

### **CONVENTION CONSTITUTIVE**

DU

**RESEAU DES URGENCES** 

DE

**LOT-ET-GARONNE (47)** 

Conclue à Agen le 26 juin 2013

### **ENTRE**

### Membres signataires :

- 1. le Centre Hospitalier Saint Esprit d'Agen, gestionnaire d'un Service mobile d'urgences et de réanimation (SMUR d'Agen) et d'une structure d'urgences représenté par son Directeur,
- 2. le Centre Hospitalier Saint Cyr de Villeneuve sur Lot, gestionnaire d'un Service mobile d'urgences et de réanimation (SMUR de Villeneuve sur Lot) et d'une structure d'urgences représenté par son Directeur,
- 3. le Centre Hospitalier Inter Communal de Marmande-Tonneins, gestionnaire d'un service mobile d'urgences et de réanimation (SMUR de Marmande) et d'une structure d'urgences, représenté par son Directeur,
- 4. la Clinique Esquirol-Saint Hilaire à Agen, gestionnaire d'une structure d'urgences, représentée par son Président,
- 5. l'Observatoire régional des urgences (ORU), représenté par son Administrateur,

### Membres partenaires:

- le Centre Hospitalier Départemental la Candélie à Foulayronnes, représenté par son Directeur,
- l'Etablissement de santé de Casteljaloux, représenté par son Directeur,
- l'Etablissement de santé Elisabeth Désarnauts à Fumel, représenté par son Directeur,
- l'Etablissement de santé de Nérac, représenté par son Directeur,
- l'Etablissement de santé de Penne d'Agenais, représenté par son Directeur,
- le Centre de Rééducation Fonctionnelle l'ADAPT à Virazeil, représenté par son Directeur,
- le Centre Delestraint-Fabien à Penne d'Agenais, représenté par son Directeur,
- la Maison de Repos et de Convalescence la Paloumère à Caubeyres, représenté par son Directeur,
- la Clinique de Villeneuve à Villeneuve-sur-Lot, représentée par son Directeur,
- la Clinique Magdeleine à Marmande, représentée par son Directeur,
- la Polyclinique du Marmandais à Marmande, représenté par son Directeur,
- l'Hospitalisation à domicile (HAD), représenté par son Directeur,
- le Service départemental d'incendie et de secours (SDIS 47)
- la Conférence de Territoire

- les établissements médico-sociaux
- les Conseils ordinaux
- l'Unions régionales des professionnels de santé (URPS)
- les associations des professionnels de santé libéraux
- les entreprises de transports ambulanciers
- e le Centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC)
- le Réseau Palissy (réseau de soins continus et d'accompagnement)
- le Réseau AIME (Aide interactive à la maternité pour l'enfant)
- le réseau gérontologique ALIÈNOR
- le réseau maladie Alzheimer Mnémosyne

- le Code de la santé publique, et notamment les articles L. 1110-8, L. 61111-1 et s, L. 6112-1 (8°), L. 6311-1 et s., L. 6314-1 et s., L. 6315-1, R. 6123-1 et s., D. 6124-1 et s.
- © le Code de l'action sociale et des familles, et notamment les articles L. 312-6 et L. 312-7;
- l'arrêté ministériel du 12 février 2007 relatif à la fiche de dysfonctionnements mentionnée à l'article R. 6123-24 du code de la santé publique (J.O. du 28 février 2007, texte n° 68);
- la circulaire ministérielle n° DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences (B.O. Santé-Solidarités n° 3/2007, pp. 135 et s.);

### IL EST CONVENU ET ARRETE CE QUI SUIT

### **Préambule**

La présente convention constitutive définit les modalités d'organisation et de fonctionnement du réseau des urgences du territoire de santé de Lot-et-Garonne. Ce réseau contribue à la prise en charge coordonnée des urgences et de leurs suites, conformément à l'article R. 6123-26 du code de la santé publique.

Cette convention intègre les principes généraux, permettant d'assurer l'orientation des patients et la continuité des prises en charge, et précise les engagements et obligations réciproques des membres du réseau.

Elle prévoit l'évaluation du fonctionnement du réseau des urgences ainsi que l'analyse des dysfonctionnements d'ordre organisationnel et/ou logistique préjudiciables au patient.

Elle comprend un cahier des charges contenant entre autres les protocoles d'organisation des prises en charge spécifiques.

### SOMMAIRE

Section Première	7
Objectifs et missions du réseau	7
ARTICLE 1 <sup>er</sup> – OBJECTIFS DU RESEAU	/
ARTICLE 2 – MISSIONS DU RESEAU	7
Section Deuxième	8
Organisation et fonctionnement du réseau	8
ARTICLE 3 – ORGANISATION DU RESEAU	8
ARTICLE 4 – ENGAGEMENTS DES ETABLISSEMENTS	8
ARTICLE 5 – COMITE DE PILOTAGE PERMANENT ARTICLE 6 – RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITES	8
ARTICLE 6 - RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITES	9
Section Troisième	10
Dispositions générales et finales	10
ARTICLE 7 – CAHIER DES CHARGES OPERATIONNEL	10
ARTICLE 8 – DISPOSITIONS GENERALES	11
ARTICLE 9 – DISPOSITIONS FINALES	11
GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS CONVENTION CONSTITUTIVE	13
LISTE DES ANNEXES	14
ANNEXE 1 : CAHIER DES CHARGES OPERATIONNEL	15

### **Section Première**

### Objectifs et missions du réseau

### ARTICLE 1er - OBJECTIFS DU RESEAU

Elément clé de l'organisation territoriale de la prise en charge des urgences et de leurs suites, le **Réseau des urgences de Lot-et-Garonne** a pour objectifs de :

- 1.1.- permettre un accès rapide aux établissements du territoire de santé de Lot-et-Garonne disposant des compétences, des techniques et des capacités d'hospitalisation dont ne dispose pas chacun des établissements membres,
- 1.2.- assurer la performance de la prise en charge des urgences engageant le pronostic vital ou fonctionnel par une meilleure identification des ressources sur le territoire de santé de Lot-et-Garonne et, le cas échéant, sur les territoires de santé limitrophes et l'optimisation de l'orientation des patients,
- 1.3.- garantir la sécurité et la continuité des prises en charge par l'accès à des spécialités ou des capacités d'hospitalisation adaptées aux besoins des patients se présentant dans une structure des urgences :
  - in situ:
  - ou après orientation (lorsque l'établissement ne dispose pas de la spécialité requise ou de la capacité suffisante en lits d'hospitalisation)
- 1.4.- coordonner les actions et les moyens des établissements de santé du territoire de santé de Lotet-Garonne et pour les soins très spécialisés en lien avec le territoire régional d'Aquitaine et, le cas échéant, le territoire régional de Midi-Pyrénées
- 1.5.- définir un cadre commun et partagé de bonnes pratiques de prise en charge et d'orientation,
- 1.6. assurer une veille et un suivi de la qualité du fonctionnement par la mise en place d'une évaluation et par l'application de la procédure de signalement et d'analyse des dysfonctionnements définie par l'arrêté ministériel du 12 février 2007.

### **ARTICLE 2 – MISSIONS DU RESEAU**

Le Réseau départemental des urgences de Lot-et-Garonne a pour missions :

- 2.1.- l'organisation des ressources de proximité en articulation avec l'ensemble des acteurs impliqués (établissements de santé, établissements médico-sociaux, médecine ambulatoire, réseaux, représentants des usagers...).
- 2.2.- l'organisation des recours aux plateaux techniques spécialisés. La coordination de l'orientation des patients vers l'établissement ou le plateau technique adapté à leur prise en charge s'appuie sur le répertoire opérationnel des ressources mis à disposition par l'ARS.

### Section Deuxième

### Organisation et fonctionnement du réseau

### ARTICLE 3 - ORGANISATION DU RESEAU

- 3.1.- La gestion des flux s'organise autour du ou des établissements ayant une structure d'urgences, en prenant en considération autant que faire se peut le libre choix des patients et / ou de leur famille.
- 3.2.- L'organisation des recours aux plateaux techniques spécialisés non présents sur le territoire du 47 est réalisée par les structures d'accueil d'urgences en partenariat avec le SAMU 47. L'organisation des transports héliportés est faite en lien avec les SAMU compétents.
- 3.3.- Les principes d'organisation entre les établissements sont définis dans le cahier des charges opérationnel annexé à la présente convention contenant entre autres les protocoles d'organisation des prises en charge au sein du territoire de santé de Lot-et-Garonne.

### ARTICLE 4 - ENGAGEMENTS DES ETABLISSEMENTS

Chaque établissement signataire de la présente convention s'engage :

- 4.1.- à accueillir les patients qui lui sont adressés par le SAMU, les SMUR, la régulation libérale ou l'une des structures d'urgences du territoire de santé, pour les disciplines ou activités de soins pour lesquelles il figure dans le répertoire opérationnel des ressources (ROR). En cas de saturation de l'établissement ce dernier organise la continuité de soins,
- 4.2.- à échanger régulièrement sur leurs pratiques professionnelles en s'appuyant sur les recommandations nationales,
- 4.3.- à mettre en œuvre une évaluation de la prise en charge des patients et de leurs suites.
- 4.4.- à mettre en œuvre des mesures correctrices si nécessaire

### ARTICLE 5 - COMITE DE PILOTAGE PERMANENT

5.1.- Un comité de pilotage permanent veille à la mise en œuvre des principes établis dans le cahier des charges opérationnel mentionné à l'article 3 de la présente convention et à son évaluation.

### 5.1.- Les missions:

### Les missions territoriales

- Mise en place des filières territoriales et mise à jour de leurs protocoles
- Evaluation des filières
- Coordination, animation et soutien au développement de l'usage des technologies de l'information et de la communication
- Recueil et traitement des dysfonctionnements
- Diffusion de l'information concernant le réseau
- Surveillance de la mise en place du ROR ; participation à son élaboration ; validation de l'outil et de sa fonctionnalité

- Analyse de l'ensemble des données épidémiologiques disponibles concernant les urgences du territoire (via l'ORU); évaluation et contrôle de la qualité de ces données
- Publication et contrôle technique des travaux des professionnels médicaux du territoire
- Participation à l'identification des engagements spécifiques des établissements de santé impliqués dans la prise en charge des patients en urgences dans le cadre de la permanence de soins en établissements de santé (PDSES)
- Facilitation des coopérations inter-structures
- Suivi et contrôle de l'articulation du réseau avec la médecine ambulatoire et les maisons de santé pluridisciplinaires, les pôles de santé pluridisciplinaires et les maisons médicales de garde lorsque celles-ci existent.

### Les missions régionales

Se coordonner avec l'Observatoire régional des urgences pour la mise en place des filières concernant les spécialités absentes sur le territoire.

### 5.2.- Il est composé de :

- 1 représentant médical de chaque structure d'urgences (CHA, CESH, CHIC, CHVL)
- 1 représentant médical du SAMU47
- 1 représentant de la FHF et de la FHP
- 1 représentant médical de la DT-ARS-47
- 1 représentant de l'ORU
- 1 représentant médical CME public et privé
- 5.3.- L'animation du comité permanent est assurée par les membres signataires du réseau.
- 5.4.- Il désigne dans son sein un coordonnateur et son adjoint pour une période de cinq ans.
- 5.5.- Les membres peuvent désigner leur suppléant.
- 5.6.- Il se réunit au moins deux fois par an ou à la demande du quart de ses membres. Il établit le rapport annuel du réseau et examine les dysfonctionnements signalés. Il peut instituer des groupes de travail spécifiques.
- 5.7.- Il peut être fait appel en tant que de besoin à des représentants des structures partenaires et à des experts.

### **ARTICLE 6 – RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITES**

- 6.1.- Le comité de pilotage permanent mentionné à l'article 5 de la présente convention élabore un rapport d'activité annuel transmis à l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine et à l'ensemble des adhérents à la présente convention.
- 6.1.- Ce rapport sera examiné par l'instance collégiale régionale d'Aquitaine chargée de la coordination des réseaux, suivant les dispositions de l'annexe I de la circulaire ministérielle du 12 février 2007.
- 6.2.- Ce rapport contient une évaluation qualitative et quantitative du fonctionnement du réseau basée sur : l'activité réalisée, l'analyse des dysfonctionnements et les suites données ainsi que sur des indicateurs définis au préalable et que les établissements s'engagent à transmettre.

### **Section Troisième**

### Dispositions générales et finales

### **ARTICLE 7 – CAHIER DES CHARGES OPERATIONNEL**

7.1.- Le cahier des charges (ANNEXE 1 : *Cahier des charges opérationnel*), mentionné à l'article 3 de la présente convention, prévoit les modalités d'organisation du réseau des urgences du territoire de santé de Lot-et-Garonne dans sa vocation de proximité.

### 7.2.- Il comporte au minimum:

I.- Le tableau descriptif des relations établies entre les établissements et organismes adhérents au réseau

II.- Les protocoles d'accès, de transfert et d'admission dans les différentes structures du territoire de santé, notamment pour les filières d'urgences mentionnées ci-dessous :

Cardiologie

Chirurgie thoracique

Chirurgie vasculaire

Gériatrie

Gynécologie, obstétrique et périnatalité

Hépato-gastro-entérologie

Imagerie médicale

Néphrologie

Neurovasculaire

Ophtalmologie

ORL

Pédiatrie

Pneumologie

**Psychiatrie** 

Réanimation

**Traumatologie** 

Urologie et chirurgie viscérale

III.- Les protocoles d'accès, de transfert et d'admission définis au niveau régional pour les prises en charge au sein des filières spécialisées mentionnées ci-dessous :

Brulés

Chirurgie de la main

Chirurgie maxillo-faciale

Chirurgie pédiatrique

Chirurgie thoracique

Maternité niveau III

Neurochirurgie

Pédiatrie niveau III

Polytraumatisés

Radiologie interventionnelle

Réanimation

- IV.- Les modalités de gestion du répertoire opérationnel des ressources (ROR) et de gestion des disponibilités en lits pour le territoire de santé, en articulation avec les dispositions arrêtées au niveau régional.
- V.- La procédure de recueil et de suivi de signalement des dysfonctionnements pour l'application de l'arrêté ministériel du 12 février 2007 susvisé.
- VI.- Les protocoles techniques de télémédecine et de transferts d'images.

### ARTICLE 8 - DISPOSITIONS GENERALES

- 8.1.- La présente convention est établie pour une durée de 5 ans. Elle est renouvelable par tacite reconduction pour la même durée.
- 8.2.- Elle peut être modifiée par voie d'avenant adopté par une majorité qualifiée des deux tiers des membres présents ou représentés au comité de pilotage permanent.
- 8.3.- L'adhésion de nouveaux membres ou le retrait d'un ou plusieurs membres du réseau fait l'objet d'une modification de la présente convention.
- 8.4.- Conformément aux dispositions de l'article R.6123-31 du code de la santé publique, il est procédé à un suivi régulier des engagements des membres du réseau, dans le cadre d'une évaluation annuelle transmise au Directeur de l'Agence Régionale de la Santé.
- 8.5.- La participation de l'établissement de santé au réseau de prise en charge des urgences est inscrite dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L.6114-1. Ce contrat fixe les modalités de cette participation.
- 8.6.- La présente convention peut être complétée en annexant les différentes conventions bilatérales réglementant les modalités administratives de collaboration entre établissements.
- 8.6.- La présente convention pourra être dénoncée par l'une de parties signataires en respectant un délai de préavis de trois mois. La dénonciation doit être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception à tous les autres signataires en faisant connaître les motifs.

### ARTICLE 9 - DISPOSITIONS FINALES

- 9.1.- La présente convention constitutive du réseau des urgences de Lot-et-Garonne entre en application au premier jour du mois suivant sa signature par l'ensemble des établissements et organismes adhérents.
- 9.2.- Elle est communiquée au Directeur de l'Agence Régionale de la Santé d'Aquitaine

### Membres signataires de la convention constitutive du réseau des urgences de Lot-et-Garonne

Pour le Centre Hospitalier d'Agen, Le Directeur,	Pour la Clinique Esquirol-St Hilaire, Le Président,
N. C.	Fait à # 10 26 6 2013
Pour le Centre Hospitalier Saint-Cyr de Villeneuve-sur-Lot , Le Directeur,  Fait à	Pour le Centre Hospitalier Intercommunal de Marmande-Tonneins, Le Directeur,  Fait à
Pour l'ORU, L'Administrateur, Pait à L. Marciated Propriét Pait à L. Marciated Propriét Par le 26 06 2013	

### GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS CONVENTION CONSTITUTIVE

ADOGOM : Association départementale pour l'organisation des gardes d'urgences médicales

AIME : Aide interactive à la maternité pour l'enfant

ARS : Agence régionale de la santé

CESH: Clinique Esquirol Saint-Hilaire

CHA: Centre Hospitalier d'Agen

CHIC: Centre Intercommunal de Marmande-Tonneins

CHVL : Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot

CLIC : Centre local d 'Information et de coordination

CME: Commission médicale d'établissement

DT-ARS-47 : Délégation territoriale de l'agence régionale de la santé de Lot-et-Garonne

HAD: Hospitalisation à domicile

JO: Journal officiel

MCO: Médecine, chirurgie obstétrique

ORU: Observatoire régional des urgences

PASS : Permanences d'accès aux soins de santé

PDSA: Permanence des soins ambulatoire

PDSES : Permanence de soins en établissements de santé

ROR : Répertoire opérationnel des ressources

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SDIS : Service départemental d'incendie et de secours

SIRA : Service intersectoriel de régulation et d'admission

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

UHTCD : Unité d'hospitalisation de très courte durée

URPS : Unions régionales de professionnels de santé

### LISTE DES ANNEXES

**ANNEXE 1**: CAHIER DES CHARGES

**ANNEXE 1.1: PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUES** 

ANNEXE 1.2: PROCEDURE DE RECUEIL ET DE SUIVI DES SIGNALEMENTS DE

DYSFONCTIONNEMENTS

**ANNEXE 1.3**: FICHE DE DYSFONCTIONNEMENTS

### **CAHIER DES CHARGES OPERATIONNEL**

DU

### **DU RESEAU DES URGENCES**

DE

**LOT-ET-GARONNE** 

### **TABLE DE MATIERES**

I. TABLEAU DESCRIPTIF DES RELATIONS ETABLIES ENTRE LES ETABLISSEMENTS ET ORGANISMES

**ADHERANTS AU RESEAU** 

II. PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUES

CARDIOLOGIE

**REANIMATION** 

**NEURO-VASCULAIRE** 

**PSYCHIATRIE** 

DIGESTIF

**GERIATRIE** 

III. PROCEDURE DE RECUEIL ET DE SUIVI DES SIGNALEMENTS DE DYSFONCTIONNEMENTS

IV. FICHE DE DYSFONCTIONNEMENTS

V. PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE FILIERES SPECIALISES

VI. MODALITES DE GESTION DU ROR

VII. PROTOCOLES TECHNIQUES DE TELEMEDECINE ET DE TRANSFERS D'IMAGE

Membres signataires du cahier des charges opérationnel des urgences de Lot-et-Garonne

### CAHIER DES CHARGES OPERATIONNEL

### I. TABLEAU DESCRIPTIF DES RELATIONS ETABLIES ENTRE LES ETABLISSEMENTS ET ORGANISMES ADHERANTS AU RESEAU

Nom établissement	Activité autorisée	Place dans le réseau
Centre Hospitalier Saint Esprit d'Agen (CHA)	SAMU – SMUR – Urgences MCO – Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (UHTCD) – Urgences Psychiatrique – SSR – Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)	Régulation des appels SAMU Organisation régulation appels médecine ambulatoire (PDSA) Transports sanitaires Accueil des urgences MCO Hospitalisation d'aval (MCO, SSR)
Centre Hospitalier Saint Cyr de Villeneuve-sur-Lot (CHVL)	SMUR – Urgences MCO – Urgences Psy – Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (UHTCD) – Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)	Accueil des urgences MCO Hospitalisation d'aval Transport sanitaire
Centre Hospitalier Intercommunal Marmande-Tonneins (CHIC)	SMUR – Urgences MCO – Urgences Psy – Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (UHTCD) – Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)	Accueil des urgences MCO Hospitalisation d'aval (MCO, SSR) Transport sanitaire
Clinique Esquirol Saint Hilaire CESH)	Urgences MCO	Accueil des urgences MCO
Centre Hospitalier Départemental a Candélie (CHD)	Lien accueil urgences psychiatrique et UHTCD du CHA – SIRA – Hospitalisation sous contrainte	Accueil des hospitalisations sous contrainte
DOGUM		Participation à la régulation PDSA Gestion de la maison médicale de garde de Pompeyrie (Agen)

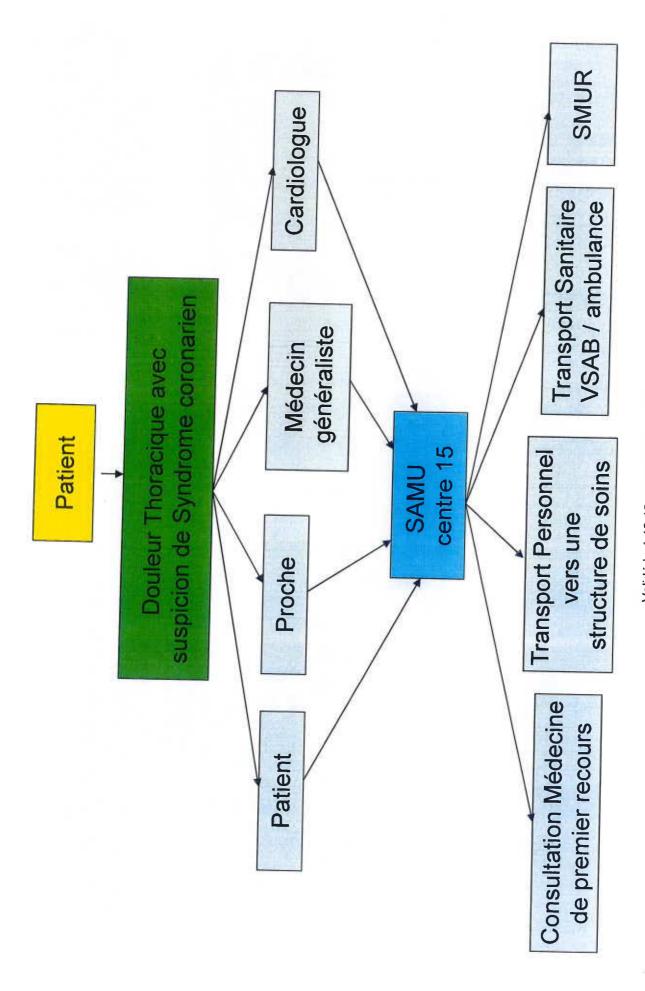
### CAHIER DES CHARGES OPERATIONNEL

### II. PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUES - ANNEXE 1.1

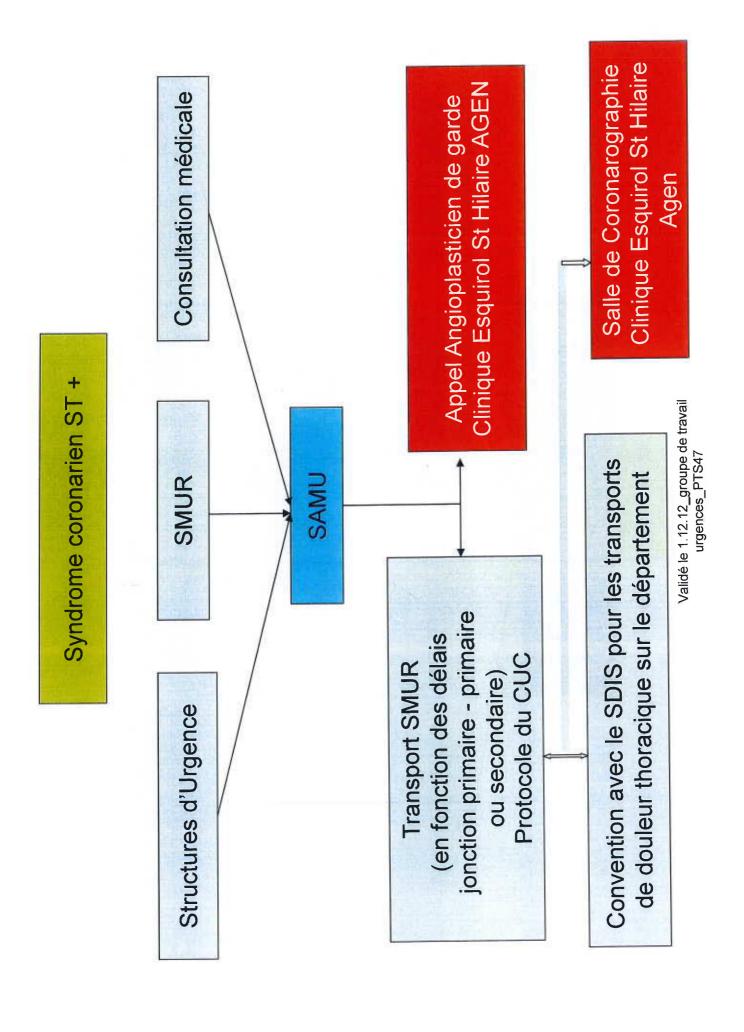
CARDIOLOGIE
REANIMATION
NEURO-VASCULAIRE
PSYCHIATRIE
DIGESTIF
GERIATRIE
GLOSAIRE DES ABREVIATIONS

### Filières de recours au sein de Lot-et-Garonne du département

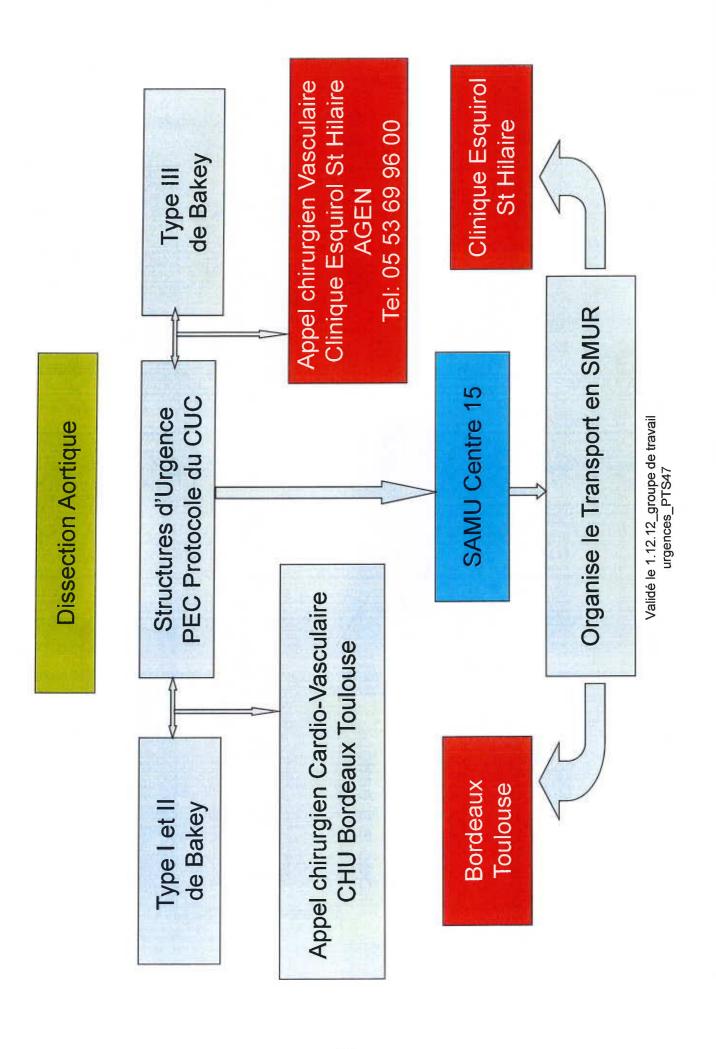
## Cardiologie



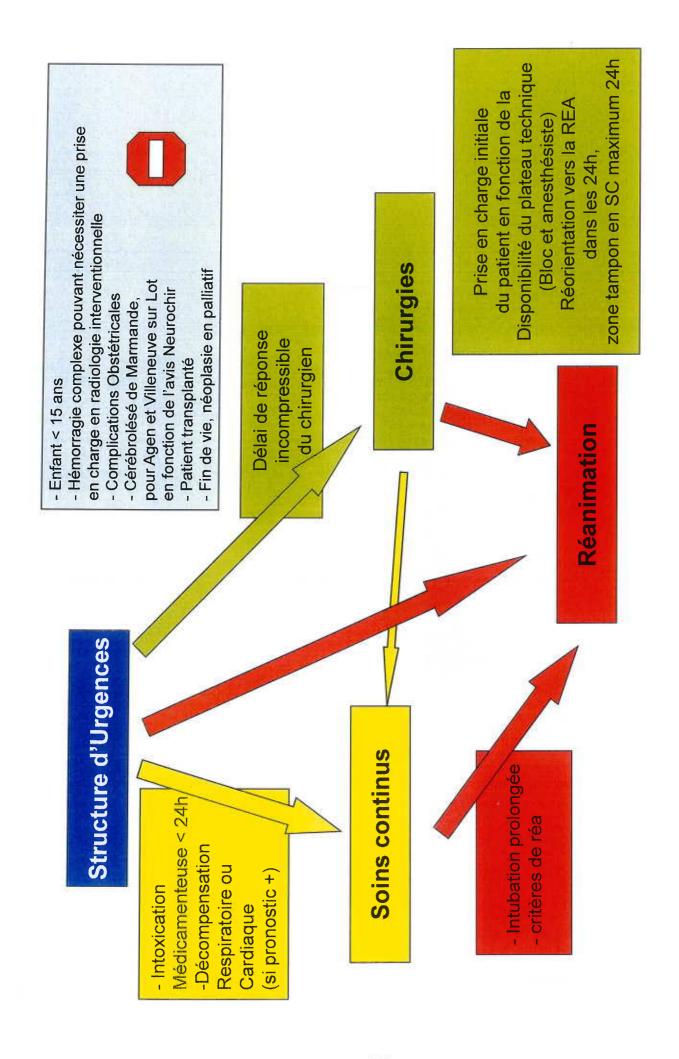
Validé le 1.12.12\_groupe de travail urgences\_PTS47



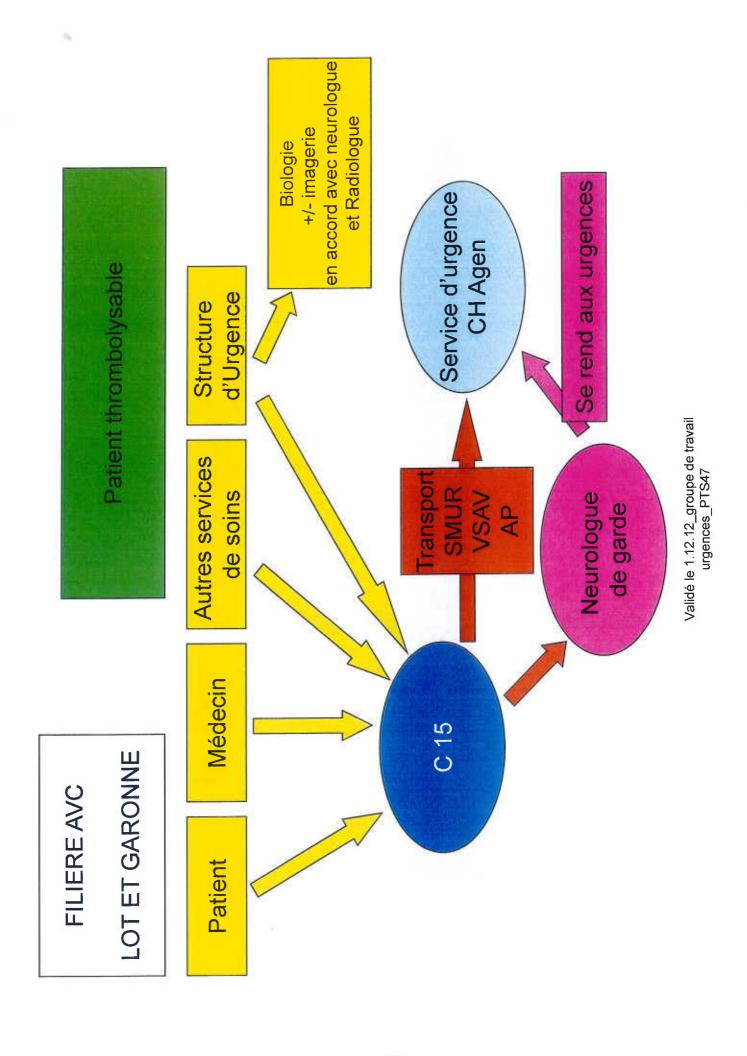
### Consultation médicale risque ischémique Service de Cardiologie Transport SMUR II si co-morbidités Score à bas Coronarographie dans les 72H de Proximité Syndrome coronarien ST Validé le 1.12.12\_groupe de travail urgences\_PTS47 SMUR SAMI (AGEN, BORDEAUX, TOULOUSE) Appel cardiologue des SIC Transport SMUR II Structures d'Urgence risque ischémique Score à haut SIC

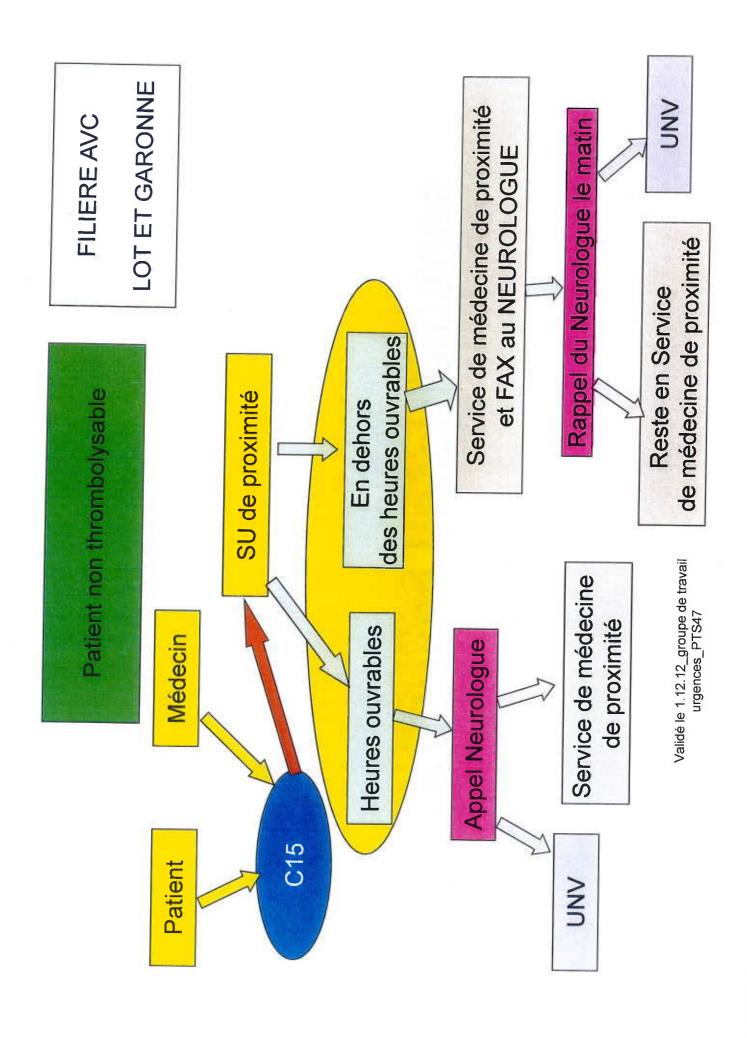


## Réanimation

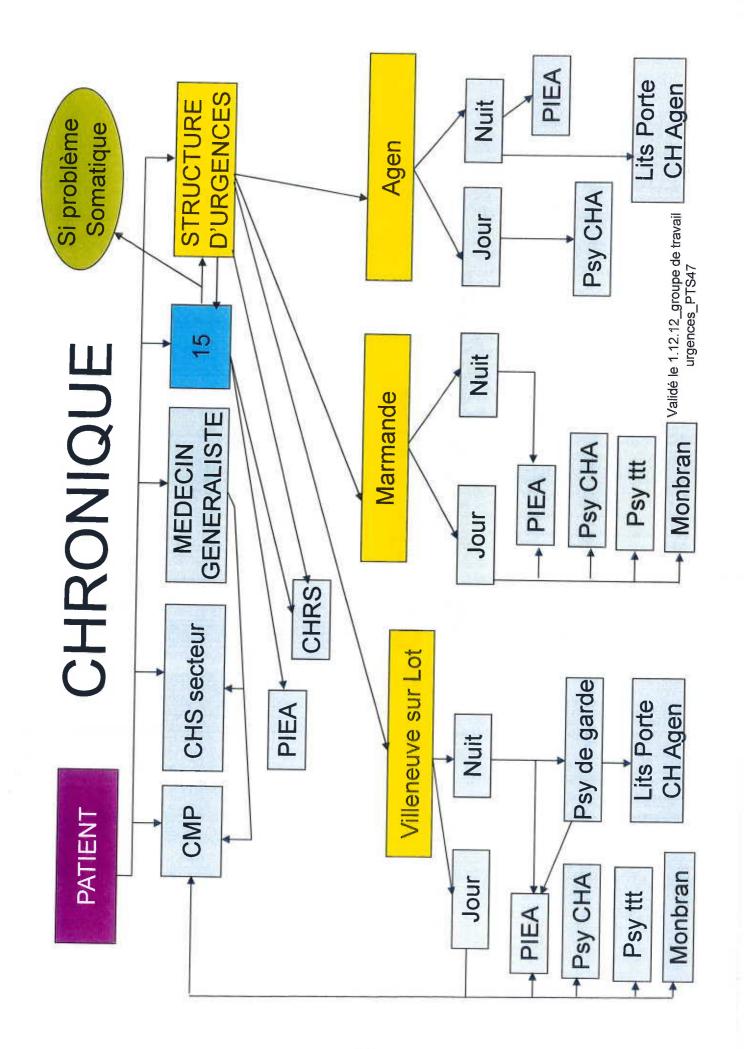


## Urgences Neuro-vasculaires



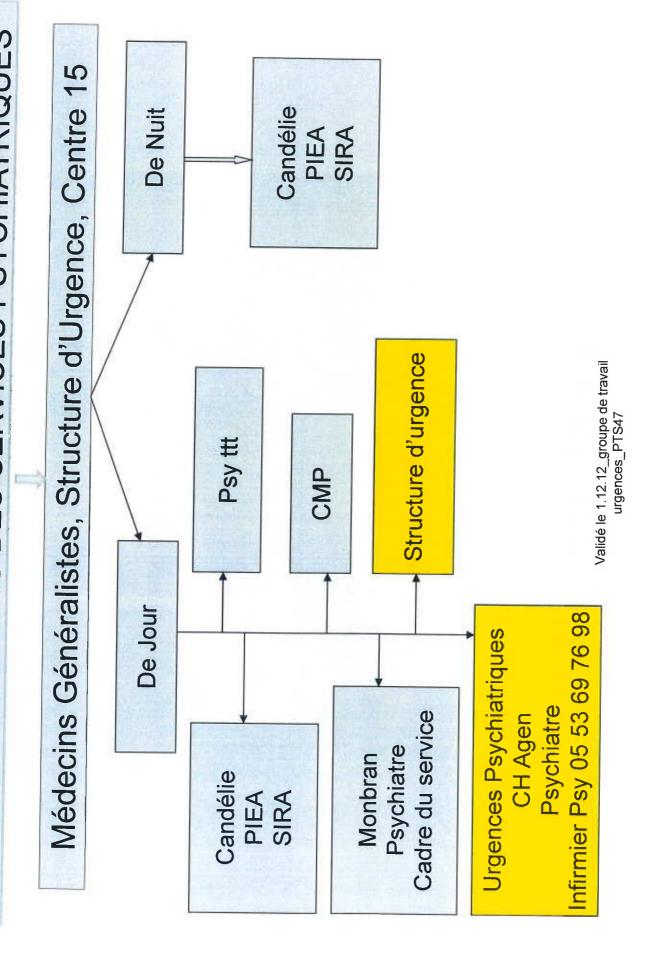


## Urgences psychiatriques



## Si non connu des services de psychiatrie

# PATIENT NON CONNU DES SERVICES PSYCHIATRIQUES



### Monbran

Possible hospitalisation directe le jour après avis du psychiatre de Monbran ou du cadre du service

Pas d'hospitalisation si :
Risque suicidaire sévère
Trouble du comportement
Risque de fugue
Toxicomanie
Hospitalisation sous contrainte

Validé le 1.12.12\_groupe de travail urgences\_PTS47

# Service Psychiatrique CH Agen

De jour

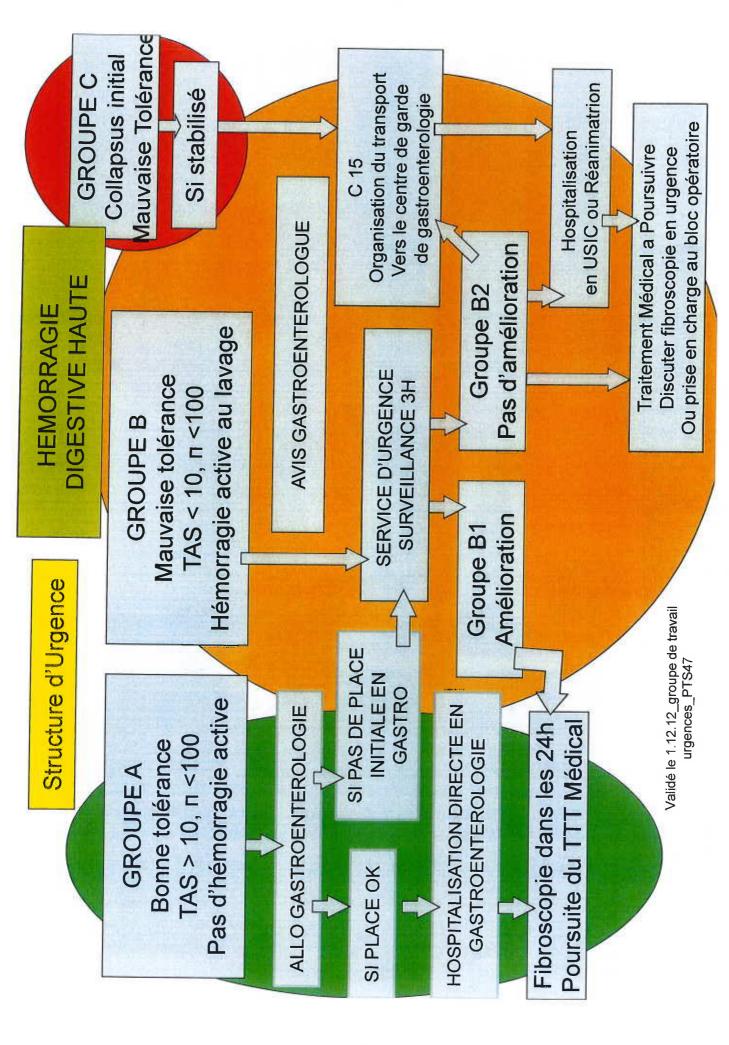
De nuit

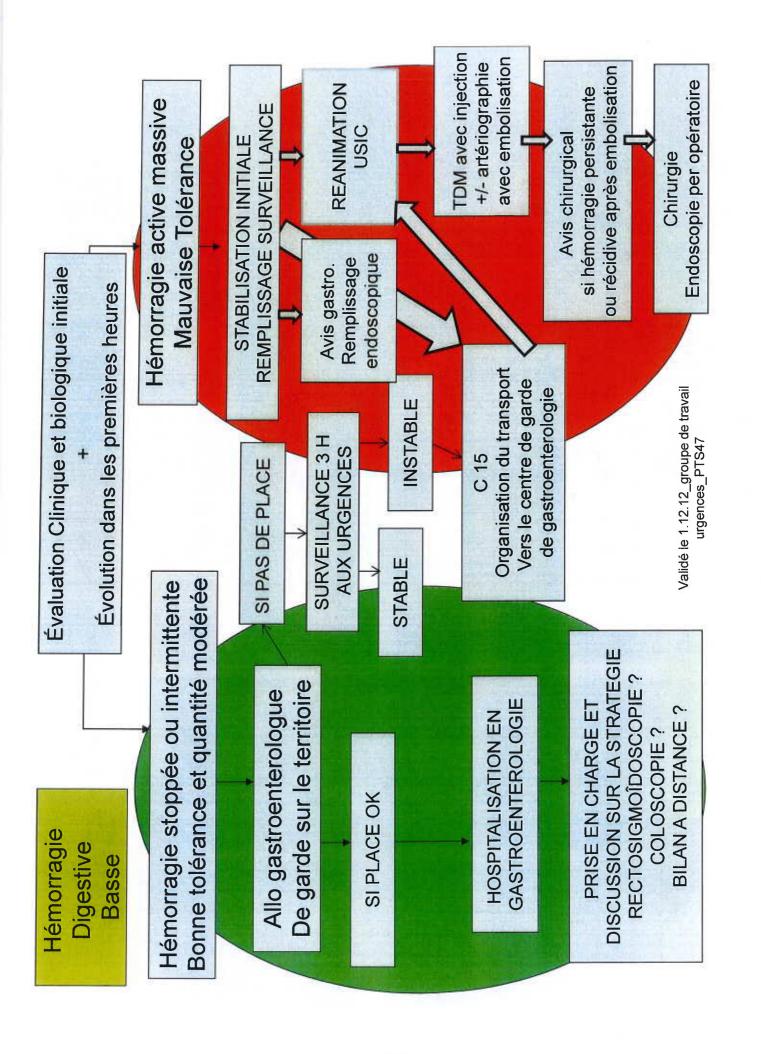
Avis psychiatrique du service préalable

Transfert possible sur CH Agen Si explication préalable des procédures du service (protocole des 24h) ET Avis d'un psychiatre préalable avec prescription

Validé le 1.12.12\_groupe de travail urgences\_PTS47

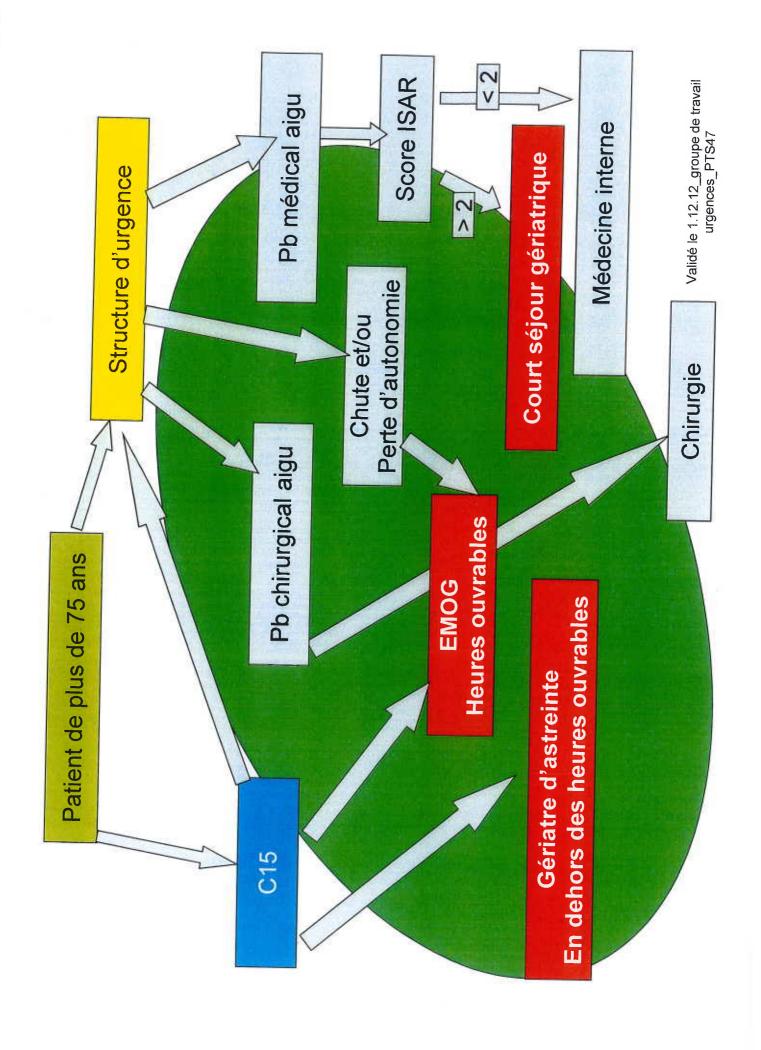
# Digestif





Validé le 1.12.12\_groupe de travail urgences\_PTS47

# Gériatrie



### **GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS PROTOCOLES**

AVC : Accident vasculaire cérébral

CE: Corps étranger

CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CHU: Centre hospitalier universitaire

CMP: Centre médico psychologique

CUC : Collège des urgences cardiologiques

EMOG : Équipe mobile à orientation gériatrique

ISAR (score): Identification of Seniors At Risk

PEC: Prise en charge

PIEA: Pôle infirmier d'évaluation et d'accueil

SC: Surveillance continue

SIC : Soins intensifs cardiologiques

SIRA : Service intersectoriel de régulation et d'admission

SU: Service des urgences

TAS: Tension artérielle systolique

TDM: Tomodensitométrie

TTT: Traitement

UNV : Unité neurovasculaire

USIC : Unité de Soins Intensifs de Cardiologie

VSAV AP : Véhicule de secours et d'assistance aux victimes / Ambulance privée

# III. PROCEDURE DE RECUEIL ET DE SUIVI DES SIGNALEMENTS DE DYSFONCTIONNEMENTS – ANNEXE 1.2

PROCEDURE DE RECUEIL ET DE SUIVI DES SIGNALEMENTS DE DYSFONCTIONNEMENTS (Annexe III de la Circulaire DHOS/01 n°2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences)

## ANNEXE III FICHE DE DYSFONCTIONNEMENT

Tout événement préjudiciable au patient doit être considéré comme un dysfonctionnement. Il ne s'agit pas de porter des appréciations sur la nature des soins prodigués qui ne doivent pas être l'objet de signalements dans ce cadre. En revanche, il convient de signaler les dysfonctionnements organisationnels et/ou logistiques, ressentis comme un trouble dans la réponse adaptée aux besoins du patient et donc préjudiciables à la qualité de la prise en charge. Il peut s'agir

- du non-respect d'une règle établie ;

- d'un problème structurel révélant que les règles en place ne sont pas ou plus adaptées aux besoins. Il peut s'agir de difficultés au sein de l'établissement ou dans son environnement, dans le cadre de l'organisation territoriale de la prise en charge des urgences (fonctionnement et organisation du réseau des urgences).

La procédure est définie comme suit.

### 1. Structures concernées

Les structures concernées sont les structures des urgences et des urgences pédiatriques, les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) ainsi que les structures d'aide médicale urgente (SAMU).

Par ailleurs, il est laissé aux établissements la possibilité d'étendre le champ de cette procédure à toutes les autres structures (services, unités fonctionnelles voire pôles) qui participent à la prise en charge des patients et à leur orientation.

### 2. Définition et champ de la déclaration

Tout événement préjudiciable au patient doit être considéré comme un dysfonctionnement. Différents dysfonctionnements peuvent être distingués :

- les réponses inadaptées aux situations rencontrées : par exemple, des transferts inappropriés, des attentes importantes dans l'accès aux examens complémentaires, des retards à l'admission dans certains services, des défaillances de filières de soins (en cancérologie, en gériatrie par exemple), des problèmes liés à la carence de lits d'aval...;
- les réponses non « conformes » à une règle ou une organisation : non suivi de protocoles ou de procédures objectivement adoptés dans l'établissement considéré (exemple d'admissions directes selon les cas dans des services spécialisés, de protocoles de prise en charge définis sur certaines pathologies....), non-accès à des prestations spécialisées (gardes spécialisées non joignables, refus d'admission non motivé ou non justifié in fine...), carence d'organisation extra hospitalière d'amont

(permanence de soins, transports sanitaires...), refus d'hospitalisation itératifs dans des établissements territoriaux ou régionaux...

### 3. Fiche de dysfonctionnement

La fiche de dysfonctionnement, définie dans l'arrêté du 12 février 2007, doit comporter au minimum les éléments suivants :

- nature du service ou de la structure déclarante ;
- qualité du représentant signataire de la fiche ;
- lieu, date et horaire de l'évènement ;
- nature des personnes, matériels ou installations concernés ;
- nature du Dysfonctionnement (logistique, lié aux disponibilités en lits d'aval au sein ou hors de l'établissement, accès à des spécialités, orientation et difficultés liées à l'amont des urgences, respect de procédures ou protocoles);
  - conséquence des faits ;
- description synthétique du dysfonctionnement constaté et rappel éventuel à la règle qui aurait dû prévaloir ;
  - mesures prises immédiatement le cas échéant ;
  - propositions éventuelles de correction à apporter ;
  - suite donnée au signalement (partie renseignée à posteriori)

Les informations relatives aux patients ou aux personnels doivent être anonymisées. La fiche de dysfonctionnement peut être spécifique aux structures de médecins d'urgence ou insérée au sein d'une fiche globale de signalement d'événements indésirables existant déjà dans l'établissement.

### 3. Organisation et traitement des signalements

a) Au sein des établissements

Les signalements sont traités à deux niveaux :

Au niveau de la structure des urgences elle-même : chaque professionnel peut signaler tout événement, sur un support au libre choix du service ou de la structure (main courante...). Une analyse collégiale lors des réunions des services ou de staffs souvent quotidiens permettra d'apprécier et de mettre en œuvre, au sein du service, un traitement des événements signalés. Si un traitement interne ne peut être engagé, une fiche de dysfonctionnement sera remplie et adressée au directeur de l'établissement sous la signature du responsable de la structure déclarante. Les fiches sont anonymisées.

Parallèlement, les structures internes de l'établissement (structures des urgences et autres services d'accueil des patients orientés par les urgences, comme par exemple les structures de chirurgie ou de réanimation) auront la possibilité d'établir un registre des appels donnant lieu à admissions ou à « non-admissions ». Ce registre doit permettre de contribuer à cette démarche d'amélioration de la qualité et de repérage des dysfonctionnements.

Au niveau de l'établissement : le règlement intérieur doit préciser les modalités de recueil, de transmission, d'analyse et de traitement des fiches. La procédure mise en place doit être cohérente avec les organisations spécifiques de chaque établissement. Le destinataire exact des fiches est précisé, sous la responsabilité du directeur (direction de la qualité, cellule de gestion des risques...). L'analyse et le traitement sont effectués dans la transparence et la collégialité, par une instance à créer ou déjà existante (commission des admissions et soins non programmés, commission qualité, commission médicale d'établissement ou d'une sous commission de gestion des risques...). L'instance retenue doit comprendre à minima des représentants de la direction et du corps médical et notamment des urgentistes. La traçabilité et l'information en retour aux structures déclarantes sont impérativement organisées.

La procédure mise en place doit prévoir la périodicité de réunion de cette instance (au moins deux fois par an) et les délais de traitement des fiches. Les fiches sont classées dans le cadre du recueil des événements indésirables.

### b) En amont ou en aval de l'établissement

Si des dysfonctionnements déclarés révèlent des éléments de causalité indépendants de l'établissement lui-même, un rapport périodique synthétique peut être transmis pour analyse et traitement, par le directeur, après avis des instances consultatives, au réseau mentionné à l'Art.R. 6123-26. Il appartient à celui-ci de le transmettre en retour si besoin vers l'ARH ou le CODAMUPS, en lien avec le dispositif prévu à l'article R. 6315-6 du code de la santé publique.

En cas de dysfonctionnement d'une particulière gravité, le représentant légal de l'établissement peut transmettre sans délai la fiche de dysfonctionnement au directeur de l'ARH et au réseau des urgences, après avis du président de la CME.

Les modalités pratiques de gestion et de traitement des fiches, dans le respect des principes décrits ci-dessus, sont déterminées librement par l'établissement, conformément à son organisation interne.

Il convient d'éviter de multiplier les circuits, les fiches, les instances, et de privilégier la cohérence des procédures mises en place dans le cadre de la gestion des risques.

Les éléments suivants sont impérativement organisés :

- modèle de fiche des dysfonctionnements constatés par la structure de médecine d'urgence, représentée par le chef de service ou le responsable d'unité, qu'elle soit spécifique ou insérée au sein d'une fiche globale de signalement d'événements indésirables ;
  - procédure de transmission des fiches ;
  - transparence et collégialité de l'analyse interne des dysfonctionnements ;
  - information en retour aux structures déclarantes ;
  - suivi et traçabilité.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu avec l'agence régionale de l'hospitalisation mentionne l'engagement de l'établissement à respecter la procédure ainsi décrite, dans le cadre de sa participation au réseau des urgences.

### CAHIER DES CHARGES OPERATIONNEL

IV. FICHE DE SIGNALEMENT – ANNEXE 1.3

# Territoire Lot-et-Garonne

### FICHE DE SIGNALEMENT ET D'EVALUATION DES DYSFONCTIONNEMENTS D'URGENCES DU TERRITOIRE

FEI Nº

STRUCTU	RE DECLARANTE
Etablissement : Service : Nom du déclarant : Prénom : Fonction :	
NATURE DES PERSONNES, MATERIEL OU INSTA	ALLATIONS CONCERNES (Anonyme : N°dossier si patient)
NATURE DU D	YSFONCTIONNEMENT
<ul> <li>□ Disponibilité en lits d'aval</li> <li>□ Attente importante dans l'accès aux examens complémentaires</li> <li>□ Retard à l'admission dans certains services</li> <li>□ Difficultés dans l'orientation et le transfert d'un patient</li> </ul>	<ul> <li>☐ Accès à des spécialités</li> <li>☐ Non respect de procédure ou protocole</li> <li>☐ Autres</li> </ul>
DESCRIPTION ET CONSEQU	JENCE DU DYSFONCTIONNEMENT
Date: Heure:	Lieu/Service :

Formulaire à renvoyer à l'adresse mail suivante : Référent

Territoire Lot-et-Garonne

### FICHE DE SIGNALEMENT ET D'EVALUATION DES DYSFONCTIONNEMENTS D'URGENCES DU TERRITOIRE

FEI Nº

	ACT	ON IMMEDIATE E	VENTUELLEMEN	IT MENEE		
Action effectuée immédiate	ement :					
Personne(s) informée(s) :	Date :	Nom:	Structure :			
	Date :	Nom:	Structure :			
RECHERCHE DE SOLU	TIONS		1-2(6)(5)			
SOLUTION VALIDEE PA	R LE COMITE DE	PILOTAGE PERMAN	NENT DES DYSFONC	TIONNEMENTS D'L	JRGENCES DU TI	ERRITOIRE
ignatures des co-présid	ents				Date :	

Formulaire à renvoyer à l'adresse mail suivante : Référent

### CAHIER DES CHARGES OPERATIONNEL Travaux d'élaboration en cours ou à venir

- V. PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE FILIERES SPECIALISEES
- VI. MODALITES DE GESTION DU ROR
- VII. PROTOCOLES TECHNIQUES DE TELEMEDECINE ET DE TRANSFERTS D'IMAGES

### Membres signataires du cahier des charges opérationnel du réseau des urgences

### de Lot-et-Garonne

Les signataires du cahier des charges opérationnel du réseau des urgences 47 sont les médecins responsables des services des urgences des établissements signataires de la présente convention. Ils s'engagent à :

- 1. Communiquer et diffuser les protocoles de prise en charge au sein de leurs services
- 2. Garantir la mise en place et le suivi de ces protocoles
- 3. Faire remonter les dysfonctionnements et éventuellement proposer des pistes d'amélioration des protocoles et/ ou de l'organisation du réseau des urgences au comité de pilotage permanent (Cf. Convention constitutive du réseau des urgences - Article 5)

Pot	ur le Ce	entre	Hospitalier d'	Agen,		
Le	chef	du	service / des	urgences,	ou	son
rep	résent	ant*	///			

Pour la Clinique Esquirol-St Hilaire, Le coordonnateur du service des urgences, ou son représentant\*,

Pour le Centre Hospitalier Saint-Cyr de Pour le Centre Hospitalier Villeneuve-sur-Lot,

Le chef du service des urgences, représentant\*,

Intercommunal de Marmande-Tonneins, ou son Le chef du service des urgences, ou son représentant\*,

2013 Fait à Hgan le 26

Pour l'ORU,

L'Administrateur, ou son représentant Del PARILIES

<sup>\*</sup>Indiquer le nom et la fonction du représentant, qui doit être impérativement un médecin de l'établissement concerné.

### **CONVENTION CONSTITUTIVE**

DU

**RESEAU DES URGENCES** 

DE

**LOT-ET-GARONNE (47)** 

