



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

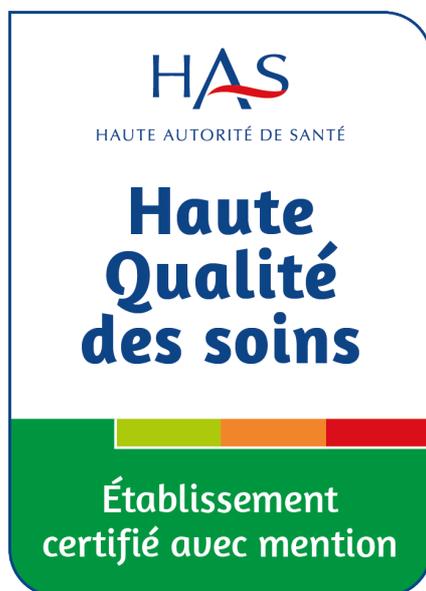
MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
INTERCOMMAL
MEULAN-LES MUREAUX**

1 rue du fort
78250 MEULAN EN YVELINES



Validé par la HAS en Avril 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 – Avril 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	18
Table des Annexes	24
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	25
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	26
Annexe 3. Programme de visite	30

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 avec mention.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMAL MEULAN-LES MUREAUX	
Adresse	1 rue du fort 78250 MEULAN EN YVELINES FRANCE
Département / Région	Yvelines / 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	780002697	CH INTERCOMM MEULAN-LES MUREAUX	1 rue du fort 78250 MEULAN EN YVELINES FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

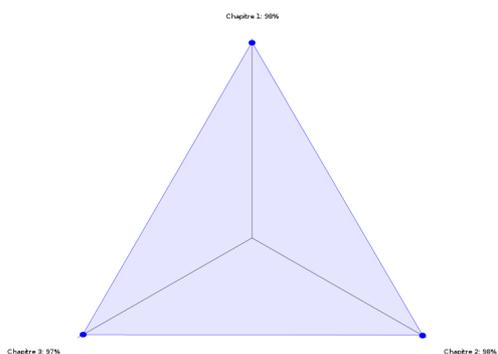
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation 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
Soins critiques
Soins de longue durée
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

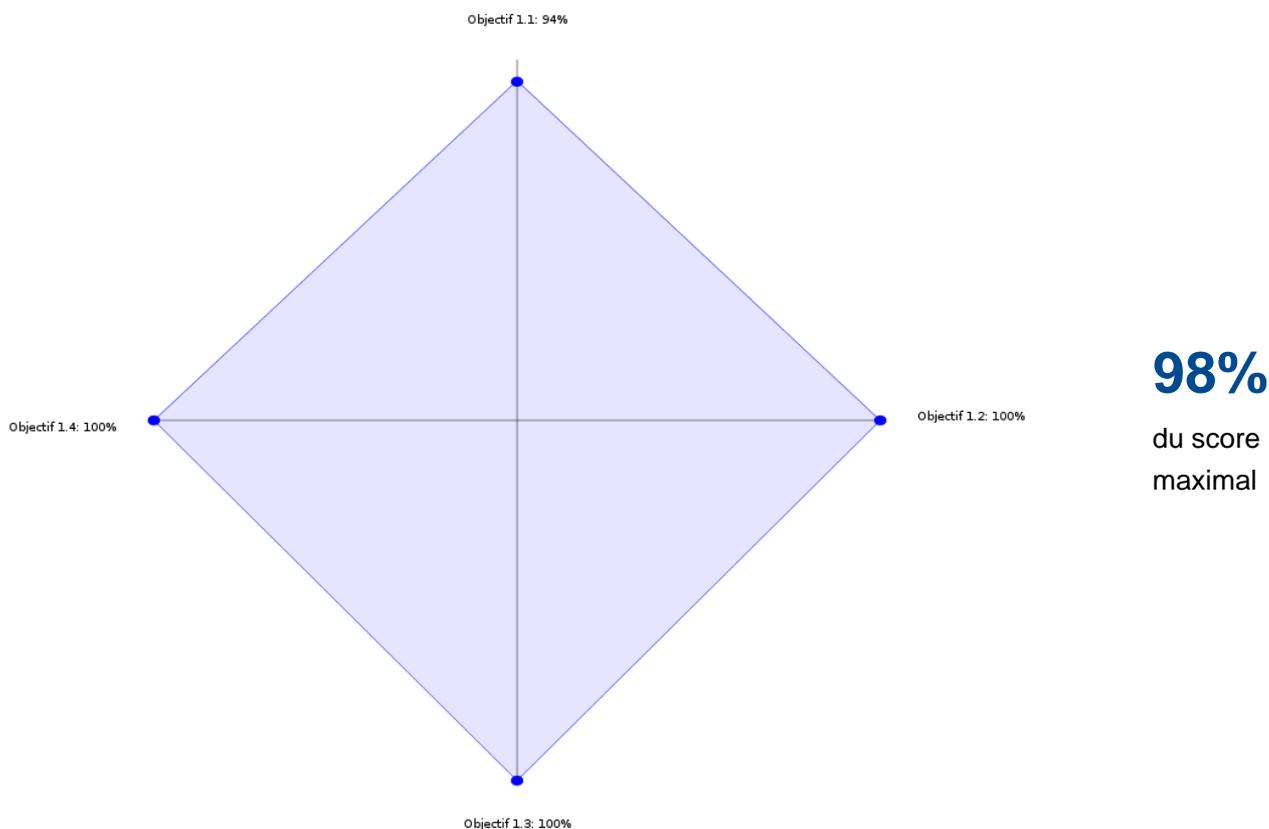
Au regard du profil de l'établissement, **124** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



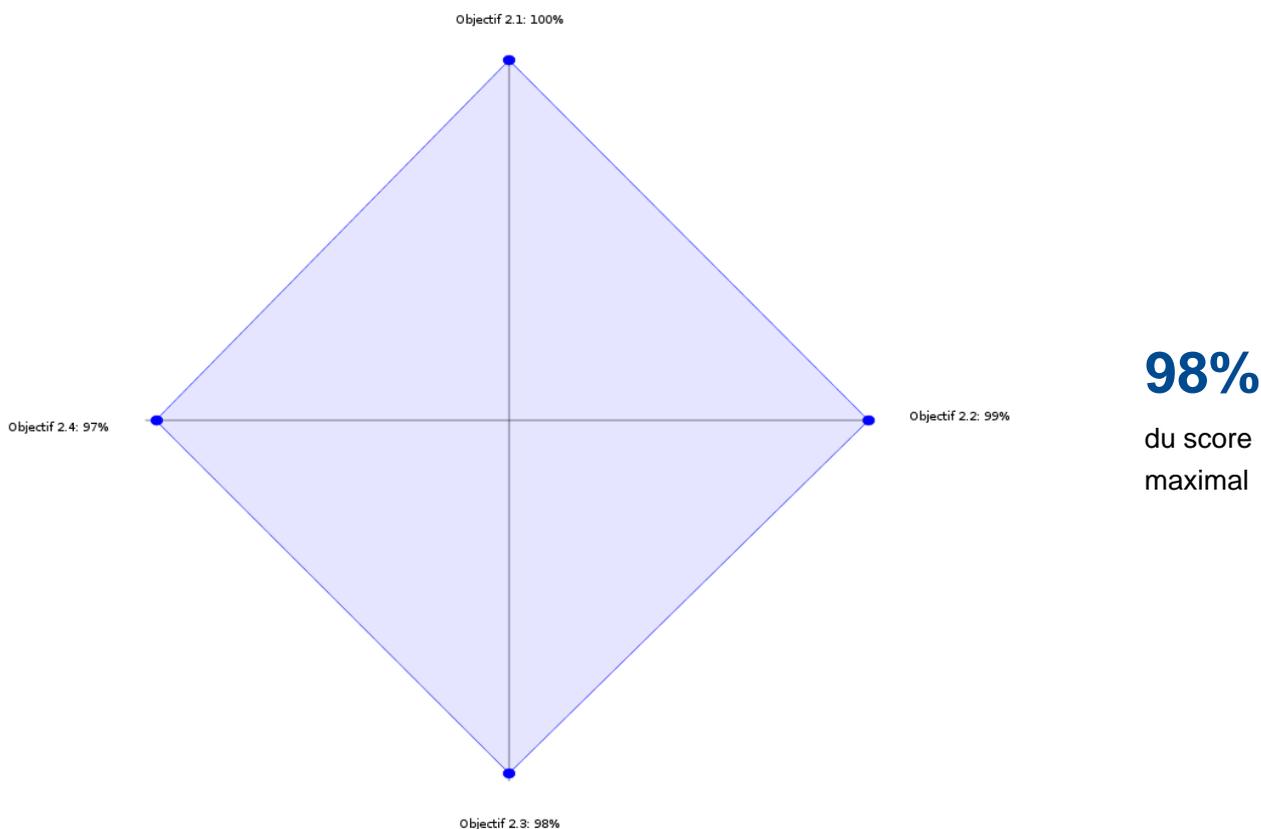
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	94%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le Centre Hospitalier Intercommunal Meulan – les – Mureaux (CHIMM) est un établissement public de 529 lits et places. Ses activités sont réparties sur 3 sites. Les spécialités de médecine, chirurgie et obstétrique sont présentes sur le site principal Henri IV à Meulan-en-Yvelines, les activités de SMR et psychiatrie sont prises en charge sur le site de Bécheville situé aux Mureaux, l'activité de long séjour est assurée à Châtelain Guillet à Meulan-en-Yvelines. Tous les patients ou parents rencontrés au décours de la visite ont fait part de leur satisfaction quant à l'information délivrée en amont et durant leur séjour. En effet, dans les différents secteurs, l'information du patient est assurée à toutes les étapes de la prise en charge depuis la consultation initiale jusqu'à la sortie, quel que soit son mode de prise en charge. Cette information porte sur le diagnostic, l'état de santé, les traitements, les soins ainsi que sur les droits des patients au travers notamment du livret d'accueil. Il

informe en outre sur le rôle de la personne de confiance, les directives anticipées, la commission des usagers, l'alimentation du dossier médical partagé (DMP) via « Mon espace santé ». Cette dernière information est complétée par un affichage détaillé dans tous les services. L'information est adaptée aux différentes prises en charge, ainsi, par exemple, un livret d'accueil spécifique accompagné d'un livret de conseils sont remis en maternité. La diffusion fait appel à de nouveaux supports tels que des « flash code » en maternité et en réanimation. La remise de documents s'accompagne par ailleurs d'une information orale favorisant l'implication du patient : en chirurgie, un entretien est prévu avec l'infirmière programmatrice en préparation de l'hospitalisation. En médecine polyvalente, un poste dédié d'aide-soignant permet de renforcer l'information écrite par une communication orale portant en particulier sur la personne de confiance, le rôle des représentants des usagers, les directives anticipées. Cette information est généralement délivrée dans tous les secteurs, à l'exception d'un service de chirurgie et de la maternité qui a fait le choix de ne pas aborder la question des directives anticipées. En psychiatrie l'information est transmise lors de la rédaction du plan de prévention partagé. Malgré la multiplication des supports d'information relatifs aux représentants des usagers et associations de bénévoles et l'évaluation réalisée au travers des patients traceurs, tous les patients rencontrés n'ont pas été en mesure de réaliser le retour d'information. Par ailleurs, ils n'ont pas la connaissance des modalités relatives à l'utilisation du DMP et de la messagerie sécurisée ainsi que de la possibilité de recueillir les directives anticipées. La Direction Qualité s'engage à poursuivre la démarche d'amélioration du recueil des directives anticipées, en réalisant des audits. Pour les patients dont l'accueil est programmé, il est envisagé de transmettre l'information préalablement à l'hospitalisation. En l'absence de recueil des directives anticipées, la personne de confiance est sollicitée pour témoigner de la volonté du patient en fin de vie. L'accès aux soins palliatifs est initié dès l'admission au service des urgences par l'appel à l'équipe mobile dédiée. Les professionnels de jour et de nuit sont formés et sont impliqués dans la démarche : une IDE du service de médecine polyvalente, accompagnée du médecin responsable de l'équipe de soins palliatifs, est initiatrice de la fiche d'information sur les directives anticipées diffusée au sein du GHT. Un complément d'information est transmis aux patients et usagers par voie d'affichage, ainsi sont régulièrement retrouvés la charte du patient hospitalisé, la charte de la laïcité, la charte bientraitance, la charte Romain Jacob, les modalités d'alimentation du DMP et l'utilisation de la messagerie sécurisée. Des messages de santé publique sont par ailleurs retrouvés dans tous les secteurs. L'information du patient sur ses droits est complétée par une information médicale adaptée à son degré de discernement sur son diagnostic, son état de santé et sa prise en charge contribuant ainsi à la réflexion bénéfique – risque avant recueil de son consentement. Des supports d'information émanant des sociétés savantes sont remis au patient avant l'intervention chirurgicale. L'adhésion du patient à la mise en œuvre de son projet de soins est constamment recherchée. Son implication est effective sur les 3 sites, elle est favorisée par les programmes d'éducation thérapeutique (en diabétologie, en psychiatrie par exemple), la mise à disposition en SMR et en psychiatrie de divers ateliers (art thérapie, jardinage, cuisine thérapeutique, poterie...) et installations sportives (vélo connecté), la prise en compte du projet de naissance en obstétrique. La mise en place d'une contention est soumise au recueil du consentement du patient et à l'information de la famille. Les informations spécifiques relatives à la pose d'un dispositif implantable et à l'administration d'une transfusion sont effectives et tracées dans le dossier. L'établissement évalue la satisfaction et l'expérience du patient par un questionnaire intégré au livret d'accueil et par des enquêtes réalisées au lit du patient par les représentants des usagers et l'équipe qualité. Des évaluations complémentaires ponctuelles sont menées aux urgences, en USLD, en HDJ psychiatrique et en consultations externes. Le CHIMM soutient le recueil d'e-Satis, la saisie obligatoire de l'adresse de messagerie du patient a permis d'améliorer le taux de réponse. Les patients sont informés des modalités pour soumettre une plainte, une réclamation ou déclarer un évènement indésirable mais tous les patients rencontrés n'ont pas été en mesure de faire le retour lors des entretiens. Le respect du patient, de son intimité et de sa dignité sont une attention constante et éthique des soignants. Les pratiques, équipements et locaux corroborent cette observation y compris en psychiatrie où l'occultation des chambres d'isolement est réalisée. Aux urgences, le parcours pédiatrique est identifié et séparé de celui des adultes. Les consultations et soins pédiatriques sont réalisés dans un box dédié en attente de transfert vers

l'établissement adéquat, l'établissement ne prenant en charge que les urgences traumatologiques en ambulatoire lorsque l'état de l'enfant ne permet pas l'orientation vers un établissement spécialisé. A cet effet, une salle de plâtre a été spécifiquement aménagée pour les enfants, une modification architecturale est prévue pour rapprocher l'espace attente des enfants et de leurs parents au plus près des salles de consultations et de traumatologie. Par ailleurs, des travaux ont permis la création d'une salle d'accueil et d'attente de 3 postes pour les patients adultes sur brancard, identifiant ainsi ce circuit spécifique. L'intimité des patients est préservée par l'installation de paravents, cette pratique est d'ailleurs généralisée à l'établissement sur les 3 sites, y compris en SSPI ou un espace a été réservé à la prise en charge des enfants. Dans les secteurs de soins, lorsque des portes de chambres sont maintenues ouvertes, c'est toujours en réponse à la demande des patients et la traçabilité en est assurée dans le dossier patient. L'autonomie du patient en situation de handicap et/ou de vulnérabilité est évaluée et préservée dans toute la mesure du possible. Des initiatives remarquables en vue de favoriser le confort, l'apaisement et le bien être des patients ont été constatées en psychiatrie, en SMR psycho gériatrique et en unité cognitivo-comportementale au travers de la mise en œuvre du projet de déambulation nocturne, de la création d'une salle Snoezelen, d'une salle d'apaisement, de la médiation animale, de l'aromathérapie, de la balnéothérapie, du « chariot flash thérapeutique », de la musicothérapie. Ces actions concourent également à la prise en charge non médicamenteuse de la douleur qui est par ailleurs anticipée, prise en charge et réévaluée. Les proches et/ou les aidants sont impliqués et associés à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie en USLD. La présence des accompagnants est favorisée, y compris en dehors des heures de visite, notamment en réanimation, en maternité et concernant les personnes âgées, les patients en situation de handicap et les patients en fin de vie. L'accompagnement du deuil est proposé par l'équipe mobile de soins palliatifs. La prise en charge des patients intègre la dimension psycho-sociale. Les patients en situation de vulnérabilité bénéficient d'un suivi spécifique renforcé et coordonné entre l'hôpital et la ville. En maternité, le staff médico-psycho-social, associant la PMI, permet d'assurer le suivi des patientes vulnérables durant la grossesse et après l'accouchement. Des assistants sociaux sont présents dans la majorité des services, 3 permanences d'accès aux soins de santé (PASS) fixes et une PASS mobile sont à disposition des patients. En gériatrie, les personnes âgées se voient proposer des activités permettant de maintenir leur autonomie et le lien social et familial. La préparation de la sortie est anticipée et prend en compte les conditions habituelles de vie ; la coordination pluridisciplinaire est établie, en particulier avec la PMI en obstétrique et en néonatalogie et avec le service d'accompagnement du retour à domicile PRADO en maternité, en chirurgie et en SMR. En psychiatrie, une réflexion sur le projet de sortie est menée en amont en favorisant l'inclusion sociale et en s'appuyant sur le réseau ville – hôpital.

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	100%
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	99%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	98%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	97%

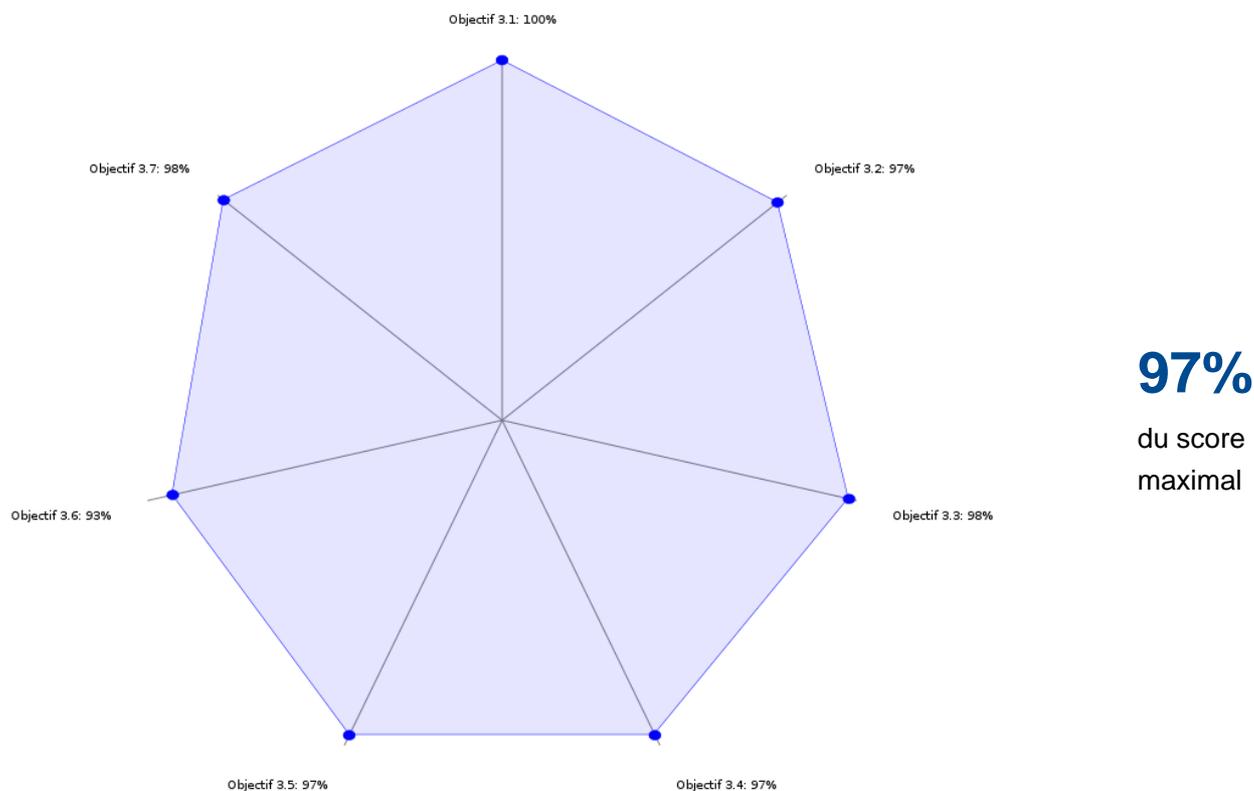
Dès son admission, le patient est orienté dans le parcours adapté à ses besoins et à son projet de soins, ainsi par exemple les patients âgés d'orthopédie traumatologie sont hospitalisés en médecine et non en chirurgie, la médecine étant qualifiée par l'établissement être « le bon endroit » pour prendre en charge les patients âgés. Des réunions de concertation pluridisciplinaire associant des expertises professionnelles sont organisées régulièrement pour les prises en charge complexes, elles sont communes aux 3 établissements en oncologie, sont réalisées de manière hebdomadaire en médecine et en inter-service HDJ pédo-psychiatrie et CMP. Ces temps d'échange sont complétés par des staffs pluriprofessionnels et pluridisciplinaires dans tous les services, y compris au CMP. Les demandes d'admission en SMR font l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle, la pertinence de leur maintien est réévaluée dès la première phase du séjour en association avec les familles. La

pertinence des actes et des prescriptions est argumentée et s'appuie sur les recommandations de bonne pratique. Lorsqu'elle est indiquée, la prescription d'une HAD est le plus souvent envisagée dès l'hospitalisation complète dans le service. En santé mentale, la pertinence du recours aux mesures restrictives de liberté est argumentée et réévaluée, elle fait suite à l'échec des mesures alternatives et fait l'objet d'une évaluation bénéfique – risques pluriprofessionnelle et prend en compte l'état somatique du patient. Les prescriptions d'isolement et de contention, leur renouvellement, leur arrêt, les surveillances paramédicales, les périodes de sortie, les visites médicales de réévaluation (minimum 2 fois par jour) sont tracées selon les attendus réglementaires. Les prescriptions d'antibiotique sont argumentées et réévaluées entre la 24ème et la 72ème heure. La formation est assurée régulièrement aux médecins, aux nouveaux internes et aux soignants. L'analyse de pertinence des actes transfusionnels est réalisée et argumentée. La prise en charge du patient repose sur la personnalisation des soins, sur une forte implication des professionnels et sur la coordination pluriprofessionnelle et multidisciplinaire aux différentes étapes des parcours, y compris en amont et en aval. Le dossier du patient rassemble tous les éléments de traçabilité utiles à l'élaboration, au suivi et à la réévaluation du projet de soins. Il est informatisé dans tous les secteurs à l'exception de l'obstétrique, sa mise en œuvre est planifiée après l'informatisation finale et adaptée au secteur de psychiatrie (partiellement informatisé au moment de la visite) prévue en mars 2024. La complétude des dossiers est assurée dès la consultation et avant l'arrivée aux urgences, la prise en charge étant tracée dans le dossier préhospitalier du SMUR, il est ensuite implémenté en temps réel par l'ensemble des intervenants médicaux et paramédicaux, par les équipes transversales de soins (l'équipe mobile douleur, l'équipe mobile de gériatrie, l'équipe de liaison et de soins en addictologie, l'équipe mobile multidisciplinaire d'accompagnement, les équipes de psychiatrie de liaison), les soins de supports (ergothérapeutes, psychomotriciens, kinésithérapeutes, diététiciens, assistants sociaux, psychologues,...) et le secteur extra hospitalier en psychiatrie. En HDJ de pédopsychiatrie, le projet de soins associe la famille en vue de déterminer l'elligibilité à la prise en soins en ambulatoire. Les équipes médicales peuvent consulter le dossier médical de « Mon espace santé » et le dossier pharmaceutique, les professionnels sont accompagnés dans la prise en main des nouveaux outils, une campagne d'information relative à l'utilisation du DMP a été déployée par le président de la CME en direction de tous les médecins de l'établissement. La conciliation médicamenteuse est réalisée pour tous les patients âgés admis à partir des urgences, elle s'appuie sur un logiciel dédié favorisant ainsi la communication avec les pharmacies de ville. Aux urgences, le tri est réalisé à l'aide d'une échelle validée dès l'admission par un infirmier d'accueil et d'orientation, les patients sont informés des délais d'attente et la disponibilité en temps réel des lits des services d'hospitalisation est connue. Au bloc opératoire et dans les secteurs interventionnels, la communication, la coordination et la sécurité de la prise en charge du patient reposent sur la qualité des échanges avec les secteurs de soins et sur la réalisation effective et efficace de la check list en chirurgie, en obstétrique et en endoscopie. Les cas de déprogrammation d'intervention sont encadrés par la cellule de programmation et l'analyse des écarts entre les interventions programmées et réalisées est effective. En phase de transition adolescent – adulte, la coordination entre l'équipe de pédiatrie / pédopsychiatrie et l'équipe du secteur adulte est assurée. Une prise en charge sociale, éducative et scolaire est proposée à l'enfant ou à l'adolescent suivi au CMP. Tout patient hospitalisé en psychiatrie bénéficie d'un examen somatique initial réalisé dans les 24h après l'admission puis d'un suivi régulier par le médecin somaticien. La démarche palliative est coordonnée autour de l'équipe mobile de soins palliatifs qui intervient au lit du patient et mène des actions de sensibilisation et d'information et anime des groupes de réflexion autour des soins palliatifs, de la mort et du deuil. Dans les secteurs accueillant des patients en fin de vie, les professionnels peuvent bénéficier d'un soutien et d'un accompagnement psychologique autant que de besoin. La sortie est anticipée et associe la coordination en aval du séjour. La lettre de liaison est conforme aux attendus et remise au patient à la sortie dans la majorité des services des 3 sites, actant ainsi l'amélioration des résultats de l'indicateur national du dernier recueil. Elle alimente le dossier médical de « Mon espace santé » dans les secteurs informatisés. Les risques transversaux liés à la sécurité transfusionnelle, aux vigilances sanitaires et au transport des patients sont maîtrisés par les professionnels. Les risques spécifiques liés à l'hémorragie du post partum sont contenus.

Les bonnes pratiques d'identification du patient sont respectées ; en cours de visite, le service de psychiatrie a décidé d'ajouter systématiquement la copie du document d'identité dans le dossier de soins des patients en soins libres permettant ainsi l'exhaustivité de la vérification d'identité de tous les patients. Les lieux où s'effectue l'identification des patients, ainsi que les acteurs impliqués dans la qualification de l'identification sont connus. En effet, lors de l'admission, les agents administratifs s'appuient sur une pièce d'identité conforme aux exigences prévues dans le répertoire national d'identitovigilance. Au SAU, en l'absence d'agent administratif, l'IOA est en charge d'une identification à minima (état civil, mail, téléphone) validée et complétée secondairement et au plus tard dans les 48h par les agents administratifs. L'INS est récupérée et vérifiée automatiquement par l'intermédiaire du logiciel. Tous les agents du service des admissions sont habilités, 2 personnes sont spécifiquement en charge du traitement des données complexes. La sécurité de la prise en charge médicamenteuse est assurée par le respect des bonnes pratiques de prescription et par une analyse pharmaceutique portant sur l'ensemble des prescriptions, elle intègre les éléments du dossier pharmaceutique lorsque son accès est possible. La dispensation est globale sur le site d'Henri IV, est nominative en SMR, en psychiatrie et en soins de longue durée. Les préparations sont alors préparées au moyen d'une préparation des doses à administrer automatisée. L'administration ou le motif de non administration sont tracés dans le dossier. Les médicaments injectables sont identifiables jusqu'à leur administration grâce à la présence d'étiquettes respectant les recommandations de bonne pratique. Toutefois les médicaments per os, présentés en blister et qui ne sont pas en présentation unitaire, ne sont pas reconditionnés ou surétiquetés et peuvent perdre leur date de péremption celle – ci ayant été découpée. Ce constat a été réalisé en SMR et en réanimation. Le CHIMM s'engage à reconditionner en dose unitaire les 25 références concernées. Les médicaments à risque sont recensés à l'aide d'une liste adaptée au service utilisateur, d'une étiquette spécifique d'identification dans leur lieu de stockage et d'une identification dans le DPI. Une observation réalisée en cours de visite a fait état d'une insuffisance de sécurisation : en HDJ locomoteur, le contrôle de la température du réfrigérateur contenant des médicaments à risque n'était pas réalisé le week end, en période de fermeture du service. En réponse à ce constat, l'établissement a fait preuve de réactivité immédiate en installant un enregistreur de température avec la conduite à tenir afférente, la mise à jour de la procédure et la formation des professionnels. Ces derniers sont formés aux risques spécifiques induits par l'utilisation des médicaments à risque. Leur administration est sécurisée par un double contrôle réalisé lors de l'utilisation de dispositifs complexes (PCA, PSE). Les modalités d'approvisionnement sont sécurisées, une astreinte pharmaceutique permet d'assurer la permanence en réponse aux besoins urgents. Dans les secteurs de soins, le stockage est assuré dans des armoires et réfrigérateurs sécurisés ainsi que dans les chariots d'urgence. Malgré des contrôles réguliers des lieux de stockage, un médicament périmé a été retrouvé en médecine et en réanimation. Postérieurement à la visite de certification de la HAS, le CHIMM a organisé un audit dans le service de réanimation, sans qu'il ne soit observé de périmés. Le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse à la sortie est contenu, le comparatif du traitement d'entrée et de sortie est expliqué au patient, le bilan thérapeutique des traitements est tracé dans le dossier du patient et intégré dans la lettre de liaison à la sortie. La maîtrise du risque infectieux est assurée par le CLIN, l'EOH, les référents par service. La commission des anti-infectieux est présidée par un médecin infectiologue, référent en antibiothérapie. Le risque infectieux est majoritairement prévenu par l'application des bonnes pratiques d'hygiène des mains, des précautions standard et complémentaires. Les résultats de la consommation des SHA sont suivis semestriellement et transmis à chaque service. Les professionnels des services sont régulièrement formés et sensibilisés à la prévention du risque infectieux, y compris les professionnels de nuit, les internes, les nouveaux arrivants. Les pratiques sont régulièrement évaluées par la réalisation d'audits zéro bijoux, la culture sur boîtes de Petri, l'évaluation de l'hygrométrie des mains, la mise en place des équipements de protection individuelle. La gestion des excréta a été évaluée en 2021, l'évaluation de la friction chirurgicale des mains et de la préparation cutanée de l'opéré sont inscrits au plan d'actions 2024. L'établissement participe par ailleurs aux enquêtes du réseau de prévention des IAS. Ces évaluations sont assorties d'un suivi continu des infections du site opératoire (toutes les salles d'intervention sont classées ISO5), des BMR et BHR. Les surveillances environnementales sont assurées. Les moyens et équipements de

protection sont disponibles. Les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie sont respectées, les protocoles sont déclinés par spécialité, ils sont prescrits en consultation pré-anesthésie et tracés dans la check-list du bloc opératoire. La traçabilité de la pose des dispositifs invasifs est assurée et la pertinence de leur maintien est systématiquement réévaluée. Le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables est maîtrisé et conforme aux recommandations, la traçabilité est assurée, les professionnels sont formés. L'information du patient est assurée concernant son transport dans l'établissement, les délais et conditions de confort et de sécurité sont adaptés, les brancardiers sont formés à l'hygiène, à l'urgence vitale, à l'identitovigilance. Au bloc opératoire, les professionnels disposent des équipements de protection individuelle les protégeant contre les rayonnements ionisants, les dosimètres actifs sont régulièrement portés mais quelques observations de non port de dosimètre passif ont été constatées en début de visite. La traçabilité des doses émises pendant l'examen est assurée dans le dossier et la lettre de liaison à la sortie mais l'information du patient concernant les doses reçues et les risques pour sa santé ne sont retrouvées que dans la moitié des parcours concernés réalisés. Lors d'un prochain conseil de bloc, la direction qualité entend rappeler aux chirurgiens la nécessité de renforcer l'information délivrée aux patients sur les doses et les risques pour leur santé. Les risques exposant les patients vulnérables sont pris en compte : le maintien de l'autonomie du patient âgé est respecté après évaluation de son risque de dépendance iatrogène. En santé mentale, la gestion des récurrences des épisodes de violence est anticipée par un plan de prévention partagé avec le patient. Le risque suicidaire est identifié, le cas échéant, le patient peut bénéficier du dispositif « Vigilans » initié par l'ARS. Le CHIMM assure la promotion des vaccinations, permet leur accès gratuit aux professionnels et analyse les résultats de couverture vaccinale portés à la connaissance des cadres. L'évaluation des pratiques est réalisée dans la majorité des secteurs au travers de nombreux audits, d'EPP, de patients traceurs, des déclarations d'évènements indésirables, de la réalisation de simulations et de comités de retour d'expérience (dont CREX mensuel en gériatrie aigue et en USLD, CREX chutes en SMR – unité de psycho gériatrie) et de RMM notamment après déclaration des EIGAS. Celles – ci sont assorties d'un plan d'actions d'amélioration suivi par le service qualité et les pilotes des actions. La majorité des services disposent d'un tableau de bord de leurs indicateurs incluant les indicateurs nationaux et réalisent une revue de leurs résultats. Les professionnels ont connaissance des résultats des enquêtes de satisfaction, du recueil de l'expérience patient menée en collaboration avec les représentants des usagers, des résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins, des plaintes et réclamations concernant leur service, ils sont associés à l'analyse et à l'identification des actions d'amélioration. Les professionnels rencontrés affirment déclarer les évènements indésirables et les presque accidents sur le portail interne dédié. Une analyse de la criticité est réalisée et aboutit selon la gravité à la réalisation de CREX ou RMM selon la méthode ALARM. Les retours d'expérience donnent lieu à la définition d'un plan d'actions intégré dans le PAQSS de l'établissement. Au bloc opératoire, la mise en œuvre de la check list est évaluée, les No Go sont déclarés et font systématiquement l'objet d'un retour d'expérience et d'un plan d'actions d'amélioration. Dans les secteurs de soins critiques, un registre de refus d'admission est en place, les réhospitalisations à 48/72 heures sont suivies ainsi que des indicateurs spécifiques aux services. Leur analyse permet d'identifier les actions d'amélioration et d'assurer leur suivi. L'établissement ne dispose pas d'autorisation de prélèvement, de greffe d'organes ni de tissus mais informe et participe aux campagnes d'information sur le don d'organes et évalue annuellement le nombre de patients donateurs d'organes.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	97%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	98%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	97%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	97%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	93%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	98%

Le Centre Hospitalier Intercommunal Meulan-les-Mureaux fait partie du GHT Yvelines Nord regroupant en direction commune deux autres centres hospitaliers : le CH de Mantes-la-Jolie et le CH de Poissy Saint-Germain (qui est l'établissement support du GHT). Le GHT intègre par ailleurs le CH de Montesson, hôpital spécialisé en santé mentale, 5 EHPAD et un campus inSanté composé de 9 instituts de formation aux métiers

de la santé. L'offre de soins des 3 établissements de la direction commune est composée de 40 spécialités et de 2 filières de coordination gériatrique. Le territoire se caractérise par une précarité de sa patientèle et une faible densité médicale libérale entraînant le recours croissant aux urgences. Le fonctionnement général de chacun des hôpitaux et la déclinaison locale des objectifs stratégiques découle du projet médical partagé du GHT et du projet de soins de territoire. L'ouverture sur les territoires et les coopérations sont un axe fort de la politique. Les orientations stratégiques se traduisent au niveau du CHIMM par la construction des parcours de soins et la coordination des soins de proximité s'articulant également autour de pôles inter-établissement concernant les urgences, l'imagerie et la santé publique. Le CHIMM dispose de filières de recours et d'expertise avec un GHU parisien et avec les 2 CH de la direction commune en cardiologie, en cancérologie et en obstétrique et est lui-même établissement de recours pour la chirurgie vasculaire. L'établissement participe par ailleurs à 2 fédérations médicales en hépato gastro entérologie et en réanimation. Les filières de gériatrie et de santé mentale sont implantées de longue date et reconnues au sein du territoire. L'établissement est fortement impliqué au sein de la CPTS favorisant ainsi le lien ville - Hôpital, son président est invité aux conseils de surveillance du CHIMM, des rencontres ville – hôpital et des formations communes sont organisées avec les médecins libéraux. La coordination des parcours est assurée par l'intermédiaire du dispositif d'appui à la coordination (DAC) et des réseaux de soins. La télé-expertise soutient cette organisation en gériatrie et concernant la douleur chronique. L'établissement participe pleinement au projet territorial de santé mentale, il est représenté au sein de l'équipe de coordination et participe à la mise en œuvre des contrats locaux de santé. Des circuits courts d'hospitalisation des personnes âgées sans passer par les urgences sont en place en orthopédie gériatrique et en USLD, le constat en a été fait lors des parcours réalisés en visite. Le taux d'admissions directes sans passer par les urgences est suivi en court séjour gériatrique et en unité cognitivo-comportementale (dans ce service, il est de 50%). La communication avec les acteurs de ville est facilitée par la création d'un flyer annuel pour les médecins de ville et par l'intermédiaire de la CPTS. L'établissement a déployé une messagerie sécurisée de santé dans tous les secteurs pour permettre l'accès sécurisé aux échanges d'information entre les professionnels contribuant à la prise en charge des patients. Le plan d'actions mis en place a permis d'augmenter le taux d'alimentation du DMP qui était de 94% à fin avril 2024. Toutefois, tous les professionnels ne connaissent pas les types de documents du dossier du patient reversés au dossier médical de mon Espace santé (DMP) et du dossier pharmaceutique. La recherche est structurée au niveau de la direction commune par l'intermédiaire d'une plateforme intégrant la recherche clinique médicale et paramédicale et mettant à disposition les ressources spécifiques : médecin référent, directrice référente, attaché de recherche clinique, technicien de recherche clinique. L'inclusion des patients dans des essais cliniques est favorisée en lien avec la démarche de recherche, des partenariats sont identifiés dans le cadre du traitement des maladies rares et des maladies génétiques. L'implication, l'engagement et le recueil de l'expression du patient sont recherchés par le recueil des indicateurs e-Satis, par l'expression directe des patients et par des questionnaires de satisfaction. Les résultats sont présentés en CDU. Si l'expérience patient est recueillie au lit du patient et par l'intermédiaire des patients traceurs réalisés dans la majorité des services, il n'existe pas encore d'évaluation des actions de soins sur le résultat de la santé des patients (PROMS) ni de patient expert formé en raison des difficultés de recrutement. Le projet d'intervention de pairs aidants en psychiatrie n'a pas encore pu aboutir même si un programme d'éducation thérapeutique « psych'ose » est actif dans ce secteur. Les représentants des usagers sont cependant partie prenante et ont participé à une CREX. Les professionnels sont formés à la communication dans le cadre de la formation gestion des conflits, de la formation « communiquer avec assertivité » déployée en 2022 et en 2023 et de la formation humanité dispensée aux professionnels de SMR, de court séjour gériatrique et de soins de longue durée, 5 médecins sont également formés à la communication difficile. Un médiateur médical et un médiateur non médical formés font partie de la CDU, ils apportent leur expertise lors des rencontres patients. Les plaintes et réclamations sont suivies, font l'objet d'une communication en CDU et dans les différentes instances, les professionnels sont associés à leur analyse et à la définition des plans d'action. La bientraitance et la lutte contre la maltraitance sont des valeurs fortes défendues au sein de l'établissement, elles sont affichées dans la charte bientraitance

rédigée en collaboration avec les soignants et les représentants des usagers. Le COPIL droits des patients porte la thématique bienveillance au niveau de l'établissement. Une attention particulière est accordée à la prise en charge des vulnérabilités et au repérage des situations de violences conjugales. Une évaluation de la démarche de bienveillance a été menée en juin 2023. La bienveillance des professionnels est reconnue par tous les patients rencontrés, les personnels connaissent les conduites à tenir pour détecter et signaler les situations de maltraitance et sont régulièrement sensibilisés lors des flashes qualité, lors de la journée européenne des patients ou encore lors de la journée qualité et sécurité des soins. Le staff médico-psycho-social, les rencontres régulières avec les équipes de psychiatrie, les psychologues, assistants sociaux et la PMI permettent le repérage et la prise en charge des situations à risque, en particulier en obstétrique. La gouvernance est attentive aux risques susceptibles d'engendrer de la maltraitance et recense les cas dans le PMSI. Les représentants des usagers sont mobilisés et impliqués, l'une d'entre eux assure la présidence de la CDU, le projet des usagers est formalisé. Ils participent à de nombreuses instances : conseil de surveillance, CSIRMT, COPIL qualité, commission d'activité libérale, groupe d'animation et de réflexion éthique. Ils disposent des résultats des enquêtes de satisfaction, sont informés des événements indésirables graves, des plaintes et réclamations, et des résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins. L'accès du patient à son dossier est organisé, les délais sont suivis et sont inférieurs aux délais attendus pour les dossiers de moins et de plus de 5 ans. L'établissement est accessible aux personnes en situation de handicap, il dispose de chambres PMR, certains ascenseurs comportent des touches en braille, la circulation au sol est adaptée pour les déficients visuels, des traducteurs en langue des signes sont présents dans l'établissement. La direction commune envisage d'ici novembre 2024 la mise en place d'un référent handicap et la création d'une handiconsultation. L'accès aux soins des personnes vulnérables est favorisé par la permanence d'accès aux soins de santé et par la présence de 10.5 ETP d'assistants sociaux. La politique qualité et sécurité des soins 2021 – 2024 est soutenue par la direction commune et portée par le trinôme président de CME, direction des soins, direction des ressources humaines en étroite collaboration avec la direction qualité et les représentants des usagers qui sont intégrés au COPIL qualité. Elle est construite en outre à partir des évaluations internes, des cartographies des risques et retours de la dernière visite de certification. Ses objectifs sont déclinés en actions concrètes sur le terrain au travers du PAQSS qui intègre effectivement les actions d'amélioration identifiées lors de la visite initiale de juin 2022. Les professionnels rencontrés lors de la visite ont connaissance des actions relatives à leur service et sont impliqués dans leur mise en œuvre. La culture sécurité est soutenue par la présence de l'équipe qualité dans les services, y compris la nuit, elle implique les professionnels dans diverses manifestations (ex : semaine sécurité des patients, forums qualité et sécurité des soins, flash qualité de 15 mn dans les services...), elle a fait l'objet d'une évaluation mais tous les professionnels rencontrés n'en ont pas la connaissance, son champ d'application ayant été limité à 5 services : psychiatrie, CSG, urgences, SMR, USLD. La gouvernance est engagée dans une politique d'attractivité et de fidélisation sur les ressources en tension, elle est déclinée dans le projet d'établissement et s'exprime par l'intermédiaire de la commission attractivité des personnels médicaux et non médicaux. Le CHIMM est confronté à des difficultés récurrentes de recrutement des kinésithérapeutes, des IDE, des IBODE et des sages-femmes entraînant des fermetures de lits et parfois de services, une fermeture du bloc obstétrical durant les congés d'été et de fin d'année avec report d'activité sur les maternités de Poissy et de Mantes-la-Jolie. La pénurie d'anesthésistes a été résorbée depuis peu et le dialogue social rétabli avec le service des urgences avec un renforcement de l'effectif aide-soignant de jour. Ces difficultés sont compensées par un recours accru aux heures supplémentaires, aux vacataires, aux intérimaires et au pool de remplacement. Cette cellule de suppléance propose aux professionnels de choisir leur planning et leur lieu d'affectation. Des maquettes organisationnelles sont en place pour les personnels paramédicaux fixes. La pénurie de cadre persiste, au moment de la visite, seuls 50% des postes d'encadrement de proximité sont pourvus. Les activités sont partagées entre les cadres en poste dans les autres services et les cadres supérieurs. Un DU « Management des structures hospitalières et de santé » commun aux 3 établissements de la direction commune est proposé aux managers médecins, cadres et administratifs et fait l'objet d'évaluation et de retour d'expérience. Les cadres bénéficient d'un soutien de la

direction sous la forme de prime d'engagement collectif, de journées de partage, de journées bien être,... Au CHIMM, la dynamique d'équipe est soutenue par la direction commune et les directeurs délégués sur chaque site en lien avec la CME. Le thème 2 du projet d'établissement portant sur la construction des parcours de soins comporte un axe visant à « Développer l'esprit d'équipe (au service de la fluidité des parcours) ». La démarche qualité et gestion des risques concentre cet objectif autour de la réalisation des évaluations de pratique professionnelle, des retours d'expérience, des formations et simulations, des échanges interprofessionnels entre les différents sites. Elle s'appuie par ailleurs sur les temps de synchronisation en place au sein des équipes au travers d'un temps dédié de transmissions et les nombreux staffs dans tous les secteurs. L'objectif visant à « résoudre des problèmes en groupe avec la démarche PACTE (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Équipe), l'accréditation collective des équipes » est défini mais reste encore à l'état de projet au moment de la visite. Les besoins en formations sont recensés lors des entretiens annuels et professionnels des collaborateurs paramédicaux, des sages-femmes et des médecins. Le cadre institutionnel favorise la réflexion éthique portée par le groupe d'animation et de réflexion éthique en place depuis de nombreuses années et présidé par le praticien hospitalier responsable de l'équipe mobile de soins palliatifs. Il se réunit 3 à 4 fois par an, traite des questions issues de l'état des lieux réalisés et peut être sollicité par tous les professionnels grâce à une messagerie dédiée. La dernière réunion abordait la thématique de l'humain dans le soin. Les professionnels sont formés et également impliqués dans divers groupes de travail portant questionnement comme par exemple le deuil en maternité. Pour porter la démarche qualité et sécurité des soins, la gouvernance est impliquée dans le « prendre soin » de ses salariés dans un cadre de management participatif. En effet, la démarche qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) est intégrée dans le projet qualité gestion des risques et sécurité des soins. Cette démarche est élaborée en concertation avec les instances représentatives du personnel à partir des besoins recensés par un questionnaire de satisfaction des professionnels. Elle se décline autour de la prévention des risques professionnels, de la santé au travail, du maintien dans l'emploi et l'insertion du handicap, du télétravail, de la gestion des conflits interpersonnels et de la prévention des violences. Un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRIACT) est mis en œuvre. Sur le terrain, la prévention des risques professionnels est assurée par un préventeur des risques en charge de la mise en œuvre d'outils de prévention humains et techniques. La prévention et la gestion des conflits est prévue par une procédure dédiée. La majorité des professionnels rencontrés dit pouvoir bénéficier d'un accompagnement dans le cadre de la gestion d'une situation de conflit interpersonnel et tous ne connaissent pas les dispositifs de résolution des conflits à l'extérieur de l'établissement. Dans le cadre de la campagne nationale de prévention des violences, l'établissement envisage d'intensifier sa communication auprès des professionnels sur le dispositif existant. La réponse aux risques auxquels l'établissement a été et peut être confronté est structurée au niveau de la direction commune par la nomination d'un directeur médical de crise. Le plan blanc dispose d'un volet commun et d'un volet spécifique au CHIMM. Les risques sont identifiés à partir d'une cartographie incluant le risque inondation auquel le CH est particulièrement exposé du fait de sa situation géographique sur une île de la Seine. Le risque canicule est prévenu par un retour d'expérience annuel permettant d'adapter les moyens de prévention. Les épisodes climatiques sont anticipés, le constat a été fait en cours de visite concernant un épisode neigeux. Le risque épidémique et biologique est pris en compte. La cellule de crise est opérationnelle et les professionnels sont formés y compris sur le risque NRBC (40 professionnels ont été formés aux procédures d'habillage et de déshabillage), ils connaissent les modalités de l'alerte et de la mise en œuvre des plans de crise. Les événements relevant de la mise en œuvre des plans font l'objet de mise en situation et de retours d'expérience, ainsi un exercice AMAVI avec rappel de personnes a été organisé en juillet 2023. La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée par le plan de sécurisation de l'établissement. Les situations à risque pour les personnels et les patients sont répertoriés, ces derniers disposent des moyens et connaissent les modalités de mise en sécurité de leurs biens. Les risques environnementaux sont pris en compte dans une politique développement durable (DD) commune déclinée dans la politique qualité, gestion des risques et sécurité des soins au niveau du CHIMM et animée par un

COPIL dédié. Les objectifs et plan d'action identifiés font suite à un diagnostic initial, ils intègrent en particulier des axes sur la restauration, les achats éco-responsables, l'énergie et les ressources humaines. Celles – ci s'appuient sur un référent DD par site et un conseiller en transition écologique. Les pratiques sont encadrées par une charte DD, la communication et la sensibilisation des professionnels est régulière et se décline au travers des « éco-gestes de la semaine ». Une analyse des filières de déchets est menée, le tri concerne le papier et les cartons, les bio déchets alimentaires provenant du service de restauration ainsi que les déchets métalliques du bloc opératoire, mais tous les déchets ne disposent pas encore de leur filière spécifique. Les moyens dédiés à la prise en charge de l'urgence vitale (chariots ou sacs) sont disponibles dans tous les services et harmonisés sur les 3 sites ; ils sont adaptés à la prise en charge de l'adulte et de l'enfant et sont régulièrement vérifiés. Un numéro unique adapté est disponible par site et permet de joindre directement un médecin habilité à intervenir. La formation AFGSU est largement déployée. Le dispositif est évalué au travers de mises en situation chronométrées et la réalisation d'exercices de simulation notamment en obstétrique et en réanimation néonatale. Une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins est engagée par la gouvernance et déclinée sur le terrain au plus près du patient. Les recommandations de bonne pratique, communiquées par une assistante qualité en charge de la veille documentaire, sont suivies par les instances ad hoc et diffusées dans la gestion documentaire informatisée à disposition des professionnels. Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins intègre les données issues de l'évaluation de la satisfaction et de l'expérience du patient, des plaintes et réclamations, des audits et patients traceurs et les propositions des RU. Ces données alimentent le PAQSS. Un des représentants des usagers participe au COPIL qualité. La communication de ce plan d'actions est réalisée en direction des professionnels qui en ont la connaissance. Cependant, toutes les équipes n'ont pas connaissance des recommandations faites par la commission des usagers. Les indicateurs qualité et sécurité des soins sont recueillis, analysés et présentés en CME, en CDU, en CSMIRT, dans les différentes instances et comités. Dans tous les services, les professionnels sont impliqués dans le recueil (participation systématique d'un médecin, d'un soignant et éventuellement d'un administratif). Les résultats du pôle, accompagnés du plan d'action d'amélioration et de son état d'avancement, sont diffusés dans tous les services, les professionnels connaissent les indicateurs et leurs résultats. Le plan d'actions est suivi par les responsables désignés et mis en œuvre, l'amélioration des résultats portant sur la lettre de liaison à la sortie en porte l'illustration. De manière générale, la forte association des professionnels, sous l'impulsion de la cellule qualité et la dynamique de l'encadrement, malgré les vacances de postes, a été remarquée. Les professionnels déclarent les événements indésirables et les presque-accidents sur les 3 sites. Ils ont la connaissance des événements déclarés dans leur service. Selon la gravité et la récurrence, des CREX et RMM sont organisées. La déclaration sur le portail national se fait en réponse aux critères attendus. A l'issue du retour d'expérience, un plan d'actions d'amélioration est formalisé et communiqué aux équipes accompagné d'une synthèse de l'analyse de l'évènement. Le plan d'action est suivi en commission EPP. L'information du patient en cas de dommage associé aux soins est assurée. Un gestionnaire de séjours vérifie quotidiennement la disponibilité de lits de l'établissement en lien avec les services des urgences et les services de soins. L'établissement a répondu à un appel à projets de l'ARS portant sur la mise en place d'un logiciel de gestion des lits au niveau de la direction commune. Une commission des séjours longs analyse de manière hebdomadaire les dépassements des durées moyennes de séjour supérieures à 15 jours en recherche de solutions de transfert vers les services adaptés. En conclusion, les actions d'amélioration identifiées et intégrées au PAQSS portant sur l'information du patient, le respect de l'intimité et de la dignité, la prise en charge des patients mineurs, l'organisation des circuits aux urgences, la communication des délais d'attente aux urgences et la connaissance de la disponibilité des lits d'hospitalisation en temps réel, la complétude et l'évaluation de la check-list au bloc opératoire, la prévention des risques de récurrence des épisodes de violence en psychiatrie, la sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance, l'implication des équipes dans les démarches d'évaluation de leurs pratiques et en particulier l'amélioration de la remise de la lettre de liaison à la sortie, ont été conduites. Elles se sont appuyées sur un renforcement de la culture qualité, une implication des professionnels dans la démarche qualité et gestion des

risques diffusée sur le terrain par la cellule qualité et l'encadrement médical et paramédical.

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	780002697	CH INTERCOMM MEULAN-LES MUREAUX	1 rue du fort 78250 MEULAN EN YVELINES FRANCE
Établissement principal	780000295	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE MEULAN LES MUREAUX	1 rue du fort 78250 MEULAN EN YVELINES FRANCE
Établissement géographique	780825238	HOPITAL DE JOUR LA RENCONTRE- CH MEULAN	9 bd de la montcient 78250 MEULAN EN YVELINES FRANCE
Établissement géographique	780801528	CENTRE DE JOUR - LA SOURCE - CH MEULAN	188 avenue paul raoult 78130 LES MUREAUX FRANCE
Établissement géographique	780000428	CENTRE HOSPITALIER DE BECHEVILLE	1 rue Baptiste Marcet 78130 LES MUREAUX FRANCE
Établissement géographique	780820353	CATTP/CMPI 78107 - CH MEULAN	10 rue Ampère 78130 LES MUREAUX FRANCE
Établissement géographique	780820320	CMPI 78107 AUBERGENVILLE - CH MEULAN	27 grande rue 78410 AUBERGENVILLE FRANCE
Établissement géographique	780809588	CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE SECTEUR 78G03-78G10	1 quai Albert 1er 78250 MEULAN EN YVELINES FRANCE
Établissement géographique	780018198	CMP 78G10 VERNEUIL SUR SEINE	15 rue des tamaris 78480 VERNEUIL sur SEINE FRANCE
Établissement géographique	780017927	CATTP/CMP 78G03/78G10	60 rue aristide briand 78130 LES MUREAUX FRANCE
Établissement géographique	780003489	CMP INFANTO-JUVENILE 78107	Allee des vergers 78580 MAULE FRANCE
Établissement géographique	780822748	CENTRE DE LONG SEJOUR BRIGITTE GROS	3 rue desannonciades 78250 MEULAN EN YVELINES FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Oui
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)	Oui
Existence de Structure des urgences générales	Oui
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 SMR 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)	Oui
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	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
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
Chirurgie et interventionnel	
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
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	1,837
Nombre de passages aux urgences générales	23,006
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	86
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	40
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	16
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	10
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	7
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	1
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	172
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	20
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	1
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	9
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	109
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	30
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	32
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	70

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	9
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	79
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	15
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	15
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	30
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	1
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	1
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	2
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	13,432
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	10,147
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	23,579
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	6
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		Maternité Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
2	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
3	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Enfant et adolescent Maladie chronique Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
4	Audit système			
5	Traceur ciblé			Précaution standard et complémentaire avec dispositif invasif
6	Traceur ciblé			Précaution standard et complémentaire avec dispositif invasif
	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte	

7			<p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p>	
8	Audit système			
9	Audit système			
10	Parcours traceur		<p>Soins de longue durée</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
11	Parcours traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
12	Audit système			
	Patient		Médecine	

13	traceur		Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
14	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
15	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
16	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
17	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
18	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière	

			Programmé Tout l'établissement	
19	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
20	Traceur ciblé			EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'un CREX en interne
21	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
22	Traceur ciblé			Balnéothérapie
23	Audit système			
24	Traceur ciblé			Transport entre le secteur de soins et le bloc - Patient couché
25	Traceur ciblé			NA
26	Audit système			

27	Patient traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
28	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
29	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
30	Audit système			
31	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
32	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	

33	Traceur ciblé			EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'un CREX en interne
34	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
35	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
36	Traceur ciblé			Transport - Patient assis SSR > PLATEAU TECHNIQUE
37	Traceur ciblé			URGENCES
38	Traceur ciblé			Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque injectable
39	Audit système			
40	Audit système			
41	Audit système			
42	Audit système			
43	Audit système			
44	Audit système			
	Parcours		Psychiatrie et santé mentale	

45	traceur		Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
46	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
47	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
48	Traceur ciblé			Prescription intégrant, a minima, un antibiotique injectable
49	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
50	Traceur ciblé			Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque injectable ou per os
51	Audit système			

52	Traceur ciblé			Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque per os
53	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
54	Audit système			
55	Audit système			
56	Traceur ciblé			Priorisation de l'unité de soins où est réalisée la transfusion :, Réanimation, USC, Orthopédie / Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
57	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
58	Audit système			
59	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
60	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
61	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
62	Audit système			
63	Traceur ciblé			Per opératoire (bloc)
64	Audit système			
65	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
66	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable : Endoscopie
67	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé	

			Tout l'établissement	
--	--	--	-----------------------------	--

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

