



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

CENTRE HOSPITALIER THEOPHILE ROUSSEL

1 rue philippe mithouard

Bp 71

78363 Montesson



Validé par la HAS en Mai 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 – Mai 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	13
Chapitre 3 : L'établissement	17
Table des Annexes	22
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	23
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	27
Annexe 3. Programme de visite	31

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

CENTRE HOSPITALIER THEOPHILE ROUSSEL	
Adresse	1 rue philippe mithouard Bp 71 78363 Montesson 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	780140059	CENTRE HOSPITALIER THEOPHILE ROUSSEL	1 rue philippe mithouard 78360 Montesson FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

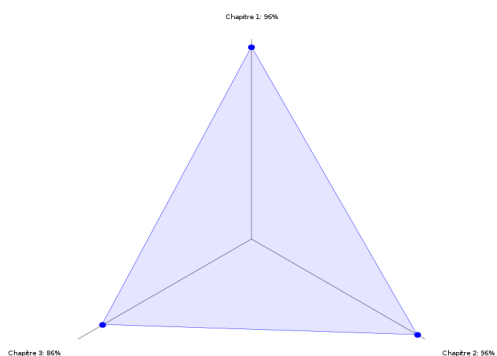
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

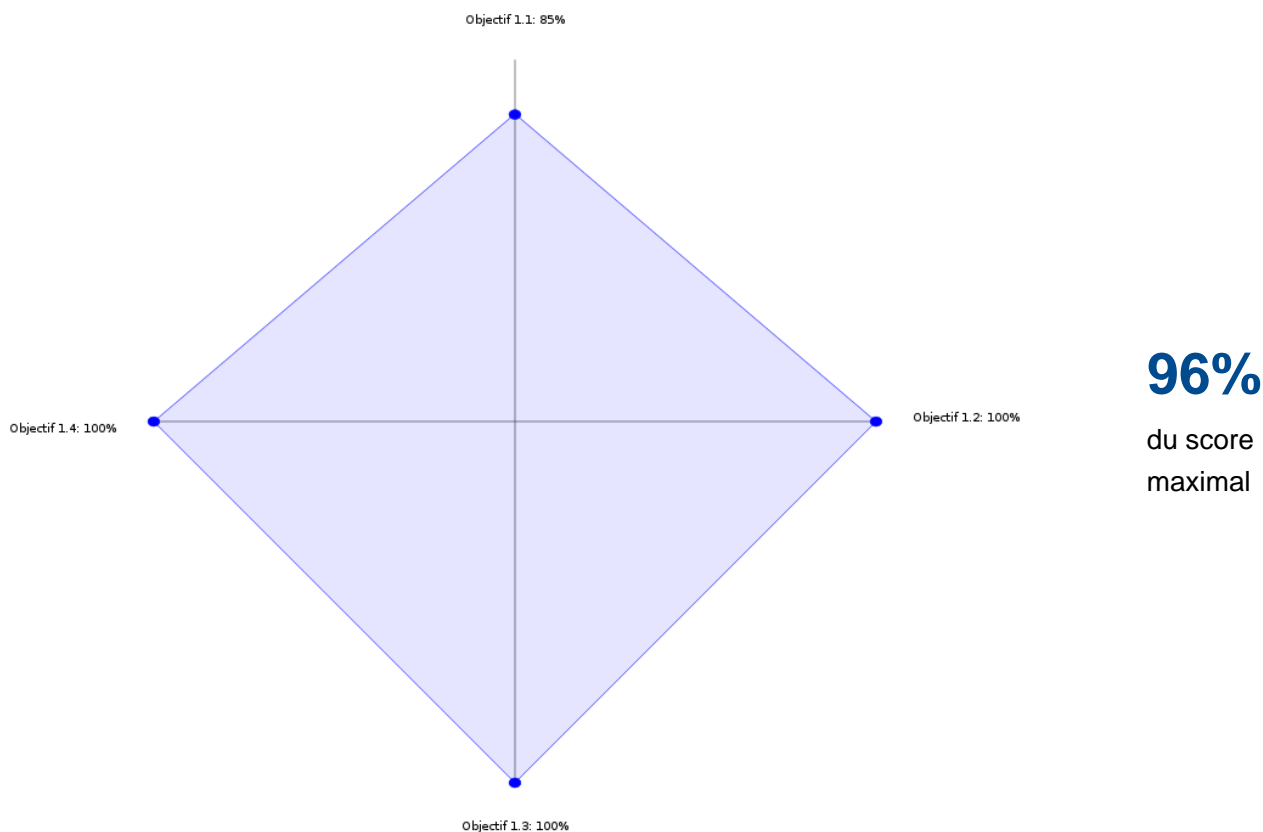
Au regard du profil de l'établissement, [107](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

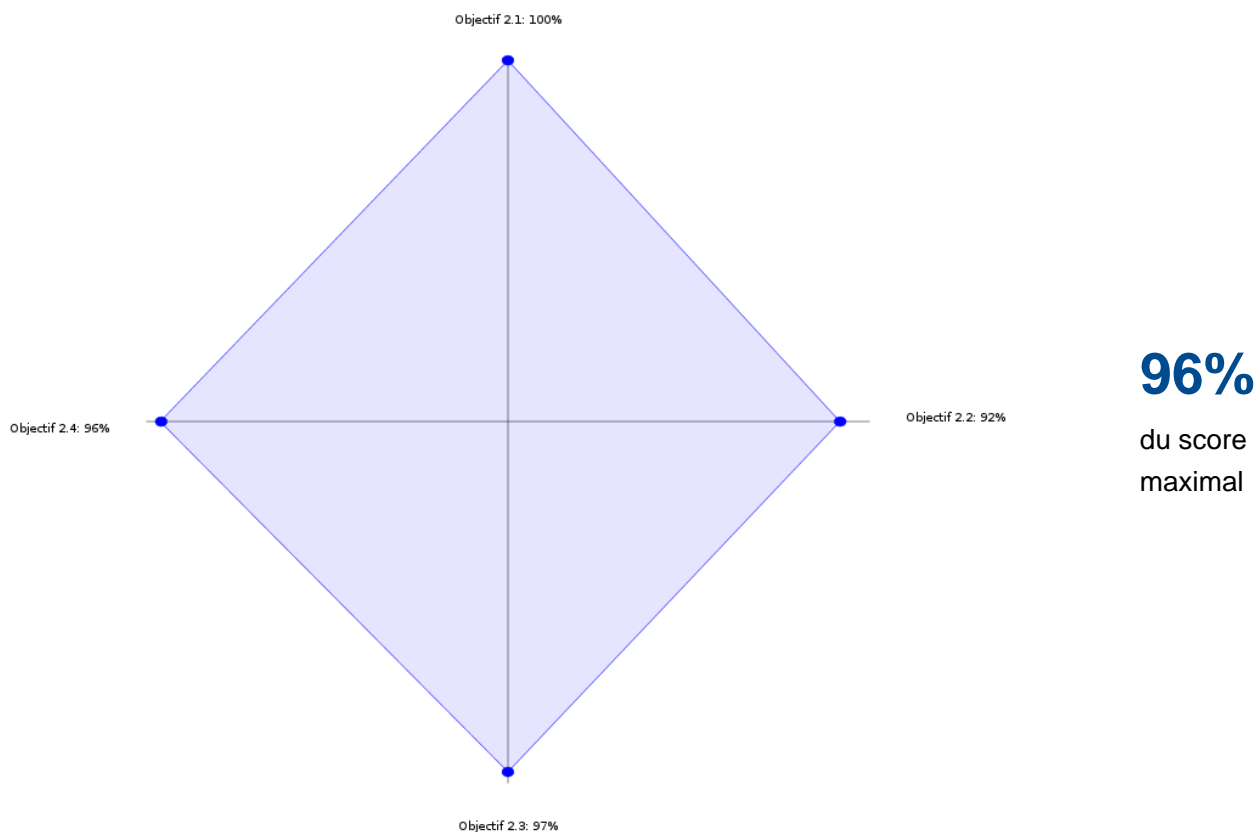


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	85%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Les patients accueillis au Centre hospitalier Théophile Roussel (CHTR) ainsi que leurs proches et /ou leurs aidants reçoivent une information claire sur leurs droits ainsi que sur les modalités des soins qui leurs seront délivrés à l'appui notamment d'un livret d'accueil adapté à la patientèle et au mode de prise en charge (Psychiatrie adulte et Pédopsychiatrie/Intra et Extrahospitalier). Les différents affichages relatifs aux droits du patient sont effectifs dans l'ensemble des services de l'établissement. Bien que les coordonnées des représentants des usagers soient présentes dans le livret d'accueil et affichées, les patients rencontrés lors des évaluations ne connaissaient pas leur existence, leur fonction et les moyens de les solliciter ou de les rencontrer. Conscients de cette situation, les représentants des usagers ont récemment initié une démarche d'« aller vers » à l'appui de rencontres désormais régulières avec les patients et les équipes. À la suite de

chaque rencontre, un retour sera effectué par les représentants des usagers afin de faire remonter les demandes exprimées par les patients. A l'occasion de ces rencontres collectives les représentants de usagers informent les patients de la possibilité de solliciter des rencontres individuelles en passant par la Commission des Usagers (CDU). Des supports d'information et de communication sur les messages de santé publique (vaccination, maltraitance...) et la prévention primaire (Addictions, nutrition, hygiène, dépistages...) sont affichés ou à disposition dans les services. La prise en compte de ces besoins est effective dans le cadre des soins et des prises en charge réalisées au sein de l'établissement tant en psychiatrie adulte qu'en pédopsychiatrie. La distinction entre personne à prévenir et personne de confiance, spécifiée dans le livret d'accueil, est clairement identifiée par tous les professionnels rencontrés. Le formulaire remis au patient pour la désignation ou non de sa personne de confiance a été retrouvé renseigné dans l'ensemble des dossiers. La possibilité de rédiger ses directives anticipées est mentionnée dans le livret d'accueil sans que cette information soit exposée au patient. Les rencontres avec les équipes de soins et les patients ont montré que cette possibilité n'est pas explicitée selon des modalités définies et des temps qui seraient adaptés à la situation clinique des patients. L'espace éthique du CHTR a mené une réflexion à ce sujet et publié une recommandation à l'adresse des professionnels afin que cette information puisse être délivrée au patient de manière adaptée. De production récente cette recommandation n'était pas encore mise en pratique à l'heure de la visite. Un passeport ambulatoire a récemment été élaboré. Il est actuellement, pour la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie, en phase de test auprès d'un échantillon de cinquante patients. Il sera déployé dans l'ensemble du dispositif ambulatoire après analyse du retour d'expérience et d'éventuels ajustements. Malgré un bâti très ancien pour nombre d'unités de l'établissement (le site principal d'hospitalisation est composé de bâtiments historiques) les conditions d'accueil et les pratiques des professionnels assurent le respect de l'intimité et de la dignité. Les locaux sont propres, accueillants et bien équipés. L'existence de chambres à deux lits ne porte pas atteinte à l'intimité. Les patients rencontrés en ont témoigné. Les professionnels peuvent lorsque cela s'avère nécessaire recourir à un paravent de séparation. Cette décision qui implique les patients concernés est systématiquement soutenue par une réflexion bénéfique/risque. Les patients ne disposent pas de la possibilité de fermer leur chambre. Des casiers sécurisés sont mis à leur disposition. En pédopsychiatrie, les patients mineurs bénéficient d'un environnement adapté et sont pris en charge par des équipes formées aux spécificités des enfants et adolescents. Aucun adolescent n'est admis dans un service d'adulte. L'aménagement des locaux et les pratiques des professionnels garantissent la confidentialité des informations relatives aux patients. Des espaces sont dédiés aux temps d'échanges entre les patients et leurs proches. Afin de préserver la confidentialité certains de ces locaux sont aménagés en dehors de l'unité d'hospitalisation. L'évaluation de la douleur est réalisée. Les équipes disposent de protocoles et d'outils. Une attention particulière est apportée à l'évaluation de la douleur chez les jeunes patients autistes pour lesquels sont utilisés des outils adaptés et fait recours à l'expérience des parents. La réévaluation est systématiquement réalisée en pédopsychiatrie comme en psychiatrie adulte et tracée au dossier y compris lorsque l'évaluation est à zéro. L'établissement suit l'indicateur (IQSS). Les résultats sont régulièrement analysés au sein des unités avec les professionnels. L'association et l'implication des proches ou des aidants est toujours recherchée dès lors qu'elle s'avère être une ressource pour la prise en charge et ce avec l'accord du patient, la stratégie d'alliance thérapeutique s'étendant à l'entourage. Les proches et aidants sont destinataires des informations nécessaires en temps utile, tout au long de la prise en charge et lors de la préparation de la sortie. Ils peuvent aisément joindre les services de soins. En pédopsychiatrie, la famille est très étroitement associée à la prise en charge. Un temps d'échange hebdomadaire famille/jeune patient/médecin est organisé. Ces temps de rencontre permettent une évaluation régulière et partagée du projet de soins. Les conditions de vie des patients et plus spécifiquement la précarité sont systématiquement prise en compte dans la l'élaboration du projet de soin duquel le patient est partie prenante. L'adhésion du patient à son projet de soin constitue l'axe premier de toute prise en charge. Le maintien de l'autonomie, la resocialisation, le maintien des parcours scolaires (pédopsychiatrie) et la réhabilitation constituent des axes fort du projet médico-soignant. L'établissement a doté son dispositif d'une équipe mobile « psychiatrie précarité ».

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	92%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	97%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	96%

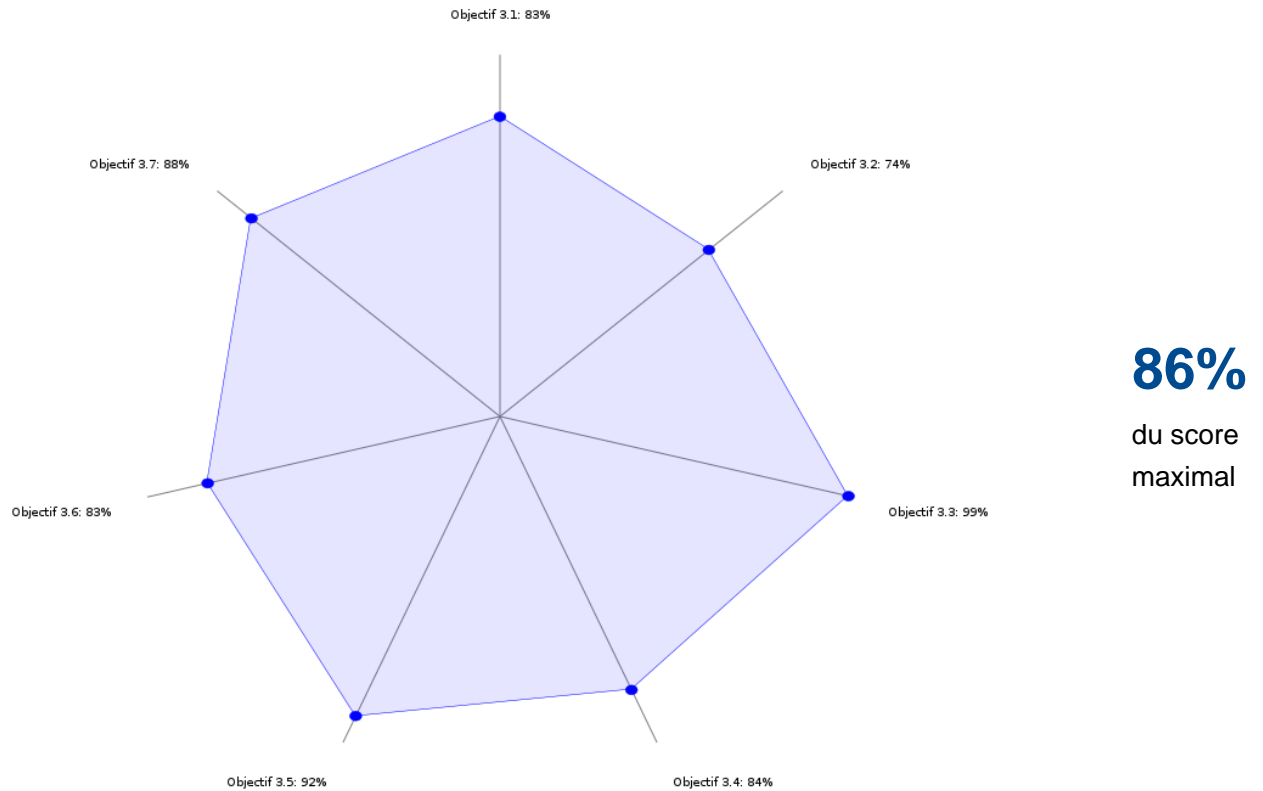
La pertinence est évaluée de façon pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire (Staffs hebdomadaires, réunions de synthèse, réunions cliniques...) pour les admissions sur la base de critères cliniques partagés, au décours des prises en charge et notamment pour les patients hospitalisés au long cours et pour les étapes de préparation à la sortie, à une orientation ou une réorientation. Afin de répondre à l'afflux d'adolescents en crise, le secteur de la pédopsychiatrie a créé un dispositif dont la fonction est de recevoir de façon rapide les demandes et de déterminer la pertinence d'une entrée précoce en soin afin de parer au risque de perte de chance. Ce dispositif vise l'évitement du passage aux urgences, la réduction du temps d'attente entre la sortie de SAU et la prise en charge en CMP, le relai rapide en CMP après la sortie d'hospitalisation et la prise en charge intensive en attendant une admission. L'implication médicale dans la prise en charge est forte. Les

mécanismes de coordination sont particulièrement opérants. Quand cela s'avère utile les professionnels s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques dont la CME assure la diffusion et si besoin recourent à une expertise tant interne (équipes mobiles personnes âgées, précarité, périnatalité) qu'externe. Les mesures restrictives des libertés procèdent de décisions médicales argumentées ou émanent de règlements intérieurs partagés avec le patient sous la forme d'un contrat de soin dont il est généralement signataire. Les patients à l'appui de différentes modalités d'expression et d'écoute peuvent librement exprimer leur perception quant au fonctionnement des unités de soins et de l'organisation de leur prise en charge. Les mesures d'isolement et de contention (dont le recours est exceptionnel : 6 mesures en 2022/9 en 2023 dont la durée moyenne est de 6 heures) relèvent systématiquement d'une décision médicale. Le « module des décisions médicales » du DPI permet le suivi quotidien du respect des délais règlementaires, des réévaluations médicales, du suivi somatique médical et des éléments de surveillance infirmière. En pédopsychiatrie, les mesures d'isolement sont peu fréquentes (23 en 2023) et font systématiquement l'objet d'une décision médicale et d'une traçabilité de l'ensemble des éléments de surveillance et de suivi dans le DPI. Suite à la visite de certification précédente l'établissement a mené un travail systémique conséquent tant au plan architectural et des équipements qu'au niveau des pratiques. Un audit de conformité des chambres d'isolement a été réalisé et suivi d'un plan de mise aux normes dont la réalisation a pu être constatée lors de la visite. Au plan des pratiques, en référence à la politique de gestion des situations de violence conçue par la CME (sous-commission violence et risques), un groupe de travail pluriprofessionnel et pluridisciplinaire accompagné par deux infirmières de pratique avancée (IPA) a conduit une réflexion globale avec pour objectif central de réduire de recours à l'isolement. Il s'est appuyé pour cela sur les constats d'écarts aux bonnes pratiques ressortis d'un groupe d'analyse des pratiques professionnelles. Ce travail a conduit, en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie, à la création d'espaces d'apaisement (hypo stimulants) et la mise en œuvre de plans de prévention partagés (consultables dans le DPI) dont l'adaptation aux patients dyscommunicants et aux patients présentant un trouble du spectre autistique est engagée. La formation des professionnels à la méthode OMEGA a été largement déployée dans le cadre de ce projet global. Elle inclue l'équipe de sécurité appelée à intervenir en appui des soignants pour gérer certaines situations de violence. D'autres formations appelées à soutenir l'évolution des pratiques sont concomitamment mises en œuvre : communication non violente, langage corporel et non corporel, espace snoezelen... L'évaluation en cours de l'ensemble des actions déployées atteste d'évolutions significatives quant au recours à l'isolement et à la réduction de leur durée. Au-delà des données quantitatives, cette évaluation exploite le vécu exprimé par les patients lors des temps de reprise systématique de l'évènement ainsi que les enseignements tirés des revues de pertinence hebdomadaires consacrées à l'analyse des recours à l'isolement. Le CHTR ne dispose pas de service d'urgence mais travaille en lien étroit avec les centres hospitaliers de proximité partie au GHT et pour lesquels, dans le cadre de conventions établies, il met des professionnels à disposition. Cette organisation facilite l'adressage des patients de ces centres hospitaliers vers le CHTR. L'établissement a mis en place un « numéro unique » dont la fonction est de faciliter le lien ville/hôpital et de gérer l'orientation des admissions en coordination étroite avec les équipes médicales et d'opérer des réorientations adaptées du fait du manque de places disponibles ou si la pertinence de l'hospitalisation ou de la prise en charge n'est pas attestée. La bonne tenue du dossier patient informatisé, l'accessibilité à l'ensemble des équipes de soins, le renseignement des données en temps utile, les temps de transmissions quotidiens, les réunions cliniques hebdomadaires et pluridisciplinaires et les temps de synthèse permettent la coordination de tous les professionnels impliqués dans la prise en charge et garantissent ainsi une évaluation ou une réévaluation régulière du projet de soins, du projet soins/école (pédopsychiatrie) ou de réhabilitation construit collectivement avec l'implication du patient. Les équipes de soins évaluent régulièrement le risque suicidaire afin de définir des modalités de prise en charge et de surveillance adaptées (Utilisation commune de l'outil RUD). Des formations régulières sont dispensées sur le repérage et la prise en charge du risque suicidaire. Une unité est dévolue pathologies anxiodépressives et aux patients présentant des risques majorés de passages à l'acte hétéro-agressifs. Dans cette unité, lorsque le risque suicidaire est évalué important, un dispositif de surveillance étroite est instauré (un soignant pour un patient). Pour ce faire, l'équipe bénéficie du

renfort d'un soignant afin de maintenir l'effectif au niveau optimal lors de ces temps de surveillance renforcée. La gestion de ces situations s'effectue à l'aide d'un plan de prévention partagé co-élaboré avec le patient et consultable dans le DPI. Les patients bénéficient systématiquement d'un examen somatique d'entrée lequel est réalisé dans les 24 heures suivant l'admission pour les tous patients en hospitalisation complète. L'examen est réalisé soit au sein du centre hospitalier adresseur (conventions établies avec les centres hospitaliers partie au GHT) soit au sein de l'unité du CHTR dans laquelle le patient est admis. Pour l'ensemble des patients, pris en charge en hospitalisation complète ou en ambulatoire, en psychiatrie adulte comme en pédopsychiatrie, un suivi somatique à la demande est réalisé tout au long de leur prise en charge. Lorsque que cela le nécessite un accès aux soins de spécialités est organisé. En pédopsychiatrie, un item de la check-list de sortie inclut la demande du carnet de santé aux parents avant la sortie d'hospitalisation temps plein ou de jour. La lettre de liaison est systématiquement remise au patient à sa sortie. Lors des évaluations elle a toujours été retrouvée présente au dossier. Son contenu est exhaustif et structuré. L'établissement a conduit un important travail portant sur l'autocomplétion de la lettre de sortie à partir de champs de fusion d'éléments déterminés du dossier patient informatisé. Le patient est informé lors de l'entretien médical de sortie de l'intérêt du versement des données inhérentes à son hospitalisation ou sa prise en charge sur son Espace Santé et de sa possibilité de le refuser. Le taux de versement de la lettre de liaison au DMP était de 20% à l'heure de la visite (cible à 50% à mars 2024). Le DIM mène de façon volontariste des actions de sensibilisation auprès des professionnels concernés à l'appui du partage des résultats de l'indicateur de suivi. La mise en application des précautions standards et complémentaires a pu être observée lors de la visite. Elle bénéficie de l'implication de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) auprès des professionnels (accompagnements et audits réguliers) appuyée par un réseau actif de référents hygiène. Le respect des recommandations vaccinales pour les professionnels de santé concoure à la maîtrise du risque infectieux. La vaccination antigrippe est promue et proposée à l'ensemble des salariés à l'appui de campagnes de sensibilisation. Des créneaux sont ouverts à l'ensemble des professionnels afin d'en faciliter l'accès. La médecine du travail est impliquée au sein de l'établissement. Les bonnes pratiques concernant les étapes de dispensation (Dispensation Nominative Informatisée), de transport, de prescription et d'administration des médicaments sont respectées et sécurisées. Une convention a été établie entre le CHTR et une officine ainsi qu'un Centre Hospitalier de proximité afin d'assurer en dehors des heures d'ouverture de la PUI et le week-end la délivrance en urgence des médicaments hors dotation. L'administration est tracée en temps réel. Les motifs de non administration sont renseignés, les équipes sont fortement sensibilisées à cette exigence (1 seul cas de non renseignement a été observé sur l'ensemble des audits « Traceurs ciblés » réalisés). L'analyse pharmaceutique est systématique pour toute prescription. La pharmacienne est joignable pour toute demande d'aide à la prescription. Ses recommandations sont suivies par les médecins. Elle est très présente auprès des équipes de soins. Des audits sont régulièrement conduits. Sur les 28 évaluations conduites deux d'entre elles ont révélé la présence de médicaments périmés. La conciliation médicamenteuse est amorcée avec pour cible la personne de plus de 65 ans poly-médiquée. La liste des médicaments à risque est établie, diffusée, affichée et connue de l'ensemble des professionnels concernés. Elle est adaptée aux activités de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie. L'identification de ces médicaments est assurée par pastillage jusqu'à l'administration. Les professionnels bénéficient d'actions de sensibilisation sur la bonne administration des médicaments à risques. Les procédures de vérification mensuelle des chariots, valises et sacs d'urgence sont établies et mises en œuvre. Les prescriptions d'antibiotiques sont argumentées. Les médecins disposent d'un fascicule d'aide à la prescription des antibiotiques. L'évaluation de la pertinence de la prescription entre la 24ème et 72ème heure est réalisée. Lors des évaluations, la traçabilité de la réévaluation a toujours été retrouvée. L'identitovigilance primaire du patient (recueil/vérification de l'identité administrative) est assurée. Le recueil initial des données s'effectue dans les unités de soin à l'admission. Les données recueillies sont ensuite qualifiées par le bureau des entrées. Quant à l'identitovigilance secondaire (vérification de l'identité pour tout acte thérapeutique), elle s'effectue de façon différente et adaptée en fonction du profil des patients, des modes de prise en charge ou des activités. Les modalités mises en œuvre procèdent d'une réflexion bénéfice/risque. Certaines unités ou services recourent à

la photographie associée à la déclinaison de son identité par le patient, d'autres reposent sur la seule déclinaison de l'identité avec en cas de doute le recours possible à la carte d'identité du patient enregistrée dans le dossier. Afin de maîtriser le risque, les personnels non permanents n'assurent aucune tâche qui puisse être génératrice d'une erreur d'identité et notamment l'administration des médicaments. Les professionnels sont identifiables par leur nom et fonction en intra et en extrahospitalier. Les vigilants sont identifiés et connus des professionnels concernés. Ils veillent à la mise en œuvre des vigilances sanitaires ascendantes et descendantes pour les différents domaines concernés : Identitovigilance, pharmacovigilance, matériovigilance, toxicovigilance, et réactovigilance. La coordination avec les structures régionales et nationales de vigilance est effective. La mobilisation des résultats cliniques n'est pas de pratique courante pour l'ensemble des équipes. Si certaines y recourent de manière formalisée dans une visée de questionnement de l'adaptation du dispositif de soin aux besoins du patient pour d'autres cette pratique ne relève pas d'une démarche construite et structurée. Les équipes de soins fondent l'évaluation de leurs pratiques sur un dispositif structuré qui allie les groupes d'analyse de pratiques professionnelles, la supervision, les EPP, les audits, la satisfaction patient, la mobilisation des résultats des indicateurs (IQSS) et l'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS). L'analyse des EIAS repose sur un dispositif solide, connu et mobilisé par les professionnels. Les acteurs de terrain et le ou les patients concernés lorsque cela est pertinent et possible, sont impliqués dans le cadre de RETEx systématiquement réalisés selon une méthode commune (ALARM). L'établissement étend son dispositif de retour d'expérience à des événements indésirables considérés non graves mais pour lesquels il estime nécessaire d'engager une analyse collective dans une visée d'amélioration. Les CREx ou RETEx donnent lieu à la production d'actions correctives et/ou d'amélioration. La communication à l'ensemble des professionnels des conclusions des CREx ou RETEx et des actions qui en découlent dans une visée d'acculturation à la maîtrise des risques. Le signalement à l'ARS des EIGAS est réalisé. Dans le registre de l'a priori, les équipes réalisent des cartographies des risques inhérents à leur activité et initient dans le cadre du plan d'action de leur unité les actions de maîtrise qu'ils jugent pertinentes. Pour ce faire, ils disposent de la possibilité d'agir sur leurs pratiques et leur organisation.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	83%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	74%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	99%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	84%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	92%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	83%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	88%

Le centre hospitalier Théophile Roussel (CHTR) intervient sur les départements des Yvelines et des Hauts de Seine. Pour les Yvelines, l'établissement est partie au Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Yvelines Nord. Il est désigné comme établissement chargé de la coordination de la filière santé mentale au sein du GHT depuis 2019. Il opère dans les champs de la psychiatrie adulte et de la pédopsychiatrie. Le directeur de

l'établissement est le représentant légal de la communauté psychiatrique de territoire des Yvelines. Il en assure l'animation en s'appuyant sur l'équipe de coordination du projet territorial de santé mentale (PTSM 78 Nord). Le CHTR est porteur des travaux du PTSM dont le coordonnateur lui est attaché. Pour le département des Hauts de Seine, le CHTR est impliqué dans la communauté psychiatrique de territoire (CPT). Il a dans ce cadre contribué activement à l'élaboration et à la mise en œuvre de projets destinés à améliorer l'accès aux soins et à la coordination des parcours. L'établissement a bénéficié d'un accompagnement de l'ANAP sur le repérage des risques de rupture de parcours. L'établissement est parfaitement identifié sur ses territoires d'intervention. Il a formalisé de nombreux partenariats tant en psychiatrie adulte qu'en pédopsychiatrie (centres hospitaliers, médecine de ville, structures médico-sociales, aide sociale à l'enfance (ASE), Protection Judiciaire de Jeunesse (PJJ), éducation nationale...) dans une logique de complémentarité et de construction de réponses adaptées aux besoins. Il déploie une démarche active d'« aller vers » qu'illustre la création d'équipes mobiles dans les champs de la personne âgée, de la précarité, de la périnatalité et la participation à l'équipe « Passerelle » de l'association Falleret qui œuvre avec les bailleurs sociaux au maintien ou l'accès au logement. A ces équipes s'ajoutera au premier semestre 2024 une équipe mobile de crise avec pour objectif de restreindre le taux d'hospitalisation et de recours aux services d'urgences. Toujours dans cette même volonté d'apporter des réponses pertinentes aux besoins, a fortiori émergents, l'établissement initie des dispositifs innovants tels que le dispositif « Entre-temps » d'accès rapide au soin pour la pédopsychiatrie, la création d'un dispositif de prise en charge des « bébés COVID » ou le développement de la médiation animale. Les modalités effectives de collaboration entre les services ambulatoires et la médecine de ville n'est pas formellement établi. Le lien avec le médecin traitant a été inégalement retrouvé dans ces structures. Les modalités de communication en place permettent aux usagers, aux médecins et aux partenaires extérieurs d'entrer aisément en contact avec l'établissement et de joindre les interlocuteurs souhaités. L'établissement n'a pas défini de politique visant à promouvoir le développement de la recherche. Si des liens existent tant en psychiatrie adulte qu'en pédopsychiatrie avec des structures de recherche d'établissements de la région et l'infirmière en recherche clinique du centre hospitalier de Poissy, ils ne procèdent pas d'une démarche structurée au plan institutionnel. L'établissement projette la création du comité de recherche médico-soignante et la mobilisation d'une infirmière de pratique avancée sur l'axe développement de la recherche. De même, si l'établissement entretient des liens étroits avec des centres de références qu'il mobilise pour le recueil d'avis ou d'orientations qualifiés il n'a pas établi de démarche structurée permettant l'accès à des essais cliniques ou des innovations diagnostiques ou thérapeutiques pour les patients qui pourraient en bénéficier. La satisfaction des patients est recueillie via un questionnaire administré à la sortie pour l'hospitalisation complète et des questionnaires « Instant T » pour l'ambulatoire. Les résultats sont exploités tant au plan quantitatif que qualitatif par l'analyse des verbatims. Les résultats globaux sont diffusés au niveau de l'établissement et partagés avec les services et unités de soins pour ceux qui les concernent spécifiquement. Ces résultats sont mobilisés par les équipes qui en font une source d'alimentation de leur plan d'action qualité. Plusieurs exemples observés en visite ont démontré l'effectivité de cette exploitation par les professionnels de terrain. L'expérience patient est principalement mobilisée au travers des activités d'éducation thérapeutique, et des apports d'un pair aidant engagé dans le dispositif de réhabilitation. Elle est par ailleurs recueillie à l'appui des nombreuses modalités dédiées à l'écoute des patients (réunions soignants soignés, groupe démocratie sanitaire, reprise des séquences d'isolement, exploitation du témoignage d'ex-patients en pédopsychiatrie...). Cette expression de l'expérience des patients ne bénéficie cependant pas encore d'une démarche structurée d'exploitation à l'échelle de l'établissement. L'établissement travaille à l'enrichissement des questionnaires de satisfaction d'éléments relatifs à l'expérience patient. La bientraitance, valeur forte portée par la gouvernance et l'ensemble des professionnels, est au cœur des pratiques initiées dans l'établissement ce qu'ont confirmé l'ensemble des évaluations tant auprès des équipes que des patients. Un large panel de formation et de pratiques soutient ces valeurs partagées (gestion du stress, communication non violente, technique d'entretien, ateliers d'analyse de pratique, supervision...). Les professionnels sont sensibilisés au repérage et aux modalités de signalement des situations de maltraitance qui relèveraient de l'institution. Ils disposent pour cela d'une procédure détaillée

(Repérage, qualification des situations, circuits signalement, risques si non signalement...). Pour ce qui est du repérage des situations de maltraitance dont les patients seraient victimes avant leur prise en charge (Violence intra-familiale) seul le champ de la pédopsychiatrie est doté de procédures adaptées et outillées. Pour la psychiatrie adulte les documents diffusés en 2020 ne sont pas connus. Cette absence d'appropriation d'éléments de guidance formalisés a été confirmée lors des échanges avec les professionnels. A l'heure de la visite un groupe de travail avait été réinitié sur ce thème. L'établissement entend poursuivre le travail amorcé à l'appui d'un plan d'action établi et dont les axes principaux sont : la mise en place de la roue de violence, le déploiement d'outils (n°1 OVIDA : outil de dépistage et d'intervention des victimes Aînées ; le déploiement de l'outil de dépistage RESAM (référentiel des situations à risques de maltraitance) ; la mise en place d'actions de formation : inclusion de la thématique dans le parcours de formation des nouveaux arrivants (Volet formation du GRIEPS sur « Violence familiale et conjugales ») ; l'intégration de la thématique dans les Analyses de Pratique Professionnelle/compagnonnage des nouveaux arrivants et personnels de remplacement. Tous les services n'offrent pas l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite (PMR) notamment dans le domaine de l'extrahospitalier (quatre CMP sont inaccessibles aux PMR). Les projets architecturaux d'envergure projetés (construction de bâtiments neufs sur le site d'hospitalisation et rassemblement de structures ambulatoires dans de nouveaux locaux) ont pour objectif de corriger cette situation à moyen terme. Dans la pratique les équipes proposent des solutions alternatives afin que ce problème d'accessibilité ne soit pas un frein à la prise en charge. Par ailleurs, l'établissement favorise l'accès aux soins des personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité. L'accès du patient à son dossier est organisé et fait l'objet d'une information dans le livret d'accueil. Le délai de remise des dossiers est soumis à un suivi régulier partagé avec les représentants des usagers dans le cadre de la CDU. Les délais légaux sont respectés. Les représentants des usagers sont très impliqués dans la vie institutionnelle de l'établissement (exploitation des enquêtes de satisfaction, des demandes d'accès aux dossiers, des événements indésirables graves associés aux soins déclarés (EIAS), avis sur les réponses apportées aux plaintes et réclamations). Ils participent activement aux différentes instances de l'établissement (CDU, Conseil de surveillance, Directoire, CME, CLIN, CLUD, Espace éthique...) ainsi qu'au Comité de pilotage Qualité et à des groupes de travail dont ceux relevant du projet médico-soignant. Pour ce qui est des actions les plus récentes, ils ont été consultés lors de l'élaboration du passeport ambulatoire et de son dispositif d'évaluation auprès des usagers et ont pris part à la conception des plans de prévention partagés destinés à la gestion des épisodes de violence et du risque suicidaire. Peu connus des patients, ce qu'ont montré les évaluations « patients traceurs », les représentants des usagers ont récemment entrepris une démarche d'« aller vers » en direction des patients et des équipes. Ces rencontres régulières se déploient désormais sur la base d'un planning établi. Le Projet des Usagers est formalisé. Il intègre la mise en place prochaine d'une maison des usagers. A l'appui d'une enquête portant sur la qualité et la sécurité des soins, la gouvernance a redéfini ses orientations stratégiques et ses priorités en matière de démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Le constat d'un niveau insuffisant d'appropriation de la démarche par les professionnels a conduit l'établissement à réorienter sa stratégie en faisant des professionnels de terrain les acteurs premiers de la qualité/sécurité des soins. La ré-impulsion de la démarche, désormais plus fortement ascendante et bénéficiant d'une forte implication médicale engage les services dans l'enrichissement de leur propre registre d'amélioration de la qualité et ce à l'appui de l'exploitation des résultats d'indicateurs, d'audits, de l'exploitation des questionnaires de satisfaction, de l'écoute patient, des cartographies des risques réalisées au sein des services, de l'analyse des événements indésirables et de tout type d'évaluation conduite au niveau de l'activité. Les évaluations conduites lors de la visite attestent de l'appropriation par les équipes des enjeux en matière de qualité et de sécurité des soins. Proactives, elles alimentent et assurent désormais le suivi de leur propre plan d'action qualité. L'adéquation entre les ressources humaines et les activités est assurée par divers mécanismes. Il existe un dispositif interne de suppléance organisé et opérationnel fondé sur le volontariat (heures supplémentaires). Mobilisé en première intention, il peut être suppléé en cas de besoin par un recours à des vacataires connus de l'établissement et de façon plus rare par un recours à l'intérim. Le dispositif de suppléance prend en compte les compétences des professionnels dans un souci de sécurisation

de l'activité. Les professionnels en charge des remplacements se voient affectés des tâches dont ils ont la maîtrise. L'établissement répond également à la mise à disposition de ressources supplémentaires lorsqu'il est besoin dans certaines unités de mettre en œuvre une surveillance étroite reposant sur le principe d'un soignant pour un patient (patient agité ou risque suicidaire avéré). Les compétences des professionnels sont évaluées à échéance régulière et réglementaire dans le cadre d'un entretien individuel complété par un dispositif d'écoute des besoins des professionnels au plus près du terrain porté par la responsable formation de l'établissement. La politique formation très active construit une offre large très articulée aux besoins identifiés en matière de développement des compétences qu'ils soient d'expression personnelle (parcours d'évolution individuel), d'équipe (en soutien des pratiques ou des projets) ou appelés à la mise en œuvre des priorités et orientations de l'établissement. Si l'encadrement ne bénéficie pas de formations spécifiques et institutionnalisées de coaching il peut s'appuyer sur différentes modalités de soutien à leur fonction de manager notamment sous la forme d'espaces d'échanges et de partage de pratiques via un dispositif d'analyse de pratique dédié aux cadres. Chaque manager peut, si besoin, bénéficier d'un accompagnement individualisé. Le travail en équipe est soutenu et valorisé sans qu'à ce stade l'établissement ait entrepris le développement de démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe. Le collectif est considéré comme une ressource portée par des modalités de travail pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire lesquelles bénéficient d'une forte implication médicale. Des temps spécifiques sont dédiés aux échanges sur la conduite des projets médico-soignants, la fonction de l'équipe et le questionnement des pratiques. Le questionnement éthique est soutenu au sein de l'établissement. Les modalités de saisine de l'espace éthique sont connues des professionnels et ce qu'elle que soit leur fonction. Bénéficiant d'une représentation large il traite des sujets qu'il considère prioritaires ou appelés à répondre aux questionnements dont il est saisi par les professionnels. Il émet des recommandations quand cela est utile et diffuse de façon large et systématique ses comptes rendus de réunion. De nombreux thèmes ont pu être abordés dans ce cadre : hospitalisation sous contrainte, mise en pyjama, sexualité, directives anticipées et prochainement l'abandon de la transidentité. L'initiation d'une démarche qualité de vie au travail s'est appuyée sur la méthodologie de l'Agence Nationale pour l'Amélioration de Conditions de Travail (ANACT). Un diagnostic initial a été réalisé sur la base d'une enquête conduite auprès de l'ensemble des professionnels. La formalisation de la politique QVT n'est à ce stade que partielle. Son développement est appelé à nourrir le futur projet social de l'établissement. Les structures appelées à porter la démarche ne sont pas pleinement opérationnelles. Cependant, si lors de la visite il n'a pas été identifié d'actions spécifiquement répertoriées QVT, il est noté que la part d'initiative dont dispose les équipes pour questionner leurs organisations et leurs pratiques dans une visée d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins répond aux principes de la démarche QVT. Dans le registre des conflits interpersonnels l'ensemble des professionnels rencontrés a témoigné de la connaissance des modalités permettant d'en assurer la gestion. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée au sein de l'établissement. Les plans d'alerte et de crise sont actualisés. Les situations à risque sont identifiées. La gestion de deux événements récents a permis de s'assurer du bon fonctionnement du dispositif interne de gestion de crise. Les grands axes du plan blanc sont connus des professionnels. L'établissement n'est pas soumis à des tensions saisonnières. La prévention des atteintes aux biens et aux personnes est portée par un plan de sécurité récemment révisé à l'aide d'une expertise externe. Au plan de la sécurité incendie, des exercices en réel sont régulièrement réalisés, y compris de nuit. Les RETEX sont partagés et exploités. Les professionnels bénéficient de formations régulières à la sécurité incendie. L'établissement a initié de longue date une démarche dans le domaine du développement durable sur la base d'un diagnostic initial et de diagnostics réguliers ciblés sur des domaines spécifiques. Un plan d'action porté et suivi par un référent désigné est déployé. Il couvre les champs de la gestion des filières déchets, de l'utilisation des produits chimiques, de l'énergie, des différents registres de consommation, de la mobilité... Des actions de sensibilisation sont régulièrement conduites auprès des professionnels et des patients. Les professionnels de soins sont formés à la gestion des urgences vitales. En complément des cycles réguliers de formations, l'établissement déploie dans les unités des ateliers « gestion de l'urgence vitale » mais ne réalise pas d'exercices de mise en situation. Il en projette l'inscription dans son

programme interne de simulation en santé. Pour ce faire, un groupe de travail va être mis en place avec le SESU du 78. Un matériel d'urgence régulièrement contrôlé est à disposition. Il est adapté aux différents profils des unités et services de soins (chariots ou sacs). Les professionnels en connaissent l'emplacement et le maniement. Le 15 a été retenu comme numéro d'appel unique. Il est affiché dans les services et locaux de l'établissement et parfaitement connu des professionnels. L'ensemble des services intrahospitaliers et ambulatoires est doté de DEA. L'établissement assure via les différentes sous-commissions de la CME et le service qualité la diffusion de recommandations de bonnes pratiques. En dehors de l'apport d'un pair-aidant intervenant au sein du dispositif de réhabilitation sociale l'établissement n'a pas développé de démarche globale structurée permettant le recueil et l'exploitation organisée de l'expérience patient. Cependant, différentes modalités d'expression et d'écoute de l'expérience patient existent au sein de nombreux services et unités. L'établissement recueille les indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) nationaux et obligatoires au regard de ses activités. Les résultats font l'objet d'une analyse, d'une communication au sein de des services et sont présentés aux instances ainsi qu'à la Commission des Usagers. D'autres indicateurs propres à l'établissement sont recueillis analysés et suivis. Les services bénéficient d'une communication personnalisée centrée sur leur activité. Elles exploitent les résultats comme donnée de pilotage de leur propre plan d'action qualité. 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 : Renforcer la structuration du repérage des situations de maltraitance en particulier celles subies par les patients en amont. Permettre au patient de disposer d'un environnement accessible aux patients en situation de handicap. Renforcer la collaboration entre les services ambulatoires et la médecine de ville.

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	780140059	CENTRE HOSPITALIER THEOPHILE ROUSSEL	1 rue philippe mithouard 78360 Montesson FRANCE
Établissement géographique	780809406	CH THEOPHILE ROUSSEL-CMP LE VESINET SECTEUR 78I03	15 rue henri dunant 78110 Le Vesinet FRANCE
Établissement principal	780000410	CENTRE HOSPITALIER THEOPHILE ROUSSEL	1 rue philippe mithouard Bp 71 78363 Montesson FRANCE
Établissement géographique	920812344	CH THEOPHILE ROUSSEL-HOPITAL DE JOUR COURBEVOIE - SECTEUR 92I02	41 rue kilford 92400 Courbevoie FRANCE
Établissement géographique	920811635	CH THEOPHILE ROUSSEL-CENTRE D'ACCUEIL ET DE SOINS POUR ADOLESCENTS (CAS) - SECTEUR 92I03	47 avenue jean jaures 92150 Suresnes FRANCE
Établissement géographique	920718277	CH THEOPHILE ROUSSEL-HDJ SURESNES SECTEUR 92I03	3 bis rue de chevreur 92150 SURESNES FRANCE
Établissement géographique	780825220	CH THEOPHILE ROUSSEL-HDJ MARLY LE ROI SECTEUR 78G07	14 rue de montval 78160 Marly-Le-Roi FRANCE
Établissement géographique	780809364	CH THEOPHILE ROUSSEL- HDJ SARTROUVILLE SECTEUR 78G08	4 avenue jean jaures 78500 Sartrouville FRANCE
Établissement géographique	920812013	CH THEOPHILE ROUSSEL- CMP DE COLOMBES ENFANT J. PREVERT - SECTEUR 92I02	2 passage jacques prevert 92700 Colombes FRANCE

Établissement géographique	780809331	CH THEOPHILE ROUSSEL-CMP SARTROUVILLE SECTEUR 78-G-8	81 avenue maurice berteaux 78500 Sartrouville FRANCE
Établissement géographique	780809323	CH THEOPHILE ROUSSEL/CMP MARLY LE ROI SECTEUR 78-G-07	15 avenue auguste renoir 78160 Marly-Le-Roi FRANCE
Établissement géographique	780809315	CH THEOPHILE ROUSSEL/CMP MAISON LAFFITTE SECTEUR 78G07	34 rue jean mermoz 78600 Maisons-Laffitte FRANCE
Établissement géographique	780023644	CH THEOPHILE ROUSSEL - CMP LES DEUX RIVES	81 avenue maurice berteaux 78500 SARTROUVILLE FRANCE
Établissement géographique	920029170	CH THEOPHILE ROUSSEL - CATTP COURSIVE DES LOUPIOTS	144 rue salvador allende 92000 NANTERRE FRANCE
Établissement géographique	920029162	CH THEOPHILE ROUSSEL - CATTP LE PARC SECTEUR 92I03	41 rue volant 92000 NANTERRE FRANCE
Établissement géographique	920028388	CH THEOPHILE ROUSSEL - CMPP JANINE SIMON SECTEUR 92I02	15 avenue augustine 92250 LA GARENNE COLOMBES FRANCE
Établissement géographique	920028214	CH THEOPHILE ROUSSEL-CMP JANINE SIMON	15 avenue augustine 92250 LA GARENNE COLOMBES FRANCE
Établissement géographique	920027737	CH THEOPHILE ROUSSEL- HDJ ADO SECTEUR 92I04	3/5 rue tahere 92210 ST CLOUD
Établissement géographique	780011748	CH THEOPHILE ROUSSEL-HDJ H.MATISSE- SECTEUR 78G09	10 avenue jean jaures 78360 Montesson FRANCE
Établissement géographique	780018578	CH THEOPHILE ROUSSEL-CMP ANNEXE- SARTROUVILLE SECTEUR 78I03	100 rue bourquelot 78500 Sartrouville FRANCE

Établissement géographique	780017901	CH THEOPHILE ROUSSEL-CMP ST GERMAIN SECTEUR 78103	9 rue saint eloi 78100 Saint Germain En Laye FRANCE
Établissement géographique	920014818	CH THEOPHILE ROUSSEL-CMP ENFANTS- SECTEUR 92104	3/5 rue tahere 92210 Saint Cloud FRANCE
Établissement géographique	920010089	CH THEOPHILE ROUSSEL-HDJ LE PETIT HANS- SECTEUR 92104	24 rue de la paix 92500 Rueil Malmaison FRANCE
Établissement géographique	920014768	CH THEOPHILE ROUSSEL-CMP ENFANTS- SECTEUR 92104	34 avenue albert 1er 92500 Rueil Malmaison FRANCE
Établissement géographique	920680188	CH THEOPHILE ROUSSEL-CMPP	95 rue youri gagarine 92700 Colombes FRANCE
Établissement géographique	920014628	CH THEOPHILE ROUSSEL - CMP PETITE ENFANCE LA COURSIVE DES LOUPIOTS	144 rue salvador allende 92100 Nanterre FRANCE
Établissement géographique	920014578	CH THEOPHILE ROUSSEL - CMP J.WIER- SECTEUR 92103	10 villa des marronniers 92000 Nanterre FRANCE
Établissement géographique	920014529	CH THEOPHILE ROUSSEL-CMP W.GRANOFF- SECTEUR 92103	78 rue henri barbusse 92000 Nanterre FRANCE
Établissement géographique	920808920	CH THEOPHILE ROUSSEL-HDJ LE PARC NANTERRE - SECTEUR 92103	39 rue volant 92000 Nanterre FRANCE
Établissement géographique	920010949	CH THEOPHILE ROUSSEL-HDJ ADO- SECTEUR 92103	5 boulevard du sud est 92000 Nanterre FRANCE
Établissement géographique	780801510	CH THEOPHILE ROUSSEL-FOYER POST CURE DE	60 boulevard emile zola 78800 Houilles FRANCE

	HOUILLES	
--	----------	--

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	Non
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de 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	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
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	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	0
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	66

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	68
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	134
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	40
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	116
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	156
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	1
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	5
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	6
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	30,498
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	50,718
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	81,216
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	0
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
2	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
3	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
4	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable
5	Audit système			
6	Audit système			
7	Audit système			
8	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé	

			Tout l'établissement	
9	Audit système			
10	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
11	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
12	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
13	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
14	Traceur ciblé			EIG avec déclaration ARS / ou ayant donné lieu à 1 CREX
15	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
16	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
17	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
18	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
19	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
20	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Enfant et adolescent Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
21	Audit système			

22	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
23	Traceur ciblé			Médicament à risque per os ou injectable
24	Audit système			
25	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
26	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
27	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
28	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé	

			Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
29	Audit système			
30	Audit système			
31	Audit système			
32	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
33	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Enfant et adolescent Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
34	Traceur ciblé			EIG avec déclaration ARS / ou ayant donné lieu à 1 CREX
35	Traceur ciblé			Antibiotique injectable ou per os
36	Traceur ciblé			EI
37	Audit système			
38	Traceur ciblé			na
	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent	

39			Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
40	Audit système			
41	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
42	Audit système			
43	Traceur ciblé			EI
44	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
45	Audit système			
46	Audit système			
47	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

48	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
49	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
50	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
51	Audit système			
52	Audit système			
53	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
54	Traceur ciblé			EI
55	Audit système			

56	Audit système			
57	Audit système			
58	Audit système			
59	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
60	Audit système			
61	Audit système			
62	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
63	Audit système			
64	Audit système			
65	Audit système			
66	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
67	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
68	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
69	Traceur ciblé			Transport intra-hospitalier des patients
70	Audit système			
71	Audit système			
72	Audit système			
73	Audit système			
74	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
75	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable

76	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
77	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
78	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
79	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
80	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
81	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
82	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires

83	Traceur ciblé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
----	---------------	--	--

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

