainsi à renforcer la lisibilité de l'offre hospitalière et à améliorer la fluidité des parcours entre la ville et l'hôpital.

ACTION 2-3	Recruter et former des professionnels pour le territoire : développer des postes médicaux partagés GHT
Responsables de l'action	Direction des affaires médicales et de la recherche / CME
Échéance	Dès que possible
Indicateurs	- Recenser le temps médical couvert sur le territoire par service. - Définir et mettre en œuvre d'une politique de renforcement territorial pour chaque service.

ACTION 2-4	Structurer le recrutement et l'intégration de patients partenaires
Responsables de l'action	Unité transversale d'éducation du patient / Direction qualité, gestion des risques, relation avec les usagers
Échéance	Dès que possible
Indicateur	Nombre de nouveaux patients partenaires

Le renforcement de l'offre de soins sur le territoire repose à la fois sur la consolidation des ressources médicales et sur l'intégration de nouvelles formes de coopération avec les usagers. Le développement de postes médicaux partagés au sein du GHT vise à améliorer la continuité de la présence médicale sur le territoire, à mieux répondre aux besoins des établissements partenaires et à garantir une équité d'accès à l'expertise hospitalière. Cette organisation contribue également à optimiser la répartition des ressources médicales et à soutenir les filières dans leur fonctionnement quotidien.

En parallèle, le recrutement et l'intégration de patients partenaires s'inscrivent dans une démarche de démocratie en santé et d'amélioration continue de la qualité des prises en charge. Leur contribution permet d'enrichir les pratiques professionnelles par l'expérience vécue du parcours de soins, d'identifier des axes d'amélioration concrets et de renforcer la pertinence des organisations au regard des besoins des usagers. Cette dynamique participe ainsi à une approche plus globale, collaborative et centrée sur le patient.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 3 : DÉVELOPPER LA PRÉVENTION PRIMAIRE, SECONDAIRE ET TERTIAIRE

La prévention constitue un enjeu majeur dans le champ des maladies chroniques, dans un contexte de progression continue de leur prévalence et de leur incidence. Au-delà de la structuration de l'offre de soins, le CHU développe des actions de prévention hors les murs, notamment en milieu scolaire, afin de promouvoir les comportements favorables à la santé dès le plus jeune âge.

Ces interventions visent à renforcer la sensibilisation aux facteurs de risque, à encourager l'adoption de bonnes pratiques en matière d'hygiène de vie et à favoriser une meilleure compréhension des maladies chroniques. Elles contribuent également à promouvoir l'inclusion des personnes vivant avec une maladie chronique au sein du collectif, en agissant précocement sur les représentations et les comportements.

ACTION 3-1	Développer la prévention primaire et secondaire : engager des actions de sensibilisation auprès des écoles du territoire
Responsables de l'action	Service de pédiatrie / Direction de cabinet
Échéance	2028
Indicateur	Nombre d'interventions en milieu scolaire

ACTION 3-2	Renforcer la prévention tertiaire en développant la rééducation et une offre d'accompagnement global des patients, incluant les dimensions psychologiques, sociale et professionnelle
Responsable de l'action	Secrétariat général
Échéance	2027
Indicateur	Développer les hôpitaux de jour dédiés à la prise en charge multidimensionnelle des pathologies chroniques (MICI, pathologies neurologiques, etc.).



Journée mondiale de l'obésité

ORIENTATION STRATEGIQUE 4 : ACCÉLÉRER LA TRANSFORMATION NUMÉRIQUE AU SERVICE DES PARCOURS DE SOINS

Le CHU fait du numérique un levier stratégique pour améliorer la coordination des parcours de soins, répondre aux enjeux des maladies chroniques et renforcer l'efficacité de son organisation. Cette ambition repose sur le développement d'indicateurs de pilotage partagés, permettant de mieux connaître les besoins de la population, de suivre l'activité des filières et d'adapter l'offre de soins aux évolutions du territoire.

Le développement de la téléexpertise permettra de renforcer les liens avec les professionnels de santé du territoire, de faciliter l'accès à l'expertise du CHU et d'orienter plus rapidement les patients vers la prise en charge la plus adaptée. Enfin, la télésurveillance, déjà déployée dans quatre services du CHU, poursuivra son développement dans de nouvelles spécialités afin de favoriser un suivi à distance sécurisé, de renforcer l'autonomie des patients et de permettre une intervention précoce lorsque leur état le nécessite.

ACTION 4-1	Développer des indicateurs de suivi des filières
Responsables de l'action	DSNIB / Coordonnateurs des filières / Institut de l'intelligence artificielle en santé
Échéance	2027
Indicateur	Mettre en place une feuille de route du développement des indicateurs par filière (file active/cohorte, taux d'hospitalisation, orientation et devenir, etc.)

ACTION 4-2	Développer la téléexpertise
Responsables de l'action	DSNIB / Direction financière
Échéance	Dès que possible
Indicateur	Nombre de téléexpertises rendues par filière

ACTION 4-3	Coconstruire, avec les coordinateurs de filière, des outils numériques pour l'éducation thérapeutique du patient (e-ETP)
Responsables de l'action	Unité transversale d'éducation du patient / DSNIB
Échéance	2027-2030
Indicateur	Nombre d'outils d'e-ETP déployés

ACTION 4-4	Renforcer les outils numériques au service du suivi des patients, notamment par le développement de la télésurveillance et de la téléconsultation
Responsables de l'action	DSNIB / Directrice du pôle / DQGRU
Échéance	2026-2030
Indicateur	Déployer la télésurveillance pour les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

ACTION 4-5	Élaborer une politique qualité dédiée à la télémédecine
Responsables de l'action	DSNIB / Directrice du pôle / DQGRU
Échéance	2026-2030
Indicateurs	• Nombre d'événements indésirables déclarés • Nombre d'actions dédiées à la télémédecine dans le programme d'amélioration continue de la qualité des soins et de la Sécurité des patients

MALADIES RARES

En France, les 7 000 maladies rares identifiées à ce jour, dont 80 % sont d'origine génétique, atteignent plus de 3 millions de personnes soit 4,5 % de la population.

La France a mis en place 3 plans nationaux successifs, consolidant ainsi son rôle de leader dans ce domaine avec la création de filières nationales de diagnostic et de prise en charge, pour la coordination et de l'animation de centres experts par pathologie ou groupes de pathologies.

Le CHU de Reims dispose ainsi de 3 centres de référence, 2 centres de ressources et de compétences et 44 centres de compétences labellisés pour la prise en charge des patients atteints de maladies rares.



Pour connaître les 49 centres « maladies rares » portés par le CHU : <https://www.chu-reims.fr/offre-de-soins/centres-ressources/maladies-rares>

La présente feuille de route vient décliner le 4^{ème} plan national maladies rares 2025-2030, notamment son premier axe de travail visant à « *soutenir le parcours de soins et de vie des patients atteints de maladies rares et des aidants* ».

A l'issue de cette période, les objectifs du CHU de Reims sont également :

- de jouer pleinement son rôle de plateforme d'expertise maladies rares (plateforme affections rares de Champagne-Ardenne), en améliorant la visibilité de ces pathologies et de l'organisation mise en place pour les prendre en charge ;
- et de renforcer son offre de diagnostic et de soins au travers de la labellisation de nouveaux centres « maladies rares », en s'appuyant sur l'expertise de ses équipes médico-soignantes.

MÉTHODOLOGIE

La feuille de route « maladies rares » a été établie par le Pr Christine Pietrement, PU-PH en pédiatrie, coordonnatrice de centres de compétences et référente médicale de la thématique pour la CME, et Lucie Delecray, secrétaire générale, sur la base du 4^{ème} Plan national maladies rares, des travaux en cours à l'échelle de la plateforme d'expertise et des échanges réguliers avec les coordonnateurs de centres du CHU de Reims et les associations de patients et professionnels de santé du territoire permettant de préciser leurs attentes et besoins.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 1 : RENFORCER LA PLATEFORME D'EXPERTISE AFFECTIONS RARES DE CHAMPAGNE-ARDENNE (PARC) ET LE POSITIONNEMENT DU CHU DE REIMS À L'ÉCHELLE RÉGIONALE ET DANS L'ENSEMBLE DES FILIÈRES NATIONALES MALADIES RARES

Les plateformes d'expertise maladies rares ont été créées à partir de 2019 pour renforcer l'articulation inter-filières au sein des établissements sièges de plusieurs centres labellisés comme le CHU de Reims.

Elles ont pour objets le partage d'expertise et la mutualisation des connaissances, des compétences et des ressources à un échelon local, en fonction des besoins du territoire :

- améliorer la visibilité des centres labellisés maladies rares et la connaissance des maladies rares ;
- participer à la formation et l'information (diagnostic, soin et recherche) notamment avec les réseaux de ville, les centres hospitaliers ayant des consultations avancées, les établissements médico-sociaux et les personnes atteintes de maladies rares ;
- soutenir l'innovation diagnostique, thérapeutique et la recherche par un appui logistique;
- renforcer les liens entre les centres maladies rares situés sur la plateforme d'expertise maladies rares et les associations de personnes malades du territoire;
- favoriser l'implémentation de la Banque nationale des données maladies rares (BNDMR) et son application BaMaRa;
- faciliter les liens avec le médico-social dans les centres maladies rares et les établissements médico-sociaux du territoire.

Le CHU de Reims porte la plateforme affections rares Champagne-Ardenne (PARC), composante de la plateforme d'expertise maladies rares du Grand Est créée en 2022 et animée par les hôpitaux universitaires de Strasbourg. Compte tenu des moyens alloués et des enjeux liés au maintien de la labellisation de ses centres de référence et compétences, le CHU de Reims a d'abord accordé la priorité à l'implémentation de la BNDMR, avec la création d'un poste d'attaché de recherche clinique dédié.

Il s'agit aujourd'hui de renforcer la plateforme pour lui permettre d'assurer l'ensemble de ses missions, en soutien aux responsables de centres et en lien avec les établissements, services et professionnels sanitaires et médico-sociaux du territoire et les associations de patients.



Journée internationale des maladies rares

ACTION 1-1	Renforcer la plateforme par l'identification d'un temps de chefferie de projet dédié, en appui au coordonnateur médical et aux responsables de centres de référence et compétences, et la structuration du pilotage de la thématique
Responsables de l'action	PARC / CME / Direction des affaires médicales et de la recherche / Pôle recherche et santé publique
Échéance	Dès 2027
Indicateurs	- Rapport annuel d'activité de PARC (nombre d'actions conduites par la plateforme) - Création d'une commission ou d'un CoPil « maladies rares » et nombre de rencontres annuelles

ACTION 1-2	Poursuivre les travaux engagés afin d'améliorer l'exhaustivité de la BNDMR, notamment par le recours à l'IA, et contribuer ainsi à favoriser la connaissance scientifique des maladies rares
Responsables de l'action	PARC (chargée de collecte BAMARA) / IIAS / Pôle recherche et santé publique
Échéance	En continu
Indicateurs	- Nombre de patients inclus dans BAMARA (cible : augmentation sur la période du projet d'établissement) - Exhaustivité du recueil de données BAMARA

ACTION 1-3	Connaître, rendre visible et soutenir l'activité de recherche conduite au sein du CHU sur les maladies rares
Responsables de l'action	PARC / Pôle recherche et santé publique
Échéance	En continu
Indicateur	Nombre de projets de recherche, par typologie, dans le champ des maladies rares (cible : augmentation sur la période du projet d'établissement)

ACTION 1-4	Préparer la prochaine campagne de labellisation afin de renforcer la représentation des équipes du CHU de Reims dans l'ensemble des filières nationales « maladies rares »
Responsables de l'action	PARC / Secrétariat général
Échéance	Date de la prochaine campagne de labellisation (en théorie 2028)
Indicateurs	- Nombre de CRMR, CRCMR et CCMR (nouvellement) labellisés (cible : augmentation sur la période du projet d'établissement) - Nombre de filières représentées (cible : 100 %)

Rachel Reinert, assistante de recherche clinique chargée de collecte pour la base nationale de données maladies rares (BaMaRa), et le Pr Christine Pietrement, sont engagées depuis 2024, avec l'appui des équipes de l'institut d'intelligence artificielle en santé, dans le projet REDAMARA, pour « Recueil Exhaustif des Données d'Activités liées aux Maladies Rares ».

BaMaRa est l'application web de la base nationale de données maladies rares, gérée par l'AP-HP. Parmi les obligations des centres de référence et compétences « maladies rares » français figure celle de transmettre un certain nombre de données standardisées d'activité pour l'ensemble des patients porteurs de maladies rares et suivis dans les centres (données administratives, diagnostic et actes de soins réalisés pour ces patients).

Le projet REDAMARA a pour objectif d'organiser, grâce au recours à l'intelligence artificielle, le recueil systématique des données d'activité des patients du CHU de Reims présentant une maladie rare et déjà connus dans BaMaRa, pour atteindre l'exhaustivité et ainsi :

- valoriser l'activité médicale/paramédicale « maladies rares » du CHU
- objectiver le temps soignant global dédié à la prise en charge des maladies rares
- contribuer à la connaissance scientifique sur les maladies rares et promouvoir la recherche dans ce domaine
- produire des connaissances médico-économiques fiables.

Secondairement, le projet doit également permettre de faciliter le repérage des patients atteints d'une maladie rare encore non connus de BaMaRa pour les centres déjà labellisés, mais aussi pour connaître le potentiel de patients éligibles à l'inclusion dans une nouvelle filière ou un nouveau centre non labellisé à Reims. Le projet REDAMARA doit ainsi contribuer à la volonté de l'établissement de renforcer son positionnement et permettre à la plateforme affections rares de Champagne-Ardenne d'accompagner les équipes médicales dans la constitution d'un dossier de candidature à une nouvelle labellisation, par la démonstration d'une file active de patients déjà pris en charge.

ORIENTATION STRATÉGIQUE N° 2 : AMÉLIORER LE PARCOURS DE SOINS ET DE VIE DES PATIENTS CONCERNÉS ET DE LEURS AIDANTS

Les équipes médico-soignantes du CHU de Reims engagées dans le diagnostic, la prise en charge et l'accompagnement des patients présentant une maladie rare souhaitent également améliorer le parcours de soins et de vie des patients concernés et de leurs aidants :

- par une meilleure visibilité des maladies rares et de l'offre de soins disponible dans ce champ, notamment pour réduire les délais d'accès à un diagnostic et à une prise en charge ;
- par un renforcement de l'offre de soins (cf. action 1-4) et d'éducation thérapeutique à destination des patients présentant une maladie rare ;
- par l'amélioration des parcours de transition enfant-adulte dans les maladies rares, visant à prévenir les ruptures de prise en charge (ce dernier point est traité dans la feuille de route du projet d'établissement dédiée à la transition enfant-adulte).

L'ensemble de ces actions exige que l'établissement consolide ses liens avec les associations de patients et les acteurs sanitaires et médico-sociaux du territoire.

ACTION 2-1	Améliorer l'accès aux centres de référence et de compétences « maladies rares » par une meilleure visibilité des maladies rares et de l'offre de soins
Responsables de l'action	PARC / Direction de la communication / Direction des relations avec les usagers
Échéance	En continu
Indicateurs	• Actualisation du site internet du CHU / nombre de visites • Nombre d'actions de communication/sensibilisation/formation organisées et nombre de personnes touchées • Nombre de messages reçus et traités via l'adresse mail générique « PARC »

Il s'agira de définir un plan de communication pluriannuel, associant les associations de patients et différenciant les actions à destination du grand public, des professionnels du CHU et des professionnels de santé et médico-sociaux du territoire, dans la continuité des actions conduites à l'occasion de la Journée internationale des maladies rares organisée chaque année.

ACTION 2-2	Renforcer l'offre d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies rares
Responsables de l'action	PARC / Coordonnateurs de centres
Échéance	En continu
Indicateurs	• Nombre de programmes déclarés et mis en œuvre • Nombre de patients bénéficiaires (cible : augmentation sur la période du projet d'établissement)

VISIMaRares : un projet transfrontalier pour améliorer la prise en charge des maladies rares

La Plateforme affections rares Champagne-Ardenne (PARC) participe depuis avril 2026 au projet européen **VISIMaRares**, dans le cadre du programme **Interreg France-Wallonie-Vlaanderen**. Ce projet, doté d'1,6 million d'euros et d'une durée prévisionnelle de 30 mois, réunit plusieurs acteurs institutionnels, sanitaires et associatifs des deux côtés de la frontière franco-belge. Il vise à améliorer la visibilité des maladies rares, faciliter les parcours de soins des personnes concernées et permettre l'interopérabilité des données de santé.



Plusieurs actions sont prévues, sur le territoire des sept zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers (ZOAST) franco-belges :

- renforcer la formation des professionnels de santé pour mieux identifier les signaux d'alerte ;
- cartographier les centres d'expertise afin de faciliter l'orientation des patients ;
- développer des outils numériques pour améliorer la prise en charge ;
- faciliter la mobilité des patients ;
- s'appuyer sur des bases de données de référence comme Orphanet pour harmoniser les connaissances.

PRÉLÈVEMENTS ET GREFFES D'ORGANES ET DE TISSUS

La feuille de route « Prélèvements et greffes d'organes et de tissus » couvre l'ensemble des activités de prélèvement d'organes et de tissus ainsi que la transplantation rénale et les greffes de certains tissus. Elle intègre également l'organisation des parcours de prélèvement et de greffe au sein du CHU de Reims et en lien avec les établissements du territoire.

Le périmètre des travaux conduits à ce titre comprend **quatre champs complémentaires : l'amélioration de l'identification des donneurs, l'organisation du bloc opératoire, le développement du prélèvement et de la greffe de tissus, ainsi que la transplantation rénale**. Il intègre également les enjeux transversaux de qualité et de sécurité des soins, de formation des professionnels, de coopération territoriale, de communication, d'évaluation des pratiques professionnelles et de recherche.

En revanche, cette feuille de route n'a pas vocation à traiter l'ensemble des activités de transplantation d'autres organes, ni les problématiques générales de fonctionnement des blocs opératoires ou des services de réanimation, lorsqu'elles ne sont pas directement liées au prélèvement ou à la greffe. Elle se concentre sur **les leviers organisationnels, médicaux et paramédicaux permettant d'augmenter le nombre de prélèvements et de greffes, de sécuriser les parcours des donneurs et des receveurs et de renforcer le rôle de recours régional du CHU à l'horizon 2030**.

La réflexion conduite dans le cadre du volet « Prélèvements et greffes d'organes et de tissus » s'appuie sur les orientations définies aux niveaux national et régional. Ces documents stratégiques constituent le cadre de référence pour définir les priorités du CHU de Reims.

Le 4^{ème} plan ministériel pour le prélèvement et la greffe d'organes et de tissus 2022-2026 fait de ces activités une priorité nationale de santé publique. Structuré autour de 9 axes stratégiques et de 221 actions, il vise à renforcer l'ensemble de la filière, du recensement des donneurs au suivi des patients greffés. Ses priorités portent sur l'augmentation du prélèvement d'organes, le développement de la transplantation, notamment à partir de donneurs vivants, le renforcement du prélèvement et de la greffe de tissus, ainsi que l'amélioration de la qualité, de la sécurité, de l'évaluation des pratiques et de la professionnalisation des coordinations hospitalières de prélèvement.

La feuille de route régionale Grand Est 2024-2026 décline ces orientations en les adaptant aux enjeux du territoire. Élaborée par l'agence régionale de santé (ARS) Grand Est, le service régional de l'Agence de la biomédecine, les professionnels de santé et les associations de patients, elle s'appuie sur un diagnostic régional mettant en évidence des tensions en ressources humaines, des difficultés d'accès au bloc opératoire, un taux de prélèvement inférieur aux objectifs nationaux et une progression insuffisante du programme Maastricht III. Elle définit un plan d'actions opérationnel, assorti d'objectifs, d'indicateurs et d'une gouvernance régionale dédiée au suivi de sa mise en œuvre.

Le plan ministériel et sa déclinaison régionale constituent donc le cadre stratégique de référence pour le développement des activités de prélèvement et de greffe. **Ils orientent directement les priorités retenues par le CHU dans le cadre de la feuille de route « Prélèvements et greffes » de son projet d'établissement.**

MÉTHODOLOGIE

Les travaux menés ont été engagés dans le cadre de la commission prélèvement et greffe, relancée le 28 avril 2026, puis structurés autour d'une réunion préparatoire. Le temps fort de la démarche a été l'organisation d'un *World Café* le 19 mai 2026. Cet atelier a réuni 25 participants, répartis en quatre groupes : prélèvements d'organes, bloc opératoire, transplantation rénale et prélèvements et greffes de tissus.

La participation se caractérise par sa grande diversité, associant des professionnels médicaux, soignants, médico-techniques et partenaires de l'établissement. Elle comprenait notamment des chirurgiens, anesthésistes, urgentistes, réanimateurs, neurologues, médecins de médecine interne, néphrologues, professionnels de laboratoire, cadres de santé, IBODE et infirmiers de coordination.

La démarche a également bénéficié des contributions de la direction de la qualité et de la gestion des risques, de la médecine légale, de l'éthique et de l'Agence de la biomédecine. Des patients experts, des associations d'usagers, des aumôniers ainsi qu'un couple concerné par le don du vivant ont également participé aux échanges. Cette concertation a permis d'enrichir la réflexion et de renforcer sa dimension partenariale, éthique et centrée sur les patients.

Enfin, la démarche prévoit une restitution des travaux en commission prélèvements et greffes en septembre 2026, afin de partager les résultats, de les discuter collectivement et de finaliser la contribution au projet d'établissement.

CHU DE REIMS

ATELIER
Groupe PRELEVEMENT d'ORGANES SOLIDES
RESTITUTION

PROJET D'ETABLISSEMENT
2026
30

Formuler un axe stratégique représentatif de la thématique du groupe, introduit par un verbe d'action

Axe : Travailler sur l'engagement des donneurs potentiels → améliorer de la suite de cette phrase

1 Qu'est-ce que cette thématique évoque pour vous ?
- Bioéthique au cœur d'opérations et formation d'ambulances
- Améliorer le recrutement du matériel

2 Quel est l'état des lieux du CHU aujourd'hui ?
- Manque de connaissance sur le PNO des professionnels de santé et manque de connaissance des patients qui n'adhèrent pas au processus
- 80 de l'engagement par manque de recrutement de la formation

3 Quelles actions concrètes peut mener le CHU d'ici 1 an, et d'ici 2030 (précisez des indicateurs) ?

D'ici 1 an	D'ici 2030
Action n°1 + indicateur - Mise en œuvre de contenu (cours vidéo / flyer) d'ici fin de l'été 2026 - Réseau de professionnels / patients / associations - Impact : 10 - Faisabilité : 10	Action n°3 + indicateur - Création d'un groupe de professionnels capables de reconnaître les besoins des patients et de leur proposer des solutions - Impact : 10 - Faisabilité : 10
Action n°2 + indicateur - Recrutement de nouveaux professionnels / patients / associations - Améliorer la connaissance des patients par l'élaboration de protocoles de formation - Impact : 10 - Faisabilité : 10	Action n°4 + indicateur - Implémentation des recommandations de la CHU - Impact : 10 - Faisabilité : 10

Contributeurs

Claire Adamus, directrice déléguée de pôles Dr Valérie Brunet, cheffe de services coordination hospitalière d'organes et de tissus (CHPOT) Dr Charlotte Colosio, service de néphrologie Sabrina Loelher, infirmière, faisant fonction cadre de santé, service de réanimation Dr Nathalie Schneider, service CHPOT Amandine Andruchiwi, coordinatrice Champagne-Ardenne, espace de réflexion éthique Grand Est Dr Benoit Appert, réseau de prélèvement Champagne-Ardenne, Charleville-Mézières Pr Carl Arndt, président de la commission médicale d'établissement Anne Bianchi, cadre infirmière, Agence de la biomédecine Dr Aurélie Brunet, unité post-urgences médicales Dr Domitile Callon, cheffe du service de médecine légale Dr Morgan Caplan, service de médecine intensive et réanimation polyvalente Dr Aline Carsin-Vu, cheffe adjointe du pôle imagerie Dr Natacha Caucheteux, service de néphrologie Dr Vanessa Champenois, réseau opérationnel de proximité, Châlons en Champagne Dr Ophélie Delchet, service d'urologie Dr Quentin Delecroix, service de chirurgie orthopédique et traumatologique Dr Béatrice Doco, service des urgences médico-chirurgicales pédiatriques Dr Louis Philippe Dormegnien, service d'ophtalmologie Laurène Dupont, cadre de santé, service de néphrologie Pr Ambroise Duprey, chef du service de chirurgie vasculaire et angiologie Dr Anne Durlach, laboratoire de pathologie Dr Christophe Eap, service de neurochirurgie	Dr Alix-Marie Faller, service de chirurgie vasculaire et angiologie Francis Faverdin, association Vaincre la mucoviscidose Dr Emmanuelle Guillard, vice-présidente de la CME Dr Magdalena Kotowicz, service anesthésie Mme Lamoureux, patient expert Mme Lavole, infirmière de bloc opératoire Dr Benjamin Lebas, Agence de la biomédecine Dr Maryline Legrand, coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins M-P Longueville, infirmière, service de néphrologie Dr Elise Michelet Huot, service médicaments Dr Laetitia Mokri, service de néphrologie Adeline Nascimento-Meunier, cadre de santé, direction qualité, gestion des risques, relations avec les usagers Samira Nassiri, référente aumônerie musulmane Emma Nathalie Nkangou Loulendo, référente aumônerie protestante Clotilde Peltriaux, référente, aumônerie catholique Pr Marie-Laurence Poli-Mérol, service de chirurgie pédiatrique Pr Yohann Renard, service de chirurgie générale, digestive et endocrinienne Dr Vincent Riethmuller, médecin greffé Dr François-Xavier Romain, service d'anesthésie Jean-François Rondelli, patient don du vivant Mme Rondelli, patient don du vivant Pr Sylvain Rubin, service de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire Dr Bétoul Schvartz, service de néphrologie Pr Renaud Siboni, service de chirurgie orthopédique et traumatologique Dr Fayek Taha, service d'urologie Dominique Thomas, président, France Rein Champagne-Ardenne
--	---



ORIENTATION STRATÉGIQUE 1 : RENFORCER L'IDENTIFICATION DES DONNEURS POTENTIELS ET SÉCURISER LEUR PRISE EN CHARGE TOUT AU LONG DU PARCOURS DE PRÉLÈVEMENT

D'où vient-on ? Le CHU de Reims occupe une place centrale dans l'organisation du prélèvement d'organes à l'échelle du territoire. Il travaille en étroite collaboration avec les établissements du réseau opérationnel de proximité (centre hospitalier Auban-Moët d'Épernay, groupe hospitalier sud Ardenne (GHSA), centre hospitalier de Châlons-en-Champagne et polyclinique de Bezannes) ainsi qu'avec les établissements du réseau PRECA (réseau de prélèvement Champagne-Ardenne), comprenant notamment les centres hospitaliers de Charleville-Mézières et de Troyes. Si cette organisation s'est progressivement structurée, des marges de progression demeurent. Elles concernent notamment l'identification plus précoce des donneurs potentiels, l'harmonisation des pratiques de prise en charge et le renforcement des coopérations entre la coordination hospitalière de prélèvement et les services impliqués.

Où veut-on aller en 2030 ? À l'horizon 2030, le CHU ambitionne de développer une culture commune du prélèvement d'organes, pour les donneurs en mort encéphalique ou issus de la catégorie III de Maastricht. Cette culture est fondée sur l'identification systématique des donneurs potentiels, une prise en charge conforme aux recommandations de bonnes pratiques et une mobilisation de l'ensemble des professionnels du territoire.

ACTION 1-1	Sensibiliser et former les professionnels de santé des services cibles pour améliorer l'identification des donneurs potentiels
Responsables de l'action	CHPOT / Médecins et cadres des services cibles (SAU-UHCD, USINV, MIRP, RCT, cardio thoracique, réanimation pédiatrique, établissements du réseau opérationnel de proximité)
Echéance	2027
Indicateur	Nombre annuel de patients non identifiés et non signalés (EPP de l'Agence de la biomédecine : Cristal Action – cf. infra)

ACTION 1-2	Optimiser la réanimation d'organes par la création de fiches de suivi protocolisées, en lien avec les recommandations de bonnes pratiques des sociétés savantes et l'Agence de la biomédecine
Responsables de l'action	Équipes de réanimation et médecins coordonnateurs CHPOT
Echéance	2027
Indicateurs	• Nombre de défaillances multiviscérales avant l'entrée au bloc • Nombre de pertes de greffons • Évaluation du respect des délais réglementaires de la procédure Maastricht III et amélioration des conditions de démarrage de la procédure • Évaluation de l'utilisation des machines à perfuser les reins et analyse des dysfonctionnements associés

ACTION 1-3	Déployer un réseau de professionnels pluriprofessionnel et pluridisciplinaire pour sensibiliser au don d'organes sur le territoire, à l'aide d'un support élaboré par la commission prélèvements et greffes
Responsable de l'action	Groupe de travail « prélèvements et greffes »
Echéance	2030
Indicateur	Nombre d'interventions auprès des professionnels de santé et du grand public du territoire

ACTION 1-4	Affecter un médecin réanimateur à la coordination hospitalière de prélèvement d'organes et de tissus (CHPOT) afin de renforcer les liens avec les services de réanimation
Responsables de l'action	Pôle interventionnel, coordination, ambulatoire, anesthésie, réanimation (ICAARE)/ Agence de la biomédecine/ Direction générale / Direction des affaires médicales et de la recherche
Échéance	2030
Indicateurs	• Nombre de médecins réanimateurs au sein de la CHPOT • Nombre d'actions menées pour créer des liens avec les réanimations du CHU et du territoire

CRISTAL ACTION

Le recensement des donneurs potentiels s'appuie sur une démarche continue d'évaluation des pratiques professionnelles. À cette fin, l'outil Cristal Action, développé par l'Agence de la biomédecine, permet d'identifier les donneurs potentiels non recensés et d'analyser les écarts de pratiques. Cette évaluation est conduite dans les services concernés (SAU-UHCD, USINV, MIRP, RCT, chirurgie cardiothoracique, réanimation pédiatrique), ainsi qu'au sein des établissements du réseau opérationnel de proximité. Les résultats servent à élaborer et à mettre en œuvre des actions d'amélioration concertées avec les équipes. Cette démarche a été reconnue et valorisée comme action remarquable lors de la certification du CHU en 2022.

Lien vidéo reportage France 3



<https://www.bing.com/videos/riverview/relatedvideo?q=vi%C3%A9do%20quadruplet%20don%20d%27organes%20chu%20de%20reims&mid=3CADBAC19DEA35EED7FB3CADBAC19DEA35EED7FB&ajaxhist=0>

ORIENTATION STRATÉGIQUE 2: GARANTIR UNE ORGANISATION EFFICIENTE ET SÉCURISÉE DU BLOC OPÉATOIRE, PERMETTANT LA RÉALISATION DES PRÉLÈVEMENTS ET GREFFES, SANS IMPACT SUR LA CONTINUITÉ DES ACTIVITÉS PROGRAMMÉES ET NON PROGRAMMÉES

D'où vient-on ? Le bloc opératoire constitue un maillon essentiel de la chaîne du prélèvement et de la greffe d'organes. L'augmentation attendue de l'activité, associée aux contraintes des activités programmées et non programmées, impose une organisation réactive, coordonnée et sécurisée.

Où veut-on aller en 2030 ? À l'horizon 2030, le CHU ambitionne de disposer d'une organisation dédiée permettant de réaliser les prélèvements et les greffes dans les meilleures conditions de qualité, en maîtrisant les délais, notamment d'ischémie froide, tout en garantissant la continuité des autres activités chirurgicales.

ACTION 2-1	Désigner un leader médical, identifié dans les plannings à partir d'une liste prédéfinie, pour coordonner les prélèvements d'organes et de tissus au bloc opératoire et la greffe rénale, afin d'optimiser l'organisation et de réduire les temps d'ischémie froide
Responsable de l'action	Pôle ICAARe
Échéance	2027
Indicateurs	- Écart entre l'heure d'entrée au bloc opératoire prévue et l'heure d'entrée effective - Impact de l'activité de prélèvement multi-organes (PMO) sur l'activité programmée (reports d'interventions, heures supplémentaires, rappels de personnel, etc.) - Analyse des dysfonctionnements PMO, définition et suivi des actions correctrices (revues de morbi-mortalité, synthèse ...) - Analyse des temps d'ischémie froide pour la greffe rénale

ACTION 2-2	Élargir la formation des IBODE et leur participation à la liste d'astreinte PMO, au moyen d'une formation spécifique sur site
Responsables de l'action	CHPOT / Ecole IBODE / DSIRMT / Responsables des secteurs chirurgicaux
Échéance	2027
Indicateurs	- Nombre d'IBODE formées (formations des IBODE au laboratoire d'anatomie, formations à l'utilisation des machines à perfuser les reins, formations en lien avec l'Agence de la biomédecine) et évaluation des formations - Nombre d'IBODE participant à l'astreinte PMO

ACTION 2-3	Pallier le manque d'effectif des pathologistes impliqués dans le PMO, en organisant une compétence pouvant être partagée au niveau régional
Responsables de l'action	Chef de service de pathologie / Collège des pathologistes / CHU
Échéance	2030
Indicateurs	• Nombre de PMO pour lesquels la compétence locale a été sollicitée et impact sur le prélèvement et la greffe • Nombre de PMO pour lesquels la compétence régionale a été sollicitée et impact sur le prélèvement et la greffe

ACTION 2-4	Mettre en place une équipe dédiée pour le PMO chirurgical et anesthésique au CHU de Reims
Responsables de l'action	Chef du pôle ICAARE / DSIRMT / Direction des affaires médicales et de la recherche / Commission de la permanence des soins
Échéance	2030
Indicateurs	• Réaliser une étude d'impact • Créer de manière effective une équipe dédiée afin d'améliorer la fidélisation des équipes et de lutter contre la pénibilité des activités • Créer un planning d'astreinte pour tous les professionnels concernés

L'organisation entre le bloc opératoire et le prélèvement d'organes

La performance de la filière repose sur une organisation anticipée du bloc opératoire, mobilisant l'ensemble des acteurs (chirurgiens, anesthésistes, IADE, IBODE, pathologistes, coordination hospitalière de prélèvement et encadrement). Le développement d'une équipe chirurgicale mixte associant chirurgiens urologues et vasculaires constitue un levier majeur pour s'assurer de la continuité de l'activité de prélèvement et de greffe. Au-delà, l'identification d'un leader médical, le développement des compétences des équipes, la mutualisation de certaines expertises à l'échelle régionale et, à terme, la constitution d'équipes dédiées permettra de réduire les délais d'accès au bloc, de limiter l'ischémie froide et de sécuriser les prélèvements, sans compromettre la continuité des autres activités opératoires.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 3 : GARANTIR UN ACCÈS ÉQUITABLE À LA TRANSPLANTATION RÉNALE ET SÉCURISER LE PARCOURS DES PATIENTS AVANT, PENDANT ET APRÈS LA GREFFE

D'où vient-on ? Le CHU de Reims est le centre de référence de transplantation rénale pour les territoires de Champagne-Ardenne, de l'Aisne et d'une partie du nord de l'Île-de-France. Si les résultats de l'activité sont reconnus, des marges de progression persistent pour améliorer l'accès à la liste d'attente, développer le don vivant et fluidifier les parcours des patients.

Où veut-on aller en 2030 ? À l'horizon 2030, le CHU ambitionne de proposer un parcours de transplantation rénale coordonné, sécurisé et personnalisé, reposant sur une coopération renforcée entre les équipes hospitalières, les professionnels de ville et les centres de dialyse, afin de garantir à chaque patient éligible un accès rapide et équitable à la greffe.

ACTION 3-1	Développer une culture commune de la transplantation rénale auprès des professionnels du CHU
Responsables de l'action	CHPOT / Service de néphrologie / Direction des affaires médicales et de la recherche / DRH / DSIRMT / Direction de la communication
Échéance	2027
Indicateurs	- Nombre d'actions de sensibilisation réalisées auprès des équipes du bloc opératoire (enjeux de l'ischémie froide, de la transplantation rénale et du don vivant) - Nombre d'actions de valorisation des activités médicales, chirurgicales et paramédicales (notamment des IBODE) mises en œuvre, afin de renforcer l'attractivité et la fidélisation des professionnels

ACTION 3-2	Structurer un parcours de transplantation rénale sécurisé et de qualité pour les patients
Responsables de l'action	Service de néphrologie / DQGRU / Blocs opératoires
Échéance	2027
Indicateurs	- Valider des protocoles anesthésiques dédiés à la transplantation rénale - Formaliser des procédures relatives à l'appel de greffe, l'accès au bloc opératoire et l'utilisation des machines à perfusion - Nombre de supports vidéo destinés aux professionnels et aux patients réalisés. - Mise en œuvre d'un groupe « Qualité, sécurité, pertinence » (QUASPER) Greffe - Déployer un parcours de sortie sécurisé comprenant la RAAC, la création d'une mission de coordinatrice post-greffe au sein du service de néphrologie et la mise en place d'un entretien pharmaceutique - Créer un hôpital de jour vasculaire intégrant scanner, doppler, consultation cardiologique et explorations fonctionnelles respiratoires

ACTION 3-3	Renforcer la sensibilisation à la transplantation rénale auprès des professionnels du territoire et du grand public
Responsables de l'action	Service de néphrologie / CHPOT / Direction de la communication / Commission parcours patients / Blocs opératoires
Echéance	2030
Indicateurs	• Nombre d'actions de sensibilisation réalisées auprès des professionnels de santé de ville, en lien avec les CPTS, sur les enjeux de la transplantation rénale • Nombre de médecins généralistes sensibilisés au don vivant • Nombre d'actions de sensibilisation auprès de la population générale • Nombre d'actions de sensibilisation mises en place auprès des centres de dialyse, notamment par la mise en place de quadrinômes IDEC-IPA-secrétaire-médecin • Nombre de programmes de recherche consacrés à la transplantation rénale

ACTION 3-4	Harmoniser le parcours territorial de transplantation rénale dans une logique de gradation des soins
Responsables de l'action	Services de néphrologie du CHU et du territoire champardennais et sud-Aisne / Direction des affaires médicales et de la recherche
Échéance	2027
Indicateur	Conventionnement avec les établissements du territoire, définissant les modalités de coopération entre les équipes médicales : inscription sur la liste d'attente, suivi conjoint pré- et post-greffe, promotion du donneur vivant, etc.



ACTION 3-5	Promouvoir la transplantation rénale issue de donneur vivant sur le territoire
Responsables de l'action	Services de néphrologie du CHU et du territoire champardennais et sud-Aisne
Échéance	2027-2030
Indicateurs et résultats	• Nombre et part (%) des transplantations rénales issues d'un donneur vivant parmi l'ensemble des transplantations rénales réalisées au CHU, avec un objectif d'atteindre une part supérieure à 20 % de transplantations rénales réalisées à partir d'un donneur vivant • Élaborer, valider et intégrer un programme d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) dédié au don vivant dans le parcours de transplantation rénale • Nombre de patients partenaires et de patients ressources (donneurs et receveurs) mobilisés, avec constitution d'un réseau actif participant à la promotion du don vivant • Nombre d'outils d'information et de communication développés et diffusés auprès des patients, des professionnels du CHU et des établissements de santé du territoire • Nombre d'actions de sensibilisation au don vivant réalisées auprès des établissements de santé du territoire, avec déploiement d'un programme territorial de sensibilisation • Intégrer les objectifs relatifs au développement du don vivant dans les conventions de coopération entre les équipes médicales du territoire

Le parcours de transplantation rénale

Le CHU s'engage à structurer un parcours intégré de transplantation rénale, depuis l'identification des patients éligibles, jusqu'au suivi post-greffe. Ce parcours associe les centres de dialyse, la médecine de ville, les équipes de néphrologie, les blocs opératoires, la coordination hospitalière de prélèvement, les pharmaciens et les professionnels libéraux, afin de réduire les délais d'accès à la greffe, développer le don vivant et sécuriser la prise en charge avant, pendant et après la transplantation. Engagé depuis plusieurs années dans le programme national de don croisé piloté par l'Agence de la biomédecine, le CHU de Reims figure parmi les établissements les plus investis dans ce dispositif. Il a participé au premier « triplet » français de dons croisés en 2024, puis au premier « quadruplet » franco-suisse en 2026, illustrant son rôle moteur dans le développement du don vivant et son expertise en matière de coordination médico-chirurgicale.



ORIENTATION STRATÉGIQUE 4 : FAIRE DU CHU UN ÉTABLISSEMENT DE RÉFÈRENCE, ENGAGÉ DANS UNE DÉMARCHE ÉTHIQUE, RESPONSABLE ET PROACTIVE EN FAVEUR DU PRÉLÈVEMENT ET DE LA GREFFE DE TISSUS

D'où vient-on ? Le CHU de Reims assure une mission de recours régional en matière de prélèvement et de greffe et dispose d'une coordination hospitalière expérimentée. Toutefois, le potentiel de prélèvement de tissus (cornée, peau, os, tendons, ligaments, artères, valves cardiaques) reste insuffisamment mobilisé, en raison d'une identification incomplète des donneurs, d'une appropriation encore hétérogène des procédures par les professionnels et d'une organisation qui doit être renforcée tout au long de la chaîne de prise en charge.

Où veut-on aller en 2030 ? À l'horizon 2030, le CHU ambitionne d'inscrire le prélèvement et la greffe de tissus comme une composante pleinement intégrée du parcours de soins, en s'appuyant sur une culture institutionnelle du don, des organisations sécurisées, une montée en compétences des équipes et une coopération renforcée avec l'ensemble des acteurs du territoire.

ACTION 4-1	Développer des outils de communication à destination des professionnels du CHU pour sensibiliser aux prélèvements et greffes de tissus
Responsables de l'action	Service CHPOT /Direction de la communication
Échéance	2027
Indicateurs	• Nombre de vidéos courtes créées pour sensibiliser les professionnels du CHU au don de tissus (projet de service pour la coordination) • Nombre de sensibilisations réalisées par la CHPOT lors de la journée d'accueil des nouveaux internes • Nombre de communication diffusées par la direction des affaires médicales aux nouveaux praticiens recrutés, sur le don de tissus.

ACTION 4-2	Introduire dans les directives anticipées patients, la notion de réflexion autour du don et du positionnement vis-à-vis du don d'organes et de tissus
Responsables de l'action	Service CHPOT / Direction qualité, gestion des risques et relations des usagers / Direction des affaires juridiques
Échéance	2030
Indicateur	Inscrire au sein du formulaire relatif aux directrices anticipées, l'item de non-opposition aux prélèvements d'organes et de tissus

ACTION 4-3	Renforcer l'identification et le signalement des donneurs potentiels de tissus
Responsables de l'action	Service CHPOT / DSNIB
Échéance	2027
Indicateurs	- Mise en œuvre de la procédure - Taux de décès signalés à la CHPOT
Description	Il s'agit d'associer à la demande de transport du corps d'un patient à l'envoi d'un mail à la CHPOT, afin que l'ensemble des décès de l'hôpital lui soit ainsi signalé.

ACTION 4-4	Réviser la procédure de brancardage et de prise en charge du corps, lorsqu'une démarche de prélèvement de tissus est initiée, afin de diminuer les délais de réfrigération des corps et potentialiser le nombre de prélèvements
Responsables de l'action	Service CHPOT / Chambre mortuaire / Brancardage centralisé / DSIRMT
Échéance	2030
Indicateur	Délais de réfrigération des corps (cible : < 4h)

ACTION 4-5	Sécuriser et soutenir l'activité de greffe de cornées
Responsable de l'action	Service d'ophtalmologie
Échéance	2030
Indicateurs	- Nombre de greffes de cornée - Nombre de greffes réalisées avec le robot de microchirurgie
Description	Poursuivre l'identification et la formation de praticiens impliqués dans l'activité de greffe de cornées

ACTION 4-6	Diversifier l'activité de prélèvement et greffe de tissus autres que cornées (vaisseaux, os, tendons et ligaments)
Responsables de l'action	CHPOT / Services de chirurgie vasculaire et d'orthopédie-traumatologie
Échéance	2030
Indicateur	Nombre de prélèvements et greffes par typologie de tissus

L'établissement porte une ambition forte en matière de prélèvement et greffe d'organes et de tissus, activité emblématique de ses missions de recours et priorité nationale. Sur la transplantation rénale, nos professionnels poursuivront par exemple leur remarquable implication dans le programme « donneur vivant », tout particulièrement par don croisé. Nous voulons aussi augmenter l'activité de prélèvement et greffe de tissus, notamment de cornées, pour répondre dans des délais plus courts à l'ensemble des besoins du territoire.

PERSONNES ÂGÉES

Le vieillissement de la population constitue l'un des principaux enjeux sanitaires, sociaux et médico-sociaux des prochaines décennies et impose une adaptation profonde des organisations hospitalières et territoriales.

En France, les personnes de plus de 60 ans représenteront près d'un tiers de la population d'ici 2050, avec une augmentation particulièrement marquée des sujets âgés fragiles et en perte d'autonomie.

A l'échelle du CHU de Reims et du groupement hospitalier universitaire de Champagne (GHUC), cette évolution se traduit déjà par :

- une augmentation du nombre de patients âgés polypathologiques parmi les patients admis aux urgences ou en hospitalisation ;
- des parcours de soins plus complexes ;
- une progression des troubles neurocognitifs ;
- une tension croissante sur les filières sanitaires et médico-sociales ;
- un allongement des durées de passage aux urgences ;
- une augmentation des besoins de coordination entre acteurs.

Le vieillissement ne peut désormais plus être considéré comme une problématique relevant uniquement de la gériatrie. Il nécessite une mobilisation transversale de l'ensemble des spécialités hospitalières, des professionnels de ville, des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), des dispositifs d'appui à la coordination (DAC), des structures médico-sociales et des acteurs du domicile.

Le CHU souhaite ainsi développer une organisation territoriale intégrée des parcours de la personne âgée fondée sur :

- l'anticipation des fragilités ;
- la prévention des ruptures de parcours ;
- le repérage précoce des vulnérabilités ;
- l'accès gradué et coordonné à l'expertise ;
- la coordination des acteurs intrahospitaliers autour des grands syndromes gériatriques ;
- le renforcement des articulations ville-hôpital-médico-social ;
- la fluidification des parcours ;
- le respect du projet de vie et du libre choix de la personne.

L'objectif est de permettre une mobilisation plus précoce et coordonnée des expertises afin

- d'améliorer la précocité diagnostique ;
- d'optimiser la pertinence et l'efficacité des prises en charge ;
- de prévenir les ruptures d'accompagnement ;
- de limiter les hospitalisations évitables et les ré-hospitalisations ;
- de favoriser le maintien de l'autonomie et de la qualité de vie.

Aujourd'hui, les différents acteurs interviennent encore trop souvent de manière segmentée, selon le point d'entrée ou le lieu d'hospitalisation du patient.

Les actions inscrites au projet d'établissement 2026-2030 du CHU de Reims visent à faire évoluer cette organisation vers des parcours coordonnés mobilisant les expertises nécessaires en fonction des besoins identifiés du patient.

Dans cette logique, chaque interaction avec une personne de plus de 60 ans doit devenir une opportunité de repérage précoce des fragilités et de prévention des ruptures d'autonomie.

Cette stratégie s'inscrit dans :

- les orientations nationales relatives au virage domiciliaire ;
- les attendus du référentiel de certification de la HAS ;
- le Pacte de refondation des urgences ;
- la labellisation des filières gériatriques portée par l'ARS Grand Est.

Les orientations stratégiques de la filière personnes âgées reposent sur une approche intégrée du vieillissement associant prévention, repérage des fragilités, parcours coordonnés et adaptation de l'offre médico-sociale.

Le CHU de Reims souhaite renforcer son rôle :

- de centre expert ;
- d'appui territorial ;
- de coordination des parcours complexes ;
- de diffusion de la culture gériatrique auprès de l'ensemble des acteurs hospitaliers et territoriaux.

Le CHU souhaite s'appuyer notamment sur :

- les CPTS ;
- les DAC ;
- le programme ICOPE² ;
- les équipes mobiles ;
- les admissions directes ;
- la télé-expertise ;
- les coopérations ville-hôpital ;
- une coordination renforcée des expertises intra-hospitalières autour des problématiques du vieillissement.

Le CHU s'appuie pour cela sur des structures d'expertise reconnues telles que le centre mémoire de ressources et de recherche (CM2R), l'unité de coordination en onco-gériatrie (UCOG) de Champagne-Ardenne, les équipes mobiles de gériatrie, la hotline gériatrique territoriale, les hôpitaux de jour spécialisés ainsi que sur son unité de recherche « Vieillesse et Fragilité » (UR 3797).

L'objectif est de mobiliser, de manière coordonnée, les compétences des différentes spécialités médicales, chirurgicales, pharmaceutiques, rééducatives et médico-techniques afin d'apporter au patient âgé une réponse globale, graduée et adaptée à ses besoins.

² ICOPE est un programme innovant développé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il s'adresse à toute personne de 60 ans et plus (ou moins !) désireuse de maintenir sa forme physique, morale et intellectuelle, et tout cela, à l'aide d'outils numériques.

Cette organisation doit permettre de dépasser une logique de prises en charge segmentées dépendantes du lieu d'hospitalisation du patient pour construire des parcours transversaux associant les expertises nécessaires selon les problématiques identifiées :

- gériatrie et médecine polyvalente pour l'évaluation multidimensionnelle et la fragilité ;
- pharmacie clinique pour la prévention de l'iatrogénie et de la polymédication, la conciliation médicamenteuse et l'optimisation des prescriptions chez la personne fragile ;
- traumatologie, rhumatologie et médecine physique pour les parcours chute et prévention fracturaire ;
- cardiologie, neurologie, pneumologie ou néphrologie dans les décompensations d'organe ;
- psychiatrie et neurologie dans les troubles neurocognitifs et comportementaux ;
- nutrition dans la prévention de la sarcopénie et de la dénutrition ;
- soins palliatifs dans les situations complexes de fin de vie.

La démarche ICOPE, développée par l'Organisation mondiale de la santé, constitue un axe structurant du repérage territorial des fragilités. Elle permet une approche multidimensionnelle centrée notamment sur :

- les troubles de la marche et de l'équilibre ;
- les troubles cognitifs ;
- les troubles sensoriels ;
- les troubles thymiques ;
- les troubles nutritionnels ;
- les problématiques de continence ;
- l'environnement social et les aidants.

Le CHU souhaite développer, en lien avec les CPTS et les acteurs territoriaux, des parcours populationnels de prévention et d'anticipation de la fragilité reposant sur ces dimensions.

Chez la personne âgée fragile, la qualité de la prise en charge ne peut être évaluée uniquement sur des critères techniques ou diagnostiques. Le maintien des capacités fonctionnelles, de l'autonomie, de la mobilité et de la qualité de vie constitue un objectif majeur de l'organisation des soins.

Aujourd'hui, l'organisation hospitalière repose encore largement sur une logique de lits et de structures, parfois insuffisamment adaptée à l'intensité réelle des besoins de soins, de surveillance et d'accompagnement des patients âgés fragiles.

Dans un contexte de tension capacitaire croissante, cette organisation favorise le développement d'hospitalisations inadaptées, définies par l'accueil d'un patient dans une unité ne correspondant pas pleinement à ses besoins cliniques, fonctionnels ou organisationnels, faute de disponibilité dans la structure la plus adaptée.

Le projet d'établissement vise ainsi à faire évoluer l'organisation hospitalière vers une logique davantage centrée sur :

- les besoins du patient ;
- la coordination des expertises ;
- l'intensité de soins requise ;
- le maintien fonctionnel ;
- et la fluidité des parcours.

Analyse SWOT de la filière personne âgée au CHU de Reims

FORCES	FAIBLESSES
* Filière territoriale structurée * Couverture territoriale par les équipes mobiles d'intervention gériatrique (EMIG) * Admissions directes non programmées développées en gériatrie * Développement progressif des hôpitaux de jour (HDJ) gériatriques et parcours ambulatoires * Liens forts avec les structures médico-sociales * Coopérations avec les communautés professionnelle territoriales de santé (CPTS) * Développement des équipes mobiles territoriales * Coopérations existantes avec les spécialités contributives * CM2R reconnu à l'échelle régionale * UCOG Champagne-Ardenne et expertise oncogériatrique structurée * Hotline gériatrique territoriale * Unité de recherche UR3797 VieFra dédiée au vieillissement et à la fragilité * Expertise universitaire reconnue en gériatrie, fragilité et troubles neurocognitifs	* Parcours encore insuffisamment structurés et coordonnés entre spécialités * Fonctionnement hospitalier encore largement organisé par services et par lits * Interventions souvent dépendantes du lieu d'hospitalisation du patient et non des besoins identifiés * Coordination intra-hospitalière encore insuffisamment protocolisée autour des grands syndromes gériatriques * Déploiement des admissions directes non programmées encore insuffisant hors gériatrie * Absence actuelle d'organisation institutionnelle structurée d'HDJ "Fragilité" * Offre ambulatoire encore insuffisamment organisée autour des syndromes gériatriques complexes * Politique institutionnelle de prévention de la dépendance iatrogène encore insuffisamment structurée * Prévention des chutes, confusion, dénutrition, douleur, incontinence induite et iatrogénie encore insuffisamment intégrées dans les organisations * Paramètre fonctionnel encore insuffisamment pris en compte entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation * Tension capacitaire importante sur les lits adaptés aux patients âgés complexes * Développement des hospitalisations inadaptées par inadéquation entre les besoins du patient et le lit disponible * Difficultés de lisibilité et de fluidité des filières d'aval * Prévention des récidives encore insuffisamment organisée
OPPORTUNITÉS	MENACES
* Coordination des acteurs de la filière gériatrique du GHUC * Structuration des consultations mémoire autour du CM2R * Cahier des charges de labellisation avec financement dédié * Certification HAS et structuration de la qualité de prise en charge du sujet âgé * Déploiement des CPTS et des parcours territoriaux de fragilité * Développement des dispositifs ICOPE * Développement de la télé médecine et de la téléexpertise * Structuration progressive de parcours ambulatoires centrés sur la fragilité * Développement des HDJ SMR orientés fragilité et prévention fonctionnelle * Développement des programmes de pré habilitation en lien avec les disciplines chirurgicales et anesthésiques * Mobilisation croissante des spécialités médicales et chirurgicales autour des enjeux du vieillissement * Développement d'organisations centrées sur l'évaluation multidimensionnelle et la prévention des complications fonctionnelles * Développement des outils numériques de parcours et de coordination * Adaptation de l'offre médico-sociale et développement des centres de ressources territoriales (CRT)	* Vieillesse accélérée de la population * Saturation des urgences * Tension sur les ressources humaines * Augmentation des troubles neurocognitifs * Fragmentation des parcours * Risque d'épuisement des aidants * Tension capacitaire croissante sur les lits adaptés * Risque d'augmentation des hospitalisations inadaptées * Difficultés d'accès au médico-social

MÉTHODOLOGIE

Le groupe est composé de personnes ayant déclaré leur volonté de travailler sur la thématique dans le cadre des questionnaires du projet d'établissement.

Contributeurs
Justine de la Roche, directrice déléguée de pôles
Clotilde Guccione, cadre supérieure du pôle autonomie et santé
Cécile Maillard, chargée de mission de la filière gériatrique
Pr Jean-Luc Novella, chef du pôle autonomie et santé
Justine Berger, cadre supérieure de santé du pôle EHPAD-USLD
Leslie Brun, cadre de santé, service de chirurgie vasculaire et angiologie
Marina Franquet, cadre de santé, service de court séjour gériatrique
Théo Langlet, infirmier, service de court séjour gériatrique
Sandrine Lefevre, aide-soignante, pôle autonomie et santé
Sabrina Lequeux, cheffe du service social
Dr Christelle Lhermitte, cheffe du pôle EHPAD-USLD
Elodie Opyrchal, assistante sociale
Marina Pereira-Colot, infirmière référente, résidence M. Rousselet

Dans le cadre de la labellisation de la filière gériatrique, le CHU poursuit la structuration d'une Commission Personnes Âgées rattachée à la commission parcours patients.

Cette commission aura vocation à :

- promouvoir la diffusion de la culture gériatrique auprès de l'ensemble des professionnels du CHU et du territoire par des actions de sensibilisation, de formation initiale et continue ainsi que par le développement de référents « personnes âgées » dans les différents pôles ;
- structurer les parcours transversaux ;
- favoriser les coopérations inter-spécialités ;
- promouvoir le repérage des fragilités ;
- coordonner les actions ville-hôpital-médico-social ;
- promouvoir la qualité de la prise en charge des personnes âgées à l'échelle institutionnelle

ORIENTATION STRATÉGIQUE 1 : ANTICIPER LES FRAGILITÉS ET PRÉVENIR LES RUPTURES DE PARCOURS

ACTION 1-1	Structurer une stratégie institutionnelle de repérage des fragilités
Responsable de l'action	Groupe personne âgée de la commission parcours patients
Échéance	2030
Indicateurs	• Protocolisation du repérage de la fragilité à l'échelle du CHU • Nombre de patients bénéficiant d'une évaluation multidimensionnelle

Le CHU développera une stratégie institutionnelle de repérage précoce des fragilités. Il pourra s'appuyer sur les outils ICOPE. L'enjeu sera de mobiliser autour de la démarche l'ensemble des services prenant en charge des patients de plus de 60 ans notamment au SAU. Cette évaluation standardisée aura vocation à faciliter la hiérarchisation des niveaux de soins permettant une meilleure identification des ressources à mobiliser (Equipe mobile, hôpital de jour, DAC, suivi ambulatoire, etc.)

L'objectif est de faire de chaque interaction hospitalière une opportunité de prévention et d'orientation adaptée.

ACTION 1-2	Développer les parcours territoriaux de prévention avec les CPTS
Responsable de l'action	CoPil labellisation de la filière gériatrique de territoire
Échéance	2030
Indicateur	Nombre de parcours territoriaux structurés en lien avec les partenaires de ville

Le CHU renforcera les coopérations avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et les acteurs du domicile afin de structurer des parcours territoriaux de prévention et d'anticipation des fragilités permettant une réponse graduée aux besoins. Par exemple, la vaccination du sujet âgé constitue un enjeu fort en matière de prévention au regard des recommandations vaccinales pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

Le CHU jouera également un rôle d'appui et de coordination dans le déploiement territorial d'ICOPE en ambulatoire afin de développer une approche populationnelle du vieillissement fondée sur le repérage précoce des fragilités, la prévention et l'intervention au plus près des lieux de vie.

ACTION 1-3	Renforcer les actions institutionnelles de prévention de la dépendance iatrogène
Responsable de l'action	Groupe personne âgée de la commission parcours patients
Échéance	2029
Indicateur	Protocolisation des actions de lutte contre la dépendance iatrogène chez le sujet âgé

Le CHU développera une politique institutionnelle de prévention de la dépendance iatrogène hospitalière chez la personne âgée ciblant les domaines :

- des chutes ;
- de la confusion ;
- de la dénutrition ;
- de l'incontinence induite ;
- de la douleur insuffisamment contrôlée ;
- de la perte fonctionnelle ;
- et de l'iatrogénie médicamenteuse.

Cette stratégie s'appuiera notamment sur le développement de la pharmacie clinique, la conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation, les revues de pertinence thérapeutique, le repérage des médicaments potentiellement inappropriés ainsi que les actions de dé-prescription lorsque celles-ci sont médicalement justifiées.

Une attention particulière sera portée à l'identification de la personne de confiance, du référent familial et de l'aidant principal. L'évaluation de la charge perçue par l'aidant contribuera à l'orientation vers les dispositifs de soutien et de répit lorsque nécessaire.



Pour en savoir plus :
<https://www.icope.fr/>



ORIENTATION STRATÉGIQUE 2 : STRUCTURER DES PARCOURS TRANSVERSAUX COORDONNÉS

L'objectif est de passer d'une logique d'interventions dépendantes du lieu d'hospitalisation à une logique coordonnée mobilisant les expertises nécessaires selon les besoins identifiés du patient.

ACTION 2-1	Structurer des parcours inter spécialités autour des grands symptômes gériatriques
Responsable de l'action	CoPil labellisation de la filière gériatrique de territoire
Échéance	2028
Indicateurs	• Nombre de patients intégrés dans un parcours chute • Nombre de nouveaux parcours développés

Des parcours transversaux seront développés autour :

- de la chute ;
- des troubles neurocognitifs ;
- des décompensations d'organe ;
- de l'altération de l'état général ;
- de l'onco-gériatrie ;
- des situations de maintien à domicile difficile ;
- et de la fin de vie.

Le parcours chute constituera un modèle pilote associant :

- urgences ;
- traumatologie ;
- ORL ;
- gériatrie ;
- pharmacie clinique ;
- rhumatologie ;
- rééducation ;
- cardiologie ;
- neurologie ;
- nutrition ;
- et acteurs sociaux.

L'objectif est de prévenir les récurrences, limiter le risque fracturaire et préserver les capacités fonctionnelles.

ACTION 2-2	Développer les admissions directes non programmées et l'accès gradué à l'expertise
Responsables de l'action	Commission parcours patients/ groupe personne âgée de la commission parcours patients
Échéance	2028
Indicateurs	• Nombre et taux d'admissions directes non programmées pour les patients de 75 ans et plus • Nombre de services ayant développé un parcours d'admissions directes • Nombre de télé-expertises réalisées (en gériatrie)

Développées initialement en gériatrie, les admissions directes non programmées ont vocation à être progressivement étendues aux autres disciplines prenant en charge des personnes âgées.

Le CHU poursuivra également le développement :

- des lignes téléphoniques spécialisées ;
- de la télé-expertise ;
- des équipes mobiles ;
- des filières rapides d'évaluation.

Pour les passages légitimes par le SAU, une attention particulière sera portée au repérage de la fragilité afin d'améliorer l'orientation des patients âgés vers les parcours et expertises adaptés.

ACTION 2-3	Développer les organisations ambulatoires fragilité et les parcours pré-habilitation
Responsable de l'action	Pôle autonomie et santé
Échéance	2030
Indicateur	File active HDJ fragilité et pré-habilitation

Le développement d'organisations ambulatoires dédiées à la fragilité constitue un axe majeur de transformation des parcours des personnes âgées.

Le CHU développera progressivement :

- des HDJ « fragilité » (exemples : chute, onco-gériatrie, mémoire etc.) ;
- des HDJ SMR orientés prévention fonctionnelle ;
- des bilans multidimensionnels coordonnés ;
- des évaluations préopératoires du sujet âgé fragile
- des programmes de pré-habilitation (orthopédie, chirurgie viscérale, urologie, oncologie) ;
- des évaluations préopératoires du sujet âgé fragile.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 3 : ADAPTER LES PARCOURS MÉDICO-SOCIAUX ET LES TRAJECTOIRES DE VIE

ACTION 3-1	Anticiper le projet de vie dès l'entrée dans le parcours de soins
Responsables de l'action	Groupe personne âgée, commission parcours patients en lien avec la direction du service social
Échéance	2027
Indicateur	Durée moyenne de séjour (DMS) des séjours des patients de plus de 75 ans

Le CHU renforcera l'anticipation des projets de sortie et des besoins d'accompagnement dès l'admission afin de prévenir les ruptures de parcours sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les aidants, proches et familles

ACTION 3-2	Développer une organisation graduée des solutions d'accompagnement et d'hébergement
Responsables de l'action	Pôle autonomie et santé intégré au sein de la commission parcours patients
Échéance	2028
Indicateur	Partenariats

Le CHU accompagnera le développement d'une offre graduée intégrant les acteurs du domicile, dont l'hospitalisation à domicile (HAD) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les centres de ressources territoriaux (CRT), les résidences autonomie, les habitats inclusifs et partagés, les EHPAD et USLD.

Les EHPADs auront vocation à se recentrer progressivement sur les situations de dépendance et de complexité les plus importantes, notamment les GIR 1 et 2 et certains GIR 3 présentant des troubles neurocognitifs ou comportementaux complexes.

Dans ce contexte la transformation de l'offre constitue un enjeu majeur. Cela passera par une augmentation de l'offre en secteur d'hébergement protégé permettant une meilleure réponse aux besoins.

Le soutien aux aidants constitue un enjeu fort qu'il conviendra de renforcer avec l'appui de la plateforme d'accompagnement et de répit aux aidants familiaux (PARAF) et des différents partenaires (associatifs notamment).

ACTION 3-3	Renforcer les coopérations ville-hôpital-médico-social
Responsable de l'action	Commission parcours patients
Échéance	2029

Le CHU poursuivra le développement :

- des échanges sécurisés ;
- des outils numériques de coordination ;
- de la visibilité territoriale des places disponibles ;
- des coopérations avec les établissements médico-sociaux ;
- des dispositifs d'appui territoriaux ;
- afin de fluidifier les parcours et sécuriser les transitions.

ACTION TRANSVERSALE	Évaluer les organisations et mobiliser la recherche au service des parcours
Responsable de l'action	Service de court séjour gériatrique
Échéance	2028
Indicateur	Nombre de publications et programmes de recherche

Le CHU entend renforcer son engagement dans la recherche et l'innovation sur les enjeux du vieillissement en favorisant le développement de travaux portant sur la fragilité, les parcours de soins, la qualité de vie, les évolutions démographiques et les organisations de santé. Ces travaux contribueront à l'évaluation des organisations, à l'amélioration continue des parcours et à l'accélération du transfert des connaissances vers les pratiques de soins et d'accompagnement.

Cette action est en lien avec l'un des principaux axes de recherche du CHU intitulé « Vieillessement et fragilité » et porté par le Pr Rachid Mahmoudi et le Pr Jean-Luc Novella.

Axe Vieillessement - Fragilité

Cet axe "Vieillessement - Fragilité", en collaboration avec l'Université de Reims Champagne-Ardenne et des unités de recherche sous la coordination des Professeurs Rachid Mahmoudi et JL Novella, se divise en deux grands volets complémentaires :

Sous-thème : Pathologies fragilisantes

- Psychiatrie adulte, addictologie et psycho-pharmacologie : troubles psychiatriques et problèmes de dépendance, ainsi que sur les approches pharmacologiques adaptées.
- Vieillessement et pathologies vasculaires : lien entre le vieillissement et les maladies vasculaires à l'origine de nombreuses complications chez les personnes âgées.
- Pathologies cérébro et cardio-vasculaires : interactions entre les maladies cérébro-vasculaires et cardio-vasculaires, et leur impact sur la fragilité.

Sous-thème : Prise en charge

- Parcours de soin : identifier les meilleures pratiques pour assurer une prise en charge globale, coordonnée et adaptée.
- Prescriptions médicamenteuses : risques de polymédication et interactions médicamenteuses.
- Prévention et réadaptation : approches de prévention et de réadaptation pour réduire la fragilité.

Les travaux menés ont pour objectif de mieux comprendre les causes de la fragilité et à développer des approches de soin intégrées, en collaboration avec l'UR 3797 et d'autres unités de recherche de l'URCA, afin d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes fragiles.

PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Le CHU de Reims souhaite faire de l'accompagnement des personnes en situation de handicap et de leurs aidants une priorité de son projet médico-soignant 2026-2030, et ce à deux titres :

- **Au titre de sa mission de recours**, qui exige de structurer la réponse à un besoin d'expertise exprimé par les personnes concernées et par leurs aidants, tant en termes de diagnostic initial que d'évaluation tout au long du parcours de vie, et de contribuer à la coordination de ces parcours avec la ville et le secteur médico-social ;
- **Au titre de sa mission visant à garantir l'égal accès aux soins pour tous**, par l'adaptation de son organisation aux besoins spécifiques que peuvent engendrer les différentes situations de handicap de ses usagers et la sensibilisation/formation de ses professionnels.

Concernant spécifiquement l'accès aux soins des personnes en situation de handicap (PSH), il constitue un enjeu majeur de santé publique et d'équité en termes d'accès aux soins. En France, près de 12 millions de personnes déclarent vivre avec une limitation fonctionnelle ou un handicap et plus de 9 millions de proches aidants accompagnent quotidiennement une personne en perte d'autonomie ou en situation de handicap (DREES – CNSA 2024)³, soit par extrapolation environ 225 000 personnes déclarant vivre avec un handicap en Champagne-Ardenne et près de 170 000 aidants.

Les données nationales montrent des inégalités persistantes d'accès aux soins :

- 15 % des PSH déclarent avoir déjà renoncé à des soins ;
- près d'une personne sur deux rapporte des difficultés dans son parcours hospitalier ;
- les personnes vivant avec un handicap présentent un recours plus fréquent aux services d'urgences que la population générale ;
- les difficultés d'accès aux soins bucco-dentaires demeurent particulièrement marquées.

Les travaux de la Haute autorité de santé et de la charte Romain Jacob soulignent que ces ruptures de parcours sont notamment liées :

- aux difficultés de communication ;
- à l'insuffisante anticipation des besoins spécifiques ;
- aux difficultés de coordination entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux ;
- à l'inadaptation de certains équipements ou organisations hospitalières ;
- ainsi qu'au manque de formation des professionnels aux spécificités des différents types de handicap.

³ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/situation-des-personnes-handicapees>

A l'échelle régionale, les travaux portés dans le cadre du projet régional de santé Grand Est (PRS) 2023-2028 et les données issues de la plateforme Handidonnées Grand Est (<https://grand-est.handidonnees.fr/>) mettent en évidence une progression constante des besoins d'accompagnement sur le territoire, notamment liée :

- au vieillissement des personnes vivant avec un handicap ;
- à l'augmentation des troubles du neuro-développement ;
- et à la progression des maladies neurodégénératives.

Les données Handidonnées Grand Est montrent également une forte sollicitation des dispositifs médico-sociaux sur le territoire ainsi qu'une hétérogénéité territoriale importante de l'offre d'accompagnement et de recours aux soins spécialisés.

Le CHU de Reims, établissement public de recours et établissement support du Groupement Hospitalier Universitaire de Champagne (GHUC), joue un rôle central dans l'amélioration des parcours de diagnostic, prise en charge et accompagnement des personnes en situation de handicap, en particulier de handicap sévère ou complexe, et dans l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap sur le territoire champardennais.

Pour l'accès aux soins, le périmètre couvre l'ensemble des situations de handicap prises en charge au sein de l'établissement :

- handicap moteur ;
- polyhandicap ;
- déficience intellectuelle ;
- handicap psychique ;
- troubles du spectre de l'autisme et troubles du neuro-développement ;
- maladies neurodégénératives ;
- handicaps sensoriels, visuels et auditifs ;
- ainsi que les situations de handicap rare.

Dans ce contexte, le CHU de Reims a engagé depuis plusieurs années une dynamique institutionnelle forte visant à améliorer son rôle de recours et l'accessibilité des parcours de soins.

Cette dynamique s'appuie notamment sur :

- la création de centres d'expertises et filières de recours, notamment dans le champ des maladies et handicaps rares (maladies neuro-musculaires par exemple) ;
- le développement de consultations dédiées bucco-dentaires ;
- la mise en place d'une équipe Handi-relais ;
- la structuration de l'Handi Consult' CHU de Reims ;
- la nomination de référents handicap ;
- la signature de la charte Romain Jacob dès décembre 2015, traduisant l'engagement institutionnel du CHU en faveur d'un accès aux soins digne, coordonné et inclusif.

L'ensemble des filières de soins est concerné par cette démarche, qu'il s'agisse des prises en charge programmées, non programmées ou encore ambulatoires.

Ainsi, les orientations stratégiques du CHU de Reims s'inscrivent dans les politiques nationales visant à améliorer l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap, notamment :

- la loi du 11 février 2005 ;
- les orientations de la conférence nationale du handicap ;
- les recommandations de la Haute autorité de santé ;
- ainsi que les principes portés par la charte Romain Jacob.

La charte Romain Jacob constitue aujourd'hui un cadre de référence national pour les établissements de santé engagés dans l'amélioration de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

Elle rappelle que les personnes vivant avec un handicap doivent pouvoir bénéficier :

- d'un accès aux soins sans discrimination ;
- d'une prise en charge respectueuse de leur autonomie et de leur dignité ;
- d'une communication adaptée ;
- d'une continuité de parcours entre les secteurs sanitaire et médico-social ;
- ainsi que d'un accompagnement tenant compte des besoins des aidants.

Les données nationales mettent en évidence des difficultés persistantes dans les parcours hospitaliers des personnes vivant avec un handicap, notamment :

- des délais d'accès plus importants aux consultations spécialisées ;
- un recours plus fréquent aux services d'urgences ;
- des difficultés d'accès à la prévention et au dépistage ;
- ainsi qu'un risque accru de rupture de parcours lors des hospitalisations.

Les troubles du neuro-développement, le handicap psychique, le polyhandicap et les déficiences intellectuelles figurent parmi les situations les plus exposées aux difficultés d'accès aux soins.

Dans ce contexte, le CHU de Reims souhaite poursuivre une politique institutionnelle ambitieuse visant à :

- renforcer le positionnement de recours de l'établissement dans le champ du handicap ;
- améliorer l'accessibilité des parcours ;
- renforcer l'anticipation des besoins spécifiques ;
- développer les coopérations territoriales ;
- soutenir les aidants ;
- et favoriser l'inclusion des personnes vivant avec un handicap dans les démarches de prévention et d'éducation à la santé.

MÉTHODOLOGIE

Les orientations stratégiques relatives au rôle de recours du CHU sont issues des projets de services et de pôles des unités prenant tout particulièrement en charge des personnes en situation de handicap : pôle femme-parents-enfant (service de pédiatrie générale et spécialisée, chirurgie pédiatrique, MPR pédiatrique, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent) et pôle autonomie et santé (MPR adulte).

Les orientations stratégiques relatives à l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap ont d'abord été élaborées dans le cadre des travaux du projet médico-soignant partagé (PMSP) du groupement hospitalier universitaire de champagne (GHUC).

Dans ce cadre, les établissements parties au GHUC ont conduit une réflexion territoriale visant à améliorer :

- la fluidité des parcours ;
- la coordination entre les acteurs ;
- l'accessibilité des prises en charge ;
- et la continuité des soins entre les secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire.

Les travaux territoriaux ont permis d'identifier plusieurs enjeux prioritaires :

- les difficultés d'accès aux consultations spécialisées ;
- les ruptures de parcours dans les situations complexes ;
- les difficultés d'accueil dans les prises en charge non programmées ;
- l'hétérogénéité des pratiques de repérage des besoins spécifiques ;
- ainsi que le besoin de renforcer les compétences des professionnels.

Les réflexions se sont appuyées sur :

- les orientations du projet régional de santé Grand Est 2023-2028 ;
- les recommandations nationales ;
- les principes de la charte Romain Jacob ;
- les retours d'expérience des professionnels et des usagers ;
- ainsi que les dispositifs déjà structurés au sein du CHU de Reims.

Un groupe de travail associant des professionnels médicaux, paramédicaux, représentants des usagers et partenaires médico-sociaux à l'échelle du CHU a ensuite permis de définir des orientations stratégiques du CHU de Reims sur cette thématique dans le cadre du projet d'établissement.

Contributeurs
Kelvin Bachellé, directeur adjoint, référent de la filière « Accès aux soins des personnes en situation de handicap » du GHUC
Dr Véronique Bombart-Camus, coordinatrice de l'équipe Handi-Relais et de la Handi,Consult'
Dr Sahar Moussa-Badran, directrice de l'espace de réflexion éthique Grand Est (EREGE)
Virginie Rouleaud, cadre supérieure de santé, pôle urgences et soins non programmés
Linda Bereaux, assistante dentaire, service médecine bucco-dentaire
Dr Carole Carolet, chef de service adjoint, service d'accueil des urgences
Grégory Colson, assistant de régulation médicale superviseur, pôle urgences et soins non programmés
Adam Debove, étudiant en chirurgie dentaire
Sophie Hubier, assistante dentaire, service médecine bucco-dentaire
Dr Stéphane Perrin, Institut Godinot
Gauthier Richard, vice-président de l'association d'aide aux IMC du Nord et de l'Aisne et patient partenaire de l'expérimentation TEAM&CO
Dr A Trauchessec, coordonnateur, association Les Papillons Blancs

ORIENTATION STRATÉGIQUE 1 : RENFORCER LE RÔLE DE RECOURS DU CHU DANS LE DIAGNOSTIC, L'ÉVALUATION ET L'ACCOMPAGNEMENT AU PROJET DE VIE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP COMPLEXE

Le CHU de Reims souhaite renforcer les dispositifs permettant de :

ACTION 1-1	Conforter et rendre visible l'engagement des équipes du CHU dans le diagnostic et la prise en charge des troubles du neurodéveloppement, par la création d'un institut dédié
Responsable de l'action	Pôle femme-parents-enfant - FPE (services ou unités de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, neuropédiatrie, génétique clinique)
Échéance	Dès 2027
Indicateurs	• Validation des statuts de l'institut des TND, et communication • Contribution du dépôt d'un dossier de candidature à la labellisation « CRTDAH » • Rapports d'activité des centres : diminution des délais d'attente, augmentation du nombre d'évaluations réalisées • Nombre de projets de recherche portant sur les TND dans lesquels les équipes du CHU sont impliquées

Il s'agira prioritairement de regrouper dans un institut fédératif les centres de recours portés par le CHU (Centre ressources autisme, centre de référence troubles du langage et des apprentissages, CRMR anomalies du développement), afin de mutualiser leurs forces, renforcer leur expertise, et conforter leur positionnement à l'échelle régionale et nationale.

Avec l'appui de l'ARS, le CRA sera également renforcé, afin de mener à bien l'ensemble de ses missions et réduire les délais d'attente.

Le CHU de Reims souhaite enfin faire reconnaître l'expertise de ses équipes dans le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) par sa participation au futur centre de référence régional dédié.

ACTION 1-2	Capitaliser sur la participation du CHU à l'expérimentation nationale Team&CO pour obtenir la labellisation de l'établissement comme centre de référence territorial dans la paralysie cérébrale
Responsables de l'action	Pôles FPE et autonomie et santé (MPR pédiatrique et adulte)
Échéance	T4-2026
Indicateurs	• Poursuite de l'expérimentation Team&CO et contribution à son évaluation et pérennisation • Labellisation « centre de référence territorial »

En partenariat avec l'association d'aide aux IMC du Nord et de l'Est (AAIMC-NE), le service de soins médicaux et de réadaptation pédiatriques porte depuis 2025, avec 5 autres centres français, une expérimentation nationale article 51 visant à proposer aux enfants présentant une paralysie cérébrale des stages de rééducation motrice intensive.

Forts de cette expérience et de l'expertise de ses professionnels, le CHU de Reims et l'AAIMC-NE souhaitent porter un centre de référence territorial à destination des enfants et adultes porteurs de paralysie cérébrale, leurs proches et les professionnels qui les accompagnent. La labellisation de ces centres doit théoriquement intervenir avant la fin d'année 2026.

10 jours de thérapie motrice intensive

pour un groupe de 10 enfants accompagnés individuellement par 1 ou 2 professionnels de la réadaptation afin d'acquérir de nouvelles capacités motrices et fonctionnelles par la pratique d'activités proposés sous forme de jeux



ACTION 1-3	Renforcer le rôle de coordination des soins et de recours du CHU dans le champ du polyhandicap
Responsables de l'action	Pôle FPE – Dispositifs Handi-relais et Handiconsult'
Échéance	2028
Indicateurs	• Nombre de consultations/HDJ « polyhandicap » réalisés, et fréquence par patient (cible = 1/an) • Labellisation PRR • Rapport d'activité des dispositifs Handi'relais et Handi'consult

Depuis près de 20 ans, les équipes soignantes de l'American Memorial Hospital ont structuré un dispositif de consultation pluridisciplinaire permettant de proposer aux enfants en situation de polyhandicap et leurs familles, ainsi qu'aux services ou établissements médico-sociaux qui les accompagnent, une évaluation annuelle de leur état de santé et de leurs besoins, permettant d'ajuster leur projet de soins et de vie. Les moyens alloués et modalités de financement à l'activité ne permettent plus de proposer ce dispositif de manière régulière à l'ensemble des familles concernées.

En parallèle et plus récemment, les dispositifs Handi-relais et Handiconsult' ont vu le jour et accompagnent des patients adultes en situation de polyhandicap, leurs aidants et les professionnels qui les prennent en charge, pour faciliter leur accès aux soins.

L'objectif est de renforcer et pérenniser ces deux dispositifs, et de créer davantage de lien entre eux afin d'améliorer également la transition enfant-adulte pour ces patients complexes. Le CHU sollicitera en particulier sa labellisation comme porteur du parcours coordonné de diagnostic, de rééducation et de réadaptation (« PRR ») à destination des enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de polyhandicap ou de paralysie cérébrale prévu par l'arrêté du 19 décembre 2025 relatif à la mise en place du service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce.

ACTION 1-4	Structurer l'évaluation et l'offre de réadaptation à destination des personnes (enfants et adultes) présentant une lésion cérébrale acquise
Responsables de l'action	Pôles FPE et autonomie et santé (services de MPR)
Échéance	2027-2028
Indicateurs	• Création d'un HDJ dédié en MPR adulte / Nombre de séjours pour évaluation et pour rééducation réalisés • Nombre de séjours pour évaluation réalisés en MPR pédiatrique

Les lésions cérébrales acquises (LCA) représentent un large groupe de pathologies touchant le cerveau, acquises après la naissance dans les suites d'un traumatisme crânien ou d'une pathologie (AVC, tumeur cérébrale, infection, anoxie). Elles concernent les enfants comme les adultes et sont à l'origine de situations de handicap de sévérité très variable, parfois invisibles, et de ruptures brutales du parcours de vie des personnes atteintes et de leur entourage. En France, on estime que les LCA concernent 500 nouveaux enfants et 150 000 nouveaux adultes par an.

Les équipes de médecine physique et réadaptation souhaitent conforter leur expertise dans ce domaine, et la mettre au service d'un meilleur repérage de ces patients (en particulier dans les cas de traumatisme crânien léger ou modéré), d'une évaluation précoce des répercussions de la LCA et d'une proposition de prise en charge adaptée, à l'hôpital ou en partenariat avec les établissements et services médico-sociaux du territoire (y compris dans l'accompagnement à la scolarité ou à l'insertion/réinsertion professionnelle). Concernant spécifiquement les enfants et les adolescents, il s'agira également de renforcer la capacité du service à proposer des évaluations et une adaptation régulière du projet de soins et de vie, à chaque étape clé du développement et de la scolarité de l'enfant.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 2 : ADAPTER LES PRISES EN CHARGE AUX BESOINS SPÉCIFIQUES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Les recommandations nationales soulignent la nécessité de développer des organisations hospitalières plus inclusives et adaptées aux besoins liés aux troubles cognitifs, aux troubles de la communication, aux handicaps sensoriels et ou aux limitations fonctionnelles sévères.

Le CHU de Reims souhaite ainsi renforcer :

- l'identification précoce des besoins spécifiques ;
- la coordination entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux.
- l'accessibilité des équipements ;
- le recours à des outils de communication adaptés ;
- la formation des professionnels.

Il s'agira également d'améliorer le parcours hospitalier en soins programmés et non programmés, et de poursuivre le développement du dispositif Handiconsult' pour l'accès aux soins des personnes en situation de handicap complexe (personnes dyscommunicantes ou dycompliantes).

ACTION 2-1	Structurer le repérage précoce des situations de handicap dans les parcours programmés et non programmés afin d'améliorer l'anticipation des besoins et sécuriser les parcours
Indicateurs	• Déployer un dispositif de signalement et d'identification dans le Dossier Patient Informatisé (DPI) • Nombre de patients identifiés via le dispositif

Améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap

Les personnes vivant avec un handicap demeurent insuffisamment incluses dans les démarches de prévention et de dépistage, malgré des besoins de santé plus importants que ceux de la population générale. Au travers de sa feuille de route dédiée à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, les équipes soignantes du CHU de Reims souhaitent développer des démarches de prévention accessibles et adaptées, en s'appuyant sur les dispositifs Handiconsult' et Handi-Relais, et de développement des démarches d'habitation aux soins.



ACTION 2-2	Améliorer l'accueil des personnes vivant avec un handicap dans la filière urgences
Indicateurs	- Mettre en place une fiche de liaison sanitaire/médico-sociale et/ou l'intégrer à la liste des personnes remarquables au Centre 15 - Nombre de professionnels sensibilisés dans la filière urgences

L'Équipe Handi Relais a pour mission d'améliorer la qualité de l'accueil des personnes en situation de handicap au CHU de Reims et de faciliter les échanges patient/aidant/soignant.

ACTION 2-3	Développer et poursuivre la mise en place de créneaux de consultations dédiées aux personnes vivants avec un handicap et en situation d'échec d'accès aux soins
Indicateurs	- Nombre de créneaux de consultations dédiées financées et mises en place - Nombre de patients pris en charge - Nombre de spécialités impliquées

ACTION 2-4	Favoriser la connaissance mutuelle des secteurs médico-sociaux et hospitaliers afin de renforcer les coopérations entre les établissements
Indicateurs	- Nombre d'étudiants ayant suivi un stage d'immersion au sein d'un établissement médico-social du secteur handicap du territoire - Nombre d'étudiants ayant suivi une sensibilisation et/ou une immersion au sein de consultations dédiées

ACTION 2-5	Améliorer l'accès aux équipements et locaux permettant de prendre en charge les personnes vivant avec un handicap
Indicateurs	- Cartographie des équipements adaptés nécessaires - Procédure d'accès aux matériels et de prêt inter-unités.

ACTION 2-6	Développer des modes de communication au handicap afin de favoriser l'expression de besoins spécifiques et l'accès à des consultations
Indicateurs	- Mettre en place le dispositif de contacts dédiés - Nombre d'outils de communication déployés

ACTION 2-7	Renforcer les compétences des professionnels dans la prise en charge des personnes vivant avec un handicap
Indicateurs	- Nombre de professionnels ayant suivi une formation - Nombre de formations réalisées - Déployer une formation spécifique (ex: prise en charge de l'autisme, communication adaptée, IDDSI¹ pour la nutrition).

ORIENTATION STRATÉGIQUE 3 : RENFORCER ET ÉTAYER LE PARCOURS DE L'AIDANT

La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) estime à plus de 9 millions le nombre de proches aidants en France soit près de 170 000 en Champagne-Ardenne.

Les aidants jouent un rôle essentiel dans la continuité des parcours de soins des personnes vivant avec un handicap mais présentent également un risque accru d'épuisement, notamment dans les situations complexes ou de dépendance sévère.

Le CHU de Reims souhaite renforcer l'identification, l'accompagnement et l'orientation des aidants vers les dispositifs territoriaux adaptés.

ACTION 3-1	Structurer l'identification et la prise en compte de l'environnement du patient au bénéfice de la prise en charge au sein de l'hôpital
Indicateurs	• Mettre en place un recueil standardisé • Nombre de situations complexes repérées
ACTION 3-2	Favoriser la place de l'aidant dans le parcours hospitalier dans le cadre d'une dyade aidant-aidé
Indicateur	Mettre en place une organisation favorisant le repérage visuel de l'aidant dans les services de soins
ACTION 3-3	Prévenir les risques de rupture et d'épuisement de l'aidant dans une logique de prévention et l'orienter vers les dispositifs extrahospitaliers adaptés
Indicateurs	• Cartographie de l'ensemble des dispositifs extrahospitaliers mobilisables pour l'aidant • Nombre de partenariats et/ou d'actions de communication sur les dispositifs existants réalisés auprès des professionnels de santé

ORIENTATION STRATÉGIQUE 4 : RENFORCER LA PRÉVENTION ET L'ÉDUCATION À LA SANTÉ POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Les personnes vivant avec un handicap demeurent insuffisamment incluses dans les démarches de prévention et de dépistage malgré des besoins de santé plus importants que ceux de la population générale.

Les difficultés d'accès concernent particulièrement :

- les soins bucco-dentaires ;
- les dépistages organisés ;
- la vaccination ;
- les démarches de prévention primaire.

Le CHU de Reims souhaite développer des démarches de prévention accessibles, inclusives et adaptées aux différents types de handicap, en articulation avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux du territoire.

ACTION 4-1	Améliorer l'accès aux démarches de prévention de la personne en situation de handicap
Indicateurs	• Délai d'attente en consultations dédiées • Nombre d'actions d'information et de sensibilisation organisées
ACTION 4-2	Renforcer la visibilité et le rôle des référents handicap en établissement de santé
Indicateur	Nombre de sensibilisation organisées par les référents handicap
ACTION 4-3	Développer les démarches d'habitation aux soins
Indicateurs	• Nombre de projets d'habitation aux soins mis en place • Nombre de patients bénéficiaires

SOINS PALLIATIFS ET FIN DE VIE

Le CHU de Reims, en qualité d'établissement public de recours sur son territoire, joue **un rôle central dans l'accès aux soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie**, en garantissant une prise en charge équitable et de qualité pour tous les patients, quel que soit leur parcours de santé et quel que soit leur âge.

Sur notre territoire, l'expertise en soins palliatifs est portée par le CHU de Reims, en collaboration avec les autres établissements publics et privés du territoire et le réseau régional de soins palliatifs, ainsi que les acteurs libéraux et associatifs (médecins traitants, infirmiers à domicile, bénévoles d'accompagnement). Une filière collaborative entre le CHU de Reims et l'Institut Godinot assure la prise en charge des patients selon un périmètre d'intervention défini. L'offre du CHU en la matière s'appuie sur une **unité de soins palliatifs** de 11 lits (USP) installée sur le site principal de l'établissement (hôpital Maison Blanche) et sur une **équipe mobile de soins palliatifs** (EMSP).

Le CHU dispose également d'autorisations en **lits identifiés en soins palliatifs** sur ses secteurs de SMR (8 lits) et MCO (27 lits) et de consultations dédiées notamment pour la prise en charge de la douleur.

Le CHU porte enfin l'expertise en soins palliatifs pédiatriques avec **l'équipe de ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques** (ERRSPP) Pédiacap, qui intervient sur l'ensemble de l'anté-région Champagne Ardenne.

Les soins palliatifs sont intégrés dans toutes les filières de prise en charge. Une attention particulière est portée sur la filière médico-sociale du CHU de Reims qui compte plus de 800 lits répartis sur 4 EHPAD.



Les orientations stratégiques définies pour le CHU dans le cadre du projet d'établissement 2026-2030 sont cohérentes avec les feuilles de route nationales et notamment l'instruction ministérielle du 21 juin 2023 relative à la poursuite de la structuration des filières territoriales de soins palliatifs et la stratégie décennale 2024 – 2034 (https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2023_76.pdf).

La cellule d'animation régionale Grand Est soins palliatifs (<https://www.soinspalliatifs-grandest.fr/>), constitue également un dispositif majeur avec lequel le CHU de Reims collabore étroitement au titre de la structuration territoriale des soins palliatifs.



Les orientations nationales et régionales matière de soins palliatifs et d'accompagnement de la fin de vie encadrent dès lors les principes retenus pour l'élaboration de la présente feuille de route :

- l'égalité d'accès aux soins palliatifs sur l'ensemble des territoires ;
- la prise en compte des volontés du patient avec le développement du maintien à domicile ;
- la garantie d'accès à l'expertise palliative pour l'ensemble des professionnels ;
- la diffusion de l'information sur la démarche palliative.

MÉTHODOLOGIE

La présente feuille de route vient décliner, pour le CHU de Reims, les travaux réalisés dans le cadre de la filière « soins palliatifs » du projet médico-soignant partagé (PMSP), en collaboration avec les établissements du groupement hospitalier universitaire de Champagne (GHUC).

Au sein du CHU, un état des lieux de la filière « soins palliatifs » a été réalisé. En parallèle, des échanges entre le service USP/EMSP et l'ERRSPP ont permis le partage des travaux menés sur le secteur adulte et le secteur pédiatrique.

Conformément aux travaux portés à l'échelle territoriale et dans une logique de cohérence avec les feuilles de routes nationales et régionales, les orientations stratégiques suivantes sont proposées à l'échelle de l'établissement :

1. structurer l'offre de soins palliatifs et le rôle de recours territorial du chu à l'expertise ;
2. renforcer la coordination entre les professionnels et le soutien des intervenants ;
3. participer au développement d'une culture palliative au sein de l'établissement et améliorer la lisibilité et l'accès à l'offre.

Contributeurs	
Kelvin Bachellé, directeur délégué de pôle Lydie Lefort, cadre de santé, PEDIACAP	Dr Odile Noizet-Yverneau, ERRSPP Champagne-Ardenne Dr Vincent Sanchez, chef de service USP/EMSP
Membres du CoPil GHT « Filière de Soins Palliatifs »	
<u>CHU de Reims :</u> Kelvin Bachellé, directeur délégué de pôle Aline Charlier, cadre de santé, unité de soins palliatifs Dr Vincent Sanchez, chef de service USP/EMSP <u>CH d'Épernay :</u> Loïc Frascszak, directeur de pôle Dr Corentin Geoffroy, EMSP Épernay Isabelle Letot, cadre de santé Sylvie Voillot, directrice des soins <u>CH de Châlons-en-Champagne :</u> Claude Pogu, directrice adjointe	<u>CH de Fismes :</u> Ludovic Ogier, cadre supérieur de santé Dr Ana. Oportus <u>GHSA :</u> Dr Marc. Deverly, chef du pôle médecine polyvalente à Rethel Marie-Laure Garcia, directrice des soins 1 représentant de la CARGESP

ORIENTATION STRATÉGIQUE 1 : STRUCTURER L'OFFRE DE SOINS PALLIATIFS ET LE RÔLE DE RECOURS TERRITORIAL DU CHU À L'EXPERTISE

Conformément à la stratégie décennale 2024 - 2034, le CHU en qualité d'établissement de recours souhaite mettre en place des actions visant à améliorer l'accès à l'expertise en soins palliatifs.

ACTION 1-1	Couvrir l'ensemble des lieux de vie et de soins relevant du territoire d'intervention de l'EMSP du CHU de Reims et de l'ERRSPP Champagne-Ardenne
Responsables de l'action	USP / EMSP / ERRSPP
Indicateurs	- Définir les périmètres d'intervention de l'EMSP au sein du territoire permettant d'établir un maillage cohérent en lien notamment avec le CLCC dans un contexte de filières collaboratives - Étendre le capacitaire de l'EMSP adulte aux secteurs d'hospitalisation du CHU suivants : traumatologie, rhumatologie, chirurgie générale digestive, neurochirurgie, hématologie, médecine générale et médecine interne, maladies infectieuses - Poursuivre le conventionnement avec les établissements médico-sociaux du territoire d'intervention

ACTION 1-2	Déployer en collaboration avec les EMSP déjà en place un partenariat et un partage d'expérience régulier
Responsable de l'action	EMSP
Indicateur	Nombre de réunions partenaires réalisées

ACTION 1-3	Garantir l'offre de soins palliatifs à tout âge et toutes situations confondues
Responsables de l'action	USP / EMSP / ERRSPP
Indicateurs	- File active de patients en USP / EMSP / ERSP - Kilomètres parcourus



Nous aidons les agents du terrain à faire du soin palliatif en leur prodiguant des conseils, en plus de consacrer du temps aux malades.

Gaëtan Albijat,
infirmier de l'équipe mobile de soins palliatifs



ORIENTATION STRATÉGIQUE 2 : RENFORCER LA COORDINATION ENTRE LES PROFESSIONNELS ET LE SOUTIEN DES INTERVENANTS

ACTION 2-1	Favoriser la complémentarité des équipes de soins palliatifs sur le territoire
Responsables de l'action	EMSP / Filière GHUC
Indicateur	1 réunion de coordination par an avec les équipes mobiles de soins palliatifs du territoire et l'ERSPP

ACTION 2-2	Poursuivre la dynamique partenariale avec les associations de bénévoles et y intégrer l'ERRSPP
Responsables de l'action	USP / EMSP / ERRSPP
Indicateurs	• Nombre d'associations de bénévoles intervenants • Nombre d'interventions auprès des patients

ACTION 2-3	Soutenir les professionnels et intervenants dans le cadre des réflexions pluridisciplinaire
Responsables de l'action	USP / EMSP / ERRSPP
Indicateur	Nombre de RCP, de réunions collégiales et d'interventions institutionnelles organisées en lien avec l'EMSP/USP/ERRSPP

ORIENTATION STRATÉGIQUE 3 : PARTICIPER AU DÉVELOPPEMENT D'UNE CULTURE PALLIATIVE AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT ET AMÉLIORER LA LISIBILITÉ ET L'ACCÈS À L'OFFRE

ACTION 3-1	Réaliser des actions de communications à destination des professionnels, du grand public et des proches aidants
Responsables de l'action	EMSP / ERRSPP
Indicateurs	• Nombre d'actions organisées • Journées référents ou visioconférences visant à apporter un soutien à distance aux équipes • Journées de formation auprès des professionnels de terrain • Interventions IFSI / IFAP / IFAS • Accompagnement anténatal • Suivi de deuil famille / fratrie
ACTION 3-2	Participer aux échanges territoriaux visant à mettre en place une offre graduée avec les partenaires du territoire (LISP / HAD / ESMS / Domicile / CPTS)
Responsables de l'action	USP / EMSP / ERSP / Filière GHT
Indicateur	Nombre de réunions
ACTION 3-3	Communiquer la cartographie d'intervention de l'équipe mobile aux professionnels libéraux et médico-sociaux
Responsables de l'action	EMSP / ERSP
Indicateur	Communication réalisée à destination des professionnels libéraux et des établissements médico-sociaux du territoire
ACTION 3-4	Renforcer l'accès aux soins palliatifs et à l'accompagnement de la fin de vie au sein des EHPAD du CHU de Reims
Responsables de l'action	Équipe responsable du pôle EHPAD-USLD / EMSP
Échéance	2026-2027
Indicateurs	• Nombre d'interventions de l'EMSP • Taux de professionnel ayant participé à des actions de sensibilisation en matière de soins palliatifs ou de fin de vie • Nombre de professionnel ayant bénéficié d'une formation sur le thème de la fin de vie et des droits associés

Les médecins coordonnateurs et les praticiens des EHPAD du CHU disposent d'un accès facilité à l'expertise "fin de vie" via l'EMSP du CHU.

L'information du résident et de ses proches sur ses droits en matière de fin de vie est organisée dès la préadmission par l'équipe médico-soignante au travers notamment (mais pas uniquement) de l'information sur la personne de confiance et les directives anticipées et de l'incitation des résidents, quand ils en sont en capacité.

Des actions de sensibilisation et de formation sont réalisées à destination des professionnels soignants. Ces actions, menées sur nos EHPAD, doivent cependant être renforcées au travers de la mise en œuvre des actions suivantes :

- nommer un ou des référents soins palliatifs sur le pôle EHPAD-USLD pouvant être sollicités pour conseiller, orienter et si besoin coordonner l'accès à l'accompagnement et aux soins palliatifs conformément aux dispositions légales applicables ;
- poursuivre et renforcer les actions d'information des résidents et de leurs proches sur les droits ;
- renforcer l'accompagnement du deuil en lien avec les psychologues en EHPAD ;
- s'assurer de la poursuite des actions de sensibilisation et de formation des professionnels en matière d'accompagnement de fin de vie et de soins palliatifs.



CHU DE REIMS



L'EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS (E.M.S.P.)



Livret de présentation

**SERVICE DE SOINS PALLIATIFS
HÔPITAL MAISON BLANCHE**

www.chu-reims.fr



CHU DE REIMS

SOINS PALLIATIFS : OÙ INTERVENONS-NOUS ?

Lieux d'intervention de l'EMSP :

- Au sein du CHU de Reims (Hôpital Sébastopol, Pôle EHPAD/USLD, Hôpital Maison Blanche*, Hôpital Robert Debré*, Hôpital Christian Cabrol*)
- Au sein des établissements conventionnés avec le CHU de Reims (publics et privés)
- Au domicile du patient (cf. territoire ci-dessous)



Qui fait la demande de passage ?
La demande d'intervention de notre équipe peut être faite par toute personne impliquée dans la prise en charge du patient (y compris ses proches) sous réserve de l'accord du médecin référent (médecin du service d'hospitalisation, médecin traitant, spécialiste, ...)

www.chu-reims.fr

Suivez l'actualité du CHU sur    

*Partage des actions d'intervention avec l'EMSP de l'Hôtel Dieu (hors contrat pour leur management supplémentaire)



CHU DE REIMS

COMMENT NOUS CONTACTER ?

 **SERVICE DE SOINS PALLIATIFS EMSP**
Chef de service : Dr SANCHEZ
Hôpital Maison Blanche
45, rue Cognacq-Jay
51092 Reims Cedex

 **03 26 78 42 00**
(messagerie en cas d'absence de l'équipe)

 **Horaires d'ouverture :**
Du **lundi** au **vendredi** de **8h à 17h**
(hors jours fériés)



scannez-moi pour en savoir plus



TRANSITION ENFANT-ADULTE

La transition enfant-adulte se définit comme **un processus intentionnel, progressif et coordonné visant la préparation du jeune patient à son passage d'un service de soins pédiatriques vers un service pour adultes, pour qu'il soit prêt à prendre sa vie et sa santé en charge à l'âge adulte**. Le processus de transition doit donc aborder les besoins médicaux, psychosociaux et éducatifs tout en tenant compte de l'environnement social, culturel, économique des jeunes. L'organisation de parcours de transition adaptés à chaque jeune patient a pour but d'éviter les ruptures de soins pendant cette période sensible.

La réflexion autour de cette période de transition et de son accompagnement est portée par les équipes pédiatriques et adultes du CHU de Reims dans plusieurs spécialités médicales, et ce depuis quelques années, par exemple en diabétologie-endocrinologie ou dans le cadre des centres de référence et compétences « maladies rares ». Sa structuration à l'échelle institutionnelle est récente, dans la continuité d'un appel à projets de l'Agence régionale de santé Grand Est qui a permis la création, fin 2025, d'une petite unité de coordination et d'appui aux parcours de transition enfant-adulte. Cette structuration doit se poursuivre et se renforcer.



Les cinq dimensions de la transition enfant-adulte

Le champ des maladies rares a largement investi le sujet de la transition : c'est une priorité du **plan national maladies rares** pour la période 2025-2030.

L'état des lieux réalisé auprès des responsables médicaux des différents services du CHU de Reims prenant en charge des patients atteints de maladies chroniques et/ou rares, quel que soit leur âge, amène au constat suivant : si le transfert du suivi médical des patients lorsqu'ils atteignent l'âge adulte est le plus souvent organisé, la préparation à ce transfert par un parcours de transition, qui peut s'échelonner sur plusieurs années, n'est le plus souvent pas structurée pour accompagner de manière globale et sur le long cours les enfants et adolescents suivis dans les services pédiatriques.

L'évaluation de l'autonomie et le soutien psychologique aux adolescents et jeunes adultes concernés comme à leur famille font par ailleurs défaut dans certains cas, ce qui peut expliquer ce qui peut être considéré comme des échecs : « allers-retours » entre pédiatrie et service adulte, perdus de vue voire ruptures de soins, ou situations de tension au sein des services adultes entre ces jeunes patients et les nouvelles équipes soignantes en charge de leur accompagnement. De même, l'évaluation du succès du transfert ou de ses difficultés est rarement réalisée.

Des initiatives en faveur de parcours de transition plus construits, s'appuyant notamment sur des programmes d'éducation thérapeutique du patient, existent mais restent l'apanage de quelques surspécialités ou secteurs, notamment dans le champ des maladies rares et en diabétologie. Il s'agira aussi de s'inspirer de ces expériences, et de mobiliser les ressources élaborées et proposées par les filières maladies rares notamment, pour renforcer et multiplier nos actions en faveur de parcours de transition enfant-adulte plus nombreux et réussis d'ici 2030.

MÉTHODOLOGIE

Le CHU de Reims s'est doté dès 2024 d'un **Comité de pilotage sur la « transition enfant-adulte »**, qui a élaboré et validé la présente feuille de route sur la base de l'état des lieux et des propositions issus de l'équipe de l'unité de coordination et de soutien à la transition.

Contributeurs
Saloua Belmekki, cadre administrative du pôle femme-parents-enfant
Dr Aurélie Bérot, service de pédiatrie générale et spécialisée
Dr Katia Bessaci, cheffe du service de pédiatrie générale et spécialisée
Sonia Chibane, infirmière de pratique avancée, service endocrinologie-diabète-nutrition
Isabelle Daligault, cadre supérieure de santé du pôle femme-parents-enfant
Lucie Delecray, directrice déléguée du pôle femme-parents-enfant
Marine Lagille, psychologue, service de pédiatrie générale et spécialisée
Jacqueline Lelarge, infirmière, service de pédiatrie générale et spécialisée
Dr Charlène Messelod, service de chirurgie pédiatrique
Dr Natacha Noël, service de néphrologie
Dr Pauline Orqueveaux, service de médecine interne, immunologie clinique et maladies rares
Pr Christine Pietrement, service de pédiatrie générale et spécialisée
Dr Alisa Robbins, service de médecine interne, immunologie clinique et maladies rares
Pr Anne-Catherine Rolland-Brède, cheffe du pôle femme-parents-enfant
Dr Corentine Soumireu-Lartigue, service de pédiatrie générale et spécialisée

ORIENTATION STRATÉGIQUE 1 : POURSUIVRE LA STRUCTURATION DES PARCOURS DE TRANSITION ENFANT-ADULTE, EN S'ADAPTANT AUX BESOINS ET RESSOURCES DE CHAQUE PATIENT ET CHAQUE SPECIALITÉ

ACTION 1-1	Systématiser l'orientation dès l'âge de 15 ans des adolescents atteints de maladie rare et/ou chronique qui nécessitent la poursuite d'un suivi spécialisé dans un service pour adulte vers l'unité de coordination, et l'évaluation / auto-évaluation de leur autonomie
Responsables de l'action	Équipes soignantes pédiatriques
Échéance	Dès 2027
Indicateurs	• File active annuelle de l'unité et nombre annuel de nouveaux patients • Nombre d'évaluations réalisées • Nombre de questionnaires Good2Go complétés

ACTION 1-2	Formaliser les parcours de transition dans chaque maladie ou spécialité, intégrant de manière systématique au minimum une consultation ou un HDJ de transfert, et une information au médecin traitant
Responsables de l'action	Équipes soignantes par spécialité avec l'appui de l'unité transition
Indicateurs	• Nombre de parcours formalisés (cible : 100 % des spécialités couvertes en 2030) • Nombre de consultations mixtes / HDJ dédiés • Nombre de courriers de synthèse adressés à la famille et au médecin traitant

ACTION 1-3	Renforcer l'offre d'ETP dans le champ de la transition enfant-adulte, par la création d'un programme transversal et/ou de programmes ciblés selon les besoins
Responsables de l'action	Unité transition (programme transversal) et équipes soignantes enfants/adultes (programmes ciblés)
Échéance	2028 (programme transversal)
Indicateurs	• Déclaration à l'ARS d'un programme transversal • Nombre de programmes déclarés • Nombre de patients inclus • Nombre de bilans éducatifs réalisés

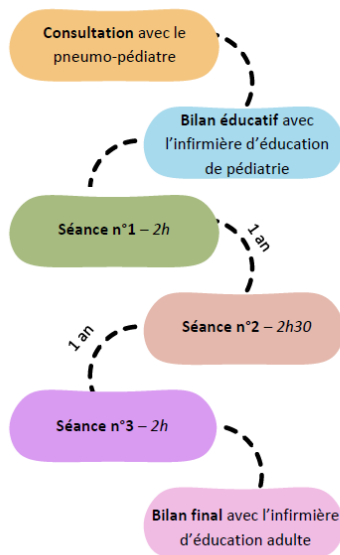


PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE
TRANSITION PEDIATRIE ADULTE
POUR LES ADOLESCENTS ATTEINTS
D'ASTHME



SERVICE DE PEDIATRIE GENERALE ET
SPECIALISEE -
SERVICE DES MALADIES
RESPIRATOIRES ET ALLERGIQUES
ADULTE

PROGRAMME DE TRANSITION



NOS ATELIERS

➤ Les **trois ateliers de groupe** auxquels vous pourrez participer durant cette transition :

« Raconter son histoire en pédiatrie »
« Dans le service pour adultes, il y a... »
« Ma santé, c'est moi qui gère ! »

➤ Avec un atelier spécialement dédié aux parents :

« Et vous, les parents, comment ça va ? »

Récupérer mes
traitements à la
pharmacie ?

Prendre mes rendez-
vous médicaux ?

Visite du service et
rencontre de
l'équipe adulte !

Gérer mes traitements
seul(e) ?

Plaquette de présentation du programme d'ETP transition dans l'asthme

ACTION 1-4	Améliorer l'accompagnement psychologique des jeunes et des aidants pendant la période de transition, y compris par le recours à des relais extérieurs et/ou à des dispositifs de soutien par les pairs
Responsable de l'action	Unité transition
Indicateurs	- Groupes d'échange entre jeunes / entre parents, au décours de programmes d'ETP : nombre annuel de réunions - Rencontres avec des adultes atteints de la même pathologie : nombre annuel de réunions

ACTION 1-5	Mettre en place des actions de communication sur la transition enfant-adulte envers les patients, les familles et les professionnels de santé
Responsables de l'action	CoPil transition / Direction de la communication
Échéance	Dès 2027 : diffusion d'une plaquette de présentation de l'unité transition et création d'un espace dédié du site internet du CHU
Indicateurs	- Site internet du CHU - Plaquettes d'information à destination des adolescents et familles présentant les différents parcours de transition - Organiser des journées thématiques dédiées, par exemple en collaboration avec les CPTS

FRISE CHRONOLOGIQUE

Les points d'étapes du parcours de la transition ado/adulte de mon centre de suivi

Les âges sont notés à titre indicatif.



(1) Good2Go : Questionnaire qui permet d'ouvrir le dialogue pour me préparer à la transition ado/adulte. https://bit.ly/good2go_scoring

(2) Pairs : Personnes qui vivent la même situation que moi.

(3) Personnes en dehors de l'hôpital : médecin traitant, infirmière libérale, kinésithérapeute, pharmacien, assistante sociale, Association française des hémophiles, ...

Transition Maladies rares
<https://transitionmaladiesrares.com/>

Transition Enfant Adulte
<https://mhemofr.org/patients/la-transition-enfant-adulte/>

Association française des hémophiles

MHEMO

Exemple d'un parcours de transition –
Filière des maladies rares de l'hémostase MHEMO

ORIENTATION STRATÉGIQUE 2 : ÉVALUER LES PARCOURS DE TRANSITION ENFANT-ADULTE, DANS UNE LOGIQUE D'AMÉLIORATION CONTINUE

ACTION 2-1	Organiser un suivi post-transition systématique, afin de prévenir toute rupture de parcours
Responsables de l'action	Unité transition / service pédiatrique ou service adulte, selon l'organisation retenue pour chaque parcours
Indicateur	Nombre annuel de contacts post-transfert entre le patient et l'unité de transition

ACTION 2-2	Mesurer les résultats des parcours de transition mis en place et la satisfaction des patients
Responsables de l'action	Unité transition / service pédiatrique ou service adulte, selon l'organisation retenue pour chaque parcours
Indicateurs	• Indicateurs spécifiques à chaque parcours (par ex. hospitalisation pour aggravation clinique dans l'année suivant le transfert) • Nombre de patients perdus de vue dans l'année suivant le transfert • Nombre d'enquêtes de satisfaction patients complétées • Nombre d'enquêtes de satisfaction parents complétées

ACTION 2-3	Mettre en place d'un comité adolescents-jeunes adultes « transition » permettant l'évaluation collective par les patients concernés des actions menées et leur amélioration le cas échéant
Responsable de l'action	Unité transition
Échéance	2028
Indicateur	Au moins une réunion annuelle

ORIENTATION STRATÉGIQUE 3 : MENER UNE RÉFLEXION COLLECTIVE SUR LA CRÉATION D'UN SECTEUR DE SOINS DÉDIÉS AUX PATIENTS ADOLESCENTS-JEUNES ADULTES EN TRANSITION

ACTION 3-1	Recenser les besoins et les attentes de l'ensemble des acteurs (secteurs pédiatriques et adultes, patients et familles)
Responsable de l'action	CoPil transition enfant-adulte
Échéance	2027-2028
Indicateurs	- Réaliser une étude de besoin - Nombre de consultations et d'HDJ potentiels

ACTION 3-2	Identifier un lieu adapté, en lien avec le pôle investissement, logistique, achats et transition écologique (PILATE)
Responsable de l'action	CoPil transition enfant-adulte
Échéance	S2-2028
Indicateur	Lieu identifié

ACTION 3-3	Sur ces bases, soumettre aux instances une étude d'impact intégrant une évaluation médico-économique
Responsables de l'action	CoPil transition enfant-adulte
Échéance	S1-2029
Indicateur	Présentation de l'étude d'impact



LOSSAIRE

Sigle	Signification
AAP	Appel à projets
AAIMC-NE	Association pour l'accompagnement et l'information des mineurs cérébrolésés – Nord-Est
ADN	Admission directe non programmée
AEQ	Agent d'Entretien Qualifié dans la fonction publique hospitalière
AJA	Adolescents et jeunes adultes
AMH	American Memorial Hospital
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
API	Application Programming Interface / interface de programmation applicative
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
ASH	Agent de service hospitalier
AVC	Accident vasculaire cérébral
BAMARA	Base maladies rares
BEGES	Bilan des émissions de gaz à effet de serre
BNDMR	Banque nationale de données maladies rares
BOETH	Bénéficiaire de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés
CAP	Cadre administratif de pôle
CARGESP	Cellule d'Animation Régionale Grand Est de Soins Palliatifs
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCC	Comprehensive Cancer Center
CCMR	Centre de compétence maladies rares
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CDU	Commission des usagers
CEP	Conseil en évolution professionnelle
CESREES	Comité d'expertise pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé
CFP	Congé de formation professionnelle
CGT	Confédération générale du travail
CH	Centre hospitalier
CHPOT	Coordination hospitalière de prélèvements d'organes et de tissus
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIC	Centre d'investigation clinique
CLAN	Comité de liaison alimentation-nutrition
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CLS	Contrat local de santé
CME	Commission médicale d'établissement
CMG	Commission médicale de groupement
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CO₂	Dioxyde de carbone
CoPil	Comité de pilotage

CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRA	Centre de ressources autisme
CRCDC	Centre régional de coordination des dépistages des cancers
CRCMR	Centre de référence maladies rares
CRMR	Centre de référence maladies rares
CRT	Centre de ressources territorial
CRTDAH	Centre Ressources régional du Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
CSE	Comité social d'établissement
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DAF	Direction des affaires financières
DASRI	Déchets d'activités de soins à risques infectieux
DAUM	Dispositif d'accompagnement des utilisateurs multiples des urgences
DIM	Département d'information médicale
DIP	Droits et informations des patients
DMP	Dossier médical partagé
DMS	Durée moyenne de séjour
DQGRU	Direction qualité, gestion des risques et relations avec les usagers
DRCI	Délégation à la recherche clinique et à l'innovation
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRH	Direction des ressources humaines
DSIRMT	Direction des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
DSNIB	Direction des services numériques et de l'ingénierie biomédicale
DSRC	Dispositif spécifique régional du cancer
DUNE	Digestif – urologie – néphrologie – endocrinologie
ECG	Électrocardiogramme
EDS	Entrepôt de données de santé
EFS	Établissement français du sang
EHPAD-USLD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – unité de soins de longue durée
EMIG	Équipe mobile de gériatrie
EMSP	Équipe mobile de soins palliatifs
EN-HOPE	Hémato-Oncologie Pédiatrique Hauts de France et Grand-Est
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
EPSMM	Établissement public de santé mentale de la Marne
EPST	Établissement public à caractère scientifique et technologique
EREGE	Espace de réflexion éthique Grand Est
ERRSPP	Équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques
ERSPP	Équipe régionale de soins palliatifs pédiatriques
ESMS	Établissement ou service médico-social
ETP	Éducation thérapeutique du patient
FALC	Facile à lire et à comprendre
FHU	Fédération hospitalo-universitaire
FO	Force ouvrière
FPE	Femme-parents-enfant
GHM	Groupe homogène de malades
GHSA	Groupe hospitalier Sud-Ardenne
GHT	Groupe hospitalier de territoire

GHUC	Groupement hospitalier universitaire de Champagne
GIR	Groupe iso-ressources
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
HDJ	Hôpital de jour
HDS	Hébergeur de données de santé
HMB	Hôpital Maison Blanche
HPV	Papillomavirus humain
IA	Intelligence artificielle
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'État
IBODE	Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État
ICONE	Intergroupe de Cancérologie et d'Onco-radiothérapie du Nord Est
ICOPE	Integrated Care for Older People
IDDSI	International Dysphagia Diet Standardisation Initiative
IDE	Infirmier diplômé d'État
IDEC	Infirmier diplômé d'État coordinateur
IFAP	Institut de formation des auxiliaires de puériculture
IFAS	Institut de formation d'aides-soignants
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IIAS	Institut d'intelligence artificielle en santé
IMC	Indice de masse corporelle
IMG	Interruption médicale de grossesse
INCa	Institut national du cancer
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IP-DMS	Indice de performance de la durée moyenne de séjour
IPA	Infirmier en pratique avancée
IRF	Institut régional de formation
ISO 9001	Norme internationale relative au management de la qualité
LCA	Lecture critique d'article
LISP	Lits identifiés de soins palliatifs
LSST	Lieu de santé sans tabac
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MECC	Make Every contact count
MERM	Manipulateur d'électroradiologie médicale
MHEMO	Filière des maladies rares de l'hémostase
MICI	Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin
MIRP	Médecine intensive et réanimation polyvalente
MPR	Médecine physique et de réadaptation
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
MSSanté	Messagerie sécurisée de santé
NEON	Dispositif spécifique régional du cancer
NGS	Next Generation Sequencing / séquençage de nouvelle génération
NSTCD	Neurosciences – tête – cou – douleur
OIR	Organisation interrégionale
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PAC	<i>Port-à-Cath</i> ou chambre à cathéter implantable
PAQSS	Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
PARC	Plateforme affections rares Champagne-Ardenne
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé

PH	Praticien hospitalier
PILATE	Pôle investissements, logistique, achats et transition écologique
PK/PD	Pharmacocinétique / pharmacodynamie
PMO	Prélèvement multi organes
PMSP	Projet médico-soignant partagé
PRECA	Réseau de prélèvements Champagne-Ardenne
PREM	Patient Reported Experience Measure
PRR	Parcours coordonné de diagnostic, de rééducation et de réadaptation
PRS	Projet régional de santé
PSH	Personne en situation de handicap
PU-PH	Professeur des universités – praticien hospitalier
PULSY	Groupement régional d'appui au développement de la e-santé Grand Est
QVCT	Qualité de vie et des conditions de travail
QVT	Qualité de vie au travail
RAAC	Réhabilitation améliorée après chirurgie
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RCT	Réanimation cardio-thoracique
RH	Ressources humaines
RMM	Revue de morbi-mortalité
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
RU	Représentant des usagers
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAS	Service d'accès aux soins
SAU	Service d'accueil des urgences
SAU-UHCD	Service d'accueil des urgences – unité d'hospitalisation de courte durée
SDSI	Schéma directeur des systèmes d'information
SIGAPS	Système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques
SIGREC	Système d'interrogation, de gestion et d'analyse de la recherche clinique
SMQ-GDR	Système de management de la qualité – gestion des risques
SMR	Soins médicaux et de réadaptation
SMS	Short Message Service
SMUR	Structure mobile d'urgence et de réanimation
SNDS	Système national des données de santé
SNV	Séquençage de nouvelle génération / selon contexte
SPASER	Schéma de promotion des achats socialement et écologiquement responsables
SRS	Schéma régional de santé
SSE	Situation sanitaire exceptionnelle
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
TAL	Transports automatisés lourds
TCVR	Thoracique-cardiaque-vasculaire-réanimation
TAHA	Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TND	Trouble du neurodéveloppement
UCOG	Unité de coordination en oncogériatrie
UFR	Unité de formation et de recherche

UHR	Unité d'hébergement renforcé
UMA-CH	Unité de médecine ambulatoire - cancérologie- hématologie
UMST	Unité de médecine et de santé au travail
UPC	Unité de production centralisée
UPUM	Unité de post-urgences médicales
UR	Unité de recherche
URCA	Université de Reims Champagne-Ardenne
URPS	Union régionale des professionnels de santé
USINV	Unité de soins intensifs neurovasculaires
USLD	Unité de soins de longue durée
USMT	Unité de santé et médecine au travail
USP	Unité de soins palliatifs
UTEP	Unité transversale d'éducation du patient
VAE	Validation des acquis de l'expérience
ZOAST	Zone organisée d'accès aux soins transfrontaliers