



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**CENTRE HOSPITALIER  
D'YSSINGEAUX**

20 avenue de la marne

Bp57

43202 Yssingaux



Validé par la HAS en Juin 2025

---

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 2025

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	18
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	19
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	20
Annexe 3. Programme de visite	24

# Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS : les experts-visiteurs. Cette procédure quadri-annuelle, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique.

La certification constitue une des modalités de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par les établissements. Elle y favorise également la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle.

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluée par l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

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

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

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

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

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification;
- des critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, si une évaluation de l'un de ces critères est négative pour un ou plusieurs de ses éléments d'évaluation, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification de l'établissement.
- des critères avancés correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils correspondent potentiellement aux critères de certification de demain et sont valorisés pour les établissements qui peuvent y répondre sous condition d'un niveau minimal sur l'ensemble des critères standards et impératifs.

**| ... et sur des méthodes**

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

## **| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres**

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite de l'établissement par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport de visite articulé en cohérence avec les 3 chapitres du référentiel.:

- Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés au soin. Les analyses des événements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.
- Le troisième chapitre concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

Cette structuration permet l'analyse croisée entre le résultat pour le patient, les pratiques mises en œuvre par les équipes de soins et la dynamique impulsée par la gouvernance de l'établissement et du groupement, le cas échéant.

## **| Une décision et un rapport rendus publics**

Sur la base du rapport de visite, complété d'éventuelles fiches d'anomalies et des observations de l'établissement, la HAS adopte le rapport de certification et rend une décision. La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans qu'elle peut assortir d'une mention ;
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure dans un délai maximum de deux ans ;
- une décision de certification sous conditions ; une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai compris entre six et douze mois. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS constate si l'établissement a rempli les conditions pour être certifié. Elle prononce alors une décision de certification, avec ou sans mention, ou une décision de non-certification.

Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'établissement.

L'établissement doit en assurer la plus large diffusion interne. Il doit notamment la porter à la connaissance des instances délibérantes, de la commission ou conférence médicale d'établissement et de la commission des usagers.

Ce rapport de visite est produit par l'équipe des experts-visiteurs dans un délai d'une quinzaine de jour après la fin des évaluations et de la réunion de restitution, il est transmis à l'établissement pour que celui-ci puisse formuler ses observations. Il sera remis également à la HAS et fera partie des éléments de référence pour l'élaboration du rapport de certification

# Décision

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'établissement avec mention.

# Présentation

CENTRE HOSPITALIER D'YSSINGEAUX	
Adresse	20 avenue de la marne Bp57 43202 Yssingeaux FRANCE
Département / Région	Haute-Loire / Auvergne-Rhône-Alpes
Statut	Public
Type d'établissement	Hôpital Local

**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	430000091	CENTRE HOSPITALIER D'YSSINGEAUX	20 avenue de la marne Bp 57 43200 Yssingeaux FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

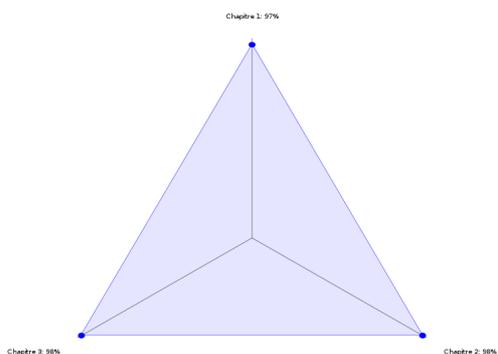
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins de longue durée
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement

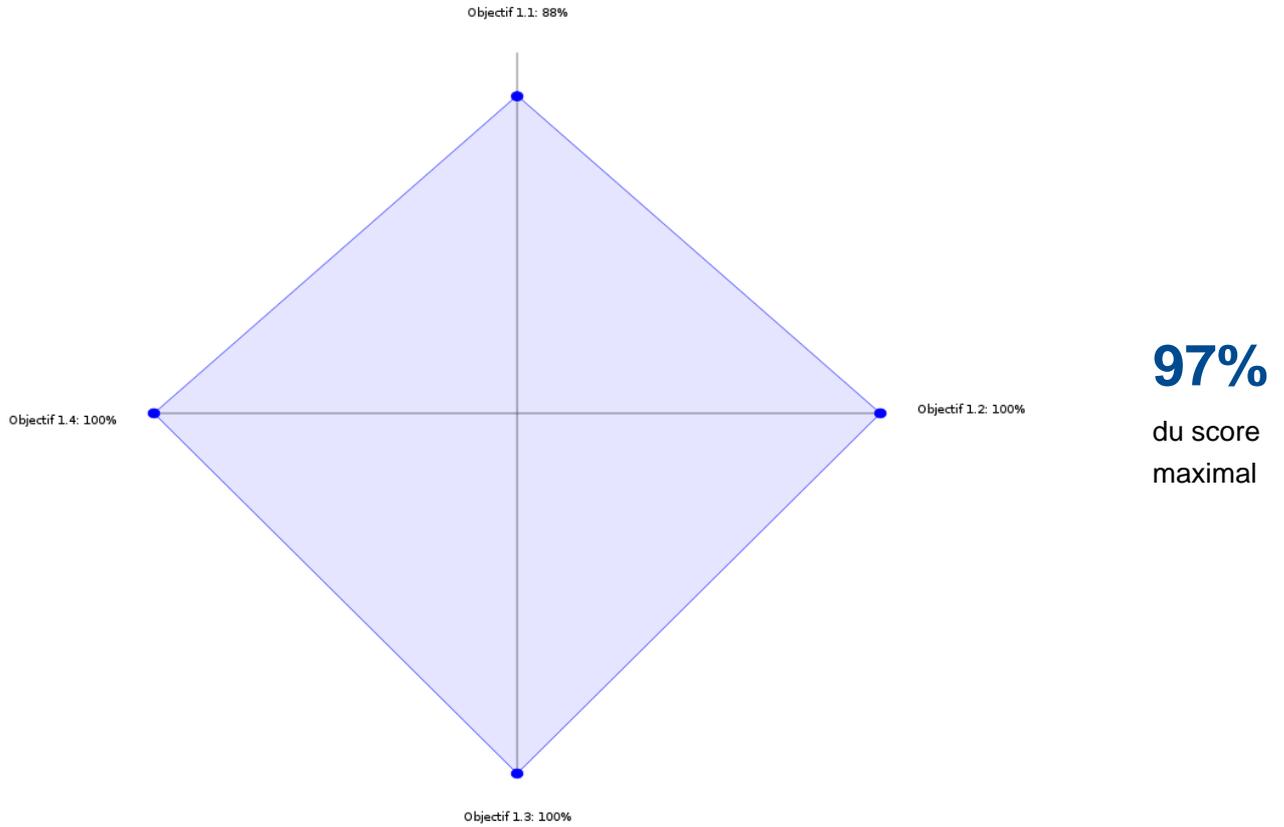
Au regard du profil de l'établissement, [97](#) critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient

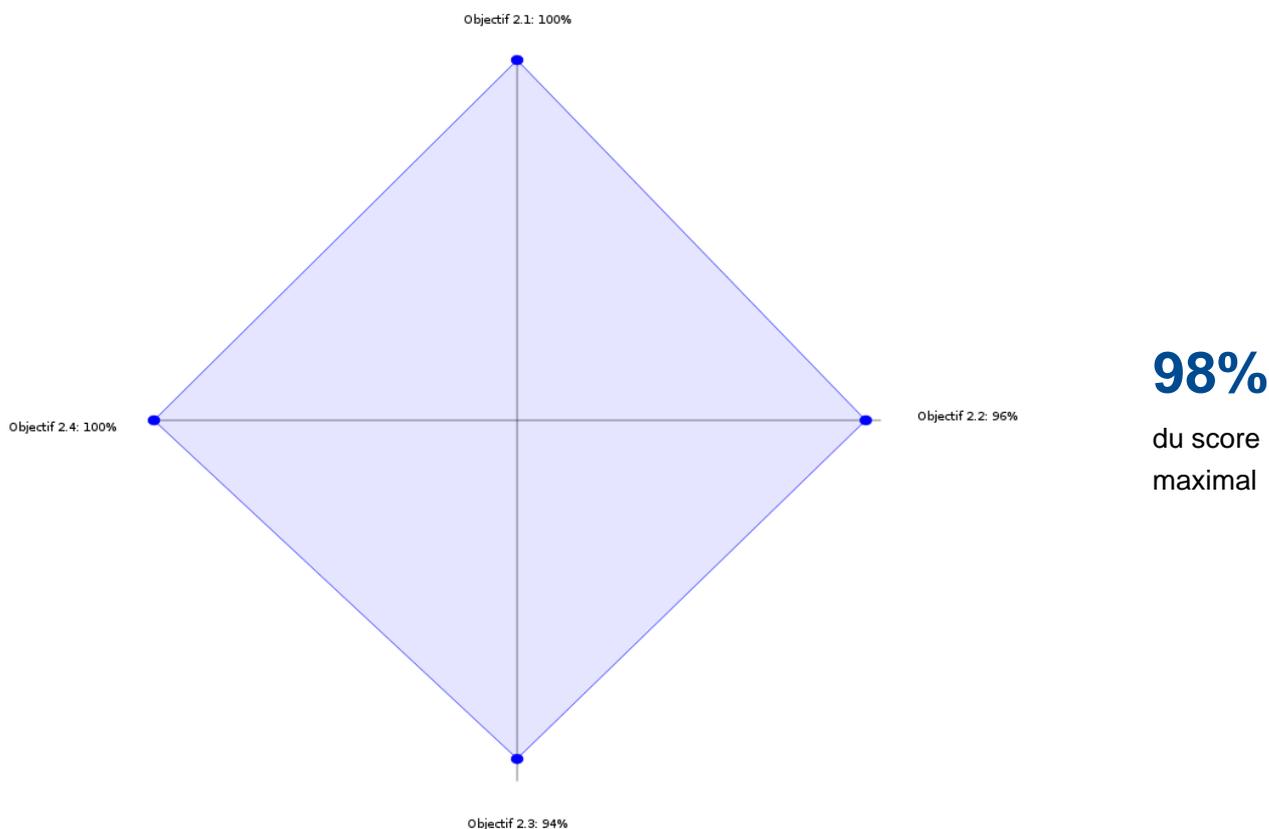


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	88%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Au Centre Hospitalier d'Yssingeaux, le patient est acteur de sa santé. Il reçoit une information claire et adaptée. Un résumé de ses principaux droits est intégré dans le livret d'accueil remis lors de chaque admission. Les chartes de la laïcité dans les services publics, des droits et libertés de la personne accueillie, de la personne hospitalisée, de la personne âgée dépendante, de la bientraitance sont affichées dans les services et annexées au livret d'accueil. Le patient est informé et son implication est recherchée. La compréhension par le patient, son adhésion aux soins et sa participation aux différentes étapes de sa prise en charge sont recherchées pour faciliter la mise en œuvre de son projet de soins. Le patient est informé sur son diagnostic, son état de santé, ses traitements et ses soins. Le patient est associé à la définition des objectifs de son projet de soins. Le maintien de l'autonomie des patients âgés ou handicapés est recherché. Différents messages de

santé publique sont diffusés par voie d'affichage ou via des flyers déposés sur des supports à l'entrée des services (tabac, alcool, maladie d'Alzheimer...) ou des flyers sur les droits des patients. Le recueil de la personne de confiance est renseigné systématiquement dans le dossier patient par l'agent d'accueil à l'admission. Malgré une information des patients par l'établissement sur leurs droits et les missions des représentants des usagers et les modalités pour les contacter (livret d'accueil, flyers, affiches), les patients rencontrés méconnaissent les représentants des usagers, les modalités pour soumettre une réclamation ou pour déclarer un évènement indésirable associé aux soins (EIAS). Une affiche dans la chambre du patient reprenant des images simples et didactiques permet de rappeler des informations sur la personne de confiance, les directives anticipées, les représentants des usagers et la possibilité de faire une réclamation. Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur. L'évaluation et la réévaluation de la douleur sont tracées dans le dossier patient informatisé (DPI) et font l'objet d'une prescription médicale. Le soulagement de la douleur est réalisé, avec une évaluation à l'entrée et une réévaluation. Un indicateur de suivi de la douleur est en place. Les prescriptions si besoin font référence à une échelle. Le groupe de travail « Douleur et soins palliatifs » met à jour les procédures et protocoles, réalise un audit une fois par trimestre sur la traçabilité de la douleur, fait un retour en point qualité des actions mises en oeuvre et forme les professionnels à l'évaluation et la réévaluation de la douleur. Dans l'ensemble des secteurs, les professionnels s'attachent à respecter la dignité, la confidentialité et l'intimité des patients. Toutes les chambres doubles sont équipées de paravents fixés aux murs. Sur les portes des chambres sont posées « des roues de la bienveillance » pour permettre au patient de choisir s'il souhaite maintenir fermée ou entre-ouverte la porte de sa chambre. Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs. L'équipe peut avoir recours à l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) du Centre Hospitalier de Firminy dans le cadre de la coordination de la démarche palliative. En accord avec le patient, les familles et proches sont associés dès le début de la prise en charge dans le projet de soins. Des lieux conviviaux (salons des familles, repas en salle à manger avec les proches) sont mis en place afin de favoriser le lien social et la participation des proches à la prise en charge. En USLD, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social dans le cadre de sa rééducation. La prise en compte de la précarité sociale est réalisée par l'assistante sociale. En prévision de sa sortie, le patient est avisé des consignes de suivi pour sa prise en charge.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins

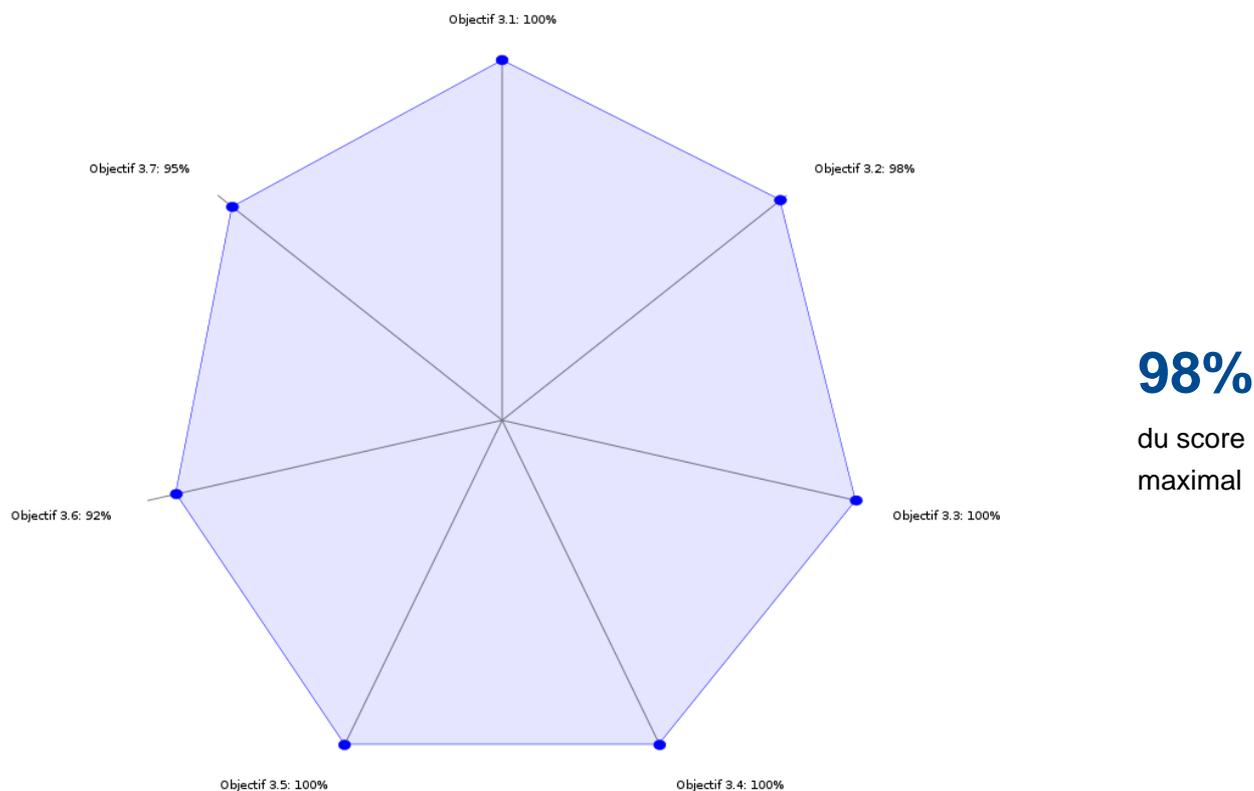


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	96%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	94%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	100%

Au Centre Hospitalier d'Yssingeaux, la pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe dans le cadre des staffs pluridisciplinaires planifiés tous les mardis. La pertinence des prescriptions d'antibiotique est argumentée à J0, réévaluée entre 48 et 72h et justifiée au-delà de 7 jours. Les médecins sont formés au bon usage des antibiotiques (DPC des médecins généralistes libéraux, sensibilisation et diffusion des recommandations en CME et sur le portail qualité). L'argumentation et la réévaluation sont tracées dans le dossier patient informatisé. Les médecins bénéficient de l'appui d'un pharmacien référent (équipe mobile d'antibiothérapie) et d'un infectiologue du GHT43. Ils peuvent bénéficier de l'expertise d'un infectiologue du CHU de Saint-Etienne pour les situations qui le nécessitent. Un audit concernant la réévaluation de la pertinence de l'antibiothérapie à 48 -72 h a été réalisé en 2025, suivi d'un plan d'actions. Au Centre Hospitalier

d'Yssingeaux, les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge. Les éléments du dossier sont tracés dans le dossier du patient. Les équipes de soins ont accès aux informations du patient en temps utile via le dossier patient informatisé permettant un partage d'information. Le dossier patient est informatisé. La partie papier (documents signés par le patient) est scannée dans le dossier. Les équipes disposent de correspondants experts, équipe mobile de soins palliatifs, équipe mobile de gériatrie, DU douleur, DU plaies et cicatrisation. L'établissement alimente le dossier médical partagé (DMP) avec la lettre de liaison et l'ordonnance. Les équipes du Centre Hospitalier d'Yssingeaux maîtrisent les risques liés à leurs pratiques. Elles respectent les bonnes pratiques de prescription, de dispensation, d'administration des médicaments. La dispensation des médicaments est sécurisée. La pharmacie réalise une analyse pharmaceutique, toutefois elle n'intègre pas les éléments du dossier pharmaceutique (DP) qui n'est pas accessible. Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque. Les professionnels sont formés aux médicaments à risque via un module interne réalisé par la pharmacienne « iatrogénie, prévenir et déclarer les erreurs médicamenteuses » avec des thématiques sur les nevers evens et les médicaments risques. Un point qualité sur les médicaments à risque a également été fait avec les différentes équipes du CH Jacques Barrot. Des évaluations de pratiques (EPP) sont menées sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. Les équipes maîtrisent le risque infectieux. L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) est en place sur la structure (0,20 ETP de pharmacie, 0,20 ETP d'IDE hygiéniste, 1 IDE référente par service). La structure bénéficie de l'appui du GHT43. La pharmacienne participe aux réunions du réseau « GALOPIN » pour la lutte contre les infections nosocomiales ainsi que de l'équipe mobile en antibiothérapie. L'équipe opérationnelle d'hygiène assure des formations, sensibilisations lors des points qualité hebdomadaires et réalise des audits sur l'hygiène des mains, sur les précautions standards et complémentaires, sur les dispositifs médicaux invasifs. Des actions d'améliorations sont menées après chaque audit. Des indicateurs sont suivis en routine ( ex : utilisation des tabliers UU.) Les évènements indésirables (EI) concernant le risque infectieux sont analysés en équipe et suivi d'un plan d'actions. Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats. Des groupes de travail pluriprofessionnels composés de professionnels des services sur la démarche qualité « Identitovigilance », « EOH », « Douleur et soins palliatifs », « Circuit du médicament », « Alimentation et nutrition », « Bientraitance, droits et éthique », « Plaies et cicatrisation », « Mobilité et troubles cognitifs », « Qualité de vie au travail », « Sécurité et équipement », « EPI vert » et « Qualité et gestion des risques » sont animés par les référents de thématique. Chaque groupe dispose d'une politique, d'un règlement intérieur et d'une lettre de mission du référent de processus. Des indicateurs sont suivis par chaque groupe avec une valeur cible définie. Les résultats sont présentés en Point Qualité le lundi. Les équipes améliorent également leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de la satisfaction des patients. Un recueil de l'expérience patient est réalisé via un questionnaire papier interne basé sur la grille e-satis. Les résultats sont présentés en service. Un plan d'action est mis en œuvre (affiche d'information, bio-nettoyage des chambres). Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les évènements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés. Les EI sont vus en équipe le vendredi. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre. Des CREX sont réalisés. La liste des évènements indésirables par service et l'ensemble des CREX associés avec leur plan d'actions sont accessibles via le portail qualité.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
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	100%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	92%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	95%

Le Centre Hospitalier Jacques Barrot d'Yssingeaux a signé des conventions avec le groupement hospitalier de territoire « GHT 43 », des cliniques, des associations, des institutions, le GIE IRM, le GCS PUI et pour la mise en place de 14 consultations avancées sur le site. L'établissement adhère à la CPTS du territoire. Le partenariat du CH Jean Barrot avec les médecins libéraux du territoire permet l'admission directe des

personnes âgées depuis leur domicile. L'établissement est joignable 24h/24 et 7j/7 via le standard ou le service en dehors des heures ouvrables. La gouvernance repère les professionnels désireux de s'investir dans des travaux d'évaluation et de recherche. Des travaux de recherche initiés par d'autres établissements du GHT sont poursuivis sur le CH Jacques Barrot qui adhère à la politique de soutien de la recherche clinique dans le cadre du Projet médical de soins partagé : axe 5 développer la recherche paramédicale du GHT 43. Il participe à deux programmes de recherche « Pas à pas danse thérapie » et « Grands pas ». L'établissement soutient le recueil de l'expérience patient avec la mise en place d'un questionnaire papier e-satis adapté pour la médecine, les SMR et l'USLD. Les résultats sont présentés en CDU et en service. Les axes d'améliorations sont inscrits au PAQSS. Les représentants des usagers participent à la CDU, au recueil de la satisfaction et aux évaluations patients traceurs. Un projet des usagers a été élaboré. Le Centre Hospitalier d'Yssingaux prône la bientraitance. Une charte de la bientraitance est diffusée. Des actions de formation sur la bientraitance sont proposées aux professionnels. L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein. Un dispositif de signalement est en place sur le portail qualité. Une enquête culture sécurité a été menée en 2024. La Commission Médicale d'Etablissement (CME) et le Copil Qualité pilotent la démarche qualité. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. La politique qualité se décline en actions concrètes pour le terrain. La gouvernance s'assure de l'équilibre entre les personnels permanents présents et les personnels de remplacement qui ne connaissent pas l'établissement. Un dispositif de rappel du personnel volontaire est organisé afin de gérer les remplacements et veiller entre l'équilibre personnels habitués et personnels nouveaux. Le recours à l'intérim ou aux heures sup est possible. Des démarches collectives d'amélioration du travail et de la dynamique en équipe sont réalisées. Des réunions pluri-professionnelles sont organisées dans le cadre d'une démarche de co-développement. Les professionnels participent à des analyses de pratiques professionnelles (APP) organisées avec un formateur. Les questionnements éthiques des équipes sont abordés lors de ces analyses de pratiques professionnelles (APP). Un comité local d'éthique est en place depuis fin d'année 2024. L'établissement a réalisé un état des lieux des questionnements éthiques (cartographie sur l'éthique) dans le cadre d'un accompagnement à la démarche. Une démarche qualité de vie au travail (QVT) est portée par la direction. En cas de conflits interpersonnels, les cadres et deux psychologues peuvent être sollicités pour une conciliation interne. Une médiation externe peut éventuellement être réalisée. Trois niveaux de recours sont identifiés dans le règlement intérieur de l'établissement. La coordination avec les structures régionales et nationales de vigilance est effective. Les responsables des vigilances sanitaires sont identifiés et leurs coordonnées sont disponibles dans la gestion électronique des données (GED). Il existe une procédure de gestion des alertes ascendantes et descendantes. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est organisée. Les catégories de risques pouvant générer des tensions hospitalières ou des crises sanitaires sont identifiées par l'établissement dans le Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles (PGTHSSE), élaboré collectivement. Des exercices ont été réalisés : deux exercices cyber sécurité en 2023 et 2025, 1 exercice Attentat (PSE) en 2023 et 1 exercice test de la cellule de crise en 2025. Toutefois, l'établissement ne réalise pas d'exercice annuel de test du Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles (PGTHSSE). L'établissement s'est engagé dans une démarche de développement durable. Une sensibilisation au développement durable sur les gestes du quotidien est diffusée. Des actions sont mises en place sur le tri des déchets. L'établissement a réalisé un audit. Un groupe de travail « EPI vert » pilote cette thématique. La prise en charge des urgences vitales est organisée dans l'enceinte de l'établissement avec le SAMU (015) pour les urgences vitales. Un sac d'urgence est localisé dans la salle de soins commune médecine et SMR et situé à proximité de l'USLD au même niveau. Deux exercices de simulation ont été organisés avec le Samu. Le matériel est vérifié mensuellement par roulement des équipes de soins de jour et de nuit, des 3 services. Les recommandations de bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles sont diffusées aux équipes par la gouvernance via le portail qualité et le logiciel de gestion documentaire. Il existe un PAQSS articulé avec la politique qualité qui prend en compte le point de vue du patient (analyse des questionnaires de l'expérience patient). La pertinence des admissions est analysée au fil de l'eau lors des staffs

pluridisciplinaires des mardis, toutefois il n'existe pas de revue de pertinence des admissions et des séjours. Une évaluation de pratiques professionnelles (EPP) est en cours de construction sur cette thématique. L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs de qualité et de sécurité des soins en point qualité le lundi, en COPIL Qualité, en CME. Les IQSS sont affichés dans les services. Les indicateurs ont un objectif défini (valeur cible) et sont suivis par les 12 groupes de thématiques. Un plan d'actions d'amélioration est déterminé en rapport avec ces indicateurs et intégré au PAQSS.

# Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025
- 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	430000091	CENTRE HOSPITALIER D'YSSINGEAUX	20 avenue de la marne Bp 57 43200 Yssingaux FRANCE
Établissement principal	430000356	CENTRE HOSPITALIER D'YSSINGEAUX	20 avenue de la marne Bp57 43202 Yssingaux FRANCE
Établissement géographique	430007252	CENTRE HOSPITALIER D'YSSINGEAUX - SLD	20 avenue de la marne 43200 Yssingaux FRANCE

## Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Non
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	15
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	25
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	30
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

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

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Maladie chronique Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
2	Audit système	Entretien Professionnel		
3	Audit système	Entretien Professionnel		
4	Parcours traceur		Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Soins de longue durée Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
5	Audit système	Dynamique d'amélioration		
6	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
7	Audit système	Leadership		
	Audit	Entretien		

8	systeme	Professionnel		
9	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Traceur médicament USLD
10	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
11	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
12	Audit système	Coordination territoriale		
13	Audit système	Représentants des usagers		
14	Audit système	Engagement patient		
15	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Non applicable
16	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
17	Audit système	QVT & Travail en équipe		
18	Audit système	Maitrise des risques		
19	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
20	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicaments à risque injectables ou per os
21	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	

			Soins de longue durée Tout l'établissement	
22	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
23	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
24	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
25	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
26	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	

27	Audit système	Entretien Professionnel		
28	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI et EIG
29	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotiques injectables ou per os
30	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL
31	Audit système	Coordination territoriale		
32	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
33	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
34	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
35	Audit système	Entretien Professionnel		
36	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
37	Audit système	Leadership		
38	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presque accident
39	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires

40	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable ou per os
41	Audit système	Engagement patient		
42	Audit système	Dynamique d'amélioration		
43	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Tout l'établissement</p>	
44	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
45	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
46	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
47	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Tout l'établissement</p>	
48	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque/ Antibiotique per os ou

				injectable
49	Audit système	QVT & Travail en équipe		
50	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins de longue durée Tout l'établissement	
51	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
52	Audit système	Représentants des usagers		
53	Audit système	Entretien Professionnel		
54	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
55	Audit système	Entretien Professionnel		
56	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	

57	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Tout l'établissement</p>	
58	Audit système	Maitrise des risques		
59	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	

---

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

---

