



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**GROUPEMENT
HOSPITALIER
EAUBONNE
MONTMORENCY -
HOPITAL SIMONE VEIL**

14 rue de Saint-Prix
95600 Eaubonne



Validé par la HAS en Janvier 2024

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 – Janvier 2024

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	14
Chapitre 3 : L'établissement	19
Table des Annexes	23
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	24
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	26
Annexe 3. Programme de visite	27

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 médicaux et de réadaptation (SMR), 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.

Présentation

GROUPEMENT HOSPITALIER EAUBONNE MONTMORENCY - HOPITAL SIMONE VEIL	
Adresse	14 rue de Saint-Prix 95600 Eaubonne FRANCE
Département / Région	Val-d'Oise / 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	950013870	GROUPEMENT HOSPITALIER EAUBONNE MONTMORENCY - HOPITAL SIMONE VEIL	1 rue Jean Moulin 95160 Montmorency FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

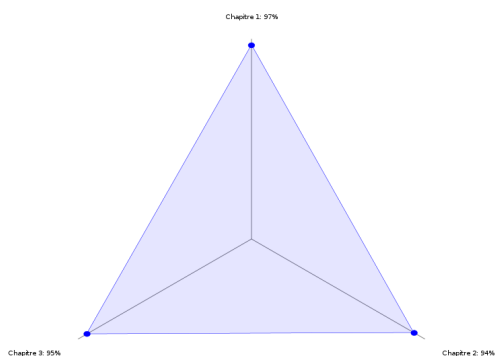
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation à domicile
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Maternité
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
SAMU-SMUR
Soins critiques
Soins de longue durée
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

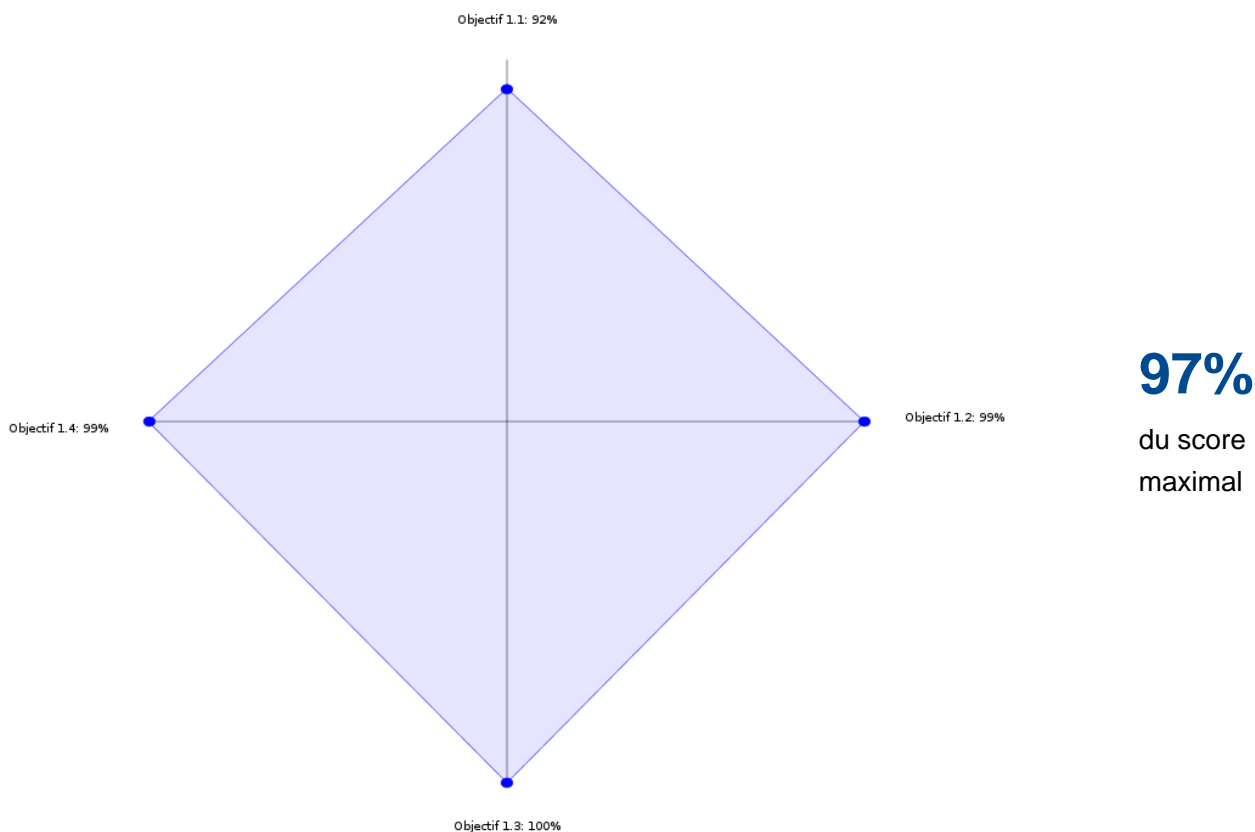
Au regard du profil de l'établissement, **132** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



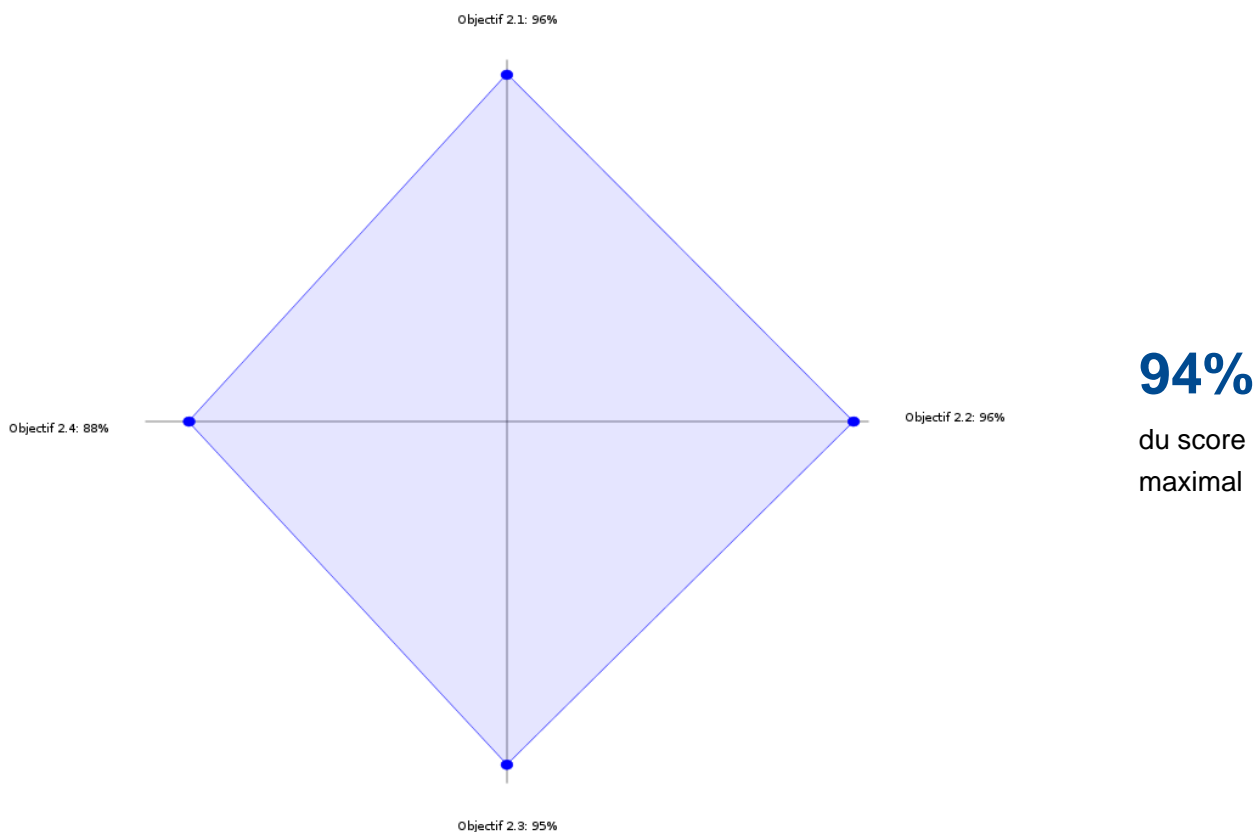
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	92%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	99%

Au Centre Hospitalier Eaubonne-Simone Veil, l'analyse du parcours patient sur l'ensemble des activités de court, moyen et long séjour (MCO, HAD, SSR et PSYCHIATRIE) au travers des rencontres avec le patient et les équipes ainsi que les observations effectuées ont montré que le patient est impliqué et associé à sa prise en charge, son consentement est recherché et ses besoins sont évalués. Les professionnels sont attentifs à ce que les proches et aidants soient associés dans la mise en œuvre du projet de soins et leur présence est facilitée notamment dans des situations difficiles avec la possibilité d'accueillir les parents/proches des malades en situation de fin de vie, quelle que soit l'heure. Les chartes (personne hospitalisée, Romain Jacob, enfants) sont affichées dans la plupart des services témoignant de l'engagement du Centre Hospitalier. L'existence de la CDU et son fonctionnement sont affichés et délivrés au patient via le livret d'accueil qui peut être décliné selon

les spécificités de service. Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement et à son âge et son consentement est recherché. Celle-ci est complétée par des documents d'information (livret d'accueil, livrets spécifiques par pôle, passeport ambulatoire, livret HAD, valise maternité, livret enfant), campagnes d'affichage, diffusion de vidéos sur les écrans de l'établissement, site internet. Toutefois, en HAD MPR, les traceurs ont montré que le recours à un médecin ou une IDE pouvant répondre H24 et J7 n'était pas organisé (consigne d'appel du 15). Par ailleurs, certains patients traceurs ont montré la méconnaissance des patients, de solliciter des représentants des usagers ou des associations de bénévoles, de déclarer un évènement indésirable grave ou formuler une réclamation, d'exprimer son expérience et sa satisfaction. La personne à prévenir est recueillie et tracée dans le dossier. Des supports de recueil sont prévus pour la désignation de la personne de confiance. Cependant, ils ne sont pas toujours retrouvés, les équipes retranscrivant le nom et les coordonnées communiquées oralement. Concernant les directives anticipées, certains traceurs ont montré que le patient n'était pas toujours informé de cette possibilité de les rédiger et n'était pas toujours questionné sur le sujet. Les professionnels sont attentifs au respect des droits des patients et adaptent leurs pratiques pour garantir l'intimité et la dignité des patients. Cependant, certains traceurs ont relevé des situations de non-respect de l'intimité et de la dignité du patient. En lien avec la configuration des locaux notamment en salle d'attente des urgences en cours de travaux car sous dimensionnée au regard du volume de passage. Il a également été constaté en unité de chirurgie ambulatoire, anciennement service de soins que la configuration des locaux ne permet pas de préserver l'intimité et la dignité des patients accueillis : une chambre est transformée en zone de vestiaire commune homme/femme avec espace restreint délimité par des paravents derrière lequel les personnes se déshabillent, revêtent la tenue pyjama et consignent leurs effets dans des casiers ; une chambre est utilisée en salle d'attente avec des chaises et les personnes attendent en pyjama sans espace d'intimité ; une chambre utilisée en salle de retour de bloc avec visu sur le couloir et les circulations des patients installés sur des chaises avec tablette pour prise de leur collation et récupération de leur aptitude à la rue. L'établissement a précisé aux EV qu'un projet de structuration du secteur ambulatoire et de réorganisation des circuits est à l'étude. Par ailleurs, en service de cardiologie, les chambres simples ne disposent pas de douches (7/unité de 27 lits). Tout au long de sa prise en charge le patient bénéficie d'une évaluation de ses besoins et les actions visant à préserver son autonomie, le lien social ainsi qu'à promouvoir sa santé au regard des facteurs de risques (tabac, alcool, autres drogues, activité physique...) sont mises en œuvre. La prise en charge de la douleur, l'évaluation des paramètres, des facteurs de risques, des conditions de vie et de lien social sont effectives et tracées avec la possibilité de recourir à des intervenants supports ou transversaux comme le service social, les psychologues, les équipes mobiles de gériatrie, soins palliatifs, douleur, équipe de pédopsychiatrie. La réévaluation régulière du projet de soins permet son ajustement tout au long de sa prise en charge. L'implication des patientes prises en charge dans le service de maternité est recherchée dès le début de la grossesse au travers la rédaction possible d'un projet de naissance dont la faisabilité est vérifiée par l'équipe médicale. Pour les patientes qui le souhaitent, il existe une filière physiologique (3 SF dédiées). Le nombre de place est limité à 5 patientes par SF. Les patientes qui souhaitent bénéficier de cette prise en charge doivent motiver leur demande. Des critères d'exclusion de cette filière physiologique ont été définis. Le co-parent a la possibilité de rester dormir 1 seule nuit pendant la durée de l'hospitalisation car le service ne dispose que de 2 lits pliants. Une démarche est initiée pour l'obtention du Label hôpital Ami des Papas. En service de néonatalogie, l'implication et la présence des parents est favorisée (chauffeuses installées dans toutes les chambres et 2 chambres mère-enfant sont disponibles). Les parents ont la possibilité d'échanger entre eux sur leur expérience lors des temps dédié « café des parents » animé par la psychologue du service de façon hebdomadaire. En psychiatrie, l'adhésion du patient au projet thérapeutique est recherchée, le projet de soins intègre des soins de réhabilitation psychosociale pour favoriser son inclusion sociale, son autonomisation et sa qualité de vie. Les droits du patient notamment s'agissant de la liberté d'aller et venir sont respectés. Les restrictions sont définies par le médecin et évaluées en staff quotidiennement. Par ailleurs, la transition enfant- adulte entre l'équipe de pédiatrie et l'équipe adulte est organisée. Les bonnes pratiques de contention sont respectées. Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale

avec prescription, réflexion bénéfique/risque et réévaluation. Pour les personnes en situation de vulnérabilité (précarité sociale, situation de violence intrafamiliale...) une prise en charge pluri professionnelle et sociale est organisée. Dans les services de pédiatrie et aux urgences pédiatriques, l'environnement du mineur est adapté, les professionnels sont formés et les conditions d'accueil, d'accompagnement, de prise en charge prennent en compte les besoins des enfants. Des dispositions spécifiques sont en place notamment, des locaux décorés et adaptés, les voiturettes en UACA pour acheminer l'enfant au bloc, des bandes dessinées pour expliquer les soins, la présence du parent et l'accompagnement jusqu'au bloc et en SSPI. S'agissant des mineurs admis pour urgences traumatologique, ceux-ci sont hospitalisés en service d'orthopédie adulte. Dans ces services les équipements en cas d'urgence pédiatrique sont disponibles et les professionnels ont bénéficié d'actions de formation/sensibilisation. Cependant, du fait d'une tension sur le capacitaire des urgences et la disponibilité des lits d'aval urgences pédiatriques, il a été observé en cours de visite des situations de prise en charge exposant à un délai attente anxiogène pour le mineur prise en charge. En effet du fait d'une part d'une fermeture de lits lié à un problème de manque de personnel (8/20 lits ouverts) et des locaux disponibles (27 000 passages, 3 box d'examen, 4 chambres d'ZHCD) il y avait 12 patients en zone d'hospitalisation transitoire de courte durée (ZHCD) dont une partie en attente d'hospitalisation faute de lit d'aval. En cours de visite, la tension a été prise en compte (plan HET) avec déport des urgences gynécologiques pour récupérer les locaux à proximité et étendre le capacitaire de la ZHCD. Par ailleurs en UPAJA (unité psychiatrique pour adolescents et jeunes adultes), les conditions d'hébergement et de surveillance ne permettent pas de garantir leur sécurité : unité mélangeant des mineurs avec majeurs, de sexes différents et des portes ne fermant pas de l'intérieur. L'établissement a précisé aux EV que les verrous ont été commandés et en cours d'installation dans les unités concernées.

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	96%
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	96%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	95%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	88%

Le GH Eaubonne Montmorency - Simone Veil a identifié et structuré ses parcours et ses filières. Les équipes de soins sont investies dans les parcours proposés et se coordonnent de manière pluridisciplinaire pour la mise en place des projets de soin. Cette coordination se retrouve en psychiatrie avec une continuité entre les secteurs enfants et adultes. Les liens avec la ville sont promus et connus. La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein des équipes soit sur la base des protocoles définies au niveau de l'équipe, soit sur la tenue de RCP lorsqu'il s'agit de la prise en charge cancérologique ou de prises en charge complexes. Le recours aux expertises et avis spécialisées sont établies (unité de soins palliatifs, équipe mobile de gériatrie, référents antibiothérapie, l'équipe d'hygiène, équipe de liaison pédo psychiatrie,). Lors de situations complexes, l'avis des centres de référence est recherché. L'équipe SMUR trace sa prise en charge et

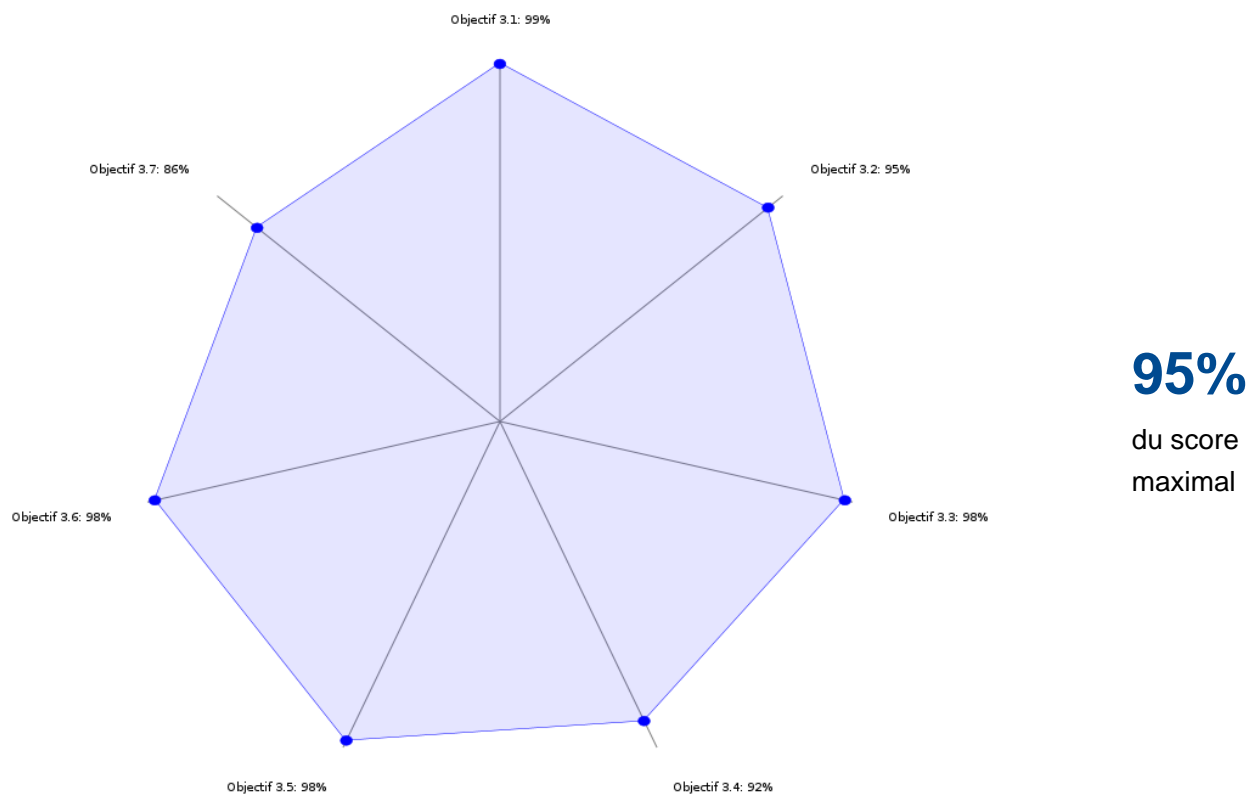
transmet à l'équipe hospitalière d'accueils toutes les informations utiles à la prise en charge. Le tri est réalisé dès l'accueil par un IDE formé à la fonction IAO sauf aux urgences psychiatriques (3 IOA non formées avec formation planifiée en 2023) et utilisant une échelle de tri validée, directement intégrées dans le Dossier Patient Informatisé (DPI). Les données antérieures de prise en charge sont accessibles via le DPI. Un médecin référent est facilement joignable. Le patient accède aux urgences par une des différentes filières mise en place. Le secteur adulte est subdivisé en 4 parties avec des sectorisations dédiées : traumatologie adulte, traumatologie (les 4 membres) pédiatrique, une filière rapide de médecine dite « médecine générale », et médecine hospitalière. Cette dernière intègre les patients couchés non traumatologique. Le secteur mère enfant intègre au RDC la pédiatrie médicale et traumatologique « tête-tronc-abdomen ». L'accès direct aux plateaux techniques aigues (cardiologie, filière AVC, Réanimation, plateau de déchoquage traumatologique...) est organisé. Il existe deux points de recueil quotidiens des lits disponibles dans le GH transmis aux urgences via la cellule de bed management et partagés entre les services, cependant les équipes des urgences n'ont pas connaissance en temps réel des lits disponibles ce qui ne permet pas une gestion optimale des flux. Les délais d'attente par filière sont accessibles, mesurés automatiquement et transmis par un écran en salle d'attente pour le secteur adulte, par une feuille indiquant le délai moyen affichée en secteur pédiatrie. Cependant, certains traceurs ont montré que le délai de prise en charge n'était pas toujours respecté notamment cela a été exprimé par un patient et observé en cours de visite (patient en attente de prise en charge supérieur au délai recommandé au regard de l'échelle de tri). Le recours aux avis spécialisés est organisé. S'agissant de l'HAD, les intervenants à domicile partagent les informations nécessaires à la prise en charge du patient et se coordonnent autour du projet de soins. Les modalités d'intervention pour la prise en charge des urgences vitales sont organisées. Les demandes d'admission en SSR font l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle et la pertinence de l'admission, du maintien en SSR est argumentée et évaluée au sein de l'équipe. En psychiatrie, les dispositions sont prises pour favoriser un accès précoce aux soins en s'appuyant sur l'offre disponible. La prise en charge pluridisciplinaire est coordonnée et donne lieu à un réajustement du projet thérapeutique prenant en compte les besoins du patient et la préservation de son autonomie. Le suivi somatique est réalisé dès l'entrée. Il existe des dispositions permettant un accès précoce aux soins notamment au travers de la prise en charge ambulatoire. Les mesures de restriction de liberté font l'objet d'une discussion bénéfique/risque en équipe, d'une prescription médicale et d'une réévaluation pendant le séjour. La pédopsychiatrie est organisée autour d'une équipe mobile de liaison infanto-juvénile (EML). Elle donne les avis aux urgences psychiatriques, fait le suivi des enfants et adolescents sans risque suraigu qui sont hospitalisés dans le service de pédiatrie, mais avec de plus en plus de difficultés face à une fermeture de ce service qui perdure malgré une activité soutenue dont la pédiatrie non psychiatrique. L'équipe s'étoffe au fil des années. Elle a développé le suivi en CMP, mais également dans les foyers logements infantiles, ou au domicile des patients. Pour les enfants, à partir de 15 ans, en cas d'aggravation de la pathologie nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé, ils sont hospitalisés en unité de psychiatrie de l'adolescent et jeune adulte UPAJA. En phase de transition adolescent/adulte les équipes adultes et pédiatrie se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge. Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluri professionnelle et coordonnée est mise en œuvre pour les patients en fin de vie. L'établissement dispose de 18 lits identifiés en soins palliatifs. Une équipe mobile soins palliatifs est en place. La possibilité d'accéder aux soins palliatifs est proposée et discutée précocement en prenant en compte l'expression des souhaits du patient ou de son entourage. Les soins de support sont organisés pour accompagner ces prises en charge (psychologue, diététicienne, assistante sociale, ...). En service de maternité, les professionnels peuvent solliciter la structure Paliped (équipe régionale Ressource en soins palliatifs pédiatriques) pour toutes les prises en charge en soins palliatifs complexes. En maternité, les équipes s'organisent pour prendre la patiente en charge de manière coordonnée pluri professionnelle et pluridisciplinaire (staff obstétricaux quotidiens avec médecins, SF et cadre ; staff médico psychosocial mensuel de manière, Staff Diagnostic Anté Natal hebdomadaire). Les équipes peuvent recourir au réseau régional de périnatalité RPVO (Réseau de Périnatalité du Val D'Oise) et établissement de référence Argenteuil ou Pontoise. Les modalités de césariennes en urgence sont maîtrisées.

Le bloc obstétrical est pourvu de 2 salles de bloc qui communiquent avec le bloc opératoire central. Une IDE est positionnée en salle de naissance jour et nuit pour prendre en charge les césariennes programmées et les césariennes en urgence. Cette IDE a été formée par compagnonnage sur des fonctions d'IBODE. Concernant le risque d'hémorragie du post-partum (HPP), le matériel d'urgences en cas d'hémorragie du post-partum immédiat est vérifié et conforme. Dans les prises en charge ambulatoire, le patient est informé tout au long de son parcours des modalités pré, péri et postopératoire par les professionnels ainsi que par le biais du passeport ambulatoire. Les appels de la veille et du lendemain sont effectifs. L'autorisation de sortie se fait sur la base d'un score. Cependant, l'ensemble des IDE n'a pas bénéficié de formation à la spécificité de la prise en charge ambulatoire et il n'y a pas de suivi des habilitations des professionnels à l'évaluation de l'aptitude à la rue. Les interfaces entre le secteur interventionnel et les unités et les secteurs médico-techniques sont organisés. Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent. Il existe une Charte de bloc opératoire définissant les rôles, procédures et tâches au bloc intégrant les modalités pour la prise en charge des urgences, Le parcours interventionnel est organisé avec une gestion des créneaux opératoires, une cellule de régulation et de programmation. La check-list est en place et adaptée selon les secteurs. Elle est informatisée et systématiquement mise en œuvre pour toute acte interventionnel. Des audits réguliers sur son utilisation et sa mise en œuvre sont réalisés et suivis. Les équipes connaissent les vigilances sanitaires. Les procédures sont formalisées, connues et appliquées. Le dispositif d'hémovigilance est structuré, le lien entre l'EFS, le dépôt et les services est organisé. Les règles transfusionnelles sont définies. La pertinence de la transfusion est argumentée. L'information pré et post transfusionnelle est tracée. Les professionnels connaissent les conduites à tenir notamment en cas d'événement indésirable receveur. La traçabilité de la surveillance est assurée. Le suivi post transfusionnel est organisé. Le taux de destruction est suivi et analysé. Les règles d'identivigilance sont globalement respectées cependant en psychiatrie, il a été observé l'absence de port de bracelet ni autre dispositif d'identification. Le dossier du patient est en phase de transition dans le cadre de la convergence vers un DPI commun au GHT (échéance 2ème semestre 2024) inscrit au schéma directeur du SIH du GHT 2020-2025. Cependant, il coexiste des supports papiers, des supports informatiques, de nombreux logiciels qui ne sont pas tous interfacés, ce qui rend difficile l'accès en temps réel à l'ensemble des informations du séjour du patient avec un risque de perte d'information et de discontinuité de la prise en charge. A la sortie du patient, une lettre de liaison est remise au patient et adressée au médecin traitant pour garantir la continuité des soins et de la prise en charge médicamenteuse. La remise à J0 n'est pas effective dans tous les services, l'établissement a initié des actions (sensibilisation des praticiens, paramétrage DPI) et mis en place des audits de suivi réguliers. Concernant le bon usage des antibiotiques, les équipes mobilisent des protocoles et peuvent faire appel à des référents. Toute prescription d'antibiotique répond à une justification. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et la réévaluation entre la 24ème et 72ème heure est intégrée au DPI. Cependant, elle ne fait pas l'objet d'une évaluation régulière le dernier audit portant sur la réévaluation de l'antibiothérapie est en date de 2020. Des formations au bon usage des antibiotiques sont suivies par les internes proposés aux nouveaux prescripteurs cependant cette formation n'est pas généralisée à l'ensemble des médecins. Les protocoles d'antibioprophylaxie sont définis selon les recommandations et travaillés en lien avec l'équipe médico-chirurgicale. La prescription est réalisée à la consultation d'anesthésie. Des audits d'évaluation des pratiques sont menés régulièrement et les résultats sont analysés et suivis. Les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments sont respectées et garantissent la sécurité des soins. L'analyse pharmaceutique n'est pas complètement déployée et n'intègre pas les informations du Dossier Pharmaceutique du patient, pour tous les patients dotés d'un Dossier Pharmaceutique. L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux bonnes pratiques. Les professionnels respectent les bonnes pratiques d'administration. En HAD, les dispositions de sécurisation sont mises en place. L'établissement a défini une liste de médicaments à risque par service. Celle-ci est affichée et connue des professionnels. Ces médicaments sont identifiables par un logo institutionnel spécifique. Les équipes ont été formées à ces médicaments et en maîtrisent l'utilisation. L'approvisionnement et le transport des produits de santé sont adaptés. La conciliation médicamenteuse est effective pour les patients de gériatrie

Aigüe répondant aux critères d'inclusion avec un suivi d'indicateur d'activité. Les évaluations des pratiques sont régulières (quick audit dans les services sur les conditions de stockage, la fermeture de l'armoire à pharmacie...). Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'hygiène. Les SHA sont à disposition dans l'ensemble des secteurs, cependant il a été observé des situations de lavage des mains à l'eau et au savon. L'indicateur de consommation de SHA est suivi et analysé par l'EOH. Des actions de sensibilisation et d'audits sont réalisées régulièrement. Les résultats sont affichés dans les services. Les précautions standards et complémentaires sont connues de tous les professionnels. En cas de précautions complémentaires, on retrouve l'affichage à l'entrée des chambres, l'information pour les visiteurs ainsi qu'au patient concerné. L'EOH mène régulièrement des évaluations qui sont communiquées aux professionnels. L'environnement du patient est propre. Les équipes respectent l'utilisation des équipements de protection individuels. Des containers pour objets piquants et tranchants sont disponibles à proximité des soins et les règles de remplissage respectées. Les équipes mettent en œuvre les précautions liées aux dispositifs invasifs sur la base de protocoles validés. La traçabilité de la pose, de sa réévaluation et de la pertinence du maintien est retrouvée. Les équipes des secteurs interventionnels respectent les bonnes pratiques per opératoires. Le processus de gestion des endoscopes est structuré et organisé. Les procédures et les organisations sont définies. La liste du parc actif des endoscopes est disponible. La traçabilité des différentes étapes de désinfection de l'endoscope ainsi que ses références sont retrouvées dans le dossier du patient. Le suivi du statut infectieux des endoscopes est suivi par l'EOH. Des prélèvements environnementaux sont réalisés par le laboratoire d'hygiène en collaboration avec le personnel de la centrale de désinfection et suivi par l'EOH. Les professionnels sont formés bénéficient d'un process d'habilitation. La promotion de la vaccination est portée par l'établissement et une organisation et en place pour faciliter l'accès des professionnels à la vaccination. L'établissement poursuit les actions pour améliorer le taux de couverture vaccinale (10% à l'échelle de l'établissement). Les rencontres dans les services ont montré que le taux de vaccination des professionnels de leur unité n'était pas toujours connu de l'encadrement. Les règles de radioprotection sont définies, les professionnels disposent des équipements de protection. Cependant, la traçabilité relative à l'acte médical faisant appel aux rayonnements ionisants n'est pas toujours retrouvée, notamment s'agissant des examens d'imagerie conventionnelle qui ne font pas toujours l'objet d'un CR par le radiologue. Le transport patient est assuré par des professionnels dédiés, coordonnés par une équipe de régulation qui veille au respect des conditions de délai, de sécurité et de confort. Il existe 2 systèmes de régulation des transports de patients dans l'établissement via deux logiciels différents pour le bloc et le brancardage général. L'utilisation de ces logiciels permet que les délais de PEC des patients soient adaptés à l'activité. Pour le brancardage général, les brancardiers sont équipés de DECT par lequel ils sont informés via le régulateur du patient à prendre en charge (identité, âge, sexe, particularités...). En ce qui concerne le bloc opératoire, les brancardiers sont présents sur place (en SSPI et SAS d'admission). L'équipe est composée de 11 ambulanciers, 24 brancardiers, 6 de nuit, et 4 dédiés au bloc, urgences. Des formations sont déployées cependant, l'ensemble des professionnels n'ont pas tous été formés aux bonnes pratiques de transport, aux bonnes pratiques d'identitovigilance, aux gestes d'urgences. Les EIAS dont les presque accidents sont déclarés et partagés. Les analyses se fondent sur des méthodes systémiques d'analyse des causes et donnent lieu à des actions d'amélioration. L'évaluation des pratiques et le suivi des résultats est inégalement déployée : les investigations ont montré qu'il n'y avait pas toujours d'indicateurs mobilisés et suivis avec identification d'actions par les équipes de soins, sur la pertinence des parcours, les résultats cliniques, les résultats de satisfaction et d'expérience patient... L'activité autorisée de prélèvement multi organes et de tissus (PMOT) est intégrée au pôle d'anesthésie réanimation-médecotechnique. la coordination hospitalière est structurée avec 1.75 IDE, 0.1 médecin spécifiquement formé pour cette activité. Elle est mutualisée avec l'équipe de Pontoise pour assurer une astreinte plus efficiente (être à deux pour les astreintes et maintenir et optimiser les compétences). Elle est impliquée dans le réseau Nord Francilien. Elle a contribué au développement d'un réseau opérationnel de proximité : une collaboration est engagée avec le site d'Argenteuil, qui n'a pas d'autorisation de PMOT et qui de fait, est centre recenseur, permettant une collaboration, un partage d'expertise, des actions co-construites (formation, sensibilisation.). Des actions de formation et de

sensibilisation en faveur du don sont menées par l'équipe. Les médecins séniors de l'unité réanimation USC bénéficient d'une formation à l'annonce. Le parcours intégrant les différentes interfaces (services de soins, logistique, bloc, dépositaire...) est structuré. Le programme CRISTAL ACTION est déployé sur les services de réanimation et d'USC. Le PMO est identifiée comme une urgence vitale intégrée dans la charte de bloc. L'activité de prélèvement d'organe est en progression malgré un taux de refus élevé dans la moyenne régionale. S'agissant des prélèvements de cornées, l'activité est plutôt faible, l'équipe a identifié les causes potentielles au travers de l'analyse des indicateurs suivi. Elle est engagée sur un ensemble d'actions notamment en lien avec les services de soins (formation sensibilisation), le dépositaire (communication de la liste des décès et extension des horaires). La coordination hospitalière PMOT participe au programme Cristal action, évalue les pratiques sur la base des indicateurs proposés par l'agence de biomédecine et de Cristal action. D'autres indicateurs sont développés par l'équipe dans un objectif d'amélioration du parcours de prise en charge d'un PMOT.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	99%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	95%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	98%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	92%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	98%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	98%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	86%

Le GH Eaubonne-Montmorency Hôpital Simone Veil comporte le site d'Eaubonne, 2 sites de Montmorency (USLD et EHPAD) et 6 structures extérieures de psychiatrie et pédopsychiatrie. L'offre de soins du GH couvre une activité de médecine, chirurgie, gynécologie obstétrique (maternité de niveau2B), rééducation, unités de personnes âgées (Unité de soins de longue durée), psychiatrie (adulte, pédopsychiatrie, géronto psychiatrie) et

HAD (Hospitalisation à domicile) organisée autour de six pôles (médecine urgences ; anesthésie réanimation Médicotechnique ; chirurgie ; gériatrie ; psychiatrie ; femme/enfant). L'hôpital Simone Veil fait partie du GHT 95-92 dont l'établissement support est le CH d'Argenteuil avec le Cash de Nanterre, l'hôpital de Taverny, l'EPS Roger Prévot. En lien avec le GHT : un projet médical et soignant partagé, un pôle inter établissement en gériatrie et des services inter établissements en ophtalmologie, ORL et Vasculaire, un GCS biologie et stérilisation, une politique achat commune, des projets SI communs. L'établissement a pris en compte les besoins en santé de son territoire pour définir ses orientations stratégiques afin de garantir une continuité de soins et éviter les ruptures de prise en charge des patients. 85% des séjours du CHSV sont réalisés sur le territoire de coordination 95 Sud. Le GH s'inscrit dans une dynamique « d'aller vers » les partenaires sanitaires ou sociaux (télémédecine, convention transports sanitaire, lien avec la médecine de ville, dispositif mobile d'hygiène à destination des EHPAD, poste de nuit d'IDE en EHPAD, ...). L'établissement participe également au projet territorial de santé mentale animé une équipe de coordination composée des acteurs du territoire (groupe pluridisciplinaire représentant les différents acteurs du territoire). L'établissement est engagé dans de nombreuses conventions qui se répartissent entre les partenaires publics, privés et médico-sociaux pour structurer et fluidifier ses parcours (partenariat avec maison médicale de garde sur site à proximité, maison de santé pluriprofessionnelle sur le site de psychiatrie, maison des médecins sur le site de Montmorency. Un travail collaboratif est également engagé avec la CPTS Val D'Oise (le CHSV est membre du CA) et les collectivités territoriales. Le suivi capacitaire est organisé et le répertoire opérationnel des ressources est régulièrement actualisé. Le GH participe à la coordination des différents réseaux régionaux (périnatalité, cancérologie, diabète...). Pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées l'établissement a mis en place des modalités de prise en charge rapide. L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences avec une filière gériatrique structurée. Pour favoriser l'accès aux soins et le lien ville hôpital l'établissement a mis en place des moyens permettant aux patients et aux correspondants médicaux de contacter facilement. (Messagerie sécurisée, téléconsultation, télé expertise), cependant l'alimentation du dossier médical partagé et du dossier pharmaceutique n'est pas complètement déployée. Il développe une politique d'aller vers (messagerie sécurisée, téléconsultation, téléexpertise). L'établissement soutient le recueil de la satisfaction des patients avec e Satis. Il déploie également des questionnaires de sortie général et spécifiques. L'exploitation des résultats de satisfaction fait l'objet d'un retour organisé par le service qualité auprès des équipes, cependant les audits ont montré que les professionnels rencontrés ne connaissaient pas toujours les données de satisfaction de leur service et les actions qui pourraient en découler. Le suivi des plaintes et réclamations est organisé au niveau de la direction qualité en charge de la coordination du suivi. Les plaintes et réclamations sont analysées en lien avec les services, impliquant les représentants des usagers qui ont accès aux plaintes anonymisées et à leur traitement et participent aux médiations. L'établissement mobilise l'expertise patient avec des patients experts (notamment dans les programmes d'éducation thérapeutique) et une expérience de pair aide en psychiatrie. Il déploie un programme à l'attention des aidants (programme BREF). Des formations à la communication sont déployées et des dispositifs sont en place. La bientraitance, le respect des patients et de leurs familles sont promus et partagés au sein des équipes. L'établissement participe à la lutte contre les situations de maltraitance : les professionnels sont sensibilisés et connaissent les conduites à tenir pour signaler et prendre à charge les situations de maltraitance. L'accès aux soins pour les personnes vulnérables est organisé, de même que l'accès aux locaux aux personnes vivant avec un handicap. L'accès du patient à son dossier est organisé, les modalités sont définies et un suivi est en place pour améliorer les délais d'accès du patient (10 jours pour 8 jours demandés pour les dossiers de moins de cinq ans). L'établissement investit des missions universitaires et développe en son sein une activité de recherche clinique avec une équipe dédiée « Team recherche » créée en novembre 2021. La « Team recherche » est composée de professionnels, médecin, attachés de recherche clinique, documentaliste, cadres de santé, sage-femme, psychologue, avec pour objectif de dynamiser l'activité de recherche au plus près des acteurs. Le GH soutient les partenariats favorisant l'inclusion dans des essais cliniques de patients éligibles dans son établissement ou dans des centres du territoire. Toutefois, il n'a pas

engagé d'action de communication externe à destination des patients et des professionnels visant à faire connaître les projets pour en favoriser l'accès. La politique Qualité et prévention des risques et sécurité des soins a été mise à jour au regard des recommandations HAS issues de la précédente visite et des orientations retenues dans le cadre du projet d'établissement. Une réorganisation récente de l'équipe de direction a permis de mettre en place une organisation dont il conviendrait d'évaluer la maturité au plus près des services. Un PAQSS est en place, cependant il n'intègre pas les recommandations et le projet des usagers. Le directoire de l'établissement a identifié des séances dédiées pour le comité stratégique qualité, permettant ainsi de définir la politique et de prioriser les actions du programme et d'en assurer le suivi. 0.50 PH en Pharmacie et 0.50 PH COGRAS en cours de départ sont rattachés à la DQGS. Un comité opérationnel réalise des rencontres régulières avec l'encadrement des services pour évaluer l'avancement des actions (nombre de FEI non traitées, plan d'action qualité et une fois tous les 15 jours l'exécutif de pôle. Des référents qualité sont identifiés par service. Une rencontre avec les cadres soignants est réalisée une fois par mois. Des indicateurs sont suivis dans le cadre des contrats de pôle et font l'objet d'intéressement. Cette politique est déclinée dans un plan d'actions sur le terrain. Toutefois, tous les services rencontrés ne connaissent pas les actions concrètes du programme qualité décliné dans leur service, notamment celles basées sur les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins, de l'expérience patient, des recommandations de la CDU. Concernant les documents de référence (procédures, protocoles), il a été constaté de nombreux documents non actualisés, caduques sur la gestion documentaire informatisée. Des classeurs papier ont été déployés avec des impressions papier d'une partie des protocoles (classeur hygiène, transfusion...). L'établissement a pour projet de mettre à jour la GED sur le nouveau logiciel qualité à échéance 1er trimestre 2024. La commission des usagers est en place. L'implication des représentants des usagers et des associations de patients est facilitée par la disponibilité de la gouvernance. La gestion de la déclaration des événements est structurée et organisée. Les instances de pilotage sont en place. Les modalités de déclaration sont connues par les agents. Une charte de non punition accompagne la promotion de la culture du signalement. Tous les EI sont analysés et en cas d'évènement grave, une méthode d'analyse des causes profondes est utilisée. Les plans d'action font l'objet d'un suivi. L'établissement a participé à l'enquête culture sécurité des soins des professionnels mais au moment de la visite les résultats n'étaient pas disponibles et n'avaient pas donné lieu à une analyse et des actions. L'encadrement des équipes est organisé au niveau du service et au niveau du pôle et les organigrammes sont définis. Un accompagnement au management n'est pas déployé auprès des cadres, FFCS, chef de pôle (lab management). Les managers bénéficient de temps d'échanges organisés (réunions de cadres, réunions de pôle, conseil de pôle,...). Ils peuvent bénéficier de soutien dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions. L'établissement se trouve dans un contexte de difficultés de recrutement imposant des fermetures de lits réduisant le capacitaire. S'agissant du personnel non médical l'essentiel des postes vacants concerne les métiers soignants tels que les infirmiers en soins généraux (11%), les infirmiers spécialisés (IBODE (28%), IADE (3%)), les manipulateurs en électroradiologie (33%) et les sages-femmes (4%). Concernant le personnel médical, les difficultés majeures concernent les psychiatres et les gériatres, suite à des départs (en retraite notamment). Mais, même si elles sont moindres, des difficultés existent également en anesthésie-réanimation, en imagerie, en biologie, cardiologie, pédiatrie, gynécologie-obstétrique, et urgences adultes. Les praticiens associés (PADHUE) représentent au CHSV en moyenne 32% des effectifs médicaux de séniors. S'agissant des formations, un point régulier est fait avec les cadres en vue d'identifier les actions à intégrer au plan de formation. Toutefois, il a été constaté lors de certains traceurs une absence de suivi des compétences et des habilitations notamment en SSPI et en UCA ou les IDE réalisent des autorisations de sortie sous conditions de score. Par ailleurs, le suivi des formations par l'encadrement permettant de s'assurer que les professionnels disposent des compétences requises n'est pas complètement effectif. Des démarches collectives d'amélioration de travail et de dynamique en équipe ont été initiées (atelier de codéveloppement, espaces de discussion sur le travail). La synchronisation du temps de travail a fait l'objet d'un travail associant les professionnels et les IRP cependant les traceurs ont montré que certaines équipes en 12H ne disposent pas de temps de transmission entre le jour et la nuit, de même au niveau des SMUR des IDE font des gardes de 24

heures. L'établissement soutient le recours au questionnement éthique avec la mise en place d'un groupe d'appui à la réflexion éthique et d'aide à la décision dans des situations médicales éthiquement difficiles. Ce groupe se réunit régulièrement selon thématique éthique mais peut aussi se réunir sur saisine. Il assure également des actions de communication et de sensibilisation (organisation de cafés éthiques lettre d'information). La gouvernance a une politique QVT, partie intégrante du projet social, concertée en lien avec les instances représentatives du personnel. La gestion des conflits interpersonnels se fait au cas par cas soit via le cadre, le cadre supérieur ou la direction selon la situation. La possibilité de recours a un dispositif de médiation est organisée. Des dispositifs de soutien des professionnels sont en place et proposés aux équipes, cependant lors des rencontres avec les professionnels certains professionnels ont exprimé une souffrance notamment aux urgences (service impacté par le décès brutal d'un collègue) en MPR et en pédiatrie. L'établissement a désigné des correspondants vigilances et la coordination avec les structures régionales est effective. La promotion de la vaccination est effective malgré un TO de vaccination de 11%, la médecine du travail avec la DRH à mis en place d'une enquête à destination des professionnels pour comprendre les motifs à ce jour 196 réponses et proposer des mesures d'amélioration. Concernant les tensions sanitaires, les procédures sont en places et connues, des exercices sont organisés le dernier AMAVI en mai, un RETEX a permis de formaliser des actions d'amélioration qui sont suivies (armoires plan blanc, référent SIVIC...). La sécurité informatique est pilotée au niveau du GHT, un RSSI suit le plan d'action et réalise les évaluations des mesures, un exercice a été réalisé. Le plan de sécurisation est formalisé depuis 2019 et mis à jour chaque année. Une cartographie des risques et plan d'action sont suivis. Les actes de malveillance sont déclarés (71 depuis le début de l'année dont 46 atteintes aux personnes). L'établissement a réalisé un diagnostic initial (MOOD, un prochain BEGES scope 3 est programmé en 2024) concernant les risques environnementaux et engagé une démarche développement durable depuis 2018, relancé récemment à travers une assemblée. 4 directeurs sont identifiés « référents développement durable ». 7 Axes stratégiques sont ainsi en cours de déploiement. Les chariots d'urgence sont déployés dans les services, accessibles et vérifiés. Le numéro d'urgence (2222) est effectif depuis le mois de juin et une évaluation des appels (motifs, horaires et suite de PEC) a été réalisée. Le numéro est connu et rapidement identifiable par les professionnels. Un plan de formation est en cours de mise en œuvre pour renforcer la formation aux gestes d'urgences avec 3 formateurs internes. Cependant, la formation aux gestes d'urgence n'est pas déployée auprès de l'ensemble des professionnels (41% d'AFGSU validés) et les professionnels rencontrés n'ont pas tous bénéficié d'exercice de mise en situation. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : Poursuivre les travaux de restructuration pour permettre un total respect de l'intimité/dignité, de la confidentialité en salle d'attente des urgences, en service de cardiologie et unité de chirurgie ambulatoire Assurer un environnement adapté à la prise en charge des patients mineurs admis pour urgences traumatologiques et en unité psychiatrique pour adolescents et jeunes adultes (UPAJA) Réévaluer de façon régulière la pertinence des prescriptions d'antibiotique et généraliser la formation des médecins Sécuriser la sortie du patient en ambulatoire (aptitude à la rue) Organiser la formation des professionnels à la prise en charge de l'urgence vitale et réaliser des exercices de simulation

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024
- 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	950013870	GROUPEMENT HOSPITALIER EAUBONNE MONTMORENCY - HOPITAL SIMONE VEIL	1 rue Jean Moulin 95160 Montmorency FRANCE
Établissement géographique	950039909	HDJ ADOLESCENTS - DOMONT	2 RUE DES CHARPENTIER 95330 DOMONT FRANCE
Établissement géographique	950043489	CATTP ENFANTS - EAUBONNE	14 RUE SAINT PRIX EAUBONNE FRANCE
Établissement géographique	950039917	CATTP ENFANTS - DOMONT	2 RUE DES CHARPENTIER 95330 DOMONT FRANCE
Établissement géographique	950039925	CMP ENFANTS ET ADOLESCENTS - BEAUCHAMP	10 AVENUE MARCEAU 95250 BEAUCHAMP FRANCE
Établissement géographique	950043117	USLD GHEM - SITE EAUBONNE	14 RUE DE SAINT PRIX 95600 EAUBONNE FRANCE
Établissement géographique	950015412	CMP - CATTP EAUBONNE MONTMORENCY ADULTES 95G 03	Rue Saint Fleve 95120 Ermont FRANCE
Établissement géographique	950000356	HOPITAL SIMONE VEIL - GHEM - SITE DE MONTMORENCY	1 rue Jean Moulin 95160 Montmorency FRANCE
Établissement géographique	950000166	HOPITAL DE JOUR ADULTES G07 - DEUIL LA BARRE	83 RUE DE LA BARRE 95170 DEUIL LA BARRE FRANCE
Établissement géographique	950006049	CMP - CATTP ADULTES G04 - SITE LE PLESSIS BOUCHARD	40 rue Gabriel Peri 95130 Le Plessis Bouchard FRANCE
Établissement géographique	950005959	CMP / CATTP ENFANTS ET ADOLESCENTS - CMP / CATTP ADULTES G07 - MONTMORENCY	1 rue Jean Moulin 95160 Montmorency FRANCE
Établissement géographique	950005868	CMP ENFANTS ET ADOLESCENTS - ENGHEN LES BAINS	8 rue Gaston Israel 95880 Enghein Les Bains FRANCE

Établissement géographique	950005918	CMP ENFANTS - FRANCONVILLE	38 rue de la Station 95130 Franconville FRANCE
Établissement principal	950000323	HOPITAL SIMONE VEIL - GHEM - SITE D'EAUBONNE	14 rue de Saint-Prix 95600 Eaubonne FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
---	--------

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système			
2	Audit système			
3	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Enfant et adolescent Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
4	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Patient âgé Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
5	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
6	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient atteint d'un cancer Adulte Ambulatoire Médecine	
	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé	

7			<p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
8	Traceur ciblé			EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'un CREX en interne
9	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Maternité</p>	
10	Traceur ciblé			Précaution standard sans dispositif invasif
11	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
12	Traceur ciblé			Urgences pédiatriques
13	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins critiques</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	

14	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
15	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Ambulatoire Soins Médicaux et de Réadaptation	
16	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
17	Traceur ciblé			Urgences générales - SMUR
18	Audit système			
19	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Patient âgé Adulte Ambulatoire Médecine	
20	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte	

			Hospitalisation complète Médecine	
21	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
22	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Médecine	
23	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	
24	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
25	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Ambulatoire Médecine	

26	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Médecine</p>	
27	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
28	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
29	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
30	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p>	

			Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
31	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient atteint d'un cancer Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Médecine Chirurgie et interventionnel	
32	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
33	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
34	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation à domicile Médecine	
35	Audit système			

36	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins critiques</p>	
37	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation à domicile</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p>	
38	Traceur ciblé			Antibiotiques per os
39	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
40	Traceur ciblé			Priorisation de l'unité de soins où est réalisée la transfusion : Hématologie, Réanimation, USC, Oncologie, Orthopédie / Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
41	Traceur ciblé			TC dispositif médical réutilisable (endoscopie)
	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>Patient en situation de précarité</p>	

42			<p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
43	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
44	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
45	Traceur ciblé			Précaution complémentaire avec dispositif invasif
46	Audit système			
47	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
48	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p>	

			Psychiatrie et santé mentale	
49	Audit système			
50	Audit système			
51	Traceur ciblé			EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'un CREX en interne
52	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Maladie chronique Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation Soins de longue durée Médecine	
53	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Hospitalisation à domicile Médecine	
54	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences SAMU-SMUR Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins critiques Médecine	
	Traceur			TC antibioprophylaxie au bloc

55	ciblé			opérateur
56	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins critiques</p> <p>Maternité</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
57	Audit système			
58	Audit système			
59	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
60	Audit système			
61	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
62	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Ambulatoire</p>	

			Chirurgie et interventionnel	
63	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
64	Traceur ciblé			Transport entre le secteur de soins et le bloc - Patient couché
65	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Adulte Ambulatoire Médecine	
66	Traceur ciblé			TC per opératoire au bloc général
67	Audit système			
68	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Pas de situation particulière Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	
69	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Ambulatoire Médecine	
	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé	

70			Pas de situation particulière Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
71	Audit système			
72	Traceur ciblé			URGENCES PSYCHIATRIQUES
73	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	
74	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	
75	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
76	Traceur ciblé			BALNEOTHERAPIE
77	Traceur ciblé			Médicament à risque injectable
78	Traceur ciblé			Médicament à risque injectable
	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé	

79			Pas de situation particulière Enfant et adolescent Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
80	Traceur ciblé			Transport entre PAVILLON - Patient assis
81	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Médecine	
82	Traceur ciblé			Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque per os
83	Audit système			
84	Audit système			
85	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Enfant et adolescent Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
86	Audit système			
87	Audit système			
88	Audit système			
89	Audit système			
	Patient		Tout l'établissement	

90	traceur		Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
----	---------	--	---	--

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

