



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**CENTRE HOSPITALIER  
DE GRAULHET**

19 rue du docteur bastié  
81300 GRAULHET



Validé par la HAS en Février 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 – Février 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**

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé mobilise plusieurs méthodes d'évaluation :

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans

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 GRAULHET	
Adresse	19 rue du docteur bastié 81300 GRAULHET Cedex 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	810000398	CENTRE HOSPITALIER DE GRAULHET	19 rue du docteur bastié 81300 GRAULHET FRANCE

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

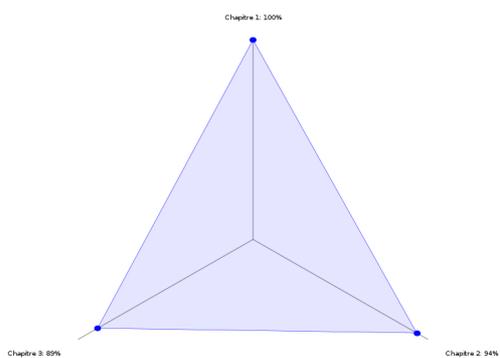
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# Champs d'applicabilité

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

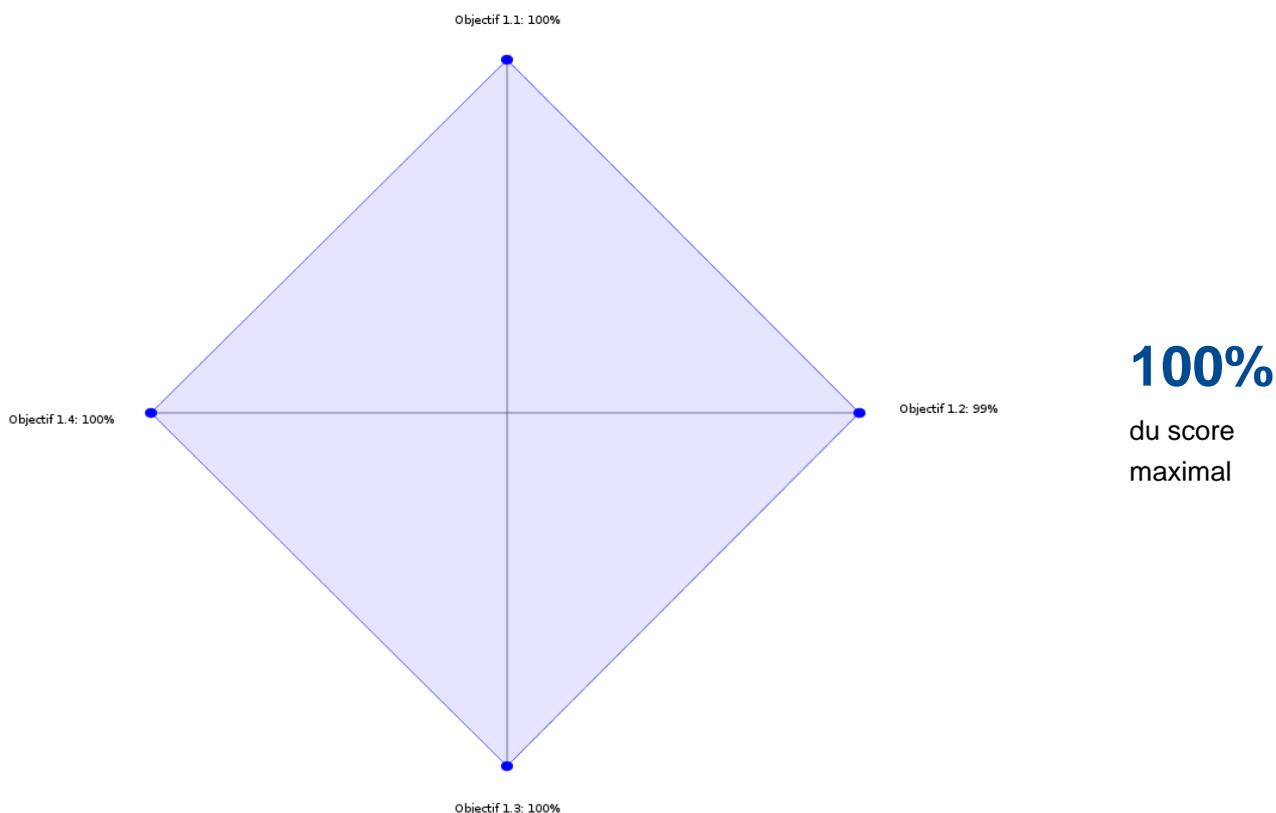
Au regard du profil de l'établissement, [95](#) critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient

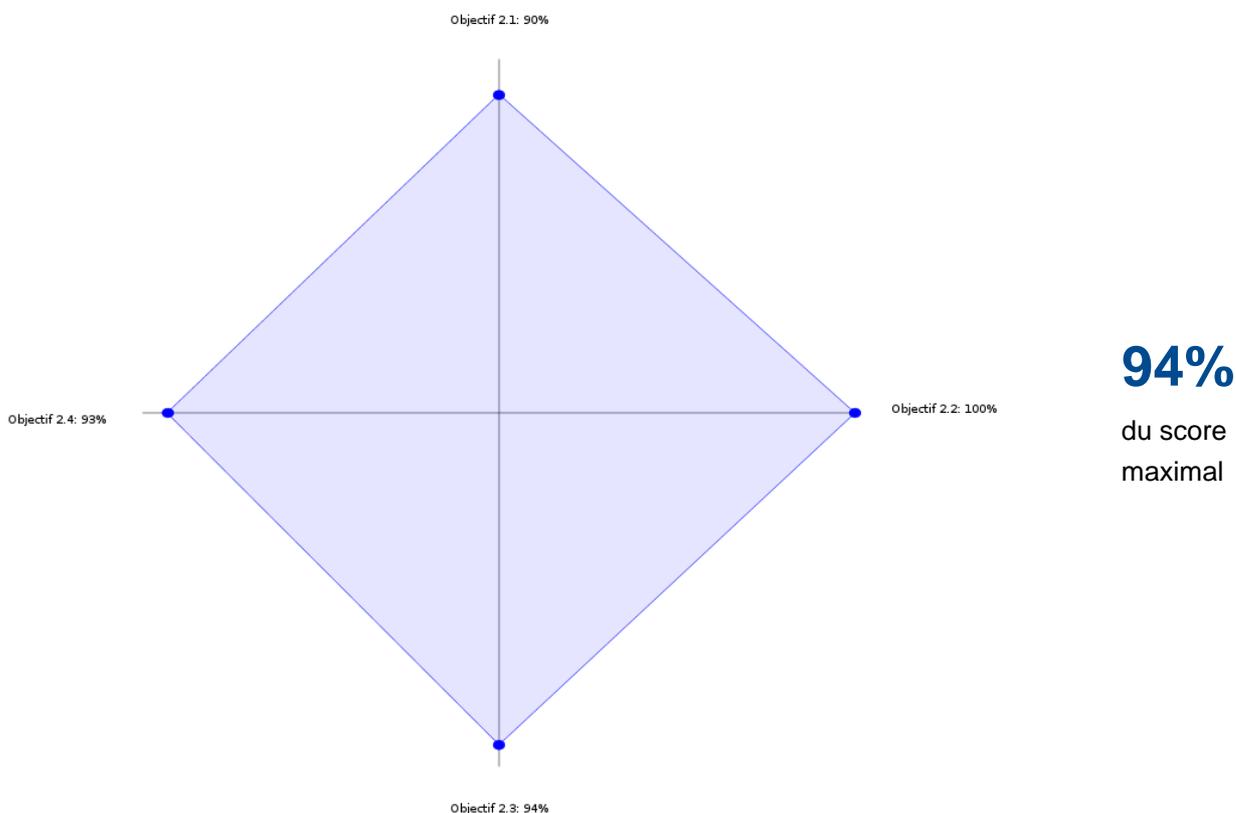


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	100%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte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

Le Centre Hospitalier de Graulhet offre une activité sanitaire en hospitalisation complète, composée d'un service de médecine de 18 lits dont 3 lits identifiés « soins palliatifs » et d'un service de Soins de Suite et Réadaptation polyvalents (SSR) de 20 lits. Le patient reçoit une information claire et adaptée. L'évaluation bénéfice/risque est effective et le consentement du patient est systématiquement recueilli pour des actes et décisions le concernant. Son implication est recherchée, en médecine comme en SSR, pour favoriser sa participation aux soins. Les équipes veillent au recueil de la personne à prévenir et de la personne de confiance. La recherche des directives anticipées est effective et la prise en compte de la spécificité de la prise en charge palliative est intégrée à cette démarche, ce qui permet de prendre en compte les choix et volontés du patient en situation de fin de vie. Des messages de santé publique sont disponibles sur l'ensemble de la structure (affichages, flyers, ...). Une information sur les Représentants des Usagers (RU) est mise à disposition selon différents moyens, dont le livret

d'accueil et les affichages. Les RU interviennent régulièrement au sein des services, ce qui leur permet de rencontrer les patients et les professionnels. A ce titre, ils ont conduit lors de la « semaine sécurité patient » une évaluation auprès des personnes hospitalisées, portant sur la connaissance de la Commission des Usagers et du rôle des RU. Le CH de Graulhet n'est pas soumis au dispositif E-Satis. La satisfaction du patient est recueillie via le questionnaire de satisfaction annexé au livret d'accueil et d'autres initiatives sont en cours de déclinaison pour favoriser le retour d'expérience des patients, comme par exemple les questionnaires thématiques portant sur la douleur ou encore les médicaments à risques, administrés en septembre 2022. Les professionnels veillent au respect de l'intimité et de la dignité. L'établissement dispose de chambres individuelles spacieuses, comprenant un cabinet de toilette et un espace personnel de rangement pour le patient. La recherche du maintien de l'autonomie est effective, tout particulièrement pour les personnes âgées et/ou en situation de handicap. Toute contention mécanique fait l'objet d'une décision médicale et donne lieu à une information spécifique délivrée au patient, dont l'accord est requis. Les modalités de surveillance et d'évaluation des contentions sont effectives. Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires (hydratation, nutrition, accompagnement aux toilettes, hygiène), même en situation de tension d'activité. La douleur est prise en compte selon des modalités définies et déclinées sur l'ensemble de l'établissement, qui dispose de plusieurs compétences internes en ce domaine (médecins et infirmières). Les protocoles « douleur » sont formalisés, les évaluations régulières sont tracées dans le dossier. En particulier, les patients bénéficient de prescriptions anticipées conditionnées. Il existe une fiche spécifique dite « de titration » qui sert de base au suivi de l'efficacité d'un traitement antidouleur, avec une évaluation réalisée à l'aide d'une échelle, avant et après. Les proches et/ou aidants sont associés à la prise en charge avec l'accord du patient. Il existe un dispositif facilitateur de la venue des familles et proches en situation de fin de vie ou lors des moments difficiles, avec en particulier un lieu d'accueil qui leur est dédié. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte, au cours du séjour et pour la préparation de la sortie, avec un accompagnement adapté dans les situations de précarité et de vulnérabilité. Le CH dispose notamment d'une assistante sociale et d'une psychologue, qui participent activement aux différentes étapes de la prise en charge, en collaboration étroite avec l'ensemble de l'équipe. Une attention particulière est portée aux besoins et préférences du patient vivant avec un handicap. Dans la perspective d'un retour à domicile à l'issue du séjour, les éventuelles adaptations à apporter au logement sont anticipées via le déplacement in situ, si nécessaire, de l'ergothérapeute de l'équipe mobile de gériatrie de Lavaur qui intervient très régulièrement dans la structure.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins



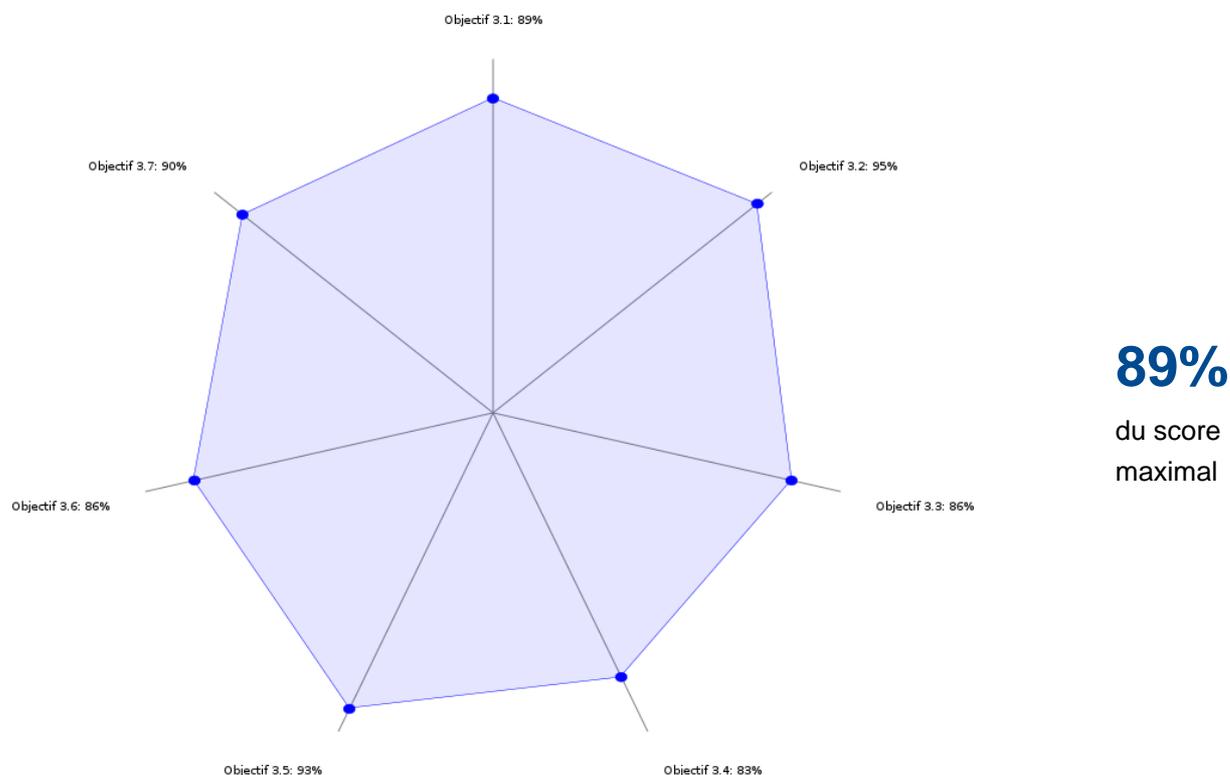
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	90%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	94%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	93%

Tout au long du parcours, l'équipe pluriprofessionnelle se concerta et se coordonne pour élaborer avec le patient - et ses proches si besoin - un projet de soins / projet de vie / projet thérapeutique et de rééducation, répondant au plus près des attentes du patient, qui est réévalué chaque semaine à l'occasion des staffs multidisciplinaires. Pour les prises en soins compatibles avec une Hospitalisation A Domicile (HAD), la pertinence d'un transfert vers ce mode d'hospitalisation peut être évoquée, d'autant que des partenariats sont établis avec l'HAD d'Albi et l'HAD Pays d'Ovalie. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée. Les prescripteurs peuvent s'appuyer sur un référent antibiothérapie (infectiologue du CH d'Albi) ; néanmoins, ils n'ont pas participé à des formations récentes sur l'usage des antibiotiques et il n'y a pas de protocoles ou de recommandations locales disponibles. La pertinence de la transfusion des produits sanguins est argumentée et tracée. Tout au long de la prise en charge, les équipes partagent les informations utiles et se coordonnent autour du Dossier Patient

Informatisé (DPI) qui est complet et accessible à l'ensemble des professionnels concernés. L'appropriation du DPI est effective et, à ce titre, a été tout particulièrement remarquée l'implication des aides-soignants dans la traçabilité de leur activité, en lien avec les infirmiers. Une analyse pharmaceutique de niveau 2 est conduite pour tout patient entrant ; la pharmacienne a accès aux données des patients en provenance des établissements en Direction commune, ce qui contribue à faciliter cette démarche au plus près de leur transfert. La conciliation médicamenteuse a débuté en termes de réflexion et de formation. La progression vers une conciliation médicamenteuse formalisée et systémique s'appuie sur la mise en place de temps dédiés d'échanges pharmaciens/médecins dans des réunions dites de « concertation médicamenteuse », qui sont des temps de développement d'une pharmacie clinique et d'évaluation des pratiques. Par ailleurs, une formation a eu lieu sur ce thème en 2021 et 8 agents ont pu en bénéficier (pharmacien, infirmiers et préparateurs). Dans le cadre de la Direction commune (Centres Hospitaliers de Graulhet, d'Albi et de Gaillac), du GHT « Cœur d'Occitanie » ou via d'autres liens et ressources externes liés à des partenariats, l'équipe peut faire appel si besoin à des ressources de recours ou d'expertise. Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluri professionnelle et coordonnée, est mise en œuvre pour les patients en fin de vie. En plus des compétences internes en ce domaine, cette prise en charge peut s'appuyer sur des ressources externes, via les réseaux et associations partenaires. La préparation de la sortie est initiée dès l'admission. Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et envoyée au médecin traitant et/ou au médecin adresseur. L'assistante sociale (0,8 ETP) concourt à la sécurisation du retour à domicile, en lien avec les familles et les aidants, en prenant l'attache des partenaires du territoire, dont l'EMG du CH de Lavaur. De manière générale, les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et la mise en application des règles liées aux vigilances sanitaires. Un point de vigilance a été noté concernant la nécessaire identification de toutes les pièces « papier » des dossiers, afin de s'assurer que l'ensemble des documents composant le dossier patient soit identifié. L'établissement, durant la visite, a actualisé à cet effet la procédure en vigueur. Le circuit du médicament est défini et les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription, de dispensation et d'administration. L'approvisionnement et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques, y compris pour ce qui relève des dépannages en urgence. Une organisation permet de répondre 7 jours sur 7 aux besoins, via une armoire de sécurité située dans le SAS de la pharmacie, l'existence d'une convention avec la pharmacie de ville, ou encore le recours possible aux PUI des CH de Gaillac et d'Albi. Concernant l'utilisation des médicaments à risque, une organisation est établie, selon une liste qui est disponible auprès des équipes et la mise en place d'un logo spécifique pour identifier les produits concernés. Les professionnels ont bénéficié d'une formation sur les médicaments à risque en 2022 et en maîtrisent globalement l'utilisation, bien qu'à l'occasion d'une observation réalisée en service il ait été retrouvé de façon isolée et ponctuelle un médicament à risque non identifié en tant que tel. Pour ce qui relève du stockage des produits thermosensibles, il est prévu que le contrôle des températures du réfrigérateur de la salle de soins soit effectué 7j/7. Cependant, il a été constaté des carences dans la mesure systématique et quotidienne du relevé des températures, en particulier le week-end. De même, des dépassements de températures à 3 reprises n'ont pas été signalés à la pharmacie et n'ont pas donné lieu à réaction de l'équipe concernée. A l'annonce de ces constats durant la visite, l'établissement a actualisé les documents relatifs au transport et au stockage des médicaments thermosensibles, a réalisé une affiche précisant la conduite à tenir en cas de non-conformité des températures du réfrigérateur du service de soins et a annoncé programmer des actions de sensibilisation des équipes sur ces points. Par ailleurs, a été observé l'usage de produits et médicaments ouverts à usage multiple (topiques cutanés, suspension buvables) dont il n'est pas possible de savoir s'ils sont périmés ou non du fait de la non connaissance et diffusion d'une liste précisant les stabilités des molécules une fois leur contenant ouvert. La pharmacienne conduit un travail sur ce sujet et la réflexion en cours, qui a déjà abouti pour ce qui concerne les collyres, a vocation à s'élargir aux topiques cutanés et suspension buvables. En matière de sécurité transfusionnelle, les équipes disposent d'un protocole qui a été actualisé en 2022 et 7 professionnels, dont le transporteur, ont bénéficié en 2022 d'une formation délivrée par l'EFS. Pour ce qui relève de la gestion du risque infectieux, les professionnels appliquent les bonnes pratiques d'hygiène des mains, ainsi que les précautions adéquates, aussi bien standard que complémentaires. Une Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) se remet en place après un temps de carence en ressources humaines ; la

stabilisation de cette EOH devrait permettre de relancer son activité auprès des services cliniques. Quelques actions de formations ont été réalisées récemment, telles que la formation des ASH aux bonnes pratiques d'entretien des locaux, la journée pédagogique "précautions standard et lavage des mains", ou encore la formation d'une IDE aux bonnes pratiques de soins et surveillance des dispositifs invasifs intra vasculaires type « Midline ». Certains protocoles ont été révisés cette année (protocoles précautions standards et complémentaires) mais de nombreux documents sont anciens tandis que d'autres mériteraient d'être élaborés et diffusés comme, à titre d'exemple, la gestion des dispositifs intra vasculaires. Au regard de ces constats, l'établissement a produit durant la visite l'actualisation et la diffusion de plusieurs procédures, concernant notamment la pose et l'entretien des dispositifs invasifs. Quelques audits ont été réalisés en 2022 : sur l'utilisation du SHA (quick audit et suivi du renouvellement des flacons), ou encore par la réalisation de 2 méthodes « traceurs ciblés IAS », réalisés par le CH de Gaillac, qui ont abouti à des actions concrètes. Toutefois, il n'a pas été conduit d'audit récent sur l'application des précautions standards ou complémentaires, ni sur les pratiques liées aux dispositifs invasifs en matière de maîtrise du risque infectieux. Il existe au niveau de l'ensemble de l'équipe soignante une réflexion et une culture de prise en compte du risque de dépendance iatrogène, qu'elle soit secondaire à la mise en œuvre d'une thérapeutique médicamenteuse ou non. Une attention particulière est portée à la contention mécanique, qui bénéficie d'une prescription médicale précise, d'une réévaluation quotidienne et d'une surveillance tracée. Des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) sont conduites, sans pour autant avoir donné lieu à ce jour à la structuration d'indicateurs de pratique clinique qui seraient analysés et suivis en équipe. Les professionnels connaissent et utilisent le dispositif de déclaration des Evènements Indésirables (EI). Des analyses systémiques sont conduites en s'appuyant sur la méthode ALARM pour les cas qui le nécessitent, les professionnels concernés y participent, elles donnent lieu à des actions d'amélioration. Deux CREX ont ainsi été menés en 2022, dont un portant sur la prise en charge médicamenteuse. Les équipes partagent les données issues de l'analyse des EI, du recueil de la satisfaction des patients et des diverses évaluations conduites au sein des services. Les actions d'amélioration alimentent le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS), qui est suivi par le service qualité, en lien avec la CDU. Les Représentants des Usagers participent activement aux démarches institutionnelles conduites. Les examens de biologie médicale sont réalisés par un laboratoire extérieur, avec la possibilité de développement d'axes d'amélioration en lien avec le prestataire concerné.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	89%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	95%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	86%
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	93%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	86%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	90%

Le Centre Hospitalier de Graulhet entretient et développe des partenariats avec de nombreux acteurs de santé. Ces liens sont mis en place dans le cadre de la Direction commune avec les CH d'Albi et de Gaillac, mais également à l'échelon territorial dans le cadre du GHT Cœur d'Occitanie et sont enrichis par des coopérations avec plusieurs structures publiques et privées, dans le champ sanitaire, social et médico-social (tels que EHPAD, SSIAD, ...). La collaboration du CH avec la médecine libérale est particulièrement active, avec la présence de

médecins libéraux in situ, qui assurent la continuité et la permanence des soins dans les services de médecine et de SSR. Deux médecins salariés assurent par ailleurs une activité à mi-temps à la Maison pluridisciplinaire de santé de Graulhet. Le CH de Graulhet est partie prenante de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé du Centre Tarn (CPTS) et membre du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) qui a vu le jour en juillet 2022. Les parcours et filières de patients sont travaillés prioritairement avec le CH d'Albi mais aussi avec le CHU de Toulouse pour ce qui relève des prises en charge hautement spécialisées. Il entretient des liens également avec le CH de Lavaur, notamment à travers l'équipe mobile de gériatrie qui intervient régulièrement au sein de l'hôpital et dont un infirmier du CH de Graulhet est membre. Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) de l'ARS est actualisé. Les modalités de communication permettent aux usagers et aux professionnels de santé extérieurs de contacter l'établissement aisément et les professionnels disposent d'une messagerie sécurisée. L'établissement suit les délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie. Pour les urgences concernant la personne âgée, des circuits courts par des admissions directes dans un service adapté à la gériatrie sont encouragés, mais non encore formalisés. Des projets sont en cours de réflexion dans le cadre du futur projet d'établissement, par une reconversion des locaux de l'ancien Hôpital en Pôle de santé pour favoriser la diversification et l'enrichissement de l'offre de soins en ouvrant à moyen terme de nouveaux locaux et de nouvelles activités à des partenaires de santé extérieurs. L'établissement a débuté récemment l'alimentation du Dossier Médical Partagé (DMP) et une réflexion est engagée pour ce qui relève du dossier pharmaceutique. La gouvernance encourage l'engagement des professionnels dans les activités de recherche et d'innovation, en lien avec le GHT. Cette ouverture concerne l'activité médicale telle l'oncologie (en lien avec le CH d'Albi par exemple ou le 3C), ou les démarches paramédicales, tel le projet en cours sur la formation des aidants vis-à-vis des patients présentant des troubles cognitifs. Au regard de son activité et de ses caractéristiques, le CH de Graulhet n'est pas inscrit dans le dispositif de recueil E-Satis. La satisfaction des usagers est effectuée via un questionnaire qui est distribué avec le livret d'accueil. Quelques actions de recueil d'expérience ont été activées au sein de l'établissement, telles que la mise en place avec les étudiants de l'IFSI d'Albi de questionnaires spécifiques portant sur les critères impératifs du référentiel de certification, ou encore une enquête diligentée en novembre 2022 par les Représentants des Usagers (RU) : soutenus par la Gouvernance, ils ont initié la mise en place de journées d'entretiens de patients visant à recueillir leur retour d'expérience et les informer lors de la Semaine Sécurité Patient sur le rôle de la Commission Des Usagers (CDU) et des RU. Ces rencontres leur ont permis de mieux connaître les équipes de soins. Les plaintes et réclamations sont exploitées en lien avec les professionnels concernés et les RU. Elles donnent lieu à des actions correctives si nécessaire. Des formations à la communication soignants/soignés sont proposées au plan de formation institutionnel, elles sont connues des personnels. Des initiatives visant à mobiliser l'expertise des patients sont encouragées, sans que ces démarches ne bénéficient d'une structuration réelle à ce jour. La promotion de la bientraitance et du respect des patients et de leurs proches est effective. Dans le cadre de la Direction commune, un groupe de travail « Bientraitance », ouvert aux RU des trois établissements, a travaillé sur l'élaboration d'une charte qui est affichée en plusieurs points de l'hôpital. Des référents « bientraitance/droits des patients/éthique » sont en place dans l'établissement. Des formations sur ce thème sont inscrites au plan de formation et déclinées en interne. Une procédure précisant la conduite à tenir en cas de situation de maltraitance a été diffusée juste avant la visite ; son appropriation par les professionnels n'est pas acquise, pour autant ces derniers sont attentifs et sensibilisés à ce sujet et, de ce fait, connaissent les bonnes pratiques pour signaler et prendre en charge une situation de maltraitance. En présence de personnes vulnérables, les professionnels sollicitent les ressources et dispositifs nécessaires à leur prise en charge (assistante sociale, services spécialisés, ...). La prise en compte des différentes formes de handicaps est effective, aussi bien dans les pratiques qu'au regard des infrastructures et des bâtiments. Une organisation est en place pour la communication du dossier médical et les délais de remise des dossiers sont suivis. Les RU sont impliqués dans la vie de l'institution et contribuent à différents dispositifs visant à l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient : on peut citer à titre d'exemple leur participation à l'audit système "engagement du patient", ou encore l'élaboration ou la simplification de documents d'information destinés au patient (triplyques, flyers, ...). Le Centre Hospitalier de Graulhet ne dispose pas à ce jour d'un projet des usagers. La politique qualité-Sécurité des Soins a été élaborée dans le cadre de la Direction commune, en lien avec la politique Qualité/

Gestion des risques du GHT Cœur d'Occitanie. Sa déclinaison et son suivi sont coordonnés par le COQUAL (Comité qualité), qui se réunit à périodicité trimestrielle. Le partage et le portage opérationnel de cette démarche prend appui sur les personnes ressources, dont le responsable qualité, l'encadrement paramédical et médical, les divers groupes de travail thématiques et Commissions, les référents (douleur, hygiène, bientraitance/droits des patients/éthique, ...) et les pilotes de processus. La participation des équipes aux démarches conduites (audits, réunions d'analyse des EI, recueils d'indicateurs) conforte cette appropriation. Le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) est alimenté et suivi, bien que les actions qu'il comporte soient peu connues des professionnels de terrain. Des évaluations de pratiques professionnelles sont diligentées, notamment en utilisant les méthodes portées par la HAS (« traceurs », « observations »). A ce jour, l'établissement n'a pas conduit d'enquête portant sur la culture de sécurité des soins. Les organisations en ressources humaines sont définies et les cycles de travail établis. En situation d'absentéisme, des solutions sont recherchées pour sécuriser les activités (recours aux heures supplémentaires ou à des personnels intérimaires, réduction momentanée du capacitaire). Tout nouvel arrivant bénéficie d'un accompagnement (tutorat, compagnonnage) et l'établissement a élaboré un livret d'accueil à cette attention. Les formations au management sont accessibles, ainsi que les possibilités de coaching. Des initiatives ou dispositions qui visent à favoriser la dynamique d'équipe ont été initiées : on retrouve des réunions de Direction ouvertes régulièrement aux cadres et aux médecins, et des réunions de service qui ont été remises en place courant 2022. L'organisation des plannings permet par ailleurs aux référents qui travaillent la nuit d'intervenir en journée au sein de l'équipe (c'est le cas par exemple l'IDE de nuit référente douleur). Au-delà de ces éléments, la gouvernance n'a pas conduit à ce jour de démarche spécifique sur le travail en équipe ou de réflexion ciblée sur l'amélioration de la synchronisation des temps des équipes. Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées et des évaluations annuelles sont en place. Une réflexion est engagée dans le cadre des lignes directrices de gestion pour valoriser les référents à travers des dispositifs spécifiques de soutien et d'accompagnement. En matière de qualité de vie au travail (QVT), une démarche est en cours, dans le cadre de l'élaboration du futur projet d'établissement dont la rédaction débutera en 2023. Un questionnaire "baromètre social" a été adressé aux professionnels en mai et juin 2022, les retours ont été analysés de façon pluri professionnelle, en lien avec les représentants des personnels et les instances compétentes. Un plan d'actions est initié, sous l'égide du COPIL QVT qui coordonne la démarche. En cas de difficultés interpersonnelles et de conflits, plusieurs niveaux de réponse sont susceptibles d'être mobilisés (encadrement de proximité, encadrement supérieur, service des ressources humaines, Direction). Concernant la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SSE), le CH de Graulhet dispose de plans formalisés au regard des risques identifiés, en lien avec les attendus du plan ORSAN. L'établissement a, tout au long de la crise sanitaire COVID, fait preuve d'une participation active. Un exercice portant sur l'organisation de la cellule de crise a été conduit en 2022. Les risques numériques bénéficient d'une politique de sécurité, via notamment une charte d'accès et d'usage du système d'information qui définit les règles applicables pour l'ensemble des utilisateurs, internes et externes, cependant ces dernières ne sont pas toujours connues. L'établissement possède un plan de sécurisation qui a été actualisé en 2021. Les risques liés aux patients (fugues, risque suicidaire, risque de chutes) sont évalués et tracés. Des évaluations des risques concernant les professionnels sont conduites. La sécurisation des bâtiments prend en compte la gestion des alarmes et l'utilisation de visiophones. En matière de développement durable et en lien avec la démarche conduite dans le cadre de la Direction commune, le CH de Graulhet dispose d'un référent désigné. Un plan d'actions est élaboré, selon des axes qui sont communs ou spécifiques. D'ores et déjà, un travail sur les bio déchets est en cours, ainsi qu'une démarche de réduction des dépenses énergétiques, ou encore l'intégration de chauffage solaire. Cette démarche a vocation à se poursuivre en prenant appui sur le Conseiller en Transition Energétique et Environnementale qui a été recruté à l'échelle du GHT Cœur d'Occitanie. Concernant la gestion de la survenue d'une urgence vitale, les formations obligatoires « AFGSU » sont délivrées et suivies. L'établissement dispose d'un chariot d'urgence, dont les vérifications mensuelles sont effectuées et tracées. Un audit en 2022 sur la connaissance du chariot d'urgence a concerné 2 IDE. Il a toutefois été constaté en visite un numéro d'appel d'urgence peu ou pas affiché dans les locaux et en particulier absent de la salle servant à la rééducation avec du matériel, dont le cardiotraining, sachant que ces locaux sont fréquentés pas des intervenants de profils variés dont

des professionnels libéraux. La discussion avec les équipes en poste a montré que la connaissance du numéro à joindre et de la procédure en interne n'était pas maîtrisée. La procédure institutionnelle, qui concerne uniquement les services de médecine et SSR, fait par ailleurs référence uniquement à une conduite à tenir pour toute urgence vitale survenant sur la plage horaire 19h - 8h en semaine et sur le nycthémère durant les week-ends. Il a été constaté également que le chariot d'urgence était enfermé dans le bureau médical dont la porte se verrouille avec une serrure digitale (digicode), accessible uniquement aux professionnels soignants ou via le poste infirmier, lui aussi fermé par digicode. Faisant face à ces constats, durant la visite l'établissement a fait preuve d'une grande réactivité et a mis en place les actions suivantes : Rédaction et diffusion d'une nouvelle procédure de gestion d'une urgence vitale intra-hospitalière, prenant en compte la dimension H24 et étendant ce dispositif au périmètre de la structure ; Choix d'acquiescer et d'armer un sac d'urgence pour faciliter les interventions hors services de soins ; Changement de la localisation du chariot d'urgence pour le positionner dans un autre bureau du service médecine libre d'accès ; Modification de l'affichage « ma sécurité au travail » pour diffuser largement les consignes d'alerte et le numéro à appeler ; Actions programmées : information du personnel prévue du 9 au 16 décembre (à l'issue de la visite), exercice prévu le 20 décembre 2022. Le Centre Hospitalier n'a pas mené à ce jour d'exercice de mise en situation, mais a ainsi prévu d'en diligenter un avant la fin de l'année. Il n'a pas conduit à ce jour d'évaluation du dispositif permettant d'en apprécier l'efficacité. Les recommandations de bonnes pratiques, médicales et non médicales, font l'objet d'une veille par les responsables concernés, en lien avec différents dispositifs (abonnements, adhésion à la structure régionale d'appui, veille réglementaire, ...). La mise à disposition des documents repose sur une diffusion électronique, accessible via les écrans des postes informatiques. Or, il a été retrouvé dans les documents consultables certaines procédures non actualisées, non datées, non signées, ou ne disposant pas d'un format conforme à la procédure institutionnelle définie, ainsi que des documents anciens, comportant des mentions obsolètes, n'ayant été ni révisés ni archivés en dépit d'une date ancienne (parfois près de 20 ans), ce qui ne permet pas d'en garantir le caractère applicable. Par ailleurs, la procédure de gestion documentaire, révisée en novembre 2022, ne précise pas les règles de révision permettant de conforter la fiabilité du dispositif. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont recueillis, communiqués, analysés et exploités à l'échelle de l'établissement. Ils permettent d'alimenter le PAQSS institutionnel, tout comme les éléments issus des enquêtes de satisfaction ou encore les résultats d'audits. Il n'a pas été retrouvé de travail spécifique ni de revues d'indicateurs de pertinence analysés et partagés en équipe portant sur les admissions et les séjours. Dans le cadre de la Direction commune, le CH de Graulhet s'est doté d'une charte d'engagement qui encourage la déclaration des EI, ainsi que d'une procédure de signalement et de traitement d'un EI ou d'un incident. Les déclarations d'EI sont réalisées sur format "papier", remises au cadre de santé qui complète, si nécessaire, le signalement avec le déclarant. Cette fiche est ensuite transmise au service qualité, qui l'enregistre dans un tableau de bord et en assure le suivi. La Directrice des soins, la Directrice qualité, la Directrice du site et le responsable qualité (RAQ) ont un dossier partagé permettant d'accéder à l'ensemble des données (EI déclarés et tableau de suivi). Une Cellule d'EI restreinte hebdomadaire, composée du RAQ, du cadre supérieur de santé et de la pharmacienne si nécessaire, permet un passage en revue des EI de la période écoulée, ainsi que l'affectation d'une cotation de gravité, de probabilité et de criticité aux signalements. La décision de diligenter une analyse systémique (nommée CREX et effectuée selon la méthode ALARM) résulte d'une appréciation partagée entre la Direction des Soins et la Direction qualité. Les règles d'organisation et de fonctionnement de la Cellule des EI et des CREX sont formalisées. Les EI graves font l'objet d'une déclaration à l'ARS. En matière de retour aux déclarants, a été mise récemment à la disposition des équipes la possibilité de consulter le tableau de bord de suivi des EI déclarés, via un raccourci positionné sur les écrans d'ordinateurs. L'ensemble des démarches ayant trait à la dynamique qualité-sécurité des soins est conduit en lien étroit avec les Représentants des Usagers, qui sont force de proposition au regard des actions qu'ils conduisent et des éléments dont ils sont destinataires (plaintes, réclamations, retours d'expérience des patients, résultats des questionnaires de satisfaction et des audits, bilan des événements indésirables, indicateurs, ...).

# 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	810000398	CENTRE HOSPITALIER DE GRAULHET	19 rue du docteur bastié 81300 GRAULHET FRANCE
Établissement principal	810000539	CENTRE HOSPITALIER DE GRAULHET	19 rue du docteur bastié 81300 GRAULHET Cedex 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	Non
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de 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	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non
Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non

Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	18
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	20
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
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	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0

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

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Parcours traceur		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 Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
2	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable ou PO
3	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Gestion des produits sanguins labiles
4	Audit système	Représentants des usagers		
5	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
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 Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète	

			Programmé	
8	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport intra-hospitalier des patients
9	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
10	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique injectable ou PO
11	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		Gestion des évènements indésirables graves
12	Audit système	Entretien Professionnel		
13	Audit système	QVT & Travail en équipe		
14	Audit système	Engagement patient		
15	Audit système	Dynamique d'amélioration		
16	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
17	Audit système	Maitrise des risques		

18	Audit système	Leadership		
19	Audit système	Entretien Professionnel		
20	Audit système	Coordination territoriale		
21	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires

---

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

---

