



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

HOPITAL DE JOUR L ENVOL

2/4 rue porte chant à l'oie
78200 Mantes La Jolie



Validé par la HAS en Janvier 2024

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



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Janvier 2024

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	21
Annexe 3. Programme de visite	25

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

HOPITAL DE JOUR L ENVOL	
Adresse	2/4 rue porte chant à l'oie 78200 Mantes La Jolie FRANCE
Département / Région	Yvelines / Ile-de-france
Statut	ESPIC
Type d'établissement	Établissement privé à but non lucratif

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	780825097	DELOS APEI 78	24 rue de la mare agrad Domaine de la vallee beauchamps 78770 THOIRY FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

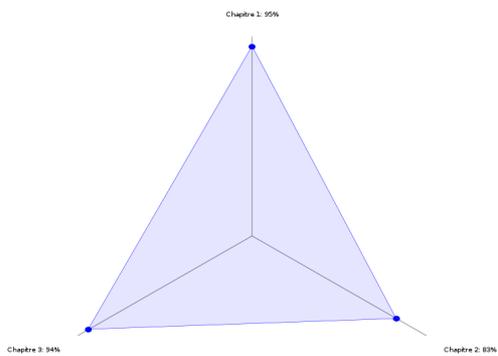
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

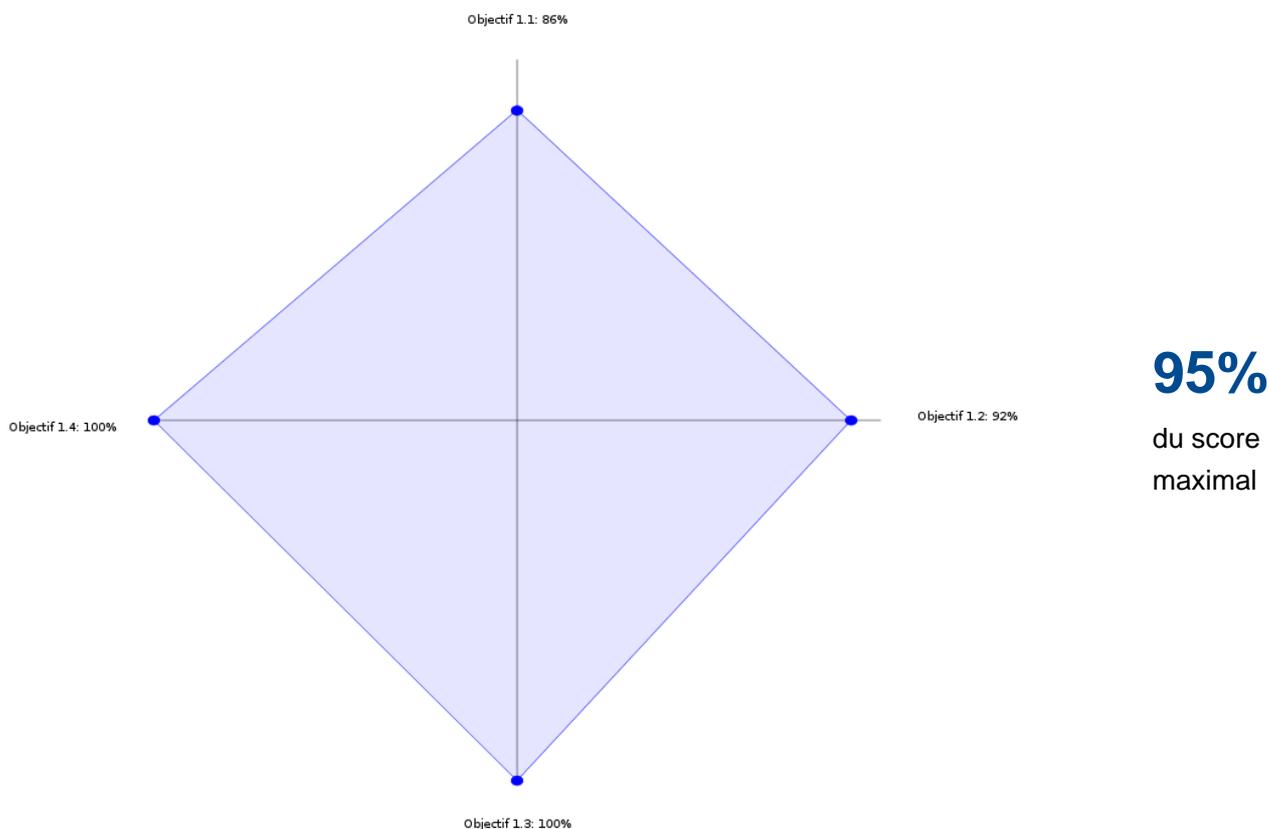
Au regard du profil de l'établissement, [104](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

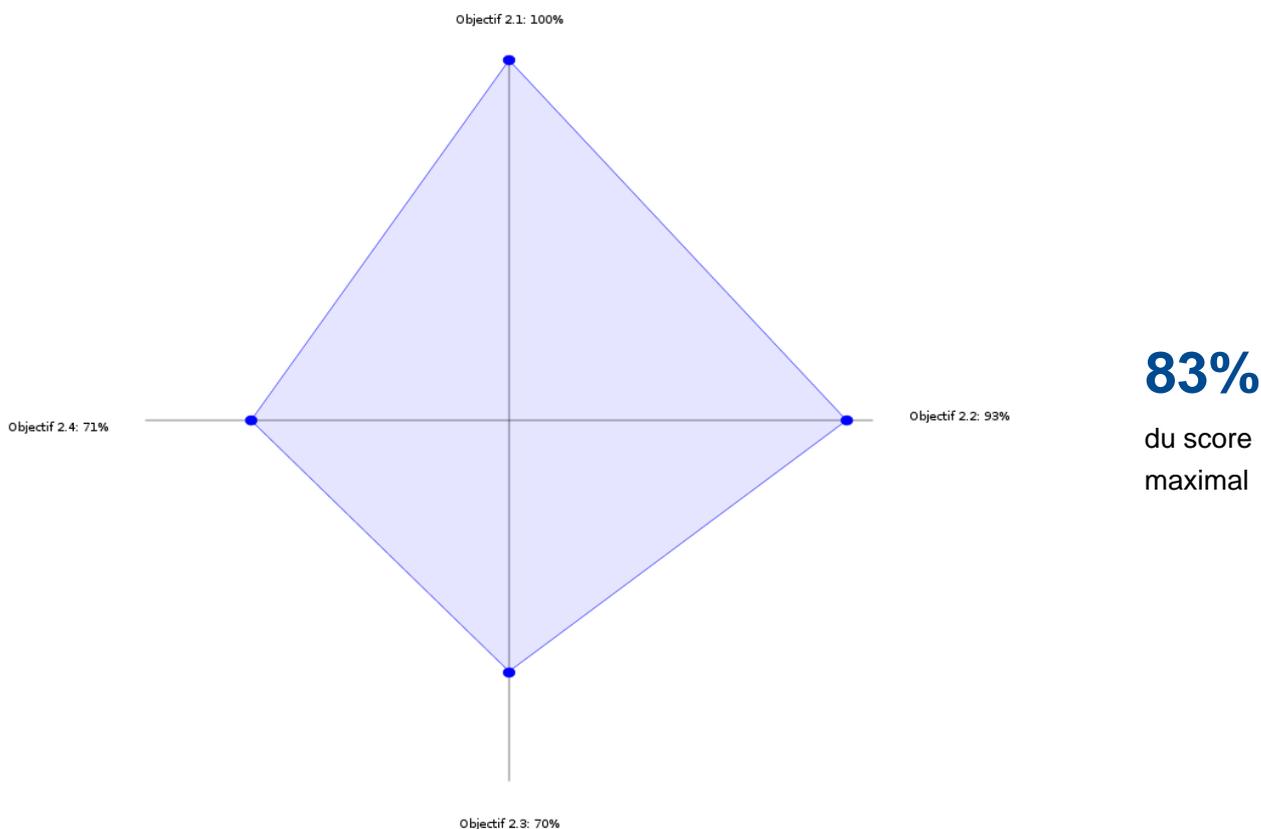


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	86%
1.2	Le patient est respecté.	92%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le patient hospitalisé à l'hôpital de jour L'Envol et sa famille sont informés tout au long de sa prise en charge et leur implication est recherchée. Cette information porte aussi bien sur l'état de santé que sur les droits et conditions de vie à l'hôpital de jour. Une journée de rentrée est organisée tous les ans à l'attention des familles. Le patient et la famille expriment leur consentement libre et éclairé sur le projet de soins personnalisé proposé (PSP) et les activités ou ateliers qui en découlent. Le PSP est signé par la famille. Chaque enfant ou adolescent dispose d'un programme de soins hebdomadaire formalisé, qui est également remis à la famille. Le livret d'accueil des patients et de sa famille délivre les informations utiles et nécessaires. L'information des patients sur les représentants des usagers et/ou associations est effective par voie d'affichage et par le livret d'accueil. L'information des familles sur les modalités de déclaration d'un évènement indésirable lié aux soins

n'est pas retrouvée auprès des familles et dans le livret d'accueil. De même, la désignation d'une personne de confiance est organisée en cas de besoin pour les patients devenus majeurs sans que cette information ne figure dans le livret d'accueil. Le respect du patient, en termes de dignité et de confidentialité est effectif. L'HDJ a organisé ses locaux pour permettre aux mineurs de disposer d'espaces facilitant le respect de leur intimité. L'expression du consentement du patient ainsi que son implication sont également recherchées à toutes les étapes de sa prise en charge. Cette implication est jugée essentielle par les professionnels pour favoriser l'autodétermination du patient, axe majeur de sa prise en charge. La prise en charge de la douleur n'est pas toujours conforme aux bonnes pratiques. En effet, bien qu'une évaluation mensuelle soit réalisée par l'infirmière, cette prise en charge n'est pas toujours maîtrisée comme cela a été constaté lors de la visite. Si l'établissement dispose d'une procédure d'utilisation des échelles de la douleur, la traçabilité de leur utilisation en cas de douleur n'est pas retrouvée dans le dossier patient. De même, l'administration d'un antalgique ne fait pas l'objet d'une prescription médicale qui préciserai notamment le seuil de déclenchement de l'administration de celui-ci. Cette administration est laissée à ce jour à l'appréciation de l'infirmière à partir d'une fiche d'instruction indiquant l'utilisation d'un antalgique selon le poids du patient. La traçabilité de cette administration n'est pas systématiquement faite. Au cours de la visite, l'établissement a revu sa procédure pour ne conserver que deux échelles, dont l'une adaptée aux patients non communicants. Les familles et l'entourage sont associés à la mise en œuvre du projet de soins personnalisé. Leur accompagnement fait l'objet d'une attention particulière avec notamment la mise en place de groupes de psychoéducation destinés aux familles. Ces groupes se tiennent de façon bimensuelle les lundis soir de 18h00 à 20h00, selon un programme élaboré sur six semaines. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge, notamment dans l'élaboration de son Projet de Soins Personnalisé. Dans ce cadre, le patient mineur ou majeur bénéficie de modalités de prise en charge tenant compte de ses préoccupations sociales, éducatives et scolaires afin de favoriser son rétablissement et son inclusion notamment en matière de scolarisation. Deux enseignantes sont mises à disposition par l'Education Nationale de l'HDJ pour assurer ce suivi scolaire et sa coordination avec les établissements scolaires spécialisés ou pas. L'association dispose également de structures d'appui ou d'aval favorisant l'inclusion des patients tant en matière d'hébergement que d'intégration dans le monde du travail.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



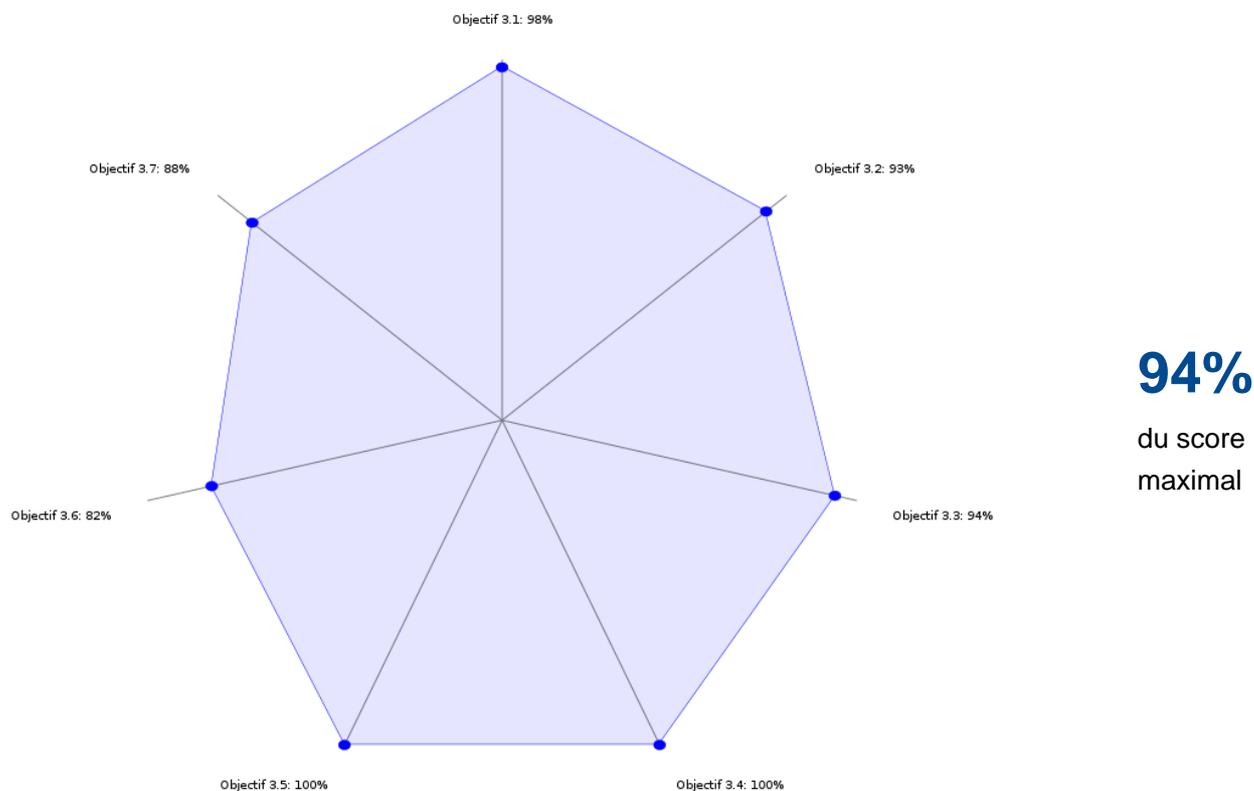
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	93%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	70%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	71%

La pertinence des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe. En amont et lors de son hospitalisation, de nombreuses évaluations sont réalisées avec une traçabilité dans le dossier patient. Ces observations ont été retrouvées dans l'examen des dossiers en cours de visite. Chaque patient dispose d'un projet de soins personnalisé (PSP) qui prend en compte ses préoccupations et son expérience de vie. Ce PSP est traduit pour chaque patient dans un programme de soins et d'activités hebdomadaires. Le PSP est présenté et signé par la famille du mineur. Le planning hebdomadaire du mineur est également transmis à sa famille. Le PSP fait l'objet d'une évaluation annuelle. Le programme individuel des soins s'appuie sur un panel d'ateliers à médiation destiné à favoriser l'autonomie et les habilités sociales des enfants et adolescents. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long

de sa prise en charge. La coordination et la continuité de la prise en charge sont soutenues par des organisations de soins et de travail en équipe. L'attention de l'établissement a été attiré sur les écrits professionnels. En effet, il a été observé que tous les professionnels n'assurent pas en temps réel ou en temps utile la traçabilité de leur prise en charge dans le dossier patient. De même, l'ensemble des documents papiers du dossier ne sont pas identifiés au nom du patient. La prise en charge somatique des patients est organisée et formalisée. Dès l'admission, le patient fait l'objet d'un suivi régulier tout au long du séjour. Ce suivi est assuré par l'infirmière. Pour cela, un bilan annuel sur la base d'un document type est demandé à chaque médecin traitant. Par ailleurs, un suivi bucco-dentaire est assuré et coordonné par l'infirmière. Pour les patients le nécessitant, des prises en charge spécifiques sont organisées avec les cabinets dentaires ou centres hospitaliers du territoire. De même, l'éducation des patients à une bonne hygiène bucco-dentaire est menée chaque jour par l'infirmière et les éducateurs. Un dossier de liaison d'urgence (DLU) est établi par l'infirmière pour chaque patient accueilli. Ce DLU est mis à jour en continu et est accessible à tous les professionnels. La sortie du patient fait l'objet d'une organisation définie et en place qui facilite l'intégration de l'enfant avec notamment un suivi à 6 mois. Cette sortie est coordonnée par les référents des patients en collaboration avec la famille. Cette organisation en place est un élément de facilitation dans la transition adolescent/adulte ou de structure à structure. De même, le réseau de l'association Delos Apei 78 favorise cette transition avec les structures d'aval dont il dispose. La lettre de liaison est adressée au médecin traitant au patient le jour de la sortie. Cependant, sa remise à sa famille pour les mineurs ou le patient majeur n'est pas effective comme cela a été précisé par le directeur médical. La prévention du risque suicidaire est organisée selon une procédure qui vient d'être mise en place. Cette mise en place récente ne permet pas une évaluation effective de son appropriation par les professionnels, en particulier sur la traçabilité de cette prévention. Concernant la prévention de la violence et pour les patients concernés, des modalités de prévention sont définies avec le patient mais sans la formalisation d'un plan de prévention partagé. Un plan de sécurisation est en place dans l'hôpital de jour, avec notamment le port d'un appareil de protection individuelle. Par ailleurs, l'établissement dispose d'une salle hypo-sensorielle, utilisable par les professionnels en cas de nécessité ou à la demande du patient lui-même. Les demandes d'entrée en soins sont suivies par la directrice sans formalisme particulier en sachant que les prises en charge des patients s'étalent sur plusieurs années et que l'établissement n'est pas sectorisé. En cas de besoin, la famille reçoit les informations nécessaires pour se rapprocher des structures de soins ambulatoires rattachées au territoire. Les équipes ne maîtrisent pas la totalité des risques liés à leurs pratiques. L'administration des médicaments et l'utilisation des médicaments à risque (critère impératif) ne sont pas toujours conformes aux bonnes pratiques. Aucune prescription médicamenteuse n'est effectuée par le psychiatre de l'hôpital de jour. Quand elles existent, elles sont le fait du médecin traitant. Au jour de la visite, trois patients sur trente-deux, prenaient un traitement à l'hôpital de jour. Les médicaments sont apportés par la famille et stockés dans une armoire sécurisée. L'administration est réalisée et tracée par l'infirmière à partir de la reprise de la prescription par le directeur médical. La procédure interne prévoit qu'en cas d'indisponibilité de l'infirmière, le traitement préparé par l'infirmière en amont y compris pour les solutés buvables, soit administré par la directrice ou le chef de service. Cette modalité non conforme dans un établissement sanitaire a été supprimée durant la visite. Concernant l'utilisation des médicaments à risque, l'établissement ne dispose pas au jour de la visite, d'une liste définie des médicaments utilisés ou présents à l'HDJ, d'une identification de ces médicaments dans l'armoire à pharmacie et d'une sensibilisation de l'infirmière à cet usage. Au cours de la visite, l'établissement, avec le concours du pharmacien conventionné, a formalisé une liste de ses médicaments à risque au nombre de deux. Cette liste, signée par le directeur médical, a été affichée dans la salle de soins à l'attention de l'infirmière et éventuelles remplaçantes. L'identification des deux médicaments a été également effectuée. Il convient de préciser que les deux médicaments en question n'étaient pas administrés aux patients mais qu'ils se trouvaient dans le stock d'urgences de l'armoire à pharmacie, sans prescription particulière. La prévention des infections associées aux soins (critère impératif) répond aux bonnes pratiques. L'éducation des patients à l'hygiène des mains est menée de façon quotidienne par tous les professionnels. De même, le rappel de la prévalence à l'utilisation des solutions hydroalcooliques est mené de

façon régulière par la gouvernance. La gestion des risques est organisée. Tous les évènements indésirables associés aux soins (EIAS) sont systématiquement analysés (critère impératif) avec les professionnels impliqués, selon une méthodologie établie. Les EIAS font l'objet de REX selon leur niveau de gravité. Des plans d'actions sont mis en œuvre et suivis par l'équipe de direction. Les équipes n'évaluent pas leurs pratiques notamment au regard des résultats cliniques de leur patientèle. En effet, la mesure des résultats cliniques et thérapeutiques n'est pas structurée à ce jour tant sur le plan médical que paramédical. Il en est de même pour les revues de pertinences

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	98%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	93%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	94%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	100%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	82%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	88%

L'hôpital de jour L'Envol a défini son projet d'établissement 2021/2025 en cohérence avec son territoire, le Projet Régional de Santé d'Île de France et les orientations stratégiques de l'association DELOS APEI 78. Cette implication territoriale traduite notamment dans le cadre du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)78 Nord, tant dans la phase diagnostic que dans la mise en œuvre des fiches actions du Contrat Local de Santé

Mentale Yvelines Nord signé le 23 Février 2023. L'établissement participe également à de nombreux partenariats avec les acteurs du sanitaire, du médico-social, du social et du secteur scolaire. Il contribue notamment aux travaux de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) à travers des groupes de travail comme le Groupe Opérationnel de Synthèse (GOS) dédié aux personnes sans solution d'accompagnement et l'Equipe Disciplinaire d'Evaluation (EPSE) pour l'évaluation des situations complexes. Il convient de mentionner les nombreux partenariats avec l'Education Nationale, notamment sur la formation des enseignants des Yvelines et l'inclusion des enfants et adolescents dans les écoles. De même, les professionnels participent au dispositif Handi-Consult mis en place sur les hôpitaux d'Aincourt et de Plaisir dédié aux personnes avec un Trouble du Spectre Autistique (TSA). Toujours dans ce domaine, les professionnels sont impliqués dans la plateforme de diagnostic de l'association Delos APEI 78. Ils contribuent également aux missions de l'Equipe Mobile Interdépartementale (UMI), rattachée au Centre Hospitalier de Plaisir, en charge des situations complexes. Enfin, l'établissement apporte sa contribution aux semaines d'information en Santé Mentale. Il s'est rapproché également du Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) de Mantes La Jolie pour développer des actions de pair-aidance au sein de l'HDJ L'Envol. Tous ces engagements font de l'HDJ L'Envol, un acteur reconnu en matière de soins spécialisés en psychiatrie infantile-juvénile et des troubles du spectre autistique développés dans la cadre d'une stratégie basée sur le rétablissement, l'autodétermination et l'inclusion sociale dans toutes ses dimensions, thérapeutique, éducative, pédagogique, scolaire et sociale. L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement. Cet engagement des patients à des fins de mobilisation de leur expérience est formalisé dans le Projet de Soins Personnalisé. Cette expérience des patients mineurs peut avoir valeur d'exemple et favorise ce que les professionnels nomment la pair-émulation. Elle est également prise en compte avec l'enquête de satisfaction menée de façon régulière auprès des patients et des familles, sur la base d'un nouveau questionnaire construit à partir de l'expérience des mineurs. Il convient également de noter que dans le cadre de la formation sur le rétablissement organisée en décembre 2022, l'organisme formateur avait fait appel à des pairs-aidants. En matière de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance, l'établissement s'assure du respect des droits des patients, notamment des plus vulnérables, tant au niveau de l'accès et de l'organisation des soins que des conditions d'hospitalisation des patients mineurs et majeurs ainsi que la prise en compte des familles. Les connaissances des situations de maltraitance et des circuits de déclaration et de signalement sont bien connues des professionnels. Concernant l'implication des représentants des usagers (RU), elle est effective et de plein soutien sur les actions engagées, avec un souhait d'être associé à des actions de formation. La commission des usagers (CDU) est active et l'établissement favorise la présence des parents avec l'invitation à chaque CDU de trois parents. Un RU participe à la commission Qualité/Gestion des Risques. L'HDJ L'Envol est impliqué au niveau qui est le sien dans la recherche clinique. Le chef de service participe à des travaux sur l'hyperlexie chez les enfants atteints d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA). De même, l'HDJ contribue aux travaux de la consultation mobile régionale de génétique des TSA de l'hôpital Necker. Dans ce cadre, des consultations trimestrielles pour les enfants, adolescents et leurs familles sont organisées au sein de l'HDJ. La gouvernance fait preuve de leadership. La gouvernance a inscrit son pilotage dans un management par la qualité et la sécurité des soins. La mise en œuvre de ce processus se retrouve tant au niveau de l'organisation des soins que de l'organisation du travail. Sur les prises en charge, des référents assurent la mise en œuvre et le suivi du PSP. Sur le management, les professionnels sont force de proposition dans la mise en place des ateliers thérapeutiques. De même, l'établissement, s'est attaché à créer un poste de coordonnateur pour faciliter la coordination des parcours patient. L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences. Des réunions sur l'organisation des soins et la prise en charge des patients sont en place et concernent la totalité des professionnels et partenaires associés. Au sein de l'HDJ, il existe une organisation des soins et du travail clairement définie avec une attention portée sur la synchronisation des temps médicaux, paramédicaux et socio-éducatifs comme cela a été constaté durant la visite. Chaque réunion fait d'objet d'un cadre précis de fonctionnement. L'accueil des nouveaux arrivants est organisé avec un tutorat et des facilités dans l'organisation du travail en équipe. Le travail en équipe est favorisé avec l'existence d'un groupe

d'évaluation et d'analyse des pratiques professionnelles (GAPP) animé par un intervenant extérieur. De même, des actions sont menées à l'échelle de l'association ou de l'HDJ pour favoriser le travail collectif et la cohésion comme par exemple une journée de formation « Humour au travail » pour les responsables et managers de l'association en juin dernier et une action « team building » pour les professionnels de l'HDJ en juillet dernier. La collaboration entre l'HDJ et la médecine de ville est effective avec un engagement et un suivi important de l'infirmière. Le développement des compétences et l'adaptation des connaissances sont organisés dans le cadre du plan de formation annuel et contribue au développement du projet institutionnel bas sur le rétablissement. Un questionnement éthique est place et tient compte de la patientèle accueillie, notamment tout ce qui concerne la vie affective et sexuelle des adolescents, les approches culturelles et la liberté des patients mineurs afin de concilier autodétermination et sécurité. Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail (QVT) impulsée par la gouvernance. L'association Delos APEI 78 a défini une politique de qualité de vie au travail (QVT) en concertation avec les partenaires sociaux. Celle-ci est déclinée sur l'HDJ en collaboration avec les professionnels et les représentants de proximité. Cette politique s'attache à concilier vie au travail et vie privée. Les indicateurs sociaux témoignent de cette qualité de vie au travail, notamment en matière d'absentéisme et de turn-over. Le soutien des professionnels est organisé par la gouvernance avec plusieurs dispositifs sur la régulation du travail. Sur la gestion des conflits interpersonnels, des solutions internes existent au niveau de l'HDJ ou de l'association. La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est organisée. L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté, comme le risque incendie ou comme cela a été le cas avec la crise sanitaire de la COVID 19. Sur le risque incendie, deux exercices sont organisés chaque année. La gestion des urgences vitales n'est pas totalement maîtrisée. En effet, si l'établissement dispose d'un numéro d'appel unique à travers le 15 et d'un défibrillateur, il n'existe pas de matériels dédiés à la prise en charge des urgences vitales. La formation des professionnels est assurée. Deux professionnels dont l'infirmière sont titulaires de l'AFGSU. Sept professionnels ont suivi une formation de Sauveteur Secouriste au Travail (SST). Les autres sont inscrits sur une formation SST programmée en fin d'année. Durant la visite, et comme cela a été constaté, l'établissement a procédé à la commande des différents matériels devant composer un sac d'urgences vitales dans un HDJ pour enfant et adolescent. Par ailleurs, il n'existe pas d'exercice de mise en situation des urgences vitales repérées par l'établissement comme les fausses routes par exemple. Les autres risques, atteinte aux personnes et aux biens, numériques, sont maîtrisés. Concernant ces derniers, l'association Delos APEI 78 s'est particulièrement attachée à développer la prévention des risques numériques tant en matière de ressources humaines, de formation des professionnels que des équipements et protections des matériels. Sur la sécurité des personnes, les professionnels sont tous porteurs de bracelets de protection de travailleurs isolés. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. Cette dynamique qualité et sécurité des soins repose en partie sur l'engagement de la gouvernance avec le relais du directeur médical, de la commission Qualité Gestion des Risques et l'appui de l'association Delos APEI 78. L'analyse des risques est conduite sur l'établissement. La cartographie des risques et le PAQSS ont été mis à jour, sans toutefois couvrir tous les risques comme cela a été précisé sur la douleur, les médicaments à risque et les urgences vitales. L'établissement n'est pas assujéti au recueil des Indicateurs Qualité Sécurité des Soins (IQSS). Pour autant, il s'est attaché à promouvoir ces indicateurs dans le cadre de son activité d'hospitalisation à temps partielle. Ces indicateurs sont suivis annuellement. Les résultats sont communiqués à l'ensemble des responsables, des professionnels, des usagers par affichage et aux instances, notamment la Commission des Usagers (CDU). Des actions d'amélioration sont mises en place et permettent une évolution favorable des résultats. 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 : Améliorer la traçabilité de la prise en charge de la douleur et préciser les seuils d'administration conditionnelle ; Pérenniser la nouvelle procédure d'administration du médicament ; Sécuriser le circuit du médicament à risque ; Améliorer la démarche qualité, par la mise en place d'évaluations de pratique et de revues de pertinence.

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	780825097	DELOS APEI 78	24 rue de la mare agrad Domaine de la vallee beauchamps 78770 THOIRY FRANCE
Établissement principal	780170056	HOPITAL DE JOUR L ENVOL	2/4 rue porte chant à l'oie 78200 Mantes La Jolie 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	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	Non
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	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	32
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	32
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	0
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé			TRANSPORT => non applicable
2	Traceur ciblé			PSL => non applicable
3	Traceur ciblé			MEDICAMENT A RISQUE PER OS OU INJECTABLE
4	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
5	Audit système			
6	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
7	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
8	Audit système			
9	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent	

			Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
10	Traceur ciblé			ANTIBIOTIQUE PER OS OU INJECTABLE
11	Audit système			
12	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
13	Audit système			
14	Traceur ciblé			EI GRAVE OU CRITIQUE SELON LA LISTE
15	Audit système			
16	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
17	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
18	Traceur ciblé			PSC
19	Audit système			

20	Audit système			
21	Audit système			
22	Audit système			

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

