



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

## **CHS LES MURETS**

17 rue du general leclerc  
94510 La Queue En Brie



Validé par la HAS en Mai 2023

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://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 – Mai 2023

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	6
Présentation	7
Champs d'applicabilité	8
Résultats	9
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	17
Table des Annexes	22
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	23
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	25
Annexe 3. Programme de visite	29

# 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**

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé mobilise plusieurs méthodes d'évaluation :

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans

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.

# Présentation

CHS LES MURETS	
Adresse	17 rue du general leclerc 94510 La Queue En Brie FRANCE
Département / Région	Val-de-Marne / Ile-de-france
Statut	Public
Type d'établissement	CHS / EPSM

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	940140023	CENTRE HOSPITALIER LES MURETS	17 rue du general leclerc 94510 La Queue-En-Brie FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

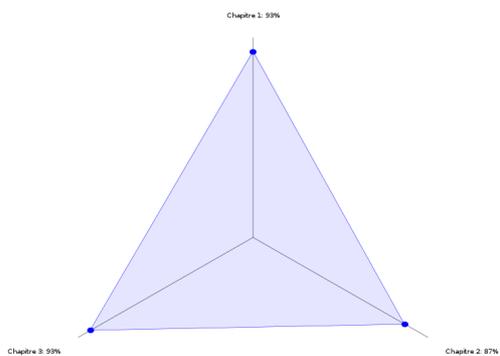
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
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
Psychiatrie et santé mentale
Soins de longue durée
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement

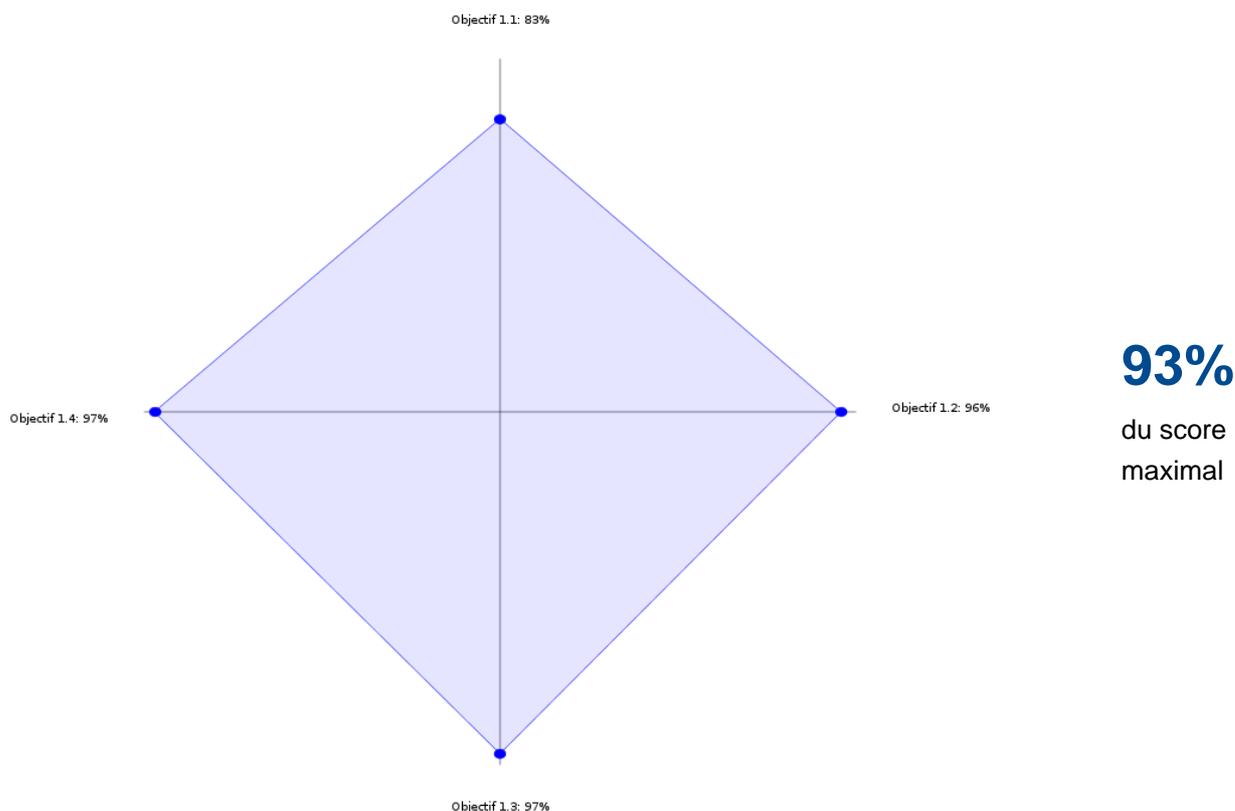
Au regard du profil de l'établissement, [104](#) critères lui sont applicables

# Résultats



Chapitre	
Chapitre 1	Le patient
Chapitre 2	Les équipes de soins
Chapitre 3	L'établissement

# Chapitre 1 : Le patient



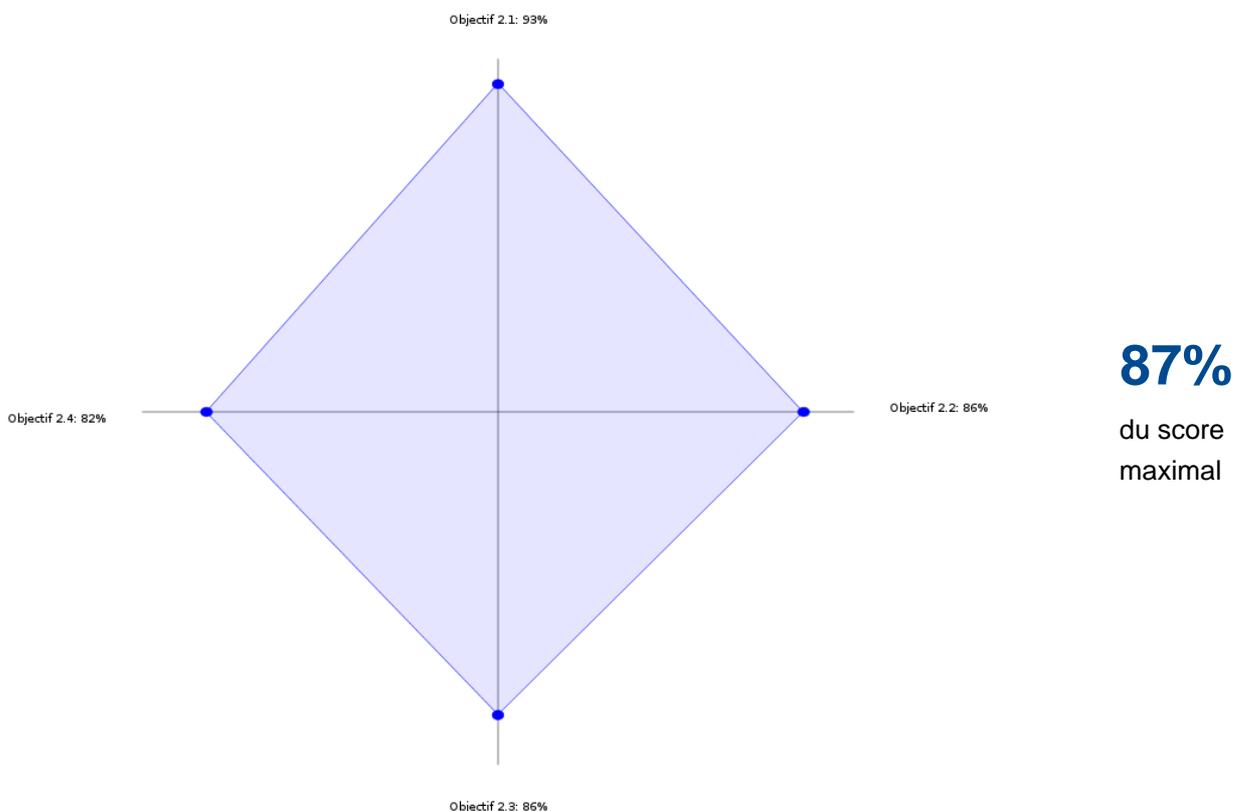
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	83%
1.2	Le patient est respecté.	96%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	97%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	96%

Le Centre Hospitalier des Murets, établissement public du Val de Marne, spécialisé en psychiatrie et en santé mentale de l'adulte et de la personne âgée accueille en admission programmée des patients en soins libres ou en soins sans consentement en hospitalisation complète, en hospitalisation de jour ou en ambulatoire en centres médico psychologiques et en centres d'accueil thérapeutique à temps partiel. Enfin, il dispose aussi d'un secteur de Soins Médicaux de Réadaptation (SMR) sur la structure de l'hôpital privé de Sainte Camille. Dès son premier contact avec les professionnels de l'établissement, le patient bénéficie d'informations sur les modalités de son admission et de son accueil. Les informations sur son état de santé, sur sa prise en charge et l'organisation de ses soins sont apportées tout au long de son hospitalisation grâce à différents moyens de communication (entretien individuel, réunions de synthèse clinique, rencontre avec les familles...). Le consentement libre et éclairé du patient est systématiquement retrouvé. Le médecin et l'équipe soignante l'impliquent afin de définir son

projet de soins, en partageant avec lui les bénéfices et les risques. Un plan d'actions est en cours avec les équipes afin d'améliorer la formalisation de ce projet de soins au sein du dossier patient informatisé. Le patient bénéficie d'actions construites tout au long de sa prise en charge pour devenir acteur face à sa maladie dans le respect des informations le concernant. Avec l'accord du patient et selon la situation, la personne de confiance quand cette dernière est désignée, les proches et/ou les aidants peuvent s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins et leur présence est favorisée en dehors des heures de visites dans les situations particulières quand le patient le désire et en a fait état à l'équipe. Le patient est informé de son droit à désigner une personne de confiance qui n'est pas toujours retrouvée tracée dans le dossier des patients en psychiatrie, un plan d'actions est en cours pour améliorer cette traçabilité. Par ailleurs, le patient en psychiatrie est peu informé par les équipes sur son droit à rédiger ses directives anticipées, alors que ces informations sont retrouvées dans le livret d'accueil et que les patients en SMR déclarent avoir été informés. Par contre, les conditions pour que le patient puisse faire valoir sa décision d'accéder à des soins palliatifs en situation de fin de vie sont retrouvées. L'information des patients sur les représentants des usagers est en place mais le patient ne connaît pas, de façon générale, les représentants des usagers afin de pouvoir les contacter si nécessaire. Il méconnaît également les modalités de déclaration des événements indésirables alors que celles pour déposer une réclamation sont connues malgré le fait qu'une information sur les modalités de déclaration des événements indésirables soit insérée dans le livret d'accueil. De façon globale, le patient est invité à faire part de son expérience et d'exprimer sa satisfaction, en effet un questionnaire de sortie est en place en psychiatrie et en SMR où l'évaluation de la satisfaction par la méthode e-satis sera déployée en janvier 2024 en même temps que l'informatisation du dossier patient. Le patient est aussi invité à parler de son expérience lors des entretiens et des questionnaires type PREMS commencent à être déployés dans les secteurs de psychiatrie adulte. En secteur ambulatoire, le patient est informé des modalités de prise en charge mais ne dispose pas d'un document type passeport patient en ambulatoire formalisé présentant les informations nécessaires à la gestion de sa maladie en dehors de sa présence au centre de jour. L'architecture de l'établissement, l'organisation des soins et les pratiques garantissent le respect de la dignité et de l'intimité du patient ainsi que la confidentialité des informations le concernant, au cours de sa prise en charge dans les services d'hospitalisation qu'il s'agisse des bâtiments reconstruits comme celui de l'USLD géronto-psychiatrique récemment ouvert que des bâtiments plus anciens rénovés. D'ailleurs, le Centre Hospitalier des Murets est engagé dans un schéma directeur immobilier, volontaire, afin de terminer de moderniser la totalité des bâtiments d'hospitalisation d'intra hospitalier mais aussi d'extrahospitalier. Il est noté que l'architecture, le matériel, l'organisation et les pratiques de prise en charge des patients dans la totalité des chambres d'isolement de l'établissement sont conformes. De plus, l'établissement s'efforce de préserver aux patients en isolement une chambre lors de la levée d'isolement même en situation de tension sur l'activité. Même si l'établissement ne dispose pas d'une autorisation de pédopsychiatrie, les quelques patients jeunes adultes encore mineurs hospitalisés en service adulte bénéficient toujours d'un environnement adapté avec un projet de prise en charge et des activités thérapeutiques spécifiques. La vulnérabilité du jeune adulte est donc maîtrisée quand cela est nécessaire. Le patient bénéficie de soins visant à évaluer et à soulager sa douleur mais l'établissement déploie un plan d'actions connu des équipes pour améliorer la traçabilité de la réévaluation en psychiatrie issu de l'analyse des IQSS alors que l'IQSS est très bon en secteur de SMR. La prise en charge de la douleur est réalisée avec différentes approches médicamenteuses mais aussi comportementales. Une échelle de suivi de la douleur est adaptée à toutes les formes de handicap pour favoriser l'expression du patient. Le patient présentant des troubles psychiques et le patient âgé bénéficient du maintien de leur autonomie tout au long de leur séjour. Le service d'USLD propose des activités spécifiques affichées dans le service, aux patients en fonction de leur projet de soins. En SMR grâce au plateau technique de rééducation les patients sont intégrés dans un projet de maintien de leur autonomie. Enfin, un panel d'activités artistiques, sportives ou de randonnées encadrées par des soignants formés sont proposées aux patients de psychiatrie adulte sur la plateforme Utopia. Une réponse adaptée aux besoins du patient quel que soit sa prise en charge lui est apportée y compris en situation de tension d'activité et de tension sur les effectifs médicaux et paramédicaux. Les patients en situation de précarité sociale et de handicap sont particulièrement bien accompagnés grâce à l'action en transversal des assistantes sociales en complémentarité de l'action de l'équipe pluridisciplinaire dans leur inclusion sociale et leur réhabilitation y compris

pour les personnes âgées. Cette démarche en filière commence dès la période d'hospitalisation en intra hospitalier pour s'intensifier lors de la prise en charge ambulatoire notamment grâce à l'activité de l'équipe mobile de réhabilitation et d'accompagnement à l'autonomie, de la plateforme territoriale de réhabilitation psychosociale et au panel d'offre d'accompagnement que l'établissement développe comme des appartements thérapeutiques ou encore aux partenariats en réseau avec les structures médicales sociales privilégiées comme celui avec le centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Par ailleurs, les conditions de vie habituelles du patient sont analysées dans le cadre de la préparation à la sortie grâce à l'action complémentaire des équipes pluridisciplinaires et des équipes mobiles d'expertise déployées au sein de l'institution.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins



Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	92%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	86%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	86%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	82%

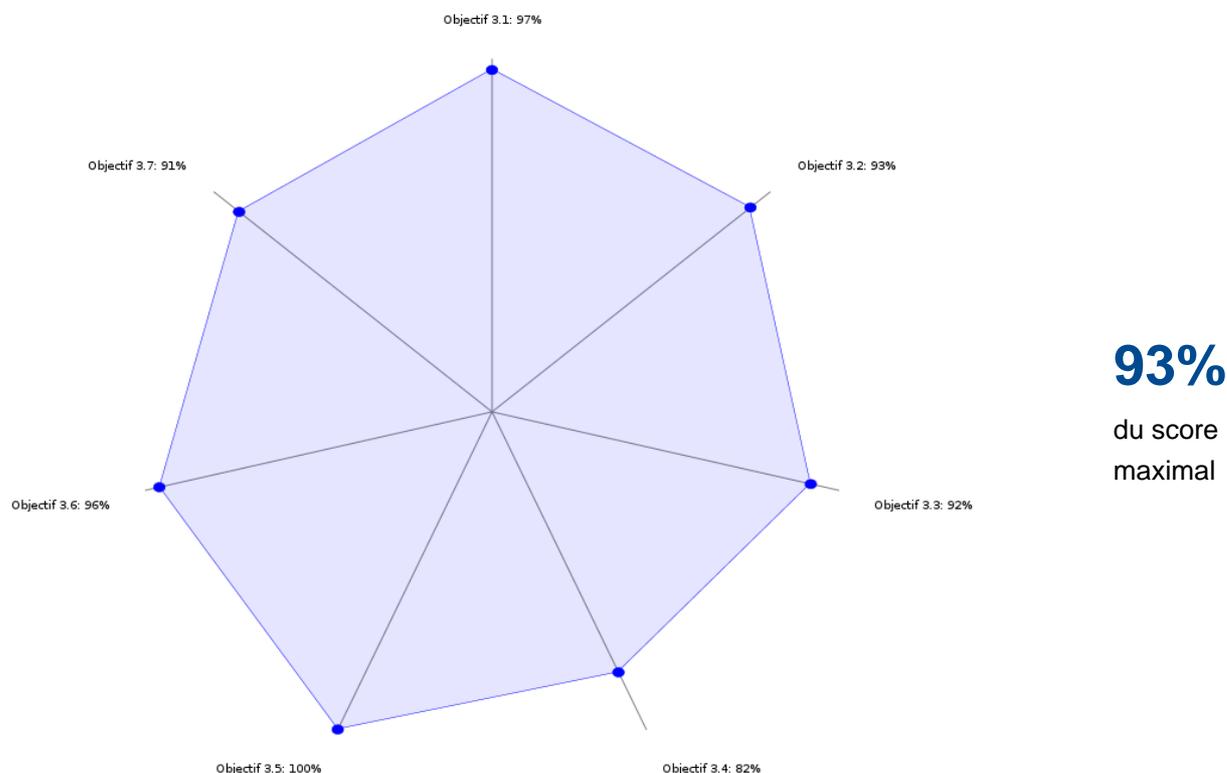
Dès l'entrée du patient, chaque professionnel réalise une évaluation initiale qui est partagée en équipe afin de proposer et mettre en œuvre le projet thérapeutique du patient. La pertinence de la trajectoire de prise en charge est argumentée et bénéficie d'une réflexion bénéfique risque pluridisciplinaire formalisée au sein du dossier patient. En SMR, la pertinence de l'admission et du séjour est argumentée et réévaluée en équipe pluridisciplinaire. La proximité du service sur l'hôpital Saint Camille avec les services Médecine Chirurgie de ce dernier permet d'améliorer significativement l'efficacité des échanges lors d'admission directe. En fin de compte, le projet de soins individualisé est argumenté et ajusté tout au long de la prise en charge, lors des entretiens médicaux et lors des réunions pluridisciplinaires. Les équipes sont soucieuses d'améliorer la traçabilité de ce projet au sein du dossier patient informatisé. Les prescriptions, décisions médicales, mesures d'isolement et de contention ou de restriction des libertés sont, conformes à la réglementation et la pertinence de leur choix est systématiquement

tracée et réévaluée en équipe pluridisciplinaire en psychiatrie. A ce jour, les équipes de psychiatrie et plus particulièrement les équipes médicales mettent en œuvre une politique de réduction du nombre et de la durée des isolements thérapeutiques, le bilan annuel transmis à l'ARS en témoigne. Par ailleurs, les équipes en lien avec l'équipe qualité travaillent à la mise en place d'un tableau de bord des isolements avec des indicateurs de suivi pôle par pôle, et ont l'ambition de développer des analyses de la pertinence des prescriptions d'isolement en inter pôle conformément à la demande du CGLPL. Des formations et des échanges notamment avec les services de psychiatrie des hôpitaux de Saint Maurice sur le sujet des isolements sont déployés. De plus, le dispositif formalisé des soins sans consentement est conforme à la réglementation et le patient est toujours informé des décisions le concernant, il reçoit un double de la décision et du certificat médical qui a engendré cette dernière. Outre le document signé par le patient, la traçabilité de l'information effectuée par le médecin est retrouvée dans le dossier patient informatisé. Ce dispositif a été revu à l'issue de la visite du CGLPL. Le collège médical concernant la réévaluation annuelle des programmes de soins en extra hospitalier se structure. De façon globale, la liberté d'aller et venir au sein des services est un véritable enjeu poursuivi au quotidien par l'établissement. Cet enjeu réside dans le fait de trouver le juste milieu entre les deux points cardinaux que sont la liberté d'aller et venir et la sécurité. L'établissement est totalement ouvert et beaucoup de patients se promènent dans le parc ou sont sur la terrasse de la cafétéria centrale du site des Murets qui est animée par des soignants. De façon globale, les équipes sont coordonnées autour de la prise en charge du patient. Cette coordination repose sur la complétude et l'accessibilité du dossier patient en temps utile en psychiatrie. Le dossier du patient est alimenté par l'ensemble des professionnels, ce qui contribue à la continuité et à la coordination des soins notamment entre les équipes des unités d'hospitalisation complète, de l'hospitalisation de jour et celles de l'ambulatoire. Néanmoins le dossier patient n'est pas informatisé en secteur de SMR mais les équipes, grâce, à leur vigilance permettent d'assurer la continuité des soins nécessaires, en témoigne les résultats des IQSS de la filière SMR. Le schéma directeur du système d'information de l'établissement prévoit de déployer le nouveau dossier patient informatisé du GHT en janvier 2024 en secteur de SMR. De plus, une lettre de liaison n'est pas remise au patient lors de sa sortie en secteur de psychiatrie comme en témoigne les résultats des IQSS, car le dossier patient informatisé actuel ne permet pas de l'automatiser, néanmoins un compte rendu d'hospitalisation est ensuite rédigé et envoyé aux médecins traitants et les ordonnances nécessaires à la continuité des soins sont remises aux patients. Ainsi, l'intégration du bilan thérapeutique du patient à la lettre de sortie n'est pas opérationnelle. Ce point identifié par l'établissement sera résolu début 2024 avec le déploiement du nouveau dossier patient informatisé dans le cadre du GHT. Cette coordination est accentuée par l'action des équipes mobiles présentes au sein du dispositif intersectoriel : l'équipe mobile de réhabilitation et d'accompagnement à l'autonomie, l'équipe de liaison en addictologie, la maison thérapeutique ou encore l'espace UTOPIA d'activités de médiation culturelle, artistique et sportive. Cette coordination s'organise aussi en externe dans le réseau médico-social de prise en charge du patient et plus particulièrement entre les hôpitaux de jour/CMP et la médecine de ville. De plus, les équipes se coordonnent dans une démarche palliative pluridisciplinaire pour les patients en fin de vie notamment sur le secteur d'USLD de géronto-psychiatrie. Cette coordination donne d'ailleurs sens à l'organisation des parcours patients. La prise en charge ambulatoire permet un accès précoce aux soins et les équipes évaluent le délai d'entrée dans la file active. Les critères de sévérité sont évalués et plus particulièrement celui du risque suicidaire. Un dispositif est en place pour que les équipes puissent suivre les patients présentant ce risque. En intra hospitalier, les professionnels évaluent cliniquement le risque suicidaire et le notifient dans le dossier du patient. En cas de risque avéré, les soignants disposent de prescriptions adaptées demandant au patient de leur remettre certains objets personnels. En ce qui concerne la gestion des récurrences d'épisodes de violence, les équipes préviennent les situations de violence en mettant en œuvre les interventions de pacification et de désescalade adaptées aux patients, notamment par la méthode OMEGA dont elles ont toutes reçue la formation. Ces actions sont d'ailleurs reprises lors des réunions cliniques. Cependant, les équipes n'élaborent pas de plan de prévention partagé avec le patient. Ce plan partagé va intégrer le dispositif du Guide de Prévention dans les Soins en santé mentale (GPS), outil de l'expression patient déployé dans tous les services de psychiatrie sous l'impulsion de la filière psychiatrique du GHT. La prise en charge somatique du patient est assurée dans les secteurs intra-hospitaliers grâce à l'organisation des soins somatiques en place qui permet à chaque patient hospitalisé d'avoir

une consultation somatique dans les premières 24h, soit en passant par les urgences, soit en étant vu par l'équipe de médecins généralistes qui passent tous les jours dans tous les secteurs d'hospitalisation le matin puis qui permet à chacun d'être suivi durant leur séjour. La pertinence des décisions de prise en charge somatique s'appuie sur des protocoles. Tous les éléments nécessaires à la prise en charge somatique sont tracés dans le dossier. Les recours aux avis spécialisés ou experts sont organisés et opérationnels. L'établissement dispose d'un plateau technique de dentaire. En secteur ambulatoire, les équipes entretiennent un partenariat étroit avec les médecins généralistes du patient et essaient de trouver un médecin généraliste aux patients qui n'en ont pas en s'appuyant sur leur réseau et sur les Communautés Professionnelle Territoriale de Santé auxquelles elles participent. Par ailleurs, l'identification et la prévention des risques de dépendance iatrogènes de la personne âgée (comme ceux de la dénutrition, des chutes ou de l'incontinence urinaire) sont le plus souvent effectuées et tracées dans le dossier soins notamment en secteur d'USLD de géro-psycho-geriatrie et en secteur de SMR. Les équipes connaissent les circuits des vigilances notamment ceux de la pharmacovigilance et de l'identitovigilance. Les référents sont connus. En matière d'identitovigilance, les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Les bonnes pratiques de la maîtrise du risque infectieux en matière de précautions standards et complémentaires sont appliquées par les équipes pluridisciplinaires au sein de l'établissement et plus particulièrement en secteur de SMR et des audits de pratiques comme celui de l'hygiène des mains sont effectués. L'Infirmière hygiéniste est particulièrement bien identifiée dans le dispositif. De plus, les équipes de SMR et d'USLD suivent les bonnes pratiques liées aux dispositifs invasifs comme les cathéters veineux ou les sondes urinaires. Elles disposent des protocoles adéquates. Le transport en intra hospitalier et en extra hospitalier pour les RDV de consultations spécialisées, d'exams complémentaires des patients ou de transferts d'usagers est organisé et repose sur une équipe d'ambulanciers diplômés disposant de plusieurs véhicules sanitaires légers et d'une ambulance couchée. Les transports sont toujours assurés en binôme avec un soignant et les patients sont informés de la date et des horaires des transports par les soignants. Le respect des bonnes pratiques de prescription, de dispensation et d'administration des médicaments est le plus souvent retrouvé au sein de l'établissement. Dans les unités, l'administration des médicaments est toujours tracée lors de la prise par le patient et les médicaments sous forme de gouttes sont préparés lors de l'administration. L'approvisionnement et l'accès aux produits de santé sont organisés y compris en dehors de la dispensation nominative hebdomadaire et en période de permanence des soins. L'analyse pharmaceutique de niveau 1 est opérationnelle mais cette dernière n'intègre pas les données du dossier pharmaceutique du patient. La migration sur le nouveau dossier patient informatisé prévue en 2024 dans le cadre du GHT va permettre d'automatiser ce lien. L'établissement a adapté sa liste de médicaments à risques par activité en février 2023, on retrouve donc une liste spécifique pour la psychiatrie adulte inhospitalière et extrahospitalière, la géro-psycho-geriatrie et l'activité de SMR. L'identification du choix, concerté avec les équipes de ses médicaments à risques, dans l'armoire de dotation est récente et n'est pas totalement sécurisée. En effet, il a été constaté dans trois services une inadéquation entre la liste des médicaments à risques et le stockage de ces derniers dans le chariot de dotation. Le stockage des médicaments n'est pas toujours sécurisé mais les bonnes pratiques sont connues et appliquées par les équipes et lors de l'administration les infirmiers sont informés de la qualité à risque du médicament par le logiciel d'administration. Le risque est identifié dans le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) et la mise en œuvre des actions prévues est en cours. L'établissement a durant la visite mis en conformité cette identification sur la globalité des chariots de dotation. L'action entreprise en fin de visite est de nature à réduire le risque, ce qui dénote la réactivité de l'établissement au regard de nos constats. De plus, le plus souvent, lors des investigations, les infirmiers connaissent la liste des médicaments à risques et les spécificités des principaux. Une sensibilisation a été organisée entre octobre et décembre 2022 sur le sujet à destination des soignants et les référents médicaments de chaque service ont été formés à la nouvelle liste des médicaments à risques en février 2023. Cette liste a aussi été présentée dans les instances de l'établissement. Des capsules d'information sur les médicaments à risques sont également à la disposition des soignants via l'Intranet de l'établissement. Par ailleurs, l'établissement doit migrer sur une nouvelle version du logiciel PHARMA en juin 2023 pour améliorer la gestion informatisée de son circuit du médicament. Un programme d'audit est organisé, un audit de conformité du stockage a eu lieu en 2021

ainsi qu'un audit CONSORES sur l'antibiothérapie qui a permis la mise en œuvre d'un plan d'actions qui a amélioré la traçabilité de la pertinence et de la réévaluation des prescriptions d'antibiothérapie conforme lors des investigations effectuées en visite. L'établissement dispose d'un référent en antibiothérapie et des formations sont en cours de déploiement notamment pour les médecins généralistes. Une nouvelle démarche d'élaboration des cartographies des risques du circuit du médicament par la méthode Archimède est en cours de déploiement. Enfin, la conciliation des traitements médicamenteux n'est pas initiée. L'évaluation des pratiques professionnelles par les équipes au regard des résultats cliniques liés aux spécificités des patients hospitalisés au sein des unités n'est pas homogène. En effet, si des équipes s'expriment sur des démarches d'évaluation élaborées lors des réunions de synthèse ou d'analyse des pratiques concernant par exemple les parcours spécifiques comme celui de la personne âgée en USLD, du chemin clinique en SMR, ou des prises en charge complexes en secteur extrahospitalier par les équipes mobiles comme celle de réhabilitation et d'accompagnement à l'autonomie, d'autres équipes en intra hospitalier de psychiatrie adulte ne s'expriment pas sur le suivi d'indicateurs cliniques comme ceux liés à l'isolement ou à la liberté d'aller et venir. Les équipes ne participent pas toutes au recueil des indicateurs qualité notamment en extrahospitalier et n'analysent pas toujours les résultats au niveau de leur pôle et unités pour ensuite définir des actions d'amélioration au regard de ces résultats alors que chaque pôle dispose d'actions d'amélioration au regard des IQSS diffusées par la direction qualité. La déclaration et l'analyse des événements indésirables est en place mais la culture de la déclaration et la définition d'actions d'amélioration à l'issue de l'analyse sont très hétérogènes. En effet, si certaines équipes en intra hospitalier témoignent de la déclaration et de l'analyse d'événements indésirables, d'autres en extrahospitalier n'ont pas toujours cette culture alors que l'établissement en 2022 a diffusé une charte de confiance et d'incitation à la déclaration des événements indésirables. L'analyse des événements indésirables graves est effectuée conformément aux bonnes pratiques, les équipes connaissent de façon générale les plans d'action décidés par le Comité de Revue de l'Expérience les concernant mais ne connaissent pas les autres alors que les plans d'actions ont vocation à être déployés au sein de tous les secteurs. Les plans d'actions ne sont pas réévalués afin de les réajuster si nécessaire. Par contre, de façon générale les équipes analysent et font évoluer leurs pratiques professionnelles au regard de la satisfaction et de l'expérience patient grâce aux retours des différents questionnaires de satisfaction et aux différents outils déployés afin de recueillir l'expérience des patients comme le Guide de Prévention dans les Soins en santé mentale (GPS) en cours de déploiement.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	97%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	93%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	92%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	82%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	96%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	91%

Le Centre Hospitalier spécialisé des Murets (CHSM) est un établissement fondé en 1963 sur un mode pavillonnaire « hôpital village » issu de la nécessité de doter l'Est de la région Parisienne d'un établissement psychiatrique à taille humaine dans la philosophie de la sectorisation psychiatrique des années 1950. L'établissement s'est développé sous l'influence du mouvement de la psychothérapie institutionnelle d'une psychiatrie de proximité basée sur l'accueil et l'écoute. Il répond, aujourd'hui, aux besoins de santé mentale des

patients adultes des communes du nord-ouest du Val-de-Marne soit un bassin de population d'environ 560 000 habitants divisé en 5 secteurs constituant à 5 pôles d'activité clinique disposant tous d'une offre de soins intra hospitalières sur le site des Murets à la Queue en Brie au centre duquel est positionné l'espace UTOPIA, véritable espace de médiation culturelle. Le CHSM dispose aussi d'une vingtaine de structures extra hospitalières de psychiatrie adultes, d'une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) géronto-psychiatrique, d'un service de Soins Médicaux de Réadaptation (SMR) gériatrique localisé au sein de l'hôpital Saint-Camille à Bry sur Marne, d'un foyer postcure intersectoriel. Ce territoire du Val de Marne est caractérisé par une forte croissance démographique, un vieillissement de la population et d'une mixité sociale accompagnée par la précarité où 50% des villes du territoire sont classées en zone de difficultés d'accès aux médecins généralistes. L'établissement fait, aujourd'hui, partie du GHT 94 Nord/Hôpitaux Paris Est Val de Marne avec les Hôpitaux de Saint Maurice avec qui il doit fusionner début 2024 dont l'hôpital Bégin d'Instructions des Armées est établissement partenaire. L'établissement s'est positionné dans le cadre du pilotage du PTSM du Val-de-Marne en lien fort avec les Hôpitaux de Saint Maurice dans le cadre du GHT et participe activement au comité territorial de santé afin d'être force de proposition dans l'élaboration des projets territoriaux de parcours. D'ailleurs son nouveau projet d'établissement en témoigne car il prévoit par exemple de renforcer la prise en charge et la prévention des addictions, de renforcer les liens avec la médecine de ville et le secteur médicosocial, de valoriser et d'intégrer le savoir expérientiel des patients dans les parcours de soins, de favoriser l'inclusion dans la vie sociale, d'adapter ses prises en charge aux populations spécifiques, et enfin, de limiter les hospitalisations en allant au-devant de la crise...La gouvernance de l'institution, est donc fortement impliquée pour piloter la politique santé mentale de son territoire et l'établissement est positionné sur son territoire d'attractivité comme acteur incontournable de la psychiatrie adulte. Il travaille en partenariat étroit avec le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) de Champigny ou celui de Fontenay et avec 3 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). L'organisation solide entre l'institution, les CPTS et les CLSM en place depuis longtemps favorise sa politique « d'aller vers ». Afin de fluidifier les parcours et de proposer des parcours sécurisés à ses patients, l'établissement a développé différents partenariats. Une convention de partenariat avec l'Hôpital ESPIC Sainte-Camille où est situé le service de SMR gériatrique traite des urgences somatiques, psychiatriques et de la biologie. Un partenariat est aussi en place avec l'Union de Défense de la Santé Mentale afin de disposer de places de foyer au foyer Cateland ou à la résidence accueil de Vincennes. Une convention le lie aussi à l'institut du Val Mandé dans le but de permettre à ce dernier de construire un Foyer d'Accueil Médicalisé sur le site des Murets ou celle avec les Amis de l'Atelier qui ont construit une Maison d'Accueil Spécialisée sur le site des Murets en 2001 afin de favoriser les admissions de la filière psychiatrique. Une autre convention le lie au CHU Henri Mondor pour les urgences psychiatriques. Enfin, dans le cadre la filière gériatrique, des conventions sont en place avec les EHPAD publics du Val-de-Marne et le CHSM vient d'avoir le financement pour créer une équipe mobile de géronto-psychiatrique qui optimisera les partenariats en place pour éviter le passage aux urgences des personnes âgées en prévoyant des hospitalisations programmées. Le parcours de la personne âgée est donc coordonné. Par ailleurs, des modalités de parcours spécifiques pour les populations vulnérables sont identifiées et en place. Au final : En urgence, les modalités de prise en charge rapides sont organisées ; La trajectoire du parcours patient en aval des urgences est fluide afin d'assurer la sécurité de la prise en charge du patient ; La coordination des parcours de recours psychiatrique sur le territoire est assurée ; Le maillage organisationnel avec le réseau et plus particulièrement avec les établissements médico-sociaux se consolide. Les échanges d'informations entre les structures, notamment ambulatoires, la ville et la médecine libérale sont organisées et reposent sur des modalités de communication téléphoniques, ou par courriers, ce qui permet aux usagers et aux médecins de ville de contacter les structures aisément. L'établissement dispose aussi d'une messagerie sécurisée pour accentuer la fluidification de la communication entre la prise en charge ambulatoire (les CMP) et la médecine de ville mais cette dernière est peu utilisée par les professionnels. Son utilisation devrait s'accroître lors de la migration du dossier patient en 2024 vers une nouvelle application qui permettra également d'alimenter le Dossier Médical Partagé et le Dossier Pharmaceutique du Patient. La gouvernance soutient la recherche clinique avec des actions sur la recherche comme par exemple, celle dans le domaine de la maladie d'Alzheimer, soutient qui va s'intensifier dans le cadre du GHT. De façon générale, l'engagement patient individuel et collectif est une valeur du projet d'établissement et

cette impulsion est relayée au niveau de tous les secteurs d'activité par des actions concrètes d'intégration des patients dans la définition des parcours qui leur sont réservés. L'établissement organise l'évaluation de la satisfaction des patients qui repose sur l'analyse d'un questionnaire de sortie spécifique pour la psychiatrie, l'USLD géronto-psychiatrique et le SMR. L'évaluation de la satisfaction en SMR par la campagne e-satis n'est pas opérationnelle, elle le sera dès début 2024 avec l'informatisation du dossier patient. Le recueil de l'expression patient est promu et organisé. Plusieurs actions sont développées : un questionnaire ciblé sur l'expérience patient type PREMS est effectué un fois l'an à un jour donné sur l'établissement, des patients sont inclus à un groupe de protection des libertés, des familles de patient participent aux programmes d'éducation thérapeutique pro-famille avec l'UNAFAM ou avec les centres experts d'Henri Mondor et chaque patient dispose d'un Guide de Prévention des Soins en santé mentale. Des patients sont également intégrés au sein de clubs thérapeutiques. Enfin, le centre culturel d'activités d'art thérapie Utopia intersectoriel est un lieu de vie où la créativité et l'expression patient prennent tout leur sens. Des initiatives visant à mobiliser l'expertise patient sont portées par l'institution comme le recrutement d'un pair aidant au sein d'un pôle avec l'objectif de démultiplier les postes et l'intégration d'un pair aidant pro famille au sein des équipes et plus particulièrement dans le cadre de la réhabilitation psychosociale. Enfin, des actions d'expertise sont développées avec l'association Santé Mentale France La Commission Des Usagers (CDU) est en place, la gestion des plaintes est organisée, les soignants connaissent les plaintes et les actions correctives définies pour leur secteur d'activité. L'accès du patient à son dossier est organisé et suivi. L'établissement a donc une communication centrée sur le patient et les professionnels sont régulièrement formés. Enfin, les représentants des usagers à la CDU contribuent à la politique d'accueil et de prise en charge des patients, ils proposent des actions d'amélioration annuellement intégrées dans le Programme d'Amélioration de la Qualité et de Sécurité des Soins (PAQSS) comme celle de créer une nouvelle maison des usagers validée par la direction et intégrée à leur projet des usagers mais ces actions sont peu connues des équipes. Les représentants de la CDU peuvent aller dans les services de soins pour rencontrer les patients en concertation avec les soignants. L'implication des représentants des usagers dans la vie de l'établissement est opérationnelle et l'établissement prévoit d'intensifier leur participation à la démarche qualité sur le terrain. Par ailleurs, les accès aux bâtiments et aux plateaux techniques ne sont pas toujours adaptés à tous les types de handicaps. Les valeurs de bientraitance sont présentes au sein du projet d'établissement et se traduisent au quotidien dans les parcours de prise en charge des patients où la bienveillance est le mot clé des pratiques professionnelles, les médecins en témoignent. L'établissement dispose d'un dispositif de déclaration des situations de maltraitance connu des équipes, qui connaissent les conduites à tenir pour les détecter. Les agents sont régulièrement sensibilisés, et leurs pratiques dans ce domaine sont évaluées et les recommandations de bonnes pratiques sont diffusées. La position de leadership de la gouvernance est affichée dans les orientations stratégiques et dans la politique qualité gestion des risques 2020-2024 du GHT avec 2 axes prioritaires, celui de l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prestation de soins ainsi qu'au renforcement de la place du patient et sa participation, et celui fondé sur le fait que l'environnement de soins participe à la qualité de la prise en charge du patient (fonctions supports matérielles et immatérielles qui sont au service du patient et du personnel). Cette politique se traduit dans les modes d'organisation managériale de l'institution, outre une direction qualité sur le GHT, on retrouve un niveau stratégique avec les instances décisionnelles comme le directoire ou la CME qui ont un rôle moteur de leadership en la personne de leur président. Ensuite, un niveau pilotage est structuré autour d'un COPIL Qualité Gestion des risques, d'un Coordonnateur médical de la Gestion des Risques, d'une cellule d'analyse des risques et de la Commission Des Usagers. Au niveau opérationnel, on retrouve des groupes de travail, des personnes ressources comme les vigilants, les sous-commissions de la CME comme le Comité de Liaison Alimentation Nutrition ou encore le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales ainsi que des comités comme le Comité sur l'Identivigilance le Comité de Lutte contre la Douleur, le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN), le Comité de Lutte contre les Infections Associées aux Soins (CLIAS). Annuellement, les orientations stratégiques sont réajustées par le COPIL Qualité Gestion des risques et présentées en instances. La coordination des vigilances se réunit à périodicité définie. Une cellule d'analyse des événements indésirables hebdomadaire se réunit sous la houlette du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et de l'ingénieur qualité. Chaque spécialité dispose d'un CREX/RMM opérationnel et d'un CREX/ RMM spécifique pour le médicament. La

politique se décline au sein d'un Programme d'Amélioration Qualité Sécurité des Soins (PAQSS) qui se décline lui-même au niveau de chacun des pôles d'activité. Le programme se décline sur le terrain en actions concrètes qui sont le plus souvent connues des équipes soignantes car des outils de communication sont élaborés par la direction qualité et que chaque pôle dispose d'un programme qualité gestion des risques. Un solide management de la qualité et de la sécurité des soins est structuré au niveau de la gouvernance avec un suivi de l'ensemble des actions du PAQSS. Il existe ensuite une déclinaison au niveau des pôles intégrant l'analyse des IQSS, la satisfaction patient, l'analyse de l'expérience patient et l'analyse à priori et postériori des risques. L'ensemble de ces éléments intégrant le programme qualité et les actions sont ciblées sur la réalité des risques. Les indicateurs qualités (suivi de la douleur, présence de la lettre de liaison à la sortie...) sont donc analysés au niveau institutionnel, présentés en instance et plus particulièrement en CDU. Les équipes rencontrées connaissent, en grande majorité, toute ou partie des dispositifs de la démarche qualité concernant les indicateurs qualité et sécurité des soins de leur secteur d'activités en intra hospitalier. La déclaration et l'analyse des événements indésirables graves ou presque accidents sont organisées. Un Comité de Retour sur Expérience Transversal (CREX) est en place, il analyse tous les événements hormis pour les erreurs médicamenteuses qui disposent d'un CREX spécifique coordonné par la Responsable du Management Qualité Gestion des Risques du Circuit du Médicament. Les plans d'actions décidés sont communiqués aux équipes qui les connaissent de façon générale et plus particulièrement ceux de leur secteur d'activité. L'information du patient en cas d'événement indésirable est organisée. L'établissement soutient les revues de pertinences et plus particulièrement la CME qui mobilise les équipes médicales sur l'identification et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles les plus importantes au regard de l'activité. L'établissement a élaboré une organisation pour favoriser l'ancrage des éléments communiqués qui repose sur le relai de communication que sont les cadres de proximité. La direction qualité les accompagne dans la réalisation de tableaux de bord qui reprennent les IQSS avec les actions d'amélioration nécessaires au regard des résultats dans un programme d'actions global du pôle. Ces tableaux sont présentés par la direction qualité aux différents pôles lors de réunions. La gouvernance a amorcé la promotion de l'accréditation individuelle et collective des médecins mais à ce jour aucune équipe n'a lancé de démarches d'accréditations collective. Ce sujet partagé en directoire est une priorité de la CME. Au final, la dynamique de soutien de la culture qualité en place au niveau de la gouvernance, diffuse au niveau de l'établissement depuis plusieurs années et l'ancrage de l'appropriation de la démarche qualité par les équipes au niveau des secteurs d'activité se confirme. Cette culture qualité reste à être évaluée par un outil structurant. La maîtrise des risques est organisée au sein de l'établissement. Les équipes connaissent les principales vigilances sanitaires et plus particulièrement la pharmacovigilance et l'identitovigilance. L'instance gestionnaire des risques fonctionne. Le plan blanc est formalisé et connu des équipes. La politique vaccinale est arrêtée et sa promotion est assurée par la médecine du travail. La gestion des tensions hospitalières repose sur une cellule de crise opérationnelle et est maîtrisée tant au niveau des ressources humaines qu'au niveau du matériel en témoigne la réactivité de l'établissement face à la pandémie du COVID et un RETEX post COVID a été réalisé. Cependant, en dehors d'un événement exceptionnel, l'établissement fonctionne actuellement avec une forte tension sur ses effectifs médicaux et paramédicaux. La gouvernance essaie de juguler cette pression constante sur ses organisations en optimisant sa politique de recrutement dans un bassin très concurrentiel. La sécurité des biens et des personnes est structurée et est intégrée à un plan de sécurisation et de sureté adapté aux besoins de l'établissement où un juste équilibre entre la sécurité et la liberté d'aller et venir est toujours recherché. Les équipes déclarent travailler en sécurité grâce à l'organisation d'entraide entre équipe sécurisée par le système DATI et leur formation OMEGA. La politique de développement durable est en place dans le cadre du GHT. Un référent est nommé. Il pilote un plan d'actions allant de la recherche d'économie en énergie en passant par les filières déchets et se terminant par un axe d'achat écoresponsable de leur flotte de véhicules (véhicules électriques). Par ailleurs, la maîtrise des risques numériques et de cyberattaques sont coordonnées. Enfin, la prise en charge des urgences vitales est globalement opérationnelle et adaptée dans les services d'hospitalisations complètes. Un numéro d'appel unique lors des urgences vitales est en place et connu des professionnels en intra hospitalier en psychiatrie, en USLD et en SMR sur le site de Saint-Camille. Les professionnels s'expriment aisément sur les symptômes pour détecter une urgence vitale. La formation AFGSU

obligatoire est suivie et tous les soignants disposent de cette validation. La vérification des sacs d'urgence est effectuée et suivie mais les unités de soins ne disposent pas du registre d'utilisation attendu. Un exercice de simulation d'urgence vitale a eu lieu à la cafétéria et l'établissement prévoit de lancer un programme de simulation dans toutes les unités de soins. Si le matériel présent en intra hospitalier est facilement accessible, la majorité des centres de jour (HDJ et CMP) ne disposent pas d'un sac d'urgence et d'un défibrillateur semi-automatique puisque la procédure en extrahospitalier prévoit d'appeler le 15. Le pilotage de l'adéquation des ressources humaines en fonction des nécessités liées à la qualité de la prise en charge des patients est un objectif réalisé en faisant appel à des intérimaires fidélisés au sein de l'établissement qui dispose de tous les outils nécessaires à la sécurisation de leurs pratiques. L'adéquation des compétences et des effectifs est régulée en fonction des impératifs de prise en charge par la gouvernance du pôle mais la direction des soins veille à un équilibre d'équité entre les équipes. Par ailleurs, la gouvernance a une politique très volontariste d'attractivité pour les recrutements, citons comme exemple des contrats à durée indéterminée pour les paramédicaux, la mise à disposition de logements pour tous les professionnels à leur arrivée, une crèche de 20 berceaux ouverte y compris le dimanche à des tarifs très attractifs, l'implantation d'un réseau de communication de publications des postes sur le net et les réseaux sociaux, enfin, les agents rappelés sur leur repos peuvent être rémunérés en heures supplémentaires.

L'établissement favorise aussi le recrutement de médecins généralistes en leur finançant un diplôme universitaire de psychiatrie. Enfin, les responsables bénéficient de formations adéquates partagent leur expérience et un programme de coaching est proposé aux chefs de pôles et aux cadres de pôles. Une politique Qualité de Vie au travail (QVT) est déployée et les agents en témoignent lors des entretiens professionnels, Cette politique se décline au niveau du GHT et de la direction commune en vue de la fusion de l'établissement avec les Hôpitaux de saint Maurice prévue en début d'année 2024. Le programme QVT qui en découle s'articule avec la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences de l'établissement et a pour priorité l'attractivité lors des recrutements grâce à un projet de fiabilisation des ressources. La QVT dispose d'une boussole GVT alimentée par un questionnaire périodique analysé avec les partenaires sociaux. Des études de postes sont effectuées par un préventeur des risques professionnels et une psychologue du travail accompagne les équipes lors de conflits interpersonnels ou de tensions au sein du service. Le travail en équipe est une priorité à tous les niveaux de la chaîne managériale mais des programmes d'accréditation en équipe ou des programmes d'Amélioration des Conditions de travail en Equipe ne sont pas mis en œuvre. La démarche pour assurer les connaissances et les compétences individuelles et collectives est en place et un lien fort est opéré entre le dispositif d'évaluation et le plan de formation et de développement des compétences institutionnelles. La culture du questionnement éthique est une valeur forte et structurante de l'institution comme en témoignent les équipes. Les équipes ont d'ailleurs identifié les questions éthiques qui se posent lors des prises en charge. Le soutien des équipes aux questionnements éthiques est opérationnel grâce à l'espace éthique « PRET » des hôpitaux de Saint Maurice. Des consultations éthiques sont proposées aux secteurs d'activités demandeurs par cet espace qui envoie régulièrement des capsules intranet d'information à destination des professionnels. Enfin, un club éthique est en place.

# Table des Annexes

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023

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	940140023	CENTRE HOSPITALIER LES MURETS	17 rue du general leclerc 94510 La Queue-En-Brie FRANCE
Établissement principal	940000615	CENTRE HOSPITALIER LES MURETS	17 rue du general leclerc 94510 La Queue En Brie FRANCE
Établissement géographique	940800782	HOPITAL JOUR 94G02 NOGENT -CH LES MURETS	3 rue gustave lebegue 94130 Nogent-Sur-Marne
Établissement géographique	940800774	HOPITAL DE JOUR 94G03 CHAMPIGNY - CH LES MURETS	8 rue des chrysanthèmes 94500 Champigny-Sur-Marne
Établissement géographique	940800758	HOPITAL DE JOUR JEAN MOULIN G05 LA VARENNE - CH LES MURETS	8 boulevard de champigny 94210 La Varenne Saint Hilaire FRANCE
Établissement géographique	940800717	HOPITAL DE JOUR SECTEUR 94G01FONTENAY - CH LES MURETS	8 rue anatole france 94120 Fontenay-Sous-Bois
Établissement géographique	940140080	HOPITAL DE JOUR VILLIERS - CH LES MURETS	12 rue de chennevieres 94350 Villiers-Sur-Marne FRANCE
Établissement géographique	940810880	CENTRE MEDICO-PSY 94 G01 - CH LES MURETS	6 avenue pierre brosolette 94300 Vincennes FRANCE
Établissement géographique	940804511	CMP 94G04 VILLIERS	12 bis rue de chennevieres 94350 VILLIERS SUR MARNE FRANCE
Établissement géographique	940804479	CTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE PSYCHIATRIE ADULTES - NOGENT/MARNE	66 rue de coulmiers 94130 Nogent-Sur-Marne FRANCE
Établissement géographique	940804453	CMP ADULTE PERREUX - CH LES MURETS	2 rue louis gourlet 94170 Le Perreux-Sur-Marne FRANCE
Établissement géographique	940804446	CMP ADULTE JOINVILLE - CH LES MURETS	18 avenue joyeuse 94340 Joinville-Le-Pont FRANCE
Établissement géographique	940804420	CATTP 94G01 FONTENAY	24 rue mot 94120 Fontenay-Sous-Bois FRANCE

Établissement géographique	940804404	CMP 94 G 03 CHRYSANTHEMES - CH LES MURETS	4 bis-6 rue des chrysanthemes 94500 Champigny-Sur-Marne
Établissement géographique	940021090	CATTP 94G05	8 boulevard de champigny 94100 ST MAUR DES FOSSES FRANCE
Établissement géographique	940021082	CMP 9405 LA VARENNE	8 boulevard de champigny 94100 ST MAUR DES FOSSES FRANCE
Établissement géographique	940021074	CATTP 94G04 ESPACE H. ZEPHIR	28 rue du clos des perroquets 94500 CHAMPIGNY SUR MARNE FRANCE
Établissement géographique	940021066	CATTP 94G03	4-6 bis rue des chrysanthemes 94500 CHAMPIGNY SUR MARNE FRANCE
Établissement géographique	940021058	ATELIER THERAPEUTIQUE ARC EN CIEL	66 rue de coulmiers 94130 NOGENT SUR MARNE FRANCE
Établissement géographique	940021041	CMP 94G01 FONTENAY	24-26 rue mot 94120 FONTENAY SOUS BOIS FRANCE
Établissement géographique	940002587	CATTP 94G04 VILLIERS	12 bis rue de chennevieres 94350 VILLIERS SUR MARNE FRANCE
Établissement géographique	940007099	CATTP 94G02 NOGENT	66 rue de coulmiers 94130 Nogent Sur Marne FRANCE
Établissement géographique	940800709	FOYER DE POST CURE 94G02 BRY	3 impasse des cerisiers 94360 BRY SUR MARNE Cedex 94360 FRANCE
Établissement géographique	940807480	USLD QUEUE EN BRIE - CH LES MURETS	17 rue du general leclerc 94510 La Queue-En-Brie

## Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023

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

Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
<b>Médecine</b>	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
<b>Chirurgie et interventionnel</b>	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
<b>Activité Urgences</b>	
<b>Urgences</b>	
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
<b>SAMU-SMUR</b>	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
<b>Activité Hospitalière MCO</b>	
<b>Soins de longue durée</b>	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
<b>Médecine</b>	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	0
<b>Chirurgie et interventionnel</b>	
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	40
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	5
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	42
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	185
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	185
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	76
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	76
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	6
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	6
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	49,981
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	49,981
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	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte Programmé	
2	Audit système	Représentants des usagers		
3	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Programmé	
4	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires si applicables
5	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
6	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte	

			Programmé	
7	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
8	Patient traceur		Tout l'établissement Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
9	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
10	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique	

			Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
11	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		TRANSPORT AMBULANCE
12	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
13	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte Programmé	
14	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte Programmé	
15	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibio / Médicament à risque / Stupéfiants / Injectable

16	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte Programmé	
17	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NA
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Audit système	Entretien Professionnel		
20	Audit système	Entretien Professionnel		
21	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte Programmé	
22	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibio / Médicament à risque / Stupéfiants / Injectable
23	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer	

24			Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
25	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires si applicables
26	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibio / Médicament à risque / Stupéfiants / Injectable
27	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
28	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'un CREX en interne
29	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Maladie chronique Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
30	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibio / Médicament à risque / Stupéfiants / Injectable
31	Audit système	Entretien Professionnel		
32	Audit système	Entretien Professionnel		
	Audit	Entretien Professionnel		

33	systeme			
34	Audit systeme	Entretien Professionnel		
35	Audit systeme	Coordination territoriale		
36	Audit systeme	QVT & Travail en equipe		
37	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires si applicables
38	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Programmé	
39	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte Programmé	
40	Patient traceur		Tout l'établissement Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
41	Audit systeme	Entretien Professionnel		
42	Audit systeme	Dynamique d'amélioration		
43	Audit systeme	Leadership		
	Patient		Tout l'établissement	

44	traceur		Ambulatoire Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte Programmé	
45	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte Programmé	
46	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'un CREX en interne
47	Patient traceur		Tout l'établissement Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
48	Audit système	Entretien Professionnel		
49	Audit système	Maitrise des risques		
50	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de précarité Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
51	Audit système	Engagement patient		
	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire	

52			Patient âgé Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
53	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Programmé	
54	Patient traceur		Tout l'établissement Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

