



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

# **CENTRE HOSPITALIER DU BELVEDERE**

72 rue louis pasteur  
Bp45  
76131 MONT ST AIGNAN



Validé par la HAS en Juin 2023

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://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	14
Chapitre 3 : L'établissement	17
Table des Annexes	20
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	21
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	22
Annexe 3. Programme de visite	26

# 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 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, 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 DU BELVEDERE	
Adresse	72 rue louis pasteur Bp45 76131 MONT ST AIGNAN Cedex 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	760780262	CENTRE HOSPITALIER DU BELVEDERE	72 rue louis pasteur Bp45 76131 Mont Saint Aignan FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

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

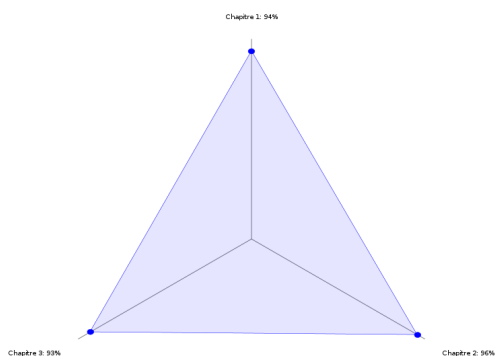


# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Maternité
Médecine
Pas de situation particulière
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement

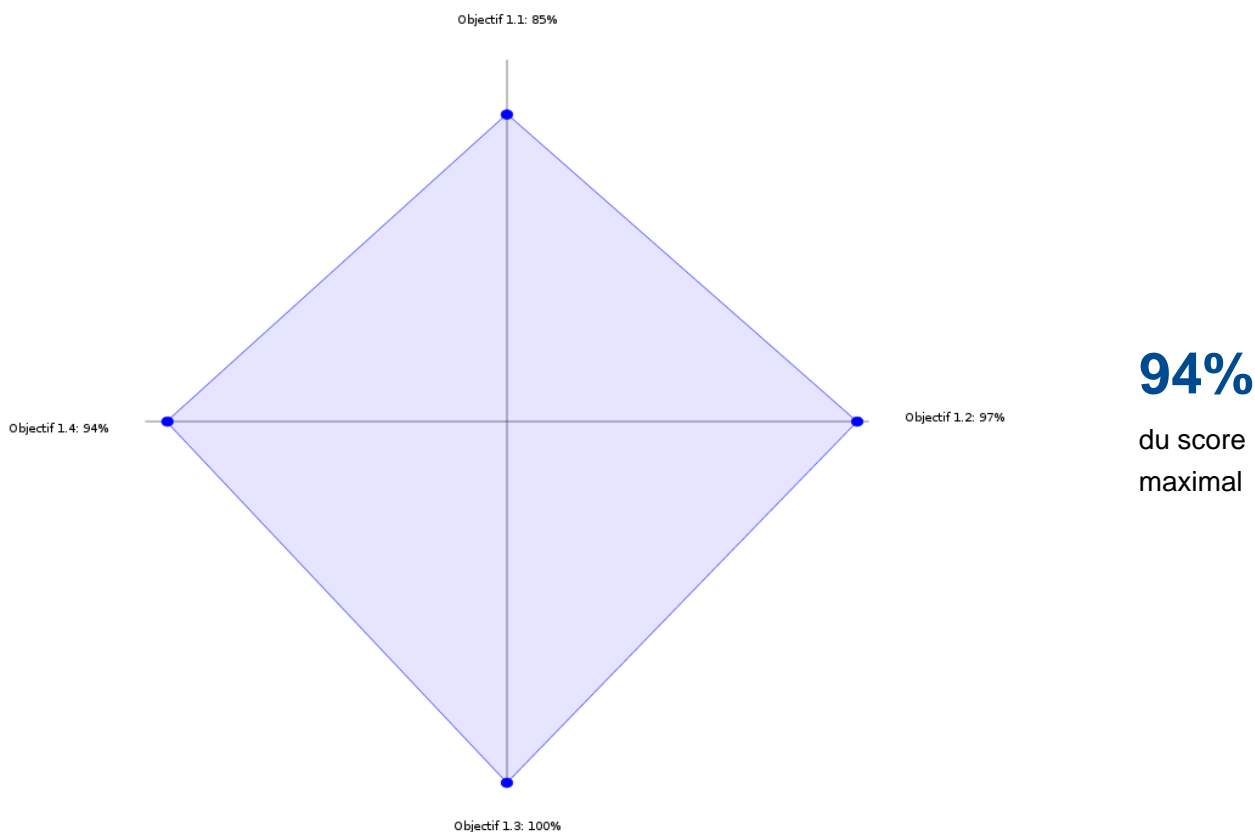
Au regard du profil de l'établissement, **108** critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient



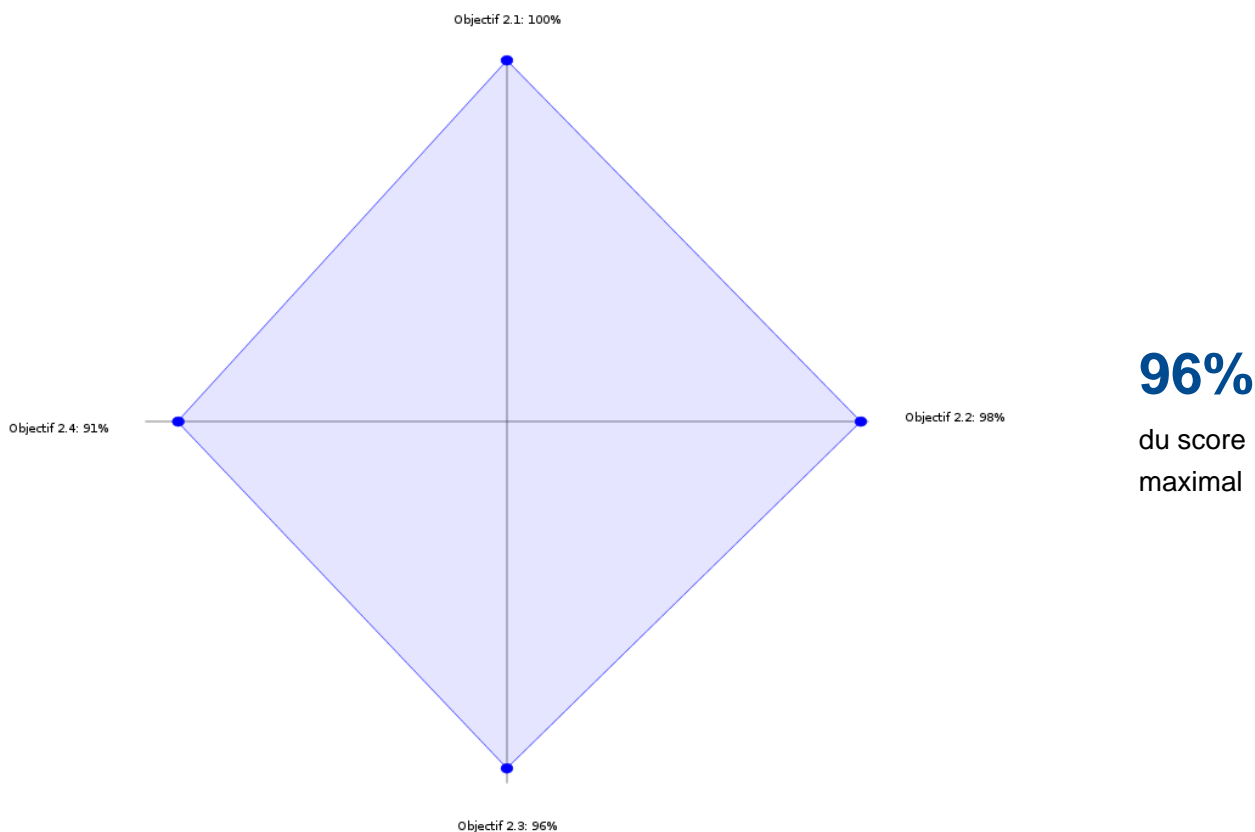
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	85%
1.2	Le patient est respecté.	97%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	94%

Le patient est informé et son implication recherchée. Le patient, plus exactement les femmes en grande majorité car il s'agit d'un établissement comportant, en dehors de trois lits de SSR pédiatrique, une maternité et de la chirurgie dédiée à la femme, sont informées tout au long de leur parcours de soins ; de nombreux documents d'information leur sont remis. Le formulaire de désignation de la personne de confiance est systématiquement donné et renseigné (document commun avec les directives anticipées). On peut mettre en relief le site internet permettant de rédiger le projet de naissance pour les futurs parents tout au long de ce dernier. Pour ce qui concerne les enfants hospitalisés en SSR, autre prise en charge proposée par l'établissement au sein d'une pouponnière, ils sont polyhandicapés et pour certains, placés à la demande de la justice. Les professionnels sont particulièrement attentifs à respecter les décisions de justice. Que ce soit pour

le projet de naissance, ou pour le projet de soins, les patientes sont associées activement et participent pleinement à leur élaboration. De la même manière, les équipes en SSR pédiatrique, dans la mesure du possible et du niveau de compréhension des enfants, essaient d'associer les enfants à leur prise en charge. Dans le cadre de la prise en charge en chirurgie ambulatoire concernant l'interruption volontaire de grossesse, le consentement libre et éclairé est sollicité tout au long du parcours de soins, comme pour d'autres actes réglementés. L'implication des patientes est aussi recherchée dans le cadre d'ateliers de portage des BB qui leur sont proposés, des consultations « allaitement » avec une hot line si difficultés 24 sur 24. Cependant, les patientes ne sont pas au courant qu'il y a des représentants d'usagers, car même si des informations sont données et affichées concernant leur rôle, il n'y a pas de livret d'accueil en maternité et en chirurgie. Un livret est disponible en SSR, et un passeport ambulatoire en chirurgie ambulatoire qui donnent de nombreuses informations. De la même manière, elles ne sont pas informées spécifiquement sur les modalités de soumettre une réclamation, ou déclarer un événement indésirable lié aux soins. L'établissement tient compte des enquêtes de satisfaction reçues et des remarques qui peuvent être émises, pour engager des actions d'amélioration (distribution des repas par exemple, et changement des heures à la demande des patientes). L'établissement a pour projet de travailler à un nouveau livret d'accueil avec la représentante des usagers qui a donné son accord. De nombreuses enquêtes de satisfaction sont mises en œuvre au sein de l'établissement, une générale sur l'établissement, en dehors de E- Satis, mais aussi une enquête en hôpital de jour et une en salle de naissance. La patiente est respectée, et sa dignité et son intimité sont assurées. Il a été constaté de manière constante et uniforme que l'ensemble des portes des chambres étaient fermées quelques soient les services. Les équipes prennent en compte le handicap tout particulièrement pour ce qui concerne les enfants de SSR, sinon, l'établissement peut accueillir toutes personnes handicapées malgré les contraintes architecturale. Toutefois, les locaux en suites de couches sont vétustes, et ne correspondent pas pour ce qui concerne les chambres aux attendus réglementaires et au confort que peuvent attendre de jeunes parents et leur bébés. La confidentialité des informations est respectée. Une procédure et une vigilance active pour la mettre en œuvre, sont en place pour ne pas divulguer la présence de certaines femmes qui le souhaitent ou sont en danger, de manière à les protéger. Les violences faites aux femmes sont recherchées systématiquement dès lors qu'une information, une attitude des patientes peuvent donner à le penser. La prise en charge de la douleur est protocolisée et mise en place, tout particulièrement en néonatalogie dans le cas des si besoin pour les NN. Toutefois, pour les patientes, l'utilisation d'une échelle pour réévaluer la douleur en cas de si besoin n'est pas systématique. Les proches et/ou les aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins. Tout est fait pour que les proches et aidants soient associés à la prise en charge et puissent rester présents auprès de leurs proches s'ils le souhaitent. Le projet de naissance est vraiment élaboré avec la femme et le co- parent, il peut évoluer tout au long de la grossesse. La présence du co-parent est facilitée non seulement en SC mais aussi en salle de naissance et au bloc lors d'une césarienne. Une caméra permet à la maman de suivre depuis la table de bloc ou elle est encore installée son nouveau-né qui va être examiné sur la table de réanimation infantile. Le co- parent peut rester en SSPI avec la maman jusqu'à sa sortie avec leur nouveau-né grâce à un paravent. En SSR pédiatrique, tout est mis en œuvre par l'équipe pour favoriser quand la justice le permet la visite des parents ; une salle spécifique est située à l'entrée du service dans des locaux bien séparés de la pouponnière. Ce lieu comporte des jouets mais aussi tout ce qu'il faut pour produire des soins d'hygiène aux enfants (« faire comme à la maison ») avec l'intention d'aider les parents à s'approprier ou réapproprier leurs rôles. Pour ce qui concerne la prise en charge des femmes, les plus fragiles, du moins celles qui nécessitent un peu plus de temps pour que le lien maman /BB se fasse dans de bonnes conditions, peuvent rester avec leur BB et le co- parent qui est aussi accueilli, dans une partie des lits kangourou et ainsi peuvent être plus longtemps et précisément suivies. Les conditions de vie sont prises en compte tout au long du parcours des femmes ; dans le cadre de la périnatalité, des staffs permettent de repérer et suivre les femmes plus en difficulté ; par contre de manière générale la population prise en charge au CH n'est pas spécifiquement en grandes difficultés sociales. Pour ce qui concerne les enfants du SSR, la situation sociale des parents ou des référents familiaux est toujours prise en compte, et le projet de soins de ces enfants adapté

à leur environnement familial, aux ordonnances de placement quand il y en a , et aux capacités de l'enfant au vu de son handicap.

## 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	98%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	96%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	91%

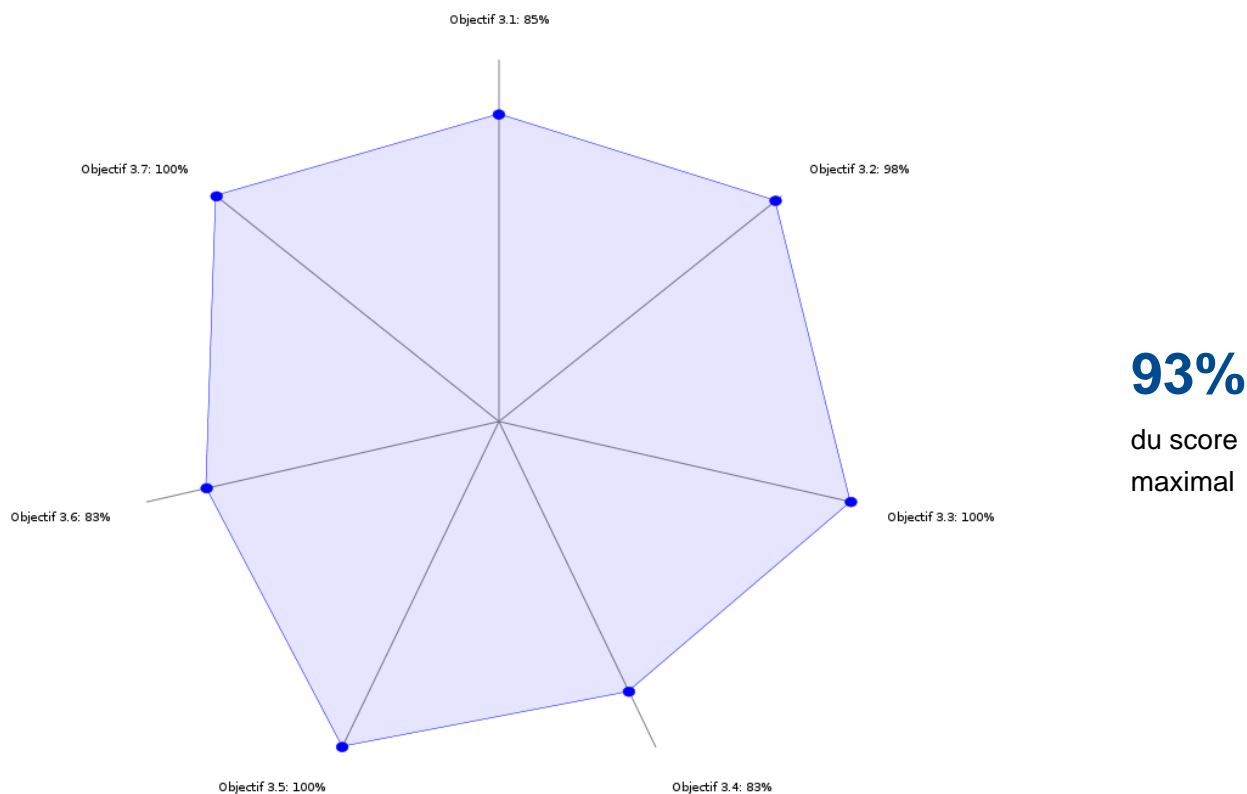
La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée en équipe. Pour ce qui concerne les femmes, que ce soit en chirurgie hospitalisation complète ou en ambulatoire, et enfin au sein de la maternité, les équipes sont attentives à s'interroger sur la pertinence des actes et prescriptions. Par exemple, pour la transfusion, pour chaque acte, l'analyse bénéfique/risque est réalisée. L'information pré transfusionnelle est donnée aux patientes, même si cette information n'est pas tracée systématiquement. Les enfants qui sont pris en charge au sein du SSR dans trois lits dédiés sont lourdement handicapés et ont des troubles du neuro développement. Ces lits se situent au sein d'une pouponnière qui accueille parallèlement des enfants de moins de 3 ans placés avec des difficultés sociales importantes, mais aussi de enfants ayant du pluri handicap plus léger. Les enfants sont adressés par des professionnels qui connaissent la structure et une procédure

d'admission avec une commission est en place. Pour ce qui concerne l'antibioprophylaxie, on peut souligner l'existence de protocoles concernant la prescription et le suivi des antibiotiques. L'établissement est attentif à former régulièrement les internes à la prescription des antibiotiques. Afin de faciliter la réévaluation de la prescription d'antibiotiques, la durée de sa prescription a été verrouillée à 48h dans le DSI, ce qui oblige à prescrire et s'interroger sur la pertinence, pour continuer le traitement ou l'arrêter, toutefois cette analyse n'est pas tracée en tant que telle dans le dossier. L'antibioprophylaxie n'est pas toujours tracée en pré opératoire, ou en consultation d'anesthésie, même si elle est bien réalisée. En 20219, une action d'évaluation de cette réévaluation des ATB à 48/72 heures a été menée, depuis cette action n'a pas été renouvelée. Les équipes sont coordonnées dans la prise en charge des patientes et des enfants en SSR. Les dossiers sont complets et accessibles malgré la difficulté d'avoir à la fois un support numérique et un support papier, et les informations présentes ne sont pas redondantes. Le projet de naissance est coordonné dès la première consultation, on peut mettre en relief le site internet permettant la rédaction du projet de naissance et ses évolutions tout au long de la grossesse. Le projet de soins en chirurgie est mis en place, que ce soit en chirurgie complète plutôt axé sur la chirurgie plastique suite à une prise en charge de l'obésité morbide ou en chirurgie ambulatoire avec une importante activité d'IVG chirurgicale. La patiente est constamment associée et son consentement requis à toutes les étapes. En cas de besoin, des réseaux experts sont sollicités, comme le réseau de périnatalité. Dans le cadre d'une démarche palliative qui concerne majoritairement les NN, les professionnels bénéficient de ressources d'accompagnement entre autres du soutien d'une psychologue. Le deuil et l'accompagnement de parents d'un NN décédé sont protocolisés et les cadres accompagnent les parents en chambre mortuaire, ils prennent en charge si c'est le souhait des parents les formalités. La lettre de liaison est remise le jour de la sortie, ces délais qui ont été revus et travaillés, ont bénéficié d'actions d'amélioration : ainsi le dispositif en place permet cette remise, et l'envoi dans la foulée aux médecin traitant. En SSR, un projet de soins est construit et l'accueil hors urgence travaillé avec l'équipe et adapté à chaque enfant. Les enfants pris en charge sont souvent amenés à rester de nombreux mois, avec une dérogation, à rester après l'âge de trois ans le temps de structurer et définir la suite de leur parcours qui exceptionnellement consiste à un retour quand il y a encore des droits donnés aux parents, à domicile. C'est une équipe qui fait régulièrement des staffs et si nécessaire des rencontres flash, pour traiter d'un problème ou d'une situation aigue. L'organisation est basée sur des groupes de 6 enfants constituant des maisons avec une AP référente pour chaque enfant. Des bilans sont faits mensuellement et de manière très approfondie tous les trois mois, le projet de soins est construit autour du devenir de ces enfants, le dossier est bien structuré et comporte les éléments nécessaires, les enfants sortent de la structure avec une fiche de sortie de synthèse et les affaires nécessaires au continuum de l'appropriation de leur environnement. En chirurgie ambulatoire, une sage-femme est formée dans le cadre d'un protocole expérimental pour réaliser les IVG chirurgicales, cette expérimentation a pu être développée car s'inscrivant dans une coordination des équipes. En salle de césarienne, l'équipe utilise la check-list générique de chirurgie qui pourrait être adaptée à la césarienne, car cette dernière existe. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques Les équipes maîtrisent leurs risques, et développent des bonnes pratiques. En obstétrique et pour le risque infectieux, de nombreux protocoles tous actualisés correspondant aux évolutions de pratiques et de la réglementation existent et sont connus. Une formation annuelle de l'ensemble des professionnels est menée sur une journée par l'EOH. Une démarche de gestion du risque infectieux complète et développée auprès de l'ensemble des professionnels est en place toutefois, pour les sondes endovaginales, il n'y a pas de traçabilité de leur entretien. On note une couverture vaccinale contre la grippe importante et connue en termes de pourcentage des professionnels. Un système de vaccination au sein de l'établissement permet de faciliter cet engagement. Pour les vigilances, elles ont en place, connues et fonctionnent. Un travail conséquent a été réalisé concernant l'identitovigilance. Le risque d'erreur est tout à fait identifié, par exemple, les brancardiers y sont particulièrement attentifs ; ils ont d'ailleurs une parfaite connaissance du process transport qu'ils respectent. Le volume de PSL délivré est assez réduit, l'établissement le sait et pour encadrer ce risque, une réflexion a été menée sur la sécurisation du circuit. Le taux de destruction des PSL est extrêmement bas : moins d'un %. L'HPP est suivie et protocolisée. Concernant le

circuit du médicament, il est structuré et sécurisé. Une action menée dernièrement par les professionnels de la PUI a été de définir et mettre en œuvre de nouvelles règles de rangement de l'armoire à pharmacie des services. La conciliation médicamenteuse qui structure le parcours des patientes est menée par la responsable de la pharmacie. En SSR, la prescription médicamenteuse est réalisée sur papier car non possible dans le logiciel pour une longue durée, les enfants restant des mois et même des années. Des codes couleur ont été définis pour tracer l'administration sur des feuilles dédiées : blanche si le traitement est habituel, rose s'il est aigu et vert pour l'urgence. Cette démarche est protocolisée, et les protocoles accessibles et connus. Toutefois, le chariot de soins en chirurgie ambulatoire, en chirurgie HC et en suite de couches n'est pas sécurisée car le stockage des médicaments se fait dans des tiroirs non fermés à clef. Ce n'est pas le cas en SSR et sur les plateaux techniques. L'établissement s'est engagé à mettre en place des charriots avec des tiroirs fermant à clef ; dans l'entre deux les charriots sont rentrés dans les postes de soins, mais ces derniers ne sont pas eux-mêmes fermés à clef. Enfin, l'autorisation de sortie de SSPI pouvait donner lieu à la signature de l'IADE mais pas avec certitude de l'anesthésiste ; le formulaire a été revu lors de la visite et mis en place en SSPI. Les équipes évaluent leurs pratiques régulièrement. Elles mènent des actions spécifiques d'évaluation. Deux EPP ont été menées concernant l'antibioprophylaxie avec un plan d'action ; et une réflexion sur le meilleur moment pour l'antibioprophylaxie lors d'une césarienne. De nombreux audits de pratiques sont menés autour du risque infectieux liées au recueil et à l'analyse des ISO. Lors de staffs réguliers, les équipes évaluent le délai d'appel des césariennes en urgence, les délais concernant l'arrivée du pédiatre, celle de l'obstétricien, mais aussi le nombre de ré hospitalisation à 48 voire 72 heures. Toutefois, La traçabilité de certaines démarches et actions comme des audits ou revues de dossier qui sont effectivement réalisés et dont les résultats sont présentés en staffs sont non tracées systématiquement. L'analyse des FEI est en place et structurée avec une procédure de gestion et des référents qui prennent en charge l'analyse et la gestion des actions mises en place dans un deuxième temps. Cette analyse est présentée en commission qualité de manière mensuelle, en présence d'un RU qui y est invité et y participe quasi systématiquement. Des RMM sont menées pour les événements significatifs et/ou graves. Ainsi, une RMM concernant le décès d'un enfant a dernièrement été menée avec le réseau de périnatalité. La méthode ALARM est utilisée, des actions d'amélioration engagées.



# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	85%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	98%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	83%
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	83%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

Les orientations stratégiques de l'établissement sont établies en cohérence avec le territoire. Un partenariat fort est en place avec la maternité du CHU depuis deux ans dans le cadre d'une fédération médicale inter établissement, complétée par la mise en place d'une direction commune. Cette structuration dans le cadre du GHT est soutenue par l'ARS L'établissement est donc dirigé par une directrice déléguée, certains médecins

sont en poste partagé (entre autre un obstétricien, un anesthésiste, et trois sages-femmes ; ils complètent ainsi l'équipe du CH du Belvédère. Cette organisation permet des échanges, bien entendu en termes de pratiques mais aussi dans le cadre de la recherche et surtout une complémentarité sur le territoire dans le cadre de la prise en charge des femmes à tous les âges de la vie. Une troisième maternité privée intervient sur le territoire de santé et travaille aussi en partenariat. D'autres partenaires sont des interlocuteurs réguliers et assurent avec l'établissement la prise en charge, tout d'abord le réseau de périnatalité avec des RMM communes, l'équipe mobile de périnatalité du CH du Rouvray, qui assure un staff au sein du CH, mais aussi une association de sages-femmes libérales de Normandie. Les sages-femmes de PMI ont un fort lien fonctionnel sur le suivi des futures mamans et participent aussi à des staffs et à une revue annuelle des mamans suivies de commun. Des consultations avancées sont organisées dans trois hôpitaux du GHT. Un staff multi disciplinaire est organisé avec le CHU concernant la prise en charge de l'endométriopse portant sur une cohorte de patiente dans chaque établissement. Pour ce qui concerne la recherche, cinq études sont en cours auxquelles participent le CH du Belvédère, Malgré les forts partenariats extérieurs et échanges d'informations nécessaires au suivi des patientes, Il n'y a pas d'alimentation du DMP et du dossier pharmaceutique encore systématisée.

L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement. L'établissement soutient l'engagement patient, il recueille leur expression que ce soit lors d'enquêtes de satisfaction, plusieurs types existent ; un questionnaire spécifique a été élaboré pour l'HDJ, comme pour la salle de naissance. De nombreux thèmes ou actions reposent sur l'expérience patient, comme des ateliers de portage, des ateliers allaitement... De nombreuses actions de formations sont menées concernant la communication, avec l'hypnose conversationnelle, ainsi que des formations permettant le repérage des fragilités/ vulnérabilités, avec entre autres la mise en place de l'entretien post natal précoce à quatre semaines après la naissance. L'établissement promeut la bientraitance, avec un axe fort concernant les violences faites aux femmes. Un travail de fond est réalisé dans le cadre de l'accompagnement de parents endeuillés, avec systématiquement l'accueil en chambre mortuaire des parents par l'encadrement. L'établissement met en place des actions pour les patientes vulnérables, même si effectivement la population accueillie n'est pas spécifiquement en grande difficulté sociale. Par exemple, six lits kangourou permettent de garder plus longtemps et d'accompagner des mamans qui ont besoin de soutien social et psychologiques pendant ces premières semaines de la naissance. Un protocole est en cours d'élaboration sur la prise en charge des mamans déficientes intellectuelles. Les locaux sont accessibles aux personnes handicapées, avec de la reconnaissance vocale dans les ascenseurs et des chambres adaptées pour les personnes en fauteuil. L'établissement organise l'accès à son dossier des patients, les délais sont suivis et réglementaires. Toutefois, l'expertise patient reste à développer, les patients ne participent pas encore à des démarches collectives de développement des pratiques, même si les RMM sont exposées dans le détail en comité qualité de soins auquel participe la représentante des usagers. De la même manière, le projet d'établissement ne comporte pas de projet usager, toutefois, la représentante des usagers est activement associée aux projets de l'établissement. La gouvernance fait preuve de leadership. La gouvernance qui repose sur une direction commune, et une fédération médicale inter hospitalière met en œuvre une culture positive de l'erreur, et décline une politique qualité/gestion des risques au sein de l'établissement. Une représentante des usagers de la CDU participe d'ailleurs au comité qualité des soins mensuel. Dans les différents services, des rencontres sont organisées au moins deux fois l'an par la responsable qualité avec les équipes pour échanger sur les différents indicateurs et audits mis en œuvre. Un "qualité book" permet de renforcer la communication. Pour ce qui concerne les ressources humaines, la gouvernance s'assure de leur adéquation par rapport aux besoins, et de l'accompagnement des professionnels qui viennent en remplacement. Les responsables sont accompagnés dans leur exercice, et l'établissement soutient les projets cadres. Un cadre s'est formé au stand up meeting et va le déployer au sein de l'établissement. L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences. Le travail en équipe est favorisé, avec de nombreux staffs internes à l'établissement, mais aussi partagés avec d'autres acteurs hors établissement : on peut citer le staff anténatal. Les professionnels sont associés à la réflexion liée aux projets restructurant de l'établissement : le capacitaire de suites de couches par exemple. L'établissement

promeut le développement des compétences, et met en place mes actions de formation adaptées. Une sage-femme soutenue par l'établissement et l'équipe est dans un protocole et réalise des IVG chirurgicales. Lors des différents staffs et des revues de dossiers, les équipes mènent toujours selon les événements traités un questionnement éthique sur la bienveillance obstétricale. S'il s'avère nécessaire d'accompagner certains professionnels, des accompagnements sont mis en place pour développer leurs compétences. Il n'y a pas dans l'établissement d'équipe qui développent spécifiquement des démarches d'accréditation en équipe même si la CME a validé un projet de développement de ce type de démarche. Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance. Il existe une politique QVT inscrite dans les axes stratégiques de l'établissement. Un COPIL QVT est en place avec un plan d'action construit en accord avec les représentants du personnel de l'établissement. Cette politique tient compte de la pyramide des âges des professionnels. Un des axes de cette politique porte sur les RPS. Des dispositifs de soutien sont mis en œuvre pour accompagner les professionnels en difficultés. Par exemple, un changement de service peut être opéré et surtout un accompagnement concernant les pratiques et un tutorat si nécessaire. Des dispositifs « Vie ma Vie » ont été mis en œuvre et sont très appréciés, par exemple dans le cadre du transfert du service de stérilisation du CH du Belvédère au CHU. En cas de conflit, le premier niveau d'encadrement est le cadre de proximité puis si le conflit ne trouve pas de solution, une médiation au niveau de l'encadrement supérieur puis au niveau de la région peut être déployée. L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques. Une réponse adaptée est en place pour les situations sanitaires exceptionnelles qui correspondent aux caractéristiques de l'établissement. La crise Covid a amené à réunir très régulièrement une cellule de crise. D'autres événements concernant la prise en charge des futures mamans ont amené aussi à mettre en place des plans de crise : par exemple une grève des Sages-femmes dans une clinique de Rouen, ou par exemple des tensions sur les lits en néonatalogie au CHU, avec des transferts de BB et mamans. Un plan de sécurisation de l'établissement existe, les risques sont connus et maîtrisés : enlèvement d'enfants, cyberattaques, ; .. Le site est fermé la nuit, et des caméras de surveillance sont en place. Les consommations d'énergie sont connues et suivies. Certaines chambres bénéficient de la présence d'un coffre où les patientes pourraient déposer leurs valeurs, elles ne sont pas systématiquement informées de cette possibilité. Le caractère ancien si ce n'est vétuste des bâtiments nécessite de l'isolation qui est mise en place, par exemple un plan d'isolation des combles est en cours. L'établissement n'a pas encore mené un diagnostic initial concernant sa politique en termes de développement durable ni défini un plan d'actions. Il a par contre nommé un référent développement durable. L'état du bâtiment n'est pas complètement adapté à un exercice clinique, en suites de couches, les déchets sont stockés dans un recoin de couloir dans des containers fermés et donc sécurisés mais pas dans un local fermé, les déchets sont donc accessibles au public. Ce n'est pas le cas en SSR, le bâtiment étant récent et bien entendu sur les plateaux techniques. L'existence de demi paliers comme cela se faisait il y a plus de cent ans ne permet pas de collecter de manière fluide ces déchets et sur tout de les stocker dans un local dédié. Un projet de reconstruction ajourné devait pallier cette difficulté. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. L'établissement développe une démarche qualité, il s'appuie sur des professionnels formés et référents et tous les mois organisent une commission qualité et sécurité à laquelle participe une représentante des usagers. Les FEI sont déclarées et analysées dans un circuit connu et défini. Des professionnels suivant les thématiques sont désignés pour mener l'analyse et suivre un plan d'action si cela se justifie. Les IQSS sont communiqués et présentés aux équipes lors de rencontre qualité. Lors de staffs et de revues de dossiers de nombreux indicateurs sont suivis et donnent lieu à des actions d'amélioration si nécessaire. L'inclusion des patientes dans des cohortes est promue, les professionnels participent aussi à des essais cliniques. Les médecins de l'établissement qui exercent des pratiques à risques ne sont pas accrédités, la CME a validé l'engagement de l'établissement et de certains services dans l'accréditation en équipe.

# 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	760780262	CENTRE HOSPITALIER DU BELVEDERE	72 rue louis pasteur Bp45 76131 Mont Saint Aignan FRANCE
Établissement principal	760000182	CENTRE HOSPITALIER DU BELVEDERE	72 rue louis pasteur Bp45 76131 MONT ST AIGNAN Cedex 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	14
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	8
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	53
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	2
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	4
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	55
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	3
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)	5
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Enfant et adolescent Adulte Hospitalisation complète Médecine Maternité	
2	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque
3	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
4	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		A faire
5	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		chirurgie
6	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Médecine Chirurgie et interventionnel	
7	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Pharmacie-unité Kougourou

8	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p> <p>Maternité</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
9	Audit système	Dynamique d'amélioration		
10	Audit système	Entretien Professionnel		
11	Audit système	Entretien Professionnel		
12	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p>	
13	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	

14	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		antibioprophylaxie - per opératoire
15	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
16	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
17	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
18	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
19	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		IAS
	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p>	

20			Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète Maternité	
21	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Soins de suite et réadaptation	
22	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		IAS
23	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète Maternité	
24	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EIG
25	Audit système	QVT & Travail en équipe		
26	Audit système	Représentants des usagers		
27	Audit système	Maitrise des risques		
28	Audit système	Leadership		
29	Audit système	Engagement patient		
30	Audit système	Coordination territoriale		
31	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque + ATB
	Parcours		Tout l'établissement	

32	traceur		Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Enfant et adolescent Adulte Hospitalisation complète Médecine Maternité Chirurgie et interventionnel	
33	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
34	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque + ATB
35	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	
36	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie - Per opératoire
37	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
	Parcours		Tout l'établissement	

38	traceur		Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
39	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
40	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
41	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
42	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Adulte	

			Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
43	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Soins de suite et réadaptation	
44	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Maternité	
45	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie - Per opératoire
46	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
47	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque + ATB
48	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Enfant et adolescent Adulte Hospitalisation complète Médecine Maternité	
49	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport intra-hospitalier des



				patients
50	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Gestion des PSL
51	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Maternité	
52	Audit système	Entretien Professionnel		
53	Audit système	Entretien Professionnel		
54	Traceur ciblé	Prélèvement et greffe d'organes et de tissus		NA
55	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Enfant et adolescent Hospitalisation complète Soins de suite et réadaptation	
56	Audit système	Représentants des usagers		
57	Audit système	QVT & Travail en équipe		
58	Audit système	Leadership		
59	Audit système	Dynamique d'amélioration		
60	Audit système	Maitrise des risques		

61	Audit système	Engagement patient		
62	Audit système	Coordination territoriale		
63	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		Gestion des EIG
64	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p> <p>Maternité</p>	

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

