



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

CENTRE HOSPITALIER DE LAVAU

1 place vialas

Bp 85

81500 Lavaur



Validé par la HAS en Septembre 2024

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 – Septembre 2024

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	12
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	17
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	18
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	20
Annexe 3. Programme de visite	24

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 médicaux et de réadaptation (SMR), 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 sous conditions de l'établissement.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DE LAVAUR	
Adresse	1 place vialas Bp 85 81500 Lavour 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	810000455	CENTRE HOSPITALIER DE LAVAUR	1 place vialas 81500 Lavour FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

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

Champs d'applicabilité

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

Au regard du profil de l'établissement, [127](#) critères lui sont applicables

Chapitre 1 : Le patient

Le livret d'accueil remis aux patients contient des informations sur le fonctionnement de l'établissement et sur ses droits (accès au dossier, personne de confiance, espace de santé numérique...). Les patients sont informés par les équipes sur leur état de santé, leur diagnostic. Ils sont associés ainsi que leurs proches à leur projet de soins. L'information est donnée au patient en préparation de sa venue en hôpital de jour SMR par une consultation de préadmission. Les patients rencontrés se sentent impliqués dans la prise en charge, ils reçoivent des informations qui leur permettent de gérer leur convalescence. Les parents peuvent élaborer un projet de naissance. Des informations sont également diffusées par la paire-aidante. L'affichage dans les unités concerne la charte du patient hospitalisé, la charte Romain Jacob, la charte de l'usager en santé mentale. Les contacts des représentants des usagers sont également affichés. Le patient est informé sur la possibilité de désigner une personne de confiance, la désignation est tracée dans les dossiers. Il est informé sur les modalités de sa sortie avec toutes les informations nécessaires à la poursuite des soins. L'expression de la volonté du patient en fin de vie est facilitée : il existe une organisation interne et des ressources externes pour l'organisation des soins palliatifs. Peu de messages de santé publique et de prévention primaire adaptés aux différents publics sont affichés et diffusés auprès des patients. Un travail d'explicitation des directives anticipées n'a pas été réalisé auprès des patients. Celles-ci ne sont pas tracées dans les dossiers. Il n'y a pas de communication sur le don d'organes. Peu de patients rencontrés connaissent leur rôle des représentants des usagers et les modalités pour les contacter, malgré les actions engagées par l'établissement et les représentants des usagers eux-mêmes. En ambulatoire, les patients ne disposent de documents de type passeport leur indiquant les événements indésirables pouvant survenir. Les patients ne sont pas informés de la possibilité de déclarer un EIAS et celle de s'opposer à l'alimentation de leur DMP. Les conditions d'accueil dans certaines unités sont impactées par l'état vétuste de certains bâtiments. Les unités de psychiatrie et notamment Le Pech et La Gravette sont très dégradées. L'unité Pech compte 7 chambres doubles dont l'architecture ne permet pas de mettre en place un paravent ou rideau de séparation, 3 d'entre elles n'ont pas de sanitaire. Les locaux du service de médecine ont été réhabilités : 19 chambres avec cabinet de toilette individuel, 5 chambres avec douche individuelle et 2 douches communes. En cas de prise en charge de mineurs aux urgences, les professionnels sont formés à la prise en charge pédiatrique et les équipements et matériels sont adaptés. Une chambre près du poste de soin en UHCD est identifiée pour l'accueil des mineurs. En cas de prise en charge de mineurs (15 ans et 3 mois) en UCA, le jeune est en chambre seule et peut-être accompagné y compris au bloc (par le parent ou accompagnant-soignant). Les patients mineurs (11ans/18 ans) en psychiatrie sont hospitalisés dans l'unité Horizon. Toutefois, lors des périodes de fermeture (un week end par mois et la moitié des vacances scolaires) ils sont hébergés dans des unités adultes dont la configuration ne permet pas de préserver leur sécurité. Le maintien de l'autonomie est préservée pour les personnes âgées et handicapées. Un groupe Prévention Dépendance Evitable avec un temps dédié de médecins et para médicaux permet de prévenir le risque de dépendance. Ce groupe peut solliciter des avis d'experts et propose des formations dans autres services. Les presque accidents relatifs à l'iatrogénie des personnes âgées : chutes, escarres sont déclarés. L'utilisation de la médiation animale permet d'optimiser la réadaptation. En psychiatrie, le recours à la contention est très exceptionnellement mise en œuvre (la dernière contention en juillet 2023). L'établissement a pour objectif 0 contention. L'évaluation de la douleur est réalisée avec des échelles adaptées pour les personnes âgées en particulier. Toutefois les prescriptions anticipées en si besoin pour les traitements de la douleur ne sont pas assorties d'un niveau de douleur en secteurs MO, SMR et psychiatrie. La précarité sociale est prise en compte avec la possibilité d'accès à une assistante sociale présente au staff (Méd, ULSD, SMR) et un psychologue. La prise en compte des conditions de vie environnementales et sociales du patient

pour préparer sa sortie est effective ; des visites à domicile sont possibles et réalisées par les ergothérapeutes. le lien social et familial est préservé par l'organisation des visites , la mise à disposition d'une tablette connectée en USLD et par de nombreuses activités (nombreux intervenants, animatrices, cuisine thérapeutique,..).

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Les décisions de prises en charge font l'objet de concertation pluriprofessionnelle cependant elles s'appuient peu sur des recommandations de bonne pratique. En maternité, l'équipe s'appuie sur ses protocoles et des recommandations de bonnes pratiques disponibles et s'appuie également sur le GHT et le réseau périnatalité. Il est mis en place une IDE de régulation des flux en médecine en aval de l'urgence et en préparation à la sortie ; une IDE de coordination pour la gestion des admissions en SMR avec utilisation de Via trajectoire et d'une IDE de parcours USLD. La pertinence de l'admission est ré-évaluée de manière pluri professionnelle en SMR. Toutefois la lisibilité du Projet de soins dans le DPI avec les objectifs de réadaptation en SMR HC et l'élaboration des PVPS en USLD ne sont pas exhaustifs. La formalisation des objectifs thérapeutiques rédigés à l'admission et la réévaluation en cours de séjour ne sont pas retrouvés. En psychiatrie, toutes les unités de soins sont ouvertes et ce même pour les patients en soin sous contrainte. Les restrictions de liberté autre que l'isolement sont prescrites et réévaluées en fonction de l'état clinique. Un travail est fait sur les alternatives à la mesure d'isolement. Le débriefing au sortir de l'isolement est réalisé. L'équipe urgence, SMUR, UHCD est mutualisée sur les différents postes avec un accompagnement des compétences. Les IOA sont formées et utilisent une échelle de cotation de la gravité implémentée dans le dossier patient (échelle French). L'équipe dispose du capacitaire de lits en temps réel et un dispositif d'alerte et de montée en puissance jusqu'au dispositif en tension est en place dans l'établissement. L'équipe est sensibilisée à la prise en charge des personnes vulnérables et/ou porteuse de handicap. Des professionnels ressources sont identifiés en cas de besoin. 2 professionnels sont formés spécifiquement à la prise en charge des victimes de violence. Au SAU - SMUR, des temps de transmissions pluridisciplinaires quotidiens sont réalisés. Toutes les prises en charge sont seniorisées. Des revues de dossier trimestrielles se font à travers des RMM ou études de cas cliniques, l'ajustement des organisations et des pratiques est également discuté à cette occasion. Les informations du dossier de régulation (SAMU Albi) sont partagés avec l'équipe SMUR en temps réel. Les informations nécessaires à la prise en charge sont disponibles. L'équipe SMUR dispose d'une tablette permettant d'implémenter en temps réel le dossier patient, y compris les paramètres. La fiche d'intervention est donc visible par la régulation, par l'effecteur et par le service destinataire. A l'arrivée aux urgences la fiche d'intervention est scannée dans le dossier patient. La cohabitation du dossier patient et du dossier informatique, ne permet pas aux professionnels un accès simultané aux données patients en maternité, au bloc opératoire et en psychiatrie. Il n'y a pas d'informatisation du dossier en UCA. L'accompagnement dans la prise en main de nouveaux logiciels est insuffisant dans certaines unités. Le CH de Lavaur met en place des actions pour améliorer son taux d'alimentation du dossier médical de Mon espace santé (DMP). Les éléments qui alimentent le DMP sont validés en CME. Ils couvrent : les comptes rendus d'hospitalisation, les comptes rendus de consultations, les comptes rendus opératoires, les comptes rendu d'imagerie, les résultats de laboratoire, les ordonnances de sortie. Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins. En psychiatrie, des synthèses sont faites entre les équipes de pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte en vue du passage en milieu adulte. Il est possible au jeune de participer à des ateliers communs pour se familiariser avec la secteur adulte. Des réunions cliniques régulières dans les CMP sont abordés avec des référents ados. Toutefois, lors d'une admission d'un mineur dans un secteur adulte par faute de place ou période de fermeture, le projet de soins n'est pas élaboré par l'équipe de pédopsychiatrie. La lettre de liaison est remise aux patients en médecine, chirurgie ambulatoire et SMR. En psychiatrie, la lettre de liaison n'est pas systématiquement remise le jour de la sortie, en particulier pour les patients suivis par le CMP. Par contre cela est fait pour les patients hors secteur de Toulouse. Le bilan thérapeutique n'est pas systématiquement présent. En janvier 2024, le taux de remise de la lettre de liaison est de 55% sur l'ensemble du CH. Le bloc opératoire est

composé de 3 salles (2 salles iso 7 et 1salle iso 5). Une salle est dédiée pour les césariennes code rouge. 2 salles fonctionnent en même temps de 08H à 17H avec un médecin anesthésiste pour 2 salles et 1 IADE par salle. La check-list est utilisée conformément aux bonnes pratiques. Au bloc opératoire, le dossier papier est utilisé sauf pour la lettre de liaison qui est informatisée. La prise en charge somatique est effectuée par un médecin généraliste : une fois par semaine sur l'Unité de Psychiatrie de Castres et trois jours par semaine pour les unités adultes de psychiatrie du site Pinel à Lavaur. Il n'y a pas de médecin généraliste spécifiquement dédié à l'unité Horizon pour les adolescents, une prise en charge par un pédiatre de l'établissement est organisée au besoin et en l'absence de bilan réalisé par les urgences. Le carnet de santé n'est pas demandé aux parents en psychiatrie infanto juvénile lors de l'admission. A l' USMP, l' absence de dentiste ou de télémédecine rend nécessaire l'extraction pour tout avis traitement spécialisé. Le développement de l'accès à la télésanté permettrait en particulier un accès aux consultations dermatologiques. L' effectif somaticien ne permet pas d'assurer le bilan somatique dans les 24h suivant leur admission pour tous les patients. Toutefois, pour bon nombre de patients le bilan somatique est effectué aux urgences. Le suivi somatique est organisé avec les correspondants externes en cas de besoin. En psychiatrie, le risque suicidaire est évalué via un outil partagé par les équipes. Les délais d'entrée en soins ne sont pas évalués dans toutes les structures ambulatoires. L' identification fiable et unique est mise en œuvre dans l'établissement, les équipes savent contacter les référents identitovigilance. Le bracelet d'identification est porté par les patients en MCO/USLD/ SMR .En psychiatrie, le bracelet est uniquement mis si le patient est confus ou pour pratiquer des examens à l'extérieur. La dispensation des médicaments est sécurisée et adaptée aux besoins des services au regard des prescriptions. La prescription vient d'être initiée en DCI. La dispensation nominative est effective pour l'USLD , pour les autres services il s'agit de dotation globale avec un système plein vide avec douchette. Le projet de service est formalisé et le circuit du médicament fait l'objet d'une vigilance permanente. Le transport est sécurisé jusqu'au service de soins. Le stockage est sécurisé dans le service. Le logiciel de prescription permet l'analyse pharmaceutique et la conciliation médicamenteuse est mise en œuvre pour les situations les plus à risque. L'analyse pharmaceutique n'intègre pas les informations du Dossier Pharmaceutique du patient. Le médicament est systématiquement identifiable jusqu'à son administration. La liste des médicaments à risque est commune à tous les services. ont été sensibilisés à leur utilisation mais il n'existe pas de formation dédiée. L'établissement suite aux remarques des EV a établi un plan d'actions pour personnaliser la liste des médicaments à risque par unité et former les professionnels sur le terrain. Les équipes connaissent les indications de l'hygiène des mains, cependant le lavage des mains au savon reste préféré aux solutions hydroalcooliques. Il est constaté que celles-ci n'étaient pas systématiquement disponibles aux endroits identifiés. Des audits sont menés dans certaines unités (3 audits « Hygiène des mains et tenue vestimentaire » en 2023 : Urgences – SSR1 – USLD)sur le lavage des mains, mais les plans d'action restent à déployer et l'appropriation par les professionnels à renforcer. Au bloc opératoire, il n'est pas mené d'audits spécifiques sur les pratiques d'antibioprophylaxie, de prévention des infections liés aux dispositifs invasifs et des précautions standards et complémentaires. La formation à la désinfection, aux bonnes pratiques de prévention des infections liés aux dispositifs invasifs s'effectue par compagnonnage. Les modalités de réception et de transmission des alertes de vigilance 24H/24 ne sont pas formalisées. Dans le service adolescents, un « plan de sécurité ados » permet à l'adolescent d'identifier et d'anticiper les passages à l'acte suicidaire. Les directives anticipées en psychiatrie sont déployées. Dans l'attente d'un logiciel dédié, l'organisation du transport patient entre séances kiné, avis spécialisés, radio, etc est organisée via l'agenda du DPI. Diverses évaluations de pratiques professionnelles sont menées : en obstétrique, lien ville/hôpital sur les structures ambulatoires en psychiatrie , sur la contention en Médecine, SSR et USLD. Toutefois, elles ne sont pas mises en œuvre dans tous les services . La déclaration des EI s'effectue sur un logiciel dédié, les cadres en sont destinataires et tous les acteurs concernés peuvent renseigner la fiche. Une charte de non sanction existe dans l'établissement. La culture de déclaration des presque accidents n'est pas homogène en fonction des unités. L'organisation de CREX et RMM est à l'initiative du déclarant. Le COGRAS n'est pas toujours informé. L'analyse est réalisée selon la méthode ALARM en équipe et fait l'objet d'un compte rendu et plan d'actions qui sont partagés aux cadres et

aux professionnels directement impliqués. Les professionnels rencontrés lors de la visite méconnaissent cependant les actions. L'établissement suite aux remarques des EV a établi un plan d'actions visant à promouvoir les actions engagées auprès de l'ensemble des professionnels de l'établissement. Lors de la visite l'annonce d'un dommage lié aux soins n'a pas été retrouvée. L'équipe obstétrique a mis en place un tableau de bord de suivi de plusieurs indicateurs de pertinence partagés régulièrement en équipe, avec le GHT et le réseau. Le risque de l'hémorragie du post partum est maîtrisé. Les autres secteurs suivent les IQSS notamment la douleur et la lettre de liaison. Le PAQSS de l'établissement n'intègre pas systématiquement les actions issues des CREX et les résultats des audits, enquêtes de satisfaction ou indicateurs qualité. Le dispositif d'accréditation des médecins n'est pas déployé dans l'établissement.

Chapitre 3 : L'établissement

Le centre hospitalier de Lavaur a rédigé un projet médical 2023/2027 tourné vers le territoire, favorisant les coordinations notamment dans son axe 2 (Garantir une offre de soins accessible à tous les citoyens, en s'intégrant dans les différents réseaux et maillages structurant le territoire). Le lien ville/hôpital permet un accès direct en médecine. La filière gériatrique est bien identifiée sur le territoire, grâce à des partenariats anciens : plateforme de répit, SSIAD ; Accueil de jour ; France Alzheimer ; EHPAD... L'accès aux spécialités est favorisée par les consultations avancées en collaboration avec le CHU de Toulouse (Convention de partenariat signée en 2009) ou la médecine libérale. Ce partenariat a permis de définir des parcours patients pour des consultations avancées, des temps médicaux partagés, des interventions au bloc opératoire dans de nombreuses spécialités et de mettre en place des organisations communes sur les activités médico-techniques (PIMM, laboratoire). Le Centre Hospitalier de Lavaur est en charge des secteurs 4 et 5 de Psychiatrie adulte et du secteur 2 de Psychiatrie infanto-juvénile. Le CHL a participé à l'élaboration du PTSM. 4 axes majeurs prioritaires ont été définis : le parcours infanto-juvénile ; le parcours adulte ; la prévention ; l'attractivité professionnelle. Les ruptures de parcours sont identifiées notamment pour la prise en charge des adolescents. Les structures ambulatoires de psychiatrie ne tiennent pas informé le médecin généraliste du patient de la prise en charge proposée. L'indicateur de la lettre de liaison en psychiatrie est de 16%. Une CPTS a été créée en mars 2024 à laquelle participe le Président de CME. Un recueil de la satisfaction des patients est proposé par les équipes de soins (MCO-SMR-Gériatrie-Psychiatrie) en systématique ou sur des campagnes semestrielles ou annuelles en fonction des unités avec un taux de retour de 2023 à 11%. Le recueil e-Satis est réalisé en MCO (retour 38%), Chirurgie ambulatoire (retour 33%) et SMR (données insuffisantes). En psychiatrie, des réunions soignants soignés régulières sont organisées. Une pair-aidante médiatrice anime des ateliers d'expression au niveau de la cafétéria. Les représentants des usagers participent à l'élaboration des questionnaires. L'établissement n'a pas élaboré de questionnaire PROMS. Les résultats de ces différentes modalités de recueil de l'expression ne sont pas effectuées par unités et les actions non incluses dans le PAQSS. L'établissement a rédigé une charte de bientraitance qui est affichée dans les unités. Des formations Montessori et humanitude sont mises en œuvre dans les secteurs de prise en charge de la personne âgée. La maternité va être labellisée Initiative Hôpital Amis des Bébé en 2025. Des documents à disposition des professionnels permettent de repérer les situations de maltraitance (Violence intra familiale : livret aide et informations, Préfecture du Tarn : fiche technique déclaration violence au sein du couple) ainsi qu'à des formulaires de signalement (Prise en charge des victimes de violence intra familiale ; Signalement d'acte de maltraitance ; Signalement d'une suspicion de maltraitance sur mineur ...). Le programme Ad'AP est en cours concernant l'accessibilité des locaux aux patients porteurs de handicap. Le plan d'actions est suivi par les services techniques de l'établissement (rampes d'accès, mise en accessibilité des sanitaires...). Un référent handicap est nommé, le recours à une personne utilisant la langue des signes est possible. Le CH de Lavaur est organisé pour que le patient ait accès à son dossier, les délais sont suivis et analysés. Les représentants des usagers sont impliqués dans l'établissement (Conseil de surveillance, CSIRMT, Comité d'éthique) mais ne contribuent pas à la politique d'accueil et de prise en charge ainsi qu'aux projets d'amélioration de la vie quotidienne. La gouvernance décline la politique qualité en actions concrètes sur le terrain à partir des décisions prises en directoire et en copil qualité, les cellules qualité de pôle (5) mettent en œuvre et proposent des actions. La culture sécurité des soins n'a pas été évaluée. Les maquettes d'organisation ont été rédigées en janvier 2024, permettant d'identifier les besoins/activités. En 2023, on note une diminution du recours à l'intérim et la mise en place d'une cellule de recrutement qui a permis le recrutement de 49 professionnels. Un dispositif d'intégration est existant, tout comme un parcours par compétence à l'arrivée des nouveaux

professionnels. Un livret d'accueil est présent dans l'établissement. Les professionnels non médicaux sont évalués par l'encadrement (gesform) et une expérimentation est en cours pour les professionnels médicaux dans le pôle de gériatrie. Un pool de suppléance et le recours à une plateforme permet les remplacements inopinés. L'encadrement et les responsables médicaux peuvent bénéficier de formation en co-développement. Le comité éthique vient d'être réactivé, une saisine en 2024. Des ressources externes sont disponibles. Il n'a pas été réalisé d'état des lieux des questionnements éthiques, les professionnels rencontrés sont peu sensibilisés à ces questions. La démarche QVCT est organisée en partenariat avec une mutuelle. Une communication vers les personnels est organisée de manière dématérialisée. Un plan de formation est disponible et suivi. Un baromètre social a permis d'identifier des forces et des faiblesses, le plan d'action reste à formaliser. La présence d'un psychologue du travail est bien repérée par les personnels rencontrés pour la gestion des difficultés et conflits au travail. La gestion des tensions hospitalières et situations sanitaires exceptionnelles sont maîtrisées. Le plan de sécurisation de l'établissement est opérationnel, toutefois toutes les situations à risque pour les professionnels n'ont pas été répertoriées dans certaines structures extra hospitalières de psychiatrie. La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée, les professionnels sont formés, les sacs d'urgences sont régulièrement vérifiés, des exercices de simulation sont déployés dans les différents secteurs. L'établissement a défini un plan d'actions du risque environnemental avec des filières de tri des déchets, des recherches de synergie sur les flux en partenariat avec le GHT, un référent développement durable a été récemment nommé. Les résultats des IQSS sont suivis et partagés dans les différentes instances, ils sont affichés dans les unités de soins. La HAS prononce une certification sous conditions. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui suit cette décision. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : Permettre au mineur de bénéficier d'un environnement adapté à tous moments. Permettre aux professionnels de disposer de l'ensemble des informations pour la prise en charge du patient en temps utile. Renforcer la sécurisation de l'utilisation des médicaments à risque : sensibilisation des professionnels, liste spécifique par service. Renforcer l'appropriation des professionnels à la démarche qualité : démarche d'évaluation des pratiques (bloc opératoire, ...), revue de pertinence (des admissions et des séjours, ...), traitement des événements indésirables Une nouvelle visite sera programmée dans un délai de 6 à 12 mois.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024
- 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	810000455	CENTRE HOSPITALIER DE LAVAU	1 place vialas 81500 Lavaur FRANCE
Établissement géographique	810012393	UNITE SANITAIRE CENTRE DE DETENTION ENFANT	275 AVENUE DE COCAGNE 81500 LAVAU FRANCE
Établissement géographique	810012385	UNITE SANITAIRE CENTRE DE DETENTION ADULTE	17 CHEMIN PESDAYRES 81370 ST SULPICE LA POINTE FRANCE
Établissement principal	810000562	CENTRE HOSPITALIER DE LAVAU	1 place vialas Bp 85 81500 Lavaur FRANCE
Établissement géographique	810101881	HOPITAL DE JOUR SAINT SULPICE	6 faubourg de la planquette 81370 Saint-Sulpice FRANCE
Établissement géographique	810101352	HOPITAL DE JOUR VILLA BEL AIR CH LAVAU	Route de bel air 81500 Lavaur FRANCE
Établissement géographique	810101345	HOPITAL DE JOUR LES LICES	109 chemin du corporal 81100 Castres FRANCE
Établissement géographique	810007484	HOPITAL DE JOUR DE CASTRES CH LAVAU	69 avenue desplats 81100 Castres FRANCE
Établissement géographique	810004150	CENTRE PSYCHOTERAPIQUE P.PINEL	Route de toulouse 81500 Lavaur FRANCE
Établissement géographique	310018890	HOPITAL DE JOUR DU RAMEL	31590 Verfeil FRANCE
Établissement géographique	810102913	CENTRE DE PLANIFICATION FAMILIALE	21 rue du docteur bastie 81300 GRAULHET FRANCE
Établissement géographique	810006999	HOPITAL DE JOUR LAVAU	Rue cassaing 81500 LAVAU FRANCE
Établissement géographique	810007039	LAE ADOLESCENTS GRAULHET	Rue gambetta 81300 GRAULHET FRANCE

Établissement géographique	810100388	CENTRE PLANIFICATION FAMILIALE	1 place vialas 81500 Lavour FRANCE
Établissement géographique	810002048	CMP ENFANTS ET ADOLESCENT DE MAZAMET	14 rue nouvele 81200 Mazamet FRANCE
Établissement géographique	810001909	CMP ENFANTS ET ADOLESCENT DE GRAULHET	3 passage jean rostand 81300 Graulhet FRANCE
Établissement géographique	810001859	CMP ENFANT DE LAVOUR	Chemin de la duchesse 81500 Lavour FRANCE
Établissement géographique	810007492	HOPITAL DE JOUR CMP-CATTP MAZAMET	17 rue pierre eugene guiraud 81200 MAZAMET FRANCE
Établissement géographique	810002998	UNITE PSYCHIATRIQUE	6 avenue de la montagne noire 20 boulevard marechal joffre 81100 Castres FRANCE
Établissement géographique	810007351	CENTRE DE POST-CURE DE FIAC	Chateau saint anne 81500 Fiac FRANCE
Établissement géographique	810100313	UNITE SOINS LONGUE DUREE CENTRE HOSPITALIER LAVOUR	Route de toulouse 81500 Lavour FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Oui
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Oui
Existence de Structure des urgences générales	Oui
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR 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	Oui
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	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	2,054
Nombre de passages aux urgences générales	21,474
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	42
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	17
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	2
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	5
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	97
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	4
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	60
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	5
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	60
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	129

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	13
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	142
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	86
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	18
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	104
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	4
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	6
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	10
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	22,904
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	17,048
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	39,952
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	1
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	2
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	Traceur ciblé			SMUR
2	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie et Per opératoire
3	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
4	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5	Audit système			
6	Audit système			
7	Audit système			
8	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
9	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
10	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
11	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
12	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
13	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
14	Parcours traceur		Médecine Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé	

			Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
15	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
16	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
17	Parcours traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
18	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Patient		Soins de longue durée	

19	traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
20	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
21	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
22	Traceur ciblé			EI
23	Traceur ciblé			Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
24	Traceur ciblé			Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
25	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
26	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
27	Audit système			
28	Audit système			
29	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
30	Audit système			
31	Audit système			
32	Traceur ciblé			PSL
33	Audit système			
34	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
35	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
36	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

37	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
38	Audit système			
39	Traceur ciblé			Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
40	Audit système			
41	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
42	Audit système			
43	Traceur ciblé			EI
44	Audit système			
45	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
46	Audit système			
	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire	

47			Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
48	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
49	Audit système			
50	Audit système			
51	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
52	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
53	Audit système			
54	Audit système			
55	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
56	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
57	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
58	Parcours traceur		Médecine Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap SAMU-SMUR Tout l'établissement	
59	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
60	Audit système			

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

