HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER SAINT-VALERY-EN-CAUX

17 rue jeanne armand colin
76460 Saint Valery En Caux

Validé par la HAS en Juin 2023

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 – Juin 2023

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 15
Table des Annexes 18
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche 19
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l’établissement en 2023 20
Annexe 3. Programme de visite 24

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 évaluéepar l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

Une évaluation qui s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers…

Chaque établissement de santé est évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur des critères spécifiques relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD).

Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS, comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification;
- des critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, siune 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 maitrise des risques liés au soin. Les analyses des évènements 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 decide la certification de l'établissement.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER SAINT-VALERY-EN-CAUX	
Adresse	17 rue jeanne armand colin 76460 Saint Valery En Caux FRANCE
Département / Région	Seine-Maritime / Normandie
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	760780031	CENTRE HOSPITALIER DU GRAND LARGE DE SAINT VALERY EN CAUX	17 rue jeanne armand colin 76460 Saint-Valery-En-Caux FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

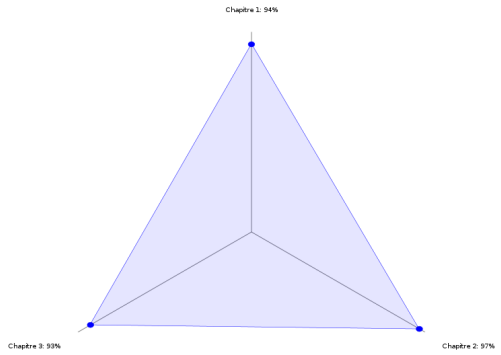
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
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
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement

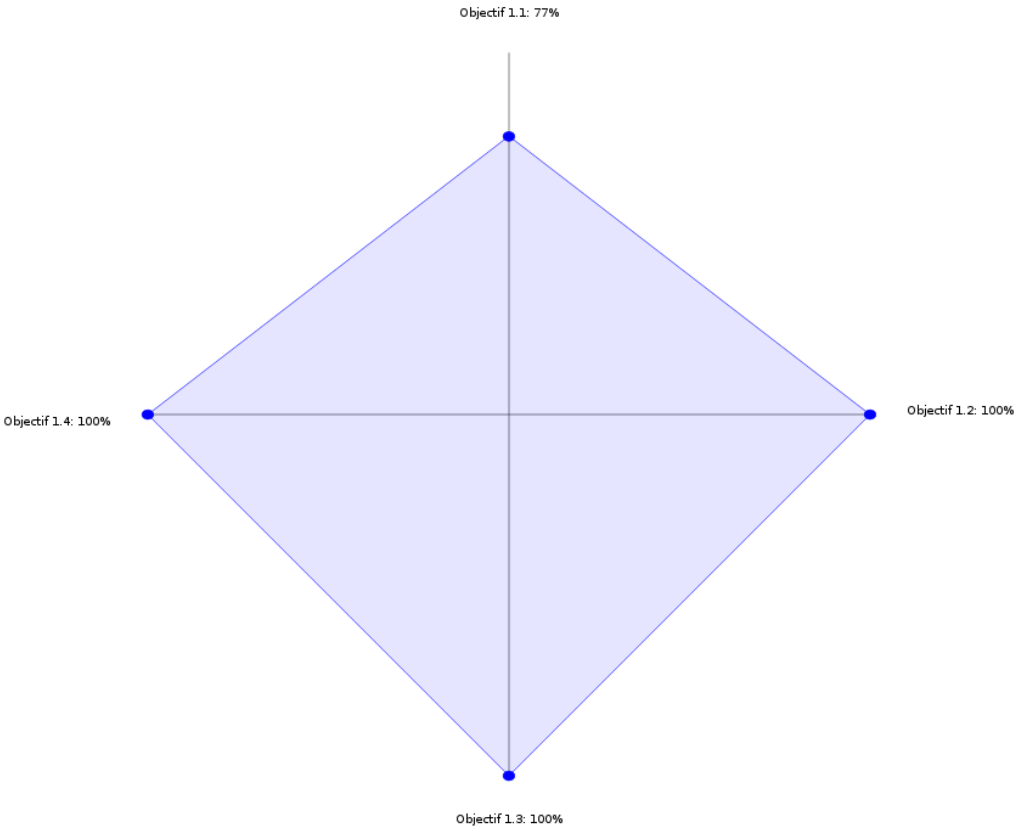
Au regard du profil de l'établissement,95 critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



94%

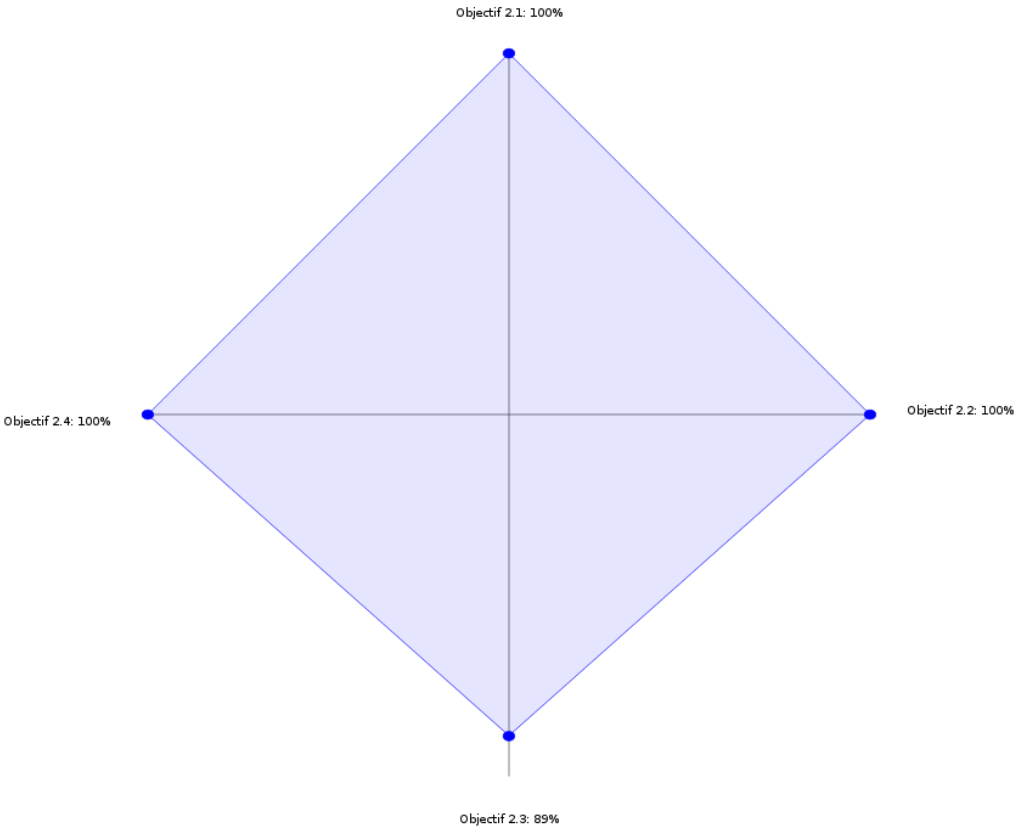
du score maximal

Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	77%
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%

L'accord du patient est recherché pour la mise en œuvre de son projet de soins qui fait l'objet d'une concertation pluri professionnelle ; les patients pouvant bénéficier du PRADO sont identifiés. Les choix et les habitudes du patient sont respectés. Toutes les chartes sont affichées dans les zones de circulation ; les informations de santé publique, pertinentes avec la population accueillie, sont disponibles sous forme de flyers. L'identité de la personne à prévenir et de la personne de confiance sont retrouvées dans les recueils de données, un document détachable du livret d'accueil permet la rédaction des directives anticipées. En cas de soins palliatifs, les équipes médicale et para médicale sont formées ainsi qu'à la gestion de la douleur, elles travaillent avec l'EMSP de Dieppe. La présence des proches n'est pas limitée (salon des familles, repas, lit accompagnant). Même si l'information est largement diffusée, les patients rencontrés ne connaissent pas le

représentant des usagers bien qu'il ait participé à une enquête sur la restauration. Il n'y a pas d'Association intervenant dans la partie SSR de l'établissement. La dignité et l'intimité sont respectées, il y a des rideaux dans les chambres doubles et l'organisation est en place pour l'hygiène des patients ne bénéficiant pas de salle de bains. Un projet architectural sera déployé au deuxième semestre pour mettre à disposition des patients l'équipement sanitaire et ergonomique nécessaire. La vocation de l'établissement est de permettre la restauration de l'autonomie et les patients rencontrés ne justifiaient pas d'une contention ; si besoin la mise en œuvre est tracée, toutefois la prescription ne précise pas toujours la durée du maintien. L'aide pour besoins élémentaires est assurée, la prise en charge de la douleur est une priorité et fait l'objet d'une EPP continue. Une enquête a été menée auprès des patients autour de la fiche douleur et l'apprentissage des différentes échelles. Les prescriptions douleur "si besoin" sont associées à un protocole. Les proches et les aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient et leur présence est favorisée. Les conditions de vie et le lien social du patient sont pris en compte, l'assistante sociale est très présente et une vacation de la PASS (permanence d'accès aux soins de santé) actuellement basée à Dieppe est prévue sur le site. La psychologue se présente à chaque entrant y compris aux aidants. La sortie est anticipée : ordonnances, rendez-vous de contrôle, lettre de liaison, fiche de transfert à destination des professionnels d'aval, intervenants extérieurs et prestataires, préparation éventuelle à la continuité en accueil de jour, orientations en cure si nécessaire. L'ergothérapeute se rend si besoin à domicile pour prévoir commande et installation de matériel. Les aidants sont éduqués à la prévention des chutes. L'établissement n'étant pas éligible à e.satis, le recueil de la satisfaction s'appuie sur le questionnaire de sortie (53% de retours), mais en dehors de l'enquête restauration, il n'y pas de démarche spécifique de recherche de l'expérience patient. Les attentes sont toutefois prises en compte au fil de l'eau, il n'y a pas de plaintes.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



97%

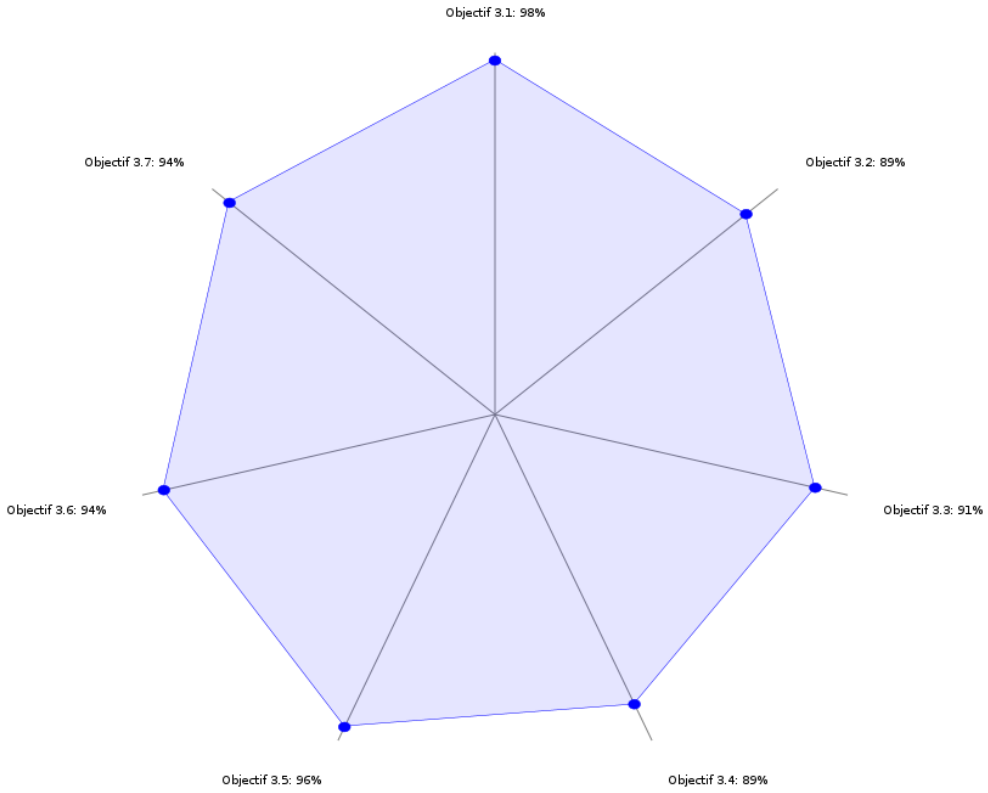
du score maximal

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	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	89%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	100%

Les demandes de séjour se font via Trajectoire, les réunions pluri professionnelles d'examen des dossiers ont lieu le lundi. La structure est en contact régulier avec les médecins traitants qui interviennent également sur site. En cas d'altération de l'état général, de besoin en soins palliatifs, les entrées directes sont possibles avec une fiche de pré admission simplifiée pour les médecins traitants. La pertinence des séjours est évaluée, le soutien du GHT et l'efficacité du réseau concourent à la fluidité des parcours. Le recours à l'HAD est exceptionnel mais possible. La prescription d'antibiotiques est obligatoirement justifiée (poka yoke dans le logiciel), une alerte est prévue pour la réévaluation : l'étiquette rouge passe au vert quand elle est réalisée. Les prescripteurs ont accès dans l'intranet à E-POPI, Antibioclic en médecine de ville, et ont recours si besoin à l'infectiologue de Dieppe. Des formations semestrielles sont organisées pour l'ensemble des praticiens et

suivies de la diffusion de « mémo-medic » et des liens pour l'e-learning. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge, toutes les informations utiles sont retrouvées dans le dossier du patient dont il persiste une partie papier où tous les documents sont identifiés. L'établissement est ancré dans le réseau du GHT et bénéficie de nombreux recours : équipes mobiles de soins palliatifs, gérontopsy, douleur, stomathérapie, addictologie, orthopédie, médecins généralistes. Des consultations avancées sont proposées à la patientèle et à la population : rhumatologie, diabétologie, ORL, chirurgie digestive, gériatrie. La télémédecine est fonctionnelle notamment pour la dermatologie et les plaies chroniques. L'établissement n'est pas encore techniquement équipé pour transférer les données dans le dossier médical partagé ni le dossier pharmaceutique ; la réflexion est engagée sur le GHT et les cartes professionnelles sont en cours d'acquisition. Il n'y a pas de lits identifiés, mais la démarche palliative fait l'objet d'une adaptation du projet de soins (recours psychologue, discussion en équipe, réflexion bientraitance). Les documents de liaison (hospitalisations précédente, ordonnances de sortie, fiches de transfert) sont retrouvés dans les dossiers, toutefois la lettre de liaison ne comporte pas de bilan thérapeutique intégré ni de comparatif pour les patients vulnérables. L'identification du patient est assurée : port du bracelet (audité récemment), étiquettes sur tous les documents, vérification à l'arrivée et lors des soins, photo si risque de fugue (droit à l'image recherché), affichage dans le bureau infirmier d'"alertes homonymie". La PUI assure une rétrocession 3 fois par semaine (service rendu à la population). La préparation des piluliers et la révision des armoires de stockage sont assurées par les préparatrices. La liste des médicaments à risque est adaptée au secteur, les professionnels bénéficient d'une formation sur les never events. L'identification du médicament à risque est assurée à toutes les étapes (lors de la prescription depuis peu) et toutes les conditions de stockage respectent les bonnes pratiques. La double vérification est réalisée quand nécessaire, un audit sur les médicaments écrasables a été réalisé par l'équipe soignante. L'analyse pharmaceutique du traitement du patient est complète. Le risque infectieux est maitrisé ; le renforcement des connaissances du personnel est assuré depuis un an par la mise en place dans le poste de soins de mini formations sous la forme d'un « défi quotidien » organisé par l'infirmière de l'EOH présente à temps plein. Le planning de ces défis est affiché pour la semaine : par exemple relecture de protocoles notamment sur les isolements, visionnage de vidéos… Des audits sont menés régulièrement, en particulier sur la surveillance des dispositifs invasifs, toutefois un des patients traceurs a déclaré ne pas avoir été informé des précautions à prendre du fait de son isolement. L'IDE de l'EOH participe au GRIHHN (groupement régional des Infirmiers hygiénistes de Haute Normandie). Le Service de santé au travail au sein du GHT est attentif à la promotion de la vaccination : équipe mobile, diffusion d'affiches du calendrier vaccinal, campagne sur place avec les médecins libéraux (Covid, grippe). Les besoins sont recensés avant la commande des vaccins et le taux de vaccination est affiché dans le service. Les équipes évaluent leurs pratiques, analysent leurs résultats et mettent en place des plans d'actions : indicateurs discutés et affichés (dont qualité de la lettre de liaison), EPP continues (douleur, contention, pertinence antibiotiques, prescription médicamenteuse chez la personne âgée…), audits récurrents : zéro bijou, nombre de CREX, de FSEI, pourcentage de questionnaires de satisfaction…. Les bilans sanguins sont effectués dans le service et acheminés au laboratoire par coursier. Les résultats sont accessibles en ligne en temps utile, le recueil des non conformités est tracé. Au regard de la petite taille de l'établissement, il n'y a pas d'équipe de transport dédiée.

Chapitre 3 : L'établissement



93%

du score maximal

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	89%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	91%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	89%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	96%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	94%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	94%

L'établissement coopère avec de nombreuses structures : Dieppe dans le cadre du GHT pour le déploiement des alternatives au déplacement des patients (consultations avancées, équipes mobiles), Association Planete (nutrition), et avec des associations locales. Sa communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) est à cheval sur Dieppe et Rouen. Il participe au réseau SI-VIC et au GCS Normand e-santé. Il est en lien avec les

SSIAD, les IDE libérales, le laboratoire privé de St Valéry, l'HAD. Il est en relation hebdomadaire par visio avec la Cellule territoriale de Gestion des lits permettant une visibilité sur l'ensemble des secteurs en termes de places disponibles notamment dans les EHPAD. Les cellules de crise sont quotidiennes si besoin, la Cadre référente complète le Registre opérationnel des ressources (ROR) à chaque situation le nécessitant. La prise en charge des personnes âgées est fluide, les admissions directes sont organisées. La communication avec les médecins de ville est permanente puisqu'ils interviennent aussi bien en SSR qu'à l'EHPAD, et les outils sont en place : Apicrypt, permanence téléphonique, lettre de liaison dont l'indicateur est suivi et réajusté. Il existe une Unité de recherche en gériatrie à l'échelle du GHT, et une recherche paramédicale active : chutes, dialyse, auto-administration médicamenteuse. Une convention est conclue avec CHU de Rouen qui permet depuis 2022 d'émarger aux SIGAPS. Structure de soins de suite polyvalent de 19 lits, l'établissement n'a pas identifié les situations (pathologie, compliance du patient, intérêt collectif) pouvant mobiliser l'expertise des patients. Il n'est pas éligible au recueil e-satis mais analyse les questionnaires de satisfaction ; l'expression est recueillie au quotidien du fait de la proximité de l'ensemble des acteurs mais ne fait pas l'objet d'une démarche coordonnée. Le livret d'accueil patient a été retravaillé récemment en GHT. Les professionnels disposent des outils ad hoc pour lutter contre la maltraitance : procédure, repérage, violentomètre, FSEI, sensibilisation sur les violences intra familiales, affichage des numéros d'urgence, et pour promouvoir la bientraitance : formation humanitude, collaboration de l'éducatrice de l'EHPAD, référente Bientraitance sur le GHT. L'établissement est accessible aux personnes handicapées : signalétique adaptée, seuils de marche, ascenseurs, outils "FALC" (faciles à lire et à comprendre), mobilier et fauteuils adaptés. Il existe un Groupe handicap au sein du GHT avec présence d'un usager. Le projet de restructuration intègre des aménagements complémentaires (dont chambre bariatrique et rails de transfert). L'établissement mène des réunions mensuelles avec le CLIC (Centre local d'information et de coordination) et le DAC (dispositif d'appui et de coordination) pour faire le point sur les situations sociales difficiles. Le seul RU dans ce SSR où les éléments constituant la mission des usagers sont très rares (pas d'EIG, pas de plaintes depuis 2 ans, 4 demandes de dossier en 11 ans) fait partie du Conseil de Surveillance. Il est informé en CDU des faits significatifs mais n'est pas consulté en amont ; il a fait des remarques qui ont été prises en compte : température des plats, mains courantes, et a participé à un exercice patient traceur. Il n'a pas développé de projet spécifique, et n'est pas concerté dans la réflexion éthique. Le leadership fait l'objet d'une politique au sein du GHT, un COPIL est en place avec participation d'un membre de chaque établissement. La politique est déclinée dans le projet médico-soignant partagé. La communauté médicale est très impliquée, notamment le président de la CMUG (Commission médicale unifiée de groupement) et le médecin présidant le collège médical qui assurent des restitutions trimestrielles. Les instances traditionnelles (Clin, Clud...) continuent d'exister avec des correspondants locaux. Des réunions qualité ont lieu tous les 15 jours, des audits croisés (parcours traceurs) sont organisés. La Commission des cadres sur chaque établissement organise des réunions hebdomadaires thématiques. Les soignants font partie du COPIL local. La formation des managers est assurée : séminaires de co-responsabilité, co-construction et coaching. Les axes de travail sont communs au GHT avec un retour d'expérience (journée de management de la FHF par exemple). Ils bénéficient également de liens avec l'IFCS de Rouen avec actions pédagogiques coordonnées, et de liens avec les éducateurs spécialisés du foyer de vie qui partagent outils et matériels. Il existe un livret d'accueil pour les nouveaux arrivants et les stagiaires, une check list d'accueil, et une boîte à outils d'évaluation. Les remplacements sont organisés, la structure peut s'appuyer sur le volontariat des agents qui sont aussi forces de proposition, sur la gestion RH du GHT si besoin, sur le "Journal des postes" du territoire (mensuel), ou encore sur l'outil Hublo ; il existe une Commission d'analyse des arrêts de travail et du retour à l'emploi. Le cycle de travail en 7h30 implique trois temps de transmissions. Les réunions pluridisciplinaires (médecins, IDE, AS, kiné, ergothérapeute, assistante sociale, secrétaire, stagiaires) ont lieu chaque jour à midi, et tous les mercredis une séance de « stand up meeting » (avec présence de l'interne en médecine) rassemble l'équipe autour de sujets divers. Les personnels partagent des projets : enquête de prévalence, EPP pertinence antibios, CREX pluriprofessionnel, relecture collégiale de protocoles. Le développement des compétences individuelles et collectives est alimenté par un recueil annuel des besoins en

adaptation/évolution de carrière : beaucoup de formations/actions sont proposées en intra (DIV, hygiène, médicament, incendie, FGSU), ou sous forme de e-learning (hygiène bucco-dentaire) et formations adaptées au profil de la population accueillie. Après sélection, des ASH et des AS formées ont pu intégrer l'IFPS. Les équipes sont abonnées à des magazines professionnels et les agents sont formés au tutorat pour l'encadrement des étudiants. L'établissement participe au Comité d'éthique du GHT piloté par un réanimateur, le référent local a diffusé l'information à l'équipe ; le premier travail concernait les placebo, la contention sera le prochain thème. A noter que des questionnements sur les conflits de valeurs ont été débattus et des décisions collégiales de nature éthique appliquées au moment du confinement. L'établissement s'intègre dans la politique territoriale QVT et le Copil QVT-GHT. Une enquête QVT a été réalisée en 2019 ainsi qu'une enquête sur les risques psychosociaux (le DUERP est actualisé) et une réflexion sur les postes aménagés en lien avec la médecine du travail. Les arrêts de travail sont analysés avec le CHSCT. Le Kiné est formé PRAP (prévention des risques liés à l'activité physique). Les personnels sont impliqués dans le choix des matériels, une gestion souple des plannings leur est proposée. Les cadres sont formés à la gestion des conflits, une psychologue peut assurer la médiation si besoin. Les tensions hospitalières et les situations sanitaires exceptionnelles sont anticipées, le plan blanc est à jour. Des professionnels référents des vigilances sont identifiés comme personnes ressource (fiches mission rédigées), la réception des alertes est continue. Un exercice Planc blanc a été mené en octobre avec l'ARS pour la répartition des évacuations (deux centrales nucléaires dans la région). Les risques numériques sont contrôlés, l'ensemble des données informatiques est stocké à Dieppe. Sauvegardes quotidiennes sur disques durs, pare-feu et antivirus (EDR) qui analyse le comportement de l'ordinateur et assure un contrôle externe 24/24, logiciel "espion" pédagogique complètent le dispositif. Les responsables sont en place, un "plan de résilience" en cas de cyber attaque est en cours, une simulation de cyber attaque est prévue avec l'ARS. Les liaisons VPN sont opérationnelles et le parc informatique est sécurisé mais tous les professionnels ne savent pas comment modifier leur mot de passe. A la suite d'une tentative d'intrusion à l'EHPAD signalée à l'ARS, le dispositif de protection a été renforcé : badges individuel, digicodes intérieurs, coffres dans les chambres, vestiaires fermant à clé, dispositifs pour travailleurs isolés, inventaire à l'entrée et à la sortie. La PUI est sécurisée. Une coordinatrice Développement durable est nommée sur le GHT depuis fin 2021 ; sept thématiques sont explorées : éco-conception des soins, énergie, déchets, achats, numérique, restauration, mobilité, et des actions sont engagées. Un poste de Conseiller transition est en place depuis 2022, les indicateurs sont suivis avec un référent par site. Il existe un numéro d'appel unique pour les urgences vitales, deux chariots d'urgence fonctionnels sont disponibles (SSR et EHPAD), ainsi qu'un DSA à l'étage de la salle de kinésithérapie. Les formations sont validées par le CESU de Rouen et dispensées à toutes les catégories de professionnels par un urgentiste de Dieppe, cependant aucun exercice de simulation n'est organisé en dehors des formations. Tous les outils nécessaires à la mise en œuvre des bonnes pratiques sont à disposition : procédures, protocoles à l'écriture desquels participent les professionnels, classeurs qualité à jour, interventions par la pharmacienne sur les risques médicamenteux, site intranet regroupant l'ensemble des formations et liens utiles. Les protocoles métiers sont disponibles dans le logiciel des médecins, des formations sont accessibles avec des experts : groupe formation médicale continue, réunions médicales thématiques pour les médecins généralistes et recours aux équipes mobiles (infectiologie, psychiatrie, douleur, soins palliatifs). L'établissement mène des revues de pertinence des pratiques (ex : nombre de scanners en lien avec le développement durable, pertinence des antibiotiques, des séjours). Les indicateurs sont exploités et communiqués, les plans d'actions suivis, réévalués (challenges), les EPP sont réalisées en routine et les résultats des différents audits sont présentés et discutés. La déclaration des évènements indésirables est sous format papier, le circuit est identifié avec réponse systématique au déclarant. Les professionnels se sont approprié le dispositif y compris pour les presqu'accidents et bénéficient de CREX mensuel. Tous les comptes-rendus de toutes les instances sont visibles sur l'intranet, trois journaux sont diffusés pour les équipes (Journal qualité, Echo du CREX, Journal pour l'amélioration continue), et l'"Echo des collèges médicaux" fait circuler l'information. Les résultats des bilans et des audits sont présentés en CMUG.

Table des Annexes

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	760780031	CENTRE HOSPITALIER DU GRAND LARGE DE SAINT VALERY EN CAUX	17 rue jeanne armand colin 76460 Saint-Valery-En-Caux FRANCE
Établissement principal	760000026	CENTRE HOSPITALIER DU GRAND LARGE DE SAINT VALERY EN CAUX	17 rue jeanne armand colin 76460 Saint Valery En Caux FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Non
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SSR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	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 SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	19
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	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	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
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	Audit système	Coordination territoriale		
2	Audit système	Engagement patient		
3	Audit système	Leadership		
4	Audit système	Dynamique d'amélioration		
5	Audit système	Maitrise des risques		
6	Audit système	QVT & Travail en équipe		
7	Audit système	Représentants des usagers		
8	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque per os ou injectable
9	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins de suite et réadaptation	
10	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précaution complémentaire
11	Audit système	Entretien Professionnel		
	Audit	Entretien Professionnel		

12	système			
13	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique per os ou injectable
14	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI déclaré en N-1
15	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		transport assis ou couché
16	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif
17	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de suite et réadaptation	
18	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Soins de suite et réadaptation	
19	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NA

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

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – Juin 2023