



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
D'ALBI**

22 boulevard sibille
81013 Albi



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	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 D'ALBI	
Adresse	22 boulevard sibille 81013 Albi Cedex 09 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	810000331	CENTRE HOSPITALIER D'ALBI	22 boulevard sibille 81013 Albi Cedex 09 FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

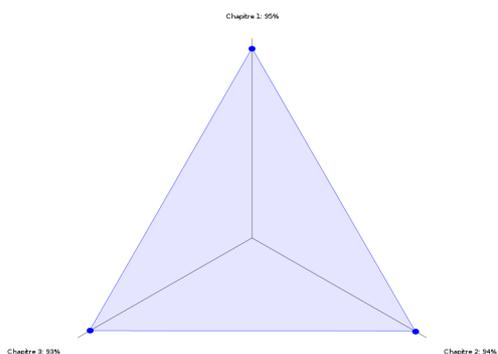
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation à domicile
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
Tout l'établissement
Urgences

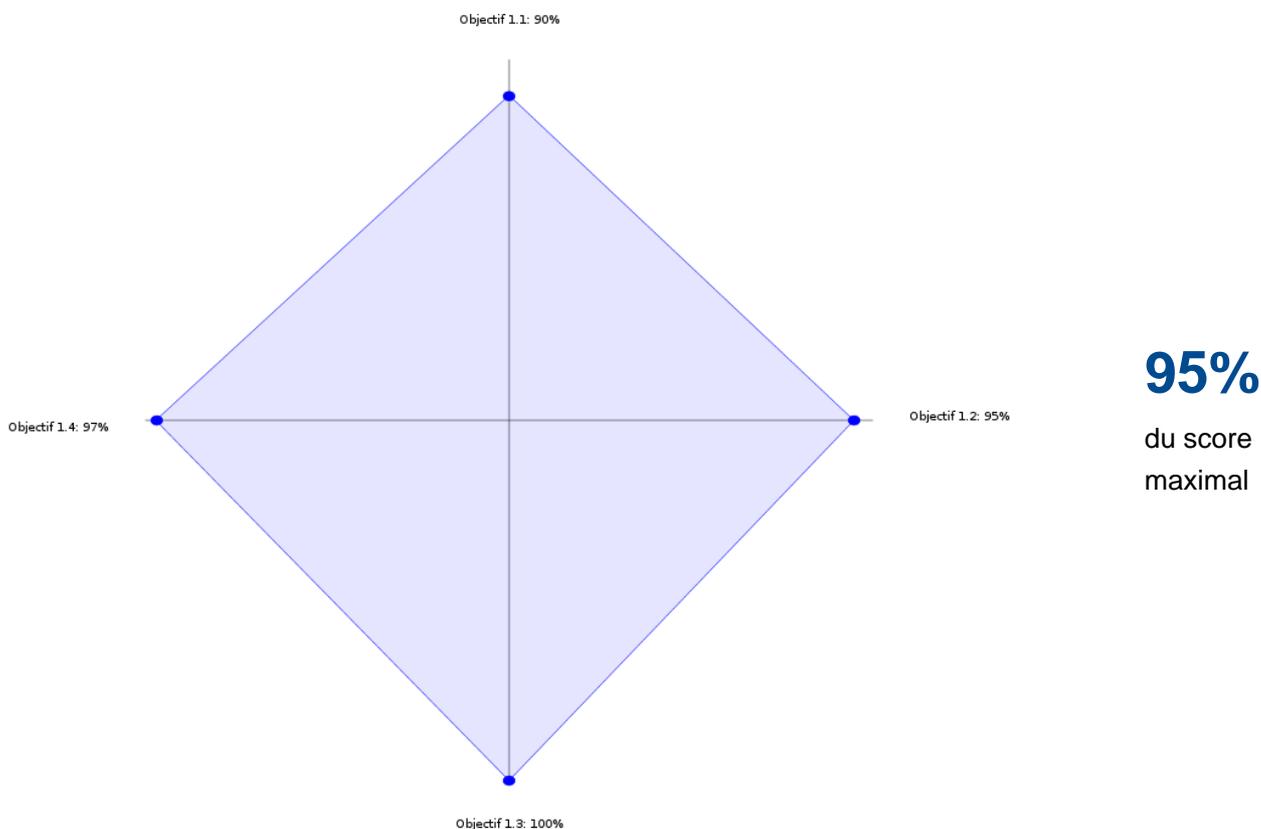
Au regard du profil de l'établissement, **123** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

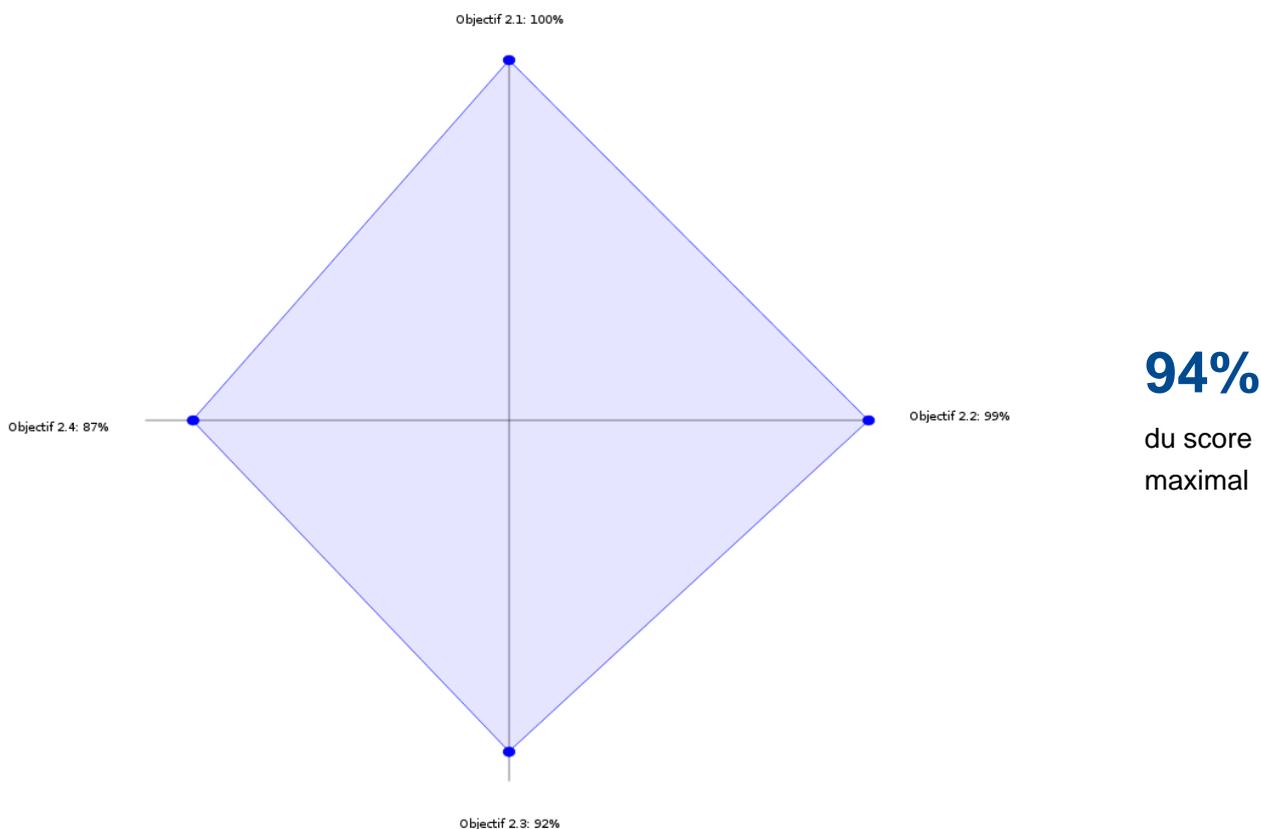


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	90%
1.2	Le patient est respecté.	95%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	97%

Les patients du Centre Hospitalier d'Albi reçoivent une information claire et adaptée à leur degré de discernement sur leur état de santé. A l'exception de la Charte Romain Jacob, les experts visiteurs constatent que les prises en charges spécifiques font l'objet d'un affichage dans les services (Charte de la personne âgée, Charte de l'enfant). Dans tous les services de court séjour, 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 : en maternité, présence du conjoint « à la demande » ; en néonatalogie, les locaux sont adaptés pour faciliter les échanges avec les familles tout en assurant la sécurité

de la prise en charge de l'enfant (sas d'entrée et interphone). La présence des proches est facilitée en dehors des heures de visite lorsque la situation le nécessite. En maternité, les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse. En ambulatoire, le patient bénéficie d'une information sur les modalités pré, péri et postopératoires de sa prise en charge. L'information des patients sur leurs droits à désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix est assurée dans l'ensemble des services. Concernant les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent accompagner les patients, les experts visiteurs constatent que l'information des patients est inégale d'un service à l'autre. Il en va de même pour l'expression de la satisfaction des patients et le droit à rédiger les directives anticipées. Le Centre Hospitalier précise qu'il travaille à renforcer cette information en développant certaines actions spécifiques (affichage dans les services, flyer sur les plateaux repas, badges pour les représentants des usagers) ou en projetant de créer un local pour les représentants des usagers. L'intimité, la dignité des patients sont respectées par les professionnels. Toutefois, au niveau des locaux des urgences, de la chirurgie orthopédique, ou dans certains services (absence de douche ou accessibilité malaisée pour les personnes à mobilité réduite), les experts visiteurs ont constaté qu'il était difficile d'assurer pleinement le respect de l'intimité. Il convient de souligner l'importance des travaux en cours sur le site de l'hôpital. La Direction expose ces travaux et ajoute que le déménagement prochain du service d'orthopédie et les nouveaux locaux des urgences programmés pour 2023 vont permettre de répondre à cette exigence. Les patients mineurs bénéficient d'un environnement adapté à leur prise en charge et les professionnels, formés, veillent à leur bien-être. La contention mécanique fait l'objet d'une information auprès du patient et son recours relève d'une décision médicale. En réanimation, la traçabilité de la contention ainsi que sa réévaluation doivent être renforcées. Le patient bénéficie de soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci est réévaluée régulièrement à l'appui de différentes grilles. Les conditions de vie habituelles sont prises en compte pour préparer en particulier la sortie des patients. Un accompagnement social est proposé dès que nécessaire avec l'appui de l'assistante du service social. Les équipes veillent à prendre en compte dans les projets de soins le handicap des patients. En soins de longue durée, ils bénéficient d'un panel d'activités leur permettant de maintenir à la fois leur autonomie et le lien social.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



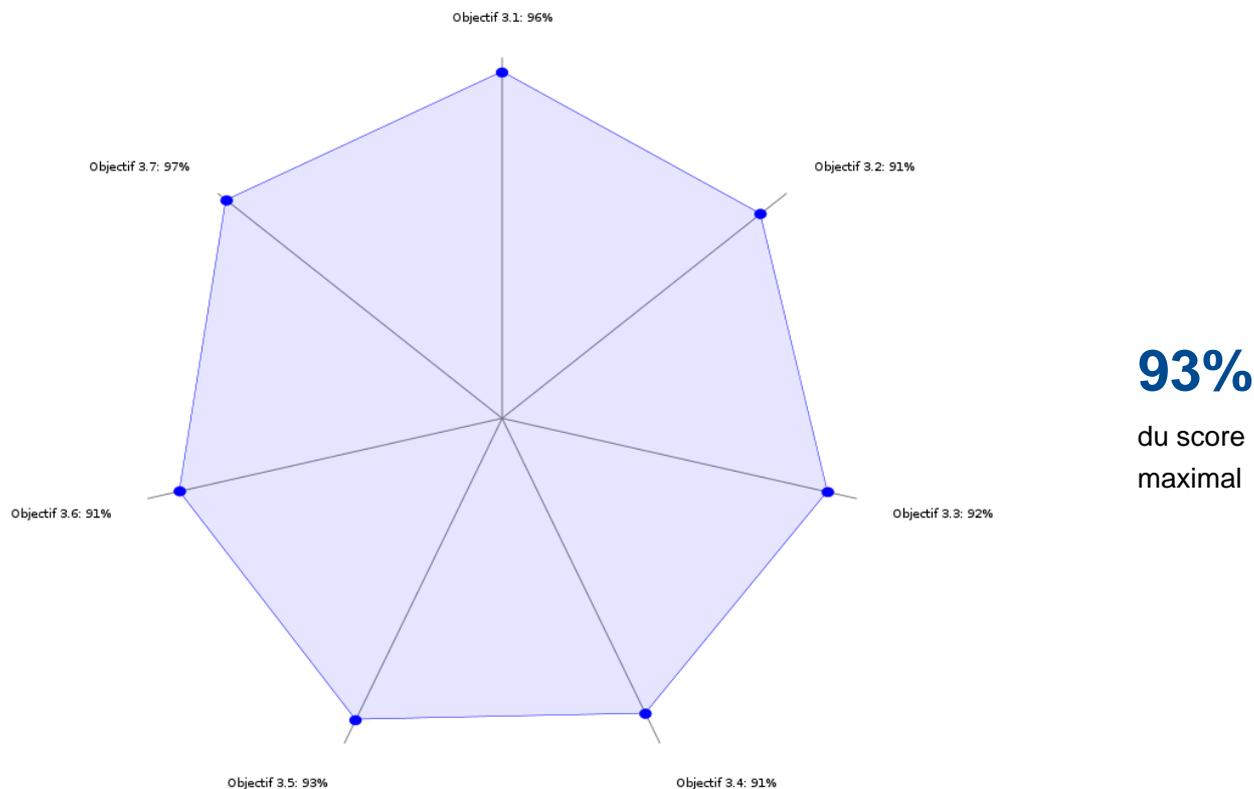
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	99%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	92%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	87%

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 (pédiatrie, chirurgie, oncologie, soins palliatifs ...) et en HAD. En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD est rapidement mise en place lorsque les conditions le permettent. La pertinence des prescriptions d'antibiotique (2 médecins référents) et de la transfusion des produits sanguins (PSL) est argumentée et réévaluée avec une analyse bénéfice/risque. 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. L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à la prise en charge (personne âgée, syndrome coronarien, pédiatrie, personnes handicapées). 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. Les futurs locaux des urgences dont les travaux sont en cours vont permettre à une équipe d'IDE en psychiatrie d'être présente 24/24h. Le suivi des patients est réalisé actuellement par l'équipe mobile de psychiatrie de la Fondation Bon Sauveur d'Alby. Le dossier du patient est complet et accessible par les professionnels. La plupart des services sont dotés d'un dossier patient informatisé (DPI) à l'exception de la maternité. Le dossier de transfusion et le dossier anesthésie sont en format papier. 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. Le CH d'Albi a initié une démarche de conciliation des traitements médicamenteux. Celle-ci doit faire l'objet d'une formalisation. Les équipes de soins peuvent faire appel en interne à un réseau de correspondants (douleur, hygiène, addictologie, tabacologie, soins palliatifs ...). 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. Son informatisation est programmée. Une évaluation est réalisée régulièrement avec une mise à jour de l'indicateur et la diffusion des résultats en conseil de bloc. En HAD, la capacité d'intervention à domicile 24h sur 24 et 7 jours sur 7 est assurée. Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant. Elle fait l'objet d'un suivi. Des modalités d'identification des patients sont en place : bracelets dans les services. Pour les vigilances sanitaires, les responsables sont identifiés, les modalités de transmissions sont définies. La liste des responsables est accessible aux professionnels par la gestion documentaire informatisée (GED). Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration et de dispensation des médicaments. En revanche, pour les médicaments à risque, l'expert-visiteur constate que la gestion spécifique à toutes les étapes du circuit du médicament est incomplète : Au niveau de la prescription : médicament à risque, non paramétré dans la prescription informatisée - absence de pop-up. (L'analyse pharmaceutique permet cependant de transmettre des messages d'alerte au prescripteur), Au niveau de la délivrance - identification - stockage des médicaments à risque dans les services : la liste institutionnelle des médicaments à risque disponible dans les services (peu visible sur le côté des armoires) ne correspond pas à celle de la PUI. Le service est sensé surligner au marqueur fluorescent ses propres médicaments à haut risque en fonction de sa dotation. Les médicaments surlignés ne sont pas étiquetés « médicaments à risque » dans l'armoire à pharmacie. Il existe une discordance entre les médicaments à risque de la PUI et les médicaments à risque des armoires des services. Pour la dispensation des médicaments hors dotation : pas d'étiquetage des médicaments à risque au départ de la pharmacie. Les médicaments hors dotation sont rangés dans des bacs identifiés par un numéro de chambre. Au niveau de la préparation – administration : La notion de médicaments à haut risque (MHR) ne déclenche pas l'explication des précautions spécifiques en termes de préparation (« do not disturb », double vérification). Pas d'étiquetage des préparations avec l'identification du patient dans un service évalué. Ces anomalies peuvent engendrer un risque de non-repérage d'un médicament à haut risque non identifié comme tel, un risque d'erreur de préparation et enfin, un risque d'erreur d'administration. L'établissement est conscient des problématiques sur la gestion de la prise en charge des médicaments à risque aux différentes étapes et a su réagir très efficacement pour chacun des points évoqués. Il a présenté lors du bilan d'étape un programme d'actions d'amélioration grâce à la collaboration de la pharmacie, Direction des soins, DIM, Direction générale, à savoir : - Paramétrage de la prescription informatisée et de l'administration du médicament : le nom du médicament à risque apparaît en rouge dans la prescription et la traçabilité de l'administration, - Uniformisation de la liste des médicaments à risque entre PUI et services : la liste est unique (abandon du système de surlignage des médicaments spécifiques aux services), étiquetage identique à la PUI et dans les armoires à pharmacie. Pour ce dernier cela sera fait dans les services par les professionnels du service (constaté au SAU le lendemain). Secondairement une réflexion collaborative pharmacie et services sera menée pour réduire autant que possible la liste aux médicaments les plus utilisés dans le service et/ou en fonction de la population des patients à risque. - Mise en place effective de sachets étiquetés médicaments à risque pour les médicaments délivrés hors dotation et étiquetage des casiers de rangements avec l'identité du patient et non le numéro de chambre, -

Réflexion sur le « ne pas déranger » : mise en place d'un groupe de travail piloté par la direction des soins pour déterminer la meilleure organisation possible pour sécuriser la préparation des médicaments à risque en limitant le nombre d'interruptions de tâches. Enfin, sensibilisation aux protocoles existants concernant les consignes relatives aux « never events » pour les préconisations de double vérification, rappel de la nécessité de l'étiquetage de la préparation avec l'identité du patient, réactualisation des protocoles progressive (prescripteur et IDE). L'ensemble de ces actions a été intégré au PAQSS. 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 globalement les précautions standard et complémentaires d'hygiène et les pratiques sont évaluées à l'appui d'audits. Toutefois, en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), l'expert-visiteur constate le port de bijoux. L'équipe opérationnelle d'hygiène effectuera un rappel aux professionnels des bonnes pratiques d'hygiène des mains. Les services 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 et prescrite sur le dossier du patient par l'anesthésiste à la consultation d'anesthésie ou préopératoire. Le Centre Hospitalier assure la promotion des vaccinations recommandées et les professionnels sont sensibilisés à l'importance des vaccinations (grippe ...). En médecine, en oncologie, l'expert visiteur constate que les comptes rendus ne mentionnent pas systématiquement les doses administrées aux patients. La Direction précise qu'elle va renforcer l'information des équipes sur cette traçabilité. 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 infirmières établissent « la mise à la rue » sur la base du score « Post-Anesthetic Discharge Scoring System » (PADSS). Elles sont formées à l'utilisation du score. Des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins (EIAS) sont réalisées à l'appui de RMM, de CREX. Des comptes rendus sont disponibles dans le GED. Toutefois, le travail engagé par la Direction Qualité, de la Gestion des Risques, des Relations avec les Usagers en relation avec la Coordinatrice Générale des Soins et l'encadrement, doit être renforcé dans certains services pour l'appropriation par les professionnels de la culture qualité et sécurité des soins. En soins critiques (réanimation), l'expert-visiteur constate l'absence d'un registre précisant le taux de réhospitalisation à 48/72h des patients et les refus d'admission. Le médecin chef de service a précisé qu'un support serait travaillé en équipe pour retracer ces indicateurs. Dans les blocs opératoires et secteurs interventionnels, le suivi de la mise en œuvre des check-lists permet aux professionnels 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. Il n'y a pas eu de prélèvement d'organes en 2022.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	96%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	91%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	92%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	91%
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	91%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	97%

Le Centre Hospitalier d'Albi est l'établissement public de santé de recours sur le Tarn Nord. Une direction commune est organisée depuis 2014 avec le CH de Gaillac et depuis 2018 avec le CH de Graulhet. Le Centre Hospitalier d'Albi est membre du GHT « Cœur d'Occitanie » composé de sept établissements. La gouvernance est assurée en alternance par le Centre Hospitalier d'Albi et le CHIC de Castres-Mazamet. En matière de santé

mentale, la prise en charge est assurée en relation avec l'établissement de santé mentale la Fondation Bon Sauveur d'Alby. Le Centre Hospitalier d'Albi participe à la mise en œuvre du projet de santé mentale (PTSM) du Tarn. L'établissement est organisé en sept pôles d'activité. Les orientations stratégiques du Projet d'Etablissement 2019-2023 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, chirurgie, neuro-vasculaire, oncologie, réanimation, pneumologie, gériatrie, addictologie. Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) est actualisé. L'établissement est associé au développement de trois 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 Centre Hospitalier travaille avec le Centre Mutualiste de Rééducation Fonctionnelle d'Albi et les établissements de santé partenaires du territoire (La Clauze, Polyclinique Ste Barbe à Carmaux, SSR à Graulhet). Concernant l'imagerie, des partenariats avec le secteur privé d'Albi sont en place pour l'utilisation en commun d'équipements médicaux lourds (GIE CIMA IRM). Au niveau des activités ambulatoires, des liens étroits sont tissés avec la médecine de ville. Une maison médicale de garde (MMG) est implantée sur le site hospitalier, 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 avec une plateforme de coordination des parcours, une équipe mobile de gériatrie qui se déplace notamment dans les EHPAD, des astreintes IDE de nuit dans ces mêmes structures, un court séjour gériatrique. L'établissement soutient les démarches de recherche clinique. Un partenariat avec le CHU de Toulouse est en place. Les médecins du Centre Hospitalier participent à des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) avec la contribution d'un attaché de recherche clinique (ARC). 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 chirurgie ambulatoire, avec les établissements partenaires du GHT, sur « l'évaluation de la dépendance évitable » avec des questionnaires spécifiques (PREMS et PROMS). Le Centre Hospitalier prône la bientraitance dans les valeurs affichées dans son projet d'établissement et les locaux de l'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 sur le site intranet de l'établissement des événements indésirables avec une analyse réalisée par une Cellule Événement Indésirable (CEI). Pour la maltraitance ordinaire, les professionnels sont sensibilisés à la thématique principalement par l'encadrement. Le travail engagé par Coordination Générale des Soins et la Direction Qualité et Gestion des risques sur cette question va se poursuivre. Concernant l'accessibilité aux locaux aux personnes vivant avec un handicap, les travaux en cours devraient permettre à terme au Centre Hospitalier de répondre à cette exigence. Les plaintes et réclamations des patients sont communiquées en CDU. L'accès des patients à leur dossier est organisé et un travail d'analyse sur les délais de communication est réalisé. Les représentants des usagers participent au Conseil de Surveillance, à la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) et sont sollicités pour donner un avis sur les projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients : site internet, droits des patients, livret d'accueil des usagers. Des médiateurs sont désignés. 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 qui recense un ensemble d'objectifs à atteindre

avec des pilotes ou responsables désignés par objectif. La détermination des objectifs partagés d'amélioration continue de la qualité s'appuie sur une collecte d'informations (RMM, CREX, audits, questionnaires de satisfaction). Cependant, lors des entretiens avec les professionnels en SLD, avec les équipes de nuit, les experts-visiteurs constatent que ces derniers (infirmier, aides-soignants, ASH) ne connaissent pas les actions concrètes du plan d'amélioration de la qualité en lien avec leurs activités. Ils précisent ne pas connaître les retours de questionnaire de satisfaction et ne pas avoir de retour des fiches de déclaration d'évènements indésirables qu'ils remplissent. En cas d'intrusion, la conduite à tenir diffère selon les professionnels rencontrés. Les EV ne retrouvent pas dans la GED une conduite à tenir pour les professionnels. La Direction souligne que l'établissement a été fortement mobilisé par la crise COVID avec des équipes renouvelées qui tendent à expliquer les difficultés d'appropriation sur le terrain des actions concrètes du programme qualité. La Direction Qualité, de la Gestion des Risques, et des Relations avec les Usagers, la Coordinatrice Générale des Soins, vont poursuivre le travail déjà engagé d'appropriation des actions concrètes du programme qualité par les équipes ainsi que le travail d'évaluation de la sécurité des soins. La Direction, la CME, la CSIRMT sont impliquées dans la politique qualité de l'établissement et son déploiement. 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'absence des professionnels (arrêts de travail, mobilité, départs), il existe une possibilité de mobiliser des heures supplémentaires, de recourir à un pool de remplacement voire de mobiliser l'intérim. 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, la Coordinatrice Générale des Soins, 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, d'encadrement. Il n'y a pas à proprement parler de démarche spécifique d'amélioration du travail en équipe (PACTE...) mais le travail en mode projet est développé. En lien avec les services, la Direction des Ressources Humaines, la Coordinatrice Générale des Soins, évaluent les compétences et mettent en œuvre les actions de formation nécessaires au développement professionnel continu. Un axe du projet d'établissement précise les objectifs en matière de politique sociale de l'établissement et de qualité de vie au travail (QVT). Concernant la démarche QVT, celle-ci ne s'est pas construite à partir d'un questionnaire de satisfaction des personnels. La réflexion s'est nourrie à partir des réflexions formalisées dans les instances et à l'appui des lignes directrices de gestion des ressources humaines. Elle tient compte des analyses portées sur l'absentéisme, le turn-over. 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 la psychologue du travail. L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté. Le plan blanc est opérationnel. Le Centre Hospitalier d'Albi 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. 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. Un plan de reprise d'activité a été élaboré. Au niveau du Centre Hospitalier, 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. Des rondes de nuit sont réalisées par un agent de sécurité. Les

accès aux différents secteurs sont sécurisés. Les situations à risque pour les patients (actes de malveillance, patients à risque : fugues, suicides...) sont répertoriées. Dans certains services, les professionnels ne maîtrisent pas pleinement les conduites à tenir en cas de situations critiques. L'établissement a rapidement pris la mesure de cette situation avec la diffusion d'un flyer sur la conduite à tenir avec un numéro unique d'appel. Le Centre Hospitalier d'Albi contribue aux enjeux du développement durable. L'établissement a défini une politique en la matière avec la désignation d'un référent développement durable. Un plan d'actions 2022-2025 a été arrêté et un ensemble de mesures sont engagées (tri et valorisation des déchets en dehors des déchets alimentaires). Les consommations (énergie et eau) sont connues. 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. La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée. Le numéro d'appel pour les urgences vitales est connu dans les services de soins. La gouvernance mobilise les équipes pour l'identification et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques cliniques. Des formations dans certains services (oncologie, médecine) sont développées pour diffuser les bonnes pratiques. 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. La Direction précise qu'elle compte renforcer l'implication des professionnels sur les actions à mettre en œuvre à la suite de l'analyse et de l'exploitation de ces indicateurs. Les événements indésirables graves (EIG) sont 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 représentants des usagers. Un « bed manager » est désigné dans l'établissement. Il contribue à suivre le besoin journalier en lits d'aval dans les périodes de tension et participe à l'analyse des situations des lits occupés par des patients admis en urgence en lien avec le service des urgences et les services de soins concernés. L'accréditation des médecins est promue dans l'établissement (orthopédistes) et une réflexion est engagée au niveau institutionnel sur l'accréditation des équipes.

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	810000331	CENTRE HOSPITALIER D'ALBI	22 boulevard sibille 81013 Albi Cedex 09 FRANCE
Établissement principal	810000505	CENTRE HOSPITALIER D'ALBI	22 boulevard sibille 81013 Albi Cedex 09 FRANCE
Établissement géographique	810004028	CH ALBI-CENTRE DE PLANING FAMILIAL	Avenue boussac 81013 Albi Cedex 09 FRANCE
Établissement géographique	810100297	CENTRE HOSPITALIER D'ALBI-SLD	22 boulevard sibille 81013 Albi Cedex 09 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	5,148
Nombre de passages aux urgences générales	34,493
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	76,932
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	162
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	50
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	24
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	8
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	8
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	1
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	4,068
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	10
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	2
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	16
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	8
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	74
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	6
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)	9
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	30

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	Engagement patient		
2	Patient traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Patient en situation de handicap Adulte Médecine Programmé	
3	Patient traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Programmé	
4	Patient traceur		Tout l'établissement Maternité Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
5	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Adulte Hospitalisation complète	
	Parcours traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent	

6			Maternité Patient en situation de handicap Urgences Adulte Hospitalisation complète	
7	Audit système	Entretien Professionnel		
8	Audit système	Entretien Professionnel		
9	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SAMU / SMUR
10	Audit système	Entretien Professionnel		
11	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif
12	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
13	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences générales
14	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		Gestion des EIG
15	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		Gestion des EIG
16	Traceur ciblé	Prélèvement et greffe d'organes et de tissus		Prélèvement et greffe d'organes et de tissus
17	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète	

			Programmé	
18	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
19	Audit système	Entretien Professionnel		
20	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
21	Audit système	Entretien Professionnel		
22	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Chimiothérapie
23	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Hospitalisation à domicile Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
24	Audit système	Dynamique d'amélioration		
25	Audit système	Maitrise des risques		
26	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport intra-hospitalier des patients
	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé	

27			Patient en situation de handicap Hospitalisation complète Programmé	
28	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie
29	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per opératoire
30	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
31	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Urgences Médecine Hospitalisation complète	
32	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Adulte Programmé	
	Audit	Entretien Professionnel		

33	systeme			
34	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap SAMU-SMUR Soins critiques Adulte Médecine Hospitalisation complète	
35	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
36	Patient traceur		Tout l'établissement Maladie chronique Soins critiques Urgences Adulte Hospitalisation complète	
37	Audit système	Représentants des usagers		
38	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		PECMED HAD
39	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
	Patient		Tout l'établissement	

40	traceur		Ambulatoire Patient atteint d'un cancer Adulte Médecine Programmé	
41	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable ou PO
42	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
43	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Endoscopie
44	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
45	Patient traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
46	Parcours traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Patient âgé Patient en situation de handicap SAMU-SMUR Soins critiques	

			Adulte Médecine Hospitalisation complète	
47	Audit système	Leadership		
48	Audit système	QVT & Travail en équipe		
49	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique injectable ou PO
50	Parcours traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Urgences Médecine Hospitalisation complète	
51	Patient traceur		Tout l'établissement Maladie chronique Urgences Adulte Médecine Hospitalisation complète	
52	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif
53	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable ou PO
54	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient âgé SAMU-SMUR Soins critiques Adulte Pas de situation particulière	

			Hospitalisation complète	
55	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Pas de situation particulière Programmé	
56	Patient traceur		Tout l'établissement Maladie chronique Urgences Adulte Médecine Hospitalisation complète	
57	Audit système	Coordination territoriale		
58	Patient traceur			
59	Parcours traceur			

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

