



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE
HOSPITALIER DE
LAVOUR**

1 place vialas

Bp 85

81500 Lavour



Validé par la HAS en Avril 2026

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 – Avril 2026

Sommaire

Préambule	4
Présentation	5
Les critères évalués	8
Les évaluations réalisées pendant la visite	9
La décision	10
Les résultats	11
Les résultats des critères impératifs et avancés	12
Chapitre 1 : Le patient	16
Résultats du chapitre 1 : Objectifs	16
Synthèse du chapitre 1	17
Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient	20
Objectif 1.2 : L'information du patient	21
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	22
Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	24
Chapitre 2 : Les équipes de soins	25
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	25
Synthèse du chapitre 2	26
Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	29
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	31
Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	33
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	35
Chapitre 3 : L'établissement	36
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	36
Synthèse du chapitre 3	37
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	39
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	40
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	42
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	43

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 de santé 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. Elle est un des outils de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par eux. 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. Par ailleurs, elle favorise la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Elle est une certification globale et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

L'évaluation s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers... Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS.

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 son accréditation pour son activité de certification.

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








Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	810000455	CENTRE HOSPITALIER DE LAVAUR	1 place vialas 81500 Lavour FRANCE
Établissement géographique	810013193	PSY LIAISON URGENCES CHI CASTRES	6, avenue Montagne Noire 81100 CASTRES FRANCE
Établissement géographique	810012401	CMP LIEU CONSULT ADO CH LAVAUR	64 AVENUE CHARLES DE GAULLE 81500 LAVAUR FRANCE
Établissement géographique	810012393	UNITE SANITAIRE CENTRE DE DETENTION ENFANT	275 AVENUE DE COCAGNE 81500 LAVAUR FRANCE
Établissement géographique	810012385	UNITE SANITAIRE CENTRE DE DETENTION ADULTE	17 CHEMIN PESCAIRES 81370 ST SULPICE LA POINTE FRANCE
Établissement géographique	810007385	CMP CATTP PIJ LES LICES	109 bis CHEMIN DU CORPORAL 81100 Castres FRANCE
Établissement principal	810000562	CENTRE HOSPITALIER DE LAVAUR	1 place vialas Bp 85 81500 Lavour FRANCE
Établissement géographique	810101881	CMP Saint Sulpice	6 faubourg de la planquette 81370 Saint-Sulpice FRANCE



Établissement géographique	810101352	CMP Bel Air	Route de bel air 81500 Lavour 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 LAVOUR	Les Iris 9 rue Alexandre Dumas 81100 Castres FRANCE
Établissement géographique	810004150	CENTRE PSYCHOTERAPIQUE P.PINEL	Route de toulouse 81500 Lavour FRANCE
Établissement géographique	810102913	CENTRE DE SANTE SEXUELLE	21 rue du docteur bastie 81300 GRAULHET FRANCE
Établissement géographique	810006999	HOPITAL DE JOUR LAVOUR	13 rue Cassaing 81500 LAVOUR FRANCE
Établissement géographique	810007039	LAE ADOLESCENTS GRAULHET	6 place du Languedoc 81300 GRAULHET FRANCE
Établissement géographique	810100388	Centre de Santé Sexuelle	1 place vialas 81500 Lavour FRANCE
Établissement géographique	810002048	CMP ENFANTS ET ADOLESCENT DE MAZAMET	14 rue nouvea 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	810100313	UNITE SOINS LONGUE DUREE CENTRE HOSPITALIER LAVOUR	Route de toulouse 81500 Lavour FRANCE
----------------------------	-----------	--	--

Les critères évalués

Chaque établissement de santé est évalué sur des critères génériques, applicables à tous les établissements, et sur des critères spécifiques à son activité : secteurs à risques, population, mode de prise en charge, etc. En l'espèce, l'établissement a été évalué sur les critères génériques et sur les critères spécifiques suivants :

Secteur d'activité
 Chirurgie et interventionnel
 Maternité
 SAMU-SMUR
 Santé mentale et psychiatrie
 Soins de longue durée
 Soins Médicaux et de Réadaptation
 Urgences

Population
 Enfants et adolescents
 Patient âgé

Les évaluations réalisées pendant la visite

Pendant la visite, les évaluations s'appuient sur des méthodes définies par la HAS. En l'espèce, les experts-visiteurs ont :



Rencontré **13** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



Évalué **15** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **24** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

- 3 évènement(s) indésirable(s) associé(s) aux soins
- 6 médicament(s) et des produit(s) de santé
- 4 acte(s) interventionnel(s)
- 4 mesure(s) de prévention des infections associées aux soins
- 1 transfusion(s) sanguine(s)
- 1 appel(s) au SAMU / sortie(s) du SMUR
- 1 prescription(s) d'isolement
- 4 prescription(s) de restrictions de libertés
- 0 acte(s) d'électroconvulsivothérapie



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **18** équipes de professionnels de terrain pour évaluer les organisations et leur déclinaison opérationnelle autour de 5 thèmes :

- Le management par la qualité et les risques
- Le positionnement territorial
- L'engagement des patients
- La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences
- La maîtrise des risques numériques



Observé les conditions générales de qualité et de sécurité des soins dans des services

La décision

La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification, valable 4 ans, qu'elle peut assortir d'une mention « Haute qualité des soins » ;
- une décision de certification sous conditions impliquant une nouvelle visite dans un délai maximum de 2 ans ;
- une décision de non-certification impliquant une nouvelle visite dans un délai maximum de 2 ans ;

Pour prendre sa décision, la HAS se base sur :

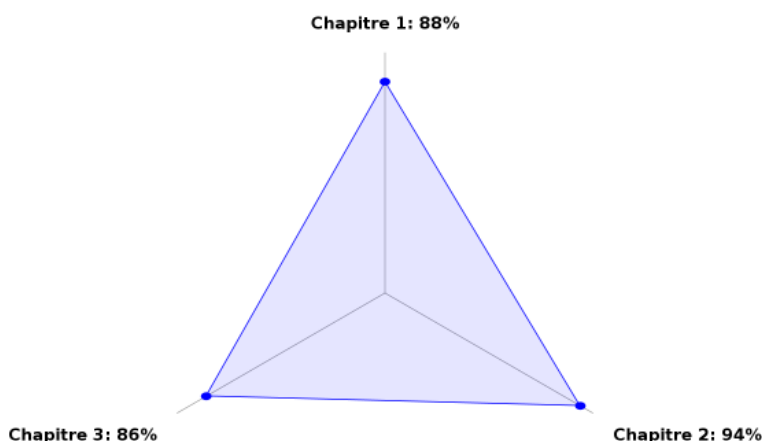
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) ;
- la criticité des anomalies éventuellement constatées sur les critères impératifs ;
- les observations de l'établissement

En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification. Cette décision est valable quatre ans.

Les résultats

A l'instar du référentiel, les résultats quantitatifs et qualitatifs des évaluations se traduisent dans ce rapport articulé en 3 chapitres :

- Un premier concerne le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, son engagement recherché, ses besoins, attentes et préférences pris en compte. Au-delà de son engagement dans sa prise en charge, son implication comme partenaire est favorisée par l'expression notamment de son expérience.
- Un deuxième concerne les équipes de soins. 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 aux pratiques et dans les secteurs à risques majeurs.
- Un troisième 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.



Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	88%
Chapitre 2	Les équipes de soins	94%
Chapitre 3	L'établissement	86%

Les résultats des critères impératifs et avancés

Le référentiel comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards qui correspondent aux attendus de la certification ;
- des critères impératifs qui correspondent à des exigences prioritaires ;
- des critères avancés qui correspondent à des pistes de réflexion pour améliorer la qualité et la sécurité des soins mais qui ne sont pas exigibles à ce jour. Ils correspondent aux potentiels critères standards de demain.

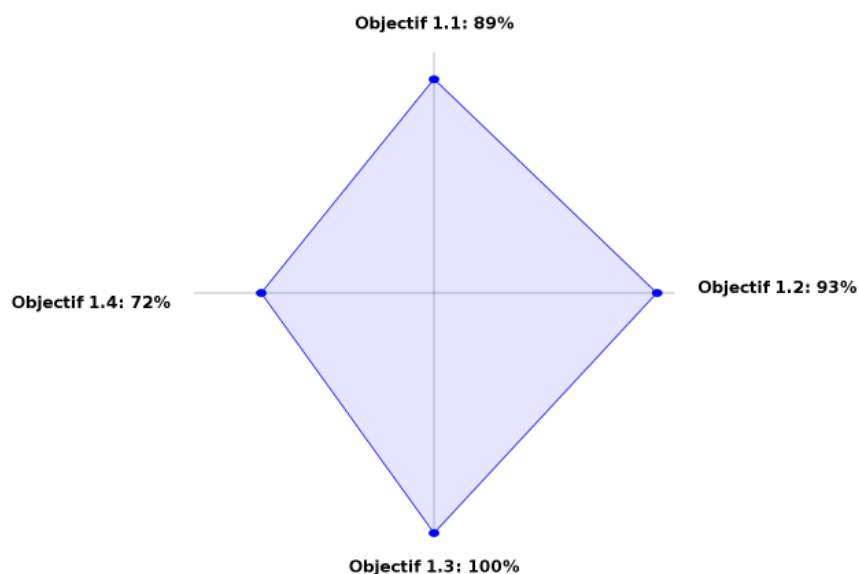
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	84%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	97%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	96%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	99%
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
2.1-12	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	82%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	100%
2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	100%
2.3-10	Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs	100%
2.3-11	Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né	100%
2.3-14	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement, qu'il soit assorti ou non de contentions, des patients hospitalisés sans consentement	100%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	67%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque accidents	97%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	75%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	85%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	50%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	0%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **88%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	89%
1.2	L'information du patient	93%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	100%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	72%

Synthèse du chapitre 1

Les entretiens menés avec les patients et leurs proches montrent que les équipes des différents services de soins du Centre Hospitalier de Lavaur (CHL) ont à cœur de délivrer au patient une information claire et adaptée par rapport aux contextes, aux situations et à son niveau de compréhension. Le patient est impliqué, il co-construit et adhère à son projet de soin et la réflexion bénéfiques/risques est partagée avec lui. Les messages sont adaptés et ciblés aux différents types de prises en soins. Plusieurs dispositifs favorisant le partage de l'information sont en place dans un souci de conforter l'alliance et l'observance thérapeutique et de rechercher l'expression du patient sur son consentement libre et éclairé et sur son projet de soins. Les aidants sont intégrés dans cette démarche et leur présence est facilitée en dehors des heures de visite dans les différents secteurs d'activité concernés. Les aidants peuvent également accompagner 24h/24 et 7j/7 les patients en fin de vie et une chambre située au sein du service de médecine y est préférentiellement dédiée.

L'accessibilité de locaux du CHL pour les patients déficients visuels est partiellement assurée. C'est d'une part le cas, avec certains ascenseurs qui au moment de la visite ne diffusaient pas une communication sonore précisant les étages et les services et d'autre part cela est également identifié par l'absence de bandes podotactiles pour les accès extérieurs aux bâtiments sur les différents sites de l'établissement. Le CHL a immédiatement sollicité, au cours de la visite, le prestataire en charge de la maintenance des ascenseurs pour réaliser un diagnostic et identifier les actions correctrices à entreprendre. Par ailleurs, l'établissement va réaliser un nouvel état des lieux de l'accessibilité des différents locaux. Au sein du service des Urgences, un box d'examen décoré est préférentiellement dédié aux mineurs. Cependant, aucune salle d'attente leur est dédiée. Un projet de réorganisation architectural des locaux est en cours de réflexion.

Des dispositifs de recueil de l'expression du patient sont en place tel que des questionnaires de satisfaction institutionnel, ou spécifiques. L'engagement du patient est favorisé et la bientraitance fait partie des valeurs et des priorités de l'établissement et s'inscrit dans les prises en soins. Les agents rencontrés ont une connaissance des circuits de communication pour alerter en cas de maltraitance et l'indicateur maltraitance du PMSI est recueilli. Des mesures favorisant l'accès aux soins des personnes vulnérables sont mises en œuvre. L'accès du patient à son dossier est possible dans des délais plus longs que ceux requis pour les dossiers de moins de 5 ans.

Les Représentants des Usagers sont impliqués et sont concertés sur les projets d'amélioration de la vie quotidienne. Ils sont associés aux projets d'amélioration, et il existe un projet des usagers au moment de la visite qui n'est pas articulé avec le projet de l'établissement. Le programme d'amélioration de la qualité des soins du CHL n'intègre pas le point de vue des patients et la contribution des usagers. L'établissement et les représentants des associations d'usagers confortent des démarches déjà engagées pour majorer le taux de réponse aux questionnaires de satisfaction et pour majorer l'identification du RU. Les RU sont informés des plaintes, des réclamations et des EI au fil de l'eau cependant ils ne sont pas amenés à proposer des actions d'amélioration. Le CHL n'a pas mis en place une procédure qui protège les lanceurs d'alerte.

Il existe dans les services des supports d'information et de communication diversifiés sur les messages de santé publique destinés aux patients. Le recueil de la personne de confiance est recherché et

réalisé. Celle-ci peut être désignée à tout moment par un écrit daté et signé. Cependant des patients expriment un manque de connaissance du rôle de la personne de confiance et sur les possibilités de la désigner.

L'expression de la volonté du patient est recherchée en fin de vie. Il existe un LISP au sein du service de médecine dont l'équipe possède une expertise en soins palliatifs. Une équipe mobile pluri-professionnelle de Soins Palliatifs permet également d'apporter un soutien au sein de différents services. L'information sur le droit à formuler des directives anticipées est organisée, et dans le cas où elles ont été rédigées, elles sont intégrées au dossier. Les directives anticipées peuvent prendre la forme de « mon plan personnel de gestion de crise » en santé mentale. Des patients expriment qu'ils n'ont pas connaissance qu'un médiateur est disponible au sein de l'hôpital.

Les échanges ont montré que les patients rencontrés ont connaissance du recours possible à l'association d'usagers susceptible de les aider et de les accompagner. A ce titre des supports sont affichés au sein des différents services et précisent le numéro de téléphone des Représentants des Usagers (RU) qui peuvent être contactés si besoin. En complément, des patients rencontrés ne se sont pas encore appropriés les modalités de signalement des EIAS ou pour formuler une déclaration d'EI malgré les affichages réalisés par l'établissement, le livret d'accueil et les échanges avec les professionnels. Les patients connaissent les modalités leur permettant d'exprimer leur satisfaction.

Les patients soulignent dans certains services la qualité des conditions d'accueil qui favorisent le respect de la dignité et de l'intimité ; ainsi que les équipements, leur propreté (visuellement propre) et la bonne hygiène des locaux. Bien que la dignité, la confidentialité et la sécurité des patients soient respectées, certains bâtiments possèdent des locaux vétustes qui ne correspondent que partiellement aux standards actuels et qui sont non visuellement propres ; plus particulièrement sur le site de l'hôpital Philippe Pinel. L'établissement a identifié ces bâtiments et a engagé des démarches visant à faire aboutir un projet de reconstruction considéré comme prioritaire. La prise en charge des patients décédés est structurée et organisée sur les deux sites principaux d'hospitalisation avec un accès à un dépositaire sur chaque site.

Une attention est portée à la limitation du recours à la contention et aux mesures d'isolement en lien avec la recherche d'alternatives, la rédaction de protocoles détaillés dans le DPI, des alertes conduisant obligatoirement à un renouvellement ou/pas des prescriptions, des temps de synthèse dédiés et le suivi IDE dans le DPI des modalités de mise en œuvre et de surveillance des contentions et/ou des mesures d'isolement.

La prise en charge de la douleur est priorisée et fait l'objet en partie d'évaluations régulièrement tracées dans le DPI. Les professionnels peuvent recourir à des expertises au sein du CHL ce qui peut permettre au patient d'accéder à des soins complémentaires et adaptés. La prescription d'antalgiques en si besoin précise le niveau de douleur requis et le soulagement de la douleur s'appuie sur des prises en soins médicamenteuses et non médicamenteuses.

Les professionnels rencontrés respectent la confidentialité et le secret professionnel. Chaque fois que possible la réflexion bénéfiques/risques est partagée avec les proches et aidants et ils sont impliqués dans le projet de soins du patient.

Le patient peut exprimer son expérience quant à sa maladie. A ce titre, il existe une volonté

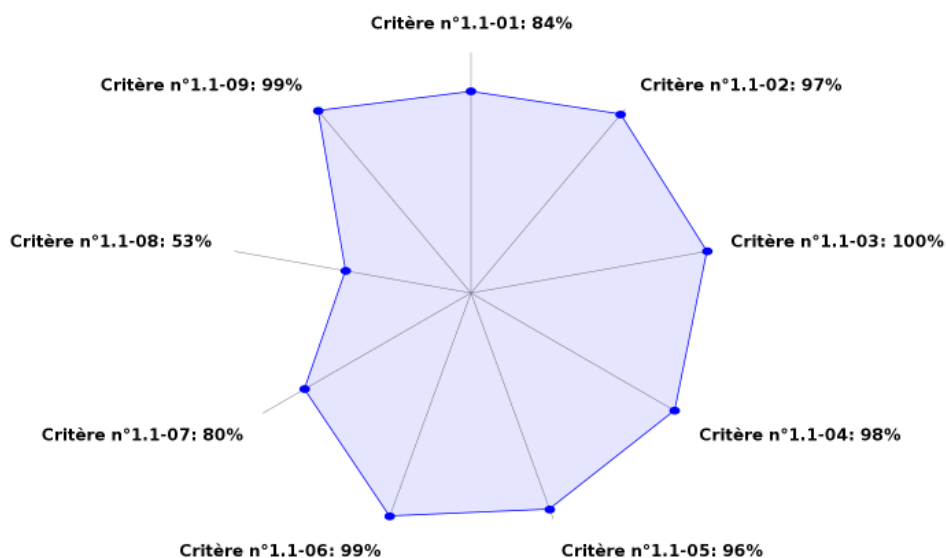
institutionnelle de développer le recours à des patients experts. En complément, il existe au sein de l'établissement des patients partenaires formés et un autre en cours de formation, qui interviennent, sous différentes modalités, auprès de patients. L'établissement promeut et favorise l'élaboration et l'exploitation de questionnaires spécifiques sur l'évaluation de l'analyse de l'expérience vécue par les patients (PREMs). Toutefois, l'expérience des patients sur leur maladie semble partiellement prise en compte pour adapter les traitements.

Les professionnels, acteurs de soins directs et acteurs de soins indirects, rencontrés au sein des lieux d'activités sont attentifs à l'accompagnement des personnes en situation de précarité sociale et le sujet âgé dépendant bénéficie, le plus souvent, du maintien de son autonomie tout au long de son séjour. Le recours à des assistantes sociales est facilité et mis en œuvre. La préparation de la sortie est anticipée pour les patients des différents secteurs d'activité en intégrant différents champs et l'équipe Home-R intervient en complément des actions effectuées par les professionnels des unités de soins pour accompagner au mieux les patients dans le cadre de leur retour au domicile.

Les patients rencontrés ne semblent pas informés pour le plus grand nombre que l'équipe médicale peut consulter et alimenter leur Dossier Médical Partagé (DMP) et qu'ils ne doivent pas échanger avec les professionnels via une messagerie non sécurisée.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

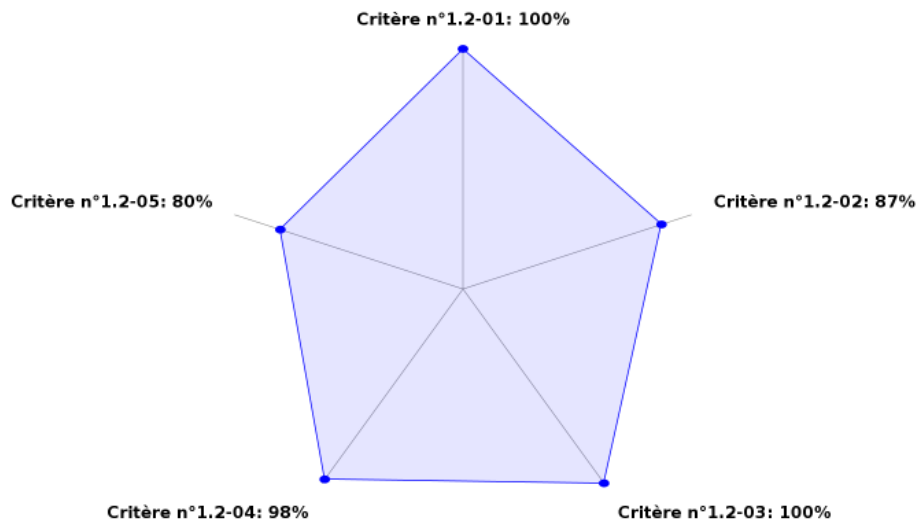
Score de l'objectif **89%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	84%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	97%
1.1-03	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité et du secret professionnel	100%
1.1-04	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	98%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	96%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	99%
1.1-07	La prise en charge des maltraitances externes est organisée	80%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	53%
1.1-09	Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée	99%

Objectif 1.2 : L'information du patient

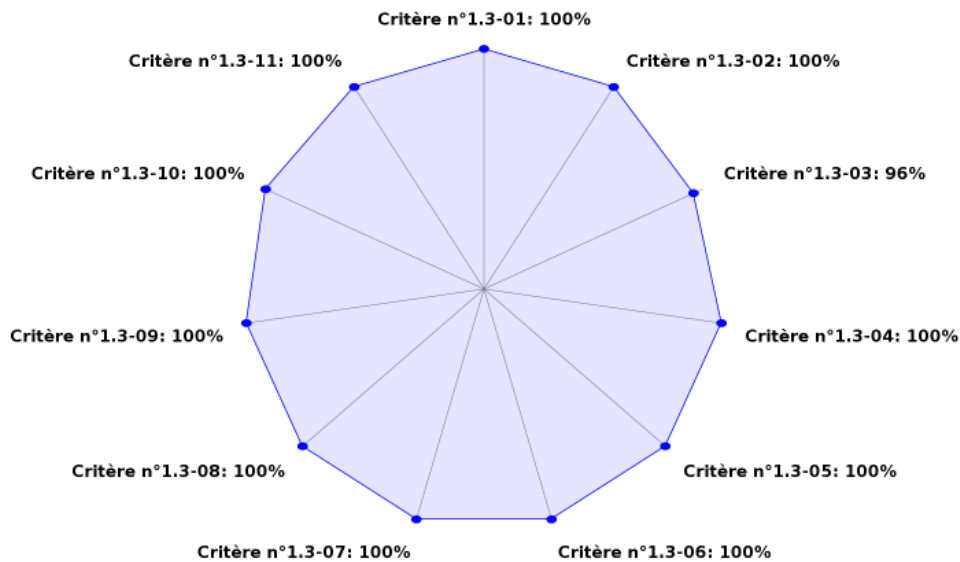
Score de l'objectif **93%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	100%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	87%
1.2-03	Le patient connaît les dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées.	100%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	98%
1.2-05	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner pour son retour à domicile.	80%

Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins

Score de l'objectif **100%**

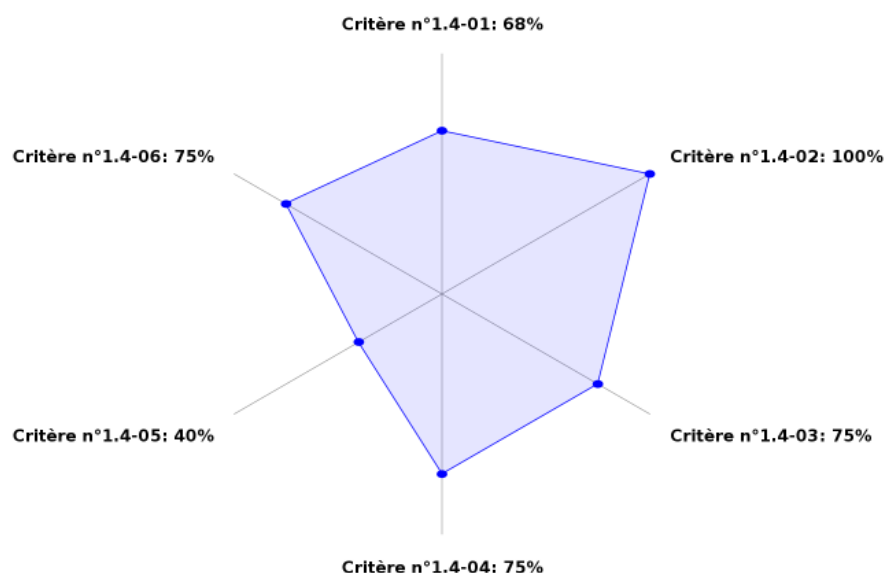


Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	100%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	96%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-05	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.3-06	Les liens familiaux, sociaux et scolaires du mineur sont préservés tout au long du séjour	100%
1.3-07	Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-08	En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social	100%
1.3-09	Le patient présentant des troubles psychiques bénéficie d'un projet de soins qui favorise son inclusion sociale	100%

1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	100%
1.3-11	Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de soins	100%

Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement

Score de l'objectif **72%**

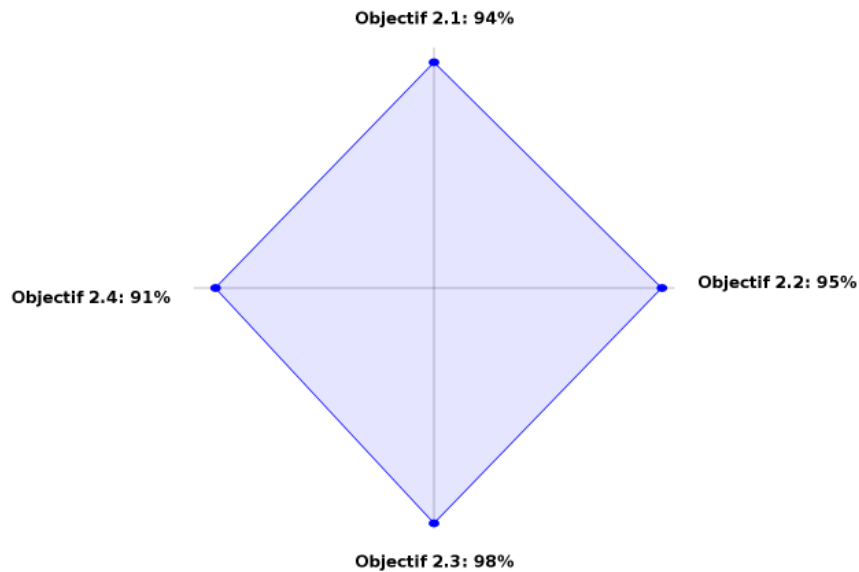


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	68%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	75%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	75%
1.4-05	Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement	40%
1.4-06	Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions	75%

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Résultats du chapitre 2 : Objectifs

Score du chapitre **94%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	94%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	95%
2.3	La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	98%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	91%

Synthèse du chapitre 2

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée. Des réunions de synthèse ou des staffs pluridisciplinaires sont réalisés régulièrement au sein des services ce qui permet de coordonner les prises en soins et les démarches palliatives. Une évaluation de la pertinence de l'admission et de la réévaluation du séjour en est réalisée.

Les équipes disposent de protocoles d'antibiothérapie, un référent est disponible pour assurer un conseil si nécessaire. La réévaluation des prescriptions probabilistes dans les deux à trois jours a été retrouvée tracée dans le dossier patient. Toutefois il est constaté au moment de la visite qu'il existe un programme de bon usage des antibiotiques déployé sur l'établissement mais non formalisé et la formation des professionnels concernés est uniquement effectué par de la communication et une sensibilisation.

Les séances de préparation à la natalité et à la parentalité sont optimisées. Par ailleurs le CHL a bénéficié du label « ami des bébés » pour sa maternité.

Les patients bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire et personnalisée dans un souci de recherche de solutions adaptées aux difficultés rencontrées. Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins personnalisé et adapté. Le dossier patient est accessible, son informatisation avec un DPI unique est presque complète pour l'essentiel. Il existe des éléments en format papier dans les services de soins. Pour réaliser les transmissions entre professionnels au sein des services de soins en hospitalisation complète et pour réaliser le suivi de la prise en soins des patients, les professionnels n'utilisent pas le DPI mais « des fiches de transmissions », disponibles sur les bureaux des ordinateurs des services, en format traitement de textes, et éditées en format papier, qui intègrent l'identification de la chambre, le motif d'hospitalisation, les antécédents et des soins à réaliser. Au moment de la visite, cette « fiche de transmissions » n'était pas régulée. L'établissement a diffusé une note au cours de la visite pour organiser une première régulation de ces aide-mémoires.

La lettre de liaison (LLS) à la sortie est régulièrement remise au patient avec les explications par un médecin le jour de sa sortie. Toutefois la LLS n'intègre pas systématiquement le bilan thérapeutique et le CHL ne suit pas les délais de délivrance de la LLS à la sortie et du compte rendu d'hospitalisation. Le recours aux avis spécialisés est assuré et la prise en charge des troubles nutritionnels est réalisée. Les conclusions des réunions de concertation sont tracées dans le dossier du patient. Le patient notamment âgé, ainsi que ses proches sont informés du risque iatrogène et de son évaluation liée à son hospitalisation. En complément, les causes de risques de dépendance iatrogène liés au processus de soins sont recherchées et tracées par les professionnels.

Les règles d'identitovigilance sont connues. Les patients bénéficient de la pose d'un bracelet d'identification dans différents lieux de prise en soins. En cas de doute une procédure encadre la définition d'une identification transitoire. Par ailleurs l'utilisation des photos des patients (avec l'accord de ceux-ci) est utilisée en complément à l'USLD.

Concernant la prise en charge médicamenteuse, les modalités d'approvisionnement et de transport sont adaptées. Les bonnes pratiques de dispensation sont en place. Cependant, l'établissement n'a pas débuté la réalisation d'un plan de maîtrise des dispositifs médicaux numériques et le choix du logiciel

utilisé n'a donc pas été réalisé en conformité avec le plan de maîtrise.

L'analyse pharmaceutique est effective sans intégrer les informations du Dossier Pharmaceutique (DP) car les patients n'étaient pas dotés d'un DP. La conciliation médicamenteuse existe pour des patients âgés polymédicamentés en lien avec l'implication des pharmaciens et en respectant les bonnes pratiques. Toutefois, il n'existe pas une évaluation de la pertinence de l'activité de conciliation.

Les règles d'administrations des médicaments sont connues. La gestion des médicaments à risques fait l'objet de mesures spécifiques de la part de la pharmacie et des professionnels exerçant au sein des unités de soins. Leur dispensation est assujettie aux prescriptions.

Les conditions de stockage des produits thermosensibles sont respectées car la traçabilité de la surveillance de la température des réfrigérateurs est complète dans les services de soins et au sein de la PUI. Cependant, les locaux de stockage à la pharmacie sont inadaptés. L'antibioprophylaxie est structurée en lien avec les problématiques thérapeutiques présentées par les patients.

La prévention des infections associées aux soins est assurée. L'équipe opérationnelle en hygiène veille sur les lieux d'activité de soins au respect des précautions standard et complémentaires et à la bonne utilisation des équipements de protection individuelle. Le recours à des référents en hygiène est organisé et ceux-ci sont identifiés. Des audits sont réalisés et les résultats concernant l'hygiène des mains, les excréta ... sont partagés.

La prise en charge des urgences vitales est organisée en lien avec une procédure connue des équipes, de plans de formation, d'exercices de simulations, sauf pour l'USMP depuis 2022 et de matériels uniformisés pour l'essentiel et immédiatement disponibles. Il existe un numéro unique d'appel en cas d'urgence vitale pour l'ensemble de l'établissement. Toutefois, ce numéro ne permet pas de joindre directement un médecin et la procédure en vigueur au début de la visite précisait que c'était l'infirmier du SMUR qui répondait à l'appel et qui informait le médecin urgentiste. Cette pratique n'étant pas conforme, le CHL a modifié la procédure au cours de la visite HAS pour faire en sorte que ce soit le médecin Urgentiste qui réceptionne l'appel d'urgence vitale en première intention ou le médecin Anesthésiste en deuxième intention.

La formation des professionnels à la pratique des gestes de premiers secours est réalisée en grande partie. Les chariots ou sacs d'urgence sont contrôlés dans les unités de soins, leur vérification est tracée et un registre est tenu. Toutefois, il a été constaté par un EV au cours de la visite que la traçabilité de la vérification d'un sac d'urgence dans l'unité d'hospitalisation complète n'était pas conforme, car un des scellés positionnés sur le sac ne correspondait pas aux numéros des scellés notés sur la feuille de traçabilité. Il s'est avéré que suite à la vérification mensuelle réalisée par un IDE, des ampoules de médicaments avaient été changées dans une des poches du sac d'urgence sans que la fiche de contrôle ne le mentionne. L'établissement a pris des mesures correctives au cours de la visite de certification.

Les examens de radiologie bénéficient d'un compte-rendu qui précise la quantité de la dose reçue. Ces éléments sont retrouvés dans le dossier du patient. En complément les imageurs participent si nécessaire aux RCP.

Les équipes sont sensibilisées à l'importance de la vaccination via des campagnes d'informations.

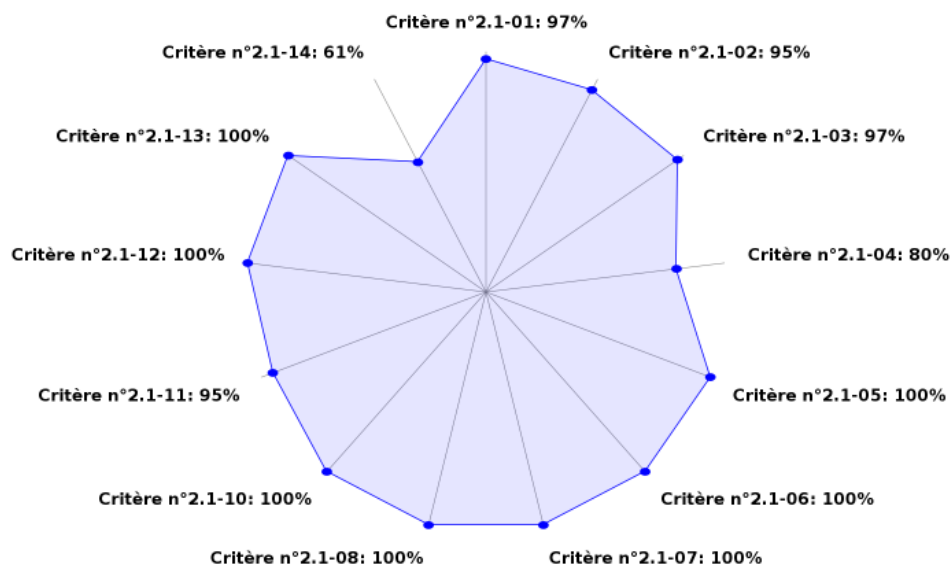
L'établissement a analysé les résultats de sa couverture vaccinale ainsi que des freins à la vaccination permettant l'identification d'actions d'amélioration nécessaire.

Le transport intra-hospitalier est effectué par des professionnels dédiés en lien avec une régulation structurée. La qualité des prescriptions et des modalités de prélèvement sont régulièrement partagées entre les équipes de soins et le laboratoire prestataire du CHL.

Certaines équipes développent des démarches d'évaluation des pratiques. Il a été noté globalement une connaissance des principaux résultats des indicateurs qualité et de sécurité des soins ou des principaux événements indésirables associés aux soins avec des professionnels impliqués en partie dans les démarches d'analyse collective permettant d'identifier des actions d'amélioration. Des modalités de recours à la télésanté sont organisées et connues en lien avec des équipements connectés et sécurisés.

Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient

Score de l'objectif **94%**

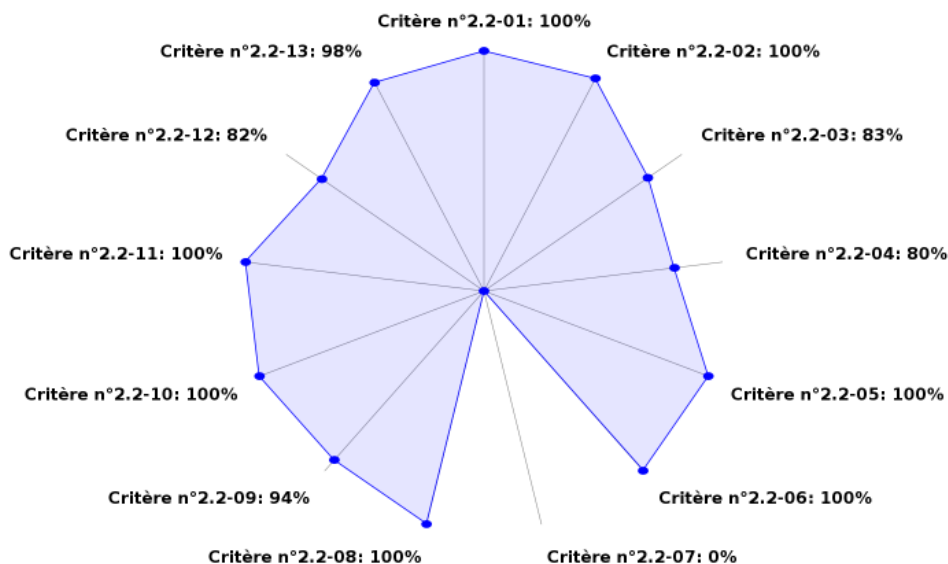


Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	97%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	95%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	97%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	80%
2.1-05	Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	100%
2.1-06	Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	100%
2.1-07	Les équipes des secteurs interventionnels se coordonnent pour la prise en charge des patients	100%
2.1-08	Les équipes de maternité accompagnent les futurs parents pour l'élaboration d'un projet à la parentalité	100%
2.1-10	En santé mentale et psychiatrie, l'accès aux soins est organisé et suivi	100%

2.1-11	Les équipes de psychiatrie se coordonnent pour prévenir le passage à l'acte suicidaire tout au long de la prise en charge	95%
2.1-12	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	100%
2.1-13	Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients	100%
2.1-14	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins	61%

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **95%**

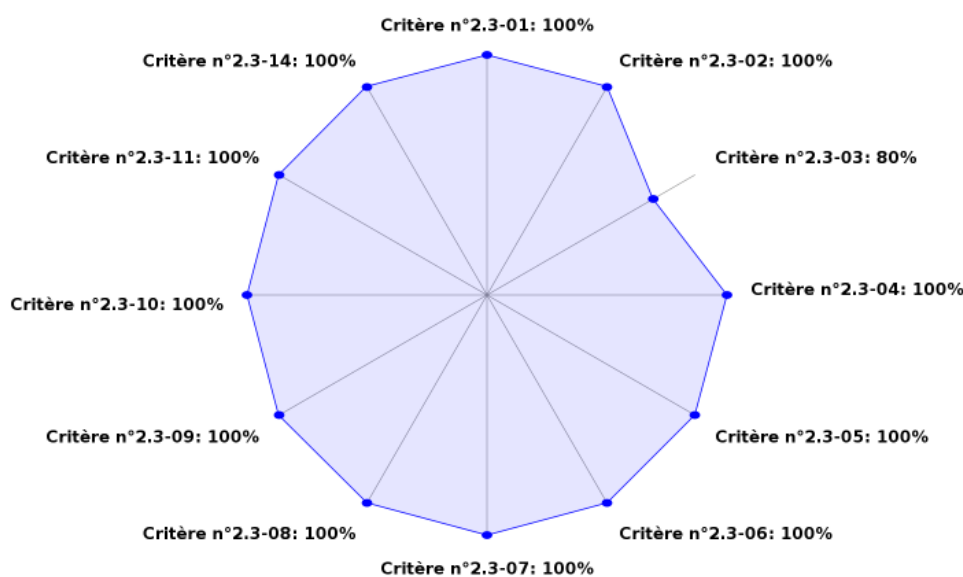


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	83%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	80%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	94%
2.2-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	100%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	100%

2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	82%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	98%

Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)

Score de l'objectif **98%**

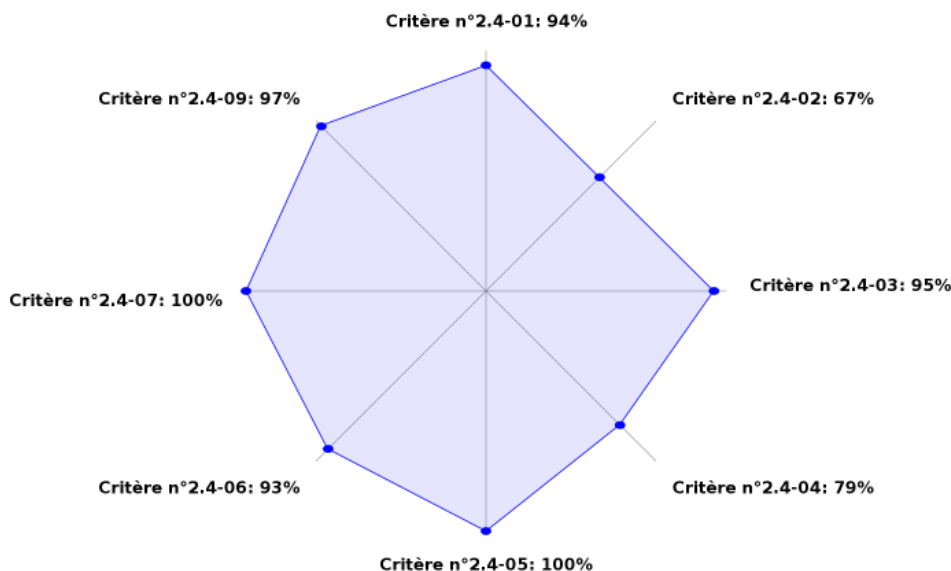


Critères		
2.3-01	Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé est orienté et pris en charge grâce à une régulation médicale adaptée à sa situation	100%
2.3-02	Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient	100%
2.3-03	L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	80%
2.3-04	Les professionnels maîtrisent la prise en charge anesthésique des patients	100%
2.3-05	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	100%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	100%
2.3-07	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles	100%
2.3-08	Les équipes sécurisent le parcours du patient en chirurgie ambulatoire	100%

2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	100%
2.3-10	Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs	100%
2.3-11	Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né	100%
2.3-14	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement, qu'il soit assorti ou non de contentions, des patients hospitalisés sans consentement	100%

Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation

Score de l'objectif **91%**

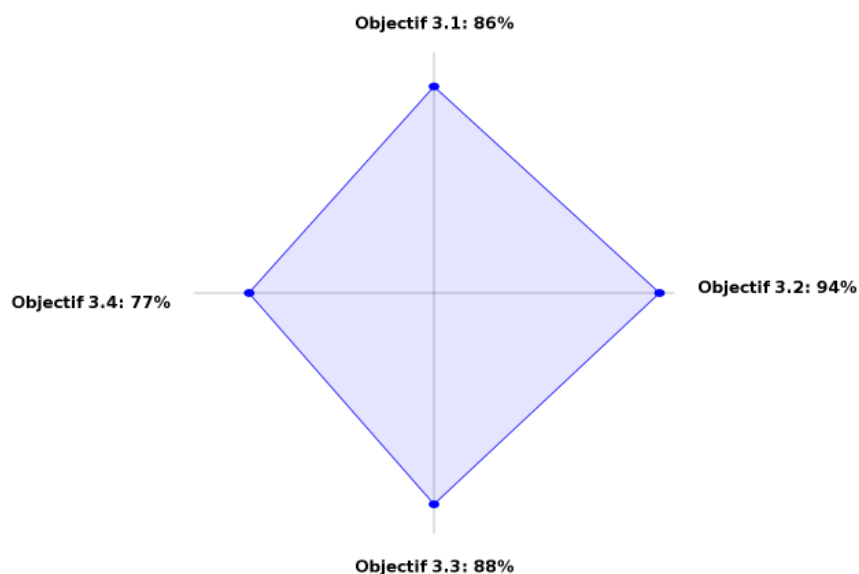


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	94%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	67%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	95%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	79%
2.4-05	La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	100%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	93%
2.4-07	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant leurs indicateurs	100%
2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	97%

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **86%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	86%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	94%
3.3	Le positionnement territorial	88%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	77%

Synthèse du chapitre 3

Les orientations stratégiques de l'établissement sont clairement définies avec une forte volonté de poursuivre sa dynamique de réorganisation, de conduite de projets de reconstruction tout en répondant aux besoins quotidiens des patients. Les projets médicaux sont déclinés à l'échelle, de l'établissement, du groupe, du territoire de santé et des coopérations sont en place avec les établissements partenaires publics, les structures privées et les professionnels libéraux afin d'améliorer les parcours de santé et de renforcer la politique institutionnelle. Le CHL est acteur de la coordination des parcours de soins sur le territoire et il est moteur dans la mise en œuvre du PTSM qui est structurée en quatre axes.

Le développement de la recherche clinique médicale est souhaité et promue. Les professionnels sont sensibilisés au questionnement éthique. Il existe un comité éthique constitué et il existe également un état des lieux des questionnements éthiques partagés avec l'ensemble des professionnels.

Les orientations prioritaires de la politique qualité/sécurité des soins sont déclinées dans un PAQSS actualisé et unique. En matière de leadership, les entretiens avec les professionnels des lieux d'activité montrent leur connaissance d'actions concrètes du programme qualité et sécurité des soins. L'évaluation de la culture qualité est développée en grande partie et les IQSS ainsi que d'autres indicateurs spécifiques à l'établissement sont communiqués et ils sont pris en compte par les professionnels rencontrés. Plusieurs supports institutionnels sont à disposition des professionnels et peuvent contribuer à leur acculturation.

La cellule de crise est opérationnelle et elle s'est réunie à des fréquences régulières. Les professionnels sont identifiables sur les différents sites de l'établissement avec des étiquettes précisant nom et/ou prénom et fonction. Le travail en équipe a été observé au sein des services visités avec une recherche de synchronisation des temps entre les professionnels et une recherche d'adéquation des effectifs de professionnels en lien avec les patients pris en soins.

La politique de qualité de vie au travail est structurée, elle s'appuie sur un projet social, un baromètre social, sur différentes réorganisations et définitions de maquettes organisationnelles en lien avec une dynamique de concertation et d'expérimentation d'organisation du temps de travail. Ainsi la gouvernance pilote l'adéquation des compétences et des temps de présence des professionnels et a initié des formations managériales à destination de l'encadrement non médical. Cependant, la charte managériale n'est pas rédigée au moment de la visite et l'encadrement médical et paramédical n'est pas formé à la prévention des faits de discrimination, de harcèlement, de violences sexistes et sexuelles. Les professionnels rencontrés ne développent pas des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe.

L'environnement de travail ne contribue que partiellement à la sécurité des professionnels pour accéder aux deux chambres d'isolement de l'établissement car il n'y a qu'une seule entrée dans la chambre. Plusieurs bâtiments sont très vétustes et non visuellement propres ce qui ne contribue que partiellement à la QVT des professionnels.

Le CHL a mis en place des groupes de travail pluridisciplinaires ayant pour objet le travail en équipe et l'optimisation des parcours de prise en soins des patients. Le plan de formation cherche à favoriser le développement des compétences des agents en lien avec l'adaptation à l'emploi et les évolutions de

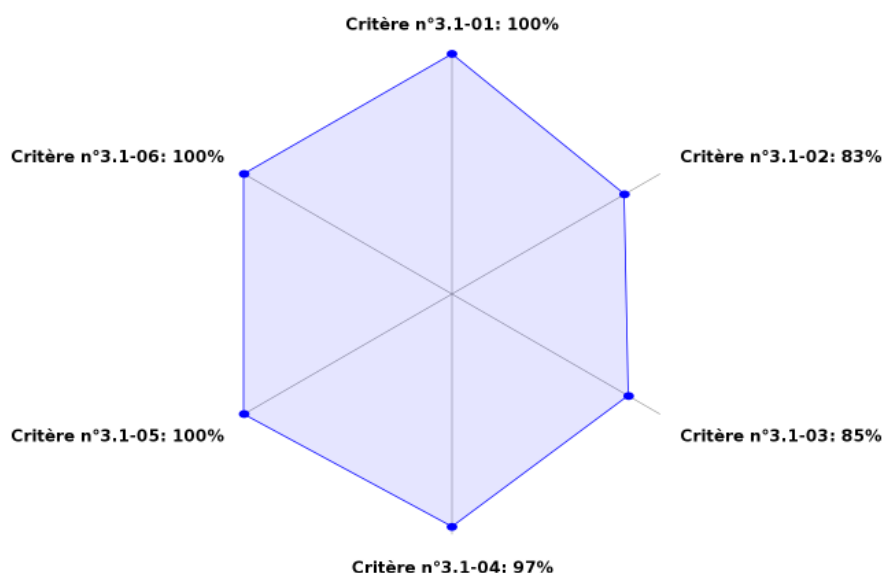
l'offre de soins. Le CHL dispose d'un programme d'éducation thérapeutique pour la prise en soin du diabète gestationnel. Ce programme semble connu des partenaires mais l'établissement n'en n'a pas assuré la diffusion.

Il existe au moment de la visite un pilotage, des référents et un plan d'action pour une implication en faveur du développement durable. Cela se traduit par des filières de tri éco-responsables, la gestion économe de ressources, la décarbonation des activités, un fonctionnement recherchant le respect de l'environnement, un management socialement responsable et l'accessibilité facilitée à des moyens de transport partagés. Différentes actions sont déjà initiées et engagées. Toutefois l'évaluation de l'impact de la mise en œuvre de la politique écoresponsable n'est pas encore évaluée au moment de la visite. En complément, il existe un plan de maintenance des locaux et des équipements.

La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est définie et organisée. L'établissement a été mobilisé par la gestion des différentes phases de la crise liée au COVID et la réalisation d'exercices de mise en situation a été régulière.

Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins

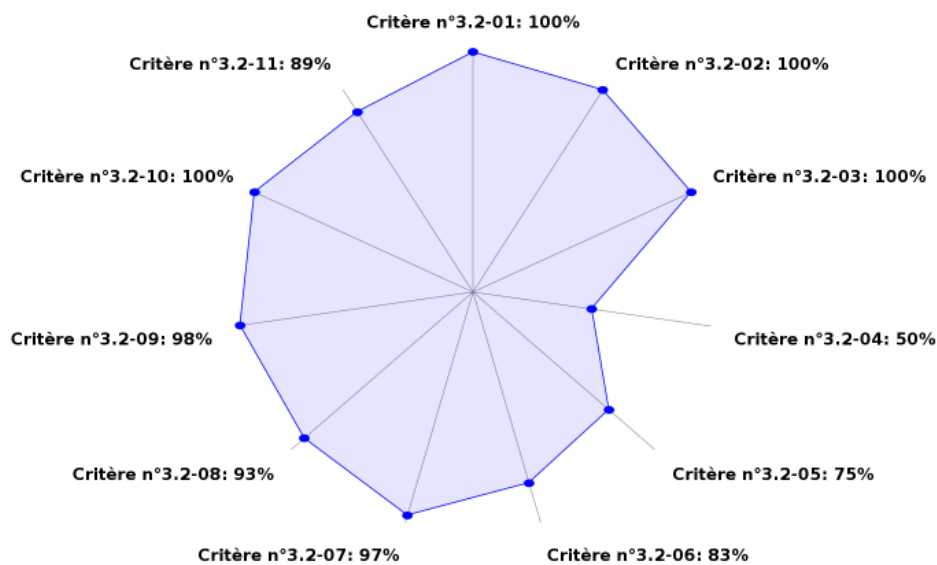
Score de l'objectif **86%**



Critères		
3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	100%
3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	83%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	85%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque accidents	97%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.1-06	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	100%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **94%**

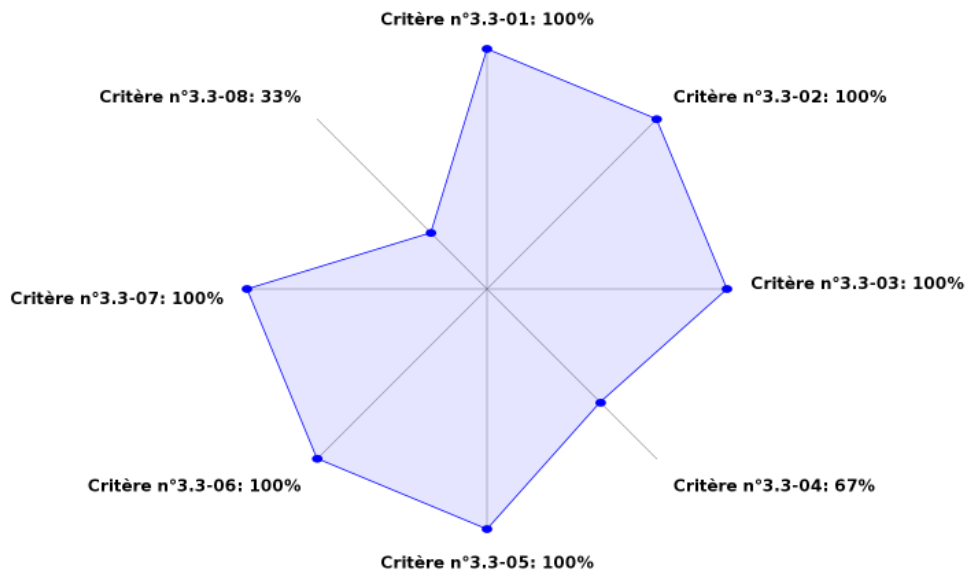


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	100%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	50%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	75%
3.2-06	La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels	83%
3.2-07	La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels	97%
3.2-08	L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	93%
3.2-09	L'établissement a un environnement favorable à la qualité de vie au travail	98%
3.2-10	La gouvernance a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	100%

3.2-11	L'établissement favorise le travail en équipe	89%
--------	---	-----

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

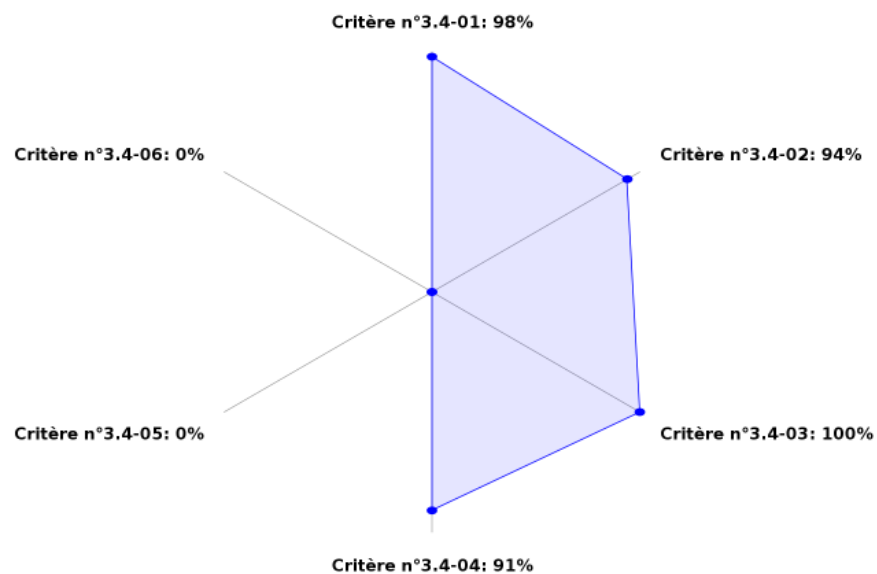
Score de l'objectif **88%**



Critères		
3.3-01	L'établissement est acteur de la coordination des parcours sur le territoire	100%
3.3-02	L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté	100%
3.3-03	L'établissement est acteur du projet territorial de santé mentale (PTSM)	100%
3.3-04	L'établissement organise les prises en charges non programmées	67%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%
3.3-06	L'établissement est aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants	100%
3.3-07	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	100%
3.3-08	L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire	33%

Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques

Score de l'objectif **77%**



Critères		
3.4-01	L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	98%
3.4-02	L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables	94%
3.4-03	L'établissement agit pour la transition écologique	100%
3.4-04	L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient	91%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	0%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	0%

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

