



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**ADDITIF AU RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**Centre Hospitalier Spécialisé de
Sarreguemines**

1 rue de Calmette – 57212 Sarreguemines

SEPTEMBRE 2019

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
INTRODUCTION.....	3
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT.....	4
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE.....	6
DROITS DES PATIENTS	7
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE.....	10

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.

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. L'additif au rapport de 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).

Le présent additif au rapport de certification rend compte de l'analyse du compte qualité supplémentaire communiqué par l'établissement après une certification avec obligation(s) d'amélioration. Cette analyse porte sur la ou les obligation(s) d'amélioration et se fait selon 3 axes :

- L'identification et la hiérarchisation des risques,
- La cohérence et déploiement du programme d'actions,
- La mobilisation des données et évaluation du programme d'actions,

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Raison sociale	
Adresse Département / région	1, rue Calmette 57212 Sarreguemines Moselle – Grand Est
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier Spécialisé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité Juridique	570000141	CHS de Sarreguemines	1, rue de Calmette 57212 Moselle
Établissement principal	570000893		

Activités				
Type de Prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places	Nombre de places en ambulatoire
Santé mentale	Psychiatrie générale	481	37	/
	Psychiatrie infanto-juvénile	6	25	/
Soins de Longue Durée		30	/	/

DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

1. Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, issus de l'analyse du compte qualité, la Haute Autorité de santé :

- prononce la certification de l'établissement avec recommandations d'amélioration.

2. Décisions

RECOMMANDATIONS D'AMÉLIORATION

Droits des patients
Parcours du patient

3. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.

Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé au plus tard le 30/09/2021.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

DROITS DES PATIENTS

1. Identification & hiérarchisation des risques

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Prise en compte des éléments du rapport de certification pour mettre à jour l'identification des risques ?	Oui	L'établissement a identifié des risques sur la base des éléments de son rapport de certification, établi suite à la visite sur site en mars 2018. Ainsi, des risques ont été identifiés en lien avec le respect de la liberté d'aller et venir (mode d'hospitalisation et mesure d'isolement et de contention), le respect de la dignité et de l'intimité. D'autres risques ont été identifiés sans qu'ils soient en lien direct avec ceux identifiés lors de la visite.
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	Oui	L'établissement a analysé, dans son compte qualité les causes de ces risques. Cette analyse permet d'identifier la ou les causes du risque et donc de choisir l'action d'amélioration la plus à même de réduire le risque.
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?	Oui	Les niveaux de maîtrise et les dispositifs de maîtrise en place sont cohérents. Les actions d'amélioration finalisées sont considérées comme autant de nouveaux dispositifs de maîtrise.

2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions au regard des risques ?	Oui	Le plan d'action a été mis à jour au regard de l'identification de nouveaux risques.
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	Partiellement	L'établissement a rédigé une politique d'encadrement et de limitation de recours aux pratiques d'isolement et contention. Un rapport annuel des pratiques d'isolement et contentions est également prévu. En la matière, les procédures d'isolement et de contention

		<p>ont été mises à jour des recommandations de 2017. Elles ont été communiquées en avril 2019. Par ailleurs, une EPP "Pertinence de la mise en œuvre des restrictions de libertés" a été lancée en novembre 2018. Un audit de connaissance adressé aux professionnels, et renouvelé périodiquement a été réalisé en janvier 2019.</p> <p>Une réflexion globale doit être engagée pour améliorer l'information du patient sur ses conditions de séjour. Cette réflexion pilotée par le Président de CME et les chefs de pôles doit aboutir, d'ici fin 2019, à une évolution des modalités de prise en charge de ces patients. Elle pourra s'appuyer sur les résultats de l'enquête « Préservation des libertés individuelles » et sur les réflexions du comité d'éthique. Un axe concernant les libertés individuelles et de gestion des mesures de liberté est intégré dans le projet de soins, le projet médical et la politique QGDR. Dans l'attente de ces évolutions, attendues fin 2019, et d'améliorer la liberté d'aller et venir des patients pris en charge en hospitalisation libre, l'établissement a conduit quelques actions : installation de digicodes supplémentaires pour les pavillons le nécessitant.</p> <p>Dans les unités d'admission, (qui accueillent l'ensemble des entrées du secteur géographique dont dépendent les patients), des patients en hospitalisation libre peuvent être pris en charge des unités fermées. Le patient passe sa journée dans un espace ouvert. Dans ce cas, il n'a plus accès à sa chambre. Par ailleurs, les patients polyhandicapés sont accueillis dans des unités intersectorielles pour personne polyhandicapée. Les patients polyhandicapés admis en hospitalisation libre sont pris en charge dans des unités fermées mais qui peuvent être ouvertes par des digicodes.</p> <p>Enfin, pour améliorer les conditions d'hébergement, l'établissement s'est engagé dans des projets immobiliers. En décembre 2019, il est prévu le transfert des Lierres A vers le pavillon Les Mimosas qui ne comportera que des chambres individuelles. D'ici décembre 2020, il est prévu la reconstruction de trois Unités pour Malades Difficiles (UMD). Enfin, d'ici 2022, 5 UMD devraient être réhabilitées.</p>
Échéances définies et acceptables ?	Partiellement	<p>Les actions visant à améliorer le respect de la liberté d'aller et venir des patients admis en hospitalisation s'engagent sur un temps long. La réflexion aujourd'hui menée, et qui doit aboutir à la fin de l'année 2019 doit être accélérée pour permettre d'engager, au plus vite, les actions concrètes visant à améliorer cette liberté d'aller et venir. A contrario, les actions liées à la révision des organisations et pratiques de contention ont été engagées dans un temps acceptables. Les évolutions immobilières sont planifiées. Le calendrier prévisionnel est en</p>

		cohérence avec la nature des travaux et les contraintes inhérentes à un tel projet.
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	Oui	Pour chaque action, l'établissement a identifié une mesure de suivi. En fonction de la nature des actions, ces modalités de suivi peuvent prendre la forme d'indicateurs (Indicateur de résultats d'audit, résultat de l'audit de connaissance et rapport d'activité annuel) ou de documents (suivi de projet, etc.)

3. Mobilisation des données et évaluation du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation des données suite au rapport de certification ?	En grande partie	L'établissement a actualisé les données de son compte qualité en fonction des actions d'amélioration et modalités de suivi choisies pour chacune de ces actions. Des indicateurs ont été identifiés sur la réévaluation des isolements, taux d'hospitalisation sous contraintes remises en cause par le juge des libertés et détention, taux de satisfaction des patients sur le respect de la dignité. L'EPP "Pertinence de la mise en œuvre des restrictions de libertés" a également été intégrée dans le compte qualité. En revanche, aucun indicateur sur les restrictions de la liberté d'aller et venir n'a été intégré et suivi.
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	Partiellement	Des résultats attestent d'une amélioration, notamment sur la réévaluation des prescriptions d'isolement à 12h et 24h. Le taux de recours à l'isolement a également baissé entre décembre 2017 et décembre 2018. En revanche, la satisfaction des patients quant au respect de leur intimité a baissé. En l'absence d'indicateur sur le respect de la liberté d'aller et venir, aucun résultat n'atteste d'une amélioration en la matière. Le questionnaire de sortie dans sa version 2019 génère un indicateur relatif au respect de la liberté d'aller et venir. Après son recueil et son exploitation annuelle, les résultats de l'indicateur seront être renseignés dans le compte qualité.

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

1. Identification & hiérarchisation des risques

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Prise en compte des éléments du rapport de certification pour mettre à jour l'identification des risques ?	Oui	L'établissement a identifié des risques sur la base des éléments de son rapport de certification, établi suite à la visite sur site en mars 2018. Ainsi, des risques ont été identifiés en lien avec la visite sur le management de la prise en charge médicamenteuse (responsable de la PECM, formation et sensibilisation, mise à disposition du matériel) et sur la prise en charge médicamenteuse (pratiques de préparation, d'administration des médicaments, stockage).
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	Oui	L'établissement a analysé, dans son compte qualité les causes de ces risques. Cette analyse permet d'identifier la ou les causes du risque et donc de choisir l'action d'amélioration la plus à même de réduire le risque.
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?	Oui	Les niveaux de maîtrise et les dispositifs de maîtrise en place sont cohérents. Les actions d'amélioration finalisées sont considérées comme autant de nouveaux dispositifs de maîtrise.

2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions au regard des risques ?	Oui	Le plan d'action a été mis à jour au regard de l'identification de nouveaux risques.
Cohérence et déploiement du plan	En grande partie	Un responsable de la prise en charge médicamenteuse en CME a été nommé en juin 2018. Des formations ont été inscrites au plan de formations, notamment quant aux risques

d'actions ?		<p>d'erreurs médicamenteuses. L'établissement a planifié et régulièrement diffusé des supports de sensibilisation à l'attention des services de soins. Les thèmes sont choisis par les pharmaciens en concertation avec la DSI et via un canal adapté au thème (cadre, papier, interventions dans les unités, etc.).</p> <p>Concernant l'administration des médicaments, les règles de bonnes pratiques du processus de prise en charge médicamenteuse ont été formalisées et diffusées sur le terrain. Un audit dans les services avec un retour d'information aux professionnels a été mené en mars 2019. Les résultats sont disponibles dans le compte qualité.</p> <p>Après la visite de mars 2018, pour le stockage dans les unités de soins, les stocks de médicament ont été réduits et réaménagés pour améliorer le rangement des médicaments, des pièces ont été libérées pour améliorer le stockage et du matériel acheté. Enfin, la gestion des clés a été améliorée dans les unités de soins. Pour poursuivre cette dynamique d'amélioration du stockage dans les unités, l'établissement prévoit la mise en place de la dispensation nominative.</p> <p>Concernant les locaux de la pharmacie, un projet de réaménagement décrivant les améliorations attendues est formalisé depuis mars 2019 : demande d'investissements concernant du matériel de stockage pour la pharmacie, permettant d'améliorer le stockage et les circuits. Dans l'attente de la concrétisation du projet, les locaux et équipement de la PUI ne répondent pas attendus de la HAS. L'établissement n'apporte pas de réponse aux écarts décrits dans le rapport de février 2019.</p>
Échéances définies et acceptables ?	En grande partie	L'établissement a mené les actions relatives au management de la prise en charge médicamenteuse, l'administration des médicaments et le stockage dans les unités de soins. Reste à initier les actions relatives à l'amélioration des locaux et matériels de la PUI.
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	Oui	Pour chaque action, l'établissement a identifié une mesure de suivi. En fonction de la nature des actions, ces modalités de suivi peuvent prendre la forme d'indicateurs (audit des pratiques d'administration, suivi du plan de formation, etc.) ou de documents (suivi de projet, etc.)

3. Mobilisation des données et évaluation du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation des données suite au rapport de certification ?	En grande partie	L'établissement a actualisé son compte qualité au regard des résultats d'audit menés sur l'administration et le stockage dans les unités de soins. Toutefois, l'audit mis à disposition dans le compte qualité ne permet pas de savoir les unités auditées et, in fine, de faire le lien entre les unités ciblées par les experts-visiteurs et celles auditées par l'établissement. Par ailleurs, en l'absence de plan d'action initiée à la PUI, aucun résultat n'est disponible
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	En grande partie	<p>En ce qui concerne les pratiques d'hygiène lors de la distribution des médicaments (nettoyage broyeur, plateau, support...), l'ensemble des unités auditées étaient conformes. Dans la quasi-totalité des unités auditées, les comprimés étaient identifiables jusqu'au moment de leur administration. En matière d'identification, dans la quasi-totalité des unités auditées, les piluliers et gobelets sont identifiés avec une étiquette comportant avec le nom, prénom et la date de naissance. Les gobelets sont désormais fermés. Au regard des résultats de l'audit, l'IDE qui administre a préparé et/ou vérifié les traitements. Par ailleurs, les injectables ne sont pas préparés à l'avance et sont administrés immédiatement au patient. Avant l'administration, l'IDE s'assure de l'identité du patient. L'administration est réalisée dans des conditions favorables à la confidentialité. Enfin, les pratiques de traçabilité de l'administration sont conformes aux attendus de la HAS.</p> <p>En revanche, dans près de 16% des cas, les gouttes ne sont pas préparées par l'IDE qui les administrent. Enfin, à défaut d'indicateur relatif à la PUI, aucun résultat ne démontre une amélioration.</p>