



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER D'AUXERRE

2 boulevard de verdun
Bp 69
89011 Auxerre



Validé par la HAS en Juin 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 – Juin 2026

Sommaire

Préambule	4
Présentation	5
Les critères évalués	6
Les évaluations réalisées pendant la visite	7
La décision	8
Les résultats	9
Les résultats des critères impératifs et avancés	10
Chapitre 1 : Le patient	13
Résultats du chapitre 1 : Objectifs	13
Synthèse du chapitre 1	14
Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient	16
Objectif 1.2 : L'information du patient	17
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	18
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	25
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	27
Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	29
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	31
Chapitre 3 : L'établissement	33
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	33
Synthèse du chapitre 3	34
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	37
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	38
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	40
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	41

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 D'AUXERRE	
Adresse	2 boulevard de verdun Bp 69 89011 Auxerre FRANCE
Département / Région	Yonne / Bourgogne-Franche-Comté
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	890000037	CH AUXERRE	2 boulevard de verdun Bp 69 89011 Auxerre FRANCE
Établissement principal	890975527	CENTRE HOSPITALIER D'AUXERRE	2 boulevard de verdun Bp 69 89011 Auxerre FRANCE
Établissement géographique	890971492	UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE CH AUXERRE	7 avenue de Lattre de tassigny 89000 AUXERRE FRANCE

Les critères évalués

Chaque établissement de santé est évalué sur des critères génériques, applicables à tous les 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
 Chirurgie et interventionnel
 Maternité
 SAMU-SMUR
 Soins critiques
 Soins de longue durée
 Soins Médicaux et de Réadaptation
 Urgences

Population
 Enfants et adolescents
 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 **19** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



Évalué **15** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **23** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

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



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **15** 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 :

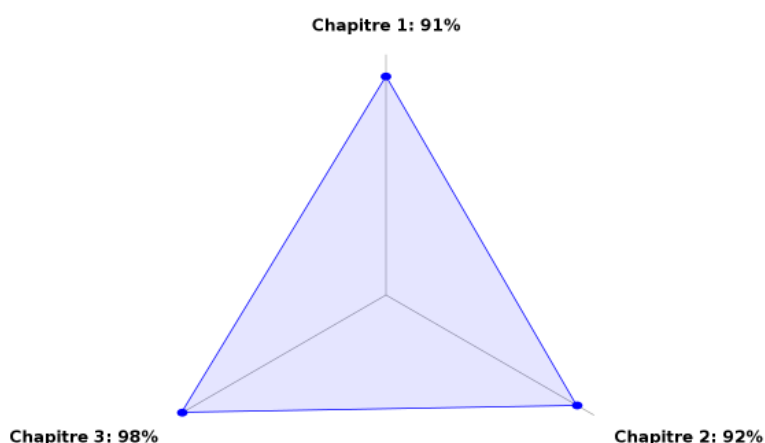
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus ;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs 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 confirme la qualité des soins et décerne la certification. Cette décision est valable quatre ans.

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 maîtrise 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	91%
Chapitre 2	Les équipes de soins	92%
Chapitre 3	L'établissement	98%

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.

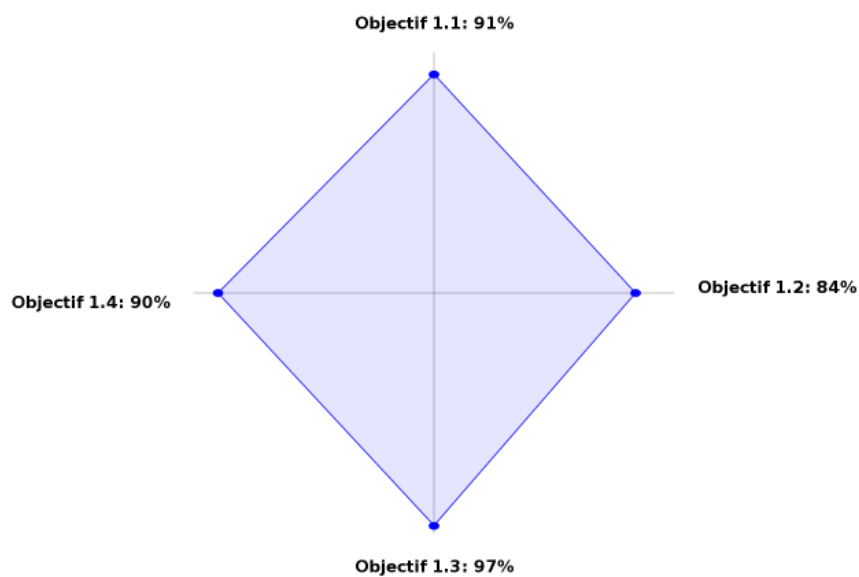
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	94%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	97%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	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	90%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	80%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	96%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	95%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	94%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	100%
2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	100%
2.3-10	Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs	100%
2.3-11	Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né	83%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	92%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque-accidents	92%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
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	0%
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	38%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	75%
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	100%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **91%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	91%
1.2	L'information du patient	84%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	97%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	90%

Synthèse du chapitre 1

Les patients soulignent l'attention portée par les professionnels dans leurs pratiques pour assurer le respect de leur intimité, de leur dignité et de la confidentialité. Dans quelques unités d'hospitalisation récentes (maternité par exemple), des chambres individuelles avec sanitaires sont proposées. Le taux de vétusté des équipements et des constructions immobilières est cependant élevé ; la majorité des bâtiments sont anciens, et ne disposent pas de chambres individuelles, ou de douches en nombre suffisant. Par ailleurs, l'exiguïté de certains locaux (comme le couloir d'accueil des Urgences pédiatriques par exemple), rend difficile le respect de la confidentialité. L'établissement est conscient de ces problématiques. Il a débuté, fin 2025 la rédaction de son futur schéma directeur immobilier dont la finalisation est prévue en avril 2026. Sur le site de la maison de retraite de l'Yonne qui accueille les lits de l'unité de soins de longue durée (USLD), les travaux de reconstruction engagés doivent se terminer en 2028. Les jeunes patients bénéficient d'un environnement adapté. La présence des parents est favorisée. L'accès du patient à son dossier est organisé, les délais réglementaires sont respectés. Les professionnels sont sensibilisés aux risques des connexions illégitimes au dossier patient informatisé, une procédure "bris de glace" est en place ; les contrôles de ces connexions sont en cours de programmation. Les équipes sont formées à la prise en charge de la douleur, une équipe mobile intervient pour les cas complexes ; des moyens non médicamenteux sont mobilisés dans certaines situations. Les patients mettent en avant l'écoute et la bientraitance des professionnels, ainsi que les actions menées pour répondre à leurs besoins et assurer leur bien-être. Une procédure de repérage et prise en charge de la maltraitance externe est diffusée et évaluée. L'établissement s'assure que le dispositif est opérationnel, sans toutefois recenser ces situations pour transmission à la CDU. Le droit à formuler des directives anticipées est détaillé dans le livret d'accueil. Cependant, environ la moitié des patients n'a pas intégré l'information, et les équipes ne sont pas toutes sensibilisées à l'abord de cette thématique. Les professionnels savent comment gérer un décès et accompagner l'entourage.

Les patients connaissent les informations nécessaires à leur séjour. Dès la programmation de l'hospitalisation, les consignes sont précisées. A l'admission, le livret d'accueil institutionnel est remis, souvent complété par un fascicule spécifique au service. Pour les prises en charge ambulatoires, un passeport regroupe les documents utiles, des messages sont envoyés la veille et le lendemain. De nombreux moyens permettent de délivrer une information accessible sur les diagnostics, les actes interventionnels et les soins, comme les consultations d'annonce médicales et paramédical ainsi que les classeurs en oncologie, les schémas explicatifs préopératoires en chirurgie, le support vidéo en hémodialyse, les flyers et livrets en maternité... Les patients concernés sont informés du type de dispositif médical implantable utilisé et du suivi nécessaire. La traçabilité de cette information dans le dossier, et la remise de la carte d'implant ne sont cependant pas systématiques. Au moment de la sortie, la conduite à tenir concernant les actes prévus et les signes de repérage d'éventuelles complications, sont explicités. Un numéro d'appel est disponible en cas de besoin. En revanche, le comparatif du traitement médicamenteux, et la remise de la lettre de liaison le jour de la sortie ne sont pas généralisés. Les informations concernant les Représentants des Usagers, les associations de patients, l'alimentation du DMP (agent référent "Mons espace santé") sont diffusées. Malgré cela, environ la moitié des patients n'ont pas intégré leur rôle et les modalités pour les contacter, et n'ont pas connaissance de l'alimentation de leur DMP et de leur droit d'opposition.

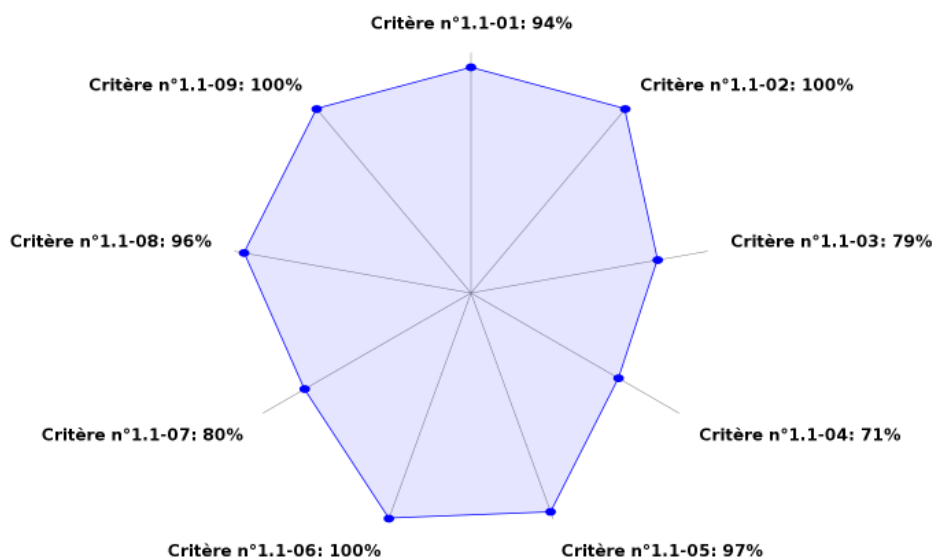
L'engagement des patients dans leur projet de soins est recherché. La discussion sur les bénéfices et les risques, et le recueil du consentement éclairé sont retrouvés. Le projet personnalisé de soins est construit après une évaluation initiale globale. Des enseignants et animateurs favorisent la prise en compte éducative et scolaire pendant l'hospitalisation des jeunes patients ; les enfants et leurs parents sont partie prenante du projet de soins. La prise en charge vise au maintien de l'autonomie de la personne âgée ou porteuse d'un handicap, et à l'accompagnement en cas de précarité sociale. Des messages de santé publique et de prévention primaire sont diffusés, par exemple dans le cadre des consultations d'addictologie, des entretiens éducatifs du patient détenu, des ateliers collectifs en maternité... En USLD, les proches sont associés à la réunion d'accueil, des activités sont proposées chaque semaine (fête d'anniversaire, cuisine thérapeutique, composition florale...). L'identité de la personne de confiance est le plus souvent retrouvée dans le dossier ; la cosignature du formulaire dédié n'est toutefois pas généralisée.

L'implication des patients dans la vie de l'établissement est recherchée. Ils sont incités à exprimer leur point de vue via le dispositif e-Satis. Des questionnaires spécifiques sont également utilisés. Les verbatims sont extraits et rendus par secteur. Les résultats sont exploités, assortis d'actions d'amélioration intégrées au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS), et connus de la majorité des équipes. Cependant, certains professionnels de terrain sont peu associés à l'analyse de ces retours, et ne connaissent pas les recommandations de la CDU. Par ailleurs, les modalités pour exprimer son expérience, signaler un EIAS, formuler une réclamation, un éloge, ou recourir au médiateur, ne sont pas connues par l'ensemble des patients.

L'expérience des patients sur leur maladie est prise en compte. Une patiente partenaire intervient en diabétologie adulte, elle participe à des ateliers, à des audits, aux RMM et CREX. En pédiatrie des jeunes patients participent à des journées thématiques organisées par tranches d'âge... Les Représentants des Usagers (RU) sont investis dans la vie de l'établissement, ils sont associés aux instances, au comité stratégique, aux groupes de travail (refonte du site internet par exemple), à la commission d'analyse des événements indésirables, et participent à l'actualisation des documents (comme la charte des Urgences). La CDU est informée des plaintes et réclamations, des enquêtes de satisfaction, des événements indésirables, des délais de demande des dossiers patients.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

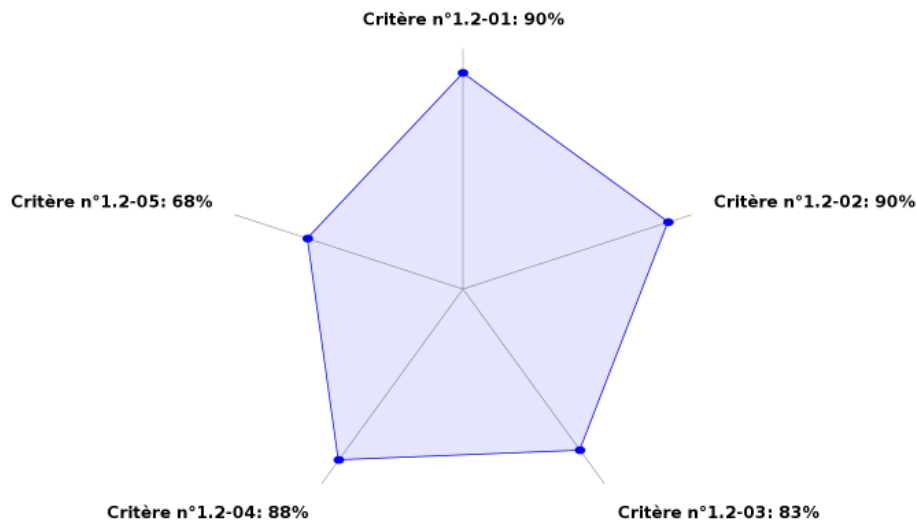
Score de l'objectif **91%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	94%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-03	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité et du secret professionnel	79%
1.1-04	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	71%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	97%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante	100%
1.1-07	La prise en charge des maltraitements externes est organisée	80%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	96%
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

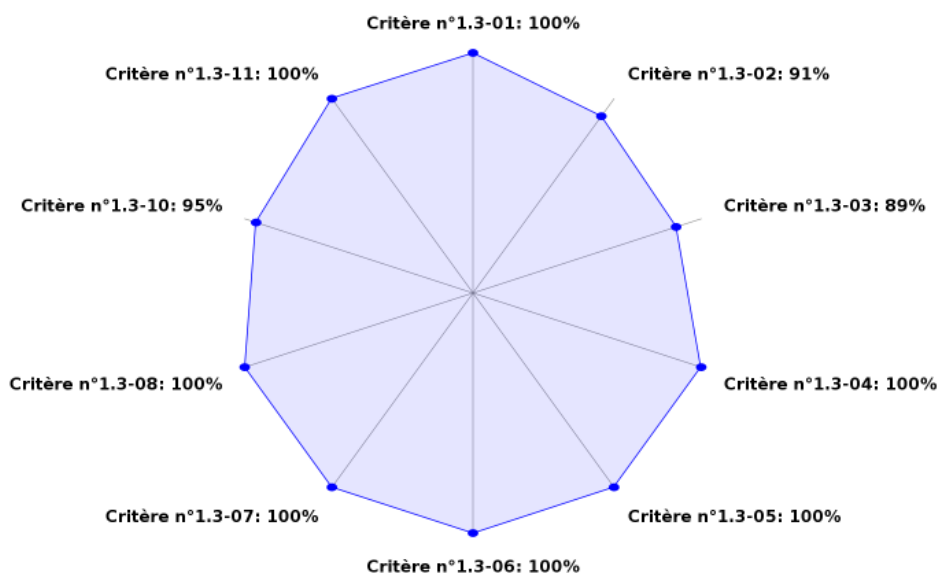
Score de l'objectif **84%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	90%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	90%
1.2-03	Le patient connaît les dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées.	83%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	88%
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.	68%

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

Score de l'objectif **97%**

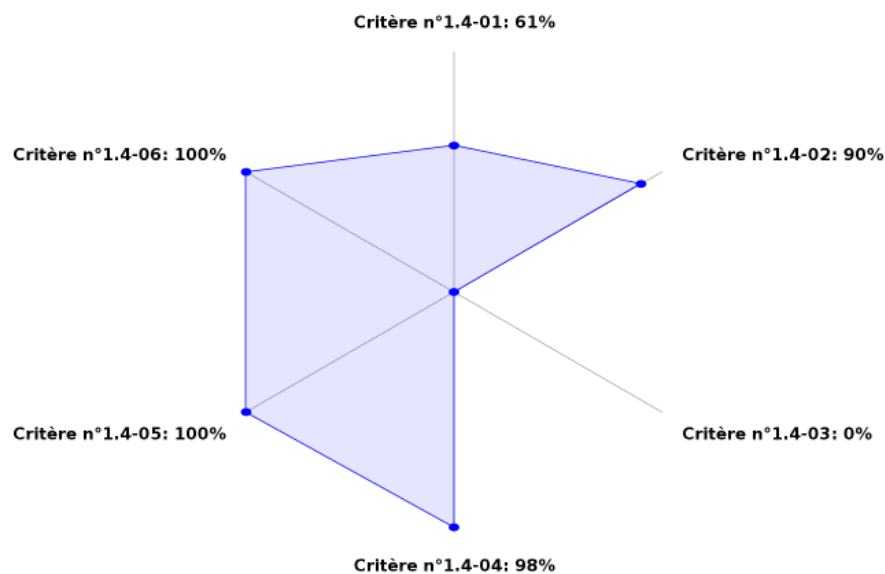


Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	91%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	89%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie 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%
1.3-06	Les liens familiaux, sociaux et scolaires du mineur sont préservés tout au long du séjour	100%
1.3-07	Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-08	En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social	100%
1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	95%
	Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de	

1.3-11	soins	100%
--------	-------	------

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

Score de l'objectif **90%**

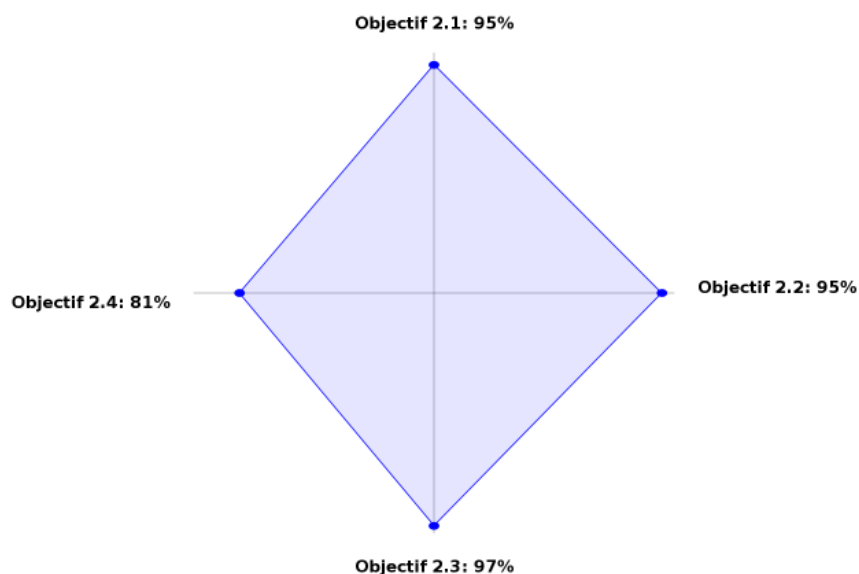


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	61%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	90%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	0%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	98%
1.4-05	Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement	100%
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 **92%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	95%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	95%
2.3	La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	97%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	81%

Synthèse du chapitre 2

Les équipes se coordonnent pour la prise en charge du patient. Les professionnels des consultations travaillent en lien avec les secteurs d'hospitalisation, et accompagnent les patients pour leurs rendez-vous et examens complémentaires. Les comptes rendus de consultation sont disponibles dans le dossier médical et versés au DMP. Durant l'hospitalisation, les éléments utiles sont tracés par l'ensemble des intervenants dans le dossier patient. Le projet de soins est discuté en équipe pluridisciplinaire lors des staffs et RCP menés en interne ou avec d'autres établissements et réseaux... Les équipes mobiles de gériatrie, soins palliatifs, douleur..., les IDE de consultation et de pratique avancée, contribuent à l'articulation des différents intervenants du parcours de soins. Les diététiciennes accompagnent les prises en charges nutritionnelles. La démarche palliative est menée avec l'équipe mobile de soins palliatifs, et des lits dédiés identifiés ; l'équipe spécialisée du CHU de Dijon peut être sollicitée pour les jeunes patients. A la maternité, les futurs parents sont accompagnés, un projet de naissance est discuté dès le premier trimestre et revu à distance, des séances de préparation sont proposées ; les situations de vulnérabilité sont discutées lors des staffs psycho-médicosociaux. Les transports internes sont effectués par des équipes formées qui disposent d'un logiciel dédié. L'organisation de la sortie est anticipée. Des programmes de récupération améliorée et d'accompagnement de retour à domicile sont en place. Un plan d'action est déployé pour améliorer la complétude et les délais de remise de la lettre de liaison. Le carnet de santé de l'enfant est renseigné. La conciliation médicamenteuse est engagée pour les patients âgés polymédicamentés d'Orthopédie, à ce jour, elle n'est pas programmée dans d'autres secteurs.

L'identitovigilance repose sur une cellule dédiée et des binômes agent administratif et référent identité. L'établissement a mené un travail sur la sécurisation du circuit du médicament, piloté par l'équipe de la pharmacie à usage intérieur, le COMEDIMS et le responsable du système de management de la qualité. Les recommandations de bonnes pratiques, ont été actualisées, et des formations à la prévention des erreurs médicamenteuses assurées. Les prescriptions sont toutes informatisées, via le DPI ou des logiciels métiers. Les pratiques sont très majoritairement conformes aux recommandations. Toutefois, certaines prescriptions conditionnelles ne précisent pas de seuil de déclenchement. Cette problématique était identifiée, par l'établissement. Un travail est engagé avec le groupe de travail "médicament". Des actions sont en cours, telles des sensibilisations en CME et COMEDIMS, des rappels aux prescripteurs et aux nouveaux internes, le paramétrage de protocoles dans le module de prescription du DPI... Les cytostatiques sont préparés par des préparateurs habilités, sous la responsabilité d'un pharmacien. L'administration des médicaments est tracée en temps réel, il a été noté une pratique individuelle de préparation anticipée des injectables corrigée en cours de visite. L'équipe opérationnelle d'hygiène multi-professionnelle coordonne les actions de prévention des infections. Des référents IDE/AS/ASH assurent le relais avec le terrain. Des formations sont dispensées. Les prescriptions complémentaires font l'objet d'une prescription médicale, la réévaluation de la pertinence du maintien et le suivi des infections sur cathéter sont assurés. Des audits annuels sont planifiés, et les résultats communiqués. Les précautions standard sont très majoritairement appliquées, toutefois, de rares professionnels ne respectent pas les prérequis à l'hygiène des mains. Par ailleurs, certains ne font pas le lien entre leurs pratiques et les résultats des indicateurs d'hygiène des mains, et ne sont pas en mesure d'expliquer les actions engagées dans le cadre des PAQSS de service. Les IDE référents transfusion sont réunis chaque trimestre pour un rappel des bonnes

pratiques. Un tableau de bord d'indicateurs est suivi. L'analyse bénéfice/risque est tracée. En revanche, les éléments de la surveillance transfusionnelle ne sont pas systématiquement notés dans le dossier. La réalisation des examens radiologiques est assurée par du personnel habilité. Les doses reçues sont versées au DMP avec le compte rendu d'examen. Le dispositif de prise en charge des urgences vitales fait l'objet d'un suivi institutionnel. Un numéro unique dédié permet de joindre directement un médecin habilité à intervenir. Le matériel est uniformisé et vérifié. Les agents sont formés, environ deux tiers ont réalisé des exercices, l'établissement prévoit la fin du déploiement du programme de simulation en 2026.

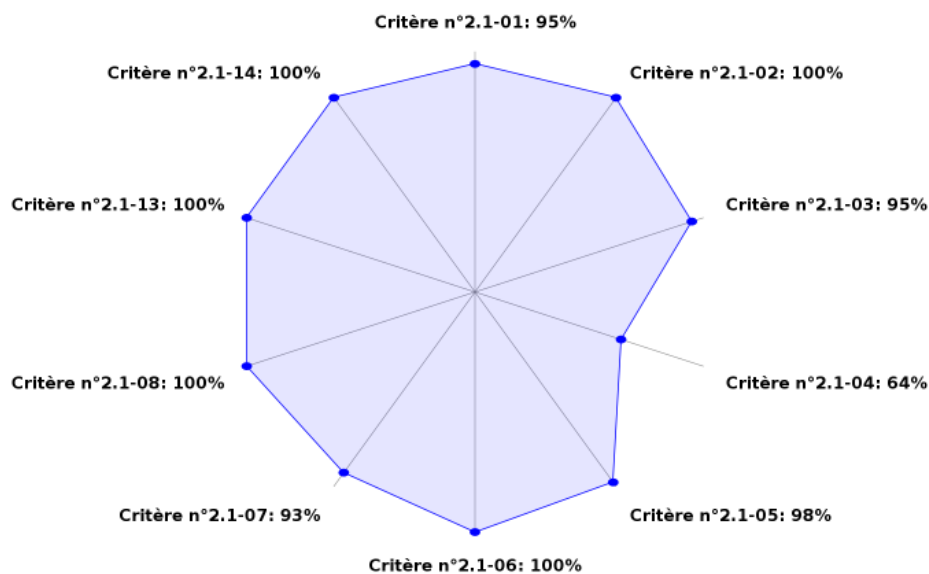
Au SAMU, les professionnels formés appliquent les protocoles de régulation ; les communications sont tracées, les filières d'admission directe sont identifiées. Au SMUR, les dossiers préhospitaliers sont complets, et régulièrement analysés. Aux Urgences adultes, les infirmiers organisateurs de l'accueil (IOA) formés utilisent des échelles de tri validées. En revanche, dans la filière pédiatrique, l'évaluation initiale est menée selon la méthode du « quick look », sans IOA identifié. En secteur interventionnel, les chartes et règlements intérieurs précisent le pilotage et les modes de fonctionnement. Des fiches de liaison permettent l'échange d'informations. Tous les éléments de la consultation et de la visite préanesthésique sont tracés. Les vérifications des équipements anesthésiques et opératoires sont notées. Les procédures de préparation et d'antisepsie cutanée sont appliquées. L'antibioprophylaxie est prescrite en consultation de pré-anesthésie selon des protocoles actualisés, l'évaluation de sa mise en œuvre n'est toutefois pas généralisée. La check-list sécurité du patient est mobilisée en chirurgie, en endoscopie, en cardiologie interventionnelle, les modalités de sa réalisation sont analysées. La sortie de chirurgie ambulatoire est validée par le médecin. Les professionnels sont formés à la désinfection des endoscopes, les étapes du traitement sont tracées, les contrôles microbiologiques suivis. A la maternité, les équipes sont formées aux manœuvres obstétricales, à l'interprétation du rythme cardiaque fœtal. La procédure de gestion de l'hémorragie du post-partum est actualisée, le matériel est disponible. Les professionnels prenant en charge les nouveau-nés sont régulièrement formés en équipe à la réanimation néonatale, par simulation. La mise en peau à peau, et le relevé des températures sont tracés. Une évolution du logiciel métier permet depuis début 2026 la traçabilité du clampage retardé. Dans le cadre du réseau régional de périnatalité, il existe un report systématique dans le logiciel métier d'un tableau des indicateurs de périnatalité du service. A ce jour ces indicateurs ne font pas tous l'objet d'une analyse en équipe permettant d'identifier les axes d'amélioration nécessaires le cas échéant. Dans les services de soins critiques, la surveillance des patients est assurée par des professionnels formés, les décisions sont prises en équipe. Les circuits des prélèvements d'organes et de tissus sont définis, un protocole de coopération infirmière est établi pour les prélèvements de cornée. La coordination hospitalière suit les indicateurs proposés par l'Agence de Biomédecine.

La culture de la pertinence et de l'évaluation est diffusée au sein des équipes. La rédaction des recommandations de bonnes pratiques est coordonnée avec les experts de chaque domaine et une sous-commission de la CME. Un programme de bon usage des antibiotiques est validé par la commission des anti-infectieux. Un guide d'antibiothérapie est accessible, le conseil en antibiothérapie est assuré, les nouveaux prescripteurs sont formés à leur arrivée, le suivi des consommations d'antibiotiques et des résistances bactériennes est en place. Il a toutefois été noté l'absence de justifications de certains traitements antibiotiques, et la non-traçabilité de la réévaluation d'une prescription ; une évolution du logiciel de prescription rendant ces éléments bloquants est programmée. Un groupe de travail pilote la réflexion sur le développement des alternatives aux mesures de restriction

de liberté qui ne sont utilisées qu'en dernier recours, sur décision médicale. La réévaluation de la pertinence de leur maintien n'est cependant pas tracée dans certains secteurs. Des démarches d'évaluation des résultats cliniques et de la pertinence des parcours sont engagées, comme le suivi des antibiothérapies et de la dénutrition en médecine, des infections en réanimation, des RCP en oncologie, des délais de prise en charge en sénologie... En chirurgie bariatrique, les pratiques cliniques sont évaluées en pré-per et post opératoires. Ces démarches ne sont cependant pas généralisées. L'exploitation des indicateurs de pratiques et des IQSS donne lieu à des actions d'amélioration ; leur appropriation par les professionnels de terrain reste limitée. En SMR, la pertinence des demandes d'admissions est analysée en équipe, en revanche, le suivi de la pertinence à la sortie avec les structures d'aval n'est pas régulier, les indicateurs de pertinence ne sont pas étudiés en équipe. En secteur interventionnel des tableaux de bord d'indicateurs sont mobilisés pour améliorer les circuits de prise en charge : délais de programmation, annulation, temps d'attente en ambulatoire, conversion d'une hospitalisation ambulatoire en hospitalisation complète... Des audits sont menés sur la prévention du risque infectieux, sans surveillance généralisée des infections du site opératoire à ce jour. La réflexion sur l'écoresponsabilité des soins est initiée, notamment au bloc opératoire avec la démarche « Green bloc », sans mesure d'impact régulière à ce jour.

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

Score de l'objectif **95%**

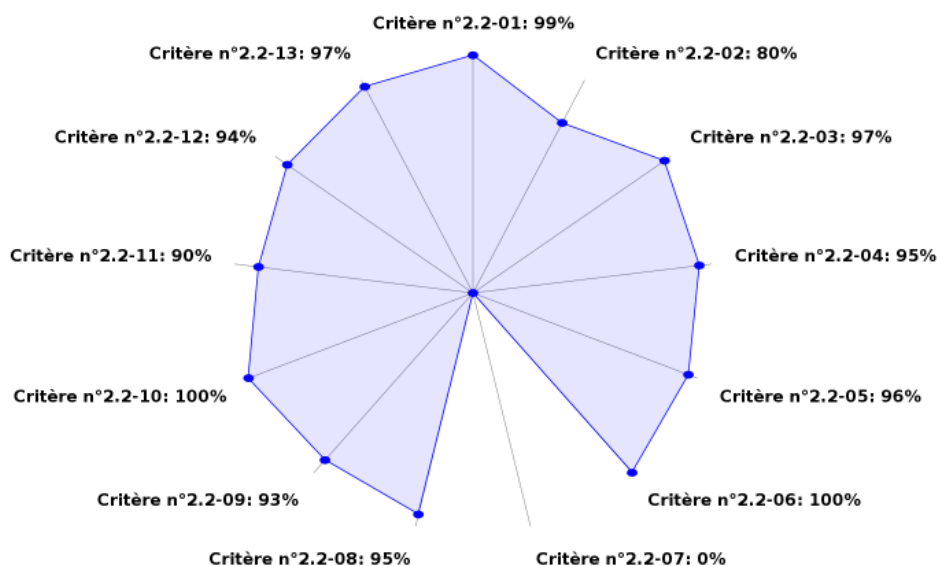


Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	95%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	100%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	95%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	64%
2.1-05	Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	98%
2.1-06	Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	100%
2.1-07	Les équipes des secteurs interventionnels se coordonnent pour la prise en charge des patients	93%
2.1-08	Les équipes de maternité accompagnent les futurs parents pour l'élaboration d'un projet à la parentalité	100%
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 **95%**

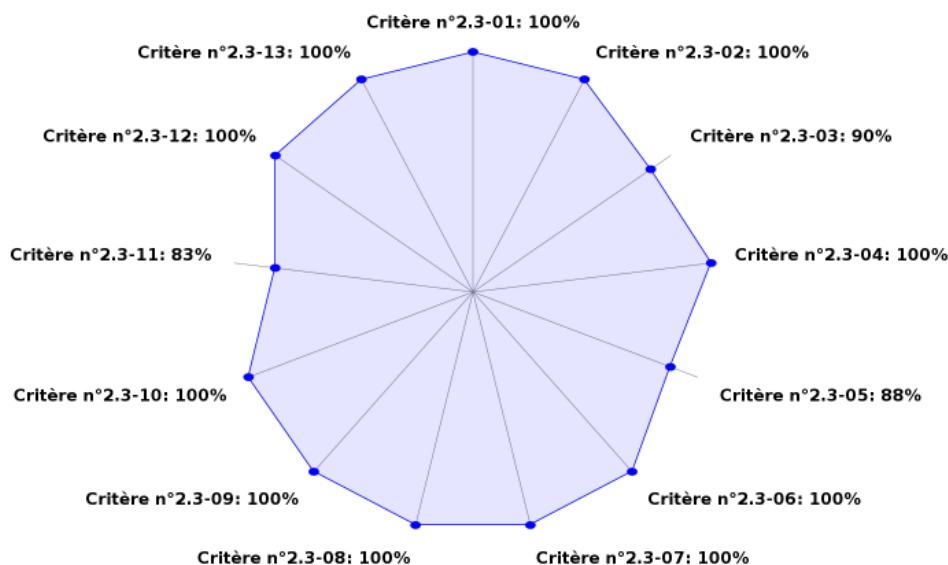


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	99%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	80%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	97%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	95%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	96%
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	95%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	93%
2.2-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	100%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	90%

2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	94%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	97%

Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)

Score de l'objectif **97%**

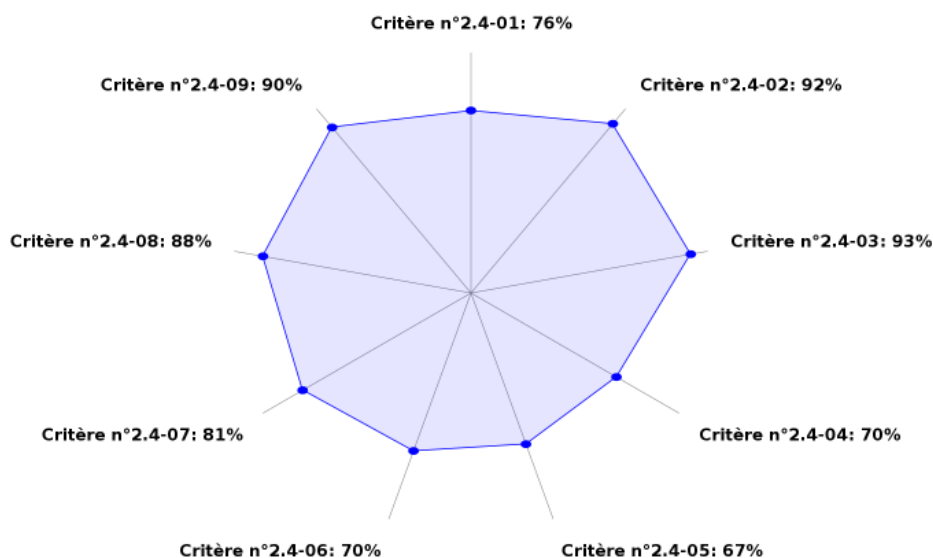


Critères		
2.3-01	Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé est orienté et pris en charge grâce à une régulation médicale adaptée à sa situation	100%
2.3-02	Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient	100%
2.3-03	L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	90%
2.3-04	Les professionnels maîtrisent la prise en charge anesthésique des patients	100%
2.3-05	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	88%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	100%
2.3-07	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles	100%
2.3-08	Les équipes sécurisent le parcours du patient en chirurgie ambulatoire	100%

2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	100%
2.3-10	Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs	100%
2.3-11	Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né	83%
2.3-12	Les équipes des secteurs de soins critiques maîtrisent les risques en lien avec leurs pratiques	100%
2.3-13	Les activités de prélèvement et de greffe d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques, sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	100%

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

Score de l'objectif **81%**



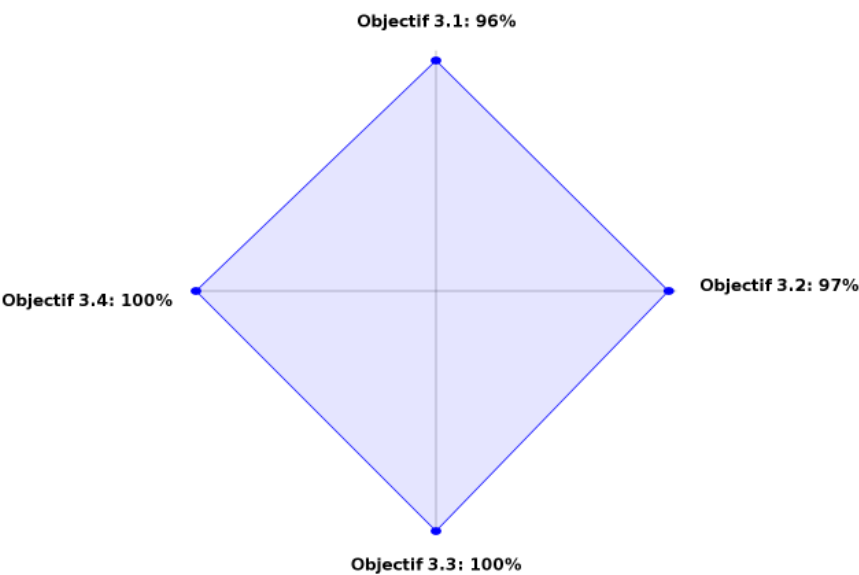
Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	76%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	92%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	93%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	70%
2.4-05	La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	67%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	70%
2.4-07	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant leurs indicateurs	81%
2.4-08	Les équipes des secteurs de soins critiques améliorent leurs pratiques en se fondant notamment sur les modalités de prise en charge de leurs patients.	88%

2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	90%
--------	--	-----

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **98%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	96%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	97%
3.3	Le positionnement territorial	100%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	100%

Synthèse du chapitre 3

La politique qualité élaborée sur la base des résultats des différentes évaluations est déclinée dans un PAQSS actualisé qui comprend un volet institutionnel et par service. Le Comité de pilotage qualité gestion des risques coordonne le déploiement de la démarche, ainsi qu'un comité élargi associant l'encadrement et les binômes référents qualité médicaux/paramédicaux des services. Des points sont menés systématiquement en directoire, CME, CSIRMT. Malgré cela, certains professionnels ne connaissent pas les actions qualité en cours dans leur secteur. Des actions sont prévues pour renforcer l'appropriation sur les sujets qualité (invitation de professionnels de terrain à la CDU, News Letter qualité, formations...). Les équipes participent à des activités qualité ludiques (incollables, jeux, ateliers...), ainsi qu'à des semaines qualité thématiques... Les résultats de l'enquête qualité et sécurité des soins menée en 2025 sont connus des équipes. Le dispositif des vigilances est opérationnel. Des rencontres de sécurité selon les méthodes HAS ont été menées en imagerie et aux urgences. Le dispositif de signalement des événements indésirables est connu. Les situations nécessitant une analyse approfondie sont identifiées mensuellement en cellule d'analyse des événements indésirables, une analyse collective est alors organisée selon une méthode validée. Les plans d'actions sont suivis. Les événements indésirables graves font l'objet de signalements externes. En revanche, les professionnels concernés ne sont pas tous formés à l'annonce d'un dommage lié aux soins, l'établissement envisage d'élargir la formation par simulation à l'annonce d'une mauvaise nouvelle déjà existante, et d'intégrer cette thématique dans le plan de formation. La cartographie des risques a été actualisée en 2024-2025, avec révision du plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles et des tensions hospitalières. Un calendrier d'exercices est établi avec la préfecture. En 2025, des exercices cyberattaque et incendie au bloc opératoire ont été menés avec retour d'expérience. La cellule de crise est opérationnelle. Le Comité éthique associant RU, médecins, soignants, directeurs, ressources externes (professeur de philosophie, avocate, directrice d'une revue de sciences humaines...), se réunit régulièrement. Plusieurs thématiques ont fait l'objet de réflexions, comme la prise en charge des personnes en grande précarité sociale.... Un état des lieux des questionnements éthiques impactant l'établissement est partagé via la News Letter.

La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences vise à garantir la qualité et la sécurité des soins. Des maquettes organisationnelles permettent d'assurer l'adéquation des ressources humaines à l'activité. En cas d'absentéisme, l'établissement s'appuie sur une équipe mutualisée au sein du service infirmier de compensation et de suppléance (SICS). Le remplacement par du personnel extérieur est limité au bloc opératoire et l'imagerie. Pour le personnel médical, un partenariat avec le CHU de Dijon permet de bénéficier de solutions ponctuelles de remplacement, plus particulièrement en anesthésie. L'intégration des nouveaux arrivants, y compris occasionnels, est organisée et comprend notamment la formation aux applications informatiques avant la prise de poste. Des délégations de tâches sont en place avec des infirmiers de pratique avancée et des protocoles de coopération. L'encadrement médical et paramédical bénéficie de formations au management (institut de formation des cadres de santé, master en management et formation de cadre de pôle, mentorat...). Dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement, un travail préparatoire est en cours sur un volet managérial afin de définir une charte et des fiches actions. La démarche de Qualité de Vie au Travail est en cours de révision sur la base d'une enquête par questionnaire, de groupes de travail thématiques et en associant les organisations représentatives du personnel. Des mesures sont en place (crèche,

télétravail, conciergerie, inclusion des travailleurs vivant avec un handicap, soutien par les psychologues du travail...) Les psychologues du personnel sont formés à la médiation et interviennent sur les situations de conflits, ainsi que les situations difficiles pour soutenir les équipes. Des chefs et cadre de service ou de pôle ont bénéficié d'une formation sur la communication et disposent de solutions d'accompagnement par les directions concernées, la présidence de la CME et le service santé au travail. La prévention des risques professionnels prend en compte le document unique et les accidents du travail. Les violences sexistes et sexuelles ont donné lieu à une campagne de sensibilisation et une formation est proposée. L'établissement dispose d'une unité de simulation. Un programme est déployé sous forme d'ateliers pluri professionnels de travail en équipe sur des sujets priorités par rapport aux événements indésirables et aux recommandations de la HAS (urgences vitales, circuit du médicament et erreurs médicamenteuses...). L'établissement a pour projet d'en faire bénéficier des acteurs externes (autres hôpitaux du GHT par exemple).

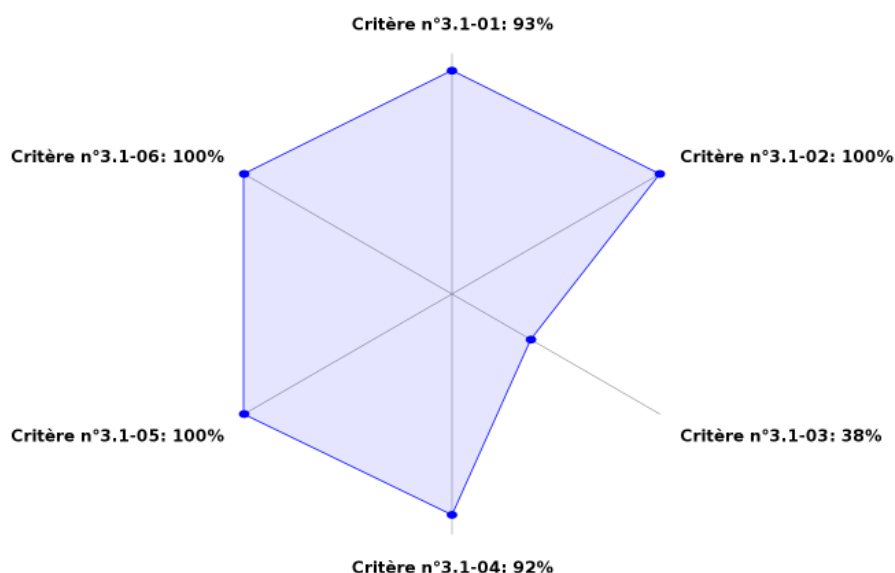
Le Centre Hospitalier (CH) d'Auxerre est implanté au cœur du département de l'Yonne, dans un territoire à dominante rurale, marqué par une faible densité médicale. Il est établissement support du GHT UNYON Sud Yonne – Haut Nivernais, qui regroupe les CH d'Avallon, du Tonnerrois, de Clamecy (en direction commune) et le Centre Hospitalier Spécialisé de l'Yonne. De nombreuses filières de prise en charge sont identifiées dans le cadre de partenariats structurants avec les établissements du GHT, le CHU et le CLCC de Dijon, les établissements médico-sociaux, le GHT Nord Yonne, les CPTS, notamment en cardiologie, oncologie, néphrologie, gériatrie, chirurgie, obstétrique... Des indicateurs sont suivis pour chaque filière, ainsi que des CREX et RMM entre partenaires. Une Fédération médicale interhospitalière est en place entre les services d'Urgences des hôpitaux de la direction commune. En 2024 et 2025, en lien avec la médecine libérale, les CPTS et une association de régulation médicale libérale, une Maison médicale de garde a ouvert dans les locaux du CH, un Service d'accès aux soins (SAS) s'est mis en place. Les prises en charge non programmées sont organisées avec la commission territoriale d'appui au parcours patient, la commission des séjours longs et complexes. Les périodes de tension sont anticipées, grâce à un suivi rapproché de l'activité, en lien avec l'ARS. L'établissement s'attache à prévenir les transferts évitables de personnes âgées, avec des admissions directes dans les services de spécialité, des consultations non programmées, une hotline, les interventions de l'équipe mobile de Gériatrie. La filière gériatrique a fait l'objet d'une labellisation par l'ARS Bourgogne Franche Comté. La communication avec les usagers et les professionnels correspondants est facilitée par un accueil téléphonique, et un annuaire de correspondants par spécialité. Une activité de télémedecine est assurée en soins continus, ainsi que de télésurveillance en cardiologie, néphrologie, endocrinologie. La politique de recherche clinique est formalisée, avec une unité de recherche clinique (associant médecin coordonnateur, attachés de recherche clinique, coordonnatrice d'étude clinique) reconnue au niveau territorial. L'inclusion dans les essais cliniques est développée, notamment en oncologie et cardiologie... Les professionnels engagés dans les appels à projet sont accompagnés. Les émargements SIGAPS et SIGREC sont valorisés pour les équipes contributrices. Le CH accueille des internes, des étudiants en soins infirmiers, des PADHUE en parcours de consolidation... Une évaluation de la satisfaction des étudiants est effectuée.

Le plan de maintenance des locaux et équipements est coordonné par un responsable via un outil informatique dédié. Un schéma directeur immobilier est en cours de finalisation. La stratégie de développement durable est pilotée au niveau GHT et local, avec un point lors de chaque réunion du directoire. Les actions portent sur les achats écoresponsables, les consommations d'énergie, le tri des

déchets, la mobilité durable, les soins écoresponsables... Les équipes sont sensibilisées à l'impact environnemental de leurs pratiques via la News Letter. Des travaux sont menés sur l'écoconception des soins (pratiques anesthésiques et interventionnelles de la démarche « Green bloc » par exemple...). La télésanté est déployée dans de nombreux secteurs. Les professionnels sont formés. Les organisations sont évaluées.

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

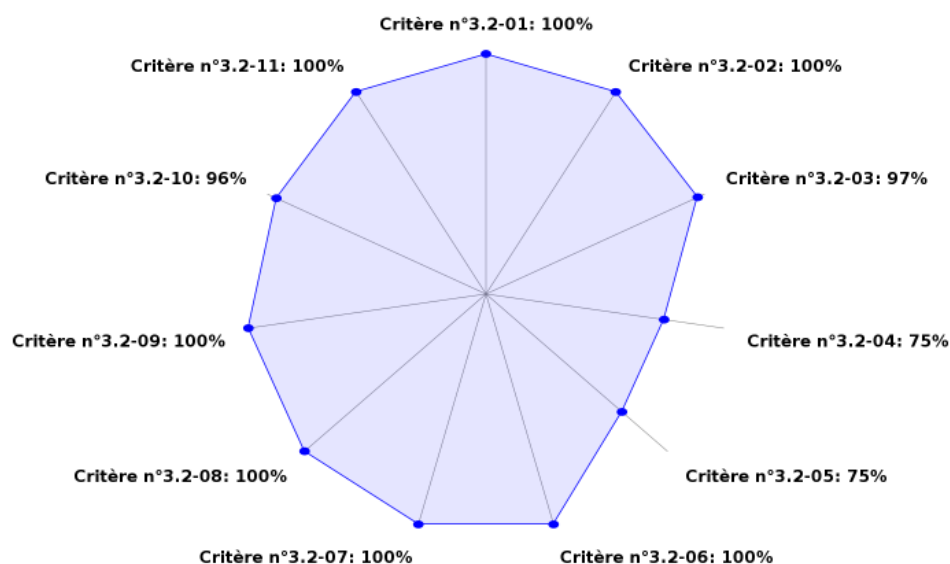
Score de l'objectif **96%**



Critères		
3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	93%
3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	100%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	38%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presqu'accidents	92%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.1-06	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	100%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **97%**

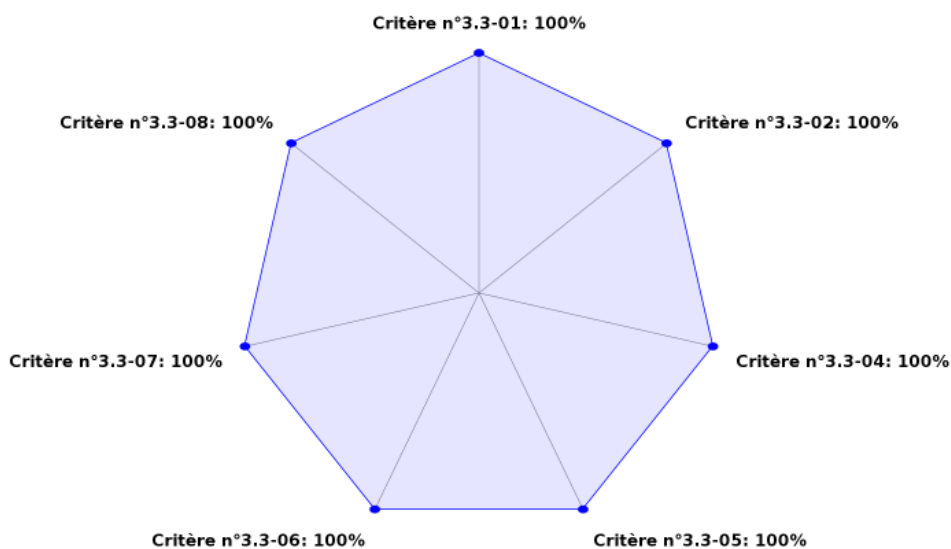


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	97%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	75%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	75%
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	100%
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	96%

3.2-11	L'établissement favorise le travail en équipe	100%
--------	---	------

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

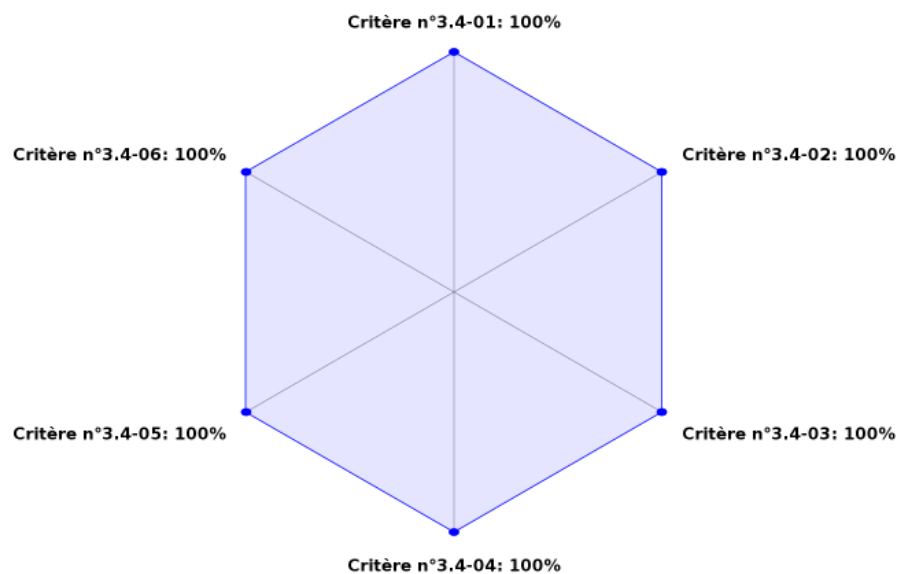
Score de l'objectif **100%**



Critères		
3.3-01	L'établissement est acteur de la coordination des parcours sur le territoire	100%
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	100%
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	100%

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

Score de l'objectif **100%**



Critères		
3.4-01	L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	100%
3.4-02	L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables	100%
3.4-03	L'établissement agit pour la transition écologique	100%
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	100%
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	100%

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

