



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**CENTRE HOSPITALIER  
INTERCOMMUNAL DE  
CASTRES-MAZAMET**

6 avenue de la montagne noire  
Bp 417  
81108 Castres



Validé par la HAS en Janvier 2023

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)



Haute Autorité de santé – Service communication et information  
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00  
© Haute Autorité de santé – Janvier 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	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	20
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	21
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	22
Annexe 3. Programme de visite	26

# 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 INTERCOMMUNAL DE CASTRES-MAZAMET	
Adresse	6 avenue de la montagne noire Bp 417 81108 Castres FRANCE
Département / Région	Tarn / Occitanie
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	810000380	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE CASTRES -MAZAMET	6 avenue de la montagne noire Bp 417 81108 Castres FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

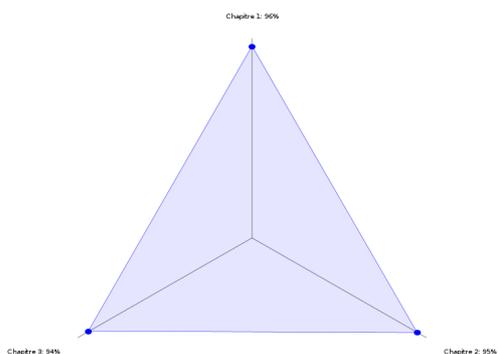
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# Champs d'applicabilité

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

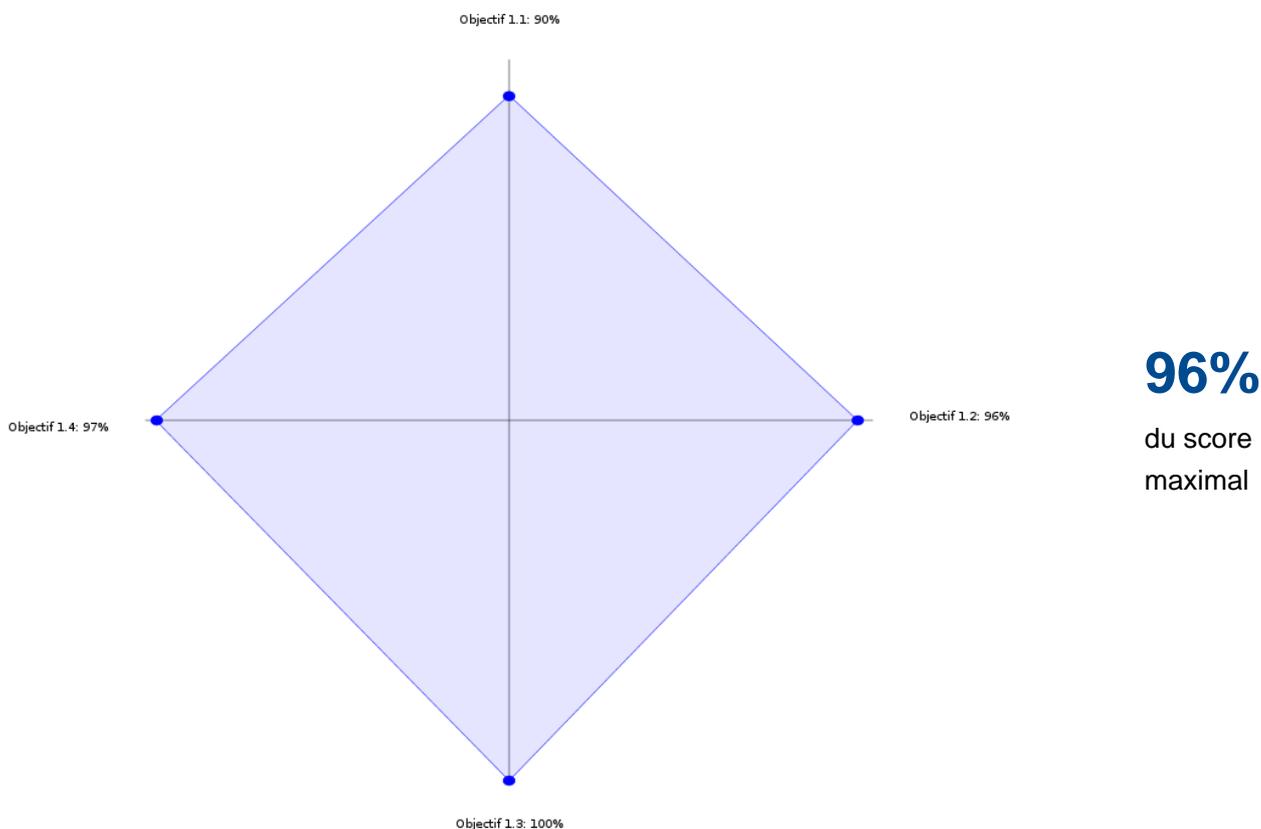
Au regard du profil de l'établissement, **119** critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient

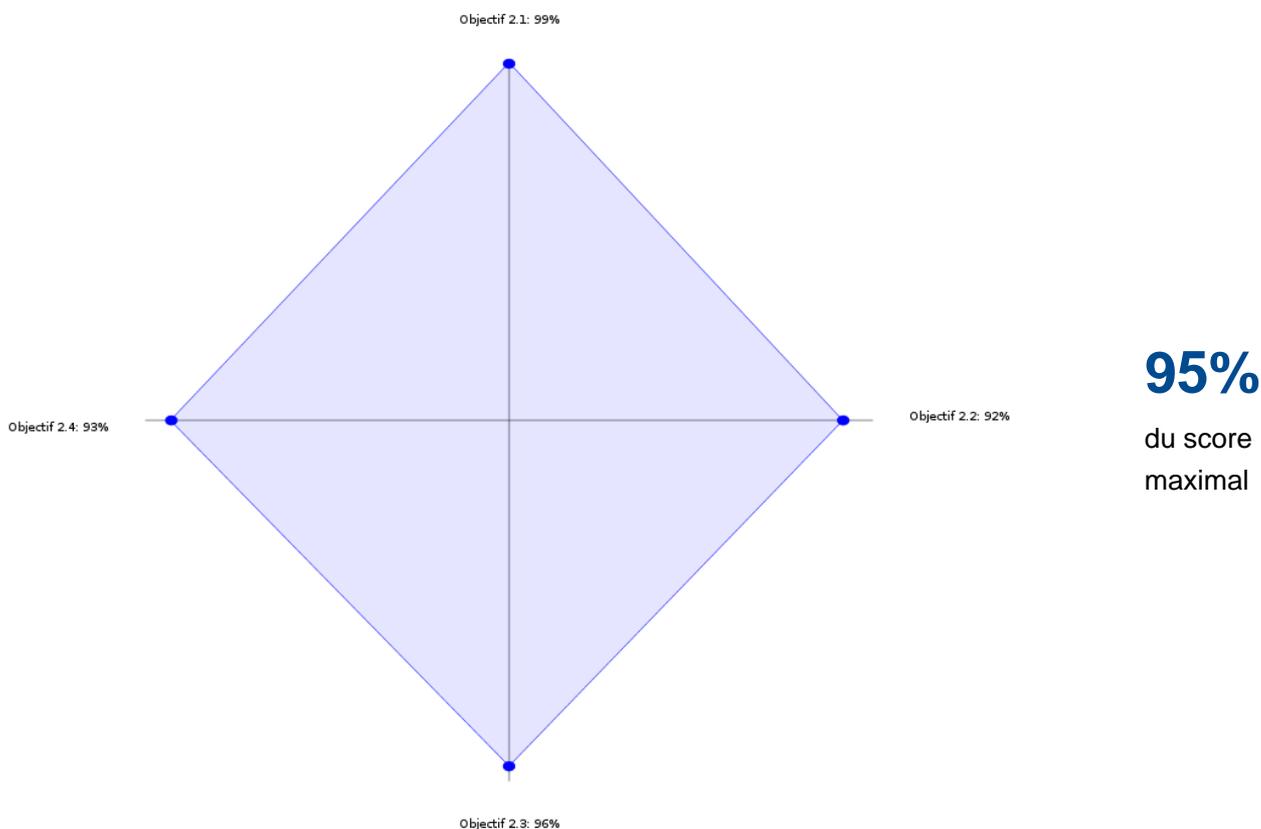


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	90%
1.2	Le patient est respecté.	96%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	97%

Les patients du Centre Hospitalier de Castres-Mazamet reçoivent une information claire et adaptée à leur état de santé. La charte de la personne hospitalisée et la charte de l'enfant font l'objet d'un affichage. Pour des prises en charge spécifiques, la Charte Romain Jacob est également portée à la connaissance des usagers par voie d'affichage. Dans tous les services de court séjour, de soins de suite et réadaptation, en soins de longue durée, les professionnels s'assurent de l'implication du patient aux différentes étapes de sa prise en charge. Ce dernier exprime librement son consentement sur son projet de soins. L'information sur le bénéfice/risque des actes thérapeutiques est assurée par une équipe pluridisciplinaire. Avec l'accord du patient, des proches ou aidants peuvent être associés à sa prise en charge. La présence des proches est facilitée en dehors des heures de visite, lorsque la situation le nécessite. En maternité, un projet de naissance est en place. Dans la

mesure du possible, le patient est informé des produits sanguins labiles qui lui ont été administrés. En ambulatoire, le patient reçoit une information sur les modalités pré, péri et postopératoires de sa prise en charge. L'information des patients sur leurs droits à rédiger des directives anticipées est assurée dans les différents services. Cette question fait l'objet d'un affichage dans l'établissement ainsi que dans le livret d'accueil. Le patient est également informé de la possibilité de désigner une personne de confiance. Concernant les structures et les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent accompagner les patients, l'information des patients est inégale d'un service à l'autre. Malgré la mise en place d'outils par l'établissement (livret d'accueil, site internet, ...). L'appropriation par le patient est partielle. Il en est de même des modalités pour contacter ces structures ou les déclarations des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS). Le Centre Hospitalier a prévu de créer prochainement un « kiosque » pour les usagers pour faciliter leur accès à ces informations et répondre ainsi à cette difficulté déjà identifiée. L'établissement participe au dispositif national de mesure de la satisfaction e-satis. Parallèlement, les patients ont la possibilité de remplir en interne un questionnaire de satisfaction dont le recueil est assuré par les professionnels dans les services et adapté en fonction des services et de la situation du patient. Ces questionnaires font l'objet d'une exploitation par le Département Qualité, Hygiène et Gestion des Risques. L'intimité, la confidentialité, la dignité sont respectées par les professionnels. Les patients mineurs bénéficient de locaux adaptés à une prise en charge sécurisée où les professionnels, formés, veillent à leur bien-être. En revanche, au niveau du site SSR, à proximité, les experts visiteurs ont constaté une configuration des locaux ne permettant pas d'assurer pleinement le respect de l'intimité et de la dignité des patients. L'établissement est conscient de cette situation. Une opération de travaux concernant ce bâtiment a été soumise aux autorités sanitaires dans le cadre du Ségur de l'investissement. Ce projet est en attente des financements. La contention mécanique fait l'objet d'une information auprès du patient et son recours relève d'une décision médicale. Le patient bénéficie de soins visant à soulager sa douleur avec une réévaluation régulière à l'appui de différentes grilles. Ces informations sont trouvées dans les dossiers des patients. Les équipes questionnent les patients vivant avec un handicap quant à leurs attentes et leurs besoins. L'établissement mène une politique volontariste sur la question de la prise en charge du handicap (commission handicap et soins, référents handicap, priorités données à l'accès aux consultations). En soins de longue durée, les patients bénéficient d'un panel d'activités leur permettant de maintenir à la fois leur autonomie et leur lien social. Un accompagnement social est proposé dès que nécessaire avec l'appui de l'assistante du service social.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins



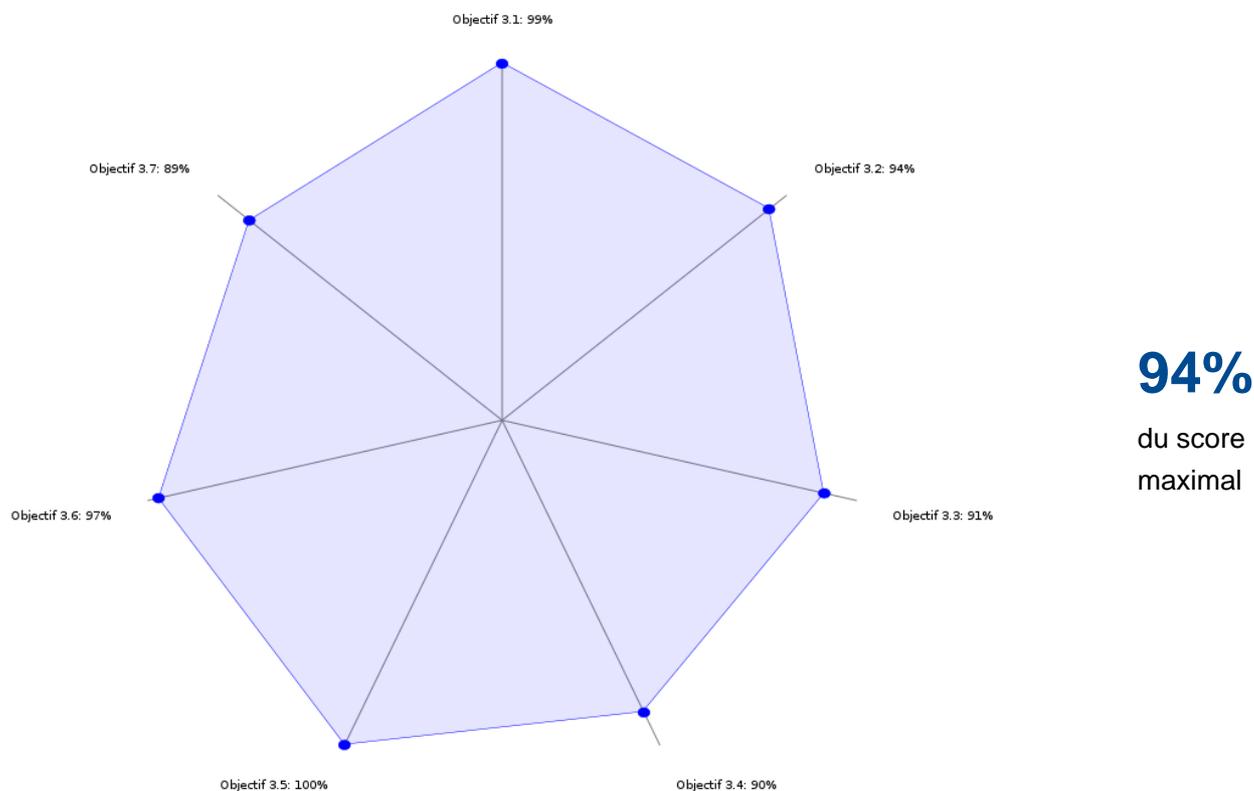
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	99%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	92%
2.3	Les équipes maîtrisent 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	93%

La pertinence des décisions de prise en charge des patients est argumentée dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, notamment pour les situations complexes en hospitalisation complète (oncologie ...) ou en hospitalisation de jour (médecine, SSR). Des staffs sont programmés et des réunions de service sont organisées à périodicité régulière. Ces réunions permettent de réévaluer les prescriptions et les modalités de prise en charge. Lorsque les conditions le permettent, la prescription d'une HAD est envisagée. La pertinence des recours à des mesures restrictives de liberté est argumentée et réévaluée de façon régulière en équipe. Les mesures restrictives des libertés font l'objet de prescriptions. La pertinence des prescriptions d'antibiotique est argumentée et réévaluée. Pour chaque acte de transfusion des produits sanguins labiles, l'analyse bénéfice/risque est réalisée. L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais

adaptés à la prise en charge (syndrome coronarien, pédiatrie, personnes handicapée, personne âgée). Lors de son admission aux urgences, l'orientation est réalisée par l'infirmier d'accueil et d'orientation. Les examens sont réalisés dans des boîtes identifiées permettant le respect de la confidentialité et de la dignité. L'équipe peut accéder aux données antérieures du patient ayant déjà séjourné dans l'établissement. Une IDE de psychiatrie est présente 24/24h et un psychiatre est joignable. Un numéro de téléphone est dédié pour les appels des urgentistes par les médecins de ville. Il n'y a pas d'uniformisation du support « dossier patient ». Certains services sont dotés d'un dossier patient informatisé (DPI), d'autres d'un dossier en format papier. Dans plusieurs services, les experts visiteurs notent la cohabitation d'un dossier papier et du DPI qui rend difficile l'accès aux informations en temps utile et peut engendrer la perte de certaines informations voire une discontinuité dans la prise en charge des patients. Pour répondre à ce besoin d'uniformisation du dossier patient, un plan d'investissement a été engagé par l'établissement avec l'implantation progressive du DPI dans tous les services. Sa généralisation à l'échelle de l'établissement est prévue en 2023. Le projet de soins du patient est structuré et construit avec le patient en prenant en compte ses besoins, ses préférences et en s'appuyant sur l'évaluation globale de sa situation. Il existe une démarche de conciliation des traitements médicamenteux pour les situations les plus à risque. Les équipes de soins peuvent faire appel en interne à un réseau de correspondants (douleur, hygiène, soins palliatifs, addictologie...). Les équipes du secteur interventionnel et les équipes des services de soins se transmettent toutes les informations utiles pour sécuriser la prise en charge du patient. L'ensemble des blocs opératoires utilise la check-list « sécurité du patient » de manière systématique. Celle-ci est informatisée et une évaluation est réalisée régulièrement avec une mise à jour de l'indicateur et la diffusion des résultats au conseil de bloc. Pour le Prélèvement Multi Organes (PMO), l'établissement a précisé lors de la restitution, que l'organisation spécifique de ce parcours établi en relation avec le CHU de Toulouse, impose un travail particulier sur la check-list qui sera prochainement engagé. Un protocole de coopération sur le prélèvement de cornée a été élaboré, la formation des équipes est assurée. Pour les patients en fin de vie, une démarche pluri-professionnelle et coordonnée est mise en œuvre. Le CHIC est doté d'une équipe mobile de soins palliatifs. Des modalités d'identification des patients sont en place : bracelets d'identification dans les services, trombinoscope en long séjour (avec l'accord des patients) Pour les vigilances sanitaires, les responsables sont identifiés, les modalités de transmissions définies. La liste des responsables est accessible aux professionnels par voie informatique. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration et de dispensation des médicaments. Pour les médicaments à risque, les équipes respectent les bonnes pratiques. La liste des médicaments à risque a été formalisée en collaboration avec le corps médical. Elle est connue par les professionnels. L'accès aux stupéfiants est sécurisé, le coffre de stupéfiants est situé dans chaque armoire de pharmacie. Celles-ci sont placées dans une pièce dont l'accès se fait par une clé que seuls certains professionnels (IDE, sage-femme) détiennent. Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle. Elles assurent la traçabilité dans le dossier du patient, de la prescription, de l'administration, des facteurs de risque et de surveillance, de la transfusion. Le risque infectieux est maîtrisé. Les professionnels appliquent les précautions standard et complémentaires d'hygiène et les pratiques sont évaluées à l'appui d'audits. L'équipe opérationnelle d'hygiène du CHIC veille au respect par les professionnels des bonnes pratiques d'hygiène des mains. Tous les secteurs disposent de protocoles d'antibioprophylaxie. Les protocoles sont basés sur les recommandations de bonnes pratiques de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR). Ils sont accessibles sur la gestion documentaire et validés par le CLIN. L'antibioprophylaxie est administrée dans le respect des délais. L'induction est tracée dans la check-list informatisée et prescrite sur le dossier papier par l'anesthésiste à la consultation d'anesthésie ou préopératoire. Le CHIC assure la promotion des vaccinations recommandées et les professionnels sont sensibilisés à l'importance des vaccinations (grippe ...). Le matériel d'urgences vitales en cas d'hémorragie est vérifié et conforme. Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI). Pour l'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire, la sortie est signée par le médecin. Les infirmiers établissent « la mise à la rue » sur la base du score de Chung et se fondent sur la pratique du service. L'établissement a pris note du caractère obligatoire de la formation et s'engage à former les infirmières dans les

meilleurs délais. Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'évaluation de la satisfaction et de l'expérience du patient. En outre, les pratiques des équipes font l'objet d'une analyse à l'appui des déclarations des évènements indésirables associés aux soins dont les presqu'accidents : EPP, RMM, CREX liées aux médicaments. Les actions d'amélioration dans les services s'appuient sur les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins. Elles sont inscrites dans des tableaux de bord de suivi partagés entre la qualité et les binômes cadres de santé/chefs de service, des points trimestriels d'avancée des actions sont réalisés. Le suivi de la mise en œuvre des check-lists permet aux professionnels des secteurs interventionnels d'améliorer leurs pratiques. Pour les prélèvements et de greffes d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques, les activités sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration qui font l'objet également d'un suivi.

# 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	94%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	91%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	90%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	97%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	89%

Le Centre Hospitalier Intercommunal de Castres-Mazamet (CHIC) est l'établissement public de santé de recours sur le Tarn Sud. Cette zone géographique inclut les secteurs du Saint-Ponais, de Revel où le Centre Hospitalier est géré en direction commune avec le CHIC. Le CHIC est membre du GHT composé de sept établissements. La gouvernance est assurée en alternance par le CHIC de Castres-Mazamet et le Centre

Hospitalier d'Albi. En matière de santé mentale, la prise en charge est assurée en relation avec le Centre Hospitalier de Lavaur, établissement de référence du secteur qui dispose d'un secteur de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie. Le CHIC participe à la mise en œuvre du projet de santé mentale (PTSM). L'établissement est organisé en différents pôles d'activité. Les orientations stratégiques du Projet d'Etablissement ont fait l'objet d'une révision et sont définies en cohérence avec le territoire de santé de référence. Il répond, par son organisation en filières de soins, à l'ensemble des besoins du territoire avec une offre de soins diversifiée en hospitalisation complète et en ambulatoire. Des filières de prises en charge spécialisées sont en place en cardiologie interventionnelle, neurovasculaire, cancérologie, réanimation, néphrologie, addictologie. Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) est actualisé. L'établissement est associé au développement de la CPTS de son territoire. Il conduit une politique "aller vers" des établissements sanitaires et médicaux-sociaux pour l'accès aux consultations de spécialités, aux hospitalisations. Des conventions de coopération sont en place avec les établissements médico-sociaux du territoire. Pour les activités de SSR, le CHIC coopère avec des centres de SSR polyvalents et spécialisés du département et des territoires à proximité. Concernant l'imagerie, des conventions sont en place pour l'utilisation en commun d'équipements médicaux lourds (scanner, IRM) avec le secteur privé de Castres. Un groupement d'intérêt économique (GIE) permet de gérer un IRM. Au niveau des activités ambulatoires, le Centre Hospitalier veille au maintien des liens avec la médecine de ville et les médecins généralistes sont informés, dans la mesure du possible, des prises en charge proposées. Le site internet du Centre Hospitalier permet d'accéder à l'offre de soins avec un contact téléphonique et le nom des médecins des spécialités. Une permanence téléphonique permet de joindre les différents services hospitaliers 24h/24. Une messagerie sécurisée est en place. Une organisation est en place pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées. Pour les personnes âgées, l'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences. Une fiche d'admission a été élaborée, une hotline est en place pour faciliter les admissions directes dans les services de soins. L'établissement soutient les démarches de recherche clinique. Un partenariat avec le CHU de Toulouse est en place. Les médecins du CHIC participent à des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) avec la contribution de deux attachés de recherche clinique (ARC). Par ailleurs, le CHIC a noué une relation étroite avec l'école d'ingénieurs « Informatique et Systèmes d'information pour la santé » de Castres rattachée à l'Institut National Universitaire Jean-François-Champollion pour développer un ensemble de projets liés aux nouvelles technologies. Les résultats des questionnaires de satisfaction sont présentés et analysés en Commission Des Usagers (CDU). Ils sont portés à la connaissance des différentes instances de l'établissement dont la CME, la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT). Les actions qui peuvent en résulter alimentent un PAQSS institutionnel. L'établissement conduit une expérimentation en matière d'expérience patient en unité de chirurgie ambulatoire avec une mesure de l'expérience du patient concernant son parcours de soins (PREMS). Une convention a été passée pour l'intervention de deux patients experts en diabétologie. Les plaintes et réclamations des patients sont communiquées en CDU. L'accès des patients à leur dossier est organisé afin de permettre une communication dans les délais requis. Les représentants des usagers sont associés à l'élaboration du Projet d'Etablissement et ont contribué au développement du "projet des usagers". Ils participent en outre, à plusieurs instances de l'établissement : COPIL qualité, CLUD, CLAN ... et sont sollicités pour donner un avis sur les projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients. Une équipe de médiateurs assure la prévention des situations difficiles. Le Centre Hospitalier prône la bientraitance dans les valeurs affichées dans son projet d'établissement. Des actions de sensibilisation et de formation auprès des professionnels sont également déployées. Les professionnels connaissent les conduites à tenir pour signaler les situations de maltraitance. Il existe un dispositif de déclaration des événements indésirables avec un traitement assuré par le Département Qualité, Hygiène et Gestion des Risques. Pour la maltraitance ordinaire, les professionnels sont sensibilisés à la thématique par l'encadrement et les formations professionnelles. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. Une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est en place avec un PAQSS institutionnel alimenté par les pôles où sont recensées les thématiques et

actions prioritaires à réaliser. Des responsables par action sont désignés. La détermination des objectifs partagés d'amélioration continue de la qualité s'appuie sur une collecte d'informations (RMM, CREX, audits). La Direction, la CME, la CSIRMT sont impliquées dans la politique qualité de l'établissement et son déploiement. Les professionnels participent à des actions dédiées à la qualité et à la sécurité organisées au sein de l'établissement. Le travail engagé par le Département Qualité, Hygiène et Gestion des Risques et l'encadrement pour renforcer l'appropriation de la culture qualité et sécurité des soins par les professionnels va se poursuivre. Les compétences et la gestion du temps de présence des professionnels nécessaires à la bonne réalisation des activités sont maîtrisées dans l'ensemble des services. Durant les périodes d'absences des professionnels (arrêts de travail, mobilité, départs), il existe une possibilité de mobiliser des heures supplémentaires. La politique des ressources humaines permet d'assurer la répartition des compétences et des tâches au regard de la qualité et de la sécurité des soins. La Direction des Ressources Humaines et du Projet Social, les cadres de santé au niveau des services, s'assurent de l'adéquation des missions et des compétences des professionnels. L'encadrement bénéficie de formations en management. Le travail en équipe se décline au travers des staffs et des réunions de services. Une démarche spécifique d'amélioration du travail en équipe est soutenue institutionnellement. En effet, depuis 2021, l'équipe de gynécologie-obstétrique bénéficie d'une accréditation et une extension de ce dispositif est proposée aux autres équipes. En lien avec les secteurs d'activité, la Direction des Ressources Humaines et du Projet Social évalue régulièrement les compétences et met en œuvre les actions utiles de formation et de développement professionnel continu. Le Centre Hospitalier a élaboré un Projet Social ainsi qu'une politique qualité de vie au travail (QVT) que l'on retrouve dans le projet d'établissement. En cas de conflits interpersonnels, il existe une possibilité de conciliation en interne, notamment pour le personnel médical. Un soutien psychologique peut être apporté aux équipes par l'intermédiaire du service de santé au travail et plus spécifiquement par le psychologue du travail. L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté. Un plan « hôpital en tension » est opérationnel. Le CHIC répond à la prise en charge des patients en situation sanitaire exceptionnelle en conformité au plan ORSAN élaboré par l'ARS. La cellule de crise est opérationnelle. Des retours d'expérience en santé (RETEX) sont réalisés régulièrement. Concernant la maîtrise des risques numériques, chaque agent est détenteur d'un badge pour circuler dans l'établissement. Les mots de passe personnels font l'objet d'une mise à jour régulière. Les équipes connaissent la conduite à tenir en cas d'incident informatique notamment, ainsi que la procédure dégradée et l'existence d'un plan de reprise d'activité. Au niveau du CHIC, une organisation est en place, en journée, pour apporter une réponse aux éventuels incidents ou cyberattaques. Toutefois, en soirée, il n'y a pas d'astreinte informatique. Les professionnels sollicitent l'agent de sécurité et/ou l'administrateur de garde. Dans un contexte où les établissements de santé sont exposés à de telles attaques, il existe un risque d'altération durable du fonctionnement du système d'information hospitalier. Parallèlement, des données plus ou moins confidentielles peuvent être dérobées. La Direction de l'établissement est pleinement consciente de ce risque et précise qu'une réflexion est engagée au niveau du GHT pour organiser une astreinte informatique territoriale. Le plan de sécurisation de l'établissement qui structure la sécurité et la sûreté est en place. L'établissement est doté d'un système de caméras de surveillance. Les accès aux différents secteurs sont sécurisés. Les situations à risque pour les patients (actes de malveillance, patients à risque : fugues, suicides...) sont répertoriées. Les professionnels connaissent les conduites à tenir en cas d'intrusion. Le CHIC contribue aux enjeux du développement durable. L'établissement a désigné un référent développement durable. Il a engagé un ensemble de mesures en matière de développement durable (tri et valorisation des déchets avec le déploiement de plusieurs filières de traitement). Les consommations (énergie et eau) sont connues. Un plan de maîtrise des risques environnementaux est en place. Les chariots d'urgence font l'objet d'un contrôle régulier dans les services de soins. Le recyclage des professionnels aux gestes et soins d'urgence est suivi en relation avec la Direction des Ressources Humaines et du Projet Social. La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée. Le numéro d'appel pour les urgences vitales est connu dans les services de soins. Le numéro figure sur les badges portés par les professionnels. La gouvernance, en particulier une sous-commission de la CME, mobilise les équipes pour l'identification et la

diffusion des recommandations de bonnes pratiques cliniques. L'expérience du patient est prise en compte dans le PAQSS. Les indicateurs qualité et sécurité des soins sont diffusés au niveau institutionnel et présentés à la CDU. Cependant, lors des échanges avec les professionnels des différents services, il apparaît que ces derniers ne sont pas systématiquement associés aux revues des indicateurs qualité et sécurité des soins ainsi qu'à la réflexion sur les actions d'amélioration à envisager. L'établissement a précisé qu'il avait pris la mesure de cette difficulté liée notamment à la période COVID et les priorités données à la prise en charge des patients atteints de la maladie. La Direction ajoute qu'elle compte renforcer l'implication des professionnels dans l'analyse et l'exploitation de ces indicateurs. Les événements indésirables graves (EIG) sont systématiquement déclarés par les professionnels et font l'objet d'une analyse au niveau de la gouvernance en vue de la mise en œuvre d'un plan d'action en relation avec les professionnels des services. Ils sont portés à la connaissance des RU.

# 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	810000380	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE CASTRES -MAZAMET	6 avenue de la montagne noire Bp 417 81108 Castres FRANCE
Établissement principal	810000521	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL - SITE DE CASTRES	6 avenue de la montagne noire Bp 417 81108 Castres FRANCE
Établissement géographique	810099838	CHI CASTRES-MAZAMET - HOPITAL DES MONGES	12 rue des monges 81108 Castres FRANCE
Établissement géographique	810000547	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL - SITE DE MAZAMET	Boulevard raymond d'haupoul 81207 Mazamet FRANCE
Établissement géographique	810100214	CHI CASTRES-MAZAMET - CENTRE DE PLANIFICATION FAMILIALE - CH DE MAZAMET	Boulevard raymond d'haupoul 81200 MAZAMET FRANCE
Établissement géographique	810004036	CHI CASTRES-MAZAMET - CENTRE DE PLANIFICATION FAMILIALE - CH DE CASTRES	32 rue du 9 eme regiment D'artillerie de campagne - bp 30417 81108 CASTRES FRANCE
Établissement géographique	810100883	CHI CASTRES-MAZAMET - CH CASTRES SLD	12 rue des monges 81108 Castres FRANCE
Établissement géographique	810100370	CHI CASTRES-MAZAMET - CH MAZAMET SLD	Rue de la paix 81200 AUSSILLON 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	
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)	
Existence de Structure des urgences générales	
Existence de Structure des urgences pédiatriques	
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	
Autorisation de Médecine en HAD	
Autorisation d' Obstétrique en HAD	
Autorisation de SSR en HAD	
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	
Existence de SMUR pédiatrique	
Existence d'Antenne SMUR	
Existence d'un SAMU	
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	5,828
Nombre de passages aux urgences générales	42,541
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	228
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	78
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	28
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	11
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	19
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	5,595
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	12
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	32
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	6
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	78
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	2
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	120
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	4
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

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

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	Maitrise des risques		
2	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Urgences Adulte Hospitalisation complète	
3	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap SAMU-SMUR Soins critiques Adulte Hospitalisation complète	
4	Audit système	Entretien Professionnel		
5	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Adulte Programmé	

6	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
7	Audit système	Entretien Professionnel		
8	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique injectable ou PO
9	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires si applicables
10	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable ou PO
11	Audit système	Entretien Professionnel		
12	Audit système	Dynamique d'amélioration		
13	Audit système	Entretien Professionnel		
14	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins critiques Soins de suite et réadaptation Urgences Adulte Médecine Hospitalisation complète	
15	Audit système	Coordination territoriale		
16	Audit système	Entretien Professionnel		

17	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
18	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Maternité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Urgences</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p>	
19	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Urgences</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p>	
20	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Soins critiques</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p>	
21	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Médecine</p>	

			Hospitalisation complète Programmé	
22	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
23	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Médecine Programmé	
24	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires si applicables
25	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport intersite
26	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable ou PO
27	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per opératoire
28	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
29	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique injectable ou PO
30	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Chimiothérapie

31	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires si applicables
32	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG
33	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Adulte Médecine Programmé	
34	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport couché
35	Patient traceur		Tout l'établissement Maternité Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
36	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
37	Audit système	Entretien Professionnel		
38	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SMUR
39	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète	

			Programmé	
40	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Endoscopie
41	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable ou PO
42	Traceur ciblé	Prélèvement et greffe d'organes et de tissus		PMO
43	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie
44	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
45	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
46	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
47	Traceur ciblé	Accueil non programmé		urgences
48	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG
49	Audit système	QVT & Travail en équipe		
50	Audit système	Leadership		
51	Audit système	Engagement patient		
52	Audit système	Représentants des usagers		

53	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
54	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
55	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Médecine</p> <p>Programmé</p>	
56	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
57	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>	

58	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
59	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
60	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>	
61	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
62	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Programmé</p>	

63	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Programmé</p>	
64	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
65	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
66	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	

---

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

---

