



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

E.P.S.N. DE FRESNES

1 allée des thuyas
94832 FRESNES



Validé par la HAS en Mars 2022

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Mars 2022

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	18
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	19
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	20
Annexe 3. Programme de visite	24

Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS : les experts-visiteurs. Cette procédure quadri-annuelle, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique.

La certification constitue une des modalités de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par les établissements. Elle y favorise également la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle.

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluée par l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

Une évaluation qui s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers...

Chaque établissement de santé est évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur des critères spécifiques relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD).

Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS, comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification;
- des critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, si une évaluation de l'un de ces critères est négative pour un ou plusieurs de ses éléments d'évaluation, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification de l'établissement.
- des critères avancés correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils correspondent potentiellement aux critères de certification de demain et sont valorisés pour les établissements qui peuvent y répondre sous condition d'un niveau minimal sur l'ensemble des critères standards et impératifs.

| ... et sur des méthodes

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite de l'établissement par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport de visite articulé en cohérence avec les 3 chapitres du référentiel.:

- Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés au soin. Les analyses des événements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.
- Le troisième chapitre concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

Cette structuration permet l'analyse croisée entre le résultat pour le patient, les pratiques mises en œuvre par les équipes de soins et la dynamique impulsée par la gouvernance de l'établissement et du groupement, le cas échéant.

| Une décision et un rapport rendus publics

Sur la base du rapport de visite, complété d'éventuelles fiches d'anomalies et des observations de l'établissement, la HAS adopte le rapport de certification et rend une décision. La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans qu'elle peut assortir d'une mention ;
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure dans un délai maximum de deux ans ;
- une décision de certification sous conditions ; une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai compris entre six et douze mois. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS constate si l'établissement a rempli les conditions pour être certifié. Elle prononce alors une décision de certification, avec ou sans mention, ou une décision de non-certification.

Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'établissement.

L'établissement doit en assurer la plus large diffusion interne. Il doit notamment la porter à la connaissance des instances délibérantes, de la commission ou conférence médicale d'établissement et de la commission des usagers.

Ce rapport de visite est produit par l'équipe des experts-visiteurs dans un délai d'une quinzaine de jour après la fin des évaluations et de la réunion de restitution, il est transmis à l'établissement pour que celui-ci puisse formuler ses observations. Il sera remis également à la HAS et fera partie des éléments de référence pour l'élaboration du rapport de certification

Décision

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 mention.

Présentation

E.P.S.N. DE FRESNES	
Adresse	1 allée des thuyas 94832 FRESNES Cedex FRANCE
Département / Région	Val-de-Marne / Ile-de-france
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	750810798	MINISTERE DE LA JUSTICE	13 place vendome 75042 Paris 01er FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

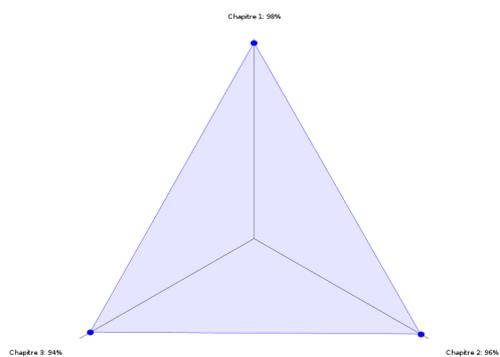
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

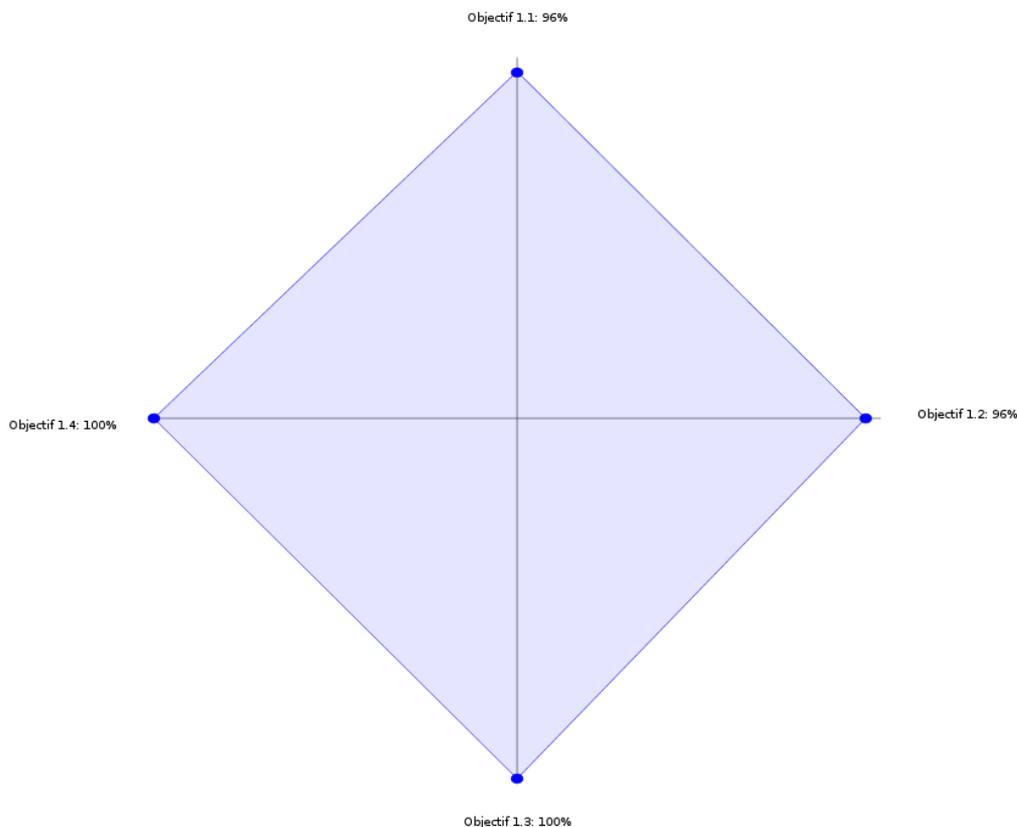
Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement, 100 critères lui sont applicables

Résultats



Chapitre 1 : Le patient



L'EPSNF (Etablissement Public de Santé National de Fresnes) accueille, sous double tutelle, justice et santé, au plan national, hors urgence et hors psychiatrie, des patients détenus, condamnés ou prévenus, majoritairement des hommes, et dans une moindre mesure, des femmes et des mineurs. L'EPSNF dispose de 16 lits de médecine, 42 lits de MPR et 22 lits de SSR. Une activité d'HDJ (SSR et médecine) est en développement. Plusieurs consultations de spécialité sont assurées sur place et en télé-médecine.

Le respect des droits des patients détenus est l'objet d'un consensus permanent entre les contraintes de l'administration pénitentiaire et les pratiques soignantes.

Au jour de la visite, chaque patient détenu dispose d'une chambre individuelle équipée d'un lavabo et d'un WC avec une cloison de séparation basse (1 m environ), sans douche. Les chambres doubles ne sont à ce jour pas utilisées comme telles en raison de la pandémie. Chaque secteur d'hospitalisation est équipé de 3 douches communes cloisonnées.

Les locaux sont vétustes mais entretenus et propres. Les portes des chambres sont fermées à clef et disposent d'un oculus permettant la visualisation de l'activité du patient détenu – qui n'a donc pas la liberté d'aller et venir. L'ouverture des chambres est faite par les soignants dans la journée, par les surveillants de la pénitentiaire la nuit. Un projet de rénovation des chambres avec l'installation de douches individuelles est à l'ordre du jour mentionné au projet d'établissement.

Dès sa prise en charge à l'EPSNF, le patient détenu est fouillé par l'administration pénitentiaire, les objets interdits retenus, un kit d'hygiène remis, les médicaments personnels retirés et confiés aux soignants sous sac fermé, une carte d'identité spécifique à l'établissement est établie, intégrant des données biométriques. Le patient est ensuite confié au personnel soignant.

Un livret d'accueil incluant les informations relatives à l'hospitalisation et aux droits est systématiquement remis au patient dans les services de soins, mais pas toujours expliqué oralement. Le recueil de la personne de confiance et de la personne à prévenir est effectif, mais la visite des différents secteurs n'a pas objectivé de démarche relative à la proposition de rédaction de directives anticipées. La proposition de

rédaction de directives anticipées est réalisée uniquement pour des patients dont le pronostic est défavorable.

Des affichages complètent cette information (Chartes, représentants des usagers, prévention, indicateurs d'établissement, messages de santé publique...), dans les lieux passant et la salle d'attente de consultation, bien que les déplacements ne soient autorisés que lors des soins, des douches ou de la promenade réglementée.

Les prises en charge s'effectuent dans le respect des droits et les patients détenus bénéficient de l'attention des professionnels concernant les informations utiles. L'empathie et le respect sont des valeurs décrites par les patients rencontrés et concernent l'ensemble des corps de métier.

Au regard de la vétusté et de la configuration des locaux (oculus décrits comme justifiés pour le public accueilli au sein de la structure, absence de séparation du coin lavabo WC, absence de douche), la dignité et l'intimité ne peuvent être considérées comme respectées. Un projet de restauration des services prévoit l'installation de douches et de blocs sanitaires en chambre dans les services au 1^{er} étage et dans les chambres doubles du 2^{ème} étage. Dans ce contexte, les professionnels sont bienveillants et restent très attentifs au respect de la dignité dans leurs pratiques.

Le consentement, l'engagement, l'information et l'expression du point de vue du patient sont recherchés pour l'ensemble des prises en charge et les hospitalisés rencontrés témoignent de l'attention des professionnels. Ces actions sont tracées dans le dossier patient informatisé qui intègre de manière très complète les éléments contributifs de la prise en charge de l'ensemble des professionnels, et les prescriptions. La douleur est évaluée, réévaluée et tracée, et le patient impliqué à l'aide de différentes échelles adaptées. Les difficultés linguistiques des patients sont une préoccupation qui incite à l'utilisation d'outils numériques ou de services de traduction multiples sans parler des ressources internes avec des personnels multilingues.

Un mode d'adressage unique avec formulaire de données est utilisé pour l'ensemble des entrants, adressés par les UHSI et les USMP principalement, et justifie d'un accord médical dans le service.

Les femmes et les mineurs sont l'objet de mesures particulières de protection au sein des services (notamment chambre individuelle, ouverture de la porte de chambre par le seul personnel de la pénitencière, non mixité de certaines activités).

Un projet de soins personnalisé est défini et le patient, les proches y sont associés. Les conditions de vie et de lien social sont prises en compte, en particulier lors de la sortie, de même que les vulnérabilités et la précarité.

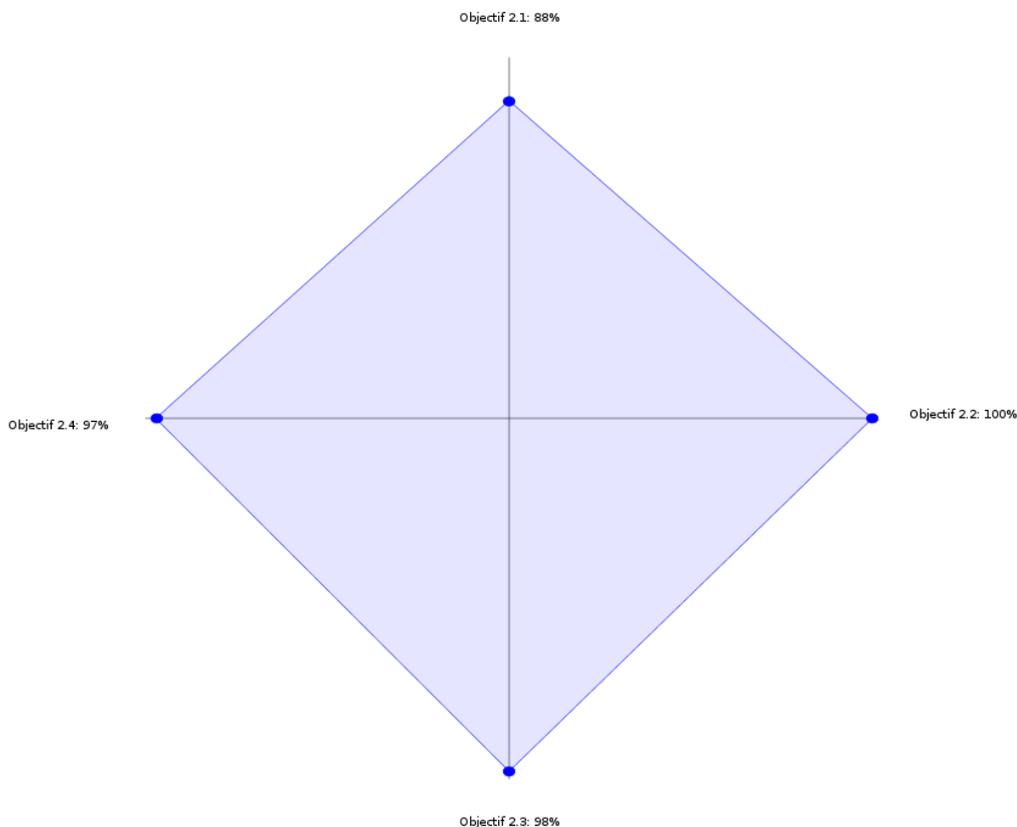
Un important travail est fait par le service social sur la recherche de solutions d'aval pour les patients détenus dont l'état de santé est incompatible avec le maintien en détention, ainsi que sur le lien avec l'entourage et les familles, l'accompagnement social du patient détenu.

Les sorties sont anticipées et les ressources nécessaires au retour à domicile ou en détention sont mobilisées en concertation soit avec la ville, soit avec la justice. Des partenariats d'amont et d'aval sont établis dans ce cadre.

Dans les situations de fin de vie, la sortie est priorisée et à défaut, la présence des proches H24 peut être organisée dans les locaux. Des démarches palliatives sont mises en œuvre.

Le maintien de l'autonomie des hospitalisés est une préoccupation. Les contentions sont très rares et maîtrisées, prescrites, évaluées en équipe et tracées.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Pour l'ensemble des professionnels de l'EPSNF, la recherche de la qualité des soins est un objectif partagé observé au travers d'une articulation santé / justice qui préserve le secret professionnel et médical.

Les prises en charges s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques. Les professionnels s'attachent aux valeurs de respect de l'intimité, de dignité et de confidentialité malgré les contraintes de la détention et des chambres dans des locaux très anciens qui ne peuvent prétendre répondre aux valeurs défendues.

La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et évaluée. L'établissement a recours à un référent antibiotique, praticien infectiologue de l'équipe médicale. Les formations afférentes sont organisées.

Pour les dérivés du sang, les indications sont concertées, le patient informé, la traçabilité assurée. Cette activité est marginale. L'analyse a posteriori de la pertinence des transfusions n'est pas effectuée dans l'établissement au regard du nombre très faible de transfusions. Néanmoins une revue est effectuée dans le cadre du Csth régional. La sécurité transfusionnelle est assurée.

Les messages de santé publique (tabac, addictions, santé bucco-dentaire, alcool interdit) sont relayés par les soignants et l'éducation thérapeutique est une préoccupation des professionnels.

Les vigilances sont coordonnées, les alertes ascendantes et descendantes organisées.

L'identification des patients est recueillie dès l'arrivée par l'administration pénitentiaire qui délivre une carte d'identité spécifique. En complément, un bracelet d'identification est utilisé tout au long de la prise en charge en cas de déficience cognitive.

Les motifs d'admission en médecine, SSR et MPR, sont discutés en équipe. Pour chaque patient, un projet de soins est défini en équipe après bilan. Les actions sont collectivement évaluées au travers de staffs réguliers, transmissions journalières entre les équipes et staffs

hebdomadaires. Les objectifs de chaque membre de l'équipe sont formalisés. L'ensemble des actes et observations de chaque professionnel de l'équipe est tracé dans le dossier.

L'EPSNF dispose d'un dossier patient informatisé très structuré, support de l'ensemble des observations et des actes médico-paramédicaux. L'accès en est individuel et géré selon profil. Un logiciel spécifique concerne la prescription et le circuit des médicaments. Les actes d'imagerie sont stockés dans un PACS. Une interface numérique est active pour la biologie qui est externalisée. Une stratégie visant à scanner l'ensemble des documents est en cours. A la sortie, une lettre de liaison est établie pour le jour J. Le patient a accès à son dossier.

La coordination et la concertation des professionnels sont effectives, les staffs sont réguliers dans l'ensemble des secteurs. Le recours à des compétences externes est organisé, notamment par le biais de la télé-médecine. Des synergies et conventions avec plusieurs établissements franciliens selon leurs compétences en termes de recours sont actives. La démarche palliative est coordonnée. En cas de besoin, le recours à la télé-médecine est organisé (télé-imagerie, téléconsultation).

La permanence des soins est assurée avec une garde médicale sur place 7 jours sur 7 et l'effectif soignant nécessaire.

Les interfaces imagerie et biologie médicale sont opérationnelles et la concertation est effectuée en cas de besoin.

La coordination des professionnels est active tout au long de l'hospitalisation entre unités de soins, ainsi qu'avec le plateau médico-technique. La sortie fait l'objet d'anticipation, sans toutefois être annoncée à l'avance au patient détenu pour raison de sécurité pénitentiaire, et de concertation avec la justice, au regard des problématiques sociales et juridiques en particulier lorsque l'état du patient est incompatible avec son retour en détention. Les aspects sociaux et médicaux d'aval sont des préoccupations majeures – qui peuvent occasionner des hospitalisations de longue durée.

L'alimentation du DMP et du DP n'est pas opérationnelle, mais beaucoup de patients détenus n'ont pas de médecin traitant. Ce sujet fait l'objet d'une réflexion relative à la protection des données par rapport au statut de détenu du patient.

Le circuit du médicament est organisé et sécurisé dans l'ensemble de ses composantes (prescription, stockages dans les services, transport, péremptions, ...). La validation des prescriptions est généralisée, la conciliation est effectuée selon des priorités définies (ciblage sur les patients de plus de 80 ans). Les médicaments à risque sont identifiés. Une formation est délivrée relative à l'erreur médicamenteuse, les never events, etc... Les stupéfiants sont sécurisés et vérifiés à chaque poste. La PUI est sécurisée. Il n'existe pas d'astreinte pharmaceutique mais une organisation visant à garantir l'approvisionnement. En cas de manque exceptionnel d'un produit, il est fait appel à la PUI de l'USMP de Fresnes ou du CHU du Kremlin-Bicêtre. Les chariots de piluliers sont constitués à la PUI par les préparateurs. Un rappel a été effectué concernant les bonnes pratiques d'administration, relativement à la validation de la prise des médicaments et non de la distribution. Concernant le risque médicamenteux, des informations ont été diffusées. Des EI sont déclarés, analysés en REMED avec le pharmacien.

Le risque infectieux est globalement maîtrisé et les mesures adaptées sont prises en cas de nécessité d'isolement – comme nous l'avons constaté. L'EPSNF maîtrise ce risque du fait qu'il traite des patients détenus tuberculeux, et qu'il accueille les patients détenus COVID positifs. Des audits internes et des formations sont réalisés régulièrement. Les protocoles sont disponibles, des indicateurs identifiés et diffusés. Les SHA sont disponibles, les bonnes pratiques d'hygiène des mains sont respectées, de même pour les locaux. L'établissement ne dispose pas de CLIN mais d'une pharmacienne hygiéniste et une IDE hygiéniste référentes. Des référents sont identifiés aussi dans les services. Les locaux DASRI sont conformes et le matériel nécessaire à l'activité est disponible. Il existe un suivi des légionnelles avec mesures de prévention en raison d'un réseau d'eau ancien qui comporte des bras morts sur un étage, où est installé le centre de rétention ou CSMJS (Centre Socio Médico Judiciaire de Rétention de Sécurité), destiné aux détenus libérés à l'issue de leur peine mais restant retenus en raison de leur dangerosité particulière. Il est inoccupé depuis plus de 10 ans, car ce dispositif, qui reste inscrit dans le code pénal, n'a pas prospéré. Les prélèvements d'eau sont réguliers de même que l'organisation de chocs thermiques. Des formations et évaluations sont retrouvées (audits, journée qualité chambre des erreurs, formation au bio nettoyage des ASH...).

La vaccination antigrippale est proposée et promue mais l'ensemble des soignants rencontrés n'a pas compris les enjeux de santé publique afférents. Un taux de vaccination de 25% est constaté. La vaccination anti-COVID est effective et est étendue aux personnels de la pénitentiaire en poste à l'EPSNF.

Les tenues des professionnels répondent aux bonnes pratiques. Ils sont identifiés « fonction » et non nominativement pour des raisons de sécurité.

En imagerie, les dosimètres et EPI sont disponibles. La PCR est organisée.

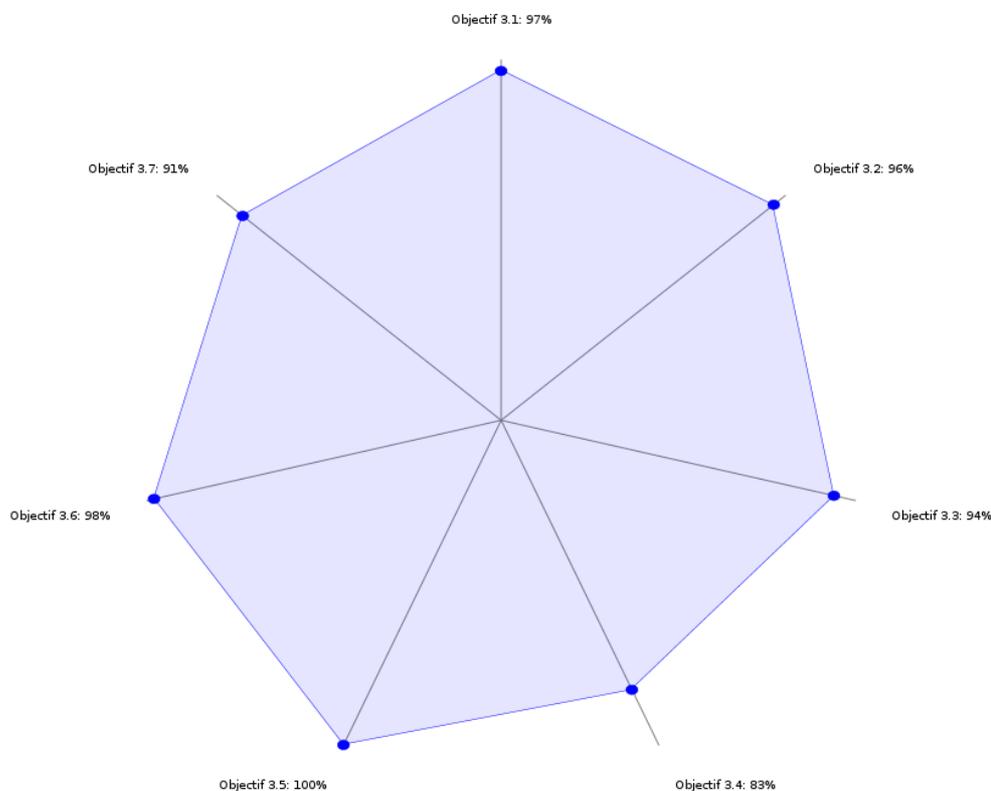
Une dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles est observée qui ne concerne pas encore tous les aspects relatifs à la pertinence des séjours et à l'expérience patient. La satisfaction des patients est recueillie.

Des EI sont déclarés, analysés en équipe avec une méthode définie, et font l'objet de plans d'action.

Les professionnels (santé et justice) sont suivis par la médecine du travail qui s'appuie sur une quotité de médecin dédiée impliquée dans la QVT et la prévention des RPS.

Des séances d'information sont organisées pour les permanents, nouveaux arrivants et étudiants (risques, hygiène, condition pénitentiaire...).

Chapitre 3 : L'établissement



L'EPSNF relève d'une double tutelle Santé et Justice, avec un directeur issu de la pénitencier et un directeur adjoint hospitalier. Les professionnels de santé exercent leurs missions dans le respect du droit et de la déontologie, en lien permanent avec les agents dépendants du monde pénitencier.

Les accès et couloirs, sont contrôlés par les surveillants, les chambres accessibles de jour par les soignants qui disposent des clés, la nuit en lien avec les surveillants. La présence des surveillants est permanente dans l'unité de soins mais n'intervient pas lors des soins, ni dans la chambre. L'acculturation de ces « deux mondes » pour des valeurs communes fait l'objet d'un travail permanent de la direction et est très souhaité par les professionnels, en particulier ceux qui travaillent de nuit.

L'EPSNF a une vocation nationale – notamment en MPR – et est bien ancré dans son positionnement territorial de part son offre de recours dans la graduation du système de santé pour les patients détenus en lien avec les UHSI et les USMP pour la médecine et en aval des services hospitaliers spécialisés pour les SSR et la MPR.

Par dérogation l'EPSNF n'est pas partie à un GHT. Mais il a de nombreuses coopérations avec d'autres établissements franciliens, CHU Kremlin-Bicêtre et La Pitié-Salpêtrière, Hôpital privé d'Antony, Hôpital des Quinze-Vingts, hôpital de Garches, Hôpital européen Georges-Pompidou, CRF de Valenton, CHS Paul Guiraud... Il travaille en lien étroit avec les UHSI et SMPR. Il a également des partenariats avec la Croix Rouge française pour l'organisation d'aval avec des centres de rééducation, SSR et Ehpad de la Croix Rouge, ainsi qu'avec des associations gérant des appartements thérapeutiques dans le 94 et le 92. L'EPSNF utilise Trajectoire.

Une adéquation des ressources humaines aux besoins est privilégiée, associant le développement continu des compétences par des formations proposées en lien avec les axes d'amélioration identifiés dans le PAQSS, un suivi de l'absentéisme et une gestion des remplacements avec l'outil HUBLO. Les nouveaux arrivants sont accompagnés. La sécurité des biens et des personnes est organisée, en particulier lors des actes et déplacements.

La démarche qualité a été développée sur la base d'une volonté du management, traduite clairement au sein des différents projets et de la politique qualité et gestion des risques. La gouvernance est au cœur de la déclinaison institutionnelle avec notamment une participation forte de l'ensemble des acteurs. Les indicateurs sont recueillis, communiqués et exploités.

Une politique Qualité est définie et validée, elle est diffusée dans les unités de soins. Les missions, les sous commissions de la CME (COMEDIMS, CLUD, CLAN...) sont établis.

Les FEI sont suivis par la Qualité qui renseigne par un tableau de suivi. Des actions correctives sont mises en place.

Les CREX sont réalisés selon la méthode ALARM avec les acteurs concernés. Les tableaux de suivis des EI et EIG sont présentés en CME. La CDU n'en est pas destinataire.

Le maillage territorial constitué permet aux praticiens d'être joignables par les correspondants du territoire et aussi par les patients. L'organisation territoriale permet la fluidité des parcours patient.

Les représentants des usagers (Association des Petits frères des pauvres, Association Allo maltraitance Paris depuis juin 2021) très présents dans l'établissement sont informés et réunis selon les contraintes sanitaires. Ils déclarent n'avoir pas accès aux détenus. Cependant la direction nous informe que l'un des RU peut rencontrer tous les patients en chambres en raison de son statut d'accompagnant de l'association des Petits Frères des Pauvres et que le second peut rencontrer les patients aux parloirs. Des patients participent à la CDU. Les représentants rencontrés signalent une amélioration considérable de l'hygiène et de la qualité depuis quelques années, malgré les locaux.

La taille de la structure et des unités, la proximité des acteurs facilitent les accompagnements et la communication entre équipes de soins et catégories des personnels. L'impulsion de la culture qualité est retrouvée sur le terrain. Les relais d'informations sont assurés par les cadres. Cependant l'évaluation de la culture qualité n'est pas effectuée auprès des professionnels sauf de façon informelle.

Dans le cadre de la prise en charge des patients, les valeurs de bientraitance et de lutte contre la maltraitance ordinaire, sont cultivées. Des formations sont organisées. Une démarche de recherche de l'implication du patient est retrouvée. Sa satisfaction est recueillie par questionnaire (e-satis non applicable). L'établissement a développé des actions d'éducation thérapeutique (notamment patient détenu diabétique), créé une cuisine thérapeutique, un jardin thérapeutique...

Les notions de patient expert, PREMS, PROMS ne sont pas encore prises en compte.

Le travail en équipe est une réalité, appuyé par les nombreux staff et espaces de concertation. La démarche PACTE n'a pas été observée.

La démarche QVT s'appuie sur une stratégie ancienne (2007), d'abord axée sur la prévention des TMS, puis sur les RPS (2015-2016), définie et concertée (PRAP), intégrée dans le projet social. De nombreuses actions sont mises en place : journées immersion pour les nouveaux professionnels, accueil personnalisé des nouveaux arrivants et stagiaires, analyse de pratique, achats d'équipements ergonomiques, soutien psychologique, accès au parking, entretiens d'évaluation permettant le recueil des besoins en formation, politique formation (gestes et postures), politique FMC, rencontres professionnels hospitaliers/pénitentiaires (objectif cohésion, travail en équipe, interconnaissance), équipes de foot interprofessionnel (hospitalo-pénitentiaire) masculine et féminine en finale de la coupe de Fresnes...

Les réunions CTE et CHSCT sont organisées sous la forme d'assemblées uniques communes depuis 6 ans. Les autres instances sont celles de tout établissement public de santé et se réunissent régulièrement : CME et ses sous-commissions (CLAN, CLUD, COPS, FMC, fluides, COMEDIMS), CSIRMT, directoire, conseil d'administration (présidé par un Haut magistrat, correspond au conseil de surveillance), comité de direction hebdomadaire. En sus se rajoute la CPU (commission pluridisciplinaire unique réunissant tous les lundis les représentants de la pénitentiaire et de l'hôpital, traitant de questions non médicales ou soignantes à partager relatives aux détenus).

L'établissement est structuré face aux risques exceptionnels. Il a participé et participe à l'accueil de patients COVID. Le plan blanc est réactualisé et était activé lors de la visite. Le risque numérique est maîtrisé avec un dispositif de sauvegarde disponible en cas de panne ou incident serveur. Une messagerie sécurisée est utilisée avec les correspondants pour la biologie et l'imagerie. L'échange de données avec les USMP est papier, les USMP n'étant pas informatisés.

Le développement durable ne fait pas l'objet d'une politique globale formalisée mais d'une stratégie déclinée en actions (eau, tri des déchets, achats responsables...).

La réponse aux urgences vitales est organisée. Des chariots d'urgence et sacs d'urgence sont disponibles et vérifiés. Les formations aux gestes d'urgence, incomplètes à ce jour du fait d'une suspension des formations lors de la pandémie, sont en cours de réactivation.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	750810798	MINISTERE DE LA JUSTICE	13 place vendome 75042 Paris 01er FRANCE
Établissement principal	940806490	E.P.S.N. DE FRESNES	1 allée des thuyas 94832 FRESNES Cedex FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	
Existence de Structure des urgences générales	
Existence de Structure des urgences pédiatriques	
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	
Autorisation de Médecine en HAD	
Autorisation d' Obstétrique en HAD	
Autorisation de SSR en HAD	
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	
Existence de SMUR pédiatrique	
Existence d'Antenne SMUR	
Existence d'un SAMU	
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	16
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	64
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	6
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	0
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires (si applicables)
2	Audit système	Coordination territoriale		
3	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
4	Audit système	Leadership		
5	Audit système	Engagement patient		
6	Audit système	Entretien Professionnel		
7	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG ou EI
8	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Injectable : insuline
9	Audit système	QVT & Travail en équipe		
10	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		/
11	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque : Stupéfiants

12	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires (si applicables)
13	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique
14	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
15	Audit système	Représentants des usagers		
16	Audit système	Dynamique d'amélioration		
17	Audit système	Maitrise des risques		
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
20	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Adulte</p>	

			<p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
21	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
22	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p>	
23	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		NA
24	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p>	
25	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p>	

			Programmé	
26	Patient traceur		Tout l'établissement Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
27	Patient traceur		Tout l'établissement Maladie chronique Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
28	Patient traceur			
29	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

