



CHF INFOS

N°16 - AVRIL 2010

►► Édito

L'avènement des Agences Régionales de Santé

La loi « Hôpital- Patients-Santé-Territoire » dite loi HPST entre progressivement en vigueur.

De nouveaux pouvoirs, de nouvelles organisations, de nouveaux acteurs....

Mais aussi, de nouveaux défis à relever pour l'hôpital...

Depuis le 1^{er} avril 2010, les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont laissé la place aux Agences régionales de santé (ARS) chargées du pilotage unifié de l'ensemble des questions de santé dans les régions.

Leur domaine de compétence est très vaste.

En premier lieu elles supervisent directement tous les établissements de santé publics et privés et la médecine libérale.

Elles sont chargées de plus de la santé publique, de la veille sanitaire, de la politique en faveur des handicapés ainsi que du secteur médico-social.

Pour ce faire, elles regroupent les services de l'ex-ARH, de la DDASS et de la DRASS (directions départementale et régionale des affaires sanitaires et sociales), ainsi que de l'Assurance maladie, correspondants anciens et bien connus du monde de la santé qui disparaissent au profit de l'ARS.

Changements profonds aussi à l'hôpital désormais dirigé par un directoire présidé par le directeur et dont la vice-présidence est confiée au président de la Commission médicale. Le directeur agit en concertation avec les membres du directoire qui est composé d'une majorité de médecins.

Le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Le Conseil d'administration, qui délibérait sur les actes majeurs de la vie hospitalière disparaît lui aussi. Le nouveau Conseil de surveillance composé de 3 élus dont le maire de la commune d'implantation, de 3 représentants du personnel médical et non médical et de 3 personnalités qualifiées, se prononce sur les aspects stratégiques de la vie hospitalière et notamment sur le projet d'établissement, et exerce un contrôle permanent sur la gestion.

Ces nouvelles instances dirigeantes seront mises en place avant l'été et l'avenir dira si elles favorisent une meilleure gouvernance de l'hôpital qui reste confronté à de réels défis :

- défi du recrutement médical toujours difficile en raison de la pénurie de médecins tant généralistes que spécialistes
- défi de l'efficacité dans le contexte de la tarification à l'activité qui impose au système de santé une activité sans cesse accrue
- défi de la qualité et de la sécurité des soins qui sont une exigence légitime de la population.

Dans ce contexte, les récents recrutements réalisés au centre hospitalier de Fougères dans plusieurs disciplines (Chirurgie orthopédique, ORL, hépato-gastro-entérologie) sont des signes favorables.

L'avancée des travaux de restructuration dont la presse se fait régulièrement l'écho, et qui aboutira dans moins d'un an à l'ouverture d'une aile entièrement neuve dotée dans tous les services de chambres seules pour chaque patient, constitue également une perspective très positive pour l'attractivité du centre hospitalier.

Louis FEUVRIER,
Président du Conseil d'Administration

▶▶ Ceux qui arrivent



Le **Dr Sanae MEJDOUBI-QUNTON**, gastroentérologue, ancienne chef de clinique du CHU de Poitiers a été recrutée le 2 janvier 2010. Elle est par ailleurs associée aux activités du service des maladies de l'appareil digestif du CHU de Rennes (Pr Bretagne).



Ancien interne du CHU de Rennes et ancien chef de clinique du CHU de Rouen, le **Dr Michel DANIELOU**, chirurgien orthopédiste, a été nommé praticien hospitalier début février. Le Dr Danielou est titulaire du DIU de microchirurgie, du DIU de chirurgie du membre supérieur et de la main et du DIU de pathologies sportives appliquées à l'appareil locomoteur.

▶▶ Diplômée en ORL de la faculté de médecine de Rennes, le **Dr Jeannette KAMIKAZINGAMIYE** a été recrutée le 1^{er} mars 2010. Elle exerçait auparavant au Centre hospitalier de Bretagne Atlantique (Vannes). Le Dr KAMIKAZINGAMIYE est titulaire du diplôme d'otologie et d'audiophonologie de l'enfant, du DIU d'ORL appliquée à l'enfant et du DIU de principes anatomo-cliniques et physiopathologiques des thérapeutiques en rhinologie.



► Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences



Fort de ses 22500 passages annuels (65 / jr), le Service des Urgences du Centre Hospitalier de FOUGERES a pu intégrer ses nouveaux locaux il y a 4 ans. Il est depuis reconnu comme véritable structure d'accueil des urgences pédiatriques, a parallèlement

mis en place une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée et s'est rapproché de la Maison Médicale de Garde grâce à une mutualisation des moyens sur les horaires de la permanence des soins.

Soucieux de maintenir son attractivité et la qualité de son offre de soins, le Service des Urgences s'est engagé en 2010 avec l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé - DHOS) dans une démarche nationale visant au travers de l'analyse de ses temps de passage à mener une action d'amélioration de ses pratiques et de la qualité de prise en charge des patients.

Ce travail mené avec plusieurs établissements hospitaliers s'appuie sur une première étape d'auto-évaluation, avec pour objectif d'avoir dès la fin de cette année mis en place et réévalué un plan d'action spécifique. Ce plan a reçu la validation des instances de l'établissement.

Prolongeant le ressenti des équipes, la première évaluation menée en février relève une durée de passage aux urgences de 2h35 (soit en deçà de la moyenne nationale) et a pu mettre en relief certains goulots d'étranglement. Plusieurs axes d'amélioration ont ainsi pu être dégagés, donnant lieu à la constitution de différents groupes de travail qui associent professionnels des urgences et des nombreux services partenaires. Cette démarche s'inscrit en effet dans une dynamique transversale intéressant les multiples acteurs de l'établissement tout aussi bien que nos correspondants extérieurs.

Les Actions Retenues pour 2010

- **UN TRI INFIRMIER D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION (IAO)** : jusqu'alors manquante, cette fonction tant réglementaire que sécuritaire se met en place, permettant d'assurer un accueil et une orientation en interne adaptés à chaque profil de patient et à son niveau de gravité.
- **UN CIRCUIT COURT** de petite traumatologie et de consultations sans actes va être organisé, dissociant dès l'admission les chemins cliniques, resserrant les prises en charges brèves pour désengorger le circuit classique des urgences.
- **L'ACCUEIL SPECIFIQUE DE L'ENFANT** s'organise en collaboration avec l'unité de pédiatrie, visant à fluidifier l'accès à l'hospitalisation.
- **UNE PRISE EN CHARGE INDIVIDUALISEE DE LA PERSONNE AGEE**, en lien avec l'équipe mobile de gériatrie, permettra dès le passage aux urgences d'organiser l'évaluation gériatrique, le bilan des aides existantes, et d'anticiper les conditions de retour à domicile.
- **LA COLLABORATION RENFORCEE** avec les nombreux correspondants des urgences est engagée : imagerie, laboratoire, services d'aval, partenaires libéraux ; autant d'échanges à poursuivre au bénéfice des usagers du centre hospitalier.

L'Equipe Projet :

Dr D.MARCHAND, chef de projet / Mme C.RAFFRAY, CDS / Mr F.GELEBART, Directeur Qualité / Mme L.MORIN, secrétaire référente / Mme B.LEFEUVRE, IDE urgences / Mme P.STEPHANT, IDE pédiatrie / Mme I.LAGARDERE, AS jour / Mme M.TIERCIN, AS nuit / Mlle J.GUENE, assistante sociale.

►► Unité mobile de gériatrie

Avant janvier 2010, la prise en charge des personnes âgées fragiles en service de soin était assurée médicalement par les praticiens hospitaliers ; dès qu'un projet de retour à domicile ou une demande de départ en EHPAD étaient évoqués, le cadre de service et l'assistante sociale étaient chargés du dossier. Des liens se sont tissés et un réseau informel est constitué entre l'établissement, le CLIC, le CCAS et l'ensemble des structures de soin, et structures d'accueil.

Depuis Janvier 2010, L'UMG est maintenant constituée et opérationnelle ; le transfert et la mise en place du service de court séjour gériatrique sur le site St Germain en novembre 2009 a permis l'autonomie du service et la mise en place du projet. Le Dr Réveillard, délogé de sa fonction en médecine interne est disponible pour mettre en place ce projet d'UMG qui complète la filière gériatrique.

Au fil du temps, il devenait impérieux de faire appel à l'expertise de professionnels complémentaires : l'ergothérapeute améliore, par ses visites à domicile, la qualité des retours à domicile. La diététicienne permet une amélioration et une prise en charge précoce de la dénutrition diagnostiquée fréquemment dès l'entrée du patient. Enfin, la psychologue pourra intervenir lors des situations difficiles auprès du patient mais aussi de la famille.

L'UMG intervient en équipe transversale auprès des patients âgés en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, les CLIC et les réseaux de santé personnes âgées.

L'UMG dispense un avis gériatrique et formule un projet de soins et de vie, adaptés aux besoins de la personne âgée.

La grille SEGA (sommaire Evaluation Profil Gériatrique à l'Admission), l'EGS (évaluation gériatrique standardisée) sont utilisées.

L'un des points fondamentaux de la prise en charge est le « concept de fragilité ». La définition du concept de fragilité correspond à un état d'équilibre précaire du fait de la réduction des réserves fonctionnelles liées au vieillissement et aux pathologies chroniques.

Les critères de fragilité :

- L'âge supérieur à 85 ans
- L'isolement social et familial
- La dépendance
- Les hospitalisations itératives
- La réduction de la mobilité
- Les incontinences
- Les déficits sensoriels pré existants
- La poly médication
- Les chutes
- L'état dépressif, confusionnel.....

►► Évaluation des pratiques professionnelles : la transfusion

En 2009, la 2^{ème} itération de la procédure de certification a initié un mouvement d'évaluation des pratiques professionnelles sur le CHF.

Un groupe de travail pluridisciplinaire a souhaité s'inscrire dans cette logique de questionnement en réalisant une étude sur le processus transfusionnel, qui a couvert 2 pendants de notre activité : la prescription et l'acte transfusionnel.

Nous nous sommes donc intéressés à la qualité apportée à ces deux pratiques à risque pour le patient et très lourdement encadrées sur le plan juridique. Alors que pour les raisons sus citées, nous pensions avoir sécurisé de façon satisfaisante le système au centre hospitalier de Fougères, nos résultats nous ont démontré le contraire sur de nombreux points. Hors ces « manquements » sont facilement corrigibles avec peu d'effort. Développer de bons réflexes dans cette pratique nous permettra assurément de sécuriser tout un autre pan des soins apportés au patient, dans d'autres domaines.

Si nos forces nous permettent de limiter les erreurs, le constat de nos faiblesses doit nous inciter à une remise en question. Puisqu'il faut parler de ce que nous devons améliorer... nous n'aborderons pas dans ce « court » article les points positifs de notre enquête car il y a plusieurs questions soulevées par nos résultats qu'il nous faut corriger.

Cette évaluation a donc mis en évidence que nous sommes perfectibles sur les mesures d'identité-vigilance. Ces dysfonctionnements peuvent avoir de graves conséquences pour le patient.

Les contrôles de concordance en transfusion sanguine sont comparables au passage de la douane à l'aéroport. Il devrait être systématique de vérifier l'identité du patient avant chaque soin important, un peu comme le douanier vérifie notre passeport à chaque porte de l'aéroport !

Les autorités aériennes contrôlent l'adéquation de notre passeport (=carte de groupe) avec nos billets (= fiche de distribution) et nos bagages (= produit sanguin labile) à l'enregistrement (= au dépôt de sang), en entrant dans la zone d'embarquement (= dans le poste de soins) et enfin à l'embarquement (= au lit du patient). Ce sont ces vérifications que nous devons approfondir. A l'inverse des douaniers qui assurent 100% de vérification en toutes circonstances, nous ne vérifions que 45% des bagages, 88% dans notre salle d'embarquement et 20% à l'embarquement ! Autant dire que notre avion (= la transfusion) peut exploser en plein vol !

Pour nous améliorer, il nous suffit pourtant de mettre en parallèle les documents immuno-hémato du patient (carte de groupe) avec les fiches de distribution et la poche de sang et il importe finalement de demander au patient dans sa chambre de décliner son identité.

Un autre problème dans notre « voyage transfusionnel » est l'absence d'information sur la destination et les aléas possibles durant le voyage ... seuls 50% des patients reçoivent une information sur le déroulement de l'acte transfusionnel et sur les effets secondaires encourus.

En résumé, pour éviter l'incident transfusionnel, en appliquant les règles strictes de sécurité :

- vérifier l'adéquation parfaite entre les différents documents à la sortie du dépôt, en salle de soin et dans la chambre du patient
- s'assurer auprès de lui de son identité
- l'informer du déroulement de la transfusion, des effets bénéfiques attendus et des effets secondaires à craindre.

Docteur Céline LEGRIX,

Présidente du comité qualité et sécurité des soins