HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER ASSELIN HEDELIN

7 Rue du Champ de Courses
76190 Yvetot



Validé par la HAS en Octobre 2026

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 – Octobre 2026

Sommaire

Préambule 4
Présentation 5
Les critères évalués 6
Les évaluations réalisées pendant la visite 7
La décision 8
Les résultats 10
  Les résultats des critères impératifs et avancés 11
Chapitre 1 : Le patient 14
  Résultats du chapitre 1 : Objectifs 14
  Synthèse du chapitre 1 15
  Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient 17
  Objectif 1.2 : L'information du patient 18
  Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins 19
  Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement 20
Chapitre 2 : Les équipes de soins 21
  Résultats du chapitre 2 : Objectifs 21
  Synthèse du chapitre 2 22
  Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient 26
  Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques 27
  Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation 29
Chapitre 3 : L'établissement 30
  Résultats du chapitre 3 : Objectifs 30
  Synthèse du chapitre 3 31
  Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins 34
  Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences 35
  Objectif 3.3 : Le positionnement territorial 37
  Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques 38

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 de santé 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. Elle est un des outils de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par eux. 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. Par ailleurs, elle favorise la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Elle est une certification globale et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

L'évaluation s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers… Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS.

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 son accréditation pour son activité de certification.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER ASSELIN HEDELIN	
Adresse	7 Rue du Champ de Courses 76190 Yvetot FRANCE
Département / Région	Seine-Maritime / Normandie
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	760780254	CENTRE HOSPITALIER ASSELIN-HEDELIN	7 Rue du Champ de Courses 76190 Yvetot FRANCE
Établissement principal	760000174	CENTRE HOSPITALIER ASSELIN-HEDELIN	7 Rue du Champ de Courses 76190 Yvetot FRANCE

Les critères évalués

Chaque établissement de santé est évalué sur des critères génériques, applicables à tous les l'établissements, et sur des critères spécifiques à son activité : secteurs à risques, population, mode de prise en charge, etc. En l'espèce, l'établissement a été évalué sur les critères génériques et sur les critères spécifiques suivants :

Secteur d'activité
Soins Médicaux et de Réadaptation

Population
Patient âgé

Les évaluations réalisées pendant la visite

Pendant la visite, les évaluations s'appuient sur des méthodes définies par la HAS. En l'espèce, les experts-visiteurs ont :



Rencontré **2** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



Evalué **2** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **7** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

- 1 évènement(s) indésirable(s) associé(s) aux soins
- 2 médicament(s) et des produit(s) de santé
- 0 acte(s) interventionnel(s)
- 2 mesure(s) de prévention des infections associées aux soins
- 1 transfusion(s) sanguine(s)
- 0 appel(s) au SAMU / sortie(s) du SMUR
- 0 prescription(s) d'isolement
- 1 prescription(s) de restrictions de libertés
- 0 acte(s) d'électroconvulsivothérapie



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **11** équipes de professionnels de terrain pour évaluer les organisations et leur déclinaison opérationnelle autour de 5 thèmes :

- Le management par la qualité et les risques
- Le positionnement territorial
- L'engagement des patients
- La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences
- La maîtrise des risques numériques



Observé les conditions générales de qualité et de sécurité des soins dans des services

La décision

La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification, valable 4 ans, qu'elle peut assortir d'une mention « Haute qualité des soins » ;
- une décision de certification sous conditions impliquant une nouvelle visite dans un délai maximum de 2 ans ;
- une décision de non-certification impliquant une nouvelle visite dans un délai maximum de 2 ans ;

Pour prendre sa décision, la HAS se base sur :

- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) ;
- la criticité des anomalies éventuellement constatées sur les critères impératifs ;
- les observations de l'établissement

En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la HAS décide la certification sous conditions. En prévision d'une seconde visite organisée dans 15 mois, la HAS encourage prioritairement à :

- Engager un vrai travail concernant le suivi des indicateurs cliniques par les équipes de soins, leur analyse, le suivi des actions engagées et réaliser des analyses de pertinence des parcours ;
- Renforcer la culture qualité des équipes de soins ;
- S'assurer qu'une surveillance des taux d'infection liés aux DMI est opérationnelle ;
- S'assurer que les compte-rendus d'examen d'imagerie contiennent les doses reçues de rayonnement ionisant et faire une analyse de pertinence des prescriptions desdits rayonnements ;
- S'assurer de la bonne appropriation du fonctionnement de la prise en charge des urgences vitales par ses professionnels, notamment via la mise en place d'exercices de mise en situation ;
- Faire mieux connaître aux patients leurs droits généraux en tant qu'usagers, tant sur leurs représentants que sur les déclarations d'EIAS et impliquer des patients partenaires dans certaines actions qualité ;
- Formaliser un projet des usagers et impliquer ses RU dans la définition de la politique qualité ;
- Mettre en place un programme de bon usage des antibiotiques.

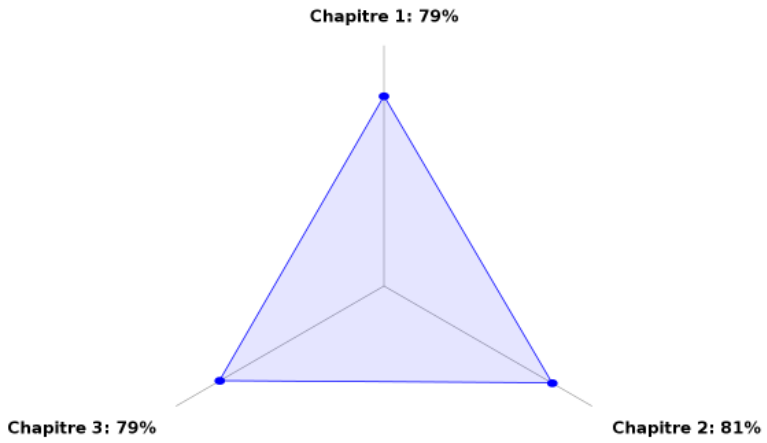
Au-delà de ces priorités et à l'issue de cette seconde visite, si l'établissement satisfait aux attendus du référentiel, la HAS prononcera une certification, avec ou sans mention – à défaut, elle prononcera une non-certification. Dans l'intervalle, la HAS invite l'établissement à se rapprocher de l'Agence Régionale de Santé et des structures nationales et régionales susceptibles d'apporter un appui et un

accompagnement dans la démarche qualité et sécurité des soins.

Les résultats

A l'instar du référentiel, les résultats quantitatifs et qualitatifs des évaluations se traduisent dans ce rapport articulé en 3 chapitres :

- Un premier concerne le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, son engagement recherché, ses besoins, attentes et préférences pris en compte. Au-delà de son engagement dans sa prise en charge, son implication comme partenaire est favorisée par l'expression notamment de son expérience.
- Un deuxième concerne les équipes de soins. 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 aux pratiques et dans les secteurs à risques majeurs.
- Un troisième 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.



Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	79%
Chapitre 2	Les équipes de soins	81%
Chapitre 3	L'établissement	79%

Les résultats des critères impératifs et avancés

Le référentiel comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards qui correspondent aux attendus de la certification ;
- des critères impératifs qui correspondent à des exigences prioritaires ;
- des critères avancés qui correspondent à des pistes de réflexion pour améliorer la qualité et la sécurité des soins mais qui ne sont pas exigibles à ce jour. Ils correspondent aux potentiels critères standards de demain.

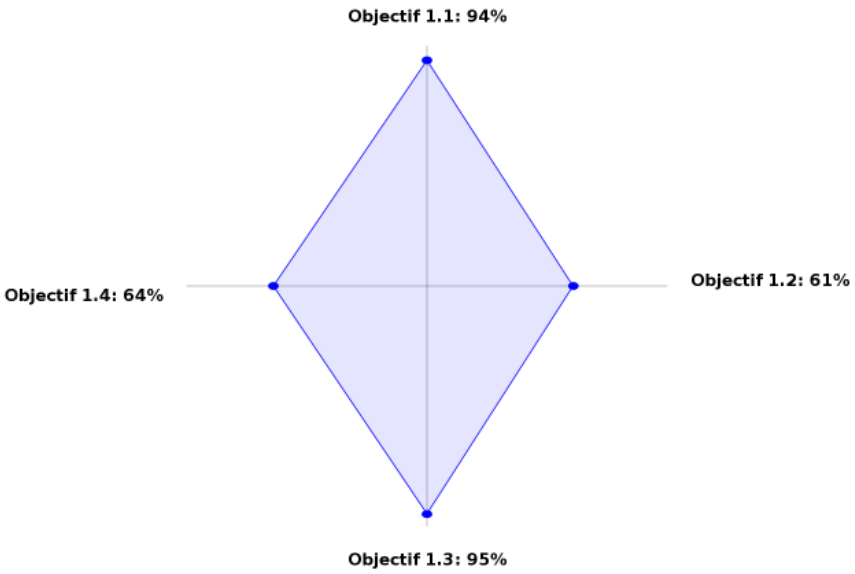
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	100%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Non Applicable
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante	100%
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	75%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	75%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	83%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des évènements indésirables dont les presqu'accidents	100%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	92%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	33%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	Non Applicable
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	25%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	0%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **79%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	94%
1.2	L'information du patient	61%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	95%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	64%

Synthèse du chapitre 1

Les droits des patients sont respectés.

Les pratiques observées dans l'ensemble de l'établissement ont montré une attention à l'intimité et la dignité du patient. Les locaux sont propres, adaptés aux prises en charge, sécurisés et accessibles à toutes formes de handicap. Les chambres sont en grande majorité individuelles. Au total, 4 chambres doubles sont installées au sein des services Médecine et SMR. Des rideaux permettent de préserver l'intimité des patients. Les sanitaires sont organisés et partagés entre 2 chambres.

La confidentialité est préservée dans l'ensemble de l'établissement (locaux et pratiques). Des salons famille sont à disposition pour des entretiens éventuels. Les portes des chambres peuvent être laissées ouvertes à la demande des patients. Dans ce cas, la traçabilité est effective dans le Dossier Patient.

Les directives anticipées sont abordées par les professionnels médicaux et para médicaux. La traçabilité du recueil est effective dans le Dossier Patient.

La prise en charge de la douleur tant physique que psychique est anticipée, organisée et tracée. La douleur est régulièrement questionnée avec des échelles adaptées. Des prescriptions anticipées sont réalisées avec des valeurs seuil. Les professionnels utilisent par ailleurs les traitements non médicamenteux à visée antalgique comme les vessies de glace et les changements de positon. Ils sont formés à la sophrologie, au toucher- massage, à l'hypnose conversationnelle, à la musicothérapie.

Les professionnels font preuve de bienveillance. Ils veillent au consentement du patient. Ils mettent en place une écoute adaptée. Ils connaissent les modalités de déclaration de maltraitances externes. Ils s'appuient sur l'assistant social de l'établissement. Une charte bientraitance est affichée dans les services. Une attention particulière est instaurée en direction des patients vulnérables (personnes âgées, personnes porteuses d'un handicap, précarité sociale)

L'assistant social de l'établissement, rencontre les patients et leurs proches en cas de besoin (préparation sortie, relais, précarité sociale…). Il réalise une évaluation de la vulnérabilité et met en place les aides nécessaires.

Les professionnels veillent au maintien de l'autonomie et accompagnent les patients en situation de handicap. Ils disposent de matériel en nombre (lève malades, verticalisateurs, fauteuil adaptés, matériel ergonomique pour manger et boire, lit -douche, shampoing au lit).

Les formalités concernant les décès sont connues des professionnels. L'établissement dispose d'une chambre mortuaire de 4 places et 1 salle de présentation. La majorité des défunts sont rapidement pris en charge par les pompes funèbres.

Le patient est informé en partie.

Le patient bénéficie d'informations adaptées, retrouvées dans le livret d'accueil et sur les différents panneaux d'affichages : droits et devoirs, modalités de prise en charge, représentants des usagers… Malgré l'ensemble des documents institutionnels réalisés, régulièrement délivrés (2 patients déclarent ne pas l'avoir reçu) et affichés, les patients disent ne pas connaitre les représentants des usagers, la

déclaration des événements indésirables, les possibilités de médiation, le rôle de la personne de confiance, l'accès au dossier, le rôle des bracelets d'identification… La procédure d'accompagnement de remise du livret d'accueil mise en place depuis le début d'année par les équipes, va être renforcée.

Le projet de sortie est préparé dès l'entrée avec prise en charge sociale et avec recherche des relais. Elle se fait en fonction des souhaits du patient, de ses besoins, de ses capacités. Les professionnels disposent d'une check-list. La lettre de liaison est remise à la sortie ainsi que les ordonnances, les rendez-vous, les transmissions soignantes. Mais, ces documents ne sont pas versés au DMP, l'établissement ayant des difficultés d'interconnexion. La traçabilité de la sortie est effective dans le dossier. Les patients ont la possibilité d'appeler le service après leur sortie en cas de besoin.

Le patient est impliqué dans son projet de soins.

Son consentement libre et éclairé est recueilli et tracé. La personne de confiance est recueillie et tracée. Mais, certains patients n'en connaissent pas le rôle. Le patient participe à l'élaboration de son projet thérapeutique. Il est informé de son diagnostic, et de sa prise en charge. Ses besoins et ses préférences sont recueillis et réévalués régulièrement. Son autonomie est préservée grâce à une adaptation des soins aux besoins et à la prise en compte du risque de dépendance iatrogène des personnes âgées (kiné, APA, ergothérapeute). Les prises en charges sont personnalisées. Des messages de santé publique sont affichés. Le projet de soins est personnalisé selon la situation du patient (précarité sociale, handicap…).

Les proches et aidants sont impliqués dans la prise en charge du patient selon les souhaits de celui-ci.

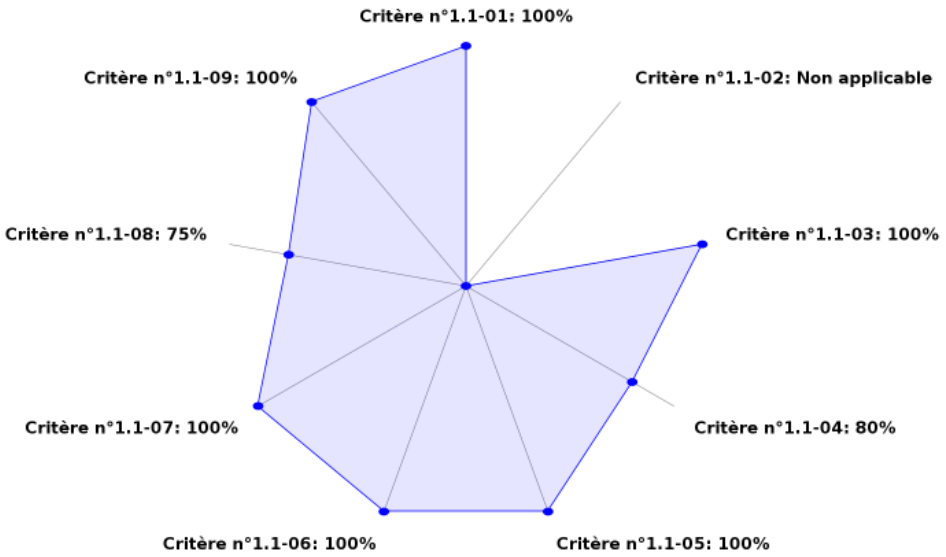
Le patient et ou son entourage et ses représentants sont en partie impliqués dans la vie de l'établissement.

Le patient peut faire part de sa satisfaction sur e-satis (peu de retours), et ou sur un questionnaire de sortie papier remis en fin de séjour. Une boîte à lettres spécifique est mise à disposition. Les taux de retour des questionnaires papier est de 45% en moyenne. Les analyses des questionnaires, auxquelles les équipes ne participent pas, sont réalisées par le COPIL Qualité puis présentées en CDU. L'expérience du patient est prise en compte tout au long de sa prise en charge afin de réajuster son projet thérapeutique. Les résultats de la satisfaction et de l'expérience du patient sont partagés régulièrement avec les équipes. Toutefois celles-ci, malgré leur connaissance des Représentants des Usagers et de la commission des représentants des usagers, ne connaissent pas les actions qui ont été proposées.

Une représentante des usagers est impliquée au sein de la Commission Des Usagers. Ses coordonnées sont affichées dans les unités de soins et dans le livret d'accueil. Elle participe au COPIL Qualité. Elle a accès à l'ensemble des informations (enquêtes de satisfaction, événements indésirables, plaintes, réclamations, suivi du PAQSS). Elle participe aux différentes analyses, aux Comités de Retour d'Expériences (CREX) et à la réalisation des PROMS. Cependant, elle n'a pas participé à la définition de la politique qualité et il n'y a pas de projet des usagers.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

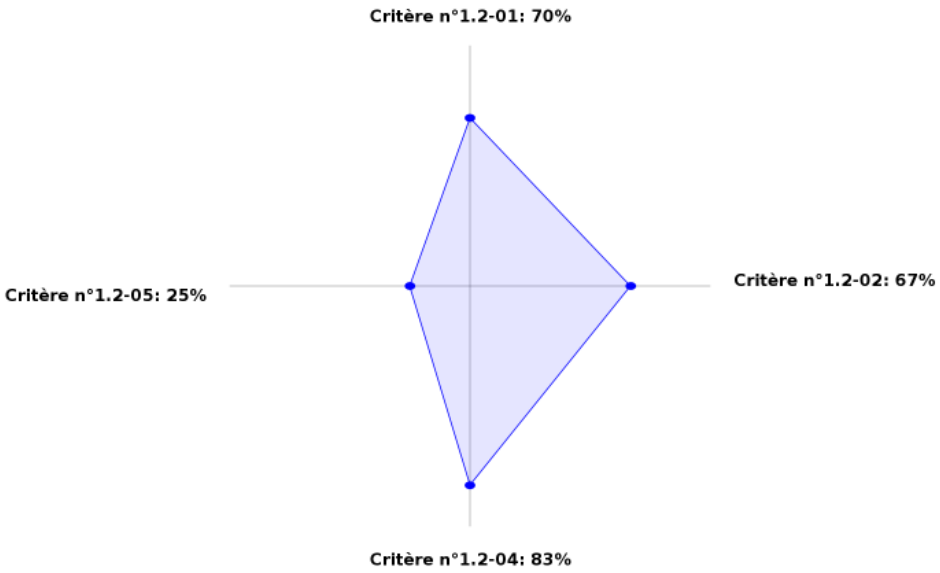
Score de l'objectif **94%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	100%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Non Applicable
1.1-03	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité et du secret professionnel	100%
1.1-04	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	80%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante	100%
1.1-07	La prise en charge des maltraitances externes est organisée	100%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	75%
1.1-09	Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée	100%

Objectif 1.2 : L'information du patient

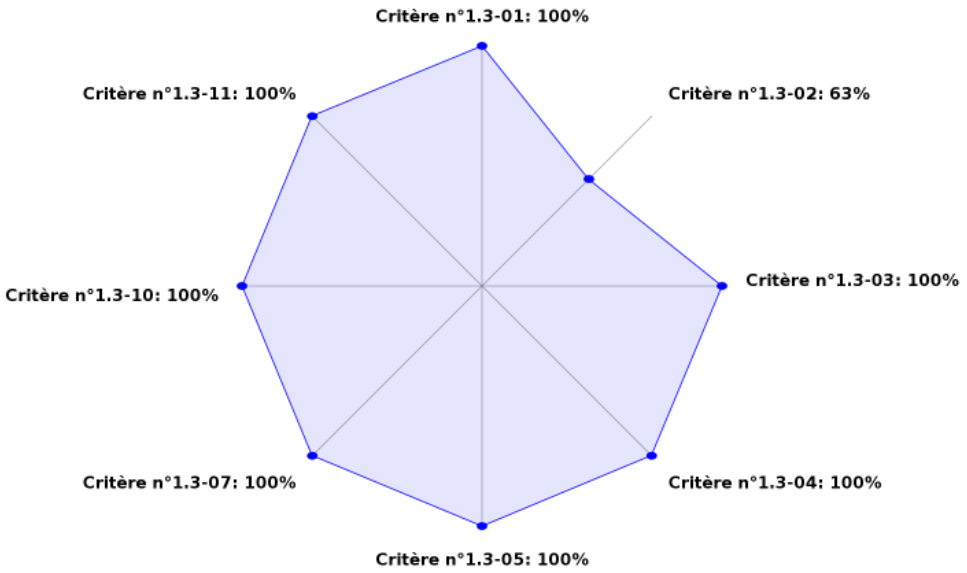
Score de l'objectif **61%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	70%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	67%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	83%
1.2-05	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner pour son retour à domicile.	25%

Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins

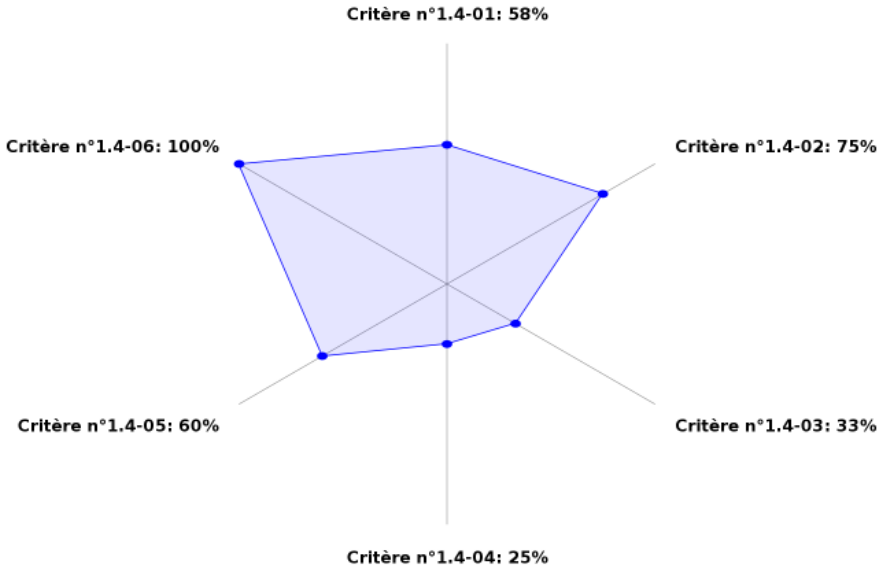
Score de l'objectif **95%**



Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	62%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	100%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-05	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.3-07	Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	100%
1.3-11	Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de soins	100%

Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement

Score de l'objectif **64%**

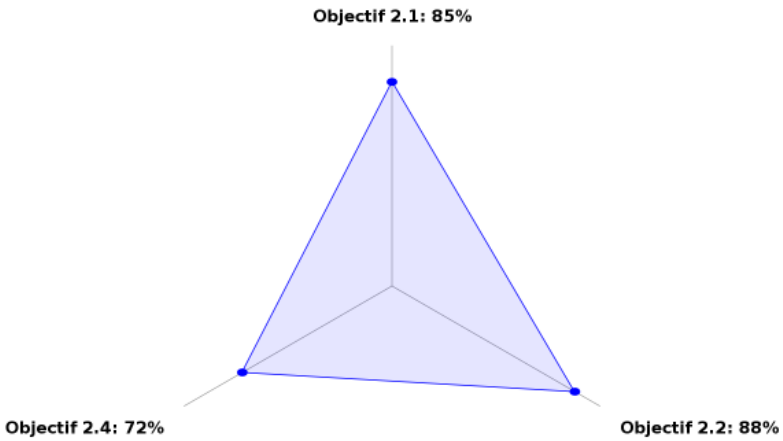


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	58%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	75%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	33%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	25%
1.4-05	Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement	60%
1.4-06	Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions	100%

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Résultats du chapitre 2 : Objectifs

Score du chapitre **81%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	85%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	88%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	72%

Synthèse du chapitre 2

Les équipes sont coordonnées pour la prise en charge du patient.

Le Dossier Médical Partagé (DMP) n'est ni utilisé, ni alimenté. La liaison n'est pas fonctionnelle.

Le Dossier Patient Informatisé (DPI) est complet, accessible et ergonomique. L'ensemble des documents papier est numérisé par les secrétaires. Le dossier est accessible pour l'ensemble des professionnels impliqués dans l'établissement. Toutefois, les professionnels sont formés par compagnonnage. Ils n'ont pas d'interlocuteur et de temps dédié à la prise en main du logiciel métier.

Le projet de soins est mis en œuvre par une équipe pluriprofessionnelle, pluridisciplinaire coordonnée tout au long de la prise en charge du patient. Les échanges inter professionnels lors des transmissions et ou des staffs (médecins, IDE, AS, kinés, ergo, assistant social, IPA…) favorisent la fluidité des parcours. L'équipe peut faire appel à différents experts ou spécialistes sur le territoire (médecins essentiellement du CHU, psychiatres d'établissements du territoire…)

Les patients qui le nécessitent sont pris en charge dans une démarche palliative. Divers professionnels sont formés. L'Equipe Mobile de Soins Palliatifs du CHU de Rouen peut être sollicitée. Les visites sont autorisées 24h/24 dans le service. Un salon des familles est à disposition. Un lit accompagnant est proposé.

L'analyse pharmaceutique est conduite pour toutes les prescriptions. Le logiciel permet l'accès à l'ensemble des données utiles. Les pharmaciens disposent également d'une aide à la détection des interactions médicamenteuses.

La conciliation médicamenteuse est engagée pour les patients âgés, poly médiqués du service médecine. La pertinence est évaluée notamment les divergences non intentionnelles, et les médecins sont alertés et disposent du bilan médicamenteux.

Les troubles nutritionnels du patient sont pris en compte. Un bilan nutritionnel est réalisé par le praticien en SMR à l'entrée du patient. Une diététicienne à 20% intervient en fonction des besoins. Toutefois, le protocole dénutrition, en cours de révision, date de 2016. Il n'a pas été actualisé comme prévu en 2020 et n'a pas pris en compte les nouvelles recommandations nationales publiées en 2021.

Les transports intra hospitaliers sont organisés. Ils sont gérés par une AS brancardière et ou par les équipes de soins. La grande majorité des patients est transportée en fauteuil.

Lors de la sortie, le patient dispose d'une lettre de liaison et de ses ordonnances. La préparation des sorties se fait en collaboration avec les acteurs du domicile quand cela est nécessaire (IDE libérale, assistantes sociales de territoire, médecins traitants…). Les délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie sont suivis. Toutefois, elle n'est pas versée au DMP.

Les risques liés aux pratiques sont partiellement maitrisés.

Une procédure d'identitovigilance est définie et connue des professionnels. Des systèmes de double identification (bracelets patients + lits) sont instaurés dans l'ensemble de l'établissement. Les anomalies sont déclarées et corrigées. Les règles d'identification du patient (INS) sont bien connues et effectuées

par une personne habilitée au niveau des admissions. Le mode dégradé est papier avec réutilisation d'étiquettes existantes ou manuscrites si nouveau patient. Les équipes déclarent les non-conformités via le logiciel d'évènements indésirables et connaissent leurs interlocuteurs aux admissions. Un bilan annuel est réalisé en comité de suivi identitovigilance.

Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription (identification, signature, voie d'administration, traitement d'entrée…) et de dispensation des médicaments. La prise en charge médicamenteuse est informatisée. La prescription conditionnelle est mise en place avec des valeurs seuils.

L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produit de santé sont réalisés conformément aux recommandations des bonnes pratiques. Le transport se fait dans des armoires et contenants sécurisés. Les chariots à médicaments sont sécurisés. Les médicaments thermosensibles sont acheminés dans des contenants réfrigérés et sécurisés. Le relevé des températures des frigos est réalisé une fois par jour. Les modalités d'approvisionnement pour parer à tout besoin urgent de médicament répondent aux recommandations de bonnes pratiques selon un mode dégradé (Pharmacie de garde, PUI du CHU de Rouen). Les armoires de dotation dans les unités sont fermées et sécurisées.

En SMR, les médicaments sont préparés de façon hebdomadaire par les préparateurs en pharmacie.

En médecine, l'IDE de nuit prépare le pilulier au quotidien.

Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments. Les prescriptions sont sécurisées, les administrations et non administrations sont tracées. Les médicaments sont identifiables jusqu'à l'administration.

L'utilisation des médicaments à risques est maitrisée. La liste est affichée dans les unités et connue des professionnels. Les médicaments sont identifiés dans les armoires de stockage. Ils sont identifiés sur les prescriptions médicales du DPI.

Les équipes sont régulièrement formées aux risques médicamenteux.

Les équipes maitrisent le risque infectieux.

L'hygiène des mains est maitrisée. Les recommandations sont mises en application (0 bijou). Une charte est signée par chaque professionnel. L'équipe privilégie les frictions hydro alcooliques en respectant le mode d'utilisation et le temps de séchage. Les conditions de lavage des mains à l'eau et au savon sont connues des professionnels intervenants. Une réflexion a été menée par les équipes au vu des résultats des IQSS. Des actions ont été réajustées. Des audits sont régulièrement réalisés avec l'utilisation de la boîte à coucou.

Les précautions standards et complémentaires sont formalisées, connues des professionnels et appliquées. L'utilisation des équipements de protection individuelle est respectée dans l'ensemble de l'établissement. Des unités mobiles d'isolement sont disponibles dans l'ensemble des services.

Les locaux sont propres. Ils sont entretenus par les ASH de l'établissement. Les procédures sont connues. La traçabilité est effective. Les professionnels bénéficient régulièrement de formations.

Les professionnels connaissent la procédure en cas d'accident d'exposition au sang. Les premiers

soins sont effectués au sein de l'établissement puis aux urgences du CHU de Rouen si nécessaire.

L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène de l'établissement est composée d'une Aide-soignante à 20%, en lien avec l'IDE hygiéniste du territoire et d'un praticien référent (pharmacien). Ils participent aux réunions du réseau. Toutefois, Il n'y a pas de suivi des dispositifs invasifs.

L'établissement réalise des transfusions sanguines en lien avec l'Etablissement Français du Sang. Le circuit est organisé, le dossier transfusionnel est complet et adapté. Un bilan annuel de suivi est réalisé. Les professionnels sont formés. Ils disposent d'une check-list complète pour faciliter leur pratique.

Les équipes maitrisent en partie la prise en charge des urgences vitales. Les chariots d'urgences adaptés aux prises en charge sont sécurisés. Les suivis sont tracés. Un registre d'utilisation est en place. Un audit de suivi a été réalisé en février 2026. En cas de détresse vitale, les professionnels appellent un numéro unique. Mais celui-ci ayant été mis en place récemment, certains professionnels savent donner le numéro mais n'en connaissent pas les circuits. Un rappel a été fait durant la visite. Par ailleurs, les professionnels sont formés aux gestes d'urgence, mais n'ont pas bénéficié de mises en situation. Celles-ci sont prévues au 2ème semestre ; un devis est en cours de signature.

L'imagerie est réalisée par un cabinet extérieur et ou par une équipe de radio mobile externe. Les circuits sont formalisés. Toutefois, les comptes-rendus des examens ne contiennent pas les doses reçues par les patients ni le type de matériel utilisé. L'établissement a demandé aux prestataires de faire le nécessaire pour se mettre en conformité. Il n'y a pas d'analyse de pertinence des prescriptions de rayonnements ionisants. Les comptes rendus ne sont pas intégrés au DMP (pas de liaison fonctionnelle).

Les équipes ont développé partiellement une culture de la pertinence et de l'évaluation.

Une veille règlementaire est mise en place.

Les recommandations de bonnes pratiques sont suivies au travers des évolutions des procédures et protocoles. Elles sont retrouvées en partie sur le logiciel documentaire.

Un Comité de Retour d'Expériences du médicament est opérationnel et animé par le pharmacien.

Les prescriptions d'antibiotiques sont argumentées, évaluées et tracées. Les praticiens disposent de guide d'antibiothérapie, de référent en antibiothérapie. Mais, il n'y a pas de programme de bon usage des antibiotiques intégrant une politique, un plan de formation des personnes ressources et une stratégie d'évaluation.

La restriction des mesures restrictives de libertés est réfléchie, organisée et tracée. Des alternatives aux contentions sont recherchées.

Les équipes sont sensibilisées aux soins éco responsables. Elles participent aux réflexions engagées au sein de l'établissement (tri des déchets, empreinte carbone…). Mais elles ne sont pas informées des impacts des actions mises en place.

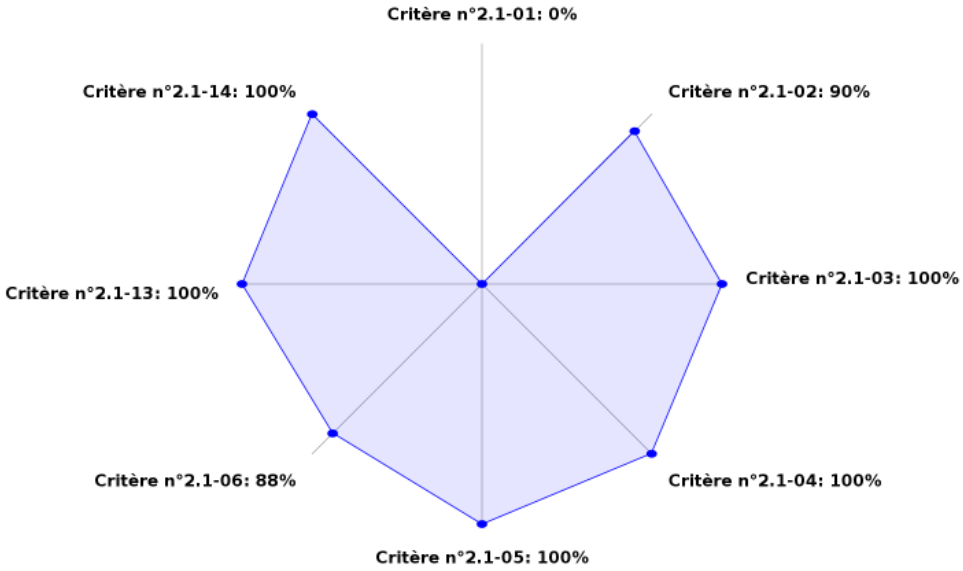
Les demandes d'admission en SMR sont analysées en équipe de façon journalière. La pertinence des décisions des prises en charge est argumentée.

Les équipes ne connaissent pas les indicateurs, ne les analysent pas et n'ont mis en place aucun indicateur clinique, ils connaissent peu ou pas les actions. Des indicateurs d'activité issu du PMSI sont recueillis (taux d'admission, durée de séjour) et sont transmis dans les réunions institutionnelles, mais aucune analyse de pertinence n'est réalisée par les équipes pour évaluer la pertinence des parcours.

L'établissement n'a pas mis en place avec les prestataires d'analyse de qualité des résultats des examens d'imagerie et de laboratoire.

Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient

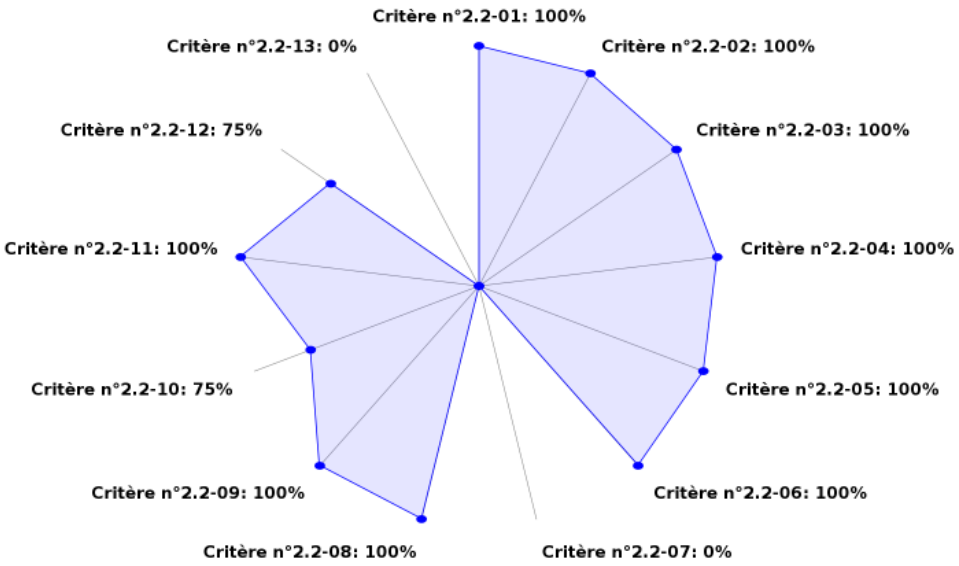
Score de l'objectif **85%**



Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	0%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	90%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	100%
2.1-05	Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	100%
2.1-06	Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	88%
2.1-13	Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients	100%
2.1-14	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins	100%

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **88%**

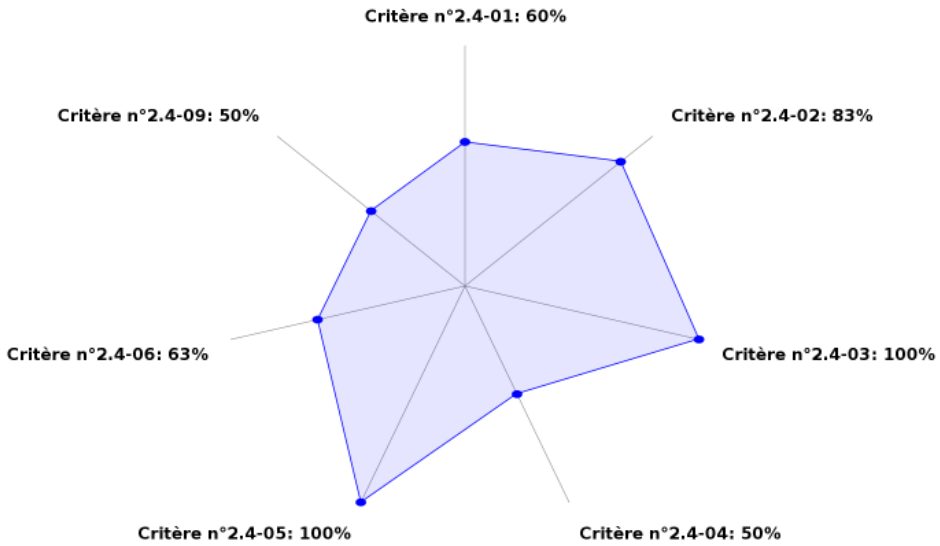


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	100%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	100%
2.2-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	75%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	100%

2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	75%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	0%

Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation

Score de l'objectif **72%**

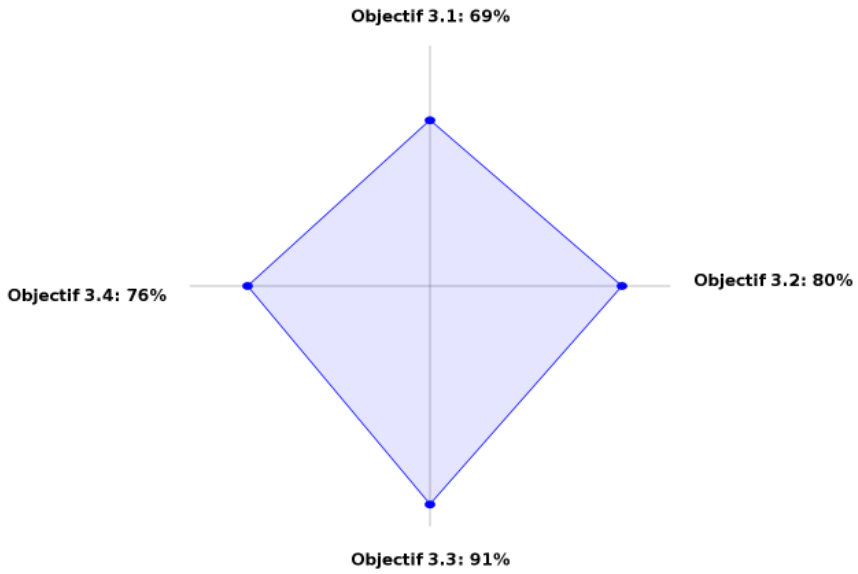


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	60%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	83%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	100%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	50%
2.4-05	La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	100%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	62%
2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	50%

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **79%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	69%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	80%
3.3	Le positionnement territorial	91%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	76%

Synthèse du chapitre 3

L'établissement a partiellement mis en œuvre un management global par la qualité et sécurité des soins.

Le centre hospitalier Asselin Hedelin d'Yvetot a déployé sa politique qualité/ sécurité des soins, fondée sur l'analyse des indicateurs suivis. Les professionnels et usagers ont connaissance du PAQSS. Toutefois, ils n'ont pas été impliqués dans la démarche en amont. L'établissement a initié l'évaluation de la culture qualité/sécurité en mettant en place un questionnaire. Mais l'analyse est en cours, n'a pas encore donné suite à un plan d'action et n'a pas été présentée aux instances. L'encadrement n'a donc pas encore accès aux résultats et aux actions d'amélioration. Malgré l'affichage non synthétisé du PAQSS dans la salle de pause, les professionnels n'ont pas été en capacité de citer des actions du PAQSS en lien avec leur activité. La semaine sécurité patient est organisée annuellement.

Les vigilances sont connues de manière très parcellaire, les référents ne sont pas toujours identifiés, le pilotage n'est pas réellement connu.

Les professionnels déclarent les événements indésirables. Ils connaissent la procédure de déclaration. Les Evénements Indésirables Graves sont analysés en comité FEI puis en CREX selon les méthodes promues par la HAS, et le cas échéant font l'objet d'une déclaration sur le portail de l'ARS (dernière déclaration en 2024). Une charte d'incitation à la déclaration a été réalisée en 2024. Les praticiens et un cadre sont formés aux dommages associés aux soins. Les professionnels rencontrés sont en grande partie sensibilisés à cette thématique. Un nouveau cadre sera formé en Septembre 2026.

Les professionnels rencontrés sont sensibilisés à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Des mises en situation suivies de retours d'expériences (RETEX) sont réalisées sur la gestion de la cellule de crise. Une journée d'information est réalisée annuellement sur les situations de crise. Le référent est identifié par l'ensemble des personnels. Mais certains professionnels ne connaissent pas les modalités d'alerte en cas de Crise.

Un comité d'éthique est en place au sein du GHT. Des cafés éthiques ont régulièrement lieu sur les établissements du territoire. Les professionnels sont sensibilisés lors des transmissions et des staffs. Mais, il n'y a pas au sein de l'établissement de relevé de questionnement éthique formalisé. Le questionnement sur l'impact de l'IA n'a pas été mis en œuvre.

Une réflexion est menée sur la place des patients partenaires et leur recrutement au sein de l'établissement. Mais, aucun n'est présent à ce jour.

Les risques de sécurité numérique sont maitrisés.

L'établissement maitrise en partie les ressources professionnelles et les compétences.

La gouvernance s'est dotée d'outils pour piloter l'adéquation entre les ressources humaines et la qualité et sécurité des prises en charge (maquette organisationnelle définie, plannings, suivi des écarts par rapport à la cible). La continuité des soins est assurée. En cas de besoins, il est fait recours à des remplaçants (intérim). Les nouveaux arrivants bénéficient d'un accueil et d'un tutorat par leurs pairs. Mais ils ne bénéficient pas d'un parcours d'intégration formalisé, d'un livret d'accueil, de formations sur

le DPI.

L'absentéisme est suivi. Des entretiens annuels sont réalisés par les managers para médicaux selon une trame identique. Les entretiens annuels ont été initiés cette année pour les Praticiens.

L'établissement organise la formation continue des managers para médicaux. Mais les managers médicaux ne sont pas formés. Il n'y a pas de charte managériale. Le pharmacien a suivi une formation d'auditeur interne et une démarche d'analyse des pratiques professionnelles va être proposée aux cadres soignants avec l'aide d'une société extérieure. Mais, l'encadrement notamment médical ne bénéficie pas de soutien, d'ateliers de codéveloppement de coaching ou de tutorat. Aucune formation sur la gestion des faits de discrimination, de harcèlement, de violence sexistes et sexuelles et des différents conflits entre agents n'est déployée. Totefois, l'établissement a signé avec la FHF une charte sur les violences sexuelles et sexistes en avril 2026. Dans ce cadre, la responsable RH a été nommée référente de l'établissement. Des actions de sensibilisation et de formation sont prévues dans l'année pour répondre aux engagements de la charte.

La politique Qualité de Vie au Travail est en cours d'élaboration. La formalisation est prévue fin 2026 après la mise à jour du DUERP et la réalisation d'un baromètre social qui a eu lieu en Mars 2026. La Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences n'est pas en place. Elle est prévue pour 2027. Les professionnels rencontrés sont satisfaits des conditions de travail. Ils se sentent écoutés et soutenus dans leurs projets. Ils sont informés des soutiens possibles (médecine du travail, psychologues). Les locaux sont adaptés et sécurisés. Les professionnels bénéficient de matériel ergonomique, de formations diverses. Des actions ont été mises en place en direction du bien être (organisation d'une journée par an), de la cohésion (première journée prévue en juin 2026 avec des ateliers et l'organisation d'un barbecue). Le service de santé au travail est ouvert 2 jours par semaine. Une IDE et un Médecin du CHU de Rouen sont présents. La DRH suit divers indicateurs (accidents de travail, arrêts, baromètre social). Des besoins de formation à la simulation ont été identifiés mais les actions de formation pour les professionnels ne sont pas encore inscrites au plan de formation et sont prévus pour 2027.

Les professionnels bénéficient d'Analyses de Pratiques Professionnelles. Un dispositif de médiation est proposé au salarié en cas de gestion de conflits.

Le travail en équipe est favorisé. Des réunions de service sont animées par la Cadre de santé. Sont organisés par ailleurs, des staffs hebdomadaires, des transmissions matin et soir, des temps d'écoute. Il n'y a pas de démarches spécifiques de travail en équipe soutenues par la gouvernance. Il est à noter que la cadre supérieure de santé a initié en SMR des « stand up » hebdomadaires. Mais l'appropriation par les professionnels n'est pas encore effective. Un outil de communication interne a été mis en place par la gouvernance : le journal « Actu'Hôp »

L'établissement développe son positionnement territorial.

Le Centre Hospitalier Asselin HEDELIN est ancré sur le territoire. Intégré au GHT, dont le porteur est le CHU de Rouen, il collabore sur le territoire avec l'ensemble des partenaires hospitaliers, avec la Communauté Professionnelle territoriale de Santé, les praticiens et professionnels libéraux, les établissements médico-sociaux. L'Infirmiière de Pratique Avancée a mis en place la télésanté pour faciliter certaines prises en charge spécifiques (dermatologie, diabétologie).

Les parcours de soins et filières sont coordonnés sur l'ensemble du territoire. L'IPA siège au conseil d'administration de la CPTS.

L'établissement est aisément joignable. Il a travaillé sur les entrées directes et les accueils non programmés permettant entre autres d'éviter le passage des personnes âgées aux urgences. Mais il n'a pas fait d'évaluation de sa joignabilité.

Des professionnels se sont engagés dans la recherche clinique, qui est promue et soutenue par l'établissement.

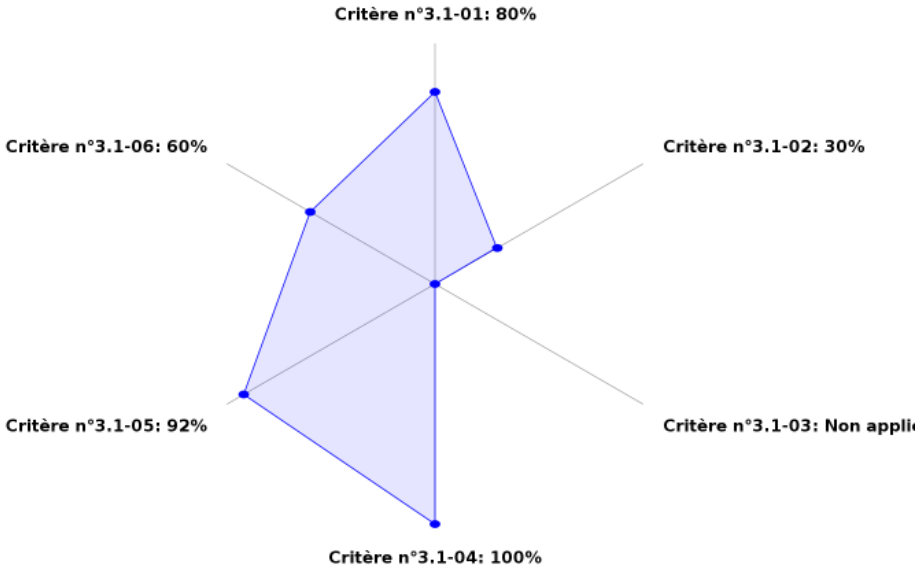
L'établissement participe à l'accueil des étudiants. Un livret d'accueil leur est remis à leur arrivée. Ils sont accompagnés et tutorés. Mais, le relevé de la satisfaction des étudiants n'est pas réalisé.

L'établissement développe une politique d'adaptation aux soins écoresponsables et aux innovations numériques.

Une réflexion sur la transition écologique est déclinée. L'établissement a identifié un référent. Les professionnels sont sensibilisés. Le tri des déchets est organisé et connu des équipes. Mais au début de la visite, il n'y avait pas d'affichage expliquant les différentes filières dans les locaux de tri. L'établissement a fait le nécessaire et a réajusté. L'entretien des équipements et des locaux est maitrisé. Un travail sur l'éco-prescription a été réalisé avec le pharmacien, président de CME. Il vient de recevoir un prix avec l'OMEDIT Normandie au salon SANT'EXPO à Paris. L'achat éco responsable est formalisé. Toutefois, les démarches éco responsables ne sont pas formalisées dans les procédures.

Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins

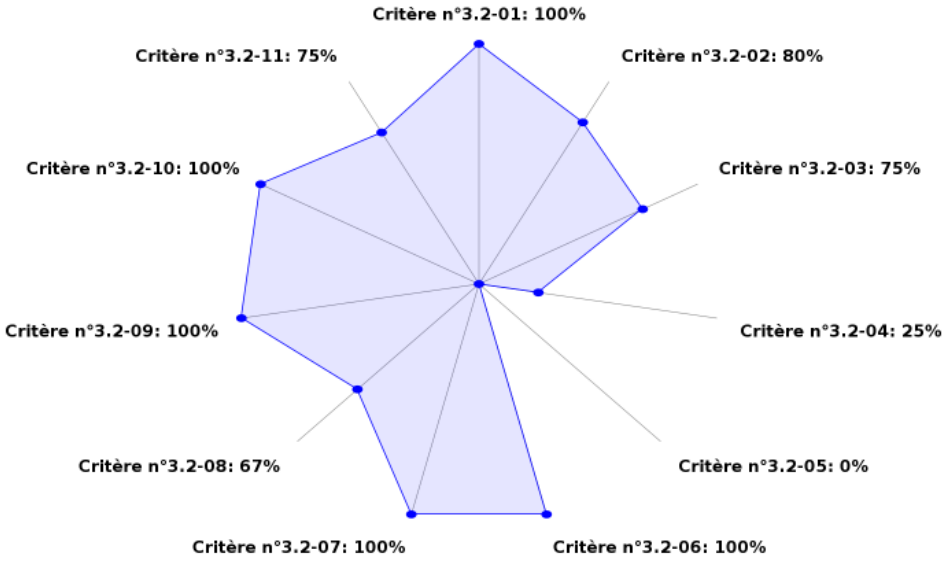
Score de l'objectif **69%**



Critères		
3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	80%
3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	30%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	Non Applicable
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des évènements indésirables dont les presqu'accidents	100%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	92%
3.1-06	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	60%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **80%**

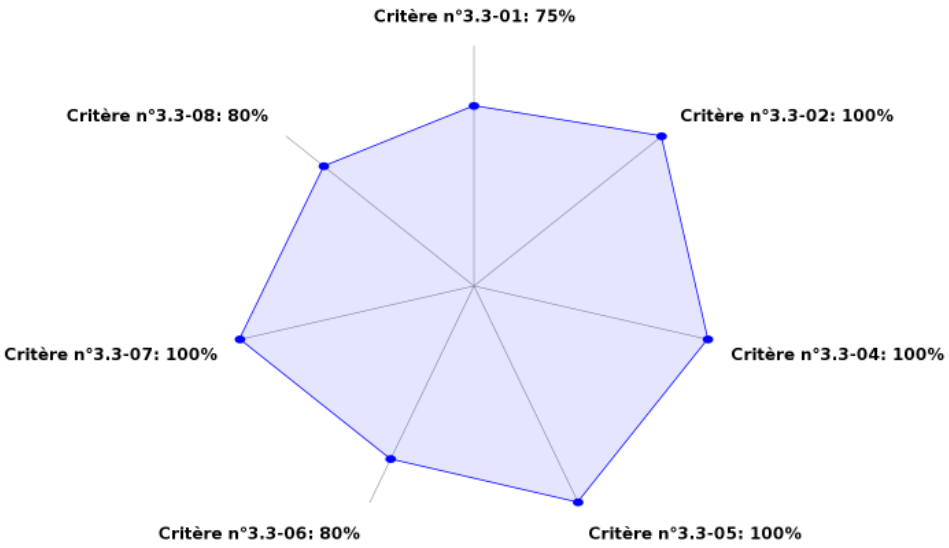


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	80%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	75%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	25%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	0%
3.2-06	La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels	100%
3.2-07	La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels	100%
3.2-08	L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	67%
3.2-09	L'établissement a un environnement favorable à la qualité de vie au travail	100%
3.2-10	La gouvernance a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	100%

3.2-11	L'établissement favorise le travail en équipe	75%

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

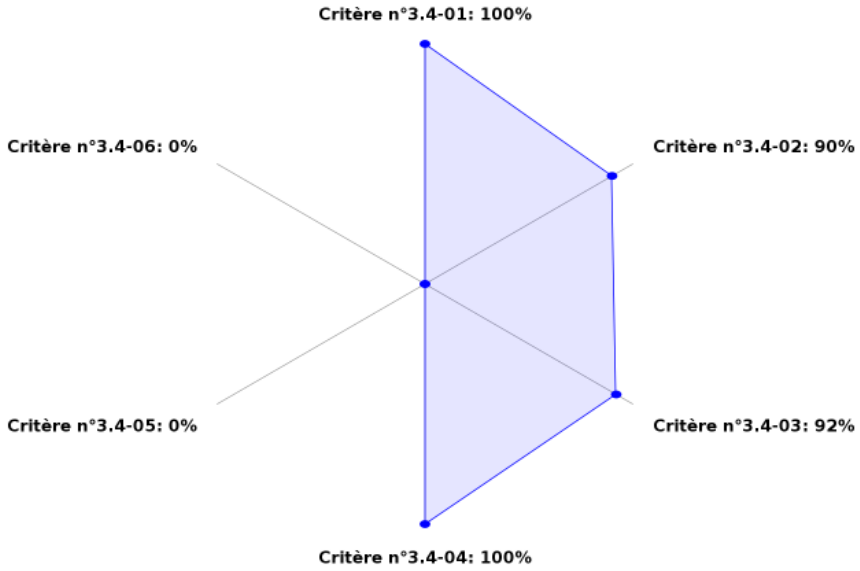
Score de l'objectif **91%**



Critères		
3.3-01	L'établissement est acteur de la coordination des parcours sur le territoire	75%
3.3-02	L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté	100%
3.3-04	L'établissement organise les prises en charges non programmées	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%
3.3-06	L'établissement est aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants	80%
3.3-07	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	100%
3.3-08	L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire	80%

Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques

Score de l'objectif **76%**



Critères		
3.4-01	L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	100%
3.4-02	L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables	90%
3.4-03	L'établissement agit pour la transition écologique	92%
3.4-04	L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient	100%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	0%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	0%

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 – Octobre 2026