



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
CENTRE DE SOINS DE  
LONGUE DURÉE DE LUZY**

**5-7 avenue Hoche  
58170 LUZY**

**MARS 2019**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	7
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	7
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	7
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	7
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	7
5. SUIVI DE LA DÉCISION	7
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	8
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	8
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	8
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	9
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	10
DROITS DES PATIENTS	14
PARCOURS DU PATIENT	18
DOSSIER PATIENT	23
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	27

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

La certification mise en œuvre par la Haute Autorité de santé a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé. Elle tient compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients.

Il s'agit d'une procédure obligatoire qui intervient périodiquement tous les 4 ans.

La certification consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge des patients. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer l'existence et la maturité de projets relatifs à la qualité et à la sécurité et en conséquence, la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques.

Pour conduire son évaluation, la Haute Autorité de santé se réfère à un référentiel qu'elle a élaboré : le Manuel de certification publié sur son site internet. La version du Manuel de certification applicable est celle en vigueur à la date de la visite.

Si elle ne se substitue pas aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire diligentés par les autorités de tutelle, la certification fournit aux ARS une évaluation externe qualifiée sur le niveau de maturité des différentes composantes de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé.

Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif mis en place (référentiel général, visite non exhaustive, experts-visiteurs généralistes) porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à analyser spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

## 2. La certification V2014

Le développement d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé nécessite une étape première de développement d'une culture partagée et d'une maîtrise des processus transversaux clés pour la qualité et la sécurité des soins.

Avec la V2014, la certification évalue :

- l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour tout ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité ;
- les résultats obtenus mesurés par l'atteinte d'un niveau de qualité et de sécurité sur des critères jugés essentiels à savoir les « pratiques exigibles prioritaires » (PEP).

Ce double regard permet à la certification de s'adapter aux diverses situations des établissements et offre à ces derniers un diagnostic régulier favorisant l'actualisation des plans d'actions d'amélioration, tant sur les aspects managériaux que sur les aspects opérationnels.

Pour la V2014, la HAS a choisi une approche par thématique. Une liste de thématiques a été établie qui fait la correspondance avec les critères du Manuel de certification.

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé établit un programme de visite comprenant :

1. Des audits sur :

- des thématiques communes à tous les établissements de santé ;
- des thématiques spécifiques à l'établissement définies par la HAS après analyse du compte qualité de l'établissement, du document d'interface HAS-établissement-Tutelles et de toute autre information dont elle a eu connaissance.

• et, par exception, sur des thématiques supplémentaires ajoutées en visite dans le cas où un dysfonctionnement est observé sur une thématique non inscrite au programme initial de visite.

2. Des investigations selon la méthode du patient-traceur : cette dernière permet d'évaluer la prise en compte des critères de la certification dans le registre de la prise en charge réelle d'un patient.

Le présent rapport rend compte de l'évaluation réalisée par les experts-visiteurs sur l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité (avec une obligation de résultat sur des critères jugés prioritaires - les PEP) ainsi que sur la maturité des démarches qualité risques, en particulier leur déploiement au plus près des équipes et de la prise en charge des patients.

Etabli après une phase contradictoire avec l'établissement, le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle. Il est rendu public.

### 3. Les niveaux de certification

Sur chaque thématique investiguée en visite, la Haute Autorité de santé peut prononcer :

- des recommandations d'amélioration,
- des obligations d'amélioration,
- des réserves.

Les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves traduisent le niveau de maturité de chaque thématique évaluée c'est-à-dire la capacité de l'établissement à maîtriser les risques identifiés, à atteindre les objectifs de la thématique et à fonctionner selon un dispositif d'amélioration continue. La maturité de chaque thématique est fondée sur les conformités et écarts identifiés au cours de la visite de certification, pour chaque sous-étape du « PDCA » ; l'ensemble répondant à la définition d'un niveau de maturité objectivé dans une grille de maturité établie par la HAS.

Dans certaines situations, les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves peuvent traduire l'existence d'une situation à risque pour les personnes non maîtrisée par l'établissement.

Au final, la HAS décide, les niveaux de certification suivants :

- une décision de certification (A),
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs recommandations d'amélioration (B) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs obligations d'amélioration (C) (et d'éventuelles recommandations d'amélioration) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de non-certification (E).

La HAS peut également décider de surseoir à statuer pour la certification (D) en raison de réserves sur les thématiques investiguées en visite, ou d'un avis défavorable à l'exploitation des locaux rendu par la commission qui en est chargée dans chaque département.

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source.
Élément d'investigation obligatoire	Élément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart.
Maturité	Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé.
Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i>	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> <li>- P = Plan : prévoir</li> <li>- D = Do : réaliser</li> <li>- C = Check : évaluer</li> <li>- A = Act : agir ou réagir</li> </ul>
Objectifs et programme de visite	Les objectifs de visite, établis en amont de la visite par la HAS, consistent à contextualiser les audits sur des thématiques communes à tous les établissements, motiver le choix des audits sur des thématiques spécifiques à l'établissement (1 à 3 audits) et définir les investigations selon la méthode du patient-traceur. Cela se traduit, pour chaque établissement, par l'élaboration d'un programme de visite.
Patient traceur : <i>Sigle PT</i>	Méthode d'évaluation rétrospective qui consiste, à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé, à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.
Preuve	Justification de l'écart, c'est-à-dire ce qui a été observé ou entendu au travers des différents entretiens, visites terrain ou patient traceur.
Qualification des écarts	Niveau de criticité de l'écart identifié et conformité en synthèse collective. Il existe en 3 niveaux de qualification : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels.</li> <li>o Ou, écart qui n'entraîne pas de risque de rupture de système (par exemple, par manque d'antériorité, de structuration et/ou d'appropriation).</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels</li> <li>o Ou, écart indiquant une rupture du système.</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart indiquant des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients ou des professionnels de manière grave et immédiate et pour lequel il n'existe aucune mesure appropriée de récupération ou d'atténuation</li> <li>o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.</li> </ul> </li> </ul>
Référentiel applicable	Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

**2.1 La caractérisation générale** qui précise la problématique de la thématique. Cette partie, élaborée par la HAS, est identique pour tous les établissements de santé.

### 2.2 Les résultats de l'établissement :

- a. **Une représentation graphique** permet à l'établissement de visualiser son niveau de maturité à partir des colorations obtenues et d'évaluer sa marge de progrès.
- b. **Une synthèse générale sur le niveau de maîtrise de la thématique.** Rédigée selon les étapes du PDCA, elle présente les conformités et les écarts observés lors de l'audit processus et intègre le cas échéant, les constats des évaluations par patient-traceur.
- c. **Un tableau des écarts** qui recense l'ensemble des écarts relevés, tels qu'énoncés dans la synthèse. Chaque écart y est qualifié et rattaché au référentiel applicable. **Non publié**, ce tableau n'est à disposition que de l'établissement qui peut ainsi savoir précisément, ce qui doit être amélioré.

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE DE SOINS DE LONGUE DUREE DE LUZY	
Adresse	5-7 avenue hoche 58170 Luzy
Département / région	NIEVRE / BOURGOGNE/FRANCHE-COMTE
Statut	Public
Type d'établissement	Hopital Local

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	580970978	CENTRE DE LONG SEJOUR DE LUZY	5-7 avenue hoche 58170 Luzy
Etablissement de santé	580972701	CENTRE DE SOINS DE LONGUE DUREE DE LUZY	5-7 avenue hoche Bp 57 58170 Luzy

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
SLD	SLD	30

<b>Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité</b>	/
---	---

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	GIP LUZY SANTE entre le Centre de soins de longue durée de LUZY et la Clinique du Morvan de LUZY, renouvelé en 2015 GHT de la Nièvre le 01/07/2016
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'établissement avec obligation d'amélioration (C).

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### Obligations d'amélioration

Parcours du patient  
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

### Recommandation d'amélioration

Dossier patient

## 3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles ont été visées par l'Agence Régionale de Santé.

## 4. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de santé

La participation de l'établissement au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de santé est effective.

## 5. Suivi de la décision

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans un délai de 2 mois, indiquant les actions correctives conduites sur l'ensemble de ses obligations d'amélioration. Au terme de l'analyse de ce compte qualité supplémentaire, la HAS peut décider la certification de l'établissement éventuellement assorties de recommandations d'amélioration ou d'organiser une visite de suivi sur les obligations d'amélioration définies dans le rapport de certification.



# PROGRAMME DE VISITE

La Haute Autorité de santé a défini des objectifs de visite, établis sous forme d'une liste de thématiques à auditer et de patients-traceur à réaliser.

Seuls les audits de processus inscrits dans les objectifs de visite font l'objet du présent rapport.

Dans le cas où un dysfonctionnement est observé en cours de visite sur une thématique non inscrite au programme de visite, les experts-visiteurs peuvent conduire des investigations supplémentaires et ajouter cette thématique au programme.

## 1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
FONCTIONS SUPPORTS

## 2. Liste des évaluations réalisées par la méthode du patient-traceur

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Sujet âgé	USLD	polypathologique	Programmée	SLD	SLD

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

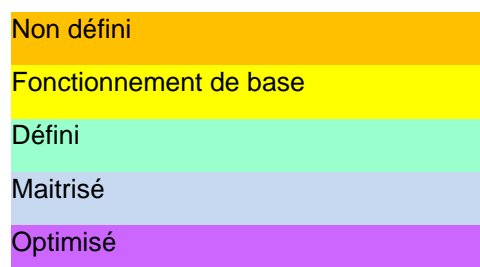
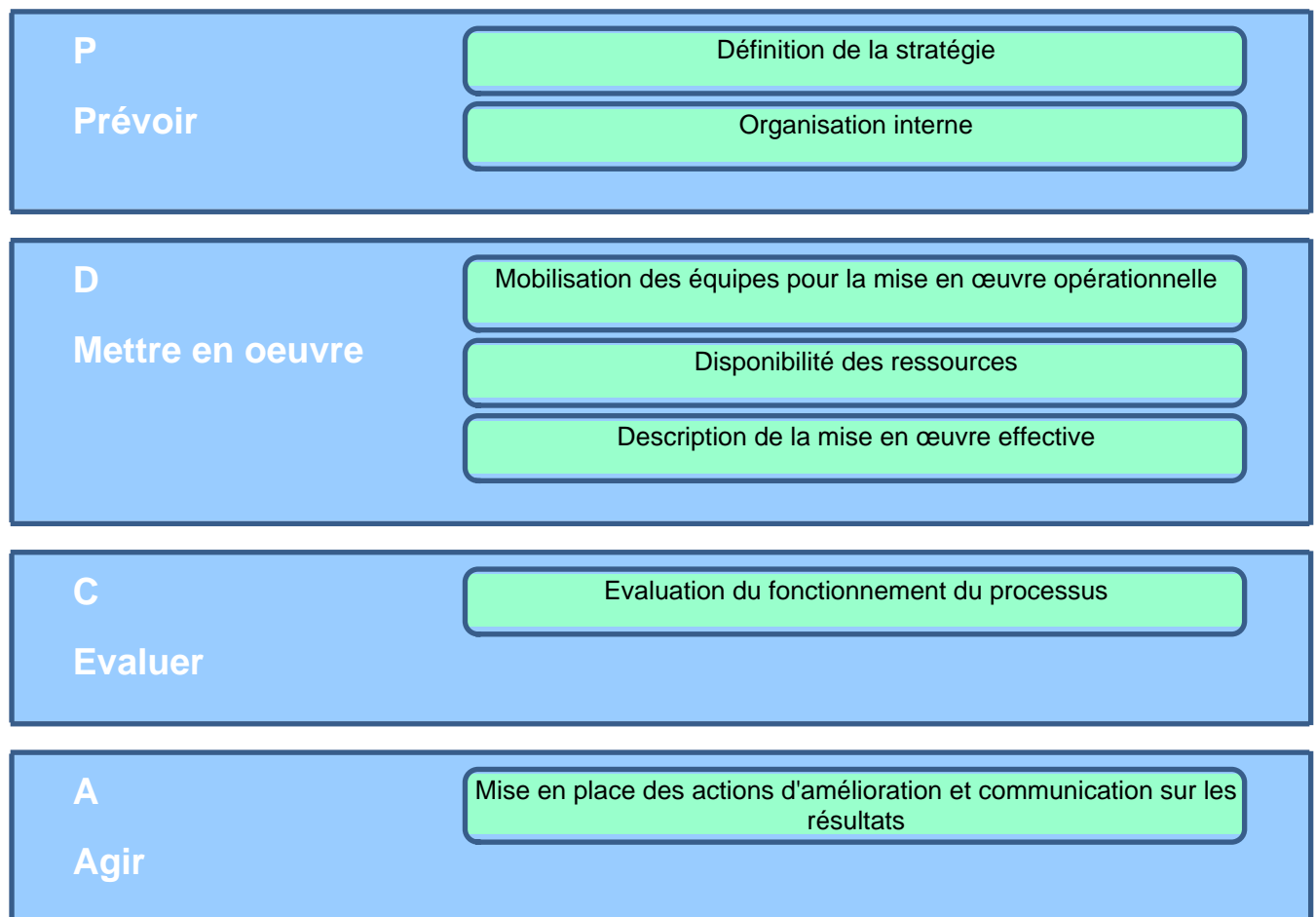
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial. De plus, cette démarche globale doit intégrer la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du plan blanc.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique qualité et gestion des risques du Centre de soins de longue durée de LUZY est formalisée dans : La politique qualité et gestion des risques révisée en 2018 pour une période de quatre ans, dans le projet d'établissement 2012-2016 qui a été prolongé deux fois dans l'attente de la finalisation d'un projet d'établissement au niveau du GHT de Nevers, dans la convention pluriannuelle tripartite qui est également un document de référence et dans les orientations stratégiques 2013-2017 qui font l'objet d'une actualisation. La politique qualité est revue chaque année. Le document de politique qualité et gestion des risques comporte quatre objectifs. La stratégie de l'EPP, les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise sont intégrés dans ces documents. La politique d'évaluation des pratiques professionnelles (et la mise en œuvre) a été validée en avril 2018. Le programme d'amélioration qualité et sécurité des soins (PAQSS) reprend les objectifs par thématique qui sont élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Les risques sont hiérarchisés avec les professionnels concernés par thématique selon la méthodologie de la HAS. Une cartographie des risques a été établie. Les risques majeurs et les risques prioritaires ont été identifiés. La stratégie mise en place permet de sensibiliser et d'impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins. Le programme est présenté aux instances. Les modalités de mise en œuvre du programme sont définies (objectifs, actions, échéances etc.). Le programme d'amélioration de la qualité prend en compte l'ensemble des éléments attendus, validés et connus. Le compte qualité reprend les actions prioritaires du PAQSS.

#### ORGANISATION INTERNE

Le schéma général de l'organisation de la qualité et de la gestion des risques a été établi dans un organigramme prenant en compte les différentes instances. Le pilotage de la gestion de la qualité et gestion des risques est assuré par le comité de pilotage (COPIL-QUAVIRIS). Les différentes composantes du système qualité et gestion des risques sont coordonnées. Le coordinateur des risques associés aux soins est l'une des deux cadres de santé du CSLD. La représentante des usagers participe aux instances traitant de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique qualité notamment dans le cadre de la commission des usagers (CDU). Les pilotes de chaque thématique sont désignés. Une fiche de mission a été établie. La gestion du compte qualité est réalisée en collaboration avec les pilotes des thématiques. Il existe une stratégie concourant à impliquer et sensibiliser les professionnels. Les besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs sont fixés. La gestion des circuits et interfaces est organisée. Il existe une équipe opérationnelle d'hygiène avec un médecin représentant du CLIN et une infirmière hygiéniste provenant du CH de Decize ou Nevers. Les plans de formation (2016, 2017 et 2018) permettent de répondre aux besoins de l'établissement. Les différentes EPP au nombre de quatre figurent sur un tableau de bord. La planification des EPP est présentée et validée en CME. Le système de gestion des plaintes et réclamations est organisé. Le mode opératoire figure dans le livret d'accueil du patient. La procédure a été établie et actualisée le 6 avril 2018. La gestion de crise est formalisée notamment avec les différents plans. Une procédure de signalement des événements indésirables (validée le 6 avril 2018) décrit le processus de déclaration ainsi que la méthode d'analyse et de traitement. La déclaration des événements indésirables est réalisée au moyen d'un support « papier » de couleur verte fluorescente disponible dans les services. L'organisation en place permet d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables ainsi que les chutes. La gestion documentaire est présente sur le réseau de l'établissement au moyen d'un classeur excel qui permet de rechercher les documents très rapidement. Une procédure de gestion documentaire décrit le fonctionnement de la documentation qualité au sein de l'établissement. Il existe un comité de retour d'expériences (CREX). Celui-ci est formalisé par une procédure validée conformément à l'arrêté du 6 avril 2011. Il existe également un règlement intérieur de ce CREX.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement a mobilisé les professionnels autour des pilotes des thématiques afin d'élaborer le compte qualité notamment au sein du COPIL QUAVIRIS et des groupes constitués pour chacune des thématiques. Un plan d'actions avec des responsables identifiés et des échéanciers a été établi. Des actions de communication sont mises en œuvre afin de sensibiliser les professionnels. La vérification de la conformité des pratiques définies est réalisée par des évaluations et des indicateurs de suivi. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin. La communication des résultats des actions d'évaluation et d'amélioration est réalisée auprès des professionnels, mais également auprès des usagers.

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer le programme d'amélioration qualité et sécurité des soins. Des bilans annuels sont élaborés pour la gestion des fiches d'événements indésirables. Une sensibilisation régulière est réalisée auprès des professionnels par les deux cadres de santé et la responsable qualité

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources matérielles sont adaptées aux activités de l'établissement.  
Des formations sont réalisées selon les plans de formations 2016, 2017 et 2018. Les professionnels sont formés en interne à l'utilisation des supports de signalement des événements indésirables ainsi qu'à la gestion documentaire. Les professionnels concernés sont formés également à l'analyse des causes profondes pour les événements indésirables graves et les événements indésirables récurrents ainsi qu'à l'analyse des causes.  
Les personnels ont participé à la journée de sécurité des patients au mois de novembre dernier.  
La formation des nouveaux arrivants est également assurée. Un livret d'accueil est remis à l'arrivée aux nouveaux personnels.  
Le dispositif de gestion documentaire permet de diffuser les documents aux personnels dans les services. Il n'y a plus de classeurs papiers dans les services.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'analyse des fiches de signalement est prévue à périodicité définie soit environ une fois par mois. Les événements indésirables sont identifiés, analysés et des actions d'amélioration sont mises en place. Le bilan des événements indésirables permet de distinguer de façon exhaustive tous les événements. Le mode opératoire de la fiche de signalement des événements indésirables figure de façon détaillée dans le livret d'accueil du personnel et du nouveau personnel. Il a ainsi été déclaré 126 événements indésirables en 2017 (dont 16 pour les erreurs liées au circuit du médicament) et 117 chutes. Les chutes sont traitées à part sur une fiche spécifique. Le CREX se réunit au moins trois fois par an et autant que de besoin en fonction des événements. Un retour d'information est réalisé auprès des déclarants. Un bilan annuel des événements indésirables est réalisé. La responsable qualité présente également un bilan dynamique des événements indésirables en fonction des besoins. La veille sanitaire et réglementaire permet d'assurer la diffusion des alertes (réception notamment sur le fax de l'infirmerie). La coordination des dispositifs des vigilances, de veille sanitaire et de gestion globale de la qualité et gestion des risques est assurée. La gestion de crise est opérationnelle. Il n'y a pas eu d'exercice pour le plan blanc mais des exercices sont prévues cette année pour les situations d'urgence et celles liées à la sécurité. Un tableau des différents vigilants mis à jour a été diffusé. Cela concerne notamment l'infectio-vigilance, la pharmacovigilance et la matériovigilance. Les plaintes et réclamations sont recueillies par la direction de l'établissement. Elles sont présentées à la CDU et font l'objet d'un plan d'actions. Il existe un lien avec le système de déclarations des événements indésirables. Le bilan fait apparaître quatre réclamations en 2017. Une organisation est en place afin d'assurer le déploiement des démarches d'EPP avec l'engagement effectif des professionnels.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du management de la qualité et de la gestion des risques au moyen d'indicateurs une fois par an. Un tableau des indicateurs qualité a été diffusé. Les revues de processus sont réalisées par le COPIL QUAVIRIS. Les résultats obtenus sont diffusés. Les indicateurs sont suivis et diffusés aux instances concernées, aux professionnels et aux usagers. Ils sont affichés. L'évaluation de la satisfaction des usagers est réalisée au moyen d'un questionnaire établi par le neuropsychologue (employé à mi-temps au sein de l'établissement). Il existe une procédure permettant le recueil de la satisfaction des usagers qui prévoit un recueil tous les deux ans auprès des patients ou de l'entourage si le patient est non communicant, une enquête de satisfaction post admission et une enquête spécifique destinée aux familles. Le taux de retour varie entre un quart et un tiers. Les résultats sont présentés aux instances. L'établissement a mis en place la méthode du patient traceur. Les résultats sont présentés aux représentants des usagers et à la CDU.

## A / AGIR

### MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

L'analyse des résultats permet de déterminer des axes prioritaires d'amélioration. Un bilan de la démarche qualité gestion des risques est réalisé de façon périodique. La politique qualité est revue chaque année et le PAQSS est réajusté par le responsable qualité, en fonction des évaluations qui sont menées ainsi que des résultats obtenus par rapport aux objectifs qui ont été fixés. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées au PAQSS. La communication des résultats est réalisée en

interne comme en externe auprès des instances ainsi qu'auprès des professionnels et des usagers. Il existe un plan de communication de la qualité et gestion des risques formalisé. Le revue semestrielle Hier et Aujourd'hui, « HIAR ET AUJD'HEU » permet de diffuser également des informations.

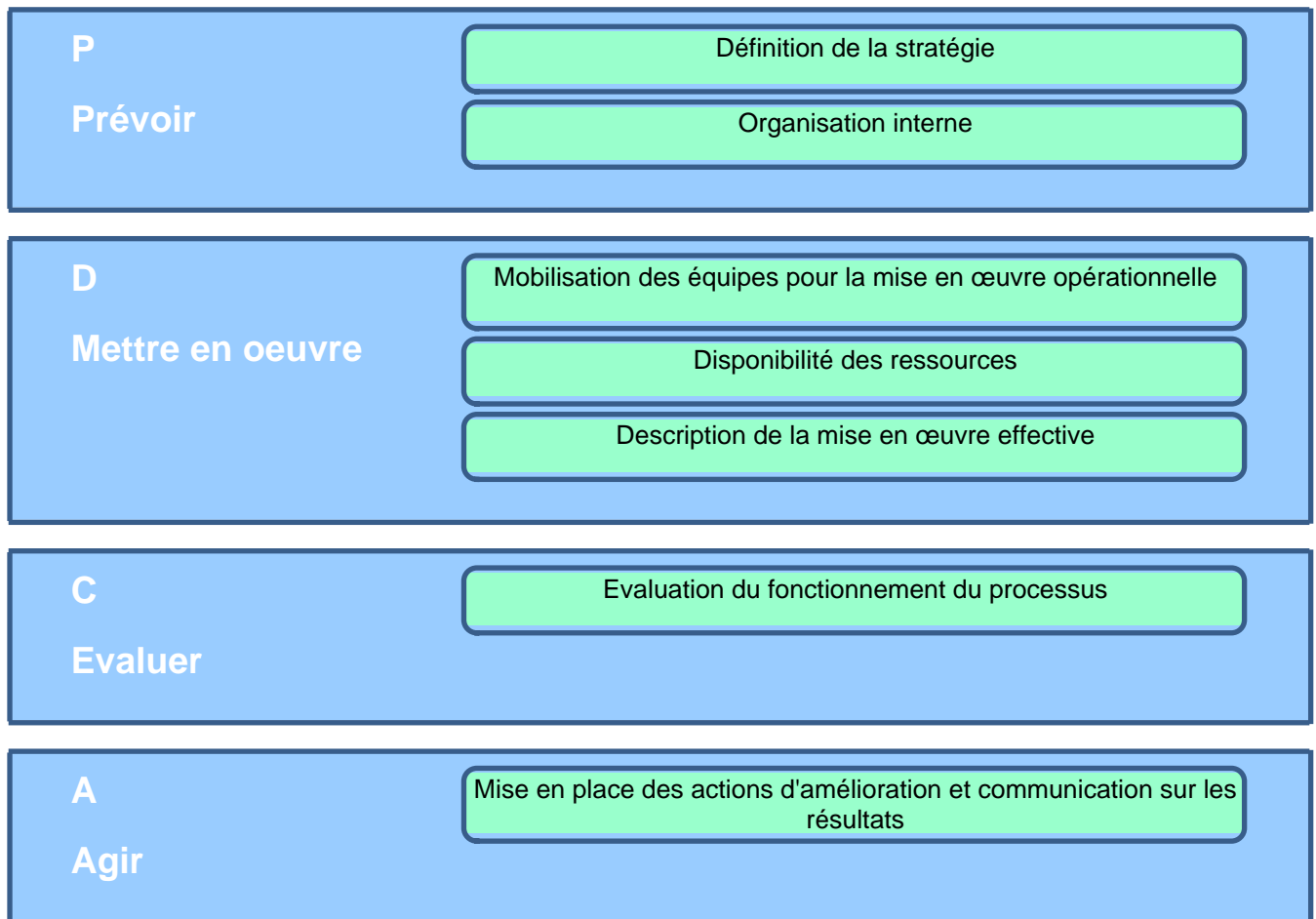
# DROITS DES PATIENTS

## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale visant à garantir le respect des droits des patients, dimension essentielle de la qualité. La certification constitue ainsi l'un des leviers de la mise en œuvre de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade, notamment des droits relatifs au respect de l'intégrité et de la dignité de la personne et de la confidentialité des informations la concernant. Elle souligne l'obligation de respect des libertés individuelles.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique concernant les droits des patients du Centre de soins de longue durée de LUZY est définie notamment dans :

- La politique qualité et gestion des risques 2018-2022 (objectifs concernant la diminution des risques liés à la malveillance, la qualité de l'information médicale donnée au patient, les enquêtes de satisfaction, les plaintes et réclamations, la participation des usagers et la réflexion éthique).

- la politique de bientraitance

- Le projet d'établissement 2012-2016 qui a été reconduit deux fois dans l'attente d'un projet d'établissement commun pour les établissements du GHT situé à Nevers.

- la convention pluriannuelle tripartite qui reprend les sept droits fondamentaux de la personne accueillie.

Des actions sont prévues dans le cadre de la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance. Les orientations ont été élaborées en tenant compte :

- des recommandations de la HAS,

- des orientations prioritaires fixées par l'établissement,

- de l'identification des axes d'amélioration,

- des références du manuel de certification.

Les besoins et les risques ont ainsi été identifiés dans une cartographie des risques et il existe une cartographie des risques propre aux droits des patients et à la promotion de la bientraitance. Les objectifs sont identifiés et déclinés dans un programme institutionnel d'action unique et priorisé. Six risques et quatre actions ont été sélectionnés dans le compte qualité. Les risques sont hiérarchisés. Les actions d'amélioration correspondantes ont été mises en œuvre et figurent dans le compte qualité. Les actions relatives aux droits du patient prennent en compte les données et les projets issus des éventuelles enquêtes, des événements indésirables et des recommandations des représentants des usagers. Les modalités de mise en œuvre sont définies avec des responsables, des échéanciers et des modalités de suivi. La charte des patients hospitalisés et la charte de la bientraitance sont affichées dans l'établissement. Les chartes se trouvent également dans le livret d'accueil du personnel. Le programme est présenté aux instances et notamment aux représentants des usagers et à la CDU.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Le pilotage est assuré par l'une des deux cadres de santé du SLD ainsi que par une infirmière. Les pilotes sont désignés et les missions sont bien identifiées. Un groupe de travail a été constitué pour les droits et information des patients. Un groupe « chutes » a également été constitué. Il comprend la cadre de santé, le neuropsychologue, quatre aides soignantes et une ASH. Il se réunit une fois par mois. Les plans de formation ont pris en compte les droits des patients. Les plans de maintenance, travaux et achats permettent de prendre en compte les besoins de l'établissement. Le dispositif de gestion documentaire comprend les documents nécessaires relatifs aux droits des patients. Une procédure concerne le signalement de la maltraitance. Une procédure concernant la gestion des dommages liés aux soins a été établie. Elle décrit les modalités d'organisation de l'annonce en cas de dommage lié aux soins. Cependant, les mesures de restriction de liberté ne sont pas formalisées dans une procédure détaillée. Il existe un document concernant le respect des libertés individuelles et la gestion des mesures de restriction de liberté établie en 2014 ainsi qu'une fiche de prescription de mise en place de contention et un mode opératoire informatique pour le DPI, mais il n'existe pas de mode opératoire détaillé dans la gestion documentaire concernant les conditions de mise en place des contentions. Des actions de communication sont également organisées auprès des patients notamment au moyen du livret d'accueil du patient ou par affichage dans les couloirs des services.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les actions d'amélioration sont identifiées dans le plan d'action. Les déclarations des événements indésirables, lorsqu'il y en a sur ce thème, sont analysées. Des actions de communication permettent de sensibiliser les professionnels sur certaines thématiques comme par exemple la bientraitance. Des actions correctives peuvent être mises en place en cas de besoin au vue des analyses de fiches d'événements indésirables. Elles sont identifiées avec la participation des professionnels. Ces actions sont intégrées dans le PAQSS institutionnel. L'information relative à la gestion des plaintes et réclamations et la commission des usagers est organisée et formalisée. L'établissement est engagé dans la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance. La charte de la personne hospitalisée et la charte de la bientraitance sont affichées dans l'établissement. Les modalités de signalement des cas de maltraitance



sont formalisées et diffusées.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont présentes avec la mise à disposition de professionnels spécifiques : Trois médecins libéraux à temps partiel trois kinésithérapeutes libéraux, un neuropsychologue à mi-temps, etc. Les locaux sont vastes et fonctionnels et sont adaptés aux prises en charge. Le service SLD comporte 30 lits (6 chambres à 2 lits et 18 chambres à 1 lit). Une salle de bain permet la toilette des patients alités sur un brancard douche. Les six chambres à deux lits sont grandes et disposent de paravents. En effet, les conditions d'hébergement permettent de garantir la dignité ou l'intimité des patients. Toutes les chambres sont équipées de salle de bain avec lavabo, douche et WC. L'accord du patient est recueilli et inséré dans le dossier papier pour le droit à l'image (photo du patient dans le DPI). Il n'y a pas de lit identifié pour les « soins palliatifs », mais il existe une équipe mobile de soins palliatifs provenant de Nevers permettant la prise en charge de certains patients. Des formations sont réalisées sur les droits des patients et notamment la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance ainsi que les directives anticipées. Les procédures concernant les droits des patients sont accessibles et actualisées sur la gestion documentaire. Un comité éthique a été mise en place dans l'établissement. En complément du livret d'accueil du patient, il a été élaboré un livret d'accueil pour le personnel ainsi qu'un livret pour les bonnes pratiques en hygiène hospitalière.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent sont réalisés. Il existe en effet des espaces dédiés pour la communication avec les patients ou les rendez-vous avec les familles. Le neuropsychologue intervient selon les besoins. L'information du patient en cas de dommage lié aux soins est tracée par le médecin dans le dossier s'il y a lieu. Le recueil du consentement éclairé du patient et le cas échéant du refus de soin est réalisé dans les situations qui le nécessitent. La participation du patient et s'il y a lieu de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins (appelé projet personnalisé) est réalisée. Les informations sont tracées dans les dossiers. Il n'existe pas d'hospitalisation sans consentement dans l'établissement. Les transmissions sont tracées dans le dossier. Les patients sont informés sur leurs droits notamment au moyen du livret d'accueil.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de la satisfaction du patient ainsi que l'évaluation portant sur les droits des patients sont réalisés au moyen : d'un recueil tous les deux ans auprès des patients ou de l'entourage si le patient est non communicant, d'une enquête de satisfaction post admission, d'une enquête spécifique destinée aux familles. Le taux de retour varie entre un quart et un tiers. Les résultats sont présentés aux instances. L'établissement a mis en place la méthode du patient traceur. Les résultats sont présentés aux représentants des usagers et à la CDU.

Il existe également des audits qui ont été réalisés sur le dossier patient dans le cadre d'une EPP. L'établissement a mis en place également la méthodologie du patient traceur. Des indicateurs de suivi sont élaborés et diffusés pour les droits des patients.

## A / AGIR

### MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Le suivi des actions d'amélioration a conduit à réexaminer PAQSS. Les actions d'amélioration sont identifiées. Les actions sont intégrées au programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques. Un suivi régulier avec réactualisation des actions est réalisé en CDU (demande de dossiers, plaintes et réclamations, satisfaction patients, etc.). La communication des résultats des actions d'évaluation et d'amélioration est réalisée auprès des professionnels, mais également auprès des usagers. Des supports et des modalités de diffusion des évaluations et des indicateurs de suivi sont établis. La communication est réalisée également par affichage dans l'établissement.



# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

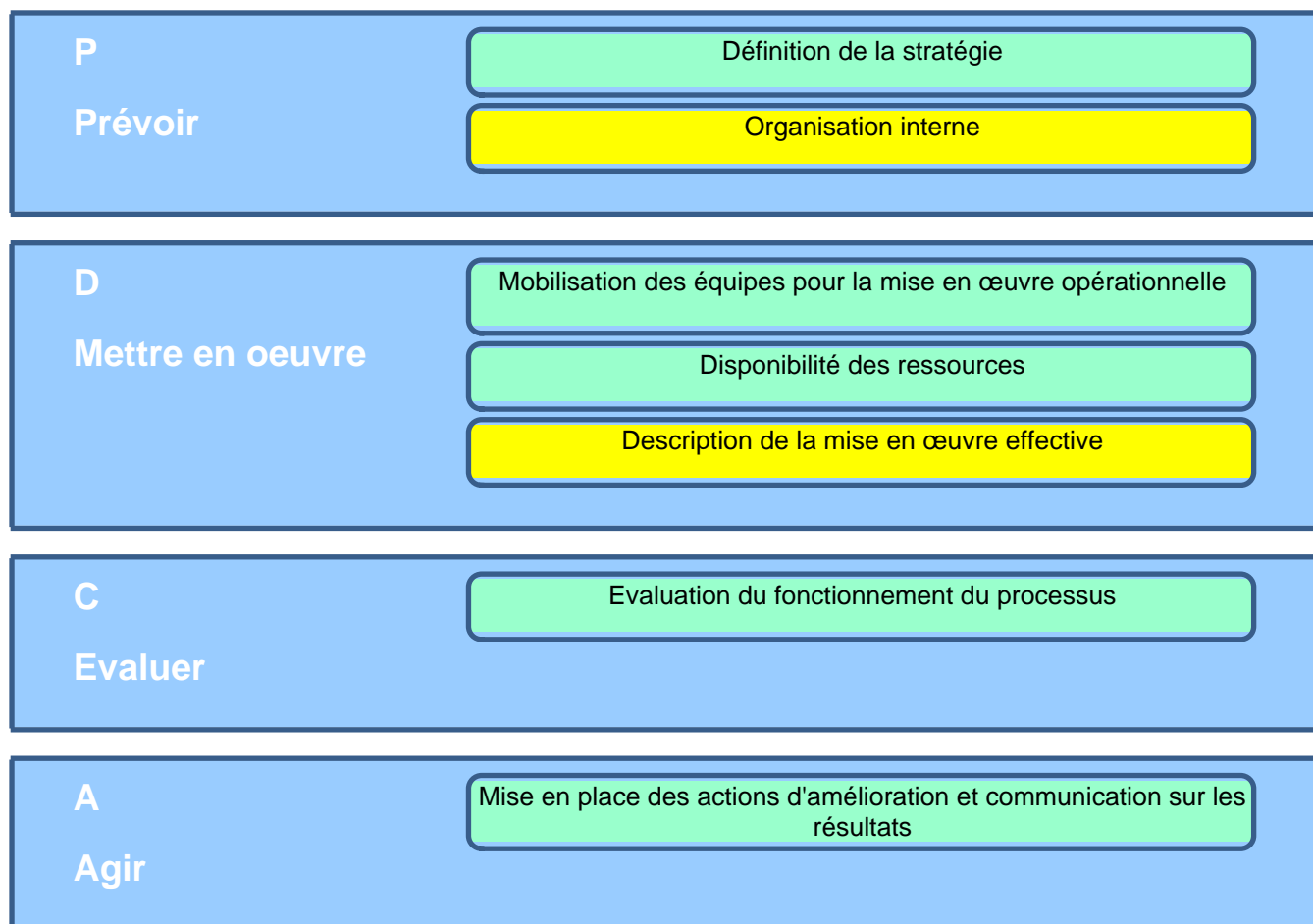
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et des secteurs d'activités qui, en étroite collaboration :

- organise et prend en compte les besoins de la population aux différentes étapes (accueil, prise en charge diagnostique et thérapeutique, sortie ou transfert) de la prise en charge des maladies aiguës, des maladies chroniques, des populations spécifiques ;
- structure et formalise les liens avec les acteurs extérieurs à l'établissement en développant les interfaces avec les professionnels de ville, les autres établissements de santé et les établissements médico-sociaux ;
- évalue ces prises en charge.

Les professionnels des secteurs d'activités grâce à un travail en équipe pluri professionnel et interdisciplinaire mettent en place une démarche d'amélioration continue des prises en charge centrée sur le patient et son entourage.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le Centre de Soins de Longue Durée (CSLD) de Luzy est un établissement public de santé de ressort communal. Sur sa propriété immobilière est implanté un groupement d'intérêt public (GIP). Le Directeur du CSLD est le Directeur du GIP. Une Maison de Santé Pluridisciplinaire Intercommunale a ouvert ses portes le 1er février 2010 qui est également liée au CSLD par un bail emphytéotique. Le CSLD est répertorié comme étant un site de proximité. Il coopère ou projette conventionnellement un lien avec d'autres établissements (Clinique du Morvan, CH de DECIZE, laboratoire " SELARL ABC " d'AUTUN, etc.). La stratégie de l'établissement sur le parcours du patient repose sur les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire. La stratégie d'amélioration de ce processus se fonde sur le projet d'établissement " 2012-2016 " prorogé dans l'attente de sa révision, en lien avec le Projet Médical de Territoire à venir. L'orientation politique du parcours patient de la Commission Médicale d'Établissement (CME) et de la note d'orientation stratégique, fait notamment référence en préambule à " La Bienveillance, les attentes de la personne et au projet personnalisé, l'accueil et la programmation des patients... ". Ce projet visé s'articule et se décline avec les Projets de soins infirmiers, de management, de la structure qualité gestion des risques et le Projet de vie des Patients et des Résidents. Il développe (p35) " le prendre soin ". Dans sa description détaillée cette politique comporte dans le Contrat Pluri annuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) prorogé (2012-2017) (p19) des dispositions spécifiques au sujet âgé et aux ressources humaines. La convention tripartite (CTP) engage l'établissement " dans une démarche d'amélioration continue de la qualité garantissant à toute personne âgée accueillie en établissement, les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins ". L'identification des risques et leur hiérarchisation réalisés par le groupe de pilotage comporte une forte composante d'orientation sur l'accès aux soins et la gradation des soins pour le territoire. La formalisation et la prise en compte des risques prioritaires a permis d'alimenter le compte qualité. Les données utilisées sont principalement les indicateurs nationaux, les événements indésirables de l'établissement ainsi que ses indicateurs spécifiques. Cette réflexion sur le " parcours patient ", élaborée par les professionnels concernés par la prise en charge, s'articule autour de la prise en compte des besoins de la population et de l'identification des risques pour le patient et le respect de ses droits. Sont ainsi pris en compte, par exemple, les droits des patients en fin de vie, la prise en charge la prévention des chutes, les urgences vitales, la prise en charge de la douleur avec un objectif de prise en charge des personnes âgées, etc. Ainsi, des plans d'action sont formalisés sur l'amélioration de la programmation, l'optimisation de la disponibilité des lits, la prise en compte des besoins spécifiques dès l'entrée, la fiabilisation de la prise en charge des urgences vitales, le développement de la télé médecine par exemple. Ces plans d'action sont en grande partie retrouvés dans le PAQSS global de l'établissement, le compte qualité et analyse de processus. L'établissement a inclus dans sa stratégie les liens avec son secteur médico-social (EPADH) et avec les acteurs extérieurs à l'établissement en prévoyant les interfaces avec les professionnels de ville, les autres établissements de santé et les établissements médico-sociaux.

**ORGANISATION INTERNE**

Le parcours du patient est piloté au niveau institutionnel par la directrice générale, le président de la CME et le directeur des soins (représenté par un cadre supérieur de santé) et au niveau opérationnel par les médecins et les cadres. Les missions de ces pilotes sont définies. Le dispositif d'accueil du patient est organisé et l'activité programmée. L'accueil de l'activité programmée physique et téléphonique est organisé hors permanence des soins. La permanence des soins repose sur les plannings et les tableaux de gardes et astreintes. La réponse à l'urgence vitale survenant au sein de l'établissement, fait l'objet d'une procédure connue. La coordination de la prise en charge des patients est organisée : encadrement des activités de soins et rôle des médecins, modalités d'avis spécialisé. L'établissement a identifié des équipes mobiles (douleur, soins palliatifs, psychiatrie de liaison) pour les prises en charge transversales. La prise en charge somatique en santé mentale est prévue. Les conditions de prise en charge des patients démunis, handicapés sont prévues du point de vue administratif et matériel. La prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique n'est pas totalement organisée. Il existe des protocoles ou conduites à tenir pour les maladies chroniques insuffisance cardiaque, AVC ou diabète. Une procédure de dépistage systématique du risque suicidaire est appliquée lors des entretiens d'entrée réalisés par les médecins et les cadres. Un suivi régulier des patients est réalisé par le psychologue de l'établissement. Les interfaces internes sont formalisées sur les parcours qui le nécessitent et notamment avec les secteurs logistiques. L'adéquation des ressources humaines (qualitatives et quantitatives) aux prises en charge, est organisée. Les ressources médicales font l'objet de conventions pour garantir l'accès à certaines spécialités. Le service est un terrain de stage validant. Cependant, l'établissement n'a pas prévu la réponse à ses besoins en terme d'effectif Infirmières Diplômées d'État (IDE). Les IDE ne sont pas programmées la nuit. Cela ne permet pas la prise en charge, pour cette fonction, des patients la nuit. Connaissant ces difficultés, l'établissement a entrepris des démarches afin de mettre en place une organisation pour la prise en charge de nuit. Un tour d'astreinte

est organisé.

Le matériel nécessaire à la prise en charge du patient est prévu et les programmes d'achat en place. Le plan de formation de l'établissement comporte des sujets touchant directement au parcours du patient : l'urgence vitale (AFGSU), les troubles et besoins nutritionnels, la prévention du suicide et l'accueil de populations spécifiques (situations de handicap). La gestion documentaire concernant la thématique est incluse dans la GED institutionnelle.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres du secteur de soin ont en charge l'application des bonnes pratiques et le respect des procédures. Les mesures correctives sont mises en œuvre en cas de besoin et communiquées en réunion de service. Ils sont appuyés dans cette mission par les médecins. Ils incitent à la déclaration des événements indésirables ; l'analyse des événements indésirables graves est réalisée mensuellement. Afin de mobiliser les équipes autour du PAQSS et du plan d'action du compte qualité, le secteur de soins a établi une "feuille de route" qui regroupe quelques objectifs clairs prioritaires tirés du compte qualité et du PAQSS. Les échéances et le niveau de réalisation sont renseignés. Exemple: " RD45- Ré hospitalisation, Sortie ou transfert non adapté pouvant entraîner une insatisfaction du patient ou de son entourage " ou encore le niveau de progression de l'EPP " prise des repas du soir ".

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les règles de présence et le système d'astreintes permettent d'assurer la permanence des soins de jour comme de nuit. Cette permanence est assurée, à partir de tableaux de garde des professionnels médicaux et paramédicaux, affichés dans les services après validation de la direction. Les professionnels en sont régulièrement informés. Des actions de formation (bien traitance, suicide, prise en charge des personnes âgées, prises en charge des patients sous anti vitamine K, diabète, troubles de la déglutition) et de réactualisation de la formation aux gestes des soins d'urgence sont déployées annuellement. Les locaux du site sont adaptés à la prise en charge des patients y compris l'accueil. Un plan directeur immobilier est en place pour maintenir et faire évoluer l'adéquation des locaux aux activités. Le matériel nécessaire est disponible et entretenu (maintenance préventive et curative). Les ressources transport sont assurées. Les ressources humaines sont disponibles telles que prévues par la stratégie de la thématique. La gestion documentaire institutionnelle comporte les procédures de prise en charge utiles au parcours du patient (accueil, urgence vitale, demandes d'avis, etc.).

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels du secteur d'activité grâce à un travail en équipe pluri professionnel et interdisciplinaire mettent en place une démarche d'amélioration continue des prises en charge centrée sur le patient et son entourage. Le dispositif d'accueil spécifique du patient est mis en œuvre pour l'accueil dans le service. Le bureau des entrées assure les éléments d'identitovigilance (dossier comportant une photo d'identité, document officiel d'identité, carte vitale, carnet de santé). Les livrets d'accueil sont donnés aux patients et aux familles dès leur installation. La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale et continue de son état de santé tracée dans le dossier informatisé. Cette évaluation est réalisée par un interne ou un médecin senior ainsi que par le personnel soignant qui identifie l'ensemble des besoins. L'observation réalisée au cours du patient traceur confirme que ces évaluations sont réalisées dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge. Les projets de soin et projet de vie sont identifiés, comme le montre l'investigation menée lors de la réalisation du patient traceur. Les risques spécifiques tels que l'urgence vitale sont connus des professionnels. Ainsi, les différentes procédures de prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement sont connues et appliquées, les n° d'appel affichés. Le chariot d'urgence est accessible, vérifié et Scellé. Le risque suicidaire est pris en charge. L'équipe mobile de liaison est appelée une fois le risque mis en évidence soit par le médecin, soit par les cadres, l'IDE, ou du neuro psychologue du service au regard des antécédents et de l'entretien. La prise en charge des patients appartenant à une population spécifique est assurée (handicap moteur ou sensoriel, etc.). Par ailleurs, des programmes d'ETP peuvent être proposés, (nutrition et chutes). Les équipes mobiles travaillant en réseau sont connues des professionnels et interviennent régulièrement. Leurs avis sont tracés. La procédure d'accès aux avis spécialisés est mise en œuvre. La sortie du patient est organisée avec le patient et son entourage, le cas échéant. Les sorties le matin sont favorisées, pour assurer la disponibilité des lits. Les documents de sortie sont préparés. Les relations des secteurs court séjour, SSR, avec les EPADH sont opérationnelles, avec une continuité de dossier. Les interfaces avec les établissements extérieurs fonctionnent et le service social est impliqué. si nécessaire dès l'entrée du patient. L'interface avec les services logistiques (linge, restauration, transports) fonctionnent de manière effective, permettant la prise en charge adaptée des patients. L'interface transport des patients ou du matériel et des prélèvements est opérationnelle.

Néanmoins, la prise en charge des populations spécifiques n'est pas totalement effective. L'établissement accueille des personnes âgées. Des contentions sont prescrites, mises en œuvre et correspondent en grande majorité à la pose de barrières (une ou deux selon le cas) et concernent les trois quarts des patients du service. Ces contentions sont prescrites pour une durée de 28 jours sans réévaluation même

si une surveillance quotidienne est réalisée par l'infirmière et tracée dans le DPI. L'établissement a en effet indiqué que la durée de contention correspondait à la périodicité de la visite du médecin. En l'absence de staff périodique, il n'y a donc pas actuellement de réévaluation tracée dans le dossier, ce qui n'est pas conforme avec les bonnes pratiques concernant les personnes âgées pour lesquelles il est recommandé une réévaluation à 24heures.

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

Le Parcours du patient est évalué par des EPP couvrant le champ du parcours. Des EPP utilisant la méthode du patient traceur ont été notamment réalisées dans le secteur. L'établissement recueille des indicateurs. Les différents indicateurs, tableaux de bord et bilans d'activité sont pris en charge par la responsable qualité et la gestionnaire des risques associés aux soins. La revue annuelle de processus "Parcours Patient" permet l'évaluation de réalisation du PAQSS et des EPP, du niveau ds indicateurs. Cette revue permet de réajuster l'analyse de risque. Ces évaluations sont communiquées aux instances. Elles permettent également une information aux professionnels via un affichage, le journal interne.

## **A / AGIR**

### **MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS**

Les actions mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel(PAQSS) et pour celles répondant aux risques majeurs avec le compte qualité actualisé. La communication des résultats pertinents est réalisée, en interne auprès des instances (CME, conseil de surveillance, CDU). La mise à jour du suivi des "analyses de processus" permet une communication aux professionnels sur les actions prioritaires qui les concernent.

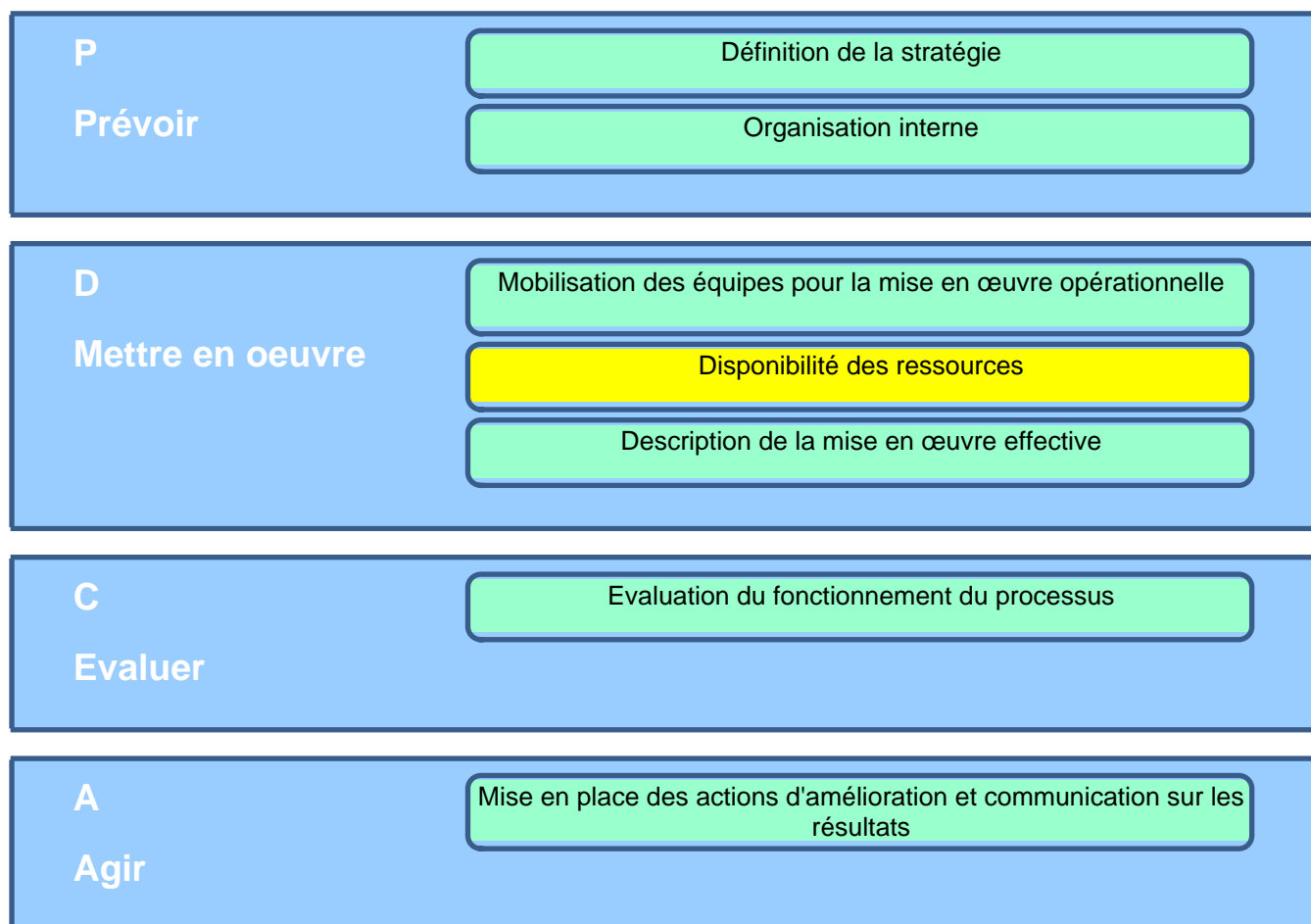
# DOSSIER PATIENT

## 1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Dossier patient » vise à évaluer que l'établissement a défini une organisation qui garantit que le dossier, outil central de partage des informations, assure la coordination des soins. Compte tenu de la multiplicité des intervenants autour du dossier du patient et de la complexité qui en résulte, une identification des risques inhérents à son utilisation doit contribuer à lui assurer sa fonction d'élément clé de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de prises en charge pluri professionnelles et pluridisciplinaires. Ces approches se doivent d'intégrer l'accessibilité du patient à son dossier en référence à la réglementation en vigueur.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les orientations concernant le dossier patient sont formalisées dans le projet d'établissement 2012-2016 qui a été reconduit deux fois dans l'attente d'un projet d'établissement commun pour les établissements du GHT situé à Nevers. Une note d'orientations stratégiques a été élaborée. La convention pluriannuelle tripartite constitue également un document de référence. La politique s'inscrit dans la sécurisation de la prise en charge et se décline dans un programme institutionnel d'actions formalisé et priorisé. Une cartographie des risques a permis d'identifier les risques propres au dossier patient. Les risques prioritaires ont été repris dans le compte qualité. Les actions en lien avec ces risques apparaissent dans le compte qualité. La gravité et la fréquence ont été déterminées afin de permettre la hiérarchisation des risques. Les risques concernant la gestion du dossier patient ont fait l'objet d'un plan d'actions. Des indicateurs opérationnels sont formalisés. Le PAQSS est validé par les instances. Les modalités de mise en œuvre du programme sont définies avec des responsables, des échéanciers et des modalités de suivi. Le compte qualité est articulé avec le PAQSS.

#### ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par le médecin libéral, coordonnateur chef du service et président de la CME ainsi que par une IDE du service de SLD. Les personnels ont été désignés. Une fiche de fonction a été établie. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés. Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées et diffusées : Gestion du dossier patient – création et tenue mise à jour en mars 2018, archivage du dossier (mars 2018), Formulaire concernant la structure et le contenu du dossier médical et paramédical, Formulaire concernant la structure et le contenu du dossier administratif, gestion des droits d'accès par les professionnels. Il existe un projet du système d'information intégré au projet d'établissement. L'informatisation du dossier est aboutie. Il subsiste toutefois un dossier papier. La partie administrative est reprise dans le dossier au moyen d'une interface. Les dossiers (partie papier) des patients sont rangés dans une armoire fermée dans le service. Les dossiers des patients sortis sont acheminés dans un local d'archives intermédiaire puis dans un local d'archives centralisées au niveau R-2. Il existe un plan de formation comprenant des actions relatives au dossier patient. Un plan d'achats et de maintenance permet le renouvellement des matériels. L'accès du patient à son dossier est organisé par une procédure actualisée révisée en avril 2018. Cette procédure décrit l'organisation de l'accès du patient à son dossier. Trois modèles de lettres y sont annexés. La gestion documentaire est disponible sur le réseau de l'établissement. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement a mis en place les moyens correspondant aux besoins nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés que ce soit en ressources humaines, matérielles et documentaires. Il existe un Plan de Reprise d'Activité (PRA) en cas de panne informatique. A noter que l'établissement n'est pas assujéti au recueil des indicateurs « Hôpital Numérique ». Il existe également une procédure de mode dégradé pour l'administration des médicaments en cas de panne informatique ce qui permet d'assurer la continuité des soins. Les droits d'accès sont formalisés dans la procédure du logiciel du dossier patient. Les modalités de communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes sont formalisées. L'accès au dossier par les professionnels extérieurs intervenant dans l'établissement est formalisé (par exemple, praticiens provenant du CH, Kinés libéraux, internes en médecine, etc.). De même, pour les patients envoyés à l'extérieur de l'établissement pour des examens ou consultations.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle pour la thématique dossier patient. Un plan d'actions a été établi spécifiquement pour le dossier patient. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Les risques relatifs aux dossiers patients sont suivis. Des évaluations sont réalisées et les professionnels sont informés des résultats. Lorsque des événements indésirables sont constatés pour le dossier patient, ils sont pris en compte et les actions correctives sont mises en œuvre. Il a été constaté en 2017, 22 événements indésirables relatifs au système d'information. Un bilan annuel des événements indésirables est diffusé.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La gestion du dossier patient fait l'objet de formations. Des formations de remise à niveau sont réalisées. Il existe 4 référents pour le DPI (3 AS et 1 IDE) en plus des pilotes et des cadres. La formation des nouveaux arrivants ainsi que des stagiaires est également réalisée. Des feuilles d'émargement existent. Ces formations sont formalisées. La gestion documentaire est disponible dans les services sous format

informatique sur le réseau de l'établissement. Elle est connue des professionnels. Les matériels informatiques sont mis en place dans les services (ordinateurs portables et réseau WIFI). Toutefois, la sécurité du système d'information n'est pas totalement assurée en ce qui concerne le dossier patient informatique. En effet, il a été constaté que les internes en médecine en stage dans l'établissement pour une durée de six mois se connectaient au logiciel du dossier patient sur la session du médecin coordonnateur avec les identifiant et mot de passe de celui-ci. Les locaux sont spacieux, clairs, propres et agréables. Cependant, les locaux ne permettent pas toujours de respecter la confidentialité des informations relatives aux patients. La visite du local terminal d'archives, dans lequel sont rangées les archives médicales et administratives, a permis de constater que les archives médicales étaient mélangées avec des archives administratives (RH, paye, factures etc.). Certains dossiers médicaux sont mélangés sur un même rayon avec d'autres archives. L'établissement a toutefois conscience de ce risque et a rédigé une procédure le 06/04/2018, pour l'archivage des nouveaux dossiers, afin de préserver la confidentialité des dossiers médicaux archivés depuis cette date. Par ailleurs, il a été constaté que des documents et boîtes en cartons étaient déposés sur des palettes mais également à même le sol, ce qui pose un problème de sécurité incendie bien qu'un détecteur de fumée soit fixé au plafond de ce local. Enfin, il n'existait pas jusqu'alors de traçabilité des accès des personnels dans ce local, ni de traçabilité des mouvements des dossiers médicaux.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les règles de gestion du dossier patient prévues dans les protocoles sont généralement mises en œuvre par les professionnels. Les résultats des examens de laboratoires provenant d'un laboratoire en ville sont intégrés dans le dossier. Les éléments de la prise en charge sont tracés dans le dossier (personne à prévenir, désignation de la personne de confiance, douleur, risque d'escarre, directives anticipées, projet personnalisé, etc.). L'information faite au patient sur les directives anticipées est réalisée par l'agent chargée de l'accueil administratif mais il y a peu de recueil de directives anticipées dans le dossier papier. L'établissement envisage de modifier le mode opératoire pour le recueil des directives anticipées afin de le confier au service de soins. Il a été constaté lors de la vérification terrain qu'il n'existait pas de recueil centralisé des demandes d'accès au dossier patient ni de suivi des délais. Le recueil formalisé et le suivi ont été mis en place pendant la visite. Les demandes d'accès du patient à son dossier sont désormais enregistrées et suivies sur un tableau de bord tenu par la direction. Le bilan figure chaque année dans le compte rendu de la CDU. Il n'y a pas eu de demande en 2017. Il existe une fiche concernant la prescription de mise en place de contention. Les transmissions ciblées sont enregistrées dans le logiciel du dossier patient. Les actes réalisés par les kinésithérapeutes ne sont pas tracés systématiquement dans le DPI. Le compte rendu (à périodicité variable) des kinésithérapeutes libéraux figure dans le dossier papier. L'administration des médicaments est réalisée en temps réel dans le DPI mis à part pour certains patients alités pour lesquels un gobelet de médicament identifié à leur nom est déposé sur leur plateau.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement n'est pas assujéti au recueil des indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) pour la tenue du dossier patient. Une EPP a débuté au mois de mai 2017 pour l'amélioration de la tenue du dossier patient. Elle était en étape 2 au moment de la visite de certification. Un audit de cinq dossiers a ainsi été réalisé dans ce cadre les 6 et 9 septembre 2017 avec un objectif de conformité de 75%. Le taux de conformité global issu de la grille de recueil était de 72%. La méthodologie des patients traceurs a été déployée en 2017. Un patient traceur a été réalisé le 18 septembre 2017 et un le 29 janvier 2018. Les résultats font l'objet d'un bilan et sont regroupés dans un tableau de bord des indicateurs qualité et gestion des risques. Il y a 8 indicateurs pour le dossier patient. Les résultats sont communiqués dans l'établissement. L'établissement a mis en place pendant la visite un tableau de bord concernant le suivi des délais d'accès au dossier par les patients ou leurs ayants droits lorsque ceux-ci en faisaient la demande.

## A / AGIR

### MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions en lien avec la CDU. La communication des résultats est réalisée auprès des professionnels et également auprès des usagers par l'intermédiaire de la CDU.



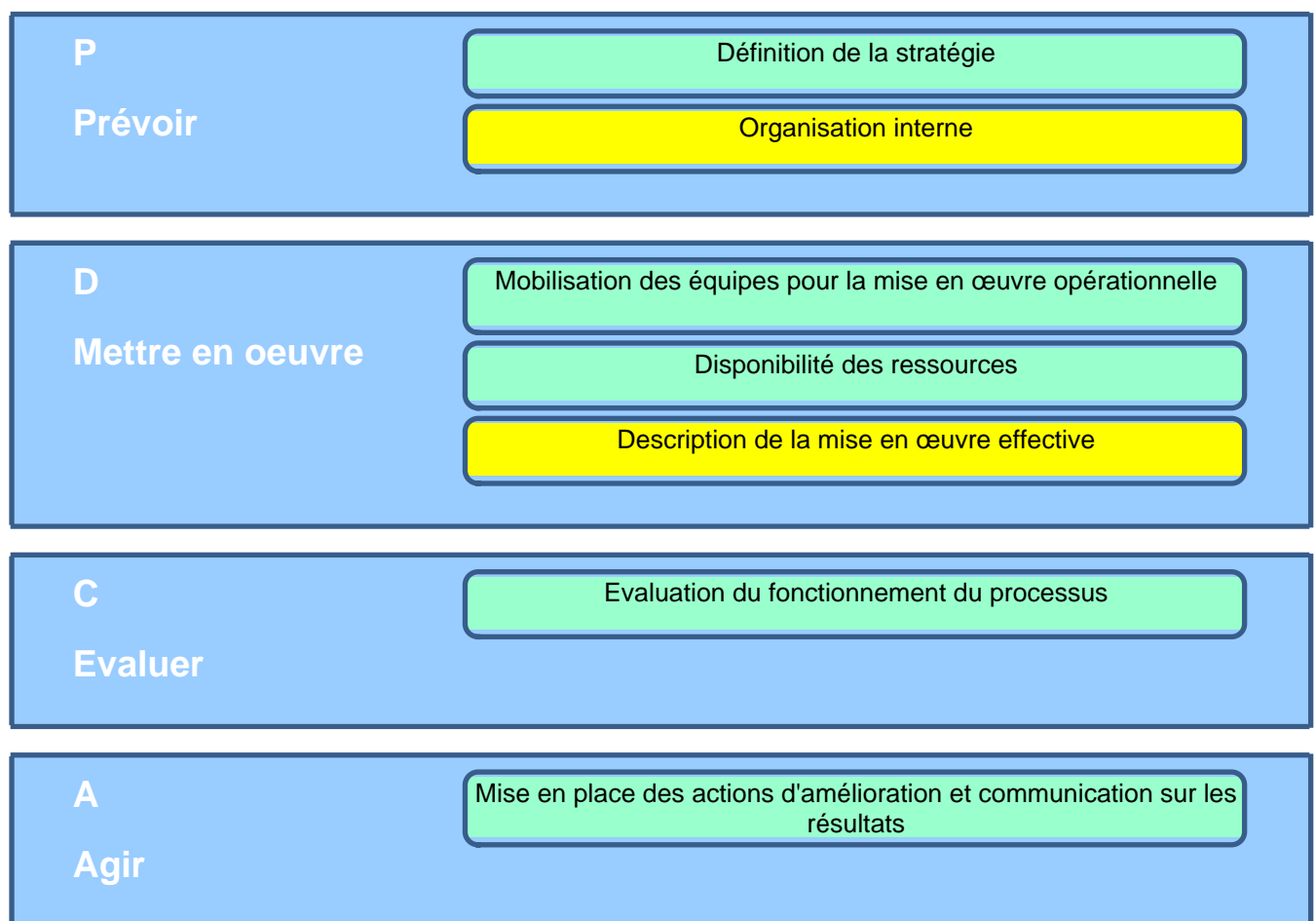
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de la mise en place et du suivi par l'établissement d'une politique / programme d'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux, par une approche concertée et pluridisciplinaire.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La stratégie d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du Centre de Soins de Longue Durée (CSLD) de LUZY s'appuie sur la politique qualité gestion des risques intégrée au projet d'établissement " 2012-2016 ". Ce dernier est prorogé dans l'attente de sa révision, en lien avec le Projet Médical de Territoire à venir. L'orientation politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), (p23) mentionne les objectifs : " Diminuer la consommation des médicaments (en particulier les neuroleptiques et les antibiotiques), réorganiser la prescription des antibiotiques avec toujours une réévaluation à 48/72 heures ". Les quatre axes de travail définis pour cette thématique par la CME, la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) et la structure qualité gestion des risques portent sur : Mise en place d'une politique d'amélioration continue de la qualité concernant la prise en charge médicamenteuse ; Etude des risques pour les patients lors de la prise en charge médicamenteuse ; Déclaration des événements indésirables ; Evaluation de la démarche. Dans sa description détaillée cette politique comporte dans le Contrat Pluri annuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des dispositions spécifiques au sujet âgé, notamment " développer des actions de prévention de la iatrogénie médicamenteuse " et " prévention et maîtrise durisque de iatrogénie médicamenteuse ". La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et du circuit des dispositifs médicaux est présente dans le Manuel d'Assurance Qualité (MAQ) en usage dans le secteur pharmaceutique de l'établissement. De plus la note d'orientation stratégique 2013/2017 indique son projet d'interface dans son objectif opérationnel " travailler en coopération sur une Pharmacie à Usage Intérieur " (PUI) avec la Clinique du Morvan mitoyenne. La convention tripartite (CTP) indique également l'objectif spécifique " Développer des actions de prévention de l'iatrogénie médicamenteuse ". Globalement les nombreux supports politiques institutionnels indique tous la volonté du CSLD de LUZY de : Sécuriser le circuit du médicament et en maîtriser toutes les étapes; Favoriser le bon usage du médicament ; Prévenir le risque iatrogène médicamenteux chez la personne âgée. Un état des lieux des risques a été ensuite mené avec l'appui d'une cartographie de risques, et de l'ensemble des analyses de risques réalisées par la pharmacienne, les médecins, la coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS), la qualitiennne et les référentes soignantes. Les risques identifiés ont été classés (par exemple, prescription chez le sujet âgé, administration, dispensation, prescription médicamenteuse et politique de la prise en charge médicamenteuse), les moyens de maîtrise existants recensés. La priorisation des risques est réalisée à l'aide d'un outil d'Analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité (AMDEC) d'échelles à 5 niveaux et les risques prioritaires intégrés dans le compte qualité et le Programme Qualité Sécurité de Soins (PAQSS) et le compte qualité (CQ). Le programme d'actions institutionnel, défini à l'appui des différentes stratégies, est décliné dans des plans d'actions par processus. Tous les risques prioritaires du processus circuit du médicament bénéficient d'un plan d'actions ou d'une fiche action, élaboré par le groupe de travail, qui fait partie intégrante du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Le plan d'actions est décliné en origine, thème, responsables, actions, priorisations, livrables, lien avec un indicateur ou une EPP, délais prévisionnels et délais réalisés. Les objectifs prioritaires suivis par les pilotes concernent la sécurisation du circuit du médicament, la généralisation de l'informatisation, le respect du bon usage du médicament, la prévention du risque iatrogène et les réponses aux objectifs fixés dans les documents d'influence politique. Ce plan d'actions a été validé par le Comité de pilotage de la prise en charge médicamenteuse (COPIL PECM) qui s'assure également du bon suivi des actions. Ce plan d'actions est également présenté à la CME et la CSIRMT. Le travail mené constitue la base du compte qualité qui représente les priorités du PAQSS et traduit la synthèse des engagements de l'établissement.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du processus est assuré par la pharmacienne gérante assistée d'une préparatrice en pharmacie mise à disposition par convention par une pharmacie d'officine, elle-même sous convention avec le CSLD de LUZY pour la fourniture des médicaments. La pharmacienne est également responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Le choix des pilotes, validé par le comité de pilotage qualité, est réalisé en cohérence avec les fonctions exercées au sein de l'établissement. La structure qualité a déployé un dispositif d'accompagnement des pilotes, avec une mise à disposition d'outils méthodologiques, de formations (compte qualité, pilotes). Les pilotes assurent leurs missions conformément à leur fiche de poste respective et à une fiche de poste "Pilote de processus" élaborée au niveau institutionnel. Les pilotes disposent du plan d'actions qui leur incombe. Les ressources humaines nécessaires au management du processus sont définies. Au niveau institutionnel, les pilotes sont en relation étroite avec le COMEDIMS, le COPIL PECM la CME et la CSIRMT. Le secteur pharmacie dispose des ressources adaptées au fonctionnement local (une pharmacienne deux demies journées par semaine et une préparatrice en pharmacie deux demies journées par semaine). Le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et de la vigilance sont identifiés. La réponse à des besoins pharmaceutiques est organisée en semaine, la nuit

profonde et les week-ends. Les différents plans de formation consultés témoignent de formations en lien avec le circuit du médicament à destination des professionnels soignants, des médecins, et de la pharmacienne. L'accueil du nouvel arrivant est organisé soit dans le cadre d'une formation dédiée (internes) ou d'un compagnonnage (soignants). L'établissement a formalisé son organisation dans un manuel qualité. Les grandes étapes de l'organisation du processus sont également traduites dans diverses procédures générales (approvisionnement en produits pharmaceutiques, stockage des médicaments à conserver au froid, prescription, administration, etc.) et des procédures plus spécifiques (mode d'utilisation des médicaments, médicaments photodégradables, règles de dilution, prescriptions chez la personne âgée, médicaments à risque, médicaments pouvant être broyés, etc.). Toutefois, le protocole définissant les règles d'administration des médicaments ne respecte pas la réglementation. Les IDE assurent l'administration des médicaments sauf la nuit où cette tâche est assurée sur protocole par les aides-soignants. Cette organisation non conforme fut reprise en fin de visite de certification. Le protocole a fait l'objet d'une annulation réactive.

Des outils d'aide à la prescription, des recommandations de bonnes pratiques sont également proposés. Cette base documentaire, remise à jour, est intégrée dans le système de gestion documentaire informatisé de l'établissement. Les locaux, matériels et équipements nécessaires au fonctionnement du besoin pharmaceutique et du secteur clinique sont définis. Les locaux et armoires sécurisées intermédiaires de préparation et stockage des produits pharmaceutiques, disposent d'accès sécurisés dont une zone de livraison, de zones dédiées au stockage des médicaments, des dispositifs médicaux, des solutés. Les prévisions de renouvellement ou d'achats de matériel à destination du secteur de soins sont planifiées. Le dossier patient informatisé est totalement déployé. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre le secteur pharmacie, les secteurs d'activité, le laboratoire, le service qualité, l'encadrement. Le partenariat avec la pharmacie d'officine relève d'une convention formalisée (mise à disposition des molécules, temps préparatrice en pharmacie, analyse pharmaceutique). Toutefois, l'analyse pharmaceutique n'est pas engagée.

L'analyse pharmaceutique n'est pas opérationnelle de par l'absence de connexion au DPI et au laboratoire par les pharmaciens d'officine (convention).

L'investigation du processus n'a pas permis de retrouver de trace d'analyse pharmaceutique dans le DPI.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le plan d'actions a été élaboré avec un groupe de travail pluri professionnel (Pharmacienne, Cadres de santé, médecins, coordinateur de la gestion des risques, qualitiennne, pilotes référents). La déclinaison du plan d'actions en relation avec les risques identifiés est assurée par la pharmacienne et les médecins avec l'aide de la qualitiennne et des cadres et pilotes du processus. Le COPIL PECM (Directeur, Président de la CME, Pharmacienne, qualitiennne, référentes) est garant de cette déclinaison. Les objectifs transversaux du plan d'actions sont communiqués aux médecins et à l'encadrement lors des réunions des instances (CME, CSIRMT). La déclinaison sur le terrain passe principalement par les plans d'action issus des analyses de risques en CREX planifiées selon un échéancier mensuel. A l'issue de ces analyses, l'encadrement et les professionnels sont informés des résultats et participent à l'élaboration du plan d'actions qui les concerne. De ce fait, les professionnels sont sensibilisés aux enjeux, aux risques qui correspondent aux préoccupations de terrain. Des actions de communication, animées par la pharmacienne et l'encadrement (chambre des erreurs, communication dans le journal internes, etc.) sont réalisées et programmées régulièrement pour sensibiliser les professionnels sur la prise en charge médicamenteuse, notamment lors de la semaine sécurité. Au niveau institutionnel, les pilotes s'assurent de la déclinaison des dispositions prévues en s'appuyant sur le plan d'actions issu du compte qualité qu'ils mobilisent en "routine". Au niveau des secteurs d'activité, l'encadrement s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. La conformité des stockages, rangement, tenue des armoires est supervisée par la pharmacienne et la préparatrice en pharmacie. Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont organisés y compris pour les événements graves ou significatif examinés dans le cadre du COPIL PECM et/ou bénéficiant progressivement de retour d'expérience en lien avec les équipes concernées. Les pilotes s'assurent également de la mise en œuvre d'actions d'évaluation programmées (audit de pratique, EPP, etc.). Les professionnels et les praticiens sont sollicités pour participer aux retours d'expérience ou à des RMM permettant l'analyse d'un événement signalé comme grave ou d'un événement récurrent. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin, pour ensuite être intégrées dans le plan d'actions du processus.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'organigramme fonctionnel du secteur pharmacie affiche clairement les ressources internes. Un médecin référent "antibiotique" est nommé pour le secteur. Dans le service de soins, les prescriptions sont assurées par les praticiens de l'établissement et les internes (stage validant) pour lesquels un accompagnement particulier est organisé. La pharmacie dispose de la signature de l'ensemble des praticiens, cette liste est remise à jour au fil de l'eau et en fonction des nouveaux internes. La pharmacienne est présente sur site deux après-midi par semaine. La réponse à une demande urgente est assurée en semaine par la pharmacie d'officine sous convention et le week-end ou la nuit profonde en

ayant recours à un stock d'urgence, conformément à la procédure en vigueur. Les formations sont effectives, nous notons, en particulier une formation assurée par la pharmacienne et la CGRAS autour de l'erreur médicamenteuse, des formations inscrites au plan de formation (gestion des risques) ou des actions de sensibilisation annuelles à destination des professionnels et des patients. Les nouveaux internes bénéficient d'un accompagnement structuré autour de la prise en charge médicamenteuse, les professionnels soignants sont encadrés par compagnonnage. Des formations ont été menées et sont programmées pour le déploiement du logiciel DPI et de la prescription informatisée. Les ressources documentaires, comme le manuel et les protocoles d'organisation du circuit ont été majoritairement remises à jour et sont intégrées dans le système de gestion documentaire informatisé de l'établissement. Le secteur de soins dispose d'un portfolio comprenant les documents utiles en cas d'urgence. Des procédures spécifiques sont également disponibles comme toutes les procédures relatives à la l'utilisation des produits broyables, l'identification des patients les médicaments à risque, la commande de l'oxygène, la délivrance et traçabilité des stupéfiants. Le paramétrage du logiciel de prescriptions utilisé intègre le livret thérapeutique. Une base de données de référence est accessible sur chaque poste informatique. Des documents d'aide sont également mis à disposition par la pharmacienne (guide de bonnes pratiques de prescription, livret d'antibiothérapie, guide de dilution, médicaments à risque, etc.). Les différents accès à la structure intermédiaire pharmaceutique dénommée localement pharmacie sont identifiés et sécurisés. La salle de soins est équipée de plusieurs armoires de stockage des médicaments fermées à clé, armoire de stockage proprement dite armoire de rangement des piluliers etc. Les piluliers préparés dans le service par la préparatrice sont stockés dans des chariots adaptés, sécurisés, roulants et munis d'ordinateurs permettant l'accès au logiciel de prescription et d'administration. L'unité dispose également d'un coffre à stupéfiants, d'un chariot d'urgence vitale, scellé, contenant les produits de santé selon une liste préétablie régulièrement vérifié et audité annuellement. Le transport des médicaments et des dispositifs médicaux dans des boîtes fermées et scellées rangées dans des armoires de transport est assuré par un livreur. Dans l'unité de soins des réfrigérateurs basse température permettent le stockage des médicaments thermosensibles. A la suite d'un travail collectif sur la gestion des réfrigérateurs, la traçabilité quotidienne des relevés de température est réalisée ainsi que la procédure de contrôle et de nettoyage. Les réfrigérateurs sont placés sous alarme et traçabilité de la température.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le patient est informé lorsque cela est possible de la nécessité de communiquer son traitement personnel lors de sa pré-admission. Dès l'entrée, la prescription médicamenteuse peut être révisée si nécessaire. Le traitement personnel et habituel du patient est renseigné dans le dossier informatisé par le médecin. L'information des patients sur le bon usage des médicaments est assurée de manière formelle lorsque cela est possible par les praticiens et les professionnels pour des traitements spécifiques, notamment anticoagulants et antalgiques. Des informations ciblées à destination du patient ou des familles sont réalisées dans le cadre de la semaine sécurité. Les règles pour assurer la continuité du traitement médicamenteux de l'admission à la sortie sont connues des professionnels et appliquées, ainsi qu'une revue des prescriptions chez la personne âgée. Les prescriptions initiales tiennent compte du traitement personnel du patient et prennent en compte les notions de juste prescription et de réduction des traitements à tropisme nerveux en particulier. Les observations de terrain constatent, la mise en place de modalités spécifiques de rangement pour les médicaments à risque identifiés (exemple : KCl hypertonique), de stockage des médicaments (relevé journalier tracé de la température des réfrigérateurs, et d'administration des médicaments par les professionnels compétents sauf la nuit. Le mode d'étiquetage des piluliers est nominatif, harmonisé et sécurisé par des couleurs pour les homonymies. Les pratiques respectent les recommandations de bon usage comme le confirment les observations lors des patients traceurs réalisés dans le secteur et les valeurs des indicateurs. Les règles pour assurer la continuité du traitement médicamenteux de l'admission à la sortie bien que rarement applicable dans ce secteur, sont connues des professionnels et appliquées. Une revue des prescriptions chez la personne âgée est de règle, comme observée dans ce centre de soins de longue durée. La permanence pharmaceutique est assurée pendant les temps de présence de la pharmacienne. Au-delà, une organisation connue des professionnels, permet de répondre à un besoin urgent. L'approvisionnement régulier entre pharmacie d'officine et secteur de soins sont réalisés à partir des prescriptions d'une part et d'un stock de référence d'autre part, en fonction d'un planning régulier. Les commandes entre secteur de soins et pharmacie sont réalisées à partir de l'ordonnance du patient éditée directement du DPI. Les approvisionnements ponctuels personnalisés sont organisés sur prescription nominative. L'approvisionnement du secteur est assuré à jour fixe en fonction d'un planning hebdomadaire. Le transport est assuré par le service technique en ce qui concerne les gros volumes et par les professionnels à l'aide de paniers pour les approvisionnements ponctuels. Les approvisionnements autres que médicamenteux sont orchestrés dans le cadre d'un groupement d'achat. Les prescriptions sont informatisées à l'aide du logiciel disponible dans le DPI. Les prescriptions établies pendant l'hospitalisation respectent les règles de bonnes pratiques comme le confirment les observations lors du patient traceur réalisé dans le secteur. La validation pharmaceutique est possible au niveau de la prescription par l'inclusion du livret thérapeutique. L'accès à la totalité du dossier médical de prescription et aux résultats biologiques est possible. La délivrance est nominative en sus d'une dotation de service. A cela s'ajoute les molécules identifiées (stupéfiants, médicaments dérivés du sang, antibiotiques). L'approvisionnement des traitements personnels est organisé. Un contrôle des périmés est effectué et un suivi des températures des réfrigérateurs est assuré avec report d'alarme pour les réfrigérateurs

contenant des produits sensibles. Le chariot d'urgence est vérifié et opérationnel. Les approvisionnements autres que médicamenteux sont orchestrés dans le cadre d'un groupement d'achat. Les traitements sont préparés dans les piluliers identifiés au nom du patient, un code couleur est applicable en cas d'homonymie. La préparation des piluliers est assurée au regard de la prescription informatisée. La traçabilité de l'administration des médicaments est assurée dans le logiciel ou sur le support unique de prescription/administration et ce au plus près de la prise la journée. Cependant, les bonnes pratiques d'administration médicamenteuse ne sont pas respectées. L'administration n'est pas effective (le mode opératoire consistant à tracer la distribution et non la prise). Des gobelets contenant les médicaments prévus pour la nuit sont déposés sur les tablettes personnelles, en vue d'une prise plus tardive par le patient lui-même, voire avec l'aide d'un professionnel non autorisé. Les risques d'inversion ou de prise cumulée des traitements notamment dans les chambres à deux lits est un risque non pris en compte. Par ailleurs, n'ayant la nuit dans l'établissement pas la présence d'une IDE, par glissement de tâche, ce sont les aides soignantes qui administrent les médicaments et autres surveillances. Lors de la visite de certification, suite au constat des experts visiteurs, cette problématique a fait l'objet d'une mesure de réorganisation immédiate. Le protocole a fait l'objet d'une annulation réactive et une IDE d'astreinte intervient le cas échéant dans l'attente d'une solution pérenne. L'IDE d'astreinte réalise donc l'administration médicamenteuse la nuit.

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont effectifs et des comités de retour d'expérience sont en place. Le circuit de signalement de pharmacovigilance est opérationnel et actualisé. Les interfaces, service de soin, services techniques, service informatique, laboratoire, établissements de référence sont opérationnelles. A l'échelle de l'établissement, une commission du médicament (COMEDIMS), une commission des anti-infectieux, un comité de pilotage de la prise en charge médicamenteuse sont en place et se réunissent à fréquence définie comme en témoignent les comptes-rendus réalisés. Les différentes observations de terrain confirment l'implication des professionnels pour assurer la traçabilité des différents contrôles et surveillance (température des réfrigérateurs, périmètres, chariot d'urgence, etc.).

Enfin, l'identification des médicaments jusqu'à l'administration ne peut être réalisée. Des médicaments étaient déblistérés dans les piluliers pour les demi comprimés sans possibilité d'identification au moment de l'administration. De plus, les médicaments sous blister ne sont pas tous identifiables en raison du conditionnement provenant de l'officine.

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

Un suivi d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs, en cohérence avec les spécificités de la structure. Le suivi des décisions de la certification est pris en compte, des indicateurs ciblés sur les actions issues du plan sont identifiés et des tableaux de synthèse sont en place. Le suivi des indicateurs est assuré par la pharmacienne, l'équipe qualité et la direction. Le dispositif d'audit est structuré en partenariat direct avec la qualitiennne. Ont été réalisés récemment un audit sur la traçabilité des prescriptions et de l'administration. Des travaux d'amélioration des pratiques professionnelles sont menés (EPP sur la pertinence de la prescription chez la personne âgée). La pharmacienne réalise un rapport d'étape annuel en lien avec les instances régionales. Un bilan annuel aborde le suivi, l'avancement des actions, les résultats des enquêtes, des évaluations, etc. en référence au plan d'actions annuel (fonctionnement, état d'avancement, système documentaire). Un point annuel est présenté en CME et en revue de direction.

## **A / AGIR**

### **MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS**

La diffusion des résultats est réalisée de premier abord auprès de la Direction et de la CME. Le plan de communication institutionnel prévoit différentes modalités de communication auprès des professionnels (intranet, journal interne, interventions en CME, dans les instances, réunions de services).