

# RESULTATS NATIONAUX DE L'AUTO EVALUATION 2007

Sur l'activité de  
transplantation pulmonaire





# [ INTRODUCTION ]

L'Agence de la biomédecine s'est engagée dans une démarche contribuant à améliorer la qualité et à renforcer la sécurité des soins dans les domaines de compétences qui lui sont attribués.

Dans cet objectif, l'outil d'autoévaluation de la transplantation pulmonaire a été développé par l'Agence de la biomédecine en associant les équipes de transplantation pulmonaire afin de leur permettre de s'engager dans une évaluation de leurs pratiques et d'identifier les éléments traceurs de la qualité et de la sécurité. Cette démarche est mobilisatrice, valorisante et fédératrice pour les équipes. Elle s'inscrit pleinement dans les objectifs d'amélioration continue de la qualité définis par l'Agence de la biomédecine dans le domaine de la transplantation d'organes.

Les objectifs de l'Agence de la biomédecine sont synergiques des objectifs de la Haute Autorité de Santé, en s'axant sur le développement d'outils qualité plus spécifiques du prélèvement d'organes et de la greffe. L'outil développé par l'Agence de la biomédecine ne peut que contribuer et aider les équipes de greffe à satisfaire aux exigences tant de la Haute Autorité de Santé que de celle de l'Agence de la biomédecine.

L'Agence de la biomédecine de par ses missions et objectifs d'amélioration continue de la qualité évalue plus spécifiquement la dimension Qualité-Sécurité du prélèvement et de la greffe. Ainsi, ses objectifs sont complémentaires des objectifs de la Haute Autorité de Santé, tant dans le processus de certification des établissements de santé que dans le dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles devenues obligatoires pour tous les praticiens.

L'évolution et la généralisation de notre outil d'autoévaluation dans un premier temps, complété éventuellement par la réalisation d'audits devra s'attacher à ne pas dupliquer les analyses venant alourdir le travail des équipes.

## CONTEXTE ET HISTORIQUE

Les réflexions et actions concernant la greffe pulmonaire ont débuté avec le plan greffe. Parallèlement un groupe de travail pulmonaire à l'Etablissement français des Greffes s'est constitué en mars 2003. Les objectifs étaient d'améliorer l'efficacité du prélèvement et l'organisation de la greffe. Les résultats ont été au rendez-vous avec 80% d'augmentation des greffes pulmonaires en 2005 et une réorganisation de l'activité sur le territoire (passage de 16 équipes autorisées à 13 équipes).

Dans la continuité de ces efforts, l'engagement avait été pris de réaliser un audit des équipes de transplantation pulmonaire. Celui-ci a été réalisé entre 2003 et 2005 par un organisme extérieur à l'Agence de la biomédecine, le CNEH (Centre National de l'Expertise Hospitalière). Son rapport a été publié en juin 2005 après une présentation au groupe de travail « Thorax » en janvier 2005. Il est disponible à l'Agence (Tél. : 01 55 93 65 23 ou auprès de [sylvie.kocon@biomedecine.fr](mailto:sylvie.kocon@biomedecine.fr)). Cet audit a été réalisé après l'élaboration d'un référentiel, construit à partir du référentiel anglais du NHS (National Health Service) dont chaque chapitre et sous-chapitre a été traduit et adapté à l'activité de transplantation pulmonaire et cardio-pulmonaire française par les professionnels dans le cadre des groupes de travail de l'Agence. Ce référentiel était organisé en 10 rubriques et 150 items. Cet audit a inauguré la première étape de la démarche qualité mise en place par l'Agence de la biomédecine.

La démarche d'autoévaluation des équipes de transplantation pulmonaire en 2006 s'intégrait dans une continuité logique et souhaitée par tous. Elle a eu le mérite d'être originale, innovante, volontaire, évolutive et adaptée au contexte particulier de la transplantation pulmonaire. Elle a permis aux professionnels d'inscrire cette démarche au même niveau que leur action de soin en évaluant ce qu'ils font et le contexte dans lequel ils le font. Cette démarche a été aussi l'occasion de mieux identifier les difficultés rencontrées par les professionnels, de les chiffrer et d'exprimer leurs attentes pour atteindre un niveau d'excellence maximal.

Les conclusions principales du rapport d'autoévaluation de 2006 étaient :

1. La gestion et l'organisation : les relations avec les directions hospitalières apparaissaient insuffisantes dans 50% des cas.
2. Les effectifs : jugés insuffisants par rapport au doublement de l'activité en 2 ans.
3. La continuité et la qualité des soins :
  - a. 30 % des équipes chirurgicales et médicales de pneumologie indiquaient ne pas être en mesure de l'assurer en permanence (24h/24).
  - b. 30 à 50 % des équipes de kinésithérapie, de coordination, de bloc opératoire signalaient des difficultés.
4. La législation sur le temps de travail : la plupart des catégories socioprofessionnelles et plus particulièrement les chirurgiens et l'équipe médicale de pneumologie signalaient une impossibilité chronique à respecter la législation sur le temps de travail.
5. La rémunération « globale » : qui ne valorisait pas l'activité de greffe pulmonaire et les efforts humains pour les réaliser.

## OBJECTIFS DE L'AUTOEVALUATION DE LA GREFFE PULMONAIRE 2007

L'autoévaluation des équipes de transplantation pulmonaire a pour objectifs de contribuer à améliorer la qualité et la sécurité des soins, d'anticiper et de faciliter les processus de labellisation ou de certification des équipes au niveau national ou européen, d'établir un « standard of care » à partir des exigences des professionnels, d'offrir aux équipes une base de travail continue, représentative et validée de l'activité de transplantation pulmonaire en temps réel, d'identifier les axes d'amélioration mais aussi de répondre aux demandes des patients, des familles et des associations de patients sur les aspects qualité et sécurité.

Les objectifs plus spécifiques de cette nouvelle autoévaluation de l'activité de transplantation pulmonaire visent à :

- améliorer la procédure de 2006 tant dans la méthode que dans l'analyse (voir méthodologie),
- comparer les évolutions depuis 2006,
- étendre le processus d'autoévaluation aux autres organes (en cours),
- atteindre ou maintenir les objectifs de niveau 1 et 2.

- ✓ NIVEAU 1 « MAXIMAL OU CRITIQUE » .. : 100 % des équipes doivent y satisfaire immédiatement
- ✓ NIVEAU 2 « IMPORTANT » ..... : 100 % des équipes doivent y satisfaire rapidement
- ✓ NIVEAU 3 « RELATIF » ..... : objectif moins critique et à ajuster au contexte
- ✓ NIVEAU 4 « FAIBLE » ..... : l'objectif est secondaire
- ✓ NA (non-applicable)..... : à ce jour items restant à améliorer et à valider (indicateurs)

**Remarque importante** : les niveaux 1 et 2 pourraient être assimilés aux niveaux qualité à atteindre dans les « PEP : Pratiques Exigibles Prioritaires » retenus par l'HAS pour sa démarche de certification V2010. Ces « PEP » sont définies comme « des références, critères ou éléments d'appréciation pour lesquels des attentes particulièrement signalées sont exprimées (*sic*) ».

## **METHODOLOGIE DE L'ANALYSE**

Les questionnaires des 12 équipes actives ont été évalués. La liste des correspondants et responsables ainsi que les coordonnées des équipes sont consultables en annexe. Seuls les questionnaires remplis par, ou sous la tutelle, des responsables médicaux ou chirurgicaux identifiés à l'Agence ont été retenus. Les premiers questionnaires ont été construits selon le modèle retenu par le groupe de travail audit des coordinations hospitalières (la méthodologie a ouvert la possibilité d'une reconnaissance par l'HAS pour la certification niveau 1 et 2 de la coordination hospitalière de prélèvement d'organes et de tissus). La philosophie est de rendre la tâche facile et reproductible.

L'ensemble des indicateurs inclus dans chaque chapitre se présente sous la forme de questions fermées (pré codées). Pour coder les réponses, nous avons utilisé deux types de cotation en fonction de la description que nous voulons faire de tel ou tel point de l'évaluation, par soit une dichotomie simple « oui / non » soit une autre déclinée en quatre points « 1 jamais, 2 rarement, 3 souvent, 4 toujours ». La saisie est effectuée sur un tableur Access. Les résultats simplifiés figurent en annexe du présent document.

## LE REFERENTIEL

Le référentiel est constitué de 10 chapitres totalisant 148 critères. Il est centré sur le cœur du métier de la greffe : continuité et qualité des soins, sous chapitre qui comporte à lui seul 64 critères. Les chapitres et sous chapitres sont les suivants :

1. Gestion et organisation hospitalière
2. Effectif de l'équipe de prélèvement
3. Effectif de l'équipe de greffe
4. La continuité et la qualité des soins
  - a. Organisation
  - b. Urgences
  - c. Equipe chirurgicale (seniors)
  - d. Equipe chirurgicale (juniors)
  - e. Equipe médicale de pneumologie
  - f. Equipe d'anesthésie
  - g. Equipe de réanimation
  - h. Equipe d'anatomo-pathologie
  - i. Equipe de kinésithérapie
  - j. Cellule psychologique
  - k. Equipe de coordination
  - l. Equipe de bloc (personnels paramédicaux)
  - m. Réunions inter disciplinaires
  - n. Protocoles de soins
5. Information pour le patient
6. Accès au programme de greffe
  - a. L'inscription
  - b. La priorisation
7. Prise en charge des greffons
8. Relations équipe de transplantation et correspondants
9. Evaluation des résultats
  - a. Enregistrement des données
  - b. Indicateurs de résultats
10. Communication scientifique et formation
  - a. Communication avec l'Agence de la biomédecine
  - b. Recherche
  - c. Formation

## L'ANALYSE DES RESULTATS

Le rapport est construit selon les chapitres du référentiel. L'analyse des résultats cherche à mettre en évidence **les points positifs, les points à améliorer, les points en évolution** comparés à l'autoévaluation de 2006. Les résultats bruts de 2007 et de 2006 sont disponibles sur simple demande.

Le recueil des données s'est amélioré. 2776 réponses étaient attendues. Le taux de réponse en 2007 est à 95,7 %. Il était à 92,2 % en 2006. Nous observons 118 données manquantes en 2007, contre 216 lors de la première autoévaluation, soit une amélioration de près de 50 %. Les données manquantes (absence de réponse des équipes) portent essentiellement sur certains chapitres du référentiel. La totalité des données manquantes n'est pas représentée sous forme de tableau. Seuls les résultats supérieurs ou égaux à 7 données manquantes exprimés en % sont mis en évidence sur les tableaux ci-dessous.

### Données manquantes principales 2007

Chapitres	Données manquantes 2007 (%)
Effectif de l'équipe de greffe	19,5 %
Continuité des soins	
■ cellule psychologique	14,2 %
■ équipe de coordination	43,7 %
Information pour le patient et son entourage	5,3 %
Relation entre équipe de transplantation pulmonaire et correspondant	8,3 %

L'absence de réponse aux questions en 2006 portaient déjà sur ces chapitres, auxquels il convient d'ajouter les questions ayant trait à la gestion et l'organisation hospitalière, à l'équipe chirurgicale senior, l'équipe de kinésithérapie, l'évaluation des résultats et à la communication scientifique et formation.

#### Données manquantes principales 2006

Chapitres	Données manquantes 2006 (%)
Gestion et organisation hospitalière	5,3 %
Effectif de l'équipe de greffe	25,7 %
Continuité des soins <ul style="list-style-type: none"> <li>■ équipe de kinésithérapie</li> <li>■ cellule psychologique</li> <li>■ équipe de coordination</li> </ul>	12,3 % 18,6 % 61,5 %
Relations équipe de transplantation et correspondants	14,5 %
Evaluation des résultats	28,2 %
Communication scientifique et formation	8,3 %

L'absence de réponse sur certaines questions et de manière répétée entre les 2 auto évaluations doit nous amener à réfléchir sur la pertinence des indicateurs, la formulation du questionnaire, ou à leur compréhension par les professionnels.

Notre analyse est pondérée au regard des données manquantes et des modalités de recueil des données.

## **1. GESTION ET ORGANISATION HOSPITALIERE**

Ce chapitre comporte 10 indicateurs. Les réponses attendues sont binaires OUI/NON et sont de niveau de priorisation 1 ou 2. Les réponses sont obtenues à 99 %.

### **Points forts :**

Les responsables du programme de transplantation sont identifiés (91 %) et signalés à l'Agence de la biomédecine (91 %). Les équipes sont informées de la démarche d'autoévaluation (100 %). Les responsables du programme greffe s'assurent d'une communication efficace entre tous les membres de l'équipe de transplantation (91 %). Les équipes participent aux groupes de travail de l'Agence de la biomédecine (100 %).

### **Points à améliorer :**

Les contrats d'objectifs et de moyens mis en place avec la direction hospitalière sont inexistant dans 75 % des cas [priorité 1], les responsables du programme de transplantation se sentent insuffisamment informés sur les coûts (50 %) [priorité 2], le suivi des consommations et sur le rapport financier global annuel (50 %) [priorité 1].

### **Comparaison 2006 :**

Le nombre de données manquantes sur ce chapitre en 2006 (7 données manquantes) nous permet cependant de dire que les constats sont identiques, et qu'aucun axe d'amélioration n'est mis en évidence sur les liens entre les directions hospitalières et les équipes de transplantation qui se sentent insuffisamment informées par leur direction sur les questions budgétaires, la valorisation de leur activité. Ce sentiment est probablement renforcé depuis la mise en place de la tarification à l'activité et des forfaits greffes.

## **2. EFFECTIF DE L'EQUIPE DE PRELEVEMENT**

Ce chapitre comprend 5 indicateurs dont 1 de priorité 2 et 4 jugés NA, l'indicateur restant à valider. Le taux de réponse est de 91 %.

Les effectifs médicaux et soignants varient en fonction de l'activité des équipes. La dispersion entre les équipes est importante.

### **Points forts :**

Le nombre de chirurgiens réalisant les prélèvements est stable avec une moyenne à 3,25 et une médiane à 2,75 par équipe.

La liste des personnels impliqués dans le prélèvement d'organes est disponible dans 100% des cas [priorité 2].

**Points à améliorer :**

La formation des chirurgiens au prélèvement est en diminution (médiane à 1 en 2007, 2 en 2006).

**Comparaison 2006 :**

Le nombre de soignants impliqués et coordonnant les prélèvements est en augmentation (moyenne à 9 en 2007 alors qu'elle était à 6,36 en 2006) et la communication de la liste des personnels impliqués dans le prélèvement s'est améliorée (53 % en 2006).

**3. EFFECTIF DE L'EQUIPE DE GREFFE**

Ce chapitre comporte 20 indicateurs ; un indicateur de [priorité 2] et 19 non applicables, l'indicateur restant à valider. Le taux de réponse est de 80 %.

Là aussi les informations recueillies rendent difficilement compte des effectifs dédiés à l'activité de transplantation, l'activité spécifique greffe est incluse dans l'activité globale des équipes.

**Points forts :**

L'effectif médical de l'équipe de greffe est stable (médiane à 4), de même que l'effectif des chirurgiens (médiane à 3), des réanimateurs (médiane à 5), des anatomopathologistes (médiane à 2), des médecins microbiologistes (médiane à 1). L'effectif total des professionnels paramédicaux est en augmentation (médiane à 6,7 en 2007, à 1 en 2006). Cette augmentation semble artificielle. En effet, la liste des personnels n'est disponible que dans 62 %.

**Points à améliorer :**

Cette liste des personnels impliqués dans la greffe [priorité 2].

**Comparaison 2006 :**

En 2007, le nombre des chirurgiens en formation est en diminution (médiane à 1, alors qu'elle était à 2,5 en 2006), de même que le nombre de médecins anesthésistes (médiane à 5 alors qu'elle était à 7), et des radiologues (médiane à 2 en 2006, passée à 1 en 2007).

#### **4. LA CONTINUITE ET LA QUALITE DES SOINS**

Ce chapitre comporte 64 indicateurs (priorité 1 : 23 ; priorité 2 : 33 ; priorité 3 : 4 ; priorité 4 : 1 et NA : 1). Les réponses attendues sont : jamais, rarement, souvent, toujours.

Le taux de réponse est de 95 %.

##### **Points forts :**

L'organisation des soins intègre la communication des coordonnées téléphoniques nécessaires en cas d'urgence (100 %), une astreinte au centre de greffe accessible 24 h/24 (100 %) et la disponibilité des tableaux de service des gardes et astreintes (91 %). L'ensemble des centres de greffe est dans la capacité de prendre en charge la défaillance cardio-respiratoire. L'effectif et le tableau de service des réanimateurs expérimentés en greffe pulmonaire permettent d'assurer la continuité des soins (91, 7 %). Il en est de même pour les équipes de kinésithérapeutes expérimentés en greffe pulmonaire [toujours (50 %) ou souvent (41 %)]. Les réunions interdisciplinaires sont organisées, le plus souvent hebdomadaires ou mensuelles et traitent toujours de l'inscription et du suivi des patients en attente de transplantation (100 %), des patients greffés et incluent les protocoles thérapeutiques et l'organisation des soins dans les thèmes abordés.

La prise en charge des patients transplantés, leur suivi, font l'objet de protocoles de soins.

##### **Points à améliorer :**

L'effectif et le tableau de service des médecins expérimentés en greffe pulmonaire ne permettent d'assurer la continuité et la qualité des soins 24 h/24 que dans 66 % des cas [priorité 1].

La disponibilité des lits en réanimation n'est toujours assurée que dans 58 % des cas ou l'est souvent (33 %) [priorité 2].

Si presque la totalité des centres dispose d'une équipe d'anatomopathologistes expérimentés en greffe pulmonaire permettant le recueil, le traitement et l'analyse des prélèvements histologiques, rares sont ceux qui ont pu mettre en place un dispositif d'astreinte ( 33 %) [priorité 3].

La législation sur le temps de travail n'est pas toujours respectée [priorité 2] quelle que soit la spécificité des praticiens de même que le paiement des astreintes, en dehors des astreintes des praticiens anesthésistes (83 % affirment avoir une astreinte rémunérée) et celles des personnels para médicaux des blocs opératoires.

Les effectifs des psychologues expérimentés en greffe pulmonaire nécessaires à la prise en charge et au soutien des patients et de leurs proches ne sont pas toujours assurés [priorité 2].

Les effectifs des coordinateurs de transplantation ne permettent pas toujours (41 %) d'assurer la continuité et la qualité des soins pour répondre aux attentes et appels des patients [priorité 2].

Les réunions interdisciplinaires ne font pas toujours l'objet d'un compte rendu des décisions prises et les procédures de surveillance pré transplantation n'existent que dans 75 % des centres [priorité 2]. Il en est de même pour le suivi partagé des patients greffés, qui dans 33 % des cas, ne fait pas l'objet de procédures écrites [priorité 3].

### **Comparaison 2006 :**

La situation des effectifs et le tableau de service des médecins expérimentés en greffe pulmonaire semblent se dégrader depuis 2006 (toujours : 12 versus 8 en 2007).

Comme constaté en 2006 la rémunération des astreintes pour le prélèvement et la greffe n'est pas systématique et évolue peu. Cependant la reconnaissance de l'activité chirurgicale de prélèvement a été obtenue en 2008 et fait désormais l'objet d'une ligne budgétaire dédiée. Ceci devrait contribuer à améliorer la situation.

Les effectifs dédiés aux coordinations de transplantation paraissent également se dégrader par rapport à 2006.

## **5. INFORMATION POUR LE PATIENT**

Ce chapitre comporte 11 indicateurs dont 8 de priorité 2. Les réponses attendues sont : toujours, souvent, rarement, jamais. Le taux de réponse est de 95 %.

### **Points forts :**

Le patient reçoit une information par les intervenants impliqués dans sa prise en charge (100 %). L'information donnée porte sur l'indication de la transplantation (83 %), les modalités de suivi (75 %), les complications et les moyens de les prévenir (91 %), les conséquences d'une mauvaise compliance (83 %). Le plus souvent cette information est renouvelée lors de la prise en charge et s'intègre dans le processus d'inscription sur la liste d'attente de greffe.

### **Points à améliorer :**

L'information du patient est assurée, cependant 41% des centres affirment ne pas avoir de procédures écrites concernant l'information à délivrer [priorité 1] .

### **Comparaison 2006 :**

On note 7 données manquantes sur ce chapitre, alors que toutes les équipes avaient répondu à l'ensemble des questions en 2006. Les documents remis au patient et accompagnant l'information donnée s'est améliorée.

## **6 ACCES AU PROGRAMME DE GREFFE**

Ce chapitre comporte 6 indicateurs dont 4 de priorité 2. Il analyse l'inscription des patients sur les listes d'attente et les niveaux de priorité. Les réponses attendues sont binaires OUI/NON. Le taux de réponse est de 100%.

### **Points forts :**

L'inscription des patients sur la liste d'attente de transplantation est réalisée selon les critères validés. L'enregistrement des données du patient est réalisé sur un document type accessible lors des réunions multidisciplinaires et indexé au dossier du patient dans l'ensemble des centres. Le refus d'inscription est collégial, motivé et tracé.

La liste d'attente classe les patients selon leur gravité relative. Cette classification est régulièrement réévaluée.

### **Points à améliorer :**

L'informatisation des données, en dehors du dossier Cristal n'est effective que dans 58% des centres [priorité NA].

### **Comparaison 2006 :**

La classification des patients en attente de transplantation selon leur état de gravité s'est nettement améliorée de même que sa réévaluation régulière.

## **7 PRISE EN CHARGE DES GREFFONS**

Ce chapitre comporte 5 indicateurs dont 4 de priorité 1 et 2. Les réponses attendues sont binaires OUI/NON. Le taux de réponse est 100 %.

### **Points forts :**

Les refus de greffon sont motivés dans l'ensemble des centres et les causes d'échec précoce sont évaluées.

**Points à améliorer :**

L'évaluation à posteriori des propositions de greffon n'est effective que dans la moitié des centres [priorité 2], le devenir des greffons refusé n'est évalué que dans 33 % des centres [priorité NA] et la traçabilité du refus n'existe que dans 50 % des centres [priorité 2]

**Comparaison 2006 :**

L'évaluation du devenir des greffons refusés s'est détériorée, puisqu'en 2006, 76 % des équipes procédaient à cette évaluation.

**8 RELATIONS EQUIPE DE TRANSPLANTATION ET CORRESPONDANTS**

Ce chapitre comporte 9 indicateurs dont 4 non applicables, l'indicateur restant à valider. Les réponses attendues sont : toujours, souvent, rarement, jamais. Le taux de réponse est de 99 %.

**Points forts :**

Les médecins correspondants sont régulièrement informés le plus souvent par voie de courrier. Ils disposent de la possibilité de coordonnées téléphoniques en cas d'urgence dans 75 % des centres.

**Points à améliorer :**

Peu de médecins correspondants (33 %) reçoivent une fiche d'information décrivant les traitements de leurs patients, leurs effets secondaires ou indésirables [priorité 4]. Les protocoles et les modalités de suivi à destination des correspondants ne sont effectifs que dans la moitié des centres [priorité 4].

**Comparaison 2006 :**

Le taux de médecins recevant une fiche d'information décrivant les traitements de leurs patients et leurs effets secondaires ou indésirables a diminué (76 % des correspondants avaient cette information en 2006)

## **9 EVALUATION DES RESULTATS**

Ce chapitre comporte 6 indicateurs qui analysent l'enregistrement des données et les indicateurs de résultats.

Les réponses attendues sont binaires OUI/ NON. Le taux de réponse est de 100 %. 4 indicateurs ont un niveau de priorisation à 1, les autres à 2.

### **Points forts :**

L'enregistrement des données est organisé, leur mise à jour effective avant et après la transplantation par l'intermédiaire du dossier Cristal dans 91 % des centres et les TEC participent à cette mission. Les indicateurs de résultats existent dans l'ensemble des centres.

### **Points à améliorer :**

Les indicateurs de résultats ne sont suivis et analysés régulièrement en réunion multidisciplinaire que dans 75 % des centres de transplantation pulmonaire.

### **Comparaison 2006 :**

L'utilisation de Cristal s'est améliorée puisqu'en 2006, 69 % des centres l'utilisaient et que seulement 30 % réalisaient une mise à jour avant et après la transplantation et que 23 % des centres n'avaient pas d'indicateurs de résultats.

## **10 COMMUNICATION SCIENTIFIQUE ET FORMATION**

Ce chapitre comporte 11 indicateurs. Les réponses attendues sont binaires OUI /NON. Le taux de réponse est à 99 %. Il analyse la communication avec l'Agence, la recherche, et la formation.

### **Points forts :**

Le bilan d'activité transmis par l'Agence de la biomédecine est validé par l'ensemble des centres qui veillent à la mise à jour des connaissances.

**Points à améliorer :**

Seuls 25% des centres reçoivent une aide à la recherche alors que 66% d'entre eux développent ou participent à un programme de recherche ou à des programmes multicentriques.

La mise à disposition des informations concernant des recherches menées au plan national ou international n'est réalisée que dans 75 % [priorité 2] des centres et 33 % n'organisent pas de réunions de bibliographie [priorité 3] ni de mises à jour des connaissances en réunions multidisciplinaires [priorité 2]

## **CONCLUSION**

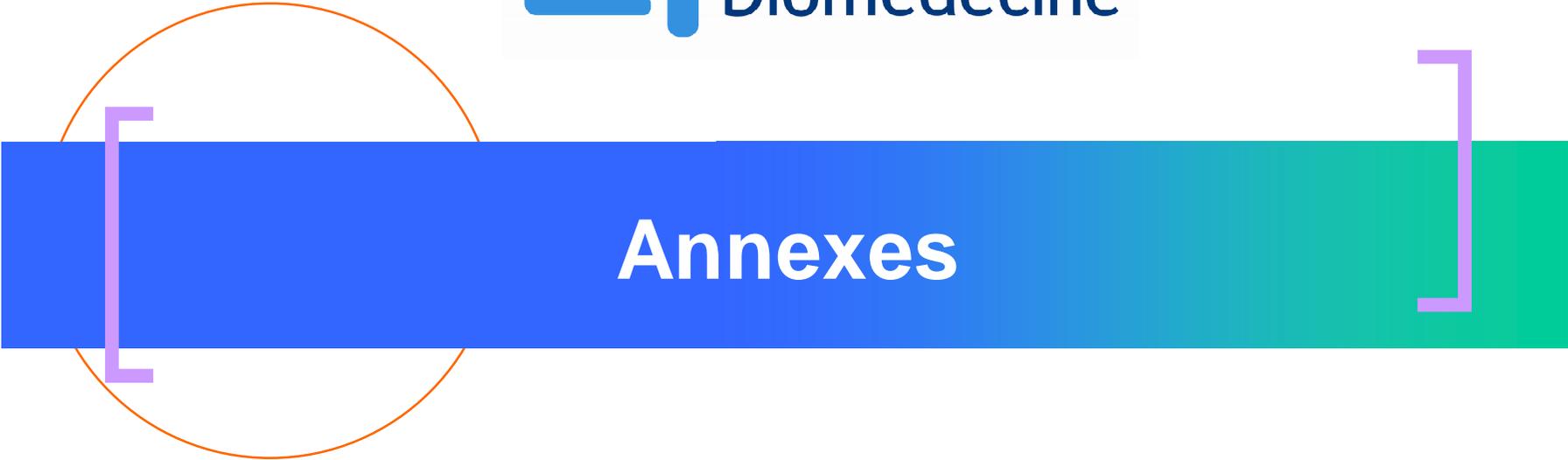
L'autoévaluation 2007 réalisée par les équipes de transplantation pulmonaire confirme pour l'essentiel les résultats de l'autoévaluation 2006. Il apparaît que :

1. Le niveau d'information des responsables des équipes de transplantation pulmonaire quant aux contrats d'objectifs et de moyens et au rapport financier global annuel reste insuffisant.
2. L'effectif des personnels médicaux et non médicaux impliqués dans l'activité de greffe n'est pas adapté avec un non respect très fréquent de la législation sur le temps de travail concernant tout particulièrement les chirurgiens et les équipes de suivi de transplantation.
3. La continuité des soins n'est pas toujours assurée comme elle le devrait.
4. L'évaluation à posteriori des propositions de greffon et la traçabilité des refus sont à parfaire.
5. Le contenu de l'information donnée aux médecins correspondants doit s'orienter sur les modalités et protocoles de suivi ainsi que sur les traitements instaurés afin d'améliorer le suivi des patients transplantés.
6. L'activité de recherche est délaissée avec une minorité de centres ayant une aide à la recherche et avec un nombre faible de publications scientifiques.

Ces constatations doivent cependant être prises en considération en tenant compte des limites du questionnaire utilisé, issu du référentiel du National Health Service. Certains indicateurs sont imprécis ou difficilement quantifiables (effectifs) d'autres absents (suivi après transplantation).

Le groupe qui a travaillé à la réalisation de la grille de recueil et qui associait des représentants des équipes et des personnels de l'Agence de la biomédecine a ouvert une voie nouvelle dans la prise en compte de standards de qualité. L'organisation des centres a également pu à cette occasion être revue.

Au vu des travaux antérieurs, il apparaît désormais nécessaire d'élaborer un nouveau référentiel en collaboration avec les équipes selon des objectifs précisés s'articulant sur les organisations devant être en place, tant en termes de management, de ressources humaines, que du processus global de prise en charge du suivi des patients en attente de greffe et transplanté. Ainsi conçu, le référentiel s'inscrit dans des standards propres à apporter aux équipes les outils nécessaires pour évaluer l'organisation de leur activité, démarche s'inscrivant dans une dynamique d'amélioration de la qualité, en lien avec le dispositif de certification des établissements de santé sous l'égide de la HAS et l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles pour les praticiens.



# Annexes

## ***Auto-évaluation pulmonaire 2007***

## ANNEXES

- 1. Composition groupes de travail**
- 2. Equipes concernées**
- 3. Correspondants et coordonnées équipes**
- 4. Résultats simplifiés 2006 - 2007**

## ANNEXE 1 : groupes de travail

	Groupe de travail Audit CNEH 2003-2005	Club qualité 2005 et auto-évaluation 2006	Groupe de travail auto-évaluation 2007
<b>Hors Agence :</b> - Equipes	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Bordeaux : JF. Velly, C. Dromer</li> <li>◆ Grenoble : C. Pison</li> <li>◆ Lyon : F. Tronc, JF. Mornex</li> <li>◆ Marseille : M. Reynaud Gaubert, P. Thomas</li> <li>◆ Nantes : M. Videcocq, P. Despins, A. Haloun, M. Treilhaud,</li> <li>Ile de France :</li> <li>◆ Clichy - Beaujon : M. Fournier, L. Benayoun, H. Mal, G. Leseche, O. Brugière</li> <li>◆ Paris - HEGP : C. Amrein</li> <li>◆ Paris - Pitié : A. Pavie</li> <li>◆ Suresnes - Foch : M. Stern, P. Loirat</li> <li>◆ Le Plessis-Robinson – Marie Lannelongue : P. Dartevelle</li> </ul>	Mr Olivier BRUGIERE Mr Philippe DARTEVELLE Mr Philippe DESPINS Mme Claire DROMER Mr Xavier DUCROCQ Mr Jean-Pierre DUPEYRON Mr Pierre FUENTES Mr Romain GUILLEMAIN Mr Romain KESSLER Mr Philippe LOIRAT Mr Hervé MAL Mr Gilbert MASSARD Mr Jean-François MORNEX Mr François PHILIT Mr Christophe PISON Mme Martine REYNAUD-GAUBERT Mr Redha SOUILAMAS Mr Marc STERN Mr Christophe PISON Mme Martine REYNAUD-GAUBERT	Mr Olivier BRUGIERE Mr Romain GUILLEMAIN Mr Romain KESSLER Mr Hervé MAL Mr Gilbert MASSARD Mr Jean-François MORNEX Mr Sacha MUSSOT Mr François PHILIT Mr Christophe PISON Mme Martine REYNAUD-GAUBERT Mr Redha SOUILAMAS Mr Marc STERN Mme Michèle TREILHAUD
- CNEH	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mr Roland CASH</li> <li>▪ Mme Evelyne CASH</li> <li>▪ Mr Philippe RENAUD</li> </ul>	Mme Martine REYNAUD-GAUBERT Mr Redha SOUILAMAS Mr Marc STERN Mr Pascal THOMAS Mme Michèle TREILHAUD Mr Jean-François VELLY Mr Michel VIDEOCQ	



	<b>Groupe de travail Audit CNEH 2003-2005</b>	<b>Club qualité 2005 et auto-évaluation 2006</b>	<b>Groupe de travail auto-évaluation Poumon 2006-2007</b>
<b><u>Agence :</u></b>	Mlle Christelle Cantrelle Mme Sophie Cohen, Mr Bernard Loty, Mme Nadine Ribet-Reinhart, Mr Denis Tixier, Mlle Anne Dumbavant	Mlle Christelle CANTRELLE Mr Philippe FOURCHTEIN Mr Philippe TUPPIN Mme Nadine RIBET-REINHART Mr Alain TENAILLON Mr Denis TIXIER	Mlle Christelle CANTRELLE Mr Alain TENAILLON Mr Denis TIXIER Mr François-Xavier LAMY Mr Hervé CREUSVAUX Mme Marie THUONG Mr Denis TIXIER

Mails des correspondants de l'Agence : prenom.nom@biomedecine.fr

## ANNEXE 2 : équipes concernées

Equipes* auditées CNEH 2003 – 2005	Equipes* auto-évaluées 2007
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beaujon / PJ7LA / 92 / Clichy / Po</li> <li>▪ Haut Leveque / BO5XA / 33 / Bordeaux / Po- CP</li> <li>▪ Foch / PF7LB / 92 / Suresnes / Po- CP</li> <li>▪ A. Michalon / GR3XA / 38 / Grenoble / Po- CP</li> <li>▪ HEGP / PG7XA / 75 / Paris / Po- CP</li> <li>▪ Louis Pradel / LY3LM / 69 / Lyon / Po- CP</li> <li>▪ Marie-Lannelongue /ML7XD / 92 / Le Plessis-Robinson / Po-CP</li> <li>▪ St Marguerite / MA4XN / 13 / Marseille / Po</li> <li>▪ Laennec / NN6XA / 44 / Nantes / Po-CP</li> <li>▪ Pitié / PI7XA / 75 / Paris /Po-CP</li> <li>▪ Hautepierre / ST2LA / 67 / Strasbourg / Po</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bichat (ex Beaujon) / PJ7LA / 75 / Paris / Po</li> <li>▪ Haut Leveque / BO5XA / 33 / Bordeaux / Po-CP</li> <li>▪ Foch / PF7LB / 92 / Suresnes /Po-CP</li> <li>▪ A. Michalon / GR3XA / 38 / Grenoble / Po-CP</li> <li>▪ HEGP / PG7XA / 75 / Paris / Po-CP</li> <li>▪ Louis Pradel, Lyon I et Lyon II / LY3LM-LY3XM-LY3XL / 69 / Lyon / Po-CP</li> <li>▪ Marie-Lannelongue/ ML7XD / 92 / Le Plessis-Robinson/ Po-CP</li> <li>▪ St Marguerite / MA4XN / 13 / Marseille / Po-CP</li> <li>▪ APHM Timone / MA4XE / 13 / Marseille / Po-CP</li> <li>▪ Laennec / NN6XA / 44 / Nantes / Po-CP</li> <li>▪ Hautepierre / ST2LA / 67 / Strasbourg / Po-CP</li> <li>▪ Rangueil / TO5XA / 31 / Toulouse /Po</li> </ul>

\* : Equipe / Code / Dpt / Ville / Activité°

° Activité : Po : Poumons CP : Cœur-Poumon

## ANNEXE 3 : correspondants et coordonnées équipes

Ville	Strasbourg	Lyon	Grenoble	Marseille	Marseille	Bordeaux	Toulouse	Nantes	Paris	Paris	Le Plessis Robinson	Suresnes
Hôpital/ CHU	HUS	Louis Pradel	A. Michallon	Sainte Marguerite	La Timone	Haut L'évêque	Larrey	Laennec	Bichat	HEGP	Marie Lannelongue	Foch
Code(s) équipe	ST2LA	LY3XM, LY3XL, LY3LM	GR3XA	MA4XN	MA4XE	BO5XA	TO5LP	NN6XA	PJ7LA	PB7XA	ML7XD	PF7LB
Médecins en charge du questionnaire	MASSARD Gilbert- KESSLER Romain	Jean-François MORNEX	SAINT RAYMOND C / FLEURENCE C.	REYNAUD- GAUBERT Martine	METRAS Dominique	VELLY Jean- François - DROMER Claire	DAHAN Marcel	TREILHAUD Michèle	BRUGIERE Olivier	AMREIN Catherine	MUSSOT Sacha / LEROY- LADURIE François	STERN Marc
Téléphone et/ou courrier	gilbert.massard@c hru-strasbourg.fr	0472357385 mornex@univ- lyon1.fr	0476767575	0491744619	0491386000	NR	0567771800 dahan.m@chu- toulouse.fr	0240165092	0140256914	0156093743	0140948568	0146252449
Chef de service chirurgical	WHILM Jean- Marie	NR*	BLIN Dominique	FUENTES Pierre	METRAS Dominique	VELLY Jean- François	DAHAN Marcel	DESPINS Philippe	LESECHE Guy	FABIANI Jean- Noël	Philippe DARTEVELLE	CHAPELIER Alain
Responsable chirurgical	MASSARD Gilbert	NR	NR	THOMAS Pascal	NR	NR	NR	NR	NR	LATREMOUILL E Christian- SOUILAMAS Rétha	NR	BONNETTE Pierre
Chef de service médical	QUOIX Elisabeth	NR	PISON Christophe	REYNAUD- GAUBERT Martine	VIARD Laurent	NR	DIDIER Alain	HALOUN Alain	FOURNIER Michel	NR	NR	STERN Marc

\* Non renseigné

Ville	Strasbourg	Lyon	Grenoble	Marseille	Marseille	Bordeaux	Toulouse	Nantes	Paris	Paris	Le Plessis Robinson	Suresnes
<b>Responsable médical</b>	KESSLER Romain	NR	NR	NR	NR	NR	CROGNIER Laure	NR	BRUGIERE Olivier- MAL Hervé	Catherine AMREIN- Romain GUILLEMAIN	LEROY- LADURIE François	NR
<b>Chef de service de réanimation</b>	DUPEYRON Jean- Pierre	NR	DURAND Michel	PAPAZIAN	CAMBOULIVES Jean	NR	PONTIER Sandrine	BLANLOEIL Yvonnick	MONTRAVERS Philippe	FABIANI Jean- Noël	STEPHAN François	LOIRAT Philippe
<b>Chef de service anesthésie</b>	DUPEYRON Jean- Pierre	NR	GIRARDET Pierre	KERBAUL	CAMBOULIVES Jean	NR	MEUSBURGER Bernard	NR	MONTRAVERS Philippe	SAFRAN	VIARD Pierre	FISCHLER Marc
<b>Référent de l'équipe pour l'Agence de la biomédecine</b>	FLICOTEAUX Henri	NR	PISON Christophe	JULLIAN- PAPOUIN Hélène	Jacques BORSARELLI	NR	CROGNIER Laure	TREILHAUD Michèle	BRUGIERE Olivier	Catherine AMREIN- Romain GUILLEMAIN	MUSSOT Sacha	NR
<b>TEC Cristal</b>	RAYEN Sheilla	NR	CHANAL Karine	LHUILIER- SANDRAGNE Dominique	LHUILIER- SANDRAGNE Dominique	NR	aucune	NR	ESNAUT Vanessa	PEZZELLA Veronica	Marie-José LEGUILLON	KUMAS Canaan
<b>Coordinateur (trice) de greffe</b>	WEILLER Marie- Andrée	NR	FLEURENCE C	NR	RAYMOND/BAY OR Frédérique	NR	BOUDET Francis	non renseigné	PEYSSONERIE Evelyne	VELUT Lisiane	DARTEVELLE Philippe	TEMAGOULT Leïla
<b>Coordinateur (trice) de prélèvement</b>	FLICOTEAUX Henri	NR	LAJOINIE, LEGOFF, REVEL, DIRUSCIO (IDE)	GEISSLER Alain	SOLANAS- NARDELLI- LUCCIANI- CASTELLANI	NR	NR	NR	NR	RONSMANS Eric	NR	NR
<b>Directeur de l'hôpital</b>	GUILLOT Patrick	NR	DEBAUPOUIS	VALLET Guy	BORSA Serge	NR	ROMATET Jean-Jacques	GUSTIN Pierre	BARRAUD Jean	De La ROCHE LAMBERT	HONTEBEYRIE Patrick	COTTARD Philippe

**ANNEXE 4 :**

**Résultats simplifiés Autoévaluation équipes pulmonaires 2006-2007**

## METHODOLOGIE / ANALYSE

Les 12 questionnaires des 12 équipes actives ont été évalués. Seuls les questionnaires remplis par, ou sous la tutelle, des responsables médicaux ou chirurgicaux identifiés à l'Agence ont été retenus.

L'ensemble des items inclus dans chaque chapitre se présente sous la forme de questions fermées (précodées). Pour coder les réponses, nous avons utilisé deux types de cotation en fonction de la description que nous voulons faire de tel ou tel point de l'évaluation, par soit une dichotomie simple « oui / non » soit une autre déclinée en quatre points « 1 jamais, 2 rarement, 3 souvent, 4 toujours ». La saisie est effectuée sur un tableur Access. Le présent document ne comporte que des tableaux simplifiés afin de faciliter la lecture et la compréhension. Les résultats bruts 2006-2007 sont disponibles auprès de l'Agence.

Exemple :

1. GESTION ET ORGANISATION HOSPITALIERE	NIVEAU DE PRIORISATION*	2007	2006
QUESTIONS		% de réponses positives	% de réponses positives
1-1 La direction hospitalière met-elle en place un contrat d'objectifs et de moyens avec les responsables du programme ?	1	25	23,08

Dans la version avec les résultats bruts :

### 1. GESTION ET ORGANISATION HOSPITALIERE

Question	2007			Total	2006			Total
	Non	Oui	manquant		Manquant	Non	Oui	
1-1 La direction hospitalière met-elle en place un contrat d'objectifs et de moyens avec les responsables du programme ?	9	3	0	12	2	8	3	13
	75	25	0		15,38	61,5	23,1	

## PRESENTATION ET DIFFUSION DES RESULTATS

Le rapport auto-évaluation 2007 est diffusé en priorité aux équipes auto-évaluées et à leur directeur d'établissement associé aux monographies individuelles. Ces monographies restent confidentielles et ne seront communiquées qu'après autorisation des responsables d'équipe.

## SOMMAIRE du REFERENTIEL

- 6. Gestion et organisation hospitalière
- 7. Effectif de l'équipe de prélèvement.....
- 8. Effectif de l'équipe de greffe .....
- 9. La continuité et la qualité des soins.....
  - a. Organisation .....
  - b. Urgences .....
  - c. Equipe chirurgicale (séniors).....
  - d. Equipe chirurgicale (juniors).....
  - e. Equipe médicale de pneumologie .....
  - f. Equipe d'anesthésie.....
  - g. Equipe de réanimation .....
  - h. Equipe d'anatomo-pathologie .....
  - i. Equipe de kinésithérapie.....
  - j. Cellule psychologique .....
  - k. Equipe de coordination .....
  - l. Equipe de bloc (personnels paramédicaux) ....
  - m. Réunions inter disciplinaires .....
  - n. Protocoles de soins .....
- 10. Information pour le patient .....
- 11. Accès au programme de greffe .....

  - a. L'inscription .....
  - b. La priorisation.....

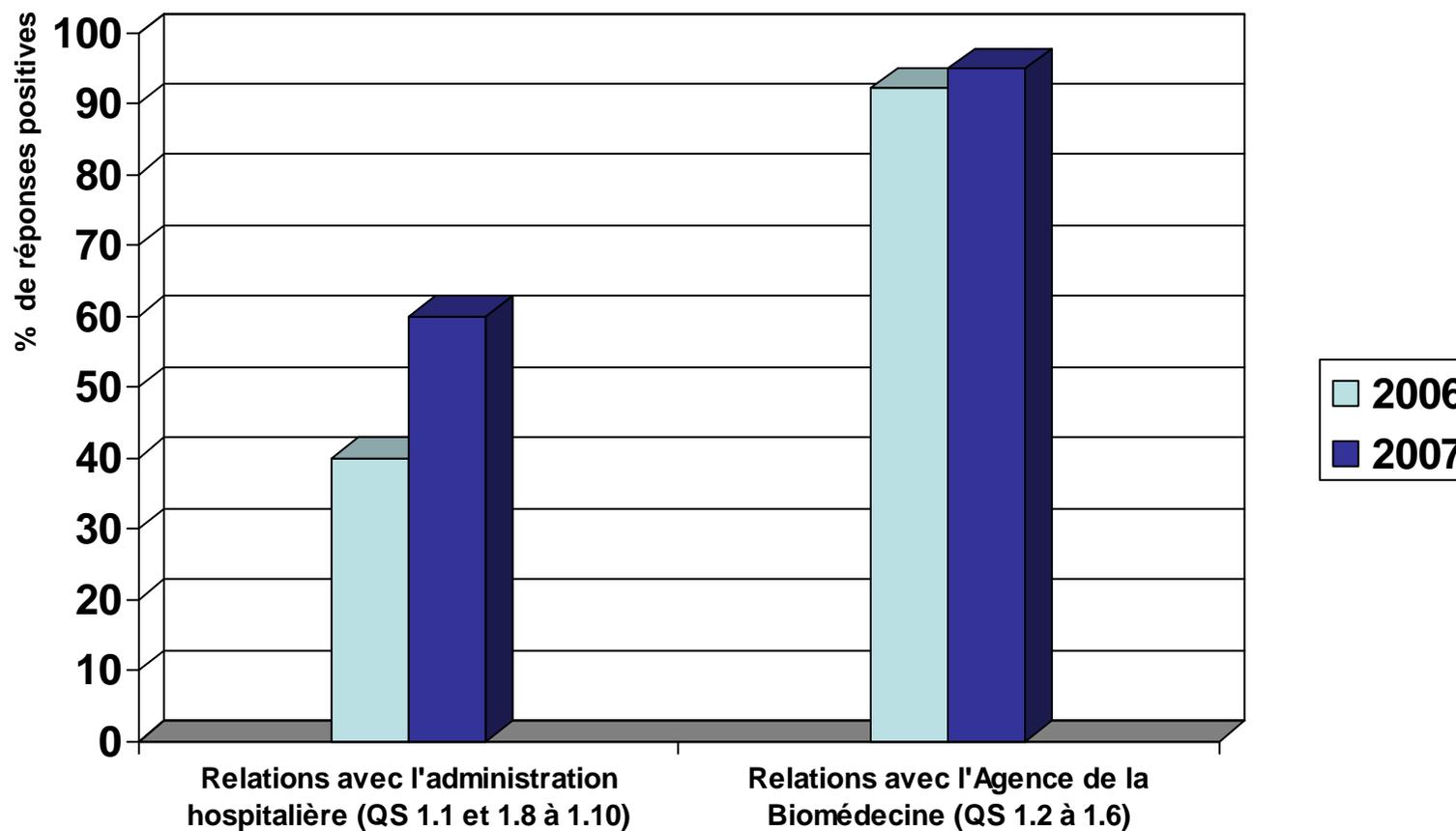
- 12. Prise en charge des greffons .....
- 13. Relations équipe de transplantation et correspondants .....
- 14. Evaluation des résultats .....

  - a. Enregistrement des données.....
  - b. Indicateurs de résultats .....

- 15. Communication scientifique et formation.....
  - a. Communication avec l'Agence de la biomédecine...
  - b. Recherche.....
  - c. Formation .....

# **1 . GESTION ET ORGANISATION HOSPITALIERE**

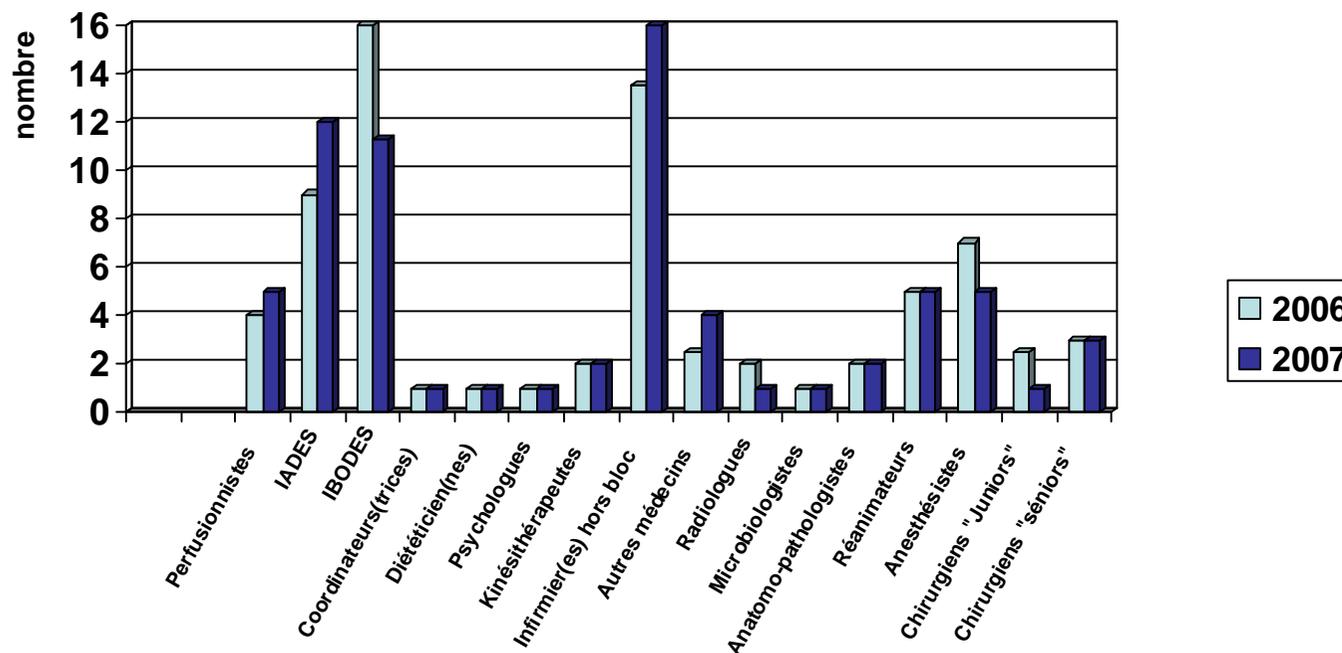
## **(prélèvement et greffe)**



1. GESTION ET ORGANISATION HOSPITALIERE	NIVEAU DE PRIORISATION*	2007	2006
QUESTIONS		% de réponses positives	% de réponses positives
1-1 La direction hospitalière met-elle en place un contrat d'objectifs et de moyens avec les responsables du programme ?	1	25	23,08
1-2 Deux responsables du programme de transplantation sont-ils identifiés (1 chirurgien et 1 médecin) ?	1	91,67	92,31
1-3 Ces responsables sont-ils signalés à l'Agence de la biomédecine ?	2	91,67	84,62
1-4 Les responsables du programme de greffe s'assurent-t-ils que l'équipe est parfaitement informée de la démarche d'auto-évaluation ?	2	100	100
1-5 Les responsables du programme de greffe s'assurent-t-ils d'une communication efficace entre tous les membres de l'équipe de transplantation ?	2	91,67	92,31
1-6 Les responsables du programme de greffe s'assurent-t-ils que l'équipe participe aux groupes de travail de l'Agence de la biomédecine ?	2	100	92,31
1-7 Les responsables du programme de greffe établissent t-ils un rapport d'activité annuel ?	2	66,67	69,23
1-8 La direction hospitalière informe-t-elle les responsables sur les coûts ?	2	50	38,46
1-9 La direction hospitalière informe-t-elle les responsables sur le suivi des consommations ?	2	58,33	38,46
1-10 La direction hospitalière informe-t-elle les responsables sur le rapport financier global annuel ?	1	50	30,77

\* Niveau 1 et 2 = objectif 100%, 3 = variable ou relatif, 4 = faible, NA = non applicable (voir explications page 5)

## 2. et 3. EFFECTIFS DE L'EQUIPE DE PRELEVEMENT ET DE GREFFE (médianes)



2. EFFECTIF DE L'EQUIPE DE PRELEVEMENT	NIVEAU DE PRIORISATION	2007		2006	
		Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
<b>QUESTIONS</b>					
2-1 Nombre de chirurgiens seniors réalisant les prélèvements ?	NA	3.25	2.75	3.46	3
2-2 Nombre de chirurgiens juniors hors internes (en formation) ?	NA	1.33	1	2	2
2-3 Nombre de médecins (anesthésistes et / ou réanimateurs et/ou coordinateurs ou autres) coordonnant les prélèvements ?	NA	3.55	1	4.75	0
2-4 Nombre de para-médicaux coordinateurs(trices), IBODES, IADES, perfusionnistes, etc coordonnant les prélèvements ?	NA	9.11	0	6.36	1
		Oui		Oui	
2-5 La liste des personnels identifiés précédemment (2.1 à 2.4) est-elle disponible?	2	100		53.85	

3, EFFECTIF DE L'EQUIPE DE GREFFE	NIVEAU DE PRIORISATION	2007		2006	
		Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
<b>QUESTIONS</b>					
3-1 Nombre total de professionnels médicaux de l'équipe de greffe ?	NA	9.67	4	9.15	4
3-2 Nombre total de professionnels para-médicaux de l'équipe de greffe ?	NA	37.47	6.75	32.57	1
3-3 Nombre de chirurgiens seniors réalisant les greffes ?	NA	3.18	3	3.46	3
3-4 Nombre de chirurgiens juniors hors internes (en formation) ?	NA	1.36	1	2.42	2.5
3-5 Nombre de médecins anesthésistes ?	NA	6.18	5	8.25	7
3-6 Nombre de médecins réanimateurs ?	NA	5.09	5	5.92	5
3-7 Nombre de médecins anatomo-pathologistes ?	NA	1.61	2	1.69	2
3-8 Nombre de médecins microbiologistes ?	NA	1.58	1	1.45	1
3-9 Nombre de médecins radiologues ?	NA	2.24	1	2.73	2
3-10 Nombre de médecins autres (pneumologues, cardiologues, etc,,) ?	NA	3.59	4	2.9	2.5
3-11 Nombre d'infirmier(es) (hors bloc) ?	NA	19.79	16	35.13	13.5
3-12 Nombre de kinésithérapeutes ?	NA	3.19	2	3.11	2
3-13 Nombre de psychologues ?	NA	0.74	1	1.08	1
3-14 Nombre de diététicien(nes) ?	NA	1.11	1	1	1
3-15 Nombre de coordinateurs(trices) ?	NA	0.83	1	1	1
3-16 Nombre d'IBODE ?	NA	15.26	11.3	17.44	16
3-17 Nombre d'IADE ?	NA	13.56	12	9.56	9
3-18 Nombre de perfusionnistes ?	NA	4.6	5	4.33	4
3-19 Nombre d'intervenants autres ? (précisez)	NA	1.3	0	2.33	1

\* Niveau 1 et 2 = objectif 100%, 3 = variable ou relatif, 4 = faible, NA = non applicable (voir explications page 5)

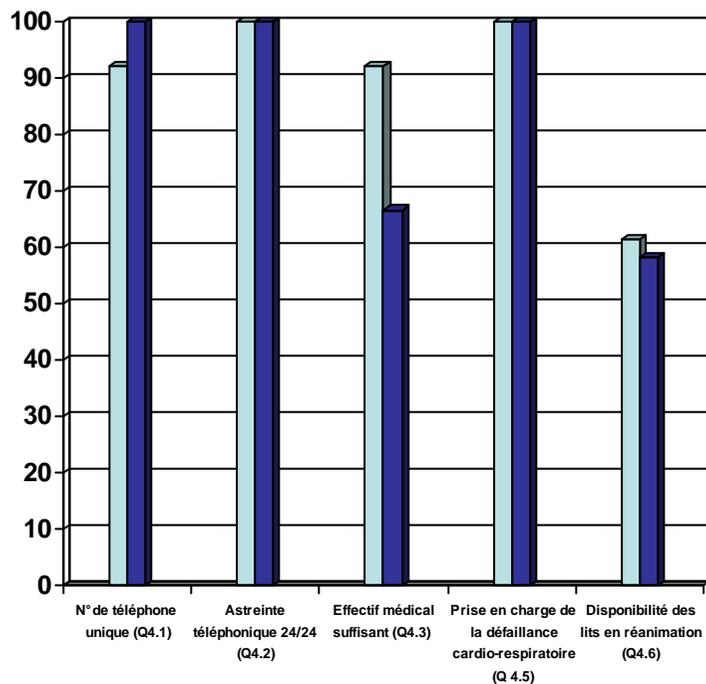


3, EFFECTIF DE L'EQUIPE DE GREFFE	NIVEAU DE PRIORISATION	2007	2006
QUESTIONS		% de réponses positives	% de réponses positives
3-20 La liste des personnels identifiés dans la partie 3 est-elle disponible ?	2	62,5	53,85

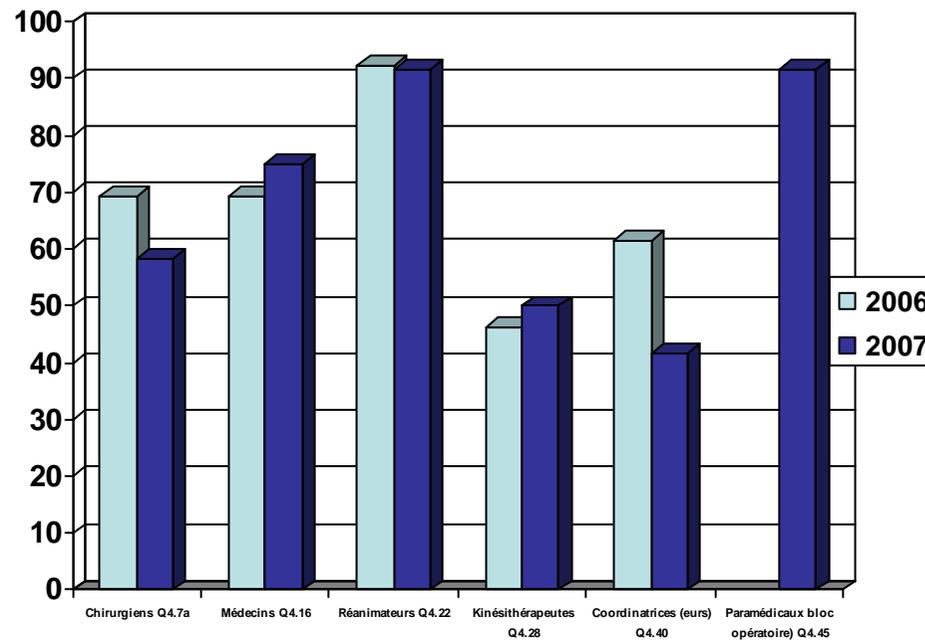
\* Niveau 1 et 2 = objectif 100%, 3 = variable ou relatif, 4 = faible, NA = non applicable (voir explications page 5)

## 4. LA CONTINUITE ET LA QUALITE DES SOINS

% de réponses positives



**Organisation et urgences**



**Effectifs adaptés**

SYNTHESE : CONTINUITE ET QUALITE DES SOINS	NIVEAU DE PRIORISATION	2007	2006
		% de réponses positives	% de réponses positives
<b>La continuité et la qualité des soins est assurée :</b>			
Numéro de téléphone unique	1	100	92,31
Astreinte 24/24	1	100	100
Prise en charge de la défaillance cardio-respiratoire	1	100	100
Disponibilité des lits en réanimation	2	58,33	61,54
Effectif et tableau de service chirurgiens séniors adaptés	1	58,33	69,23
Effectif et tableau de service équipe médecins expérimentés en transplantation pulmonaire adaptés	1	66,67	92,31
Effectif et tableau de service anesthésistes adaptés	1	75	69,23
Effectif et tableau de service réanimateurs adaptés	1	91,67	92,31
Effectif et tableau de service kinésithérapeutes adaptés	1	50	46,15
Effectif et tableau de service psychologues adaptés	1	16,67	15,38
Effectif et tableau de service coordinateurs adaptés	1	41,67	61,54
Effectif et tableau de service personnels paramédicaux (bloc) adaptés	1	91,67	
Effectif et tableau de service anatomopathologie adaptés	1	91,67	92,31

\* Niveau 1 et 2 = objectif 100%, 3 = variable ou relatif, 4 = faible, NA = non applicable (voir explications page 5)

4. CONTINUITE ET QUALITE des SOINS	NIVEAU DE PRIORISATION	2007	2006
QUESTIONS		% de réponses positives	% de réponses positives
<b>a. Organisation</b>			
4-1 Existe t'il une information écrite sur un numéro de téléphone unique à composer en cas de problème ?	1	100	92,31
4-2 Une astreinte téléphonique au centre de greffe est-elle accessible 24h/24 ?	1	100	100
4-3 L'effectif et le tableau de service des médecins expérimentés en greffe pulmonaire permettent-ils d'assurer la continuité et la qualité des soins 24h/24 ?	1	66,67	92,31
4-4 Le tableau de service et la liste de gardes et astreintes sont-ils disponibles ?	1	91,67	92,31
<b>b. Urgences</b>			
4-5 Le centre de greffe est-il capable de prendre en charge la défaillance cardio-respiratoire ?	1	100	100
4-6 La disponibilité des lits en réanimation est-elle assurée ?	2	58,33	61,54

\* Niveau 1 et 2 = objectif 100%, 3 = variable ou relatif, 4 = faible, NA = non applicable (voir explications page 5)

<b>c. Equipe chirurgicale seniors</b>		<b>NIVEAU DE PRIORISATION</b>	<b>2007</b>	<b>2006</b>
<b>QUESTIONS</b>			<b>% de réponses positives</b>	<b>% de réponses positives</b>
4-7a L'effectif et le tableau de service des chirurgiens seniors expérimentés en greffe pulmonaire permettent-ils d'assurer la continuité et la qualité des soins ?	1		<b>58,33</b>	<b>69,23</b>
4-7b L'effectif et le tableau de service des chirurgiens seniors expérimentés en greffe pulmonaire permettent-ils d'assurer le suivi ?	1		<b>58,33</b>	
4-8 La législation sur le temps de travail est-elle respectée ?	2		<b>0</b>	<b>0</b>
4-9 L'astreinte pour le prélèvement est-elle rémunérée ?	1		<b>66,67</b>	<b>58,33</b>
4-10 L'astreinte pour la greffe est-elle rémunérée ?	2		<b>66,67</b>	<b>41,67</b>
<b>d. Equipe chirurgicale juniors</b>				
4-11 Les juniors de l'équipe chirurgicale sont-ils formés aux prélèvements ?	1		<b>100</b>	<b>92,31</b>
4-12 Existe t'il une procédure écrite de formation ?	2		<b>58,33</b>	<b>69,23</b>
4-13 Pour devenir autonome, un junior doit-il avoir effectué un nombre minimum de prélèvements aidés ?	1		<b>91,67</b>	<b>76,92</b>
4-14 La formation est-elle validée par le responsable chirurgical du programme de greffe ?	1		<b>91,67</b>	<b>84,62</b>
4-15 La législation sur le temps de travail est-elle respectée ?	2		<b>0</b>	<b>0</b>

\* Niveau 1 et 2 = objectif 100%, 3 = variable ou relatif, 4 = faible, NA = non applicable (voir explications page 5)

e. Equipe de suivi de transplantation	NIVEAU DE PRIORISATION	2007	2006
QUESTIONS		% de réponses positives	% de réponses positives
4-16 L'effectif et le tableau de service des médecins expérimentés en greffe pulmonaire permettent-ils d'assurer la continuité et la qualité des soins ?	1	75	69,23
4-17 La législation sur le temps de travail est-elle respectée ?	2	8,33	15,38
4-18 L'astreinte est-elle rémunérée ?	2	41,67	38,46
f. Equipe d'anesthésie			
4-19 L'effectif et le tableau de service des anesthésistes expérimentés en greffe pulmonaire permettent-ils d'assurer la continuité et la qualité des soins ?	1	75	69,23
4-20 La législation sur le temps de travail est-elle respectée ?	2	66,67	69,23
4-21 L'astreinte est-elle rémunérée ?	2	83,33	84,62

\* Niveau 1 et 2 = objectif 100%, 3 = variable ou relatif, 4 = faible, NA = non applicable (voir explications page 5)

g. Equipe de réanimation	NIVEAU DE PRIORISATION	2007	2006
		% de réponses positives	% de réponses positives
<b>QUESTIONS</b>			
4-22 L'effectif et le tableau de service des réanimateurs expérimentés en greffe pulmonaire permettent-ils d'assurer la continuité et la qualité des soins ?	1	91,67	92,31
4-23 La législation sur le temps de travail est-elle respectée ?	2	58,33	53,85
<b>h. Equipe d'anatomo-pathologie</b>			
4-25 Le centre bénéficie t'il d'un anatomo-pathologiste senior expérimenté en greffe pulmonaire ?	1	100	92,31
4-26 L'organisation du service d'anatomo-pathologie permet-il le recueil, le traitement et l'analyse des prélèvements histologiques toute l'année ?	1	91,67	92,31
4-27 Un dispositif d'astreinte est-il mis en place ?	3	33,33	30,77
<b>i. Equipe de kinésithérapie</b>			
4-28 L'effectif et le tableau de service des kinésithérapeutes expérimentés en greffe pulmonaire permettent-ils d'assurer la continuité et la qualité des soins ?	1	50	46,15
4-29 Le centre a-t'il accès aux services d'un kinésithérapeute 7J/7 ?	1	66,67	61,54
4-30 Un système d'astreinte téléphonique est-il établi pour les urgences ?	3	33,33	15,38
4-31 La législation sur le temps de travail est-elle respectée ?	2	83,33	84,62
4-32 L'astreinte est-elle rémunérée ?	2	58,33	38,46

\* Niveau 1 et 2 = objectif 100%, 3 = variable ou relatif, 4 = faible, NA = non applicable (voir explications page 5)

j. Cellule psychologique	NIVEAU DE PRIORISATION	2007	2006
QUESTIONS		% de réponses positives	% de réponses positives
4-33 L'effectif et le tableau de service des psychologues expérimentés en greffe pulmonaire pour la prise en charge et le soutien des patients et de leurs proches sont-ils assurés ?	2	16,67	15,38
4-34 Le centre a-t-il accès à leurs services 7j/7 ?	3	25	0
4-35 Un système d'astreinte téléphonique est-il établi pour les urgences ?	4	8,33	7,69
4-36 La législation sur le temps de travail est-elle respectée ?	2	66,67	76,92
4-37 L'astreinte est-elle rémunérée ?	2	8,33	0
4-38 Une mise à jour régulière des coordonnées et des plannings des référents psychologues est-elle faite ?	2	66,67	46,15
4-39 Le planning des psychologues est-il disponible ?	2	66,67	46,15

\* Niveau 1 et 2 = objectif 100%, 3 = variable ou relatif, 4 = faible, NA = non applicable (voir explications page 5)

k. Equipe de coordination		NIVEAU DE PRIORISATION	2007		2006	
QUESTIONS			% de réponses positives		% de réponses positives	
4-40 L'effectif et le tableau de service des coordinatrices(eurs) de transplantation permettent d'assurer la continuité et la qualité des soins pour répondre aux attentes et appels des patients ?		2	41,67		61,54	
4-41 L'effectif et le tableau de service des coordinatrices(eurs) de transplantation permettent d'assurer la continuité et la qualité des soins pour organiser et planifier les séjours hospitaliers et les consultations ?		2	58,33		61,54	
4-43 La législation sur le temps de travail est-elle respectée ?		2	33,33		0	
4-44 L'astreinte est-elle rémunérée ?		2	0		0	
I. Equipe de bloc (personnels paramédicaux)						
4-45 L'effectif et le tableau de service des personnels paramédicaux qualifiés de bloc opératoire permettent-ils d'assurer la continuité et la qualité des soins ?		1	91,67			
4-46 La législation sur le temps de travail est-elle respectée ?		2	91,67			
4-47 L'astreinte est-elle rémunérée ?		2	91,67			
4-48 L'organigramme du bloc est-il disponible ?		2	91,67			

\* Niveau 1 et 2 = objectif 100%, 3 = variable ou relatif, 4 = faible, NA = non applicable (voir explications page 5)

m. Réunions interdisciplinaires	NIVEAU DE PRIORISATION	2007	2006
QUESTIONS		% de réponses positives	% de réponses positives
4-49 Des réunions interdisciplinaires sont-elles organisées ?	1	100	100
4-50 Fréquence des réunions ?	NA		
4-51 Un compte-rendu mentionnant les personnes présentes et les décisions prises est-il fait à chaque réunion ?	2	58,33	61,54
4-53 Les thèmes abordés comprennent ils l'inscription et le suivi de la liste d'attente ?	1	100	100
4-54 Les thèmes abordés comprennent ils le devenir des patients greffés (morbi-mortalité) ?	1	100	100
4-55 Les thèmes abordés comprennent ils les protocoles thérapeutiques et d'investigations ?	2	100	92,31
4-56 Les thèmes abordés comprennent ils l'organisation des soins ?	2	91,67	69,23

\* Niveau 1 et 2 = objectif 100%, 3 = variable ou relatif, 4 = faible, NA = non applicable (voir explications page 5)

n. Protocoles de soins	NIVEAU DE PRIORISATION	2007	2006
QUESTIONS		% de réponses positives	% de réponses positives
4-57 Les protocoles de soins sont-ils écrits, datés et renouvelés ?	1	83,33	61,54
4-58 Le centre établit il des procédures écrites pour l'évaluation des candidats à une transplantation pulmonaire ?	2	100	92,31
4-59 Le centre établit il des procédures écrites pour la surveillance avant la transplantation ?	2	75	76,92
4-60 Le centre établit il des procédures écrites pour la gestion de l'appel de greffe ?	2	91,67	84,62
4-61 Le centre établit il des procédures écrites pour la gestion de la période opératoire ?	2	91,67	84,62
4-62 Le centre établit il des procédures écrites pour les protocoles thérapeutiques ?	2	100	84,62
4-63 Le centre établit il des procédures écrites pour les modalités de suivi post-transplantation ?	2	100	100
4-64 Le centre établit il des procédures écrites pour le suivi partagé éventuel ?	3	66,67	53,85

\* Niveau 1 et 2 = objectif 100%, 3 = variable ou relatif, 4 = faible, NA = non applicable (voir explications page 5)

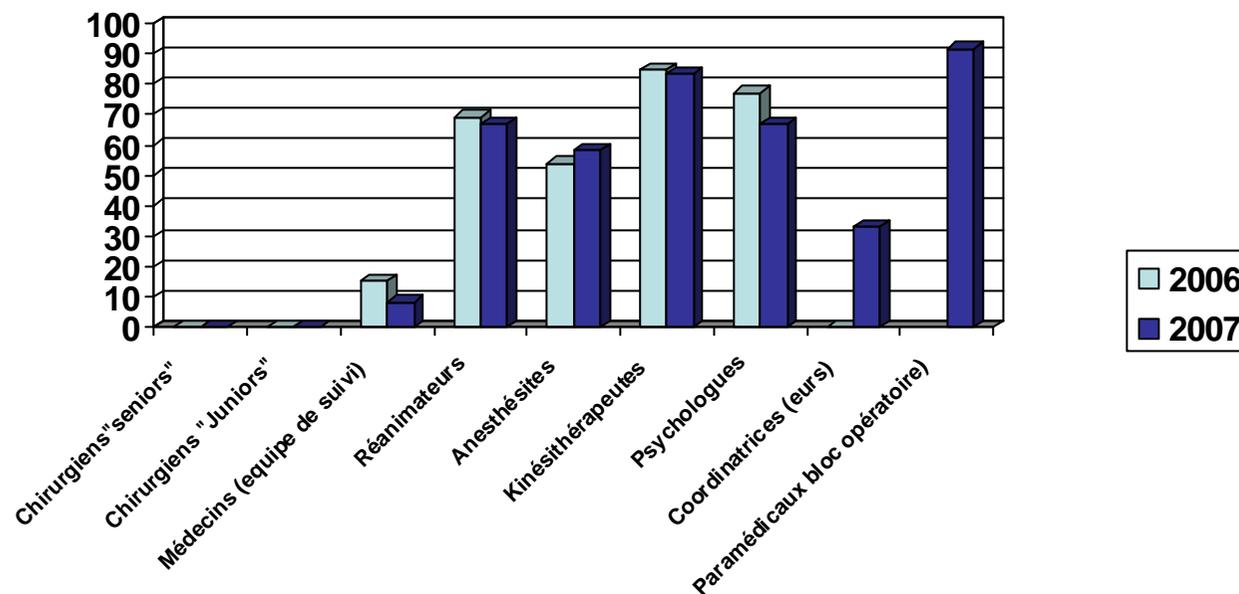


SYNTHESE : LEGISLATION SUR LE TEMPS DE TRAVAIL		NIVEAU DE PRIORISATION	2007	2006
La législation sur le temps de travail est-elle respectée ?			% de réponses positives	% de réponses positives
Chirurgiens séniors		2	0	0
Chirurgiens juniors		2	0	0
Equipe de suivi de transplantation (médecins.....)		2	8,33	15,38
Anesthésistes		2	66,67	69,23
Réanimateurs		2	58,33	53,85
Kinésithérapeutes		2	83,33	84,62
Psychologues		2	66,67	76,92
Coordinateurs		2	33,33	0
Personnels paramédicaux (bloc)		2	91,67	

\* Niveau 1 et 2 = objectif 100%, 3 = variable ou relatif, 4 = faible, NA = non applicable (voir explications page 5)

### La législation sur le temps de travail est-elle respectée ?

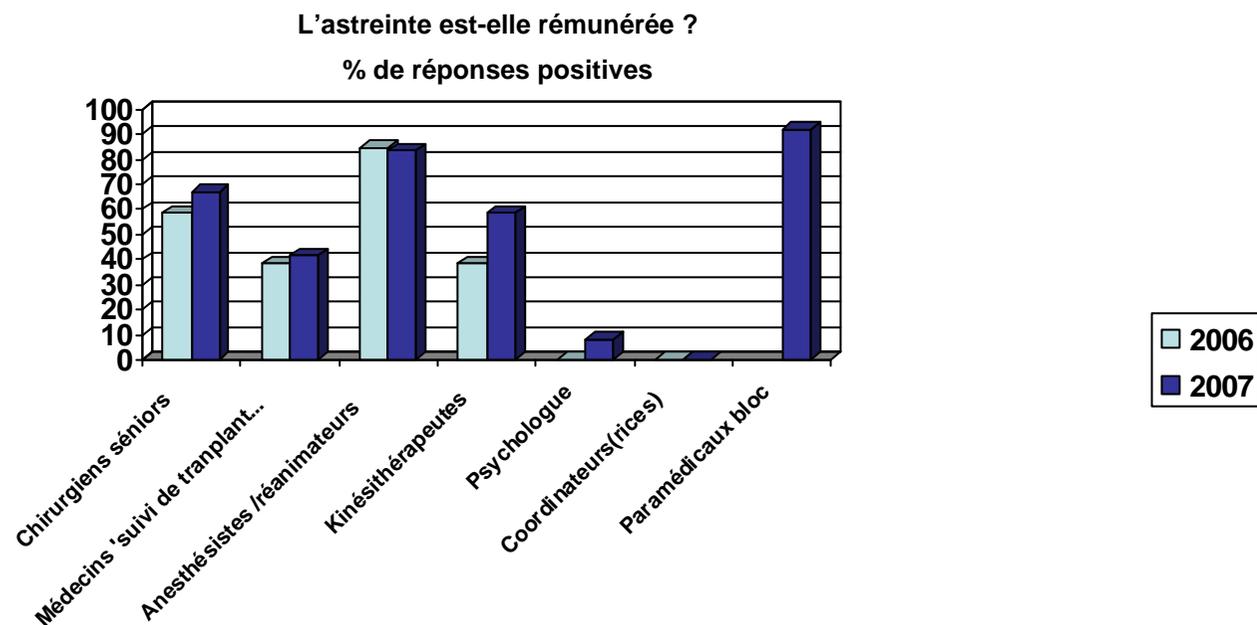
% de réponses positives





SYNTHESE : REMUNERATION		NIVEAU DE PRIORISATION	2007	2006
L'astreinte est-elle rémunérée ?			% de réponses positives	% de réponses positives
Chirurgiens séniors	1	66,67	58,33	
Equipe de suivi de transplantation	2	41,67	38,46	
Anesthésistes/réanimateurs	2	83,33	84,62	
Kinésithérapeutes	2	58,33	38,46	
Psychologues	2	8,33	0	
Coordinateurs	2	0	0	
Personnels paramédicaux (bloc)	2	91,67		

\* Niveau 1 et 2 = objectif 100%, 3 = variable ou relatif, 4 = faible, NA = non applicable (voir explications page 5)



# 5. INFORMATION POUR LE PATIENT

## ET SON ENTOURAGE

5. INFORMATION POUR LE PATIENT ET SON ENTOURAGE	NIVEAU DE PRIORISATION	2007	2006
QUESTIONS		% de réponses positives	% de réponses positives
5-1 Existe t'il une procédure écrite de l'information à délivrer ?	1	58,33	38,46
5-2 La remise d'un dossier et/ou des fiches d'information au patient est-elle assurée ?	2	83,33	53,85
5-3 La multidisciplinarité des intervenants pour délivrer cette information (médecin, chirurgien, psychologue, infirmière coordinatrice...) est-elle assurée ?	2	100	92,31
5-4 Existe t'il un lien de communication rapide fiable, permanent (téléphone ou autre ) entre le patient en attente et l'équipe médico-chirurgicale ?	1	100	100
5-5 L'information concerne t'elle les résultats de l'équipe ?	3	66,67	76,92
5-6 L'information concerne t'elle les particularités selon l'indication et le cas propre du patient ?	2	83,33	100
5-7 Les protocoles (médicaux et chirurgicaux) et les modalités de suivi sont-ils connus du patient ?	2	75	
5-8 L'information concerne t'elle les complications possibles et les moyens employés pour les prévenir ?	2	91,67	92,31
5-9 L'information concerne t'elle les conséquences d'une mauvaise compliance ?	2	83,33	92,31
5-10 Cette information est-elle réitérée ?	2	75	61,54
5-11 Cette information fait-elle partie du processus d'inscription ?	2	91,67	84,62

\* Niveau 1 et 2 = objectif 100%, 3 = variable ou relatif, 4 = faible, NA = non applicable (voir explications page 5)

## 6. ACCES AU PROGRAMME DE GREFFE

6. ACCES AU PROGRAMME DE GREFFE	NIVEAU DE PRIORISATION	2007	2006
QUESTIONS		% de réponses positives	% de réponses positives
<b>a. L'inscription</b>			
6-1 L'inscription est-elle faite sur des critères actualisés ?	2	100	92,31
6-2 La formalisation des critères d'inscription comprend elle l'enregistrement des données dans un document type, accessible lors de la réunion multidisciplinaire d'évaluation et indexé dans le dossier du patient ?	1	100	100
6-3 La formalisation des critères d'inscription comprend elle l'informatisation (autre que Cristal) du dossier des patients ?	NA	58,33	76,92
6-4 La formalisation des critères d'inscription comprend elle la collégialité de la décision d'inscription ?	1	100	100
<b>b. La priorisation</b>			
6-5 La liste d'attente classe-t-elle les patients les uns par rapport aux autres selon leur gravité relative ?	2	91,67	53,85
6-6 Cet ordre est-il régulièrement réévalué ?	2	100	23,08
6-7 Le refus d'inscription est-il collégial et motivé par écrit ?	2	91,67	100

\* Niveau 1 et 2 = objectif 100%, 3 = variable ou relatif, 4 = faible, NA = non applicable (voir explications page 5)

## 7. PRISE EN CHARGE DES GREFFONS

7. PRISE EN CHARGE DES GREFFONS	NIVEAU DE PRIORISATION	2007	2006
QUESTIONS		% de réponses positives	% de réponses positives
7-1 L'équipe de greffe évalue-t-elle à postériori ses propositions de greffons ?	2	50	76,92
7-2 L'équipe de greffe évalue-t-elle le devenir des greffons qu'elle à refusé ?	NA	33,33	76,92
7-3 L'équipe de greffe évalue-t-elle les causes d'échec précoce ?	2	100	100
7-4 Les raisons du refus d'un greffon sont-elles motivées ?	1	100	92,31
7-5 Une traçabilité des refus existe-t-elle ?	2	50	61,54

\* Niveau 1 et 2 = objectif 100%, 3 = variable ou relatif, 4 = faible, NA = non applicable (voir explications page 5)

## 8. RELATION EQUIPE DE TRANSPLANTATION

### PULMONAIRE ET CORRESPONDANTS

8. RELATION ENTRE EQUIPE DE TRANSPLANTATION PULMONAIRE ET CORRESPONDANTS	NIVEAU DE PRIORISATION	2007	2006
QUESTIONS		% de réponses positives	% de réponses positives
8-1 Les médecins correspondants sont-ils informés régulièrement ?	1	100	100
8-2 Si oui, par courriers ?	NA	91,67	84,62
8-3 Si oui, par dossier partagé ?	NA	0	15,38
8-4 Si oui, autres ? (précisez)	NA	0	0
8-5 Les médecins correspondants peuvent ils disposer d'un numéro de téléphone unique a appeler en cas d'urgence ?	2	75	38,46
8-7 Les médecins correspondants reçoivent-ils une fiche d'information décrivant les traitements de leurs patients et leurs effets secondaires ou indésirables ?	4	33,33	76,92
8-9 Les protocoles et les modalités de suivi sont-ils disponibles pour ces médecins ?	NA	50	61,54

\* Niveau 1 et 2 = objectif 100%, 3 = variable ou relatif, 4 = faible, NA = non applicable (voir explications page 5)

## 9. EVALUATION DES RESULTATS

9 - ÉVALUATION DES RESULTATS	NIVEAU DE PRIORISATION	2007	2006
		% de réponses positives	% de réponses positives
<b>QUESTIONS</b>			
<b>a. Enregistrement des données</b>			
9-1 L'organisation de l'équipe permet-elle la collecte exhaustive des données dans Cristal ?	1	91,67	69,23
9-2 La mise à jour avant et après greffe est-elle faite systématiquement dans Cristal ?	1	91,67	30,77
9-3 Le(s) TEC participent-ils / elles à cette collecte ?	1	91,67	69,23
9-4 Existe t'il un responsable de ces taches ?	1	91,67	30,77
<b>b. Indicateurs de résultats</b>			
9-5 Existent-ils ?	2	100	76,92
9-6 Sont-ils régulièrement suivis et analysés en réunion multidisciplinaire ?	2	75	69,23

\* Niveau 1 et 2 = objectif 100%, 3 = variable ou relatif, 4 = faible, NA = non applicable (voir explications page 5)

# 10. COMMUNICATION SCIENTIFIQUE ET FORMATION

10 - COMMUNICATION SCIENTIFIQUE ET FORMATION	NIVEAU DE PRIORISATION	2007	2006
QUESTIONS		% de réponses positives	% de réponses positives
<b>a. Communication avec l'Agence</b>			
10-1 Etes-vous en accord avec le bilan d'activité qui vous est transmis par l'Agence de la biomédecine ?	NA	100	100
<b>b. Recherche</b>			
10-3 L'équipe développe t'elle un (des) programme(s) de recherche ?	2	66,67	53,85
10-4 L'équipe participe t'elle à un (des) programme(s) de recherche ?	2	66,67	69,23
10-5 L'équipe participe t'elle à un des programmes multicentriques ?	2	75	23,08
10-6 L'équipe bénéficie t'elle d'aide(s) à la recherche ?	NA	25	30,77
10-7 Nombre de publications (revues à comité de lecture) des 12 derniers mois ?	NA	2,73	5,9 < 2007
10-8 L'équipe veille-t-elle à la mise à jour des connaissances ?	1	100	100
10-9 L'équipe met-elle à disposition les informations concernant le résultat des recherches menées au plan national et international ?	2	75	9231
10-10 L'équipe organise-t-elle des séances de bibliographie ?	3	66,67	53,85
10-11 L'équipe formalise-t-elle des mises à jour des connaissances en réunions multidisciplinaires ?	2	66,67	53,85

\* Niveau 1 et 2 = objectif 100%, 3 = variable ou relatif, 4 = faible, NA = non applicable (voir explications page 5)