



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
DE JONZAC**

Avenue winston churchill

Bp 80 109

17500 Jonzac



Validé par la HAS en Mai 2023

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 – Mai 2023

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	15
Chapitre 3 : L'établissement	20
Table des Annexes	25
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	26
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	29
Annexe 3. Programme de visite	33

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DE JONZAC	
Adresse	Avenue winston churchill Bp 80 109 17500 Jonzac FRANCE
Département / Région	Charente-Maritime / Nouvelle-Aquitaine
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	170780050	CENTRE HOSPITALIER DE JONZAC	Avenue winston churchill Bp 109 17503 Jonzac FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

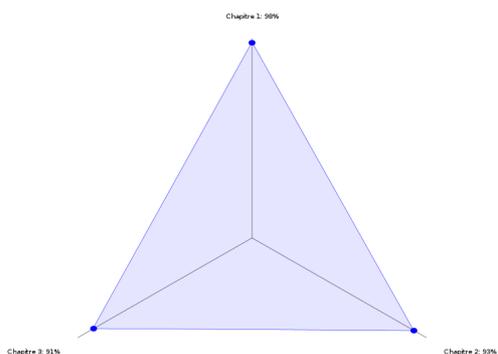
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Psychiatrie et santé mentale
SAMU-SMUR
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

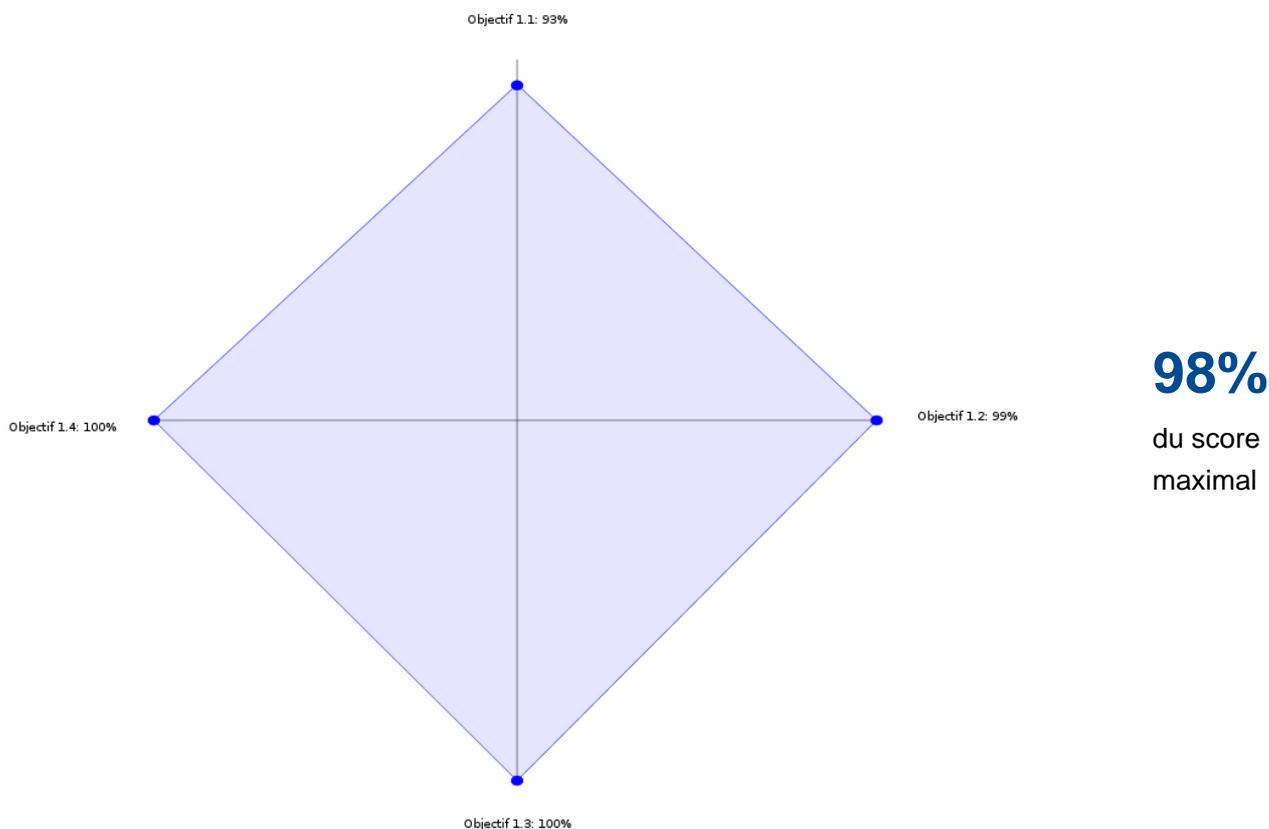
Au regard du profil de l'établissement, [122](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	93%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

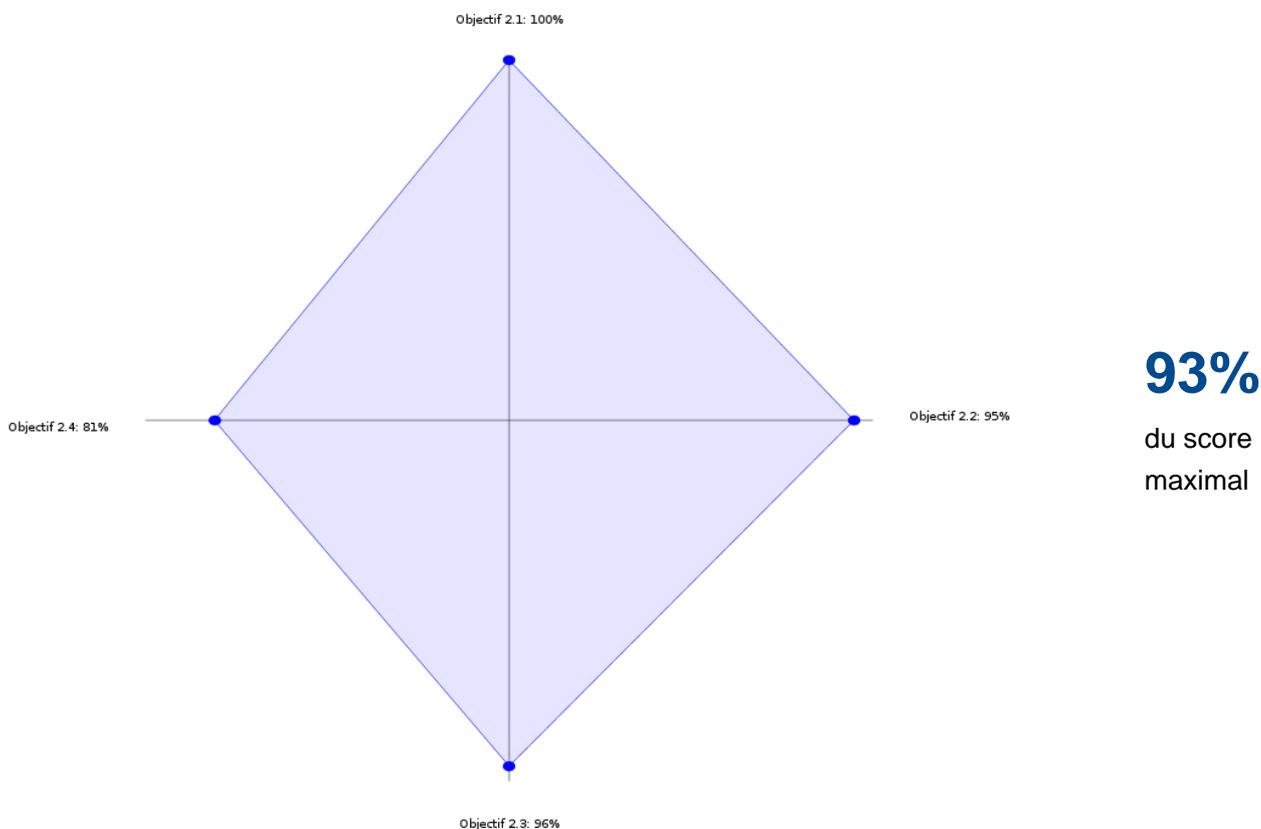
Les entretiens effectués avec les patients et les professionnels rencontrés dans tous les pôles, secteurs et services de soins du Centre Hospitalier, indiquent que le patient reçoit une information claire et adaptée sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques, les traitements envisagés et la durée prévisionnelle de la prise en charge. Les informations concernant la santé des mineurs et des majeurs sous tutelle et les soins proposés sont délivrés à leurs représentants légaux (titulaire(s) de l'autorité parentale ou tuteur). Ces informations sont complétées par la remise du livret d'accueil de l'établissement à l'entrée du patient et l'affichage dans toutes les unités de la charte de la personne hospitalisée, présente sur le site internet de l'établissement, ainsi que la charte de l'enfant hospitalisé et la charte du patient en situation de handicap de Romain-Jacob. Le patient participe à l'évaluation bénéfice/risque des actes diagnostiques et thérapeutiques à

réaliser dans sa prise en charge ; il est aidé par la remise, commentée, de documents d'information des sociétés savantes des différentes spécialités médicales, chirurgicales, d'anesthésie, du contrat thérapeutique en santé mentale (complété en Hôpital de Jour par une relecture du règlement intérieur), en oncologie du classeur personnalisé et la reformulation par une Infirmière Diplômée d'État d'annonce du protocole de chimiothérapie. Il exprime son consentement sur son projet personnalisé de soins (PPS), tracé dans le Dossier Informatisé du Patient (DPI), pour toutes les spécialités, médicale, chirurgicale et psychiatrique dont la prise en charge sans consentement, qui n'a pas été rencontrée pendant la visite de certification, est rare. Lors des prises en charge en pédiatrie, essentiellement réalisées en urgence en chirurgie et médecine, plus rarement en activité réglée, les professionnels adaptent les informations à l'âge de l'enfant ou l'adolescent, à sa maturité ou à son discernement et les invitent à s'exprimer sur leur projet de soins. En pédopsychiatrie, les titulaires de l'autorité parentale expriment leur consentement libre et éclairé sur le projet de soins de leur enfant ; un projet de soins individualisé d'intervention coordonnée est cosigné par les parents. Des messages de santé publique sont affichés ou présentés sous forme de flyers ou de livrets et sont expliqués par les équipes aux patients dans toutes les unités. Une IDE de l'Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) intervient à la demande des équipes soignantes auprès des patients ayant une addiction dans toutes les unités de soins de l'hôpital, pour dépister, évaluer, sensibiliser et orienter vers les structures addictologiques de l'établissement ou sur celles proches du domicile du patient. Le patient est impliqué dans sa prise en charge. Il participe à l'élaboration de son parcours de soins dans toutes les prises en charge proposées dans l'établissement. Il bénéficie d'actions éducatives : conseils diététiques personnalisés notamment en oncologie où la consultation de la diététicienne est systématique lors de la première cure. Quatre programmes d'éducation thérapeutique formalisés sont mis en œuvre en psychiatrie : en addictologie dont la demande de dossier de renouvellement d'autorisation est en cours (addiction à l'alcool avec ou sans co-addictions et avec ou sans comorbidités psychiatriques), accompagnement du bien vieillir en santé mentale, handicap psychique, troubles de l'humeur. Le patient est informé sur la possibilité de désigner une personne de confiance, droit du patient rappelé dans le livret d'accueil et le site internet du Centre Hospitalier. En prévision de sa sortie, il reçoit une information sur les consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits et sur les éventuelles modifications de son traitement habituel et le traitement à poursuivre après sa sortie. Pendant la visite de certification, aucun des patients rencontrés n'a bénéficié de la pose d'un dispositif médical implantable. Avant transfusion, les patients reçoivent des informations, orales et écrites, sur les produits sanguins labiles, les risques encourus et la notification de cette information dans le DPI. En ambulatoire, dans les secteurs interventionnels, bloc opératoire et endoscopie, les patients sont informés par les praticiens les prenant en charge (chirurgiens, gastro-entérologues, pneumologues, anesthésistes) des modalités pré, per et post-opératoire de sa prise en charge ambulatoire avec remise des documents des sociétés savantes et du livret d'accueil ambulatoire et rappelés lors de l'appel de la veille et l'appel du lendemain tracés dans le DPI. Le patient traité par chimiothérapie, organisée en Hôpital de Jour (HDJ), dispose d'un carnet de suivi lui indiquant les consignes ainsi que la conduite à tenir en cas d'évènements indésirables. En psychiatrie, l'indication de prise en charge ambulatoire est évaluée par le médecin psychiatre et au cours d'un entretien avec un professionnel soignant; le patient dispose d'un numéro téléphonique accessible tous les jours ouvrables si besoin. La grande majorité des patients connaissent leur droit à rédiger leurs directives anticipées, inscrit sur le site internet de l'hôpital et rappelé dans un document papier inséré dans le livret d'accueil ; Lorsque les directives anticipées sont rédigées par le patient, elles sont archivées en format papier et sont tracées dans le DPI. En situation de fin de vie, le patient peut accéder aux soins palliatifs s'il le souhaite, et en l'absence de rédaction de directives anticipées, l'expression de sa volonté est recherchée auprès de sa personne de confiance ou de sa famille et ses proches. Les patients rencontrés ne connaissent pas tous l'existence des Représentants des Usagers et des associations de bénévoles, ni les modalités pour les contacter, (méconnaissance relative au regard des résultats nationaux : 56% des patients de l'établissement connaissent les RU versus 19% dans l'enquête nationale en 2021). La liste des membres de la CDU est affichée dans l'établissement et présent sur son site internet avec un numéro de téléphone permettant de contacter un représentant d'utilisateur (RU). Les patients

s'expriment sur leur expérience quant à leur maladie et leur satisfaction quant à leur prise en charge en utilisant le dispositif national e-Satis et les questionnaires de satisfaction de l'établissement. Les modalités pour soumettre une réclamation ou déclarer un Évènement Indésirable Associé à ses Soins (EIAS) sont un peu moins connues. Les conditions architecturales actuelles, que ce soit dans les bâtiments anciens ou récents, l'accueil et la prise en charge par les professionnels de l'ensemble des secteurs de prise en charge du Centre Hospitalier respectent leur intimité et leur dignité. L'allocation d'une enveloppe financière par l'ARS Nouvelle-Aquitaine dans le cadre du Ségur de la Santé va permettre de mener une restructuration des secteurs anciens et d'améliorer les conditions de prise en charge des patients de médecine, chirurgie, de l'unité de surveillance continue du secteur de Jonzac et du secteur de psychiatrie de Royan. Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté. En pédopsychiatrie, dans le service des urgences, en hôpital de jour, les professionnels sont formés à la prise en charge des enfants et adolescents. L'autonomie du patient en situation de handicap et/ou âgée est maintenue. Une évaluation systématique de ses aptitudes et capacités est réalisée et tracée dans le dossier. Dans le service des urgences, un travail pluriprofessionnel a permis d'améliorer la prise en charge des patients non programmés avec notamment la prise en compte des problématiques du handicap. Dans le Service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en balnéothérapie, la prise en charge est personnalisée en fonction du degré d'autonomie du patient. Dans les services, les patients en perte d'autonomie bénéficient d'une intervention pluriprofessionnelle (kinésithérapeutes, diététiciennes..) pour les réautonomiser. La confidentialité et le secret professionnel sont respectés. Dans l'établissement, la contention a fait l'objet d'une réflexion éthique. Le recours à la contention mécanique dans tous les services de l'établissement fait l'objet d'une décision médicale prescrite avec réévaluation de la pertinence du maintien. Des bracelets anti-fugue, prescrit systématiquement sont posés chez les patients désorientés ou confus en gériatrie. Pendant la visite de certification, aucun des patients présents dans les deux pôles de psychiatrie n'était soumis à une contention ; cette pratique, exceptionnelle (deux à trois fois par an selon les professionnels) est conforme aux conclusions de l'audit externe réalisé en 2019 par l'équipe d'observation du programme de l'OMS pour l'évaluation de la qualité et du respect des droits (QualityRights). Le patient reçoit tout au long de sa prise en charge une réponse et une aide pour répondre à ses besoins élémentaires. La douleur est prise en charge pour tous les patients et dans tous les secteurs d'activité. Les équipes peuvent faire appel au médecin référent ou à l'IDE référente douleur de l'unité de consultation d'évaluation et de traitement de la douleur. L'intervention d'un neuropsychologue pour prendre en charge la composante psychologique de la douleur est en projet. Les proches et aidants sont sollicités et impliqués dans la mise œuvre du projet de soins du patient si celui-ci a donné son accord. Dans les situations cliniques difficiles, les horaires de visite sont adaptés pour faciliter la présence des proches et aidants, notamment en soins palliatifs. Les assistantes sociales de chaque pôle, MCU (Médecine-Chirurgie-Urgences), Gériatrie et Réadaptation, Psychiatrie Adulte, Psychiatrie Infanto-Juvenile informent et accompagnent les patients et les familles en situation de précarité sociale en ce qui concerne leur accès au droit et aux soins ; elles sont associées aux équipes pour organiser le parcours de soins et coordonnent avec les partenaires et les structures spécialisées le suivi social et l'obtention d'aides (logement social, allocation en lien avec le handicap..). Une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS mobile) sur le pôle MCU, permet l'accompagnement médical et social des personnes ayant une difficulté d'accès aux soins et favorise l'accès aux soins spécialisés. Les besoins et préférences des patients vivant avec un handicap sont évalués et intégrés dans le projet personnalisé de soins. Le projet de soins et les équipes de soins adaptées (assistantes sociales, éducatrices de jeunes enfants, éducatrices spécialisées, psychologues, ergothérapeutes..) prenant en charge les patients mineurs dans les deux Unités de Psychiatrie et de Psychopathologie Infanto-Juvenile (UPPIJ) et les deux Unités de Psychiatrie et Psychopathologie pour les adolescents (UPP'Ado) prennent en compte les aspects individuel, familial, social et scolaire de l'enfant (aménagement du temps, scolarité partielle). Des partenariats sont formalisés avec les acteurs du social de l'éducatif, collèges et lycées. Des soins sont développés en ambulatoire (accueil, éveil, ateliers thérapeutiques), classes médicalisées en hospitalisation partielle, séjours thérapeutiques en hospitalisation complète. En psychiatrie adulte, le projet de soins, organise si nécessaire, un accompagnement, le plus souvent ambulatoire

concerté, qui favorise l'inclusion sociale, l'autonomisation du patient et sa qualité de vie : appartenance de supervision, convention de l'hôpital avec les villes de Jonzac (associations culturelles et médiathèque), de Royan et de Gémzac, médiation animale (équithérapie), accompagnements des patients à l'extérieur, ateliers d'esthétique. La préparation de la sortie est anticipée dans toutes les prises en charge, réalisée en staff pluriprofessionnel, associant l'assistante sociale et, selon les besoins, des professionnels se déplaçant au domicile du patient, (ergothérapeute..) afin évaluer les conditions de vie environnementale du patient, mais aussi scolaire en pédopsychiatrie et de planifier les aides humaines, techniques et l'aide aux aidants.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	95%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	96%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	81%

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée et évaluée périodiquement lors des staffs de services. Elles s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques actualisées accessibles dans la gestion documentaire informatisée. En oncologie, la chimiothérapie et le suivi de la pathologie sont assurés par les médecins oncologues en fonction des référentiels actualisés, pour les spécialités faisant l'objet d'une prise en charge autorisée (gastro-entérologie, pulmonaire). La pertinence des prescriptions des Dispositifs Médicaux (stimulateurs cardiaques, prothèses de hanche et de genou) est un indicateur suivi dans le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES) contractualisé avec l'ARS. En psychiatrie, les modalités de prise en charge des patients (mode d'hospitalisation, prescriptions d'actes de soins ou de traitement médicamenteux, modalité de suivi) s'appuient sur les recommandations de bonne

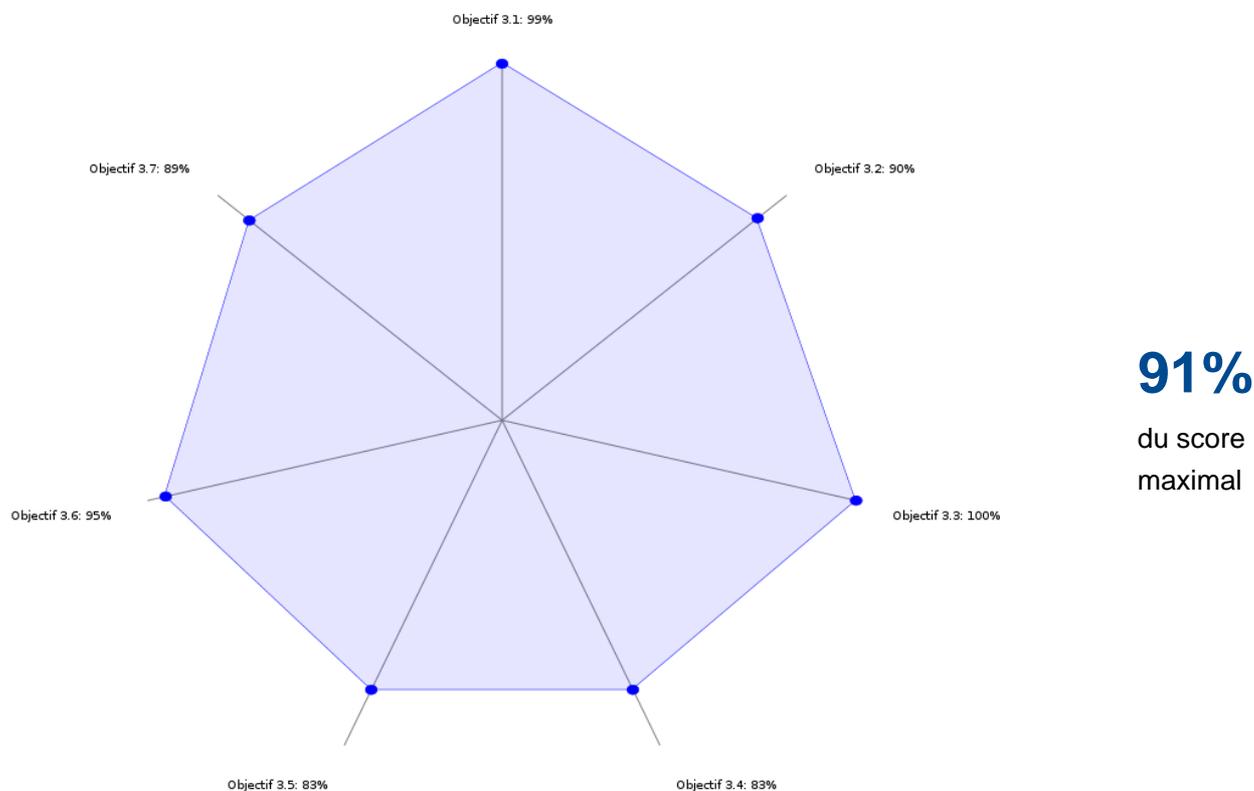
pratique. En pédopsychiatrie, la pertinence des investigations recommandées pour le diagnostic d'autisme chez l'enfant de moins de six ans fait appel aux recommandations de la plateforme territoriale RECOLTE (Réseau Collaboratif Territorial), centre de diagnostic de l'autisme. L'orientation du patient pris en charge par le SMUR vers la filière de soins non programmée est adaptée à sa pathologie et argumentée. Les professionnels du SMUR utilisent les filières d'admission directe qui relèvent de services spécialisés. En SSR, lors des staffs pluri-disciplinaires, les demandes d'admission font l'objet d'une évaluation pluri-professionnelle ainsi que l'évaluation de la pertinence du maintien de la prise en charge. Lors de la visite de certification, il n'y avait pas de patients présents dans l'établissement assujettis à des mesures restrictives de liberté, cette pratique étant très rarement mise en œuvre dans l'établissement. L'audit externe réalisé dans les secteurs de psychiatrie du centre hospitalier en 2019 par l'équipe d'observation du programme de l'OMS pour l'évaluation de la qualité et du respect des droits (QualityRights) indique « qu'il existe une chambre d'isolement peu fréquemment utilisée dont le registre est tenu informatiquement de façon rigoureuse ». « Des méthodes alternatives sont utilisées à la place de l'isolement et de la contention » et « toute occurrence d'isolement est tracée et l'information transmise au Directeur ». Les prescriptions d'antibiotiques sont justifiées et argumentées au regard des examens cliniques et microbiologiques. Les praticiens disposent de protocoles d'antibiothérapie et d'un livret thérapeutique actualisés et peuvent faire appel à un médecin référent infectiologue. La réévaluation de la pertinence de la prescription entre la 24^{ième} et la 72^{ième} heure, indicateur obligatoirement demandé et suivi par les tutelles dans le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins est assurée par une alerte dans le DPI. L'analyse bénéfique/risque est réalisée pour tout acte de transfusion et l'analyse de pertinence des transfusions est régulièrement analysée. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluri professionnelle et pluridisciplinaire. Dans le service des urgences, l'Infirmier(e) Organisateur de l'Accueil (IOA) assure aux patients une orientation adaptée à sa prise en charge selon le degré d'urgence et la prise en compte des situations de précarité, de handicap, de violence avec une recherche psycho traumatique de manière systématique ; un référent violence est désigné et des professionnels sont formés régulièrement afin de répondre aux prises en charges spécifiques. Le DPI institutionnel est installé dans le service des urgences et dans toutes les unités de soins du centre hospitalier permettant à l'ensemble des professionnels d'accéder aux données actualisées du patient ayant déjà consulté ou séjourné au centre hospitalier et d'assurer la traçabilité de tous les éléments utiles à sa prise en charge. L'accès au DPI par tous les professionnels, les temps de transmissions quotidiens, les réunions de service quotidiennes et les staffs cliniques hebdomadaires permettent la coordination de tous les professionnels impliqués dans la prise en charge et facilitent ainsi une réévaluation régulière du projet personnalisé de soins construit collectivement avec des professionnels qualifiés, médicaux, soignants et des professionnels de soins de support (assistantes sociales, diététiciennes, kinésithérapeutes, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, éducateurs, orthophonistes...). En psychiatrie, le projet de soins inclus également un programme de réinsertion comprenant la réhabilitation psychosociale et l'éducation thérapeutique ; un suivi est assuré en aval de l'hospitalisation (pédopsychiatrie de liaison, séjours thérapeutiques, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel). La conciliation médicamenteuse d'entrée est priorisée chez les patients de SSR et à la demande des praticiens sur des patients dont la prise en charge est complexe. Les équipes se coordonnent lorsque le patient n'a pas été orienté dans le service adapté faute de disponibilité d'accueil et le patient est informé des mesures particulières mises en place du fait de son hébergement inhabituel. Le CH de Jonzac dispose d'Equipes Mobiles (Soins Palliatifs, Liaison et de Soins en Addictologie, Gériatrie, Psychiatrie Précarité) et de professionnels médecins et IDE référents (antibiothérapie, plaies et cicatrisation) offrant aux patients des solutions de recours ou d'expertise que ce soit en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour. La programmation opératoire n'est pas réalisée conformément aux dispositions de la Charte du Bloc Opératoire et du Bloc Endoscopique du Centre Hospitalier de Jonzac actualisées en mai 2022. Celle-ci est réalisée le vendredi matin pour la semaine suivante lors d'une revue de dossiers réalisé par le Médecin Anesthésiste Réanimateur (MAR) référent et la Cadre de Bloc. Cette revue prend en compte les fiches d'annonce d'intervention au bloc opératoire remplies par les praticiens lors de leur consultation ; ces fiches sont souvent

incomplètes, notamment sans indication des impératifs de sécurité (notamment absence d'évaluation systématique du risque de transmission des Agents Transmissibles Non Conventionnels) ou du matériel nécessaire imposant un report de l'intervention. Le programme opératoire après validation, qui ne peut être modifié que par le cadre de bloc ou son représentant, ne répond pas à cet impératif inscrit dans la charte. Le programme opératoire définitif est communiqué et visible par l'ensemble des professionnels concernés sur les postes informatiques. La check-list « sécurité du patient » est adaptée aux activités réalisées (bloc opératoire, endoscopie), réalisée de façon systématique, de manière collégiale avec l'ensemble des opérateurs et tracée informatiquement en temps réel. Le carnet de santé de l'enfant est demandé aux parents à son arrivée afin de d'actualiser les informations utiles à son suivi ; l'actualisation des données est hétérogène selon les services. En hospitalisation complète de psychiatrie, un examen somatique est réalisé pour tous les patients dans les 24 heures avec un suivi régulier tout au long de sa prise en charge. L'Équipe mobile de soins palliatifs intervient à la demande du patient, de ses proches ou de l'équipe soignante et assure en accord avec l'équipe une prise en charge pluridisciplinaire des patients présentant des maladies graves en phase évolutive ou terminale. La poursuite de l'accompagnement peut s'effectuer après le retour à domicile si le patient le souhaite. La prise en charge ambulatoire en psychiatrie, chez l'adulte et chez l'enfant, permet d'apporter une réponse adaptée et anticipée ainsi qu'un accès précoce aux soins. Les patients bénéficient en première intention d'un entretien infirmier permettant de ne pas laisser les patients sans réponse et d'apprécier les critères de gravité. Les délais d'entrée d'accès aux soins sont évalués dans les deux pôles. Pour toutes les prises en charge, dans tous les services, une lettre de liaison, comportant un bilan thérapeutique, implémentée et intégrée au DPI est remise au patient. Elle est adressée au médecin traitant par courrier et par messagerie sécurisée, ou vers un autre établissement en cas de transfert du patient. Les équipes maîtrisent les risques liés à leur pratique. Les bonnes pratiques d'identification du patient sont respectées à toutes les étapes de la prise en charge. Les vigilances sanitaires sont opérationnelles, la coordination avec les structures régionales et nationales est opérationnelle. La sécurisation du circuit du médicament dans toutes ses composantes est maîtrisée par les équipes du centre hospitalier, dans tous les pôles et unités de soins. Les bonnes pratiques de prescription, de dispensation et d'administration des médicaments sont mises en œuvre. L'analyse pharmaceutique est réalisée et les interventions de la pharmacie sont prises en compte par les prescripteurs. Le stockage des médicaments dans toutes les unités est standardisé. Les bonnes pratiques des médicaments à risque sont respectées à toutes les étapes du circuit : stockage, prescription, dispensation, administration et surveillance des médicaments. La liste des médicaments à risques, connue des professionnels, est affichée dans toutes les infirmeries ; ils sont stockés à distance des autres médicaments au fond des tiroirs des armoires à pharmacie (notamment le chlorure de potassium), clairement identifiés par un logo connus des professionnels. Le stockage des stupéfiants est sécurisé dans des coffres et leur prescription répond à la réglementation. Cependant, dans les trois services de pédopsychiatrie (Unité de PsychoPathologie pour Adolescents (UPPADO) et Unité de Psycho-Pathologie Infanto-Juvenile (UPPIJ), le stockage d'une spécialité pédiatrique utilisée par voie orale, inscrite sur la liste des stupéfiants, n'est pas conforme à la réglementation : stockage dans un coffre non scellé dans un local non sécurisé, accessible à toutes les professionnels ; ce stockage non sécurisé de stupéfiants avait été récemment évoquée, avant la visite, et avait fait l'objet d'une demande d'actions correctives auprès de la pharmacie. Pendant la visite de certification, l'établissement a pris des mesures transitoires pour sécuriser ce médicament en plaçant le coffre dans une armoire à pharmacie fermée située dans l'infirmerie de l'unité ; un audit flash des stockages des stupéfiants a été mis en place dans tout l'établissement permettant de programmer l'achat d'armoires sécurisés et de matériels adaptés. Le circuit de prise en charge en chimiothérapie, est conforme aux bonnes pratiques pharmaceutiques : protocoles de chimiothérapie, prescription dans le logiciel dédié, validation pharmaceutique, fabrication au plus près de l'administration, libération des poches, administration avec traçabilité en temps réel dans le logiciel de chimiothérapie, non interfacé avec le DPI institutionnel. Un projet sur l'incrémentation de la traçabilité des chimiothérapies dans le DPI est mené par la pharmacienne référente. Le stockage et le transport des médicaments sont conformes aux bonnes pratiques, avec pour les médicaments thermosensibles, un transport dans des caisses isothermes et

une traçabilité de la surveillance des températures des réfrigérateurs de stockage par sonde électronique. Chez le patient vulnérable et/ou âgé, les équipes de soins lui expliquent les modifications de son traitement et lui remettent la lettre de liaison. La sécurité transfusionnelle est maîtrisée : information du patient, traçabilité informatisée de la prescription, de l'administration et de la surveillance du patient. La pertinence des transfusions, la destruction des poches et le suivi post transfusionnel sont assurés. Le centre hospitalier dispose d'un dépôt de sang fonctionnant avec des professionnels formés (le médecin référent, récemment nommé, va être formé en février 2023) et des IDE des urgences également formées. Les bonnes pratiques d'hygiène des mains, l'application des précautions standards et complémentaires, la connaissance des procédures, contribuent à la maîtrise du risque infectieux au centre hospitalier. L'infirmière hygiéniste et les référents hygiènes sont connus dans les services, les professionnels sont formés (lavage des mains, utilisation des équipements de protection individuel), la participation aux audits (bionettoyage, quick-audit) et le suivi, l'affichage et la connaissance par les équipes de l'indicateur de suivi de la consommation hydro-alcoolique (ICSHA) permettent de maintenir un bon niveau de maîtrise du risque infectieux. Le risque infectieux lié aux actes invasifs est maîtrisé. L'antibioprophylaxie est conforme aux protocoles de l'établissement actualisés en fonction des dernières recommandations des Sociétés Savantes et adaptée à chaque type d'interventions. Le moment et la durée de l'antibioprophylaxie sont respectés et évaluée par des audits présentés en CME, audits interrompus depuis la pandémie COVID et qui mériteraient d'être repris. Dans l'unité d'endoscopie digestive et bronchique, les équipes maîtrisent le risque infectieux des dispositifs médicaux réutilisables : protocoles actualisés, équipes formées, conditions de désinfection et de stockage respectés, prise en compte du risque de transmission des Agents Transmissibles Non Conventionnels (ATNC), traçabilité de la désinfection et référence du dispositif tracés dans le DPI, résultats des contrôles des prélèvements microbiologiques suivis par l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH), maintenance réalisée par le service biomédical, évaluation régulière par des audits réalisés par l'EOH. Les professionnels disposent de protocoles de pose et d'entretien des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) et respectent les bonnes pratiques de pose et de surveillance d'un DMI ; la date de pose des dispositifs invasifs est tracée dans le DPI et dans la lettre de liaison. Dans les secteurs interventionnels, les bonnes pratiques de gestion per opératoire du risque infectieux sont respectées par les équipes : les nouveaux arrivants sont formés, les protocoles de préparation du patient avant l'acte interventionnel sont appliqués, des audits sont réalisés par l'EOH, des indicateurs sont suivis et communiqués aux équipes. Les facteurs de risque de dépendance iatrogène liée au processus de soins de la personne âgée » sont recherchés, prévenus et traités précocement avec traçabilité dans le DPI. L'établissement assure la promotion des vaccinations recommandées de santé et la plupart des cadres de service connaissent le taux de couverture vaccinale. La gestion des éventuels épisodes de violence ou d'agressivité est anticipée. Les professionnels sont formés aux techniques de désescalade pour intervenir durant les crises et éviter tout préjudice au patient et aux professionnels. Un protocole de désescalade est prévu avec le patient pour identifier et repérer les premiers signes de crise et facteurs de prévention et les méthodes d'intervention qu'il ou elle souhaite durant les crises. Ce plan de prévention partagé et les méthodes choisies sont intégrés dans son projet personnalisé de soins. Les professionnels maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants. La réalisation des examens radiologiques est effectuée par des professionnels habilités. Ils utilisent les équipements de protection et portent les dosimètres passifs et actifs. La justification de l'acte, le matériel utilisé et la quantité de doses reçues par les patients sont tracés dans le DPI. L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée par un médecin et tracée dans le DPI. Le transport intra-hospitalier des patients est assuré par des professionnels formés, respectant les droits des patients, les mesures d'hygiène, mais les professionnels mériteraient d'être formés sur les gestes et postures en manutention. Les conditions de confort du patient mériteraient également d'être améliorés en renouvelant le parc de brancards qui est vétuste et n'est pas adapté au transport des patients de forte corpulence et permettrait également la prévention des troubles musculo-squelettiques chez les professionnels. Les délais de transports ne sont pas toujours adaptés au rythme de l'activité, parce que l'équipe de brancardier ne dispose que d'un seul téléphone portable, la planification des transports ne prend pas en compte les ajouts de patient et les urgences et la liste

des patients n'est pas actualisée. Ces constats sont connus de l'établissement, sont inscrits dans le programme d'amélioration de la qualité, et des actions sont en cours (des brancards sont commandés en attente de livraison). Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle. Des évaluations de pratiques sont issues d'essais cliniques randomisés, présentées pendant la visite, engagées par le pôle de psychiatrie en collaboration avec l'Université de Bordeaux, validées et publiées. Une étude a été présentée pendant la visite sur le « développement, validation et mise à disposition de la communauté clinique du Protocole d'Évaluation de la Cognition Sociale de Bordeaux en population générale et dans la schizophrénie. Des actions d'amélioration menées par les équipes sont également mises en œuvre suite aux Évaluations de Pratiques Professionnelles : EPP sur la vérification du soulagement de la douleur, audits sur la durée de prescription des antibiotiques dans le cadre de l'enquête HAS prescription d'antibiothérapie de 7 jours ou moins pour une infection respiratoire basse. Les équipes recueillent, analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour l'évaluation de la satisfaction et de l'expérience patient, des questionnaires de satisfactions, des plaintes et réclamations, des Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins (IQSS). Les représentants des usagers, récemment nommés, ont connaissance des réponses aux questionnaires de satisfaction, des résultats e-Satis, des plaintes et réclamations, des EIAS mais ne participent pas à l'analyse des résultats et à la mise en place des actions d'amélioration. Les professionnels de tous les pôles et services déclarent et partagent dans le logiciel dédié les événements indésirables associés aux soins (EIAS) dont les presqu'accidents. Les EIAS dont les presqu'accidents sont analysés régulièrement en Comité de Retour d'Expérience (CREX) ou en Revue de Morbi-Mortalité (RMM) avec mise en œuvre systématique d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité de soins. Le plan d'action issu de l'analyse des EIAS dont les presqu'accidents, inscrit dans le PAQSS de l'établissement est suivi. Les difficultés de recrutement en professionnels paramédicaux ont conduit à fermer l'Unité de Soins Continus, les modalités de prise en charge du patient n'ont pas été évaluées pendant la visite. Les modalités de réalisation des check-list sécurité patient au bloc opératoire et l'évaluation de son utilisation par les équipes ne sont pas encore analysées. Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont en place. Les conditions de réalisation des examens d'imagerie médicale sont conformes aux référentiels des Sociétés Savantes d'imagerie.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	99%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	90%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	83%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	83%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	95%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	88%

Le Centre Hospitalier de Jonzac est un établissement public de santé, implanté sur un vaste territoire de santé de la Charente Maritime Sud et Est, et identifié au sein du Projet Régional de Santé (PRS) de la région Nouvelle-Aquitaine comme établissement de proximité. Il fonctionne en direction commune avec le Centre Hospitalier de Boscammant. Il assure une prise en charge complète en médecine, chirurgie, psychiatrie adulte

et infanto-juvénile, urgences, soins de suite et réadaptation et en structures d'hébergement médico-social. Il fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de Saintonge qui intègre 7 structures sanitaires dont 5 établissements de santé (centre hospitalier de Saintes qui est l'établissement support, centre hospitalier de Jonzac, Saint-Jean d'Angély, Royan et Boscamnant) . Le GHT s'est doté d'un Projet Médical Partagé et a constitué un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) d'imagerie, inter-hospitalier d'analyses médicales, de biomédical et Groupement d'Intérêt Public (GIP) de blanchisserie. Par ailleurs, les praticiens sont mobilisés dans les travaux de la Commission Médicale de Groupement. Son positionnement structure des coopérations territoriales avec les partenaires institutionnels : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, Plateforme Territoriale d'Appui, filière gériatrique complète s'inscrivant dans la politique territoriale d'accompagnement des personnes âgées (Dispositif d'Accompagnement à la Coordination), coopération médicales et temps partagés de praticiens avec les centres hospitaliers du GHT. Le CH est également partie prenante dans trois contrats locaux de santé. L'établissement participe largement à la coordination des parcours sur son territoire en développant et en mettant en œuvre des équipes mobiles dans les domaines médicaux et d'accès aux soins: PASS Mobile, Équipe Mobile de Gériatrie, de coordination de parcours, de Soutien, de Proximité, de Prévention et d'Accompagnement Interprofessionnel vers le Rétablissement (ESPPAIR), de suivi de placement familial social pour patient handicapé psychique (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés - SAMSAH). Le CH de Jonzac est, en santé mentale, un acteur majeur et moteur de la construction et la coordination des parcours au sein de son territoire de santé, dont les secteurs de psychiatrie et de pédopsychiatrie couvrent un territoire étendu. Les projets de l'établissement s'inscrivent dans le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM). L'établissement est engagé dans le fonctionnement du GCS de Santé Mentale de Charente Maritime et les Conseils Locaux de Santé Mentale. Des partenaires sont identifiés, établissements et services du champ social et médico-social, représentants des usagers, associations, élus pour optimiser les parcours de rétablissement et d'autonomisation. La coordination des parcours bénéficie également de la mise en œuvre des équipes mobiles : Équipe de Psychiatrie Précarité, de dépistage et suivi des phases prodromiques de la schizophrénie, de soutien de proximité et d'accompagnement interprofessionnel vers le rétablissement, Équipe mobile de Pédopsychiatrie Sanitaire d'évaluation et de suivi concernant des situations repérées par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance. En addictologie, des modalités d'accompagnement et de prise en charge sont fondées sur le développement de liens fort avec les associations. En psychiatrie, la coordination du parcours du patient hospitalisé en ambulatoire ou en Hôpital de jour est, en accord avec le patient, assurée avec le médecin traitant. Pour les admissions en urgence, des modalités de prise en charge rapide sont en place dans les unités spécialisés avec des coopérations formalisées dans le cadre du GHT (filiale neuro-vasculaire avec le CH de Saintes) et des partenaires bien identifiés (insuffisance rénale, cardiologie interventionnelle...). L'établissement qui dispose d'une filière gériatrique complète a formalisé des circuits courts pour l'admission des personnes âgées aux urgences ; dans les EHPAD, les astreintes médicales mutualisées dans le cadre du GHT, permettent d'éviter un transfert immédiat du patient. Un numéro de téléphone et une adresse mail permettent aux usagers et aux professionnels de joindre l'hôpital et les services ; les professionnels peuvent échanger comptes-rendus et documents nécessaires au suivi médical du patient par messagerie sécurisée. L'alimentation du dossier médical partagé est promue et suivi. Le Centre Hospitalier de Jonzac est engagé dans de nombreux projets de recherche appliquée en santé mentale ; une convention signée avec l'Université de Bordeaux formalise la collaboration avec le pôle de psychiatrie adulte du CH. Des financements externes sont obtenus, un ingénieur de recherche employé, des stagiaires de Master et de Doctorat sont accueillis au sein du pôle, des conduites de projet réalisées, de nombreux articles et livres publiés dans la littérature nationale et internationale ainsi que des communications orales dans les conférences et l'organisation de symposium. L'établissement soutient le recueil de l'expérience patient (PREMS) aux différentes étapes de son parcours à l'aide du dispositif national e-Satis complété par des questionnaires internes sur la satisfaction et l'expérience des soins. Le taux de retour des questionnaires reste bas, malgré des mesures d'incitation et d'information réalisées par l'établissement auprès des patients. L'exploitation des résultats est restituée aux

unités de soins pour alimenter leurs actions d'amélioration de la qualité. Cependant, les résultats des questionnaires de satisfaction et de l'expérience patients ne sont pas analysés en collaboration avec les représentants d'usagers et présentés à la commission des usagers. Il n'existe pas encore de démarches spécifiques institutionnalisées sur l'expérience patient au CH de Jonzac. L'expertise des patients est promue dans le pôle de psychiatrie adulte avec l'intervention de patients dans des ateliers de démarches d'éducation thérapeutique (connaissance de la maladie) et de soutien des patients en pair-aidance. L'établissement assure la promotion des bonnes pratiques de communication entre les professionnels et les patients ou leur entourage. Le projet communication est inscrit dans le projet d'établissement 2021-2025 du CH de Jonzac (et du CH de Boscammant). Le plan de formation intègre des formations relatives à la communication. Le site internet de l'établissement et les différents supports de communication à l'attention du public et des usagers sont actualisés en continu. Les plaintes et réclamations des patients font l'objet de communication de synthèse dans les instances de l'établissement. Le CH de Jonzac prône la promotion des valeurs, inscrites dans la charte du patient hospitalisé que sont l'accueil, le respect des patients et de leur famille, la bienveillance, valeurs dont l'application se vérifient lors des rencontres avec les patients et les professionnels décrites dans le premier chapitre de ce rapport. Le comité local d'éthique est en cours de co-construction et de rédaction des valeurs de l'établissement associant des professionnels de l'établissement de tous les services (soignants, techniques, administratifs, logistiques), des anciens patients formés, des médiateurs et le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) ; le pôle de psychiatrie est labellisé comme secteur respectant le droit des patients par le CCOMS et fait partie des services collaborateurs du CCOMS depuis janvier 2023. Des projets de recherche sur la représentation des professionnels et de la maladie, la stigmatisation chez les professionnels de santé en psychiatrie et en pneumologie (projet Stigma pro) ont fait l'objet de nombreuses publications, conférences et de formations des professionnels (en 2020, journée de formation des agents de l'ARS Nouvelle Aquitaine). Sur les pôles de psychiatrie adulte, le respect des droits des patients a été investigué lors du travail d'observation mené en 2019 par les experts du programme QualityRights de l'OMS avec proposition d'axes d'amélioration. Des formations sont proposées aux professionnels de jour et de nuit sur le thème de la bienveillance et la lutte contre la maltraitance ordinaire. Les accès extérieurs, les locaux de consultations, d'hospitalisations, la signalétique sont en grande partie adaptés à toutes les formes de handicap ; dans les bâtiments anciens, l'accès à toutes les chambres d'hospitalisation et aux salles de bain est difficile pour les personnes en situation de handicap moteur, et l'accessibilité à l'information n'est pas partout assurée pour les personnes avec une déficience auditive ou visuelle. La rénovation des locaux et la reconstruction programmée dans le schéma directeur immobilier, financées par le plan Ségur, prendront en compte les obligations réglementaires en termes d'accessibilité. L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables grâce à de nombreux dispositifs: interprètes, Assistantes Sociales, Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS mobile), Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), Établissement d'Accueil Médicalisé (EAM). L'accès du patient à son dossier dans les délais de transmission conformes aux exigences réglementaires est organisé. L'établissement favorise l'inclusion de patients éligibles dans des projets de recherche non médicamenteux réalisés en psychiatrie en collaboration avec l'Université de Bordeaux. Les représentants des usagers et de nombreuses associations sont impliqués au sein de l'établissement ; ils interviennent sur les projets d'amélioration de la vie quotidienne et participent aux instances de l'établissement (CLIN, CLAN, CLUD, CHSCT, CME, Conseil de surveillance). Les représentants des usagers qui siégeaient à la CDU jusqu'en décembre 2022 ont formalisé et articulé le projet des usagers avec le projet médico-soignant et ont contribué à la définition de la politique d'accueil de l'établissement. Cependant, les représentants d'usagers rencontrés pendant la visite, récemment désignés, n'ont pas connaissance des réponses aux questionnaires de satisfaction, aux résultats d'e-Satis, aux plaintes et réclamations et des événements indésirables associés aux soins et ils ne participent pas aux évaluations des actions entreprises. De plus, l'existence des représentants d'usagers et leur possible saisine sont peu connus des patients rencontrés en visite. L'établissement a défini ses orientations stratégiques, inscrites dans le projet médico-soignant et le projet qualité 2021-2025, en termes d'amélioration continue de la

qualité et de la sécurité des soins déclinés en objectifs prioritaires faisant l'objet de plans d'actions ; il en va de même pour la définition collective des valeurs de l'établissement. Ce projet médico-soignant a été partagé au sein de la communauté médico-soignante de l'établissement et a été entériné par les instances en juin 2021. L'information des professionnels sur les actions concrètes du programme qualité est assurée lors des temps de réunion dans les pôles et services et par la présence du Programme d'Actions Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) dans le logiciel de gestion documentaire et de gestion des risques. Les professionnels participent à des activités dédiées à la qualité et à la sécurité des soins organisées au sein du centre hospitalier : animation de journées de formation et de sensibilisation sur différentes thématiques (gestion des risques, droits des patients, identitovigilance, médicaments, critères impératifs...), diffusion de fiches pratiques, intervention dans les instances et les services. L'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité de soins est pilotée en tenant compte des tensions importantes portant sur le recrutement des effectifs médicaux et paramédicaux ayant conduit à la réduction de l'offre de soins (fermeture de l'Unité de Soins Continus et de l'Unité Cognitivo-Comportementale). L'établissement veille à maintenir un équilibre entre professionnels permanents et les professionnels de remplacement ; les professionnels remplaçant disposent des informations et de l'accompagnement nécessaire pour accomplir leur activité. Une politique de recrutement attractive cherche à fidéliser les étudiants venus en formation. Les managers bénéficient de coaching. Un parcours manager et un coaching individuel accompagne l'ensemble des cadres et responsables dans leur fonction. Il existe une impulsion institutionnelle du travail en équipe soutenue par la gouvernance. La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux est assurée, l'organisation du temps de travail est mise en œuvre pour permettre un travail en équipe. Les organisations et les actions mises en place n'ont pas amené la gouvernance à développer des démarches spécifiques de type PACTE reposant sur un engagement institutionnel. Les compétences des professionnels sont évaluées à échéance régulière et réglementaire dans le cadre d'un entretien individuel qui permet l'élaboration d'un programme de formation institutionnel. Le Comité d'éthique, situé au CH de Jonzac, dont la composition est basée sur la pluridisciplinarité et le pluralisme, a son cadre d'action qui s'étend vers les autres structures du territoire de santé qui en font la demande. Les orientations, inscrites dans le projet d'établissement, prennent en compte les recommandations issues des groupes de travail de ce comité, notamment le recueil des besoins des professionnels concernant les problématiques éthiques internes (respect du secret professionnel, maltraitance, accompagnement des situations de fin de vie) et la poursuite de la réalisation des actions de sensibilisation avec rédaction de procédures et de guides. L'organisation de conférences, interrompue depuis la pandémie, est également un objectif programmé. Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail (QVT) impulsée par la gouvernance. La démarche QVT a été construite avec les professionnels sur la base du document unique et des déclarations d'évènements indésirables qui ont permis de faire un diagnostic et des propositions concrètes sur les conditions et l'organisation du travail : accès à l'emploi titulaire, commission interne de retour à l'emploi, travail sur la précarité, promotion professionnelle. Des actions améliorant les conditions de travail sont mises en œuvre : accès gratuit à la balnéothérapie et au plateau de rééducation pour renforcement musculaire avec un kinésithérapeute (sur avis du médecin du travail), aromathérapie, réflexologie plantaire. Les difficultés de relations interprofessionnelles, interdisciplinaires, interpersonnelles et de conflits au travail sont discutées par les personnels et leur encadrement ; il reste à mettre en place un dispositif de médiation en cas de conflit interpersonnel. Une psychologue est accessible pour tous les professionnels quels que soient leurs métiers ou leur statut. L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquelles il peut être confronté. La gestion des tensions sanitaires exceptionnelles est structurée. La cellule de crise est opérationnelle et les plans de crise actualisés ; des exercices annuels mériteraient d'être réalisés. Les risques numériques sont identifiés et maîtrisés au niveau de l'établissement (procédures dégradées, plan de continuité) et au niveau des équipes (login et mots de passe changés périodiquement). Les incidents significatifs ou graves de sécurité des systèmes d'information sont déclarés auprès de l'Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information (ANSSI) et les recommandations de cette agence mises en œuvre. La prévention aux biens et aux personnes est assurée. Le plan de sécurisation de l'établissement

est opérationnel, les situations à risques sont identifiées et font l'objet de déclarations d'évènements indésirables (identitovigilance, erreurs d'administration médicamenteuse, fugue, suicide, chambre sécurisée pour les personnes détenus au centre de rétention de Bédénac). Les risques environnementaux et les enjeux du développement durable sont pris en compte par l'établissement, formalisés dans une politique du développement durable, et coordonnés par une cellule de développement durable, en collaboration avec l'association Agir Durablement en Santé en Nouvelle Aquitaine (ADSNA). Un bilan carbone est réalisé. Les principaux risques environnementaux sont pris en compte et des mesures mises en œuvre : prévention des pollutions (réduction, triage et valorisation des déchets, lutte contre le gaspillage notamment alimentaire), utilisation durable des ressources (bilan de consommation de l'eau et d'électricité, achats écoresponsables), atténuation du changement climatique (réduction du transport, véhicules électrique, isolation, panneaux photovoltaïques, construction de nouveau bâtiment financé par le plan Ségur). La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée avec un numéro d'appel unique, affiché, connu par tous, immédiatement accessible et présence dans tous les services de chariots d'urgence accessibles dont la maintenance est assurée par les IDE. Des mises en situation sur l'arrêt cardio-respiratoire et la prise en charge des traumatisés graves sont mis en place dans le service des urgences, mais des professionnels de santé de l'établissement n'ont pas encore bénéficié du recyclage de leur formation aux gestes d'urgence (AFGSU) par impossibilité d'inscription à ces formations qui ont été annulés pendant la pandémie COVID. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. La gouvernance mobilise ses équipes sur l'identification et la diffusion de bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles : antibiothérapie, protocoles transfusionnels, précautions standards et complémentaires, consentement aux soins...L'adéquation des procédures aux recommandations de bonnes pratiques fait l'objet d'un travail en équipe. Ces procédures sont accessibles dans le logiciel de gestion documentaire. Des revues de pertinence de séjour évaluent les résultats des indicateurs d'alerte dont la structure s'est dotée. Les données disponibles sur l'expérience patient, évaluées suite aux retours des questionnaires de satisfaction, sont analysées et exploitées en équipe, mais ne sont pas pris en compte dans le plan d'amélioration de la qualité ; les actions d'amélioration issues de l'analyse des retours d'expérience des patients dans l'unité sont connues des professionnels. L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité de soins. Ils sont présentés aux instances, aux professionnels lors des réunions de service et à la commission des usagers. Des objectifs d'amélioration sont définis et les actions issues de l'analyse des indicateurs sont connues des professionnels de secteurs concernés. Le CH de Jonzac analyse, exploite et communique la survenue d'évènements indésirables liés aux soins. Les professionnels connaissent les évènements indésirables associés aux soins dont les presque accidents déclarés dans leur service. Ils informent les patients ou leurs représentants des dommages imputables à cette activité de prévention, de diagnostic ou de soins. Les évènements indésirables graves font systématiquement l'objet d'une analyse systémique des causes et sont déclarés sur le portail sanitaire des évènements sanitaires indésirables ; une synthèse des travaux d'analyse et des résultats des plans d'actions mis en place à la suite de cette analyse est réalisée et diffusée. Le rapport de la Commission des Usagers (CDU) adressé à l'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine indique qu'une « information sur chaque évènement indésirable grave associé aux soins est adressée à la commission des usagers ». Pendant la visite, les représentants d'usagers rencontrés, qui, il faut le rappeler, ont été très récemment nommés, ont indiqué ne pas être informé des évènements indésirables graves ; cependant, ils ont précisé, que dans le compte-rendu de la dernière réunion de CDU, une information sur la synthèse des RMM et CREX leur a été remise. L'établissement améliore l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intrahospitalier en toute sécurité. Les situations des lits occupés par des patients admis en urgence sont régulièrement analysées ; le besoin journalier en lits d'aval est connu, notamment en période de tension. Deux chirurgiens (urologue et viscéral) sont engagés dans une démarche d'accréditation HAS.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	170780050	CENTRE HOSPITALIER DE JONZAC	Avenue winston churchill Bp 109 17503 Jonzac FRANCE
Établissement principal	170000038	CENTRE HOSPITALIER DE JONZAC	Avenue winston churchill Bp 80 109 17500 Jonzac FRANCE
Établissement géographique	170783146	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE JONZAC	Rue winston churchill 17503 Jonzac FRANCE
Établissement géographique	170017982	APPART. RELAIS ROYAN (C.H. JONZAC)	n'existe plus FRANCE
Établissement géographique	170784839	C.A.M.P.E. + ACCUEIL EVEIL PARENTS ENFANTS LA LUCIOLE	R des poilus 17500 Jonzac FRANCE
Établissement géographique	170018030	C. M. P. (CH JONZAC)	17 route de royan 17130 Montendre FRANCE
Établissement géographique	170018022	C.M.P. - C.A.M.P.E. (CH JONZAC)	17 rue nationale 17270 Montguyon FRANCE
Établissement géographique	170018014	C. M. P. (CH JONZAC)	16 rue Gabriel Perrier 17800 Pons FRANCE
Établissement géographique	170018006	C. M. P. (CH JONZAC)	18 rue Félix Faure 17500 Jonzac FRANCE
Établissement géographique	170017966	C. M. P. (CH JONZAC)	Centre hospitalier 17205 Royan FRANCE
Établissement géographique	170017941	C. M. P. (CH JONZAC)	n'existe plus FRANCE
Établissement géographique	170017933	C.M.P. - E.S.P.A.S. (CH JONZAC)	48 avenue de la grande conche 17200 Royan FRANCE
Établissement géographique	170019970	CDAG -CENTRE DEPISTAGE ET ANON GRAT	Rue wilson churchil 17503 JONZAC FRANCE

Établissement géographique	170022735	CMP ARVERT	22 rue du bois du fouilloux 17530 ARVERT FRANCE
Établissement géographique	170022743	CMP COZES	1 allée des soupirs 17120 COZES FRANCE
Établissement géographique	170020952	CENTRE DE SOINS AMBULATOIRES LA PASSERELLE	18 rue felix faure 17500 Jonzac FRANCE
Établissement géographique	170020978	CMP (CH JONZAC)	1 route du Chay 17600 Saujon FRANCE
Établissement géographique	170020960	CMP (CH JONZAC)	15 rue du marechal foch 17260 Gemozac FRANCE
Établissement géographique	170020945	APPARTEMENT RELAIS ODYSSEE (CH JONZAC)	73 avenue de Pontaillac 17200 Royan FRANCE
Établissement géographique	170784847	CATTP - CAMPE - ACCUEIL EVEIL PARENTS ENFANTS LA LUCIOLE	1 avenue du nid d'aigle 17200 Royan FRANCE
Établissement géographique	170018055	C.A.T.T.P. (CH JONZAC)	18 rue Félix Faure 17500 Saint-Germain-De-Lusignan FRANCE
Établissement principal	170000038	CENTRE HOSPITALIER DE JONZAC	Avenue winston churchill Bp 80 109 17500 Jonzac FRANCE
Établissement géographique	170783146	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE JONZAC	Rue winston churchill 17503 Jonzac FRANCE
Établissement géographique	170017982	APPART. RELAIS ROYAN (C.H. JONZAC)	n'existe plus FRANCE
Établissement géographique	170784839	C.A.M.P.E. + ACCUEIL EVEIL PARENTS ENFANTS LA LUCIOLE	R des poilus 17500 Jonzac FRANCE
Établissement géographique	170018030	C. M. P. (CH JONZAC)	17 route de royan 17130 Montendre FRANCE
Établissement géographique	170018022	C.M.P. - C.A.M.P.E. (CH JONZAC)	17 rue nationale 17270 Montguyon FRANCE

Établissement géographique	170018014	C. M. P. (CH JONZAC)	16 rue Gabriel Perrier 17800 Pons FRANCE
Établissement géographique	170018006	C. M. P. (CH JONZAC)	18 rue Félix Faure 17500 Jonzac FRANCE
Établissement géographique	170017966	C. M. P. (CH JONZAC)	Centre hospitalier 17205 Royan FRANCE
Établissement géographique	170017941	C. M. P. (CH JONZAC)	n'existe plus FRANCE
Établissement géographique	170017933	C.M.P. - E.S.P.A.S. (CH JONZAC)	48 avenue de la grande conche 17200 Royan FRANCE
Établissement géographique	170019970	CDAG -CENTRE DEPISTAGE ET ANON GRAT	Rue wilson churchil 17503 JONZAC FRANCE
Établissement géographique	170022735	CMP ARVERT	22 rue du bois du fouilloux 17530 ARVERT FRANCE
Établissement géographique	170022743	CMP COZES	1 allée des soupirs 17120 COZES FRANCE
Établissement géographique	170020952	CENTRE DE SOINS AMBULATOIRES LA PASSERELLE	18 rue felix faure 17500 Jonzac FRANCE
Établissement géographique	170020978	CMP (CH JONZAC)	1 route du Chay 17600 Saujon FRANCE
Établissement géographique	170020960	CMP (CH JONZAC)	15 rue du marechal foch 17260 Gemozac FRANCE
Établissement géographique	170020945	APPARTEMENT RELAIS ODYSSEE (CH JONZAC)	73 avenue de Pontailac 17200 Royan FRANCE
Établissement géographique	170784847	CATTP - CAMPE - ACCUEIL EVEIL PARENTS ENFANTS LA LUCIOLE	1 avenue du nid d'aigle 17200 Royan FRANCE
Établissement géographique	170018055	C.A.T.T.P. (CH JONZAC)	18 rue Félix Faure 17500 Saint-Germain-De-Lusignan FRANCE
Établissement géographique	170022867	UPADO - HOP DE JOUR + CMP - CH JONZAC	RESIDENCE L'ESCALE 66 AVENUE DANIEL HEDDE 17200 ROYAN FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	2,598
Nombre de passages aux urgences générales	13,953
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	69
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	19
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	3
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	7
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	1
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	726
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	30
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	1
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	4
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	45
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	5
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	68

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	68
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	40
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	15
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	55
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	5
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	5
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	10
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	32,793
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	15,064
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	47,857
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	5
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	1
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Adulte Pas de situation particulière Programmé	
2	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique SAMU-SMUR Urgences Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
3	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque per os.
4	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Psychiatrie et santé mentale	

			Pas de situation particulière Programmé	
5	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Programmé	
6	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
7	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Urgences Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
8	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Patient couché : service de chirurgie > bloc
9	Audit système	Entretien Professionnel		
10	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Chimiothérapie
11	Patient traceur		Tout l'établissement Maladie chronique Urgences Adulte Médecine Hospitalisation complète	
	Audit	Entretien Professionnel		

12	système			
13	Audit système	Engagement patient		
14	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		transfusion
15	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Urgences</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p>	
16	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		Choisi dans la liste des EI de l'année N-1
17	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p>	
18	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Adulte</p>	

			Pas de situation particulière Programmé	
19	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences
20	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
21	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un antibiotique injectable
22	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Programmé	
23	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Pas de situation particulière	

			Programmé	
24	Audit système	Entretien Professionnel		
25	Audit système	Représentants des usagers		
26	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
27	Audit système	QVT & Travail en équipe		
28	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Adulte Médecine Pas de situation particulière Programmé	
29	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie
30	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient atteint d'un cancer Adulte Médecine Programmé	
31	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable (endoscope)
32	Audit système	Coordination territoriale		
33	Audit système	Entretien Professionnel		

34	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Programmé	
35	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
36	Audit système	Leadership		
37	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Urgences Adulte Hospitalisation complète	
38	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Programmé	
39	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
	Patient		Tout l'établissement	

40	traceur		Ambulatoire Patient en situation de handicap Adulte Médecine Programmé	
41	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
42	Audit système	Maitrise des risques		
43	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Urgences Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
44	Audit système	Dynamique d'amélioration		
45	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Urgences	

			<p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p>	
46	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
47	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque per os
48	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p> <p>Programmé</p>	
49	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p>	

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

