



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE
HOSPITALIER
D'ANGOULEME**

Rond point de girac
CS 55015 Saint-Michel
16959 Angoulême



Validé par la HAS en Avril 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 – Avril 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	17
Objectif 1.2 : L'information du patient	18
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	19
Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	21
Chapitre 2 : Les équipes de soins	22
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	22
Synthèse du chapitre 2	23
Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	28
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	30
Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	32
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	34
Chapitre 3 : L'établissement	36
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	36
Synthèse du chapitre 3	37
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	41
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	42
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	44
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	45

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'ANGOULEME	
Adresse	Rond point de girac CS 55015 Saint-Michel 16959 Angoulême Cedex 9 FRANCE
Département / Région	Charente / Nouvelle-Aquitaine
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	160000451	CENTRE HOSPITALIER D'ANGOULEME	Rond point de girac CS 55015 Saint-Michel 16959 Angoulême Cedex 9 FRANCE
Établissement principal	160000253	CENTRE HOSPITALIER D'ANGOULEME	Rond point de girac CS 55015 Saint-Michel 16959 Angoulême Cedex 9 FRANCE
Établissement géographique	160006359	CH D'ANGOULEME-SLD	Rond point de girac CS 55015 Saint-Michel 16959 Angoulême Cedex 9 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
 Radiothérapie
 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 **18** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



Évalué **13** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **18** 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
- 4 médicament(s) et des produit(s) de santé
- 5 acte(s) interventionnel(s)
- 3 mesure(s) de prévention des infections associées aux soins
- 1 transfusion(s) sanguine(s)
- 1 appel(s) au SAMU / sortie(s) du SMUR
- 0 prescription(s) d'isolement
- 2 prescription(s) de restrictions de libertés
- 0 acte(s) d'électroconvulsivothérapie



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **14** 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 :

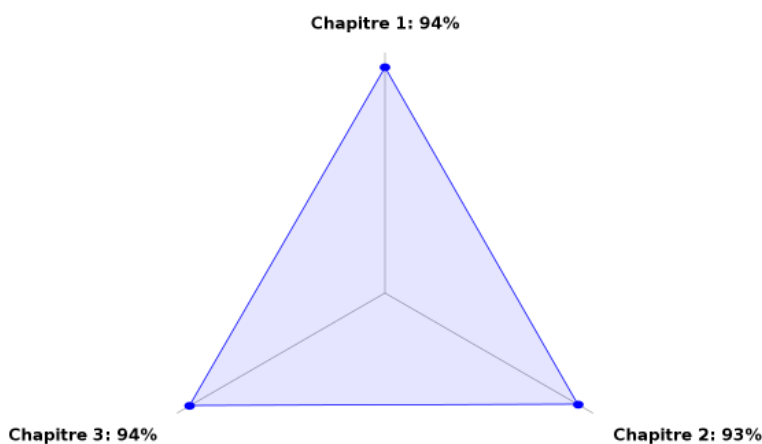
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs 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	94%
Chapitre 2	Les équipes de soins	93%
Chapitre 3	L'établissement	94%

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.

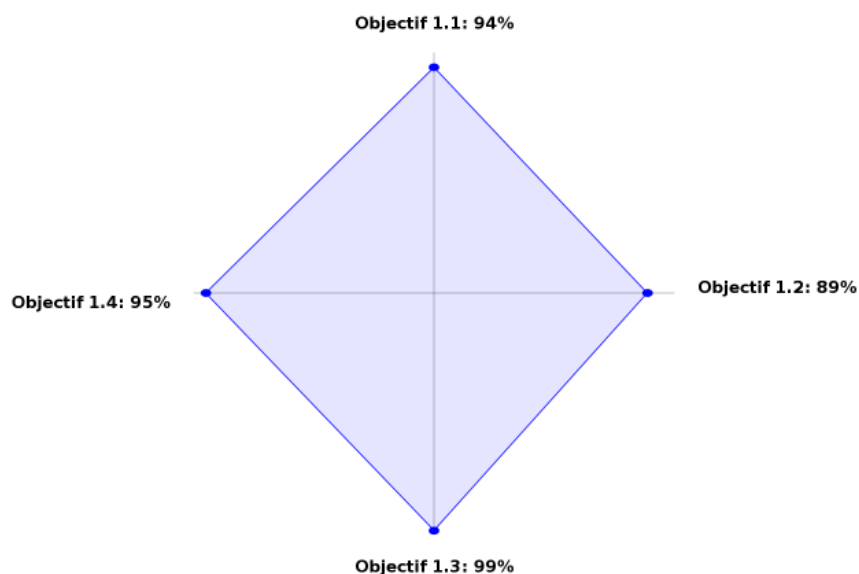
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	98%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	99%
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	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	95%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	95%
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	100%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque-accidents	96%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	83%
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	40%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	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	75%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **94%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	94%
1.2	L'information du patient	89%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	99%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	95%

Synthèse du chapitre 1

Le respect de l'intimité et de la dignité du patient sont assurés. L'hôpital d'Angoulême dispose de locaux adaptés et sécurisés. Les pratiques sont attentives et respectueuses du patient. Toutefois des patients arrivant aux urgences, en cas d'afflux important, peuvent attendre sur des brancards dans le couloir. Néanmoins les conditions de sécurité et de surveillance sont assurées. Par ailleurs, la zone de transfert du patient vers le bloc opératoire ne permet pas le respect de l'intimité, en raison de sa configuration architecturale (lieu ouvert sur le couloir). Le futur schéma immobilier prend en compte ces modifications avec la reconstruction du service d'accueil et d'urgences à échéance 2030. Concernant la zone de transfert au bloc opératoire, l'hôpital est déjà engagé dans une réflexion sur la réorganisation de ce lieu.

Les patients mineurs sont accueillis en service de pédiatrie. Si un adolescent doit être accueilli exceptionnellement en service adulte, il est hospitalisé en chambre seule et sa prise en charge est respectueuse et sécurisée. La présence des parents à ses côtés est facilitée, y compris en réanimation.

Les professionnels sont attentifs au respect de la confidentialité et sont sensibilisés aux risques engendrés par des connexions illégitimes au dossier patient.

Le recueil des directives anticipées est variable selon les services. L'information est donnée au patient dans le livret d'accueil et relayée par des professionnels référents. Une formation a été réalisée par un référent Directives anticipées du CHU de Poitiers. Les équipes en difficulté peuvent être accompagnées dans cette démarche par l'équipe mobile Soins palliatifs. Toutefois, la connaissance par les patients des directives anticipées est encore hétérogène. Et les patients n'ont généralement pas été informés de l'importance de rédiger des directives anticipées avant leur hospitalisation.

Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager sa douleur. L'expression de sa douleur est facilitée par l'utilisation d'échelles de mesure adaptées à son profil. Des approches non médicamenteuses peuvent également lui être proposées (hypnose, masque de réalité virtuelle, musicothérapie, aromathérapie...). L'autonomie et les besoins élémentaires du patient sont évalués dès l'entrée et tout au long de l'hospitalisation. Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante. Les équipes ont réalisé une cartographie des risques d'atteinte à la bienveillance. Les professionnels sont formés et connaissent la conduite à tenir en cas de suspicion de maltraitance. Les assistantes sociales peuvent être mobilisées. Un lien peut également être fait avec l'UMJ (Unité médico-judiciaire) ou avec la Maison des femmes. L'établissement a mis en place un dispositif de déclaration et de gestion des situations de maltraitances externes.

L'organisation de la prise en charge des défunts est structurée. Les modalités d'accueil, de conservation et de présentation du corps sont connues des professionnels et adaptées en cas de décès néonatal ou infantile. Les modalités de collaboration entre les services de soins et la chambre mortuaire sont effectives, facilitant l'accompagnement des familles après le décès.

Les patients ont reçu les informations nécessaires à leur consultation ou séjour. En cas d'hospitalisation, un livret d'accueil leur est donné. Afin de faciliter sa lecture et son appropriation, une version sous forme de Bande dessinée a été réalisée par l'établissement et est à disposition des services. L'affichage réglementaire est assuré. Et une chaîne interne de télévision diffuse également

des informations utiles aux patients. Les informations relatives à leur santé (diagnostic, traitement, suivi) sont communiquées aux patients. En ambulatoire, un document leur est remis indiquant les signes d'alerte pouvant conduire à une dégradation de son état de santé et la conduite à tenir. La pose d'un dispositif médical est expliquée ainsi que les modalités de surveillance de celui-ci. En prévision de sa sortie, le patient reçoit les informations nécessaires et les consignes de suivi, ainsi que si besoin, des conseils pour un soutien psychologique, médico-social ou social. Une lettre de liaison est le plus souvent remise au patient et communiquée au médecin traitant via une messagerie sécurisée. L'hôpital en a fait une priorité et a mis en place un indicateur de suivi lui permettant de vérifier que le dispositif est opérationnel. Bien que les résultats aient fortement progressé, celle-ci n'est pas toujours complète ou remise à la sortie du patient. Les éléments d'information sont versés automatiquement dans le DMP (dossier médical partagé), sauf en cas de refus du patient. En néonatalogie et pédiatrie, les carnets de santé sont renseignés et remis aux parents.

Des associations de bénévoles sont présentes et investies auprès des patients et des équipes. Bien que les contacts des représentants des usagers soient affichés dans le hall de l'hôpital, dans les services, et notifiés dans le livret d'accueil, les patients ne les connaissent pas toujours.

L'équipe présente au patient le projet de soins proposé, selon une approche bénéfices risques. Son consentement libre et éclairé est recueilli. Le projet de soins est tracé dans le dossier et suivi en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. La recherche de la personne de confiance est systématique et tracée dans le dossier patient. Celle-ci est associée au projet thérapeutique quand la situation le nécessite. Un programme d'éducation thérapeutique peut être proposé au patient au Centre de l'asthme, et en diabétologie. Des actions de sensibilisation à l'hygiène des mains et aux précautions complémentaires sont réalisées à destination des patients mais aussi des visiteurs.

Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins adapté à ses aptitudes, capacités et visant à maintenir son autonomie. Un projet de lutte contre la sédentarité a été mis en place en dialyse avec la mise à disposition de pédaliers. Le patient en situation de précarité sociale est orienté vers une assistante sociale. L'établissement dispose également d'une Permanence d'accès aux soins.

Une attention importante est portée sur le maintien des liens familiaux et sociaux, notamment en pédiatrie.

A son arrivée et tout au long de son hospitalisation, la personne âgée bénéficie d'une évaluation multidimensionnelle à travers l'analyse de ses capacités à se mobiliser seule, à s'alimenter, à communiquer ou à prendre part aux décisions thérapeutiques. Le projet de soins est co-construit avec le patient ou ses proches, intégrant ses habitudes de vie, ses priorités et ses objectifs personnels. En soins de longue durée, des activités ludiques et thérapeutiques lui sont proposées afin de maintenir son autonomie et le lien social.

Des messages de santé publique sont affichés dans les services. Le patient est informé des facteurs de risques liés à sa pathologie et des actions possibles en matière de prévention, afin d'agir pour sa santé.

La présence des aidants est favorisée. Une plateforme des aidants a été mise en place en USLD. Une infirmière avec un temps dédié intervient autant dans la structure qu'à domicile. Dans ce cadre, sont parfois organisées des rencontres entre aidants et patients.

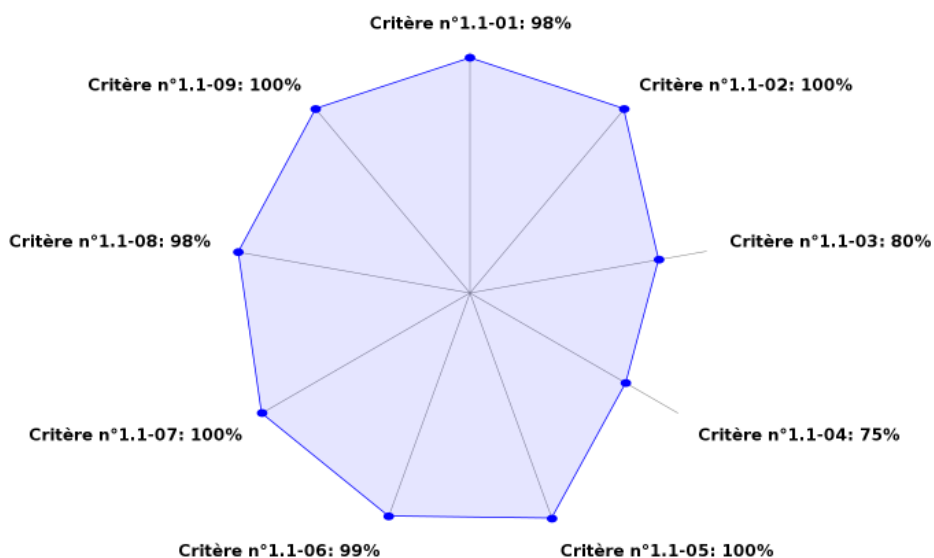
Différents outils de recueil de la satisfaction et de l'expérience patient sont mis en œuvre. Afin d'améliorer la connaissance par les patients de ces dispositifs, l'association VMEH (visiteurs des malades dans les établissements hospitaliers) présente le questionnaire de sortie aux patients visités. Cela a permis d'améliorer significativement le taux de retour des questionnaires de sortie. En cas de réclamations, les patients ou ses proches peuvent s'adresser à l'encadrement du service, à la direction ou aux représentants des usagers. Un médiateur médical peut être également sollicité. Mais d'une manière générale, peu de patients connaissent le dispositif de déclaration des événements indésirables associés aux soins et la possibilité de faire intervenir un médiateur.

Les résultats des enquêtes de satisfaction et de l'expérience patient sont traités par la direction qualité et transmis aux services. Ils sont accessibles dans la gestion documentaire de l'hôpital. Ils sont partagés en Commission des usagers, laquelle émet des recommandations. Ils sont présentés en Comité qualité et en Commission médicale d'établissement. Des patients partenaires et experts sont mobilisés dans certains services.

Les représentants des usagers sont très investis dans la vie de l'établissement. L'un d'eux assure la présidence de la CDU (Commission des usagers). Ils sont présents dans de nombreux comités ou instances et sont force de proposition. Ils vont également à la rencontre des équipes dans les services et sont généralement bien connus des professionnels.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

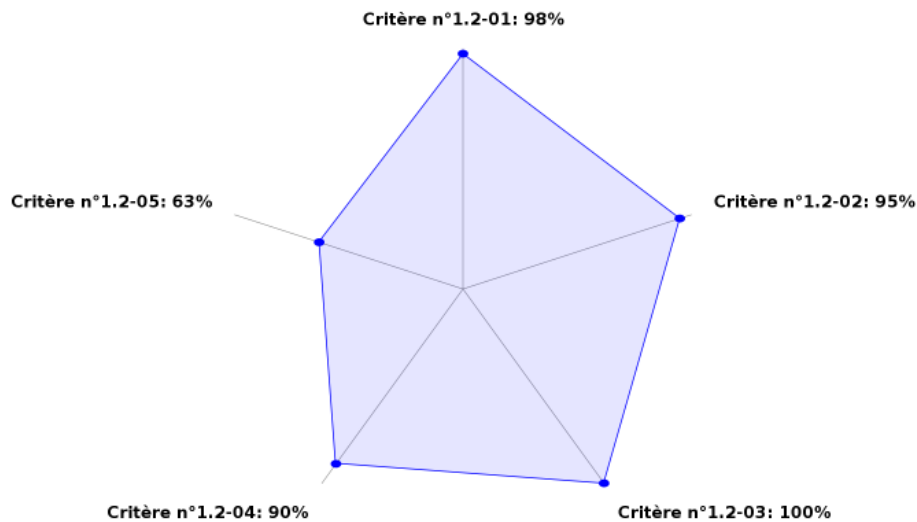
Score de l'objectif **94%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	98%
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	80%
1.1-04	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	75%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	99%
1.1-07	La prise en charge des maltraitances externes est organisée	100%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	98%
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

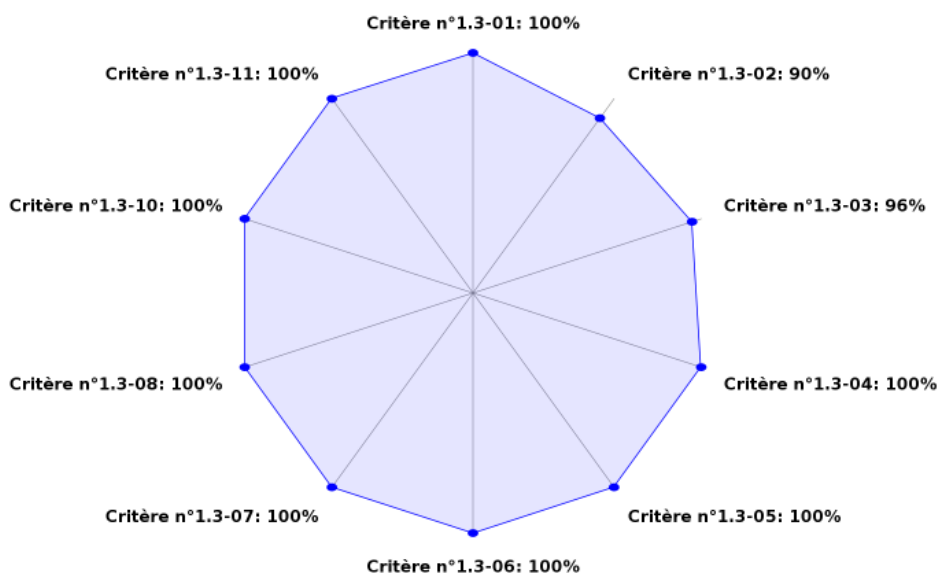
Score de l'objectif **89%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	98%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	95%
1.2-03	Le patient connaît les dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées.	100%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	90%
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.	62%

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

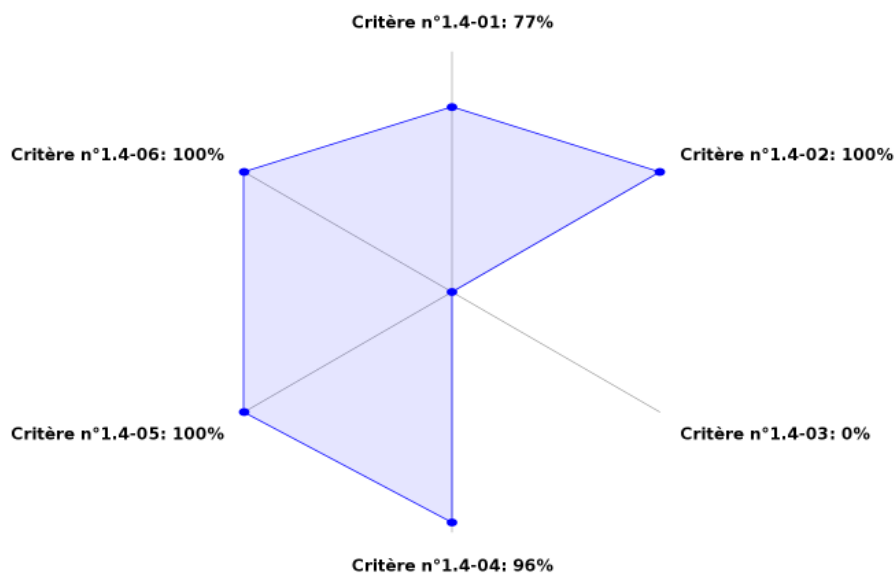
Score de l'objectif **99%**



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	90%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	96%
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	100%
	Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de	

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

Score de l'objectif **95%**

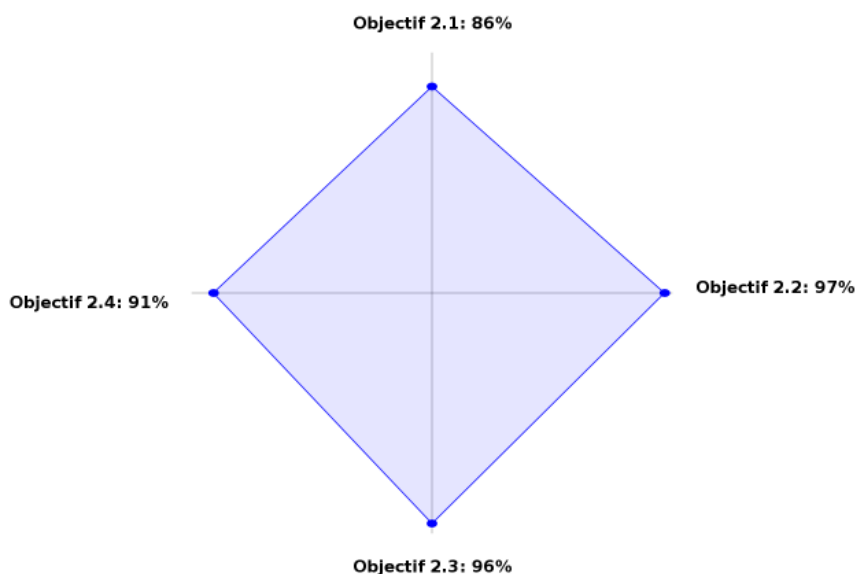


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	77%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	0%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	96%
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 **93%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	86%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	97%
2.3	La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	96%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	91%

Synthèse du chapitre 2

Les patients sont accompagnés par les équipes dans la prise de rendez-vous. Tous les éléments utiles à leur prise en charge sont tracés dans le dossier patient informatisé. Toutefois, les équipes médicales et paramédicales n'ont pas accès au dossier médical partagé.

Les projets de soins sont adaptés aux besoins du patient. Ils sont élaborés avec tous les intervenants concernés et font l'objet d'une communication régulière entre eux. Ils sont réévalués périodiquement et tracés dans le dossier du patient. Les transitions de parcours (retour à domicile, changement de structure) sont anticipées. Des médecins généralistes sont présents dans les services de chirurgie et contribuent au suivi et à la fluidité de la prise en charge. Une cellule d'ordonnancement est en place et joue un rôle tant au niveau de l'admission que de la sortie. La présence de l'HAD (structure externe) aux staffs permet d'envisager dès l'admission la prescription d'une HAD à la sortie si nécessaire. Un partenariat existe aussi avec l'EMSP de Cognac pour la prise en charge en soins palliatifs. Les services peuvent également s'appuyer sur la plateforme territoriale d'appui pour sécuriser et coordonner les retours à domicile.

Il n'a pas été mis en œuvre la conciliation médicamenteuse. Un projet est formalisé mais n'est pas déployé actuellement.

La démarche palliative fait l'objet d'une concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire et est réadaptée régulièrement aux besoins du patient. Les pratiques professionnelles prennent en compte toutes les dimensions du patient (psychologique, sociale, spirituelle...). Les réanimateurs participent aux discussions collégiales concernant la limitation et l'arrêt des thérapeutiques actives. Les proches ou aidants sont associés avec une attention particulière portée à leur information, leur soutien et leur vécu émotionnel. La coordination avec les partenaires extérieurs est effective.

Le dépistage des troubles nutritionnels est systématique et répété. Des services sont dotés d'un appareil dynamomètre qui permet d'évaluer la perte de masse musculaire. Les professionnels sont formés. Le projet de soins intègre un volet nutritionnel renseigné par la diététicienne.

La programmation opératoire prend en compte les urgences et l'organisation de la salle de surveillance post-interventionnelle. Toutefois l'analyse des indicateurs est réalisée ponctuellement et ne fait pas l'objet d'un suivi en continu.

Un projet parental est proposé systématiquement aux futurs parents. Une approche individualisée est mise en place avec un repérage précoce des situations de vulnérabilité médicale, psychologique ou sociale, permettant une prise en charge, un soutien et une orientation adaptée. L'équipe dispose de ressources internes spécialisées : sage-femme addictologue, infirmières consultant en lactation, psychologue, qui passent voir chaque jour les mamans pour se présenter et répondre aux besoins éventuels. Une maison des femmes vient d'être créée dans l'hôpital. La coordination avec les acteurs de ville (PMI, équipe mobile de psychiatrie périnatale) est effective.

Le transport intrahospitalier est organisé et coordonné.

L'établissement suit les délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie et montre que, bien qu'en progression, la remise au patient le jour de la sortie est encore hétérogène.

Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient. Un bracelet d'identification est posé systématiquement à l'admission, excepté en Unité de soins de longue durée, où le choix s'est porté sur un trombinoscope.

Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et les réalisent sur un logiciel spécifique. Le traitement habituel du patient est pris en compte. Les prescriptions conditionnelles sont argumentées en référence à une valeur seuil. Les pharmaciens réalisent l'analyse pharmaceutique sur l'ensemble des ordonnances. En médecine infectieuse, le pharmacien est présent lors des staffs hebdomadaires. D'une manière générale, ils sont à l'écoute des besoins des services et se rendent sur place dès qu'un avis sur une prise en charge complexe est sollicité. Deux systèmes de dispensation sont mis en place : globale hebdomadaire par patient dans les services de chirurgie, médecine et obstétrique, par dotation avec production automatisée de la préparation en Unité de soins de longue durée. L'avis du pharmacien est sollicité dans les réunions de concertation pluriprofessionnelles. Les pratiques d'approvisionnement des produits de santé sont sécurisées.

Les bonnes pratiques d'administration des médicaments sont assurées. Les situations à risques (injectables, chimiothérapie etc...) sont identifiées, les bonnes pratiques connues et respectées. Lors de situations à risque devant faire l'objet de précautions particulières, un lieu de préparation des médicaments est identifié et sécurisé, pour éviter les interruptions de tâches. La concordance produit/patient/prescription a été constatée lors de toutes les investigations, excepté dans une situation où elle a été réalisée partiellement. La gestion des médicaments à risques est organisée : étiquetage particulier – rangement adapté – affichage de la liste dans les services. Les armoires à pharmacie sont fermées avec un digicode. La gestion des stupéfiants est encadrée et conforme à la réglementation. Les professionnels sont formés. Dans les secteurs ambulatoires, il a été observé que la surveillance des réfrigérateurs pour les médicaments thermosensibles n'était pas réalisée le week-end. L'établissement a corrigé ce point pendant la visite de certification, en mettant en place une organisation adaptée.

Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène. Les indications d'hygiène des mains sont bien intégrées par les professionnels et l'utilisation des solutions hydroalcooliques est adaptée. Des actions de sensibilisation, d'audits et de rappels de la part de l'équipe opérationnelle d'hygiène contribuent au maintien et à l'amélioration des pratiques. Des correspondants hygiène sont identifiés dans tous les services. Les précautions complémentaires sont acquises et appliquées. Les bénévoles visiteurs de malade sont également formés par l'équipe opérationnelle d'hygiène.

La prévention du risque infectieux lié aux dispositifs invasifs est intégrée dans les pratiques professionnelles et tracée dans le dossier patient informatisé. Les protocoles d'utilisation, de pose, d'entretien et de surveillance sont connus et appliqués. La surveillance des taux d'infection fait l'objet d'un suivi par l'équipe opérationnelle d'hygiène et est partagée avec les équipes.

Le suivi des BMR / BHR apparaît efficient et structuré. Les circuits d'information entre le laboratoire de microbiologie, l'équipe opérationnelle d'hygiène et les équipes cliniques permettent une transmission réactive des résultats microbiologiques. Cette coordination favorise la mise en œuvre précoce des mesures nécessaires.

La décision de transfusion est argumentée et tracée dans le dossier patient. L'analyse bénéfices/risques est inscrite dans le compte rendu d'hospitalisation. L'information est donnée au patient. Les

professionnels sont formés aux bonnes pratiques transfusionnelles. Trois infirmières formatrices référentes hémovigilance sont nommées et connues des professionnels. L'équipe améliore ses pratiques en s'appuyant sur l'analyse régulière des indicateurs et des événements indésirables.

La prise en charge des urgences vitales est organisée et opérationnelle. Il existe un numéro d'appel unique. Le circuit d'alerte est opérationnel 24h/24 et connu des professionnels. Les moyens matériels nécessaires sont disponibles et fonctionnels : défibrillateurs et chariots d'urgence sont scellés et vérifiés de manière hebdomadaire. Afin d'optimiser l'accessibilité aux défibrillateurs, le Comité urgences vitales a travaillé sur une cartographie de ces dispositifs suivi d'une relocalisation de certains d'entre eux. Ce comité a également formalisé des fiches pratiques expliquant de façon simple et visuelle les conduites à tenir, par type de population, en cas d'arrêt cardio-respiratoire. Les équipes sont engagées dans le maintien de leurs compétences grâce à une gestion organisée des remises à jour de la formation AFGSU. Des formations en simulation sont mises en œuvre. Toutefois les exercices de mise en situation ne sont pas déployés dans tous les services.

Les actes utilisant les rayonnements ionisants font l'objet d'une justification médicale préalable. Les doses délivrées au patient sont tracées sur les comptes-rendus d'imagerie. Les équipes connaissent les risques de surexposition et la nécessité de déclaration inhérente. Le port de dosimètre est effectif.

Au SAMU, la régulation médicale est structurée et adaptée. Les communications sont tracées au sein du dossier de régulation médicale. L'orientation du patient est argumentée. Les dossiers médicaux préhospitaliers du SMUR sont complets. Une analyse des pratiques est réalisée quotidiennement (revue des dossiers de la veille). Des indicateurs partagés avec le service des urgences, sont définis et suivis, favorisant la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins.

L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge. Dès l'accueil, les patients sont triés, priorisés et entrent dans le service des urgences. Le délai d'attente leur est communiqué oralement. Trois infirmiers de pratique avancée assurent la première consultation et orientent le patient dans le bon parcours. En journée, les patients ne nécessitant pas une hospitalisation, peuvent être dirigés vers le Centre de santé implanté dans l'hôpital ou vers la médecine de ville avec un rendez-vous dans les 48h. Les personnes âgées sont priorisées et de suite accueillies dans un box de consultation. Le SAU accueille les urgences pédiatriques de traumatologie et médecine pour les plus de 15 ans et 3 mois. Un box leur est dédié et permet la présence d'un parent.

La prise en charge anesthésique des patients est maîtrisée. Le choix de la technique anesthésique est argumenté, justifié et tracé. En salle de surveillance post interventionnelle, l'extubation est effectuée par des professionnels habilités et l'aptitude à la sortie est validée médicalement. Les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs sont conformes.

Les équipes des secteurs interventionnels appliquent les bonnes pratiques d'hygiène relatives aux locaux et équipements. Le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs réutilisables et thermosensibles est maîtrisé. Le parcours du patient en chirurgie ambulatoire est organisé et sécurisé. Le patient est informé des modalités de sa prise en charge. L'équipe de chirurgie ambulatoire contacte le patient la veille de l'intervention et le lendemain pour suivi.

En secteur interventionnel, la check-list d'ouverture de bloc est réalisée par l'infirmière d'anesthésie et la check-list « Sécurité patient » est réalisée en présence des professionnels concernés. Des évaluations sont conduites, permettant aux équipes d'ajuster leurs pratiques si besoin.

A la maternité, différentes mesures destinées à prévenir les risques obstétricaux majeurs sont mises en œuvre par l'équipe : formations régulières par exercice de simulation effectuée sur les manœuvres obstétricales et la prise en charge des nouveau-nés, maîtrise de la procédure de l'hémorragie post partum conforme et affichage de la fiche réflexe, existence d'un chariot d'hémorragie du post-partum et de chariots spécifiques à la réanimation néonatale sécurisés, scellés et vérifiés. Les dispositifs de surveillance, d'évaluation et de prise en charge sont opérationnels. Tous les éléments d'information sont tracés dans le dossier patient. Toutefois, l'analyse des résultats n'est pas régulière concernant la prise en charge du nouveau-né car non automatisée.

En secteurs de soins critiques, les équipes portent une attention particulière à l'environnement des patients : en néonatalogie (aucune alarme sonore auprès de l'enfant ou du couple mère-enfant, report télémétrique sur la centrale de surveillance et incubateur couvert pour diminuer la luminosité) et en réanimation adulte (lumière tamisée dans les chambres, report d'alarmes et réglages personnalisés des alarmes afin de limiter les nuisances sonores). Un staff éthique hebdomadaire est mis en place en réanimation adulte.

Les activités de prélèvement d'organes et de tissus, reposent sur des procédures formalisées, des check-lists, une coordination efficiente (CHPOT) et l'implication des professionnels concernés. Les parcours des donneurs potentiels sont identifiés de manière précoce au sein des unités de soins critiques. Les critères de repérage, de signalement et d'éligibilité sont connus des équipes de soins. Les aspects éthiques et réglementaires sont pris en compte de manière appropriée. La dynamique d'amélioration continue est soutenue par des actions de formation (annonce des dommages liés aux soins), des retours d'expérience et des staffs hebdomadaires pluridisciplinaires.

En radiothérapie, les pratiques sont conformes. Les actes et doses reçues sont tracées dans le dossier patient. Les équipes analysent les incidents ou risques d'incident afin d'améliorer en continu la gestion des risques.

Dans l'ensemble des parcours réalisés, on constate que les pratiques sont conformes aux recommandations professionnelles, et que les équipes savent où chercher les informations dont elles ont besoin. Par ailleurs, l'analyse de la pertinence des parcours n'est pas toujours retrouvée.

Les équipes respectent les recommandations de bonne pratique d'antibiothérapie. Les praticiens et les internes sont formés au bon usage des antibiotiques. La réévaluation de l'antibiothérapie est systématique à 24h et 72 h. Le prescripteur a une alerte sur le dossier patient informatisé. Il peut faire appel au référent antibiothérapie pour avis et conseils. La pertinence de la prescription des antibiotiques est évaluée lors du comité anti infectieux.

Le recours à des mesures de contention fait l'objet d'une information auprès des patients et de leurs personnes de confiance. La décision de la contention est posée après une concertation « bénéfiques risques » en équipe. La surveillance est programmée toutes les 6 h. La prescription est réévaluée toutes les 24h et tracée dans le dossier patient.

Des ambassadeurs développement durable et soins écoresponsables sont identifiés dans toutes les équipes, et jouent un rôle clé dans le déploiement des actions engagées au niveau institutionnel. Toutefois l'évaluation de l'impact de ces actions n'est pas toujours connue des équipes.

En service de soins médicaux et de réadaptation, la pertinence de l'admission et du séjour est argumentée et réévaluée en équipe. Les indicateurs font l'objet d'une analyse et d'un suivi.

Les résultats des indicateurs qualité sécurité des soins, audits internes, évènements indésirables associés aux soins, questionnaires de sortie, sont diffusés à chaque secteur d'activité. Ils sont présentés aux instances. Toutefois les indicateurs de pratique clinique sont peu développés.

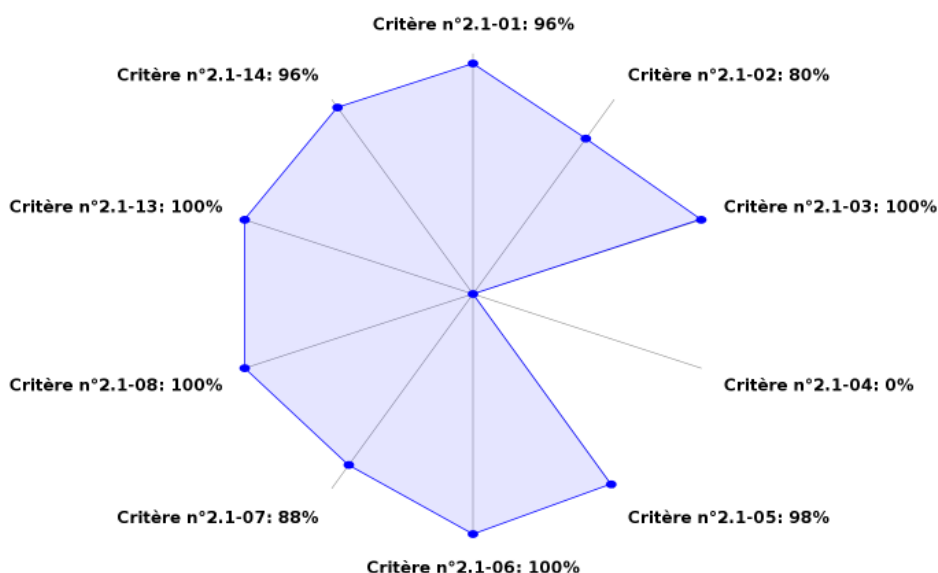
En secteur interventionnel, les indicateurs de fonctionnement des blocs opératoires, l'analyse des écarts de programmation sont recueillis et analysés ponctuellement. Mais ils ne font pas l'objet d'une analyse régulière continue car non automatisés.

En secteur de soins critique, des indicateurs spécifiques sont analysés collectivement et donnent lieu à des actions d'amélioration. Toutefois, celles-ci n'intègrent pas l'analyse des réhospitalisations à 48/72h.

Le laboratoire de biologie médicale est accrédité COFRAC. Le service d'imagerie est dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité. Les imageurs participent aux RCP ainsi qu'aux consultations mémoires, lors de la prise en charge de cas complexe nécessitant des investigations d'imagerie.

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

Score de l'objectif **86%**

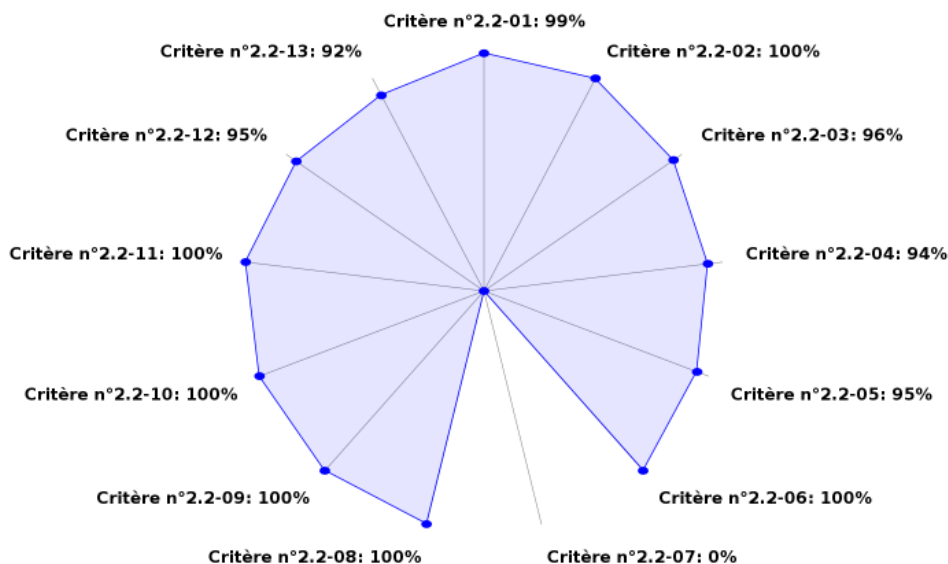


Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	96%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	80%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	0%
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	88%
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	96%
--------	--	-----

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **97%**

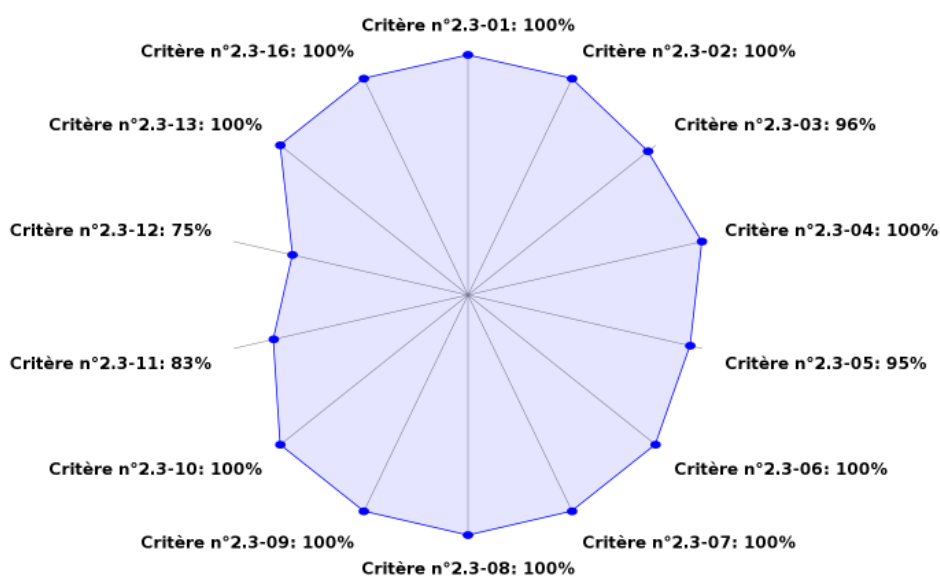


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	99%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	96%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	94%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	95%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	100%
2.2-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	100%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	100%

2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	95%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	92%

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 **96%**

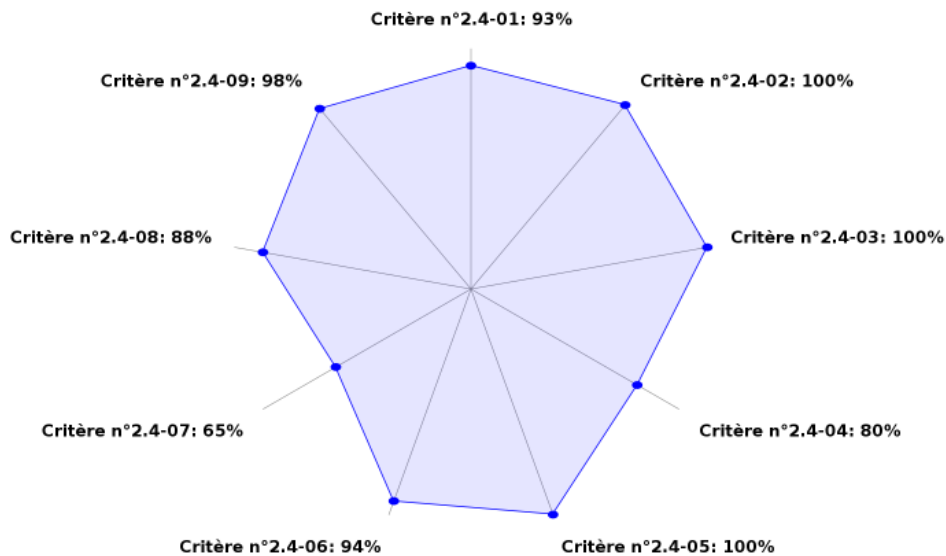


Critères		
2.3-01	Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé est orienté et pris en charge grâce à une régulation médicale adaptée à sa situation	100%
2.3-02	Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient	100%
2.3-03	L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	96%
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	95%
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	75%
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%
2.3-16	Les équipes maîtrisent les risques liés aux actes de radiothérapie	100%

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

Score de l'objectif **91%**



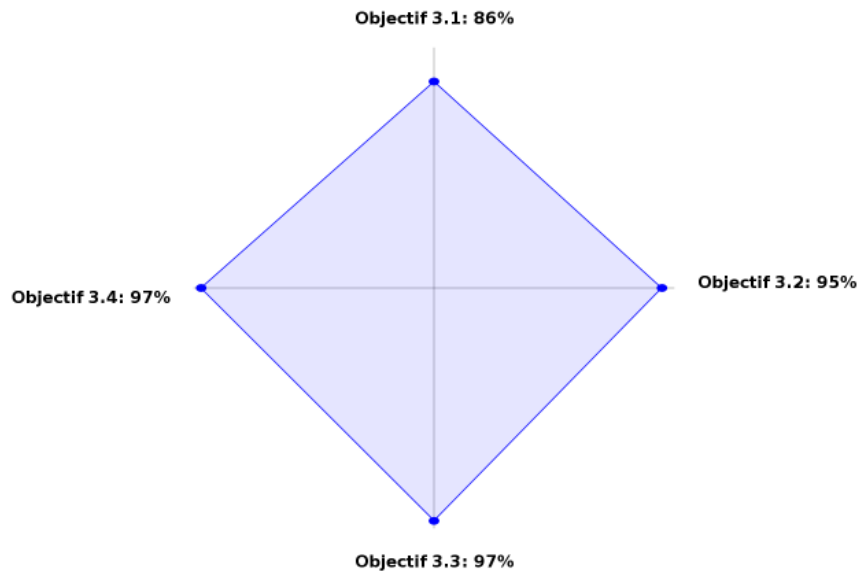
Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	93%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	100%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	80%
2.4-05	La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	100%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	94%
2.4-07	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant leurs indicateurs	65%
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	98%
--------	--	-----

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **94%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	86%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	95%
3.3	Le positionnement territorial	97%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	97%

Synthèse du chapitre 3

La gouvernance médico-administrative impulse et soutient une politique et culture d'amélioration de la qualité sécurité des soins auprès des équipes. La Commission médicale d'établissement anime les différents comités pluriprofessionnels en charge de veiller à la mise en œuvre d'un programme d'amélioration concernant, pour exemples: la prise en charge de la douleur (CLUD), la lutte contre la dénutrition (CLAN), la sécurisation du parcours médicamenteux (COMEDIMS), la prise en charge des urgences vitales, l'organisation des parcours.... Elle intègre systématiquement des points qualité et sécurité dans l'ordre du jour de ses instances. Le Président de la CME (PCME) travaille régulièrement avec la direction qualité sur différentes thématiques en matière de qualité et sécurité des soins.

Chaque secteur d'activité élabore son propre programme d'amélioration de la qualité sécurité des soins (PAQSS), en se basant sur les résultats de ses indicateurs, les évènements indésirables déclarés, les questionnaires de sortie et les audits. Chaque équipe dispose ainsi d'un tableau de bord. Le suivi transversal des programmes d'amélioration est réalisé par le Comité de pilotage qualité.

Un dispositif informatisé de gestion documentaire est en place et connu des professionnels. Toutefois, les protocoles ou procédures ne sont pas toujours à jour ou conformes.

Les vigilances sanitaires sont opérationnelles.

Plusieurs médecins sont accrédités au niveau individuel. Le PCME a adressé un courrier aux médecins identifiés comme éligibles à ce dispositif, afin de les inciter à s'y engager.

Les professionnels connaissent le système de déclaration des évènements indésirables associés aux soins. Les évènements graves sont analysés selon la méthode ORION et donnent lieu à un plan d'actions intégré au PAQSS, discuté en équipes lors de CREX (Comités de retours d'expériences) ou de RMM (Revue morbi-mortalité). Les services peuvent bénéficier d'un accompagnement par la coordinatrice médicale de la gestion des risques associés aux soins ou par l'équipe qualité. La grande majorité des professionnels concernés est formée à l'annonce d'un dommage lié aux soins.

La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est organisée. Un nouvel outil numérique de gestion des crises et de suivi des victimes vient d'être mis en place. Il est commun au Groupe Hospitalier de Territoire (GHT) et favorise les échanges inter établissements. Des référents de gestion de crise sont désignés et formés. Des exercices sont réalisés et sont suivis d'un RETEX (retour d'expérience) et d'un plan d'actions. Toutefois, le plan de gestion des SSE fait l'objet d'un travail de mise à jour et n'est pas finalisé actuellement (par exemple : formalisation des différents risques auquel est exposé l'établissement).

Le comité éthique est en place depuis plusieurs années et offre aux professionnels un espace de réflexions et d'échanges. Il peut être saisi par tous professionnels ou équipes qui le souhaitent. Les saisines sont alors analysées et discutées. Un philosophe et un représentant des usagers sont membres de ce comité. Les discussions autour des saisines font l'objet d'un rapport approfondi, accessible à tous les professionnels sur la base documentaire de l'hôpital. Des référents en éthique sont nommés dans tous les services.

Bien que l'hôpital soit dans un contexte de tension au niveau des ressources humaines, l'organisation

médicale et paramédicale mise en place permet d'assurer la continuité des soins. Actuellement l'hôpital a dû procéder à des fermetures de lits d'hospitalisation pour adapter son fonctionnement aux effectifs, ceci en accord avec l'ARS (Agence régionale de santé). En cas d'absentéisme, des dispositions sont prises : remplacements par de l'intérim, propositions d'heures supplémentaires, appel à l'équipe de suppléance. Une politique d'attractivité et de fidélisation est définie sur le GHT, renforçant le partage de moyens et d'outils.

Au Centre hospitalier d'Angoulême, une attention particulière est portée aux dispositifs d'accueil et d'intégration (toutes catégories définies), et à l'accompagnement (tutorat, parcours de professionnalisation des cadres, formation des internes...). L'accès à la formation est facilité. Une partie de l'enveloppe de formation est déléguée aux pôles, leur permettant d'adapter le plan de formation à leurs spécificités et projets. L'hôpital dispose d'un Centre de simulation, ce qui favorise le déploiement de la formation par simulation, et la coopération entre acteurs sur l'élaboration de certains programmes. Toutefois tous les services n'ont pas pu encore en bénéficier, notamment sur la prise en charge des urgences vitales.

Il n'existe pas de charte managériale. Les rôles et les missions de l'encadrement médical et paramédical sont définis. Les binômes (Chef de service / Cadre de santé) et les trios de pôles (Chefs de pôle / Cadre supérieur de santé / direction) ont reçu une formation managériale spécifique. Des dispositifs d'accompagnement leur sont également proposés. La CME organise de façon mensuelle le Café de pôles, afin de favoriser les échanges entre Chefs de pôles. Les faisant fonction de cadres bénéficient de moments d'échanges d'expérience et de coaching organisés par la direction des soins. Les entretiens annuels (ou de suivi) sont déployés pour le personnel non médical mais en partie seulement pour le personnel médical.

L'hôpital dispose d'un service de santé au travail. Des compétences ergonomiques et psychologiques peuvent être sollicitées. L'accès à la vaccination est assuré et le taux de vaccination est important.

Les risques professionnels sont identifiés et font l'objet d'un suivi. Les professionnels connaissent les règles de sécurité et savent qui contacter en cas de difficulté. À la suite de différentes situations d'agression, un vigile a été positionné 24h/24 aux urgences. Les professionnels isolés sont équipés d'un téléphone disposant d'une fonction d'alerte (DECT).

La politique Qualité de vie et conditions de travail repose sur un diagnostic réalisé en 2023 avec le baromètre social de l'ANFH (900 répondants toutes catégories confondues), complété en 2025 par une étude effectuée par un cabinet de conseil externe. Le plan d'actions a été élaboré en lien avec les partenaires sociaux et des groupes de professionnels. Validé par le Directoire, il définit dix facteurs d'attractivité et quatre grandes orientations (16 fiches action). Des projets d'amélioration de la qualité de vie au travail ont également été mis en place à la suite d'un appel à projets interne dans le cadre de la prime d'engagement collectif. Des actions transversales ont été réalisées comme par exemple, la mise en place d'un Espace Bien-être destiné aux professionnels (CHAZEN).

En cas de conflit interpersonnel, deux niveaux de graduation sont définis. Le service de santé au travail ou un prestataire externe peuvent être sollicités. Par ailleurs, le GHT travaille actuellement sur un dispositif de conciliation territorial (médiateur régional). Des formations sont proposées de façon pérenne sur la gestion de l'agressivité, de la violence, et sur la communication. Une cellule de signalement des violences au travail est opérationnelle depuis janvier 2025.

Le travail en équipe fait partie de la culture de l'hôpital d'Angoulême. L'équipe de réanimation est engagée notamment dans la démarche PACTE (programme d'amélioration du travail en équipe) et vient de finaliser son programme d'actions.

Le Centre hospitalier d'Angoulême (CHA) est établissement support du Groupe Hospitalier de Territoire de Charente, regroupant sept établissements dont quatre en direction commune (CH Angoulême, CH de Ruffec, CH de La Rochefoucauld, CH de Confolens). Il s'inscrit dans un maillage territorial fort avec des conventions d'association (CHU de Poitiers, HAD Mutualiste, Laboratoire de biologie, Centre de radiothérapie Angoulême Charente, Clinique St Joseph, GIP Restauration, GCS blanchisserie et logistique etc...). Il est impliqué dans les travaux conduits avec les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les instances ville / hôpital. Le capacitaire autorisé est de 560 lits et places (458 en MCO, 72 en SMR et 30 en SLD). Il dispose également d'un secteur médico-social important (572 lits et places). Il est structuré en 11 pôles d'activité. Il accueille plus de 62500 passages aux urgences par an. Il a une maternité de niveau 2 qui réalise environ 1300 naissances par an. Afin de maintenir son offre de soins, un pôle inter-établissement de gynécologie obstétrique avec le CHU de Bordeaux, a été mis en place en octobre 2024, permettant ainsi la venue de praticiens. À la suite de différents événements, la gouvernance a été renouvelée récemment (intérim Direction Générale depuis septembre 2025).

Six grandes filières de soins sont définies sur le territoire pour répondre aux besoins de la population. Un projet médico-soignant est élaboré et partagé entre les acteurs du territoire. L'hôpital d'Angoulême organise les prises en charge non programmées en lien avec la médecine de ville, les centres de santé et les autres établissements sanitaires et médico-sociaux. En cas d'évènement indésirable ou de difficulté, des retours d'expérience inter-établissements sont organisés permettant une analyse collective et un plan d'actions partagé. En interne, une cellule d'ordonnancement assure une fonction de gestionnaire de lits et veille à l'orientation du patient dans le parcours le plus adapté, ce qui favorise la fluidité des parcours. Afin de prévenir les transferts évitables des personnes âgées, différents dispositifs sont opérationnels : priorisation aux urgences permettant une orientation rapide vers un parcours de soins, intervention des équipes mobiles de gériatrie (interne et externe). Un numéro de téléphone unique pour contacter un Gériatre d'accueil et d'orientation est communiqué en interne ou externe, et peut être sollicité pour un premier avis. Les médecins sont fortement impliqués dans le déploiement de la télémédecine ou téléexpertise, et dans la mise en œuvre de consultations avancées.

L'établissement soutient la recherche clinique : les équipes peuvent s'appuyer si besoins sur les compétences spécialisées d'infirmières en recherche clinique. Il existe plusieurs équipes mobiles ou de liaison (gériatrie, soins palliatifs, addictologie, périnatal...). De nombreux staffs pluriprofessionnels incluent un partenariat fort avec l'HAD.

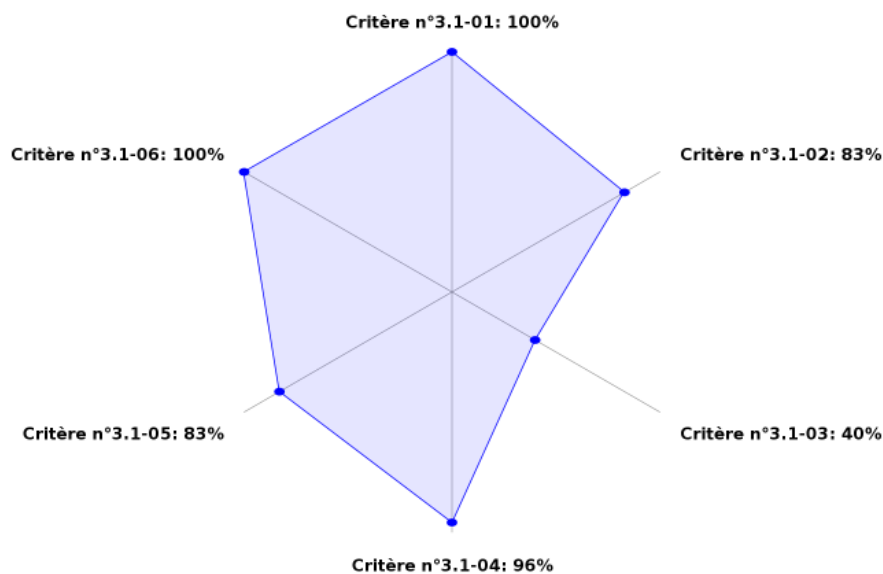
L'établissement met en œuvre un plan de maintenance de ses locaux et équipements. Les locaux sont entretenus et propres. Le plan de gestion des équipements est élaboré en lien avec la CME, sur la base des besoins exprimés par les pôles. L'établissement est engagé dans une politique de développement durable, d'achats écoresponsables et de santé environnementale. Il s'appuie sur des compétences territoriales spécialisées. Plusieurs groupes de travail pluriprofessionnels sont en place sur différentes thématiques : énergie, mobilité, déchets, restauration, achats, médicaments, bloc opératoire etc.... La maternité a obtenu le label OR très haute qualité en santé environnementale. L'hôpital a été labellisé

Employeur Pro-Vélo. Des ambassadeurs sont désignés dans tous les secteurs d'activité.

Des dispositifs de télésurveillance faisant appel à l'intelligence artificielle sont utilisés en cardiologie.

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

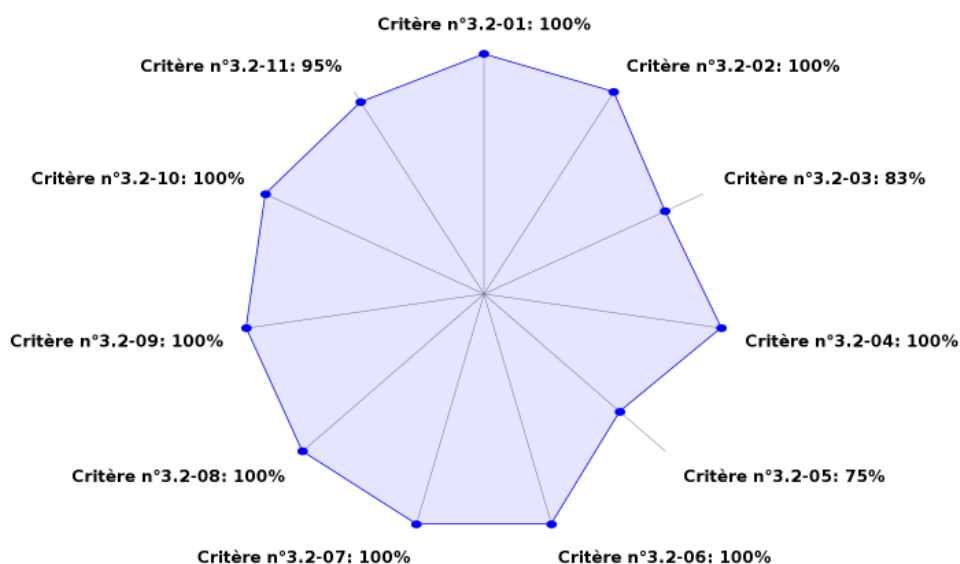
Score de l'objectif **86%**



Critères		
3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	100%
3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	83%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	40%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque accidents	96%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	83%
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 **95%**

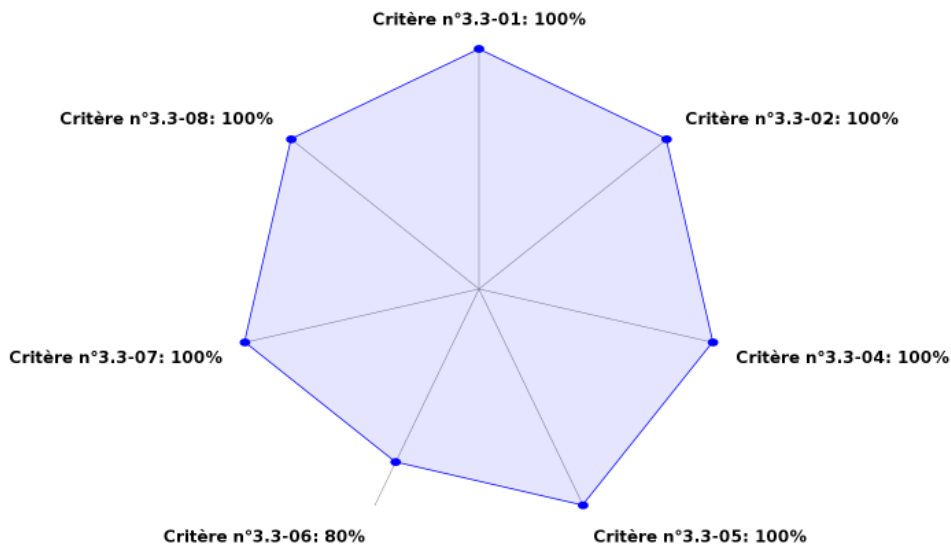


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	83%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	100%
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	100%

3.2-11	L'établissement favorise le travail en équipe	95%
--------	---	-----

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

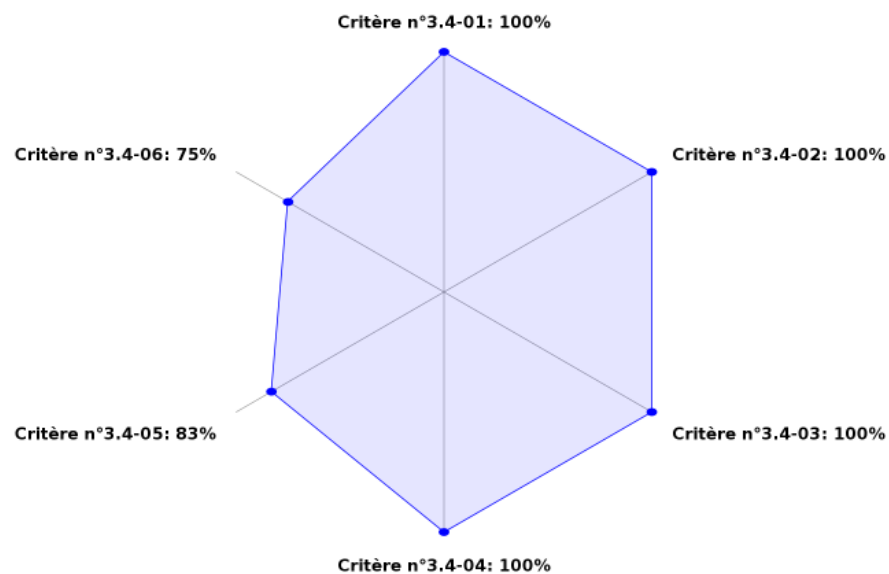
Score de l'objectif **97%**



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	80%
3.3-07	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	100%
3.3-08	L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire	100%

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

Score de l'objectif **97%**



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	83%
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	75%

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

