



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
DE GAILLAC**

Avenue rene cassin

Bpn 70036

81601 Gaillac



Validé par la HAS en Février 2023

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – 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	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	21
Annexe 3. Programme de visite	25

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 avec mention.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DE GAILLAC	
Adresse	Avenue rene cassin Bpn 70036 81601 Gaillac 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	810000349	CENTRE HOSPITALIER DE GAILLAC	Avenue rene cassin Bpn 70036 81601 Gaillac CEDEX FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

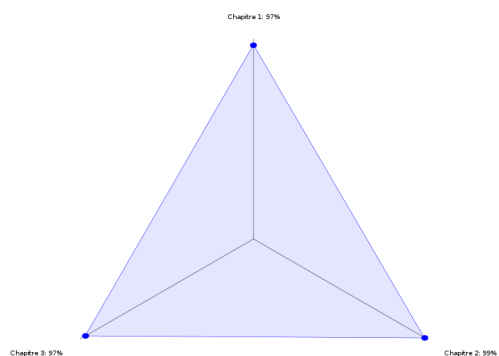
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
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 longue durée
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement

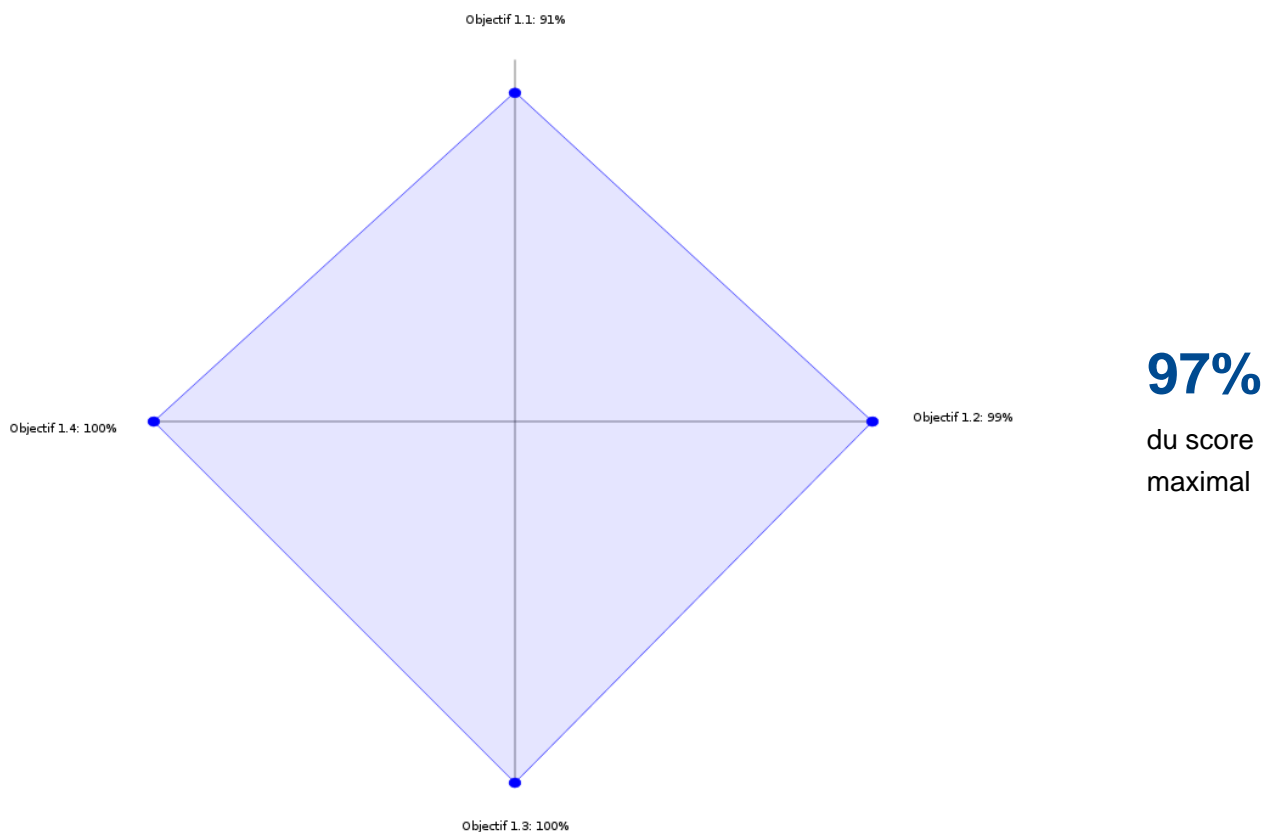
Au regard du profil de l'établissement, [97](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

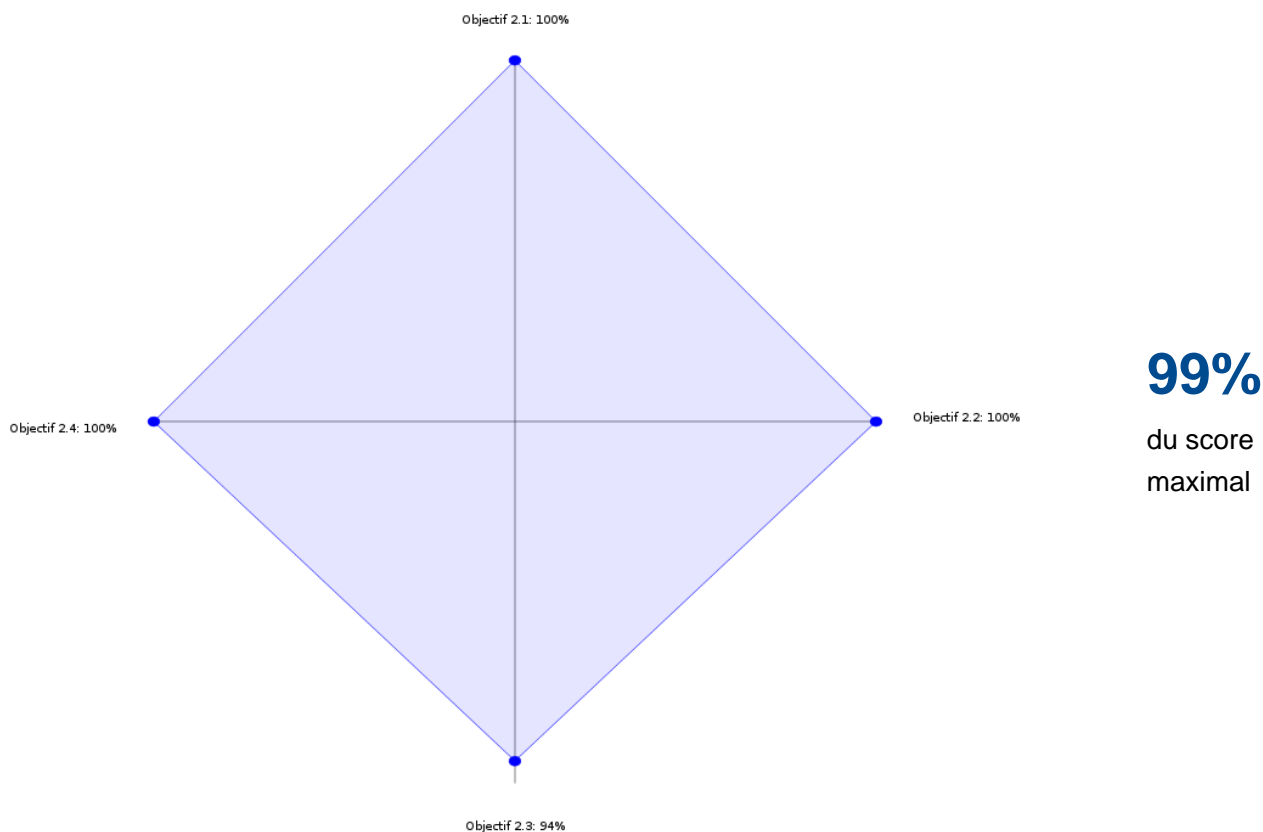


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	91%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le Centre Hospitalier de Gaillac implique les patients aux différentes étapes de leur prise en charge. Ces derniers sont associés, dès leur admission, à l'élaboration de leur projet de soins et l'information sur le bénéfice/risque des actes thérapeutiques est assurée. Avec leur accord, les proches ou aidants peuvent être associés à leur prise en charge. Cette présence est d'ailleurs facilitée en dehors des heures de visite lorsque la situation le nécessite (Soins Palliatifs). Les patients sont généralement informés de la possibilité de désigner une personne à prévenir et une personne de confiance. En revanche, le patient n'est pas systématiquement informé sur ses droits à rédiger ses directives anticipées, malgré différents supports proposés par l'établissement. L'établissement présente les actions réalisées en la matière et s'engage à renforcer cette information. L'expression de la volonté du patient en fin de vie est recherchée. Les patients ont la possibilité de

remplir en interne un questionnaire de satisfaction dont le recueil est assuré par les professionnels dans les services. Ces questionnaires font l'objet d'une exploitation par la Responsable Qualité, Gestion des Risques. Lors des entretiens avec les patients, en médecine, en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en soins de longue durée (SLD), certains d'entre eux ont fait part de leur méconnaissance de la possibilité de solliciter les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles pouvant les accompagner sur les aides nécessaires pour le retour à domicile. Pour autant, un livret d'accueil est remis au patient dans les services. Celui-ci apporte des précisions sur le rôle des représentants des usagers, la possibilité de les solliciter via une adresse mail. Un affichage sur « l'instruction des réclamations » précisant également les missions et la composition de la commission des usagers (CDU) est assuré dans l'établissement. Des flyers travaillés avec les représentants des usagers, sont aussi affichés dans les couloirs des services. Du point de vue des patients, l'intimité, la confidentialité, la dignité sont respectées par les professionnels et les pratiques répondent à cette exigence. D'importants travaux ont été récemment réalisés en médecine et en soins de longue durée (SLD) permettant d'améliorer les prises en charge. Une politique définit les pratiques en termes de contention pour l'ensemble de l'établissement. Les contentions mécaniques font l'objet d'une prescription que l'on retrouve dans le dossier du patient informatisé (SLD). Le patient bénéficie de soins visant à soulager sa douleur et le Comité de LUTte contre la Douleur (CLUD) est opérationnel. La douleur fait l'objet d'une réévaluation régulière à l'appui de plusieurs échelles. Pour les patients en situation de précarité, ces derniers peuvent bénéficier de l'accompagnement de l'assistante de service social que ce soit en médecine, en SLD ou en SSR. Pour les patients en soins de longue durée, les équipes sont attentives au maintien de l'autonomie et des activités adaptées sont proposées. Le programme d'activité est affiché dans les couloirs. L'établissement met en œuvre des visites à domicile par l'ergothérapeute afin d'adapter l'environnement et les aides techniques pour les patients sortants du SSR et sur sollicitation pour les patients sortants de médecine et d'USLD.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



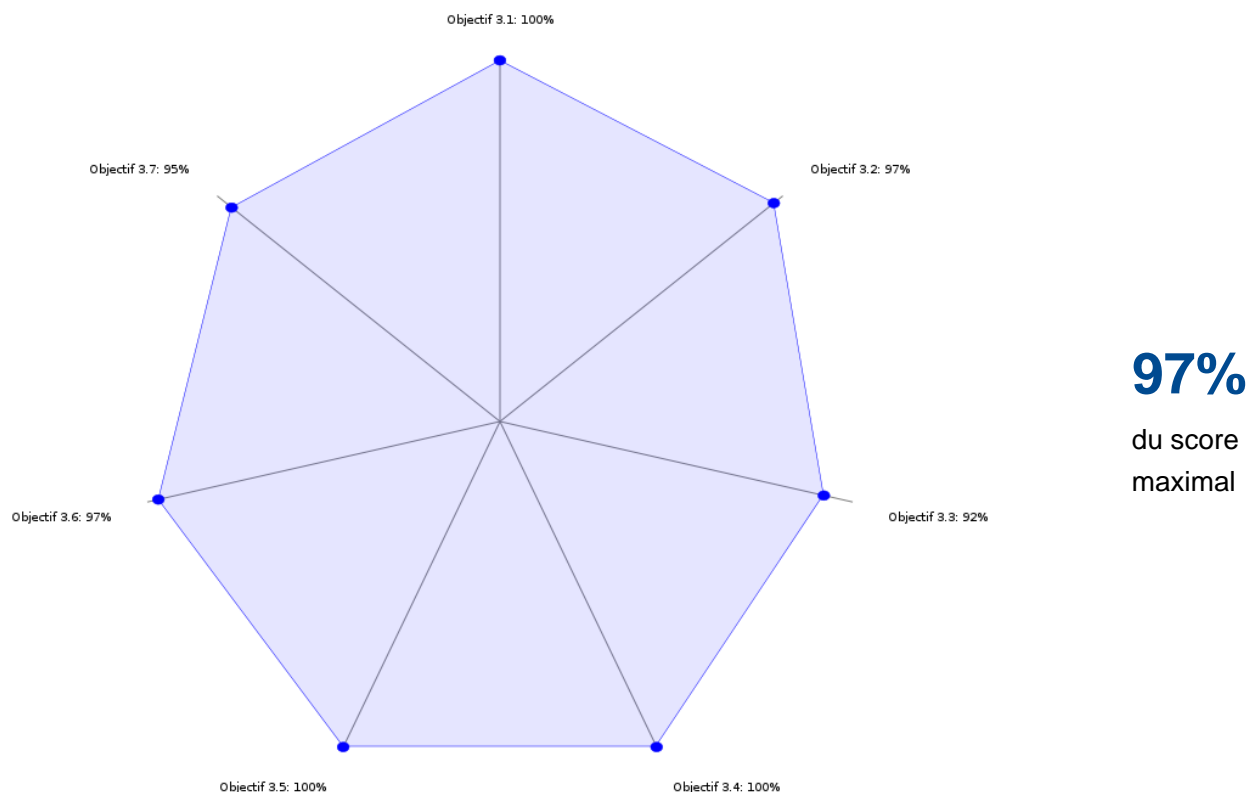
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent 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	100%

La pertinence des décisions de prise en charge des patients est argumentée dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. Des réunions de service, des staffs sont programmés régulièrement. Ces réunions permettent de réévaluer les prescriptions et les modalités de prise en charge. Pour les admissions en SSR, celles-ci font l'objet d'une étude en équipe pluriprofessionnelle à l'appui des demandes informatisées via Trajectoire. Des fiches de liaison sont en place pour organiser les transferts vers le SLD. Les prescriptions d'antibiotiques sont argumentées et réévaluées avec possibilité d'avis avec les référents en antibiothérapie. Une Commission Médicale des Anti Infectieux (COMAI) est en place. Tous les premiers jeudis du mois, un staff médecins/pharmaciens est initié pour l'étude d'une thématique. Ce temps collaboratif permet de revoir les protocoles, de les valider et de les présenter en CME. La réévaluation est en place avec une alerte

dans le dossier du patient informatisé (DPI). Le Centre Hospitalier de Gaillac pratique des transfusions sanguines en médecine, avec le soutien logistique du Centre Hospitalier d'Albi. Des procédures sont en place pour le transport du sang et les contrôles de température. Une infirmière référente a été nommée et des formations sont réalisées annuellement par l'Établissement Français du Sang (EFS). L'établissement est doté d'un double DPI (médecine/SSR et SLD) qui intègre toutes les informations utiles. Ces deux supports ne sont pas interopérables et imposent, pour le médecin, un important travail de retranscription du projet de soins, des traitements, des observations et de la biologie en cas d'un transfert d'un patient de médecine/SSR vers le SLD. L'établissement a déjà engagé une réflexion sur l'uniformisation des deux supports. La conciliation médicamenteuse est initiée en SSR par l'équipe de la pharmacie et son extension pour les situations les plus à risques, est programmée en médecine avec l'arrivée en décembre d'un interne. Les équipes de soins peuvent solliciter des avis d'experts (douleur - CLUD - soins palliatifs). Pour les patients en fin de vie, une démarche palliative pluridisciplinaire et coordonnée est en place. Celle-ci intègre l'accompagnement du patient, de sa famille et un soutien de l'équipe de soins (psychologue). La lettre de liaison est remise au patient en temps réel, à sa sortie, en cas de retour à domicile (SSR, médecine et SLD). En cas de décès, le médecin généraliste est également informé. Des modalités d'identification des patients sont en place dans tous les services (bracelets). Pour les vigilances sanitaires, les responsables sont identifiés. Les modalités de sollicitation sont précisées dans la gestion documentaire avec une procédure de « Gestion d'une alerte sanitaire descendante ou ascendante (vigilances sanitaires) ». Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments. Les médicaments sont identifiables jusqu'à leur administration. Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque. Le bilan thérapeutique des traitements est intégré à la lettre de liaison. L'accès aux stupéfiants est sécurisé. Les équipes sont formées aux bonnes pratiques des précautions standard et complémentaires d'hygiène et les pratiques sont évaluées à l'appui d'audits. Les facteurs de risque de dépendance iatrogène liés au processus de soin de la personne âgée sont recherchés et tracés par les équipes de soins (SSR et médecine). Les équipes sont sensibilisées à l'importance des vaccinations (notamment la grippe saisonnière). L'encadrement connaît le taux de couverture vaccinale des professionnels de leur service. Concernant les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants, il a été constaté dans la salle de radiologie conventionnelle : Un dosimètre posé sur le rebord de la vitre de protection, devant le pupitre : ce dosimètre n'est pas nominatif, L'absence de port du dosimètre par le manipulateur dans la salle de radiologie conventionnelle. Il en résulte une impossibilité de mesurer et d'analyser l'exposition aux rayonnements ionisants du professionnel en exercice. Il est rappelé à l'établissement que, l'application des principes de radioprotection par l'ensemble du personnel directement affecté aux travaux sous rayonnements, est une obligation réglementaire. Dans le cas présent, cette obligation n'est pas respectée. Par ailleurs, la notification de la quantité de dose reçue par le patient dans le compte rendu radiologique du DPI n'est pas systématique. Deux des trois dossiers examinés précisent la dose reçue par le patient au cours de l'examen de radiodiagnostic. La gouvernance du Centre Hospitalier de Gaillac a pris la mesure des risques et précise que l'activité radiographique du service d'imagerie médicale est régie par une convention de partenariat avec le Centre Hospitalier d'Albi. Des mesures correctives sont immédiatement engagées à l'issue d'une rencontre avec l'une des Personnes Compétentes en Radioprotection (PCR) du Centre Hospitalier d'Albi. Deux documents sont présentés durant le déroulement de la visite, à savoir : Une procédure de « fonctionnement du service d'imagerie du CH de Gaillac avec : les jours et horaires de présence sur le site du manipulateur en électroradiologie, l'interprétation des clichés, les dosimètres mis à disposition (dosimétrie d'ambiance et dosimétrie individuelle), le « Produit Dose Surface » (PDS) reçu par le patient et retranscrit dans le compte rendu radiologique par le secrétariat médical de radiologie du CH Albi, Une procédure relative à « L'organisation de la radioprotection au sein des CH Albi et Gaillac » avec : les missions de l'unité de radiophysique et de radioprotection, les missions individuelles des professionnels et la désignation des conseillers en radioprotection. Dans les services, les professionnels exposent la démarche d'évaluation des résultats cliniques. Les équipes mettent en place des actions d'amélioration à la suite des réclamations et des éventuelles plaintes. Pour la gestion des événements indésirables associés aux soins (EIAS), une analyse est

réalisée à partir d'audits et des déclarations d'événements indésirables.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	97%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	92%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	100%
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	95%

Le Centre Hospitalier de Gaillac est un établissement public de santé labellisé établissement de proximité, situé dans le département du Tarn. Une direction commune lie l'établissement au Centre Hospitalier de d'Albi. L'établissement est membre du Groupement Hospitalier de Territoire « Cœur d'Occitanie » composé de sept établissements. Il définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire de référence et

développe une politique "aller vers" les établissements médico-sociaux partenaires. En relation avec le CH d'Albi, des consultations avancées en dermatologie sont développées et seront élargies dans les prochains mois à l'orthopédie, au viscéral et à l'endocrinologie. L'établissement est membre de la Communauté Professionnelle Territoriale de santé (CPTS) du Grand Gaillacois. Au niveau des structures ambulatoires, le Centre Hospitalier veille au maintien des liens avec la médecine de ville. L'établissement n'a plus de site internet depuis mars 2022 compte tenu du projet en cours dont l'objet est "la refonte du site internet de la direction commune". En revanche, les médecins généralistes peuvent joindre les médecins dans les services par un numéro d'astreinte qui leur est communiqué. Une permanence téléphonique permet de joindre les différents services hospitaliers 24h/24. Une messagerie sécurisée est en place. L'établissement ne dispose pas de service de médecine d'urgence. Les prises en charge en urgence des patients, dont les personnes âgées, sont assurées prioritairement par le Centre Hospitalier d'Albi. L'établissement veille à la bientraitance. Les professionnels sont sensibilisés à cette question qui contribue au développement d'une culture pérenne de la bientraitance. Une charte de bientraitance est diffusée dans l'établissement sous la forme d'un nuage de mots. Le signalement des situations et actes de maltraitance fait l'objet d'une procédure diffusée dans la gestion documentaire. Des formations à la communication avec le patient sont proposées dans le plan de formation. Les professionnels sont formés à la prévention de la maltraitance notamment pour les personnes fragiles. Il existe un dispositif de déclaration des événements indésirables dont le traitement est assuré par la cellule des événements indésirables. Les professionnels connaissent les conduites à tenir pour signaler et prendre en charge les situations de maltraitance. Les professionnels sont sensibilisés à la maltraitance ordinaire et les pratiques sont analysées pour permettre aux professionnels d'adopter des mesures correctives. Concernant l'accessibilité aux locaux des personnes vivant avec un handicap, l'établissement a réalisé d'importants travaux permettant de répondre à cette exigence (circulation, hospitalisation, signalétique). Une organisation est en place pour permettre au patient ou à son représentant légal d'accéder à son dossier dans les délais requis. Les représentants des usagers sont impliqués dans les instances de la vie de l'établissement : Conseil de Surveillance, Commission Des Usagers (CDU), Comité de pilotage qualité et sécurité des soins. Ils ont connaissance des plaintes et réclamations, des événements indésirables, des EIAS, des réponses aux questionnaires de satisfaction. L'établissement ne dispose pas d'un projet des usagers. Les orientations prioritaires de la politique qualité et gestion des risques sont fondées sur une analyse globalisée de données notamment, des déclarations des événements indésirables, des audits, des enquêtes de satisfaction, des Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) ... La CME, l'encadrement, les représentants des usagers et les professionnels sont associés à son élaboration et à son suivi. La coordination est assurée par un Comité de Pilotage Qualité et Sécurité des Soins. Un Plan d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) recense un ensemble de thématiques et d'actions à réaliser. Un travail va être engagé pour améliorer la priorisation des risques. La politique en matière de gestion des ressources humaines permet d'assurer la répartition des compétences et des tâches au regard de la qualité et de la sécurité des soins. Des fiches de poste sont disponibles, des maquettes organisationnelles ont été élaborées pour chacun des services. Les compétences sont évaluées en lien avec les secteurs d'activité. Les cadres de santé s'assurent au niveau de chaque service, de l'adéquation des missions et des compétences des professionnels. Pour les périodes de tensions sur les organisations hospitalières liées aux absences des professionnels (arrêts de travail, mobilité, départs), une organisation est en place avec le recours aux heures supplémentaires et à des missions d'intérim. La gouvernance soutient le travail en équipe. Des staffs, des réunions de services, d'encadrement sont en place. L'encadrement dans les services n'a pas reçu de formation en management sur les deux dernières années et il n'y a pas de méthode spécifique d'amélioration du travail en équipe généralisée à l'échelle de l'établissement. Les cadres bénéficient d'action de soutien avec l'intervention la Coordinatrice Générale des Soins formée au coaching. Le Centre Hospitalier de Gaillac n'a pas de projet social actualisé. En revanche, le projet d'établissement pour la période 2019-2023 associé aux lignes directrices de gestion (LDG) des ressources humaines, apporte des précisions sur les objectifs en matière de politique sociale de l'établissement et de qualité de vie au travail (QVT). Par ailleurs, le dernier procès-verbal de la CME de

décembre 2022, établit le programme d'action en ce domaine, jusqu'en 2023. La politique QVT bénéficie au niveau des professionnels du soutien d'une ergonome, d'un référent formateur en prévention des risques liés à l'activité physique (PRAP) et d'une psychologue. En cas de conflits interpersonnels, il existe une possibilité de conciliation en interne avec l'appui de la psychologue de l'établissement formé à la médiation. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée. Le CH de Gaillac répond à la prise en charge des patients en situation sanitaire exceptionnelle. La cellule de crise est opérationnelle. Concernant la maîtrise des risques numériques, les équipes connaissent la conduite à tenir en cas d'incident informatique notamment la procédure dégradée et l'existence d'un plan de reprise d'activité. Les changements des mots de passe sont assurés à périodicités régulières. Les équipes ont été sensibilisées à la sécurité de l'information. Une charte informatique est communiquée aux professionnels pour signature. Ces derniers peuvent bénéficier de l'appui de l'équipe informatique du Centre Hospitalier d'Albi. Un poste de technicien informatique est rattaché au Centre Hospitalier de Gaillac. En cas de dysfonctionnement ou de panne du DPI, un numéro d'appel permet aux équipes du CH de Gaillac de contacter le service informatique ou le cadre administratif d'astreinte pour les heures non ouvrables. Au niveau du GHT, une réflexion est engagée pour organiser une astreinte informatique territoriale. L'établissement dispose d'un plan de sécurisation de l'établissement (PSE). Une analyse des risques a été réalisée par l'établissement à partir d'un audit réalisé par la gendarmerie de Gaillac et des travaux de groupes professionnels. Un plan d'action sur la sécurisation générale de l'établissement est annexé au PSE. Le Centre Hospitalier déploie progressivement des mesures destinées à sécuriser ses accès avec la fermeture des différents bâtiments. Ces dispositifs sont adaptés aux enjeux de l'établissement et à ses ressources. Les situations à risque pour les patients (actes de malveillance, fugues, suicides) sont répertoriées. Le centre hospitalier contribue aux enjeux du développement durable. L'établissement a désigné un référent développement durable et un groupe opérationnel a été constitué. Les consommations (eau, gaz) sont suivies. Un "conseiller en transition énergétique et écologique en santé" pour le GHT « Cœur d'Occitanie » conduit une réflexion territoriale pour contribuer à la définition et à la mise en œuvre d'une politique de développement durable et de maîtrise des risques environnementaux. Un plan d'action en matière de développement durable est en place avec des actions définies par domaine et un échéancier de réalisation. La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée. Les « sacs à dos » font l'objet d'un contrôle dans les services de soins. Le recyclage des professionnels aux gestes et soins d'urgence est assuré. Le numéro d'appel pour les urgences vitales, de jour et de nuit, est connu par les équipes. La CME, en particulier, veille à l'identification et à la diffusion des recommandations de bonnes pratiques cliniques (transfusions de produits sanguins labiles) et organisationnelles les plus importantes en regard de l'activité de médecine, de SSR et de SLD. Des indicateurs des bonnes pratiques sont suivis. Le PAQSS prend en compte l'expérience patient. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) sont portés à la connaissance des instances et de la CDU. La synthèse des résultats IQSS est affichée dans les salles de soins des services. Les événements indésirables (EI) sont déclarés, évalués au niveau de la cellule des événements indésirables communiqués à l'échelle de l'établissement et suivis dans le cadre du PAQSS. La CDU est informée des EI déclarés par l'établissement.

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	810000349	CENTRE HOSPITALIER DE GAILLAC	Avenue rene cassin Bpn 70036 81601 Gaillac CEDEX FRANCE
Établissement géographique	810010538	USLD CENTRE HOSPITALIER DE GAILLAC	Avenue rene cassin 81601 GAILLAC FRANCE
Établissement principal	810000513	CENTRE HOSPITALIER DE GAILLAC	Avenue rene cassin Bpn 70036 81601 Gaillac 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	25
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	6
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	31
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	8
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	28
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	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Programmé	
2	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
3	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
4	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires si applicables
5	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
6	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport
	Audit	Entretien Professionnel		

7	systeme			
8	Audit systeme	Entretien Professionnel		
9	Audit systeme	Entretien Professionnel		
10	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
11	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable ou PO
12	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
13	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
14	Audit systeme	Représentants des usagers		
15	Audit systeme	Leadership		
16	Audit systeme	QVT & Travail en équipe		
17	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI
18	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires si applicables

19	Audit système	Dynamique d'amélioration		
20	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
21	Audit système	Maitrise des risques		
22	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique injectable ou PO
23	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable ou PO
24	Audit système	Coordination territoriale		
25	Audit système	Engagement patient		

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

