



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER DE NARBONNE et CH FRANCIS VALS PORT LA NOUVELLE

Boulevard du docteur Iacroux
11108 Narbonne



Validé par la HAS en Juillet 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 – Juillet 2024

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	15
Chapitre 3 : L'établissement	22
Table des Annexes	28
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	29
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	31
Annexe 3. Programme de visite	35

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 de l'établissement.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DE NARBONNE et CH FRANCIS VALS PORT LA NOUVELLE	
Adresse	Boulevard du docteur Iacroux 11108 Narbonne FRANCE
Département / Région	Aude / 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	110781010	CENTRE HOSPITALIER DE PORT LA NOUVELLE	150 rue Frédéric de Girard 11210 Port-La-Nouvelle FRANCE
Établissement juridique	110780137	CENTRE HOSPITALIER DE NARBONNE	Boulevard du docteur Iacroux 11108 Narbonne FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

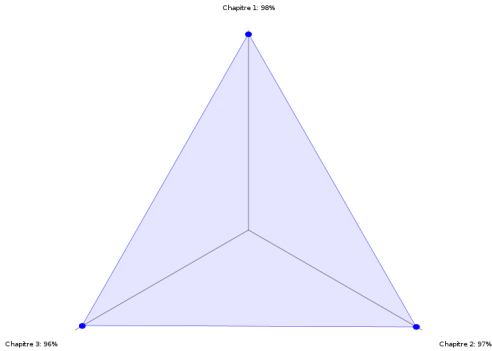
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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

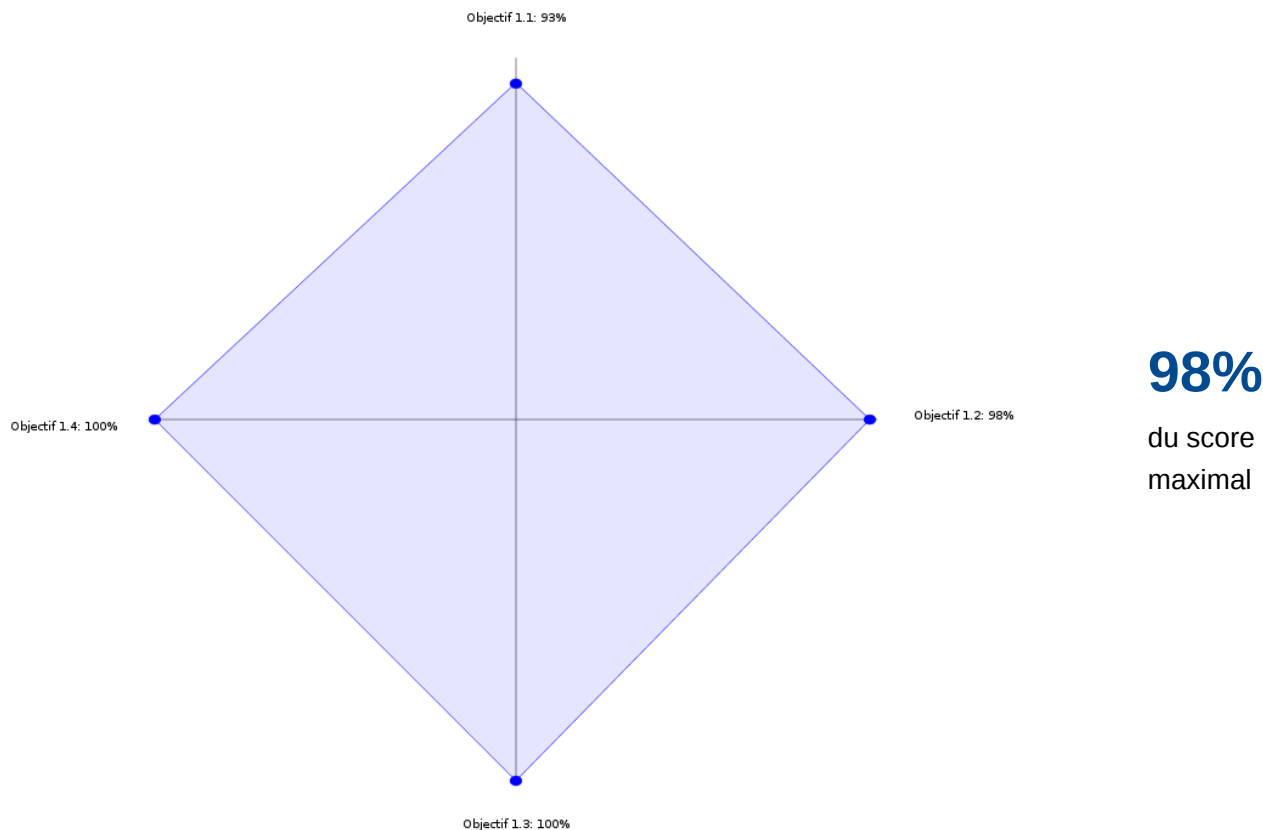
Au regard du profil de l'établissement, [127](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	93%
1.2	Le patient est respecté.	98%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

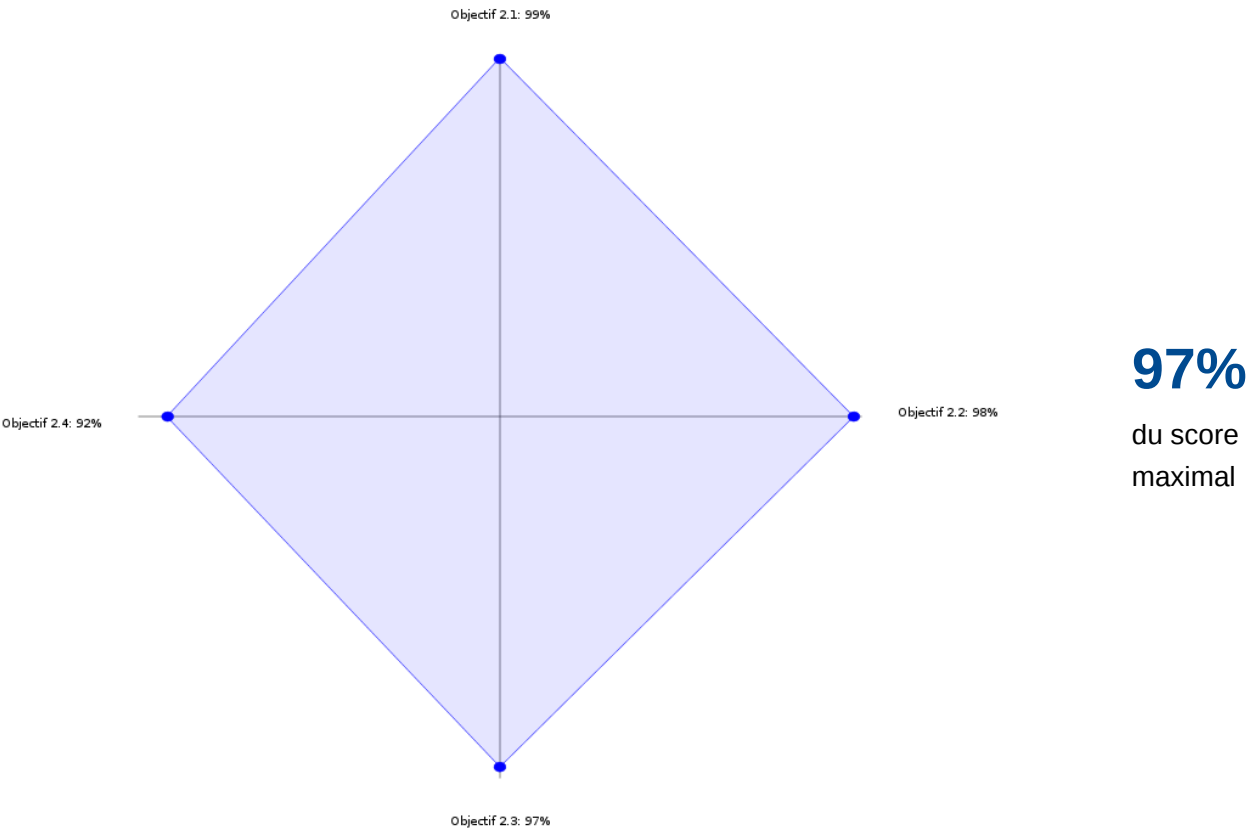
Dès l'admission, le livret d'accueil est mis à disposition de 2 manières (QR code et format papier) pour s'adapter aux patients et aux familles. Une réflexion a eu lieu sur la mise à disposition plutôt par affichage QR code que dans les unités qui sont des lieux de vie. Les patients rencontrés confirment la bonne compréhension de l'information transmise et leur association sur leur prise en charge. Une démarche originale par la méthode MONTESSORI, dont la charte est affichée, a été mise en place afin d'impliquer les patients en particulier pour les personnes âgées qui deviennent acteurs de leur prise en charge. L'évaluation bénéfice-risque des traitements est expliquée en particulier en oncologie mais aussi en médecine, psychiatrie et dans l'ensemble des services. En pédopsychiatrie, le service est organisé pour accueillir des filières différentes d'enfants (scolarisés ou peu scolarisés), il intègre par année scolaire près de 100 patients. Il existe une charte de

fonctionnement et un livret d'accueil spécifique. Les parents et fratries peuvent être accueillis selon les situations particulières. Les enfants sont mis à contribution pour leur projet de soins et ses modalités, le projet est formalisé, complété, et réévalué, avec sa personnalisation. Dans les divers secteurs l'entourage est fortement associé à la prise en charge et à l'élaboration du projet de soins. Une politique d'affichage par « rotation » a été élaborée ainsi en sus des habituels affichages préventifs sur la vaccination, tabac, les antibiotiques, COVID, des diverses chartes, il a été retrouvé des informations sur le covoiturage, les modes de transport mais aussi des supports d'informations « éducationnels » spécifiques. De nombreuses fiches explicatives et flyers à destination des patients (diabète, perturbateurs endocriniens, cancers, violences, usagers, développement durable, directives anticipées etc.), et même un quiz pour le patient sur ses droits sont disposés dans les circulations. Pour autant, les patients rencontrés ne connaissent pas ce que sont les représentants des usagers (RU), ni le dossier médical partagé DMP et son alimentation. De même, ils ne connaissent pas modalités pour déclarer tout événement indésirable associé à ses soins (EIAS) ou soumettre une plainte. Lorsqu'elles sont exprimées (rarement), les directives anticipées sont tracées. On retrouve, lorsqu'elle existe, la personne de confiance mentionnée dans le dossier. Comme au décours de sa préadmission, le patient à l'approche de sa sortie reçoit toutes les informations utiles écrites sur un dossier qui lui est remis, un carnet de liaison regroupant les informations de prise en charge spécifique ainsi que les conduites à tenir en cas d'effets secondaires. En hôpital de jour de chimiothérapie, les pharmaciens réalisent un entretien pharmaceutique et l'IDE de coordination informe le patient des modalités de prise en charge. Les patients sont informés avant la pose de dispositif médical implantable avec des mises en garde, précautions ou conduites à tenir en cas d'incident. Pour les patients ayant un perfuseur ambulatoire mis en œuvre avec délivrance de la chimiothérapie sur 48h, une information est faite ainsi qu'à l'entourage avec tous les numéros nécessaires en cas d'incident (service en journée, prestataire la nuit et/ou urgences en cas d'indisponibilité). Les rappels de consultations, d'hospitalisations et consignes sont rappelés par SMS en particulier en ambulatoire, les patients sont aussi informés sur l'éventualité d'une administration de transfusion précisant les risques encourus et le cas échéant des conduites à tenir en cas d'incident. Les patients rencontrés ont manifesté leur satisfaction au regard de l'empathie des professionnels, de la qualité de leur prise en charge et de la présence médicale. De nombreuses initiatives à destinée de la parturiente et son enfant à naître (Projet de naissance personnalisé avec quantification sur échelle numérique des souhaits les plus importants selon la patiente), mise en place de l'hypnoanalgésie en salle de travail, les femmes venant d'accoucher ont un menu "prestige" le lendemain de l'accouchement, etc. L'établissement porte une attention particulière à connaître la satisfaction des patients (e-Satis, questionnaires de sortie...) au CHN Hôtel Dieu par des questionnaires annuels, à Port la Nouvelle Vals avec un recueil multimodal de l'expérience patient (Livre d'or, e-Satis, et courrier sur papier libre transmis à la qualité et numérisé). En diabétologie, le projet d'éducation thérapeutique est très abouti avec implication des aidants (ateliers médicaux et paramédicaux, planning hebdomadaire), éducation thérapeutique. Bien que les patients rencontrés considèrent que les professionnels respectent leur intimité et la confidentialité, certains locaux en la matière ne répondent plus aux attentes actuelles. En réanimation, à la suite des constats des experts-visiteurs, des occultants ont été rapidement installés sur les vitres. Deux boxes de post réanimation, sans toilettes, ne sont plus adaptés et des travaux de rénovations sont programmés pour tout le service. En unité de chirurgie UCA, en raison des contraintes d'occupation et d'architecture, des rideaux ont été installés dans les chambres à plusieurs lits et des paravents sont disposés dans les chambres doubles. Le service de long séjour bénéficie de grandes chambres individuelles adaptées à la mobilité réduite, et l'environnement collectif est adapté en pédiatrie (salles de jeux, aire de jeu extérieure), les chambres disposent de douches pour les grands et de petites baignoires pour les plus petits. Les professionnels sont formés, la présence des parents est facilitée. Pour les parents qui souhaitent prendre leur repas sur place et rester avec leur enfant un micro-onde et un frigo dans une salle dédiée est mis à leur disposition pour les repas. Les parents peuvent aussi accompagner leur enfant au sas du bloc et venir ensuite au réveil. Il existe un circuit d'accueil pédiatrique non programmé prévu en heures ouvrables (8-18h) pour les enfants en semaine. En dehors de ces horaires, il n'existe pas de filière établie et les enfants sont pris en

charge à côté des adultes ; les personnels médical et paramédical s'organisent alors pour « isoler » les enfants et les prendre en charge de façon indépendante des adultes. En soins médicaux et de réadaptation (SMR), l'autonomie du patient en provenance de l'hôpital est analysée en préadmission les mesures éventuelles (par ex : matelas dynamique) sont prédéfinies. Afin de préserver son autonomie, le patient bénéficie d'un environnement adapté à ses difficultés : chambre adaptée au handicap, téléphone à grosses touches, en SMR et SLD une activité d'atelier de prévention des chutes est réalisée par le professeur d'activité physique adaptée (APA). Les rééducateurs physiothérapeutes réalisent aussi un bilan, prodiguent des conseils et adaptent le matériel de marche. En neurologie et court séjour gériatrique, les risques de fausse route sont recherchés, notés dans le dossier et réévalués. Au niveau du secteur des urgences, l'accueil est réalisé par une IOA selon une grille de tri. Le médecin de spécialité est facilement accessible et se déplace si besoin. Les décisions d'orientation tiennent compte des singularités des patients. La présence des proches est facilitée. Il existe un problème potentiel de confidentialité pour les patients arrivant aux urgences qui décrivent au comptoir leur motif de venue aux urgences à l'IAO. En effet, le box initialement dédié à l'IAO a été converti en bureau de consultation et n'est pas toujours disponible pour l'IAO. Afin de préserver l'autonomie, les contentions, y compris les barrières de lits, sont rares. Elles font l'objet d'une prescription médicale et d'une réévaluation quotidienne. Le recours à la contention a lieu après réflexion sur demande du patient ou de ses proches. En psychiatrie, les décisions de contention sont aussi partagées et tracées sur le dossier. Un binôme soignant en lien avec la FERREPSY (Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Occitanie) permet de ré-évaluer (WE compris) le recours aux isolements et contentions. Les patients dépendants bénéficient d'une aide-soignante leur assurant une aide pour les activités de la vie quotidienne. Une diététicienne consulte les patients et s'enquiert des besoins auprès de l'équipe tous les jours. La recherche de la douleur est réalisée plusieurs fois par jour avec des échelles adaptées aux personnes âgées (EVS, Algoplus). La traçabilité est retrouvée dans le DPI. Les antalgiques « si besoin » sont prescrits avec un niveau d'échelle, une réflexion du CLUD est en cours pour supprimer ce type de prescription. En dehors d'une exception rencontrée, la prescription d'antalgique si besoin est appendue à un niveau d'intensité de la douleur qui déclenche l'administration, la réévaluation est tracée. La gestion de la douleur en pédiatrie a fait l'objet de réflexion et d'adaptation : utilisation de gaz Méopa, de crème Emla, de saccharose pour les bébés. Il existe une organisation de visite de service pour rassurer les enfants, sans attente, la pratique de l'hypnose conversationnelle, une prise en charge individualisée, familiarisation avec matériel, recours à l'hypnoanalgésie, et la participation des parents au besoin. En pédiatrie, un des parents peut rester la nuit voir 24/24h avec son enfant, un accompagnement (bénévoles) de scolarisation et de formation préventive (addictions, non-violence, tabacologie) est organisée, le personnel est formé. En chirurgie pédiatrique, les parents accompagnent leur enfant jusqu'au sas de transfert et peuvent sous conditions rentrer en salle de réveil. Selon les situations particulières en pédopsychiatrie, les parents et fratries peuvent être accueillis. Le travail collectif multidisciplinaire permet une connaissance partagée de chaque enfant et le système de référent/soignant par enfant permet une organisation du suivi global de chaque enfant. Dans les situations difficiles, notamment de fin de vie, l'équipe permet un accès élargi hors des horaires de visite, le patient est en chambre individuelle et un proche peut rester dormir. Les diététiciennes mettent une alimentation "plaisir". Ceci, selon les circonstances, est aussi possible en cours séjour gériatrique. Les contrats thérapeutiques en psychiatrie sont régulièrement mis à jour avec la concertation des patients et des parents ces derniers participent ou accompagnent diverses activités (ateliers, sorties...). Dans les divers services des livrets d'information sont remis aux familles concernant la prise en charge, des conseils de vie et d'explications sur la maladie. Dès l'entrée du patient ses conditions de vie ont été évaluées, l'accompagnement en cas de situation de précarité sociale est organisé avec le service social. Chaque secteur d'hospitalisation dispose d'un temps d'une assistante sociale. Si cela le nécessite, les modalités spécifiques de prise en charge en HAD sont présentées et soumises au patient ou à ses proches. Au SSR de Port la Nouvelle, une implication des aidants et de la personne de confiance est concrétisée avec la « réunion dite de synthèse tous les 15 jours » afin d'aborder le retour à domicile (implication de tous les acteurs ; prise en compte des conditions de vie). En SLD, chaque

aide-soignante est référente de 3 patients, le projet de soins personnalisé est agrémenté au fur et à mesure de la prise en charge et validé dans le mois qui suit l'entrée, un service à l'assiette est prévu en USLD grâce à une formation des agents de services hospitaliers. L'adaptation aux soins par la technique MONTESSORI permet le maintien des personnes âgées dans une dynamique de se sentir encore « utile » en préservant leur autonomie. En pédo psychiatrie, le projet de soins individualisé est partagé avec des réunions cliniques pluri hebdomadaire, une régulation régulière et rapprochée par les psychologues : en médiation thérapeutique toutes les 2 semaines pour chaque atelier et en régulation individuelle pour chaque professionnel. Un dispositif mobile pour adolescent intervient également dans le cadre du parcours "enfance en danger" (UAPED = unité d'accueil pédiatrique enfants en danger). Les patients présentant des troubles psychiques ou d'addictologie bénéficient d'ateliers et d'accompagnement pour leur réinsertion sociale. Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie. En cas de nécessité, les conditions de vie et de logement sont évaluées par l'ergothérapeute et l'assistante sociale qui vont parfois au domicile. Des conditions de sortie optimales sont organisées dans les divers services (chirurgie, l'oncologie, les Soins intensifs, médecine interne, Psychiatrie...). Dispositif RAAC, des aides à la sortie d'hospitalisation, et HAD sont en place.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	99%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	98%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	97%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	92%

Les réunions de service permettent une orientation au mieux des patients avec une fluidité des parcours. La prise en charge en SMR est discutée en équipe pluriprofessionnelle. En maternité les protocoles de soins sont suivis et connus des équipes, ils sont élaborés en accord avec le RPO (Réseau Périnatal Occitanie) et avec le CHU de référence (Montpellier). En chirurgie digestive, les procédures de chirurgie bariatrique sont appliquées avec une grande rigueur et une adhésion du patient à toutes les étapes avec un délai de réflexion : préparation au consentement décisions collégiales pluridisciplinaire, programme d'éducation thérapeutique "obésité" préalable, soutien par psychologue, et validation préalable par psychiatre. La pertinence du séjour en SSR est évaluée dès la préadmission (commission d'admission tous les matins médecin-cadre), tout au long du séjour et pour la préparation de la sortie. En court séjour gériatrique, 10% des hospitalisations se font en direct. Le

projet personnalisé de soins est réfléchi en recherchant les conditions de vie sociale. Il est à noter l'intervention des kinésithérapeutes afin de faciliter le devenir du patient du lundi au samedi. Les soins de support sont pour la plupart tracés sur le dossier. Une réunion pluridisciplinaire a lieu tous les matins avec, au besoin, participation de l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP). Le mode de sortie se profile dès l'entrée et est évalué avec l'équipe pluridisciplinaire et l'assistante sociale. Enfin, la date est définie dès la stabilisation médicale et un rendez-vous est pris avec la famille avant la sortie. En long séjour (Pech DALCY), une commission d'admission du secteur hébergement se réunit une fois par semaine (médecins, cadre, secrétaire) pour une réflexion sur la pertinence de l'admission et l'orientation vers le bon secteur, si besoin une consultation de préadmission est réalisée. Le dossier de demande d'admission, les mesures de protection juridique, et divers documents médicaux utiles à l'entrée sont préparés par la secrétaire. Une réunion pluridisciplinaire hebdomadaire fait le point sur les entrées récentes ou la situation de certains patients. Une analyse du transfert vers l'HAD est envisagée lorsque c'est un souhait du patient ou selon les possibilités du projet proposé élaboré en équipe. Cette dernière contacte alors l'équipe d'HAD qui réalise une visite du domicile pour s'assurer de la compatibilité de celui-ci avec une prise en charge au domicile. Pour les prises en charge complexes en UAPED (unité d'accueil pédiatrique enfants en danger), une concertation pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle est mise en œuvre. Elle permet d'échanger sur les situations de façon personnalisée et adaptée au projet de soins. La prise en charge des troubles des conduites alimentaires en UAPED est réalisée par une équipe investie et référente. La solidité de cette équipe avec la collaboration de tous les professionnels fournit des conditions favorables pour une prise en charge experte avec une contractualisation et des conduites à tenir avec des évaluations en continu. En psychiatrie, la pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels, isolement) est argumentée et tracée dans un dossier très complet et réévaluée toutes les demi-journées. L'équipe est extrêmement réactive et disponible avec une optimisation médico économique avec un suivi des DMS. Dans les autres services les contentions sont aussi régulées, évaluées et tracées. La coordination des prises en charge est optimale, particulièrement fluide et réalisée dans l'intérêt des patients. La pertinence de l'orientation du patient par le SAMU est argumentée avec l'équipe des urgences et du SMUR ce d'autant qu'il existe une réflexion d'équipe avec roulement pour les IDE des urgences qui alternent pour les départs SMUR (1/jour). Le dossier préhospitalier est renseigné, le dossier du patient est complet et accessible aux professionnels impliqués y compris concernant les hospitalisations antérieures. La prescription d'antibiotiques est argumentée. Le logiciel demande d'indiquer lors de la prescription si celle-ci est probabiliste ou ciblée, de renseigner le germe en cause. Une alerte de réévaluation est actionnée dans le DPI. Un guide pratique d'antibiothérapie est disponible. Les internes sont formés à leur arrivée. Les médecins ont un accès facilité au service de maladies infectieuses de Perpignan ainsi que des liens avec le service infectiologie du CHU de Montpellier. Un pharmacien est référent antibiothérapie. Lorsque des patients sont opérés de plaies diabétiques profondes en chirurgie vasculaire un praticien expert de à Béziers adapte l'antibiothérapie à la situation du patient. Les praticiens comme les internes ont bénéficié de formation par le SMIT de Perpignan et un projet de formation spécifique sur la thématique du « Pied diabétique » est en cours d'élaboration. La pharmacie en collaboration avec l'EOH réalise annuellement une enquête de prévalence des IAS et du bon usage des antibiotiques, dont les résultats sont présentés en CLIN et en COMEDIMS » La pertinence de la transfusion est évaluée et la délivrance sécurisée, par ailleurs l'EFS s'assure que le nombre de poches délivrées reste cohérente. Au-delà du domaine de l'oncologie, les patients bénéficient d'une réunion de concertation systématique pluridisciplinaire, les diverses RCP, staffs sont quasi quotidiennes permettant d'adapter le projet de soins au fil de l'eau. En maternité, les protocoles de soins sont élaborés et suivis en accord avec le Réseau Périnatal Occitanie) et avec le CHU de référence (Montpellier). Pour la chirurgie vasculaire, le chirurgien est localisé à Béziers. Il peut consulter l'ensemble des informations du patient sur le DPI depuis le CH de Béziers. Les équipes du CH Narbonne et de Béziers se coordonnent pour les soins que ce soit pour l'hospitalisation vers Béziers ou la ré-hospitalisation après chirurgie, la communication est aussi efficiente entre les secrétariats, le bulletin de situation est transmis à la secrétaire médicale du CH de Béziers. Si un patient est hébergé, l'équipe

responsable assure son suivi. Lorsqu'un patient diabétique est hébergé dans une autre unité, l'équipe médicale de diabétologie se déplace suivre le patient. Le service de pédiatrie a articulé différents liens avec d'autres services de l'établissement : Avec la pédopsychiatrie (création de 4 places en pédiatrie pour la pédopsychiatrie) Avec la maternité (néonatalogie), participation à des staffs de périnatalité, de vulnérabilité tous les mois (pédiatrie, maternité et PMI) Liens avec les services d'orthopédie et d'ORL pour héberger en pédiatrie les patients nécessitant des opérations. Service de diabétologie pour les enfants à partir de 12-15 ans. Des liens extérieurs existent : Avec le CHU de Montpellier (formations urgences néonatalogie) Avec le pôle judiciaire pour l'UAPED Un partenariat avec l'institut Saint Pierre de Palavas est en place concernant le diabète. En SLD, toutes les catégories professionnelles sont impliquées pour réaliser des activités en lien avec la bientraitance et maintenir l'autonomie. Dans les services de médecine et réadaptation (SMR), il existe une réunion pluridisciplinaire hebdomadaire avec chacun des 3 médecins tracée dans le DPI, le matin a lieu une réunion IDE-AS et les professionnels de la rééducation qui interviennent sur prescription médicale. L'équipe mobile de gériatrie réalise des bilans selon les recommandations des sociétés savantes et travaille en collaboration avec les services demandeurs. Elle rencontre les patients ainsi que les proches et est en liaison avec les pharmaciens et praticiens de ville. Les patients entrants en court séjour sont présentés sur la plateforme Via Trajectoire et font l'objet d'une concertation pluridisciplinaire, l'équipe de soins de support est constituée de diététicien, assistante sociale, physiothérapeute, orthophoniste et psychologue. En neurologie, la transversalité et la coopération avec les autres spécialités est habituelle, pour exemple en cours d'évaluation un cardiologue, un gériatre sont venus échanger avec la neurologue. Il existe une dimension éthique élaborée et partagée avec l'équipe de soins palliatifs concernant la fin de vie, soit à domicile, soit dans l'unité soit dans les 8 lits en étage. Une excellente entente existe entre tous les professionnels de l'unité depuis les AS à la chef de service. Cette dernière montre un engagement dans les soins quotidiens, le partenariat et la dynamique du projet, enfin les cadres assurent un soutien moral aux équipes. Les différentes équipes ont accès à différents structures d'expertise si nécessaire notamment de soins palliatifs et de douleur. Le recours aux spécialistes et experts permet l'accès à des soins ou des avis comme en chirurgie vasculaire, en infectiologie avec Perpignan ou Montpellier. En hôpital de jour de chimiothérapie, un arbre décisionnel permet le recours d'avis diététiques. Il existe un partenariat public/privé avec l'équipe libérale de radiologie pour les examens radiologiques, les scanners et IRM. (RCP et radiodiagnostics). La coordination en réseau est importante avec les professionnels de proximité de la maladie alcoolique ; inclusion d'ancien patients dans les groupes de paroles. Des ateliers thérapeutiques variés sont proposés par le personnel et les conventions extérieures (avec un art thérapeute, ainsi que par " les jardinots " (anciens cheminots) avec pour le potager thérapeutique utilisation d'un programme de soins national : "Programme PHARE " et d'un programme élaboré par l'HDJ « Info Alcool ». Tous les patients (adulte/enfants) hospitalisés en psychiatrie bénéficient d'un examen somatique à l'admission et d'un suivi ultérieur. La programmation des actes interventionnels est validée en réunion de programmation ; l'intégration des urgences est organisée et connue des équipes. Les délais de reprogrammation sont raisonnables adaptées au cas par cas et à la spécialité. Les informations, entre les secteurs interventionnels et les secteurs de soins, sont portées dans le DPI en temps réel. La check-list est mise en œuvre de façon systématique et adaptée aux plateaux techniques interventionnels en présence des personnes concernées. En sus du programme de récupération améliorée après chirurgie (RACC) il existe un dispositif de coordination Prado pour améliorer la continuité des soins et la recherche de professionnels libéraux pour la sortie au domicile. Les sorties d'hospitalisation vers le CMP sont anticipées sur plusieurs mois pour préparer l'enfant, les parents, les professionnels du CMP. Les informations entre le secteur hospitalier et les professionnels de ville (Médecins, IDE, soins de support) sont anticipés et font l'objet de transmissions à la sortie. De même les interventions soignantes en HAD sont prévues H24, 7/7j. La transition adolescent /adulte est envisagée suffisamment en amont pour en optimiser sa réussite et éviter une rupture dans la prise en charge. La richesse des ateliers mis en œuvre permet de faire évoluer l'enfant selon de nouveaux besoins. Le carnet de santé des enfants hospitalisés en pédiatrie est renseigné à la sortie de l'enfant cependant pour les prises en charge ambulatoires le carnet n'est pas toujours demandé et non renseigné. Le dossier Médical partagé est alimenté. Le dossier

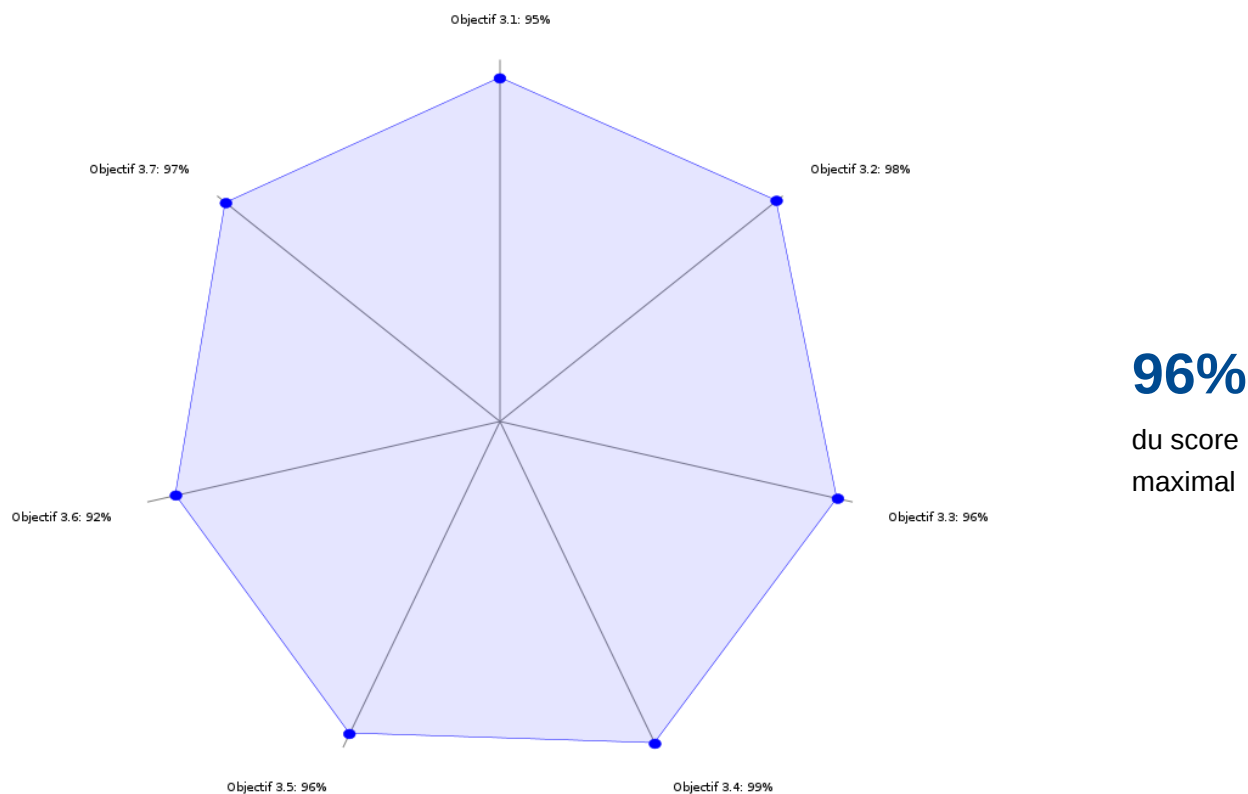
patient est informatisé (DPI) sur l'ensemble de l'établissement, concernant Port la Nouvelle Valls le DPI existe, mais il est différent de celui du CH il est prévu au décours de la fusion des établissements que les applicatifs soit homogénéisés. L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) est bien identifiée par les professionnels comme ressource pour la prise en charge en fin de vie y compris au sein de l'unité initiale. Le dossier du patient est présenté à l'EMSP au regard de son évolution clinique et de ses souhaits y compris de fin de vie à domicile. Le staff mensuel pluridisciplinaire est réalisé avec l'EMSP identifie les facteurs de fragilité à venir selon l'évolution de la maladie. Les ordonnances, la lettre de sortie sont préparées la veille de la sortie et remis au patient à sa sortie, en gynécologie en cas de retour à domicile, elle est directement envoyée au médecin traitant. Les traitements à l'entrée et à la sortie sont généralement reportés sans que l'on retrouve toutefois un réel bilan thérapeutique du patient. Le dossier médical partagé (DMP) est mis à jour mais pas le dossier pharmaceutique (Ordre des pharmaciens, Assurance maladie). Les règles d'identitovigilance sont respectées par les professionnels, les patients ont confirmé le contrôle répété de leur identité, la vérification du site opératoire et le respect de la check-list préopératoire. Les professionnels savent contacter le DIM s'ils ont un doute sur un doublon de dossier et un pictogramme apparaît sur le dossier patient dès qu'il y a un homonyme dans le service. En long séjour, le bracelet d'identification est posé en début de séjour, puis dans le tiroir de la table de nuit ; il est ensuite reposé systématiquement à chaque rendez-vous. En raison du turn-over des professionnels, l'intégration de la photo dans le DPI est en cours de déploiement afin de diminuer le risque lié à l'identitovigilance. Les professionnels connaissent des différentes vigilances et en connaissent les référents, les modalités de réception et de transmission des alertes sont définies. Les prescriptions sont informatisées. L'analyse pharmaceutique est généralisée mais n'intègre pas les informations du Dossier Pharmaceutique du patient (Ordre des pharmaciens, Assurance maladie). La PUI de Port La Nouvelle est approvisionnée par la pharmacie centrale du CH de Carcassonne ; les réceptions se font à la PUI où un pharmacien est présent à mi-temps. Une préparatrice en pharmacie, prépare la dispensation nominative selon les prescriptions pour la semaine sous contrôle du pharmacien. Au CH Vals, le progiciel est paramétré avec alerte pop-up en lien avec la pathologie du patient (adaptation de la forme galénique en cas de troubles de déglutition par exemple), il en est de même pour les réévaluations des traitements antibiotiques. La gestion de demande urgente est sécurisée et possible grâce à un système de coursier qui permet un approvisionnement entre l'Hôtel Dieu et le CH Vals. Le pharmacien peut faire des alertes sur le DPI pour le médecin. La conciliation médicamenteuse est réalisée en UHCD où le pharmacien présent tous les matins, et en chirurgie orthopédique et selon le besoin en SMR. La dispensation est en dotation nominative réalisée par les préparateurs en pharmacie dans des piluliers identifiés au nom du patient (chariots à tiroir). Chaque service a un référent pharmacie, il existe des armoires de dotation gérées par les préparateurs. Les médicaments thermosensibles sont stockés dans des réfrigérateurs avec une traçabilité de surveillance thermique. Celle-ci faisait défaut le WE en hôpital de jour et de semaine ; l'établissement a aussitôt déplacé le stockage dans l'attente d'un téléreport prévu dans ces secteurs. De même, dans certains frigos, la traçabilité de nettoyage n'a pas été retrouvée. Pour les prescriptions hors dotation, les approvisionnements sont faits sous sachet avec l'ordonnance nominative du patient. La pharmacie est organisée pour éviter les ruptures de stock, les professionnels sont informés par note de service lorsqu'un médicament est manquant avec une proposition de substitution. Les traitements personnels des patients sont stockés sous clés dans un sac identifié par l'étiquette patient. L'administration est tracée en temps réel sur le DPI. Toutefois, entre le bloc et la SSPI, il n'existe pas de prescription informatisée ce qui expose aux risques des prescriptions manuscrites et de traçabilité, un logiciel d'anesthésie va être installé. Les médicaments à risque sont sécurisés chacun dans une boîte distincte, avec un logo sur la boîte. Les professionnels (internes, IDE, nouveaux arrivants...) sont formés par la pharmacienne au risque médicamenteux, un quiz est aussi utilisé et un audit est réalisé. Les professionnels témoignent de leur connaissance des médicaments à risque, ils savent les identifier et citer ceux qu'ils utilisent dans leur unité. La liste des médicaments à risques est connue, adaptée par secteur et affichée, elle est complétée notamment pour les antibiotiques de conseils de bon usage, on retrouve aussi un livret sur la morphine, « des réponses à vos questions » (utilisation, différence morphine « rapide » / morphine « retard », effets secondaires, questions

fréquentes). En service, les piluliers sont gardés dans des armoires sécurisées, les portes d'accès ont une ouverture électronique à badge personnel. Les poches de chimiothérapie sont prescrites, contrôlées, sur le logiciel chimio et préparées à Carcassonne, livrées en caisson isotherme avec surveillance de température. Un premier contrôle est effectué à réception à la pharmacie sur la conformité de la commande, un deuxième contrôle est effectué par l'IDE à réception dans le service d'hôpital de jour puis au lit du malade avant administration. Le ok pour administration n'est délivré qu'après validation biologique, médicale et pharmaceutique. Pour la mise en œuvre de chimiothérapies présentant un risque allergique important, les IDE ont un protocole d'intervention spécifique. Les patients âgés bénéficient d'une consultation oncogériatrique avec l'oncologue et l'IDE de coordination de l'hôpital de jour chimiothérapie. Les facteurs de risque de fragilité sont identifiés lors de cette consultation. La réanimation est aussi alertée en amont pour l'administration d'autres produits à risque. Pour les produits à usage externe, un affichage donne les informations sur la durée d'utilisation une fois le flacon ouvert. Concernant les stocks de dispositifs médicaux (DM) une uniformisation des rangements par voie d'abord (modélisation des salles de soins) est débutée en médecine polyvalente et orthopédie. Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle. Le dépôt urgence de sang est situé dans le service de réanimation, il comporte 7 poches qui disposent de LOGTAG permettant d'éviter de les détruire. Les équipes connaissent les prérequis à l'hygiène des mains et les respectent ils ont bénéficié de formations sur la friction hydroalcoolique à l'aide du caisson pédagogique. Des audits, incluant la mise en culture des bijoux, ont été réalisées pour sensibiliser les agents à l'intérêt du non-port de bijoux. Des audits de prélèvements ont été réalisées pour sensibiliser les agents à l'intérêt du non-port de bijoux. De même, une sensibilisation aux opportunités d'hygiène des mains a été réalisée via une application sur le téléphone présentant une situation avec un quiz sur les gestes d'hygiène. L'ICSHA est connu grâce à sa diffusion de façon biannuelle par l'équipe d'hygiène (EOH). Celle-ci forme aussi mensuellement les nouveaux arrivants ainsi que de façon hebdomadaire. Les stagiaires accueillis. Les équipes connaissent les précautions standards. Concernant la gestion des excréta, certains secteurs bénéficient de lave-bassins, une formation a été mise en place pour leur utilisation, lorsque cela n'est pas possible les équipes ont recours à de l'usage unique. Les précautions complémentaires sont décidées sur prescription et mises en place par l'EOH. Le DPI signale par un logo le type de précautions mises en place pour le patient. L'EOH vérifie les mesures en place et fait une rétro-information à l'équipe. En week-end, l'équipe sait accéder aux protocoles sur la gestion documentaire. Les protocoles d'antibioprophylaxie ont été réactualisés récemment conformément aux recommandations de la SFAR de 2024 reportées sur un cahier plastifié disponible dans toutes les salles du bloc. Un audit est réalisé tous les deux ans (dernière itération en 2021). Les audits sur le minutage de l'administration de l'antibioprophylaxie et de ses conformités réalisées montrent un taux de conformité élevé (> 95%). Les antibiotiques sont prescrits selon les recommandations de la SFAR. Le pharmacien anime des temps de flash d'informations en inter équipe ; il participe à un guide mémo médical inter région pour la semaine sur les antibiotiques, il diffuse un quizz. Les médecins anesthésistes forment les internes et jeunes médecins par compagnonnage. Une procédure formalisée est en place sous forme ludique pour les agents de stérilisation (STE-PURSUIT), il a été défini d'un plan de développement des compétences des agents de stérilisation. La stérilisation est labélisée Iso 9001. Concernant les DM Invasifs, il existe un dispositif de traçabilité de la pose, de la réévaluation et du retrait dans le dossier patient. Afin de diminuer le recours aux voies centrales une évaluation des pratiques a été mise en œuvre avec le développement de l'utilisation des dispositifs périphériques dans l'établissement. Les équipes effectuent la préparation préopératoire du patient conformément aux bonnes pratiques lorsqu'il doit être pris en charge dans les salles d'intervention et en cardiologie interventionnelle. En cardiologie interventionnelle, comme au bloc, le protocole d'habillage est formalisé et une affiche est affichée sur la porte. Toutes les IDE sont formées pour pouvoir intervenir dans la salle où sont réalisés les poses de pace maker ou d'holter. Les prélèvements de l'air et des surfaces au bloc opératoire sont réalisés par une société extérieure, suivi et tracé. Dans les zones exposées, l'utilisation des dosimètres et des équipements de protection est respectée, les personnels et le corps médical sont formés selon la réglementation. Pour autant, le patient n'est pas informé des doses de rayonnements qu'il a reçu ni des risques éventuels pour sa santé, seuls les comptes rendus de

scanners et de radio interventionnelle sont reportés dans les CR de radio, le calcul des doses cumulées n'est pas rapporté. La désinfection des endoscopes est centralisée, à l'exception des sondes ETO, pour le service de réanimation des fibroscopes à usage unique ont été mis en place. Les endoscopes propres sont acheminés vers la salle d'examen dans un bac bleu et reviennent dans un bac rouge. Les prélèvements microbiologiques du parc de matériel sont organisés par l'unité d'hygiène. Tout endoscope neuf, en prêt ou de retour de réparation est systématiquement prélevé et séquestré. Les prélèvements des enceintes de stockage et des laveurs désinfecteurs d'endoscope sont organisés. Le retour et le suivi des prélèvements est réalisé par l'EOH en lien permanent avec l'équipe d'endoscopie. La traçabilité de la désinfection est réalisée sur un carnet de suivi papier. En cas de nécessité de rappel de patient par suite d'un risque lié soit à un patient soit à l'endoscope, le rappel est possible. Les protocoles sont disponibles sur la gestion documentaire. Le compte-rendu d'examen comporte la référence de l'endoscope. L'évaluation du risque ATNC est réalisée au moment de la consultation avec le gastro-entérologue. Le personnel a bénéficié de formations externes pour la pré-désinfection des endoscopes. La check-list endoscopie dématérialisée est réalisée de façon collégiale, un coordinateur de check-list est identifié, une IBODE est référente endoscopie. La maîtrise de la dépendance iatrogène commence par des actions de prévention mises en place par les équipes : Décoration selon les saisons et affichage d'une éphéméride quotidienne par les équipes. Prévention des escarres: médecin diplômé pour les escarres; enquête annuelle sur les escarres; tenue d'une fiche du stade des escarres et pansements adaptés. Lutte contre la dénutrition: repas adaptés par la diététicienne en fonction des capacités des patients, leurs préférences et les besoins médicaux. Application des techniques Montessori et humanité évoquées plus haut. En court séjour gériatrique (CSG), un projet DIE (Dépendance Iatrogène évitable) est en place, avec une extension programmée de ce projet au SMR gériatrique. Une EPP en parallèle est envisagée sur le remplissage de la grille d'évaluation en fin de CSG, en début de SSR et en service d'orthopédie. Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé, le taux de vaccination antigrippale est connu par les personnels. En psychiatrie, il existe un plan de prévention partagé des épisodes de violences comprenant la mise en place d'un kit anti-suicide (couverture, drap housse, combi short intégrale), la contractualisation des objets « dangereux », l'utilisation d'une échelle d'évaluation, l'installation à proximité de la salle de soins permettant une surveillance rapprochée. Il existe une chambre d'apaisement à l'étage qui est cependant difficilement accessible pour un enfant en "forte crise". A la maternité, les équipes sont formées à la prévention et la prise en charge précoce de l'hémorragie du post-partum. Dans les salles un chariot HPP contrôlé est organisé avec le matériel nécessaire, l'affichage de l'algorithme de prise en charge de l'hémorragie est disposé de façon visible. Dans le secteur naissance la salle, qui est utilisée pour les césariennes en code rouge est une salle standard dédiée pour les cas suivants : procidence du cordon ou hémorragie maternelle grave ou selon disponibilité de l'équipe de bloc. La surveillance des infections du site opératoire (ISO) sur les césariennes n'a pas démontré de sur-risque lié à l'utilisation de cette salle. Sur les 3 dernières années, 8 infections du site opératoire ont été recensées et 1 seule était un code rouge réalisé sur le secteur naissance. Le schéma directeur comporte la mise en conformité de cette salle lors des travaux d'extension du secteur mère-enfant afin qu'il devienne un bloc obstétrical (secteur dédié, renouvellement de l'air, surpression versus extérieur etc....). La prise en charge du patient en chirurgie ambulatoire répond à des procédures codifiées : constitution d'un dossier ambulatoire avec les consignes et les informations, SMS de rappel du rdv, appel de la veille et du lendemain. La sortie des patients ambulatoires est validée par un médecin après un score d'aptitude à la sortie. Le transport de patients répond aux bonnes pratiques de bientraitance du patient, d'hygiène, et sécurité, les brancardiers sont formés (AFGSU, Hygiène, identitovigilance etc.). Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques l'organisation des réunions permet des retours d'expériences réguliers et chaque quinzaine, le groupe interne GIGN (Groupe d'Intervention Gériatrie Narbonnais) réunit l'ensemble de l'équipe de gériatrie autour de sujets divers pouvant être apportés par tous. En court séjour gériatrique, les enquêtes de satisfaction réalisées en interne ont rapporté par exemple des mécontentements au sujet de la nourriture et des goûts des personnes âgées déclenchant la mise en place d'actions. En médecine polyvalente, l'évaluation sur un échantillon de

patient a permis une réflexion avec un travail sur la prise en charge de la douleur. En réanimation en charge de la gestion des PSL, une évaluation de bonnes pratiques et une étude de pertinence a été réalisée. La rencontre des équipes et les observations révèlent une volonté d'améliorer la prise en charge des patients : hypnose, résonance énergétique par simulation cutanée, sophrologie, casque musical. A la suite de « questionnaires patient » le sas de transfert du bloc bénéficie d'une lumière tamisée, de musique. Les plaintes et réclamations sont connues des professionnels, à la suite du recueil e-Satis et à des réclamations de patients l'équipe a mis en place diverses actions d'amélioration (par exemple paravents dans les chambres). Au SMUR, les plaintes et contentieux sont partagées en équipe, avec la production d'un document qui fait la synthèse annuelle du nombre de plaintes et de leur motif. La discussion en équipe conduit à une réponse systématique de l'encadrement à toutes les plaintes de façon personnalisée. Les indicateurs IQSS sont pris en compte, pour la douleur par exemple l'équipe a systématisé le recueil à chaque « tour de sécurité » pour son amélioration. Un travail est également engagé sur le poids, la pesée est systématisée à chaque entrée et tous les WE. Les équipes connaissent le système de déclarations des événements indésirables et déclarent aussi les presque-accidents, des RMM et des CREX sont réalisées selon la méthode Alarm. En revanche, peu de médecins et d'équipes éligibles connaissent le dispositif d'accréditation. En USIC et UNV, il a été constaté l'absence du registre de refus des admissions en service de soins critiques, le secteur de réanimation tient un registre de refus et analyse le taux de réhospitalisations à 24/72 heures. La check-list est réalisée en plusieurs temps conformément aux bonnes pratiques. Elle est déclinée pour les endoscopies et récemment informatisée. Des audits de conformité de remplissage de la check-list ont été réalisés en 2023. L'équipe du bloc opératoire a mis en œuvre une analyse des No-Go. et le Go, les No Go sont expliqués au patient. La qualité des prescriptions et des modalités de prélèvements est partagée entre les équipes de soins et le laboratoire et l'anatomopathologie avec un suivi des non-conformités avec les équipes et correction. Bien qu'il existe une coopération étroite avec les radiologues libéraux, l'établissement a identifié une problématique sur les délais de rdv et de délai des compte-rendu de radiologie. Actuellement, il n'existe pas de tableau de bord de suivi des délais de rdv, de suivi des délais, ni de réalisation des examens. L'établissement en conséquence a fait l'acquisition d'un système d'information radiologique (RIS) qui sera mis en œuvre à compter du mois de septembre. Concernant les prélèvements d'organes, ou de tissus dans l'éventualité de don d'organes les agents savent qui contacter via la gestion documentaire, ils n'ont cependant pas d'autres informations pour le don de tissus, cornées ... Tous les patients déclarés en mort encéphalique ne font pas l'objet d'une analyse d'éligibilité au don d'organes, par ailleurs il n'y pas d'affiche de sensibilisation du public au don. Un flyer d'information est remis en Réanimation. Un classeur dédié au PMOT est place en Réanimation. Le CH de Perpignan transmet ces documents, en tant que Centre de référence.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	95%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	98%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	96%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	99%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	96%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	92%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	96%

Le CH Narbonne (CHN) initie depuis plusieurs années des conventions inter-structures et des partenariats locaux pour les prises en soins. L'établissement connaît les partenaires installés, il a développé des filières de parcours en gériatrie, psychiatrie adultes et enfants, en gynécologie et obstétrique mais également des filières en lien avec les urgences en « traumatologie, en sport, en diabétologie » ... Une culture d'accueil et de

formation des médecins et des paramédicaux a permis de développer des collaborations dans les soins ville-hôpital-ville. Cette politique d'aller vers se traduit aussi par un maillage avec les médecins des CPTS et les professionnels des maisons de santé notamment dans les villes excentrées entre Narbonne et Perpignan mais également au-delà de Limoux. Les consultations avancées qui sont déployées permettent d'éviter des venues aux urgences avec accès aux soins en moins d'une demi-heure. (Port La Nouvelle, Lézignan-Corbières, Tuchan). Le ROR est alimenté en continu, actualisé au quotidien, le CH participe à la coordination territoriale des parcours des soins urgents et non programmés tous les jeudis. En santé mentale, l'offre de soins du territoire Audois couvre 5 secteurs de Psychiatrie adultes et 2 intersecteurs de Pédopsychiatrie. Le CHN s'occupe du secteur 5 et l'intersecteur 2 de Pédopsychiatrie secteurs enfants. L'équipe participe au travail de déclinaison des 11 fiches d'actions déclinées par le CTSM, PRS 2023-2028. L'équipe participe au travail de déclinaison des 11 fiches d'actions déclinées par le CTSM, PRS 2023-2028. Un maillage avec les médecins de ville facilite la réponse en urgence. Au sein du CH un lieu d'audience permet la présence hebdomadaire du juge des libertés et de la détention. Un « parcours enfance en danger » existe et des réunions de travail régulières ont lieu avec le procureur du tribunal judiciaire de Narbonne ainsi que des liens avec la FERREPSY (La Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Occitanie). Les urgences psychiatriques possèdent une unité de 4 chambres de Post Urgences Médico-Psychiatriques pour permettre une exploration et une orientation réfléchie des patients jusqu'à 72 heures. Le secteur des personnes âgées travaille également en coopération avec la ville. Les patients arrivant pour chute aux urgences bénéficient d'une prise en soins spécifique avec recherche des causes et possibilités de travail commun gériatre-rhumatologue. Le CHN participe au PTSM 2018-2022 avec des animateurs de groupe sur le diagnostic territorial de santé mentale, il existe des conventions avec le secteur médico-social pour fluidifier les parcours et des conventions multi-partenariales en pédopsychiatrie et psychiatrie adulte (Musée NarboVia, Conservatoire, Ludothèque, Jardinot, Réserve africaine de Sigean, moniteurs d'activités sportives (équithérapie, escalade, beach-volley, boxe, et artistiques). Le secteur est en lien avec les RU et l'association UNAFAM (Union Nationale de Familles et amis de personnes malades). L'orientation des malades est systémique, élaborée avec une approche intégrative vers le Centre médico-psychologique (CMP) et les centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP) capables de prendre en charge des mineurs dont les troubles imposent des soins lourds, conséquents et sur le long terme. Un protocole à l'étude a été mis en place permettant sur la base de volontariat et sous couvert d'un minimum d'expérience à certaines infirmières volontaires des urgences /SMUR Narbonne de gagner en autonomie et d'effectuer des transferts secondaires seules sans médecin en fonction de certains critères-patients définis en concertation avec les médecins urgentistes. Les praticiens des urgences participent à la permanence des soins sur le territoire et notamment à la régulation des appels au SAMU (Carcassonne et Quillan). Le maillage avec la ville puis les CPTS n'est pas récent, les professionnels libéraux et hospitaliers se connaissent et des réunions régulières CH/ville favorisent les temps de présentation de nouveaux professionnels avec des échanges d'informations. Tous les professionnels de santé ont l'annuaire des médecins du CHN. Pour les patients entrés pour urgence de traumatologie, une demande partant des urgences vers les consultations permet de caler le rendez-vous pour le patient. De plus, les spécialités sont organisées en lien avec les urgences : filière trauma genoux, filière AVC, filière gynécologie, filière coronarographie-angioplastie... Il existe une filière de soins en urgences pour la gériatrie, 8,8% des entrées ne passent pas par le SAU. Une équipe mobile de gériatrie permet des évaluations sans passer aux urgences et favorise la politique de maintien au domicile des personnes âgées. Une filière d'admission directe pour la personne âgée est en place vers le Court Séjour Gériatrique, l'admission est possible du PUMA (Post Urgence Médecine Aigue) vers le SMR Gériatrique. Le CHN indique avoir été retenu pour mettre en place le Centre de Ressource de Territoire et ce secteur sera ouvert le 1er juin 2024 pour maintenir une trentaine de personnes âgées au domicile. Avec les partenaires de l'établissement (médecins traitants, Ephad, HAD, SMR, USLD...), des modalités existent permettant d'éviter tout transfert immédiat si l'état du patient le permet. Il existe une plateforme téléphonique qui conseille au patient désirant une consultation d'envoyer un mail avec ses coordonnées : il est ensuite rappelé pour calage de la consultation. Il est demandé au patient ne pas

communiquer de données confidentielles au téléphone. L'usage de SPICO discussion permet de partager les informations et les actions autour du patient (messagerie instantanée sécurisée pour tous les professionnels du sanitaire, du médico-social et du social ou bien Domoplaie (télémédecine Cicat Occitanie) permettent des avis de soins spécifiques aux professionnels. L'ancien chef de diabétologie a impulsé la recherche avec création de poste paramédical dédié. Le CHN est sollicité pour la recherche par d'autres établissements mais répond également à des appels à projets. L'hôpital de Port La Nouvelle a des projets ergothérapeute et kinésithérapeute qui doivent être appuyés prochainement avec l'arrivée d'un nouveau médecin. Un projet de recherche sur la spina bifida est en préparation. La promotion de Mon Espace Santé est réalisée aux travers de plusieurs documents remis au patient tel que le livret d'accueil. Les personnels médicaux connaissent les documents qui alimentent le DMP, et savent les consulter. L'utilisation de la messagerie sécurisée de santé est également en place pour la transmission des informations médicales entre professionnels. Le taux d'alimentation du DMP n'est pas connu de l'établissement, et reste un préalable à la rédaction d'un plan d'action permettant de le faire progresser. Concernant l'établissement de Port la Nouvelle en cours de fusion avec le CH de Narbonne, il dispose encore de l'ancien DPI différent de celui de Narbonne. La transmission des dossiers se fait donc par papier. La qualification de l'INS effectuée dans les bureaux d'entrées / sorties est maîtrisée par les personnels administratifs. Les patients et leurs proches ont plusieurs canaux de communication pour communiquer leurs avis, « E-Satis- Hospitalidée » (enquêtes papiers avant sortie) a généré 3000 réponses en 2023. Un outil spécifique est également proposé en réanimation aux visiteurs sur borne WIFI, enfin le service de communication répond aux avis sur internet. Les résultats sont communiqués en bureau de pôle et une fois par trimestre aux cadres et chefs de services. Les suggestions sont prises en compte. Des actions d'amélioration sont menées en lien avec les résultats des différentes expressions de non-satisfaction : en gériatrie un buffet petit déjeuner a été ouvert en libre-service jusqu'à 10h, ainsi qu'un bar à goûter avec musique d'ambiance... Au SMR : à la suite des alertes des patients, la préparation de la sortie concernant la gestion des médicaments a été revue. A Port la Nouvelle une bibliothèque et un jardin thérapeutique ont été mis en place. En psychiatrie (Sainte-Thérèse) une modification de l'organisation des soignants a été réalisée : l'affichage quotidien du nom de l'infirmière affecté à chaque secteur était demandé par les patients. Les associations et les patients participent aux élaborations de programmes d'ETP, à des choix d'amélioration d'accueil et de vie dans les services. L'établissement a contractualisé 3 ETP : Diabète, Obésité et Insuffisance cardiaque. L'établissement compte un patient expert en diabétologie. Lors des journées à thème, des patients partenaires associatifs sont sollicités. Une démarche est en cours concernant la mise en place de PREMS (questionnaire spécifique à la Réanimation) et de PROMS (en lien avec les ETP et des actions ciblées). L'établissement a une communication centrée sur le patient, avec la réalisation de livrets sur l'accueil général à l'établissement et pour certaines disciplines comme USLD ; la pédopsychiatrie ; la réanimation. Des quiz sur les droits des patients ont été créés destinés aux professionnels, mais aussi pour les usagers, ainsi qu'un flyer concernant les traitements personnels. Beaucoup de formations sont tournées vers le patient : dispositif d'annonce en cancérologie, la fin de vie, accueil et prise en charge du patient, communiquer en anglais, l'accueil physique et téléphonique des familles et visiteurs, langue des signes, gestion du stress, relaxation, communication, annonce d'un dommage associé aux soins, syndrome confusionnel et troubles psycho-comportementaux de la personne âgée... La formation sur bientraitance est institutionnelle pour les nouveaux arrivants. Depuis plusieurs mois, en gériatrie, des formations sont en place : « Humanitude », et méthode « Montessori » adaptées aux personnes âgées atteintes de troubles cognitifs, pour travailler sur la bientraitance en équipes pluridisciplinaires avec lien avec les représentants des usagers (RU). Il y a des référents paramédicaux sur la promotion de la bientraitance dans chaque pôle et dans la grille de compétences soignantes la bientraitance est prise en compte. Des groupes de travail avec des actions sur la bientraitance sont gérés par des cadres de gériatrie, soins palliatifs, cardio-neurologie. Concernant le repérage, et la prise en charge, des maltraitements des messages ciblés font partie des intégrations, des stages et des évaluations annuelles sont organisés sur prévention de la maltraitance. Une attention préventive est aussi portée par les cadres sur la fatigabilité, les soins répétitifs. La collaboration avec l'unité médico-judiciaire permet la continuité

des prises en charge lors des agressions avec un logigramme et la conduite à tenir pour optimiser le parcours de soins. Il existe une sensibilisation sur les violences intra familiales via un affichage et mise en place du violentomètre avec les numéros d'appels et un dispositif d'anonymisation. Une commission du handicap a été créée, un projet de formation de 5 personnes ressources handicap présentes dans chacun des pôles, et la formation des personnels d'accueil. La charte Romain Jacob est affichée dans chaque service. Des visites d'accessibilité ont été réalisées et leurs préconisations ont été suivies par la direction du CHN. Leurs priorités sont l'accueil des mineurs et handicapés au sein des urgences et de faire améliorer l'accueil des mal voyants (accessibilité ascenseur) et des personnes malentendantes (système d'appel en chambre). Il n'y a pas de repères au sol dans les couloirs ni sonore dans les ascenseurs pour les non-voyants et mal entendants. Les salles du CMP adolescent qui se trouvent à l'étage sont accessibles par un escalier étroit donc inaccessible à un adolescent en fauteuil, un projet de construction de 2300 m2 en cours de validation résoudra cette problématique. La collaboration étroite avec les services sociaux favorise l'accès aux soins, le Centre Hospitalier dispose d'un service de PASS. Le pôle médico-judiciaire créé permet d'accompagner à partir des urgences les femmes et les familles soumises aux violences intrafamiliales. Il existe également un dispositif d'accueil pédiatrique pour les enfants en danger. Un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD 50 lits) à destination des personnes âgées du territoire est en place. Le patient a accès gratuitement à son dossier et les délais (7 jours) sont suivis par la juriste en relation avec les usagers. Elle rétro-informe la CDU sur les demandes. Un temps d'IDE est dédié à la recherche clinique en diabétologie, des essais cliniques médicamenteux sont conduits sur le CHN : 1 étude clinique clôturée en 2023 et 1 en cours en 2024 Les représentantes des usagers (RU) participent à des actions qualité (patient traceur) ainsi qu'aux réunions institutionnelles, commissions et aux réunions départementales en lien avec les choix stratégiques. Elles rapportent avoir un contact franc avec la cellule juridique et la direction qualité. Elles sont associées et écoutées pour les choix institutionnels comme pour le nouveau plateau des consultations, où la fluidité désirée a été mise en œuvre avec des évolutions de préadmission et une efficience de l'usage du parking. Il n'est pas trouvé de projet des usagers en tant que tel mais un projet initié par les RU est entrepris depuis quelques mois sur le sujet du handicap. Les RU participent aux journées sécurité et journées à thème et aux actions institutionnelles : informations auprès des étudiants en soins infirmiers. Elles sont invitées à la commission éthique mais ne peuvent s'y rendre. Il existe une politique d'amélioration continue de la sécurité des soins collective associant les représentants des usagers et les instances des établissements. (CH Narbonne, Lézignan et Port la Nouvelle). Il existe une charte de non-sanction pour encourager le signalement des événements indésirables. Les professionnels savent citer les actions d'amélioration liés à leur activité professionnelle pour exemple en l'USLD la réorganisation de la prise en charge du linge des résidents a été mise en œuvre à la suite des plaintes et de multiples FEI. Ils évoquent également le projet d'insertion de la photo du patient dans le DPI pour pallier le risque lié à l'Identitovigilance. A la suite de réclamations, des actions d'amélioration pour l'envoi des lettres de liaison ont été mises en œuvre afin d'améliorer les délais : dictée vocale-envoi à partir du DPI ; la formation pour toutes les secrétaires est en cours. Une mutualisation des secrétaires permet de poursuivre le travail selon les absences. L'évaluation de la culture qualité est réalisée, l'approche est pédagogique au travers des REX et RMM avec le rappel systématique des objectifs de la démarche qualité aux professionnels. Au bloc, pour permettre l'adéquation entre ressources et activité, l'établissement a recours à l'intérim (IBODE) si besoin. Pour adapter les ressources, la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux est promue et organisée. Les professionnels connaissent bien les modalités de remplacement et sont dans une démarche spontanée d'entraide qui favorise largement la cohésion et le travail en équipe. La gestion des ressources est bien encadrée, la recherche de solution en cas de difficultés est connue et partagée comme l'illustre la mise en commun récente des équipes IDE de psychiatrie (Sainte-Thérèse) entre le secteur fermé et le secteur en hospitalisation libre. Les deux équipes étaient antérieurement séparées ce qui pouvait entraîner des tensions entre équipes et de l'aveu des professionnels, la fusion a permis aux équipes de mieux se connaître et d'améliorer le partage d'information pour les patients. Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management et peuvent suivre diverses formations :

Formation QVT, leadership, gestion de projets. Le baromètre social a été réalisé avec l'ANFH et présenté à toutes les instances et au personnel permettant un accompagnement QVT sur les axes d'amélioration identifiés. Une impulsion de la démarche QVT est donnée par la direction en associant les chefs de pôles et les cadres supérieurs. Des référents QVT, handicap, laïcité ont été identifiés. Au-delà d'un plan de formation institutionnel, l'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences comprenant une offre spécifique de formation et de développement professionnel ; la mise en place du Co - développement en interne s'inscrit dans ce contexte. Le codéveloppement professionnel, espace collaboratif d'apprentissage est une approche pédagogique ouverte entre professionnels. La gouvernance impulse et soutien des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe ainsi les primes d'engagement collectif ont donné lieu à de nombreux projets déposés par les équipes avec l'appui de la Direction Axes portant sur la QVCT et la qualité/sécurité des soins. Une autre illustration de cette démarche collective est retrouvée dans l'accréditation d'équipe de la réanimation obtenue en janvier 2024 qui a valorisé le travail de chacun. Le "SEGUR de la santé" a permis de développer l'engagement collectif avec la soumission de plusieurs projets, ce qui a permis une forte mobilisation des équipes. Des actions sont déployées vers les soignants : appréciation de sa qualité de vie et des conditions de travail, suivi du baromètre social, suivi de l'absentéisme par service, lancement d'une démarche QVCT avec l'ARACT. Une commission de maintien et de retour à l'emploi a été mise en place. Les formations et l'accompagnement des parcours professionnels sont abordés au décours des entretiens professionnels, avant l'entretien professionnel, l'agent effectue une auto-évaluation de ses compétences sur le support GESFORM. Il existe une "fresque de la diversité" pour lutter contre toutes les discriminations et une politique de lutte contre les violences sexistes et sexuelles a été déployée. Une charte de coopération anesthésiste/chirurgien a été élaborée afin d'optimiser les relations. Des séances CRV (casque de réalité virtuelle) avec des scénarios définis sont mis en place pour favoriser l'implication des professionnels dans la qualité des prises en charge. Des protocoles de coopération ont été faits, par ex sur la réalisation des ECG par les AS en cardiologie et au SAU. Les promotions professionnelles accessibles se traduisent par des postes d'infirmiers en pratiques avancées : un en pneumologie/ cardiologie (coordination des soins), un en Gériatrie sur les fragilités, et 4 en formation (urgences, diabétologie, pédopsychiatrie) L'établissement participe à l'espace de réflexion éthique régional. Il existe des formations sur l'éthique au plan de formation, les professionnels connaissent le comité éthique, ce dernier peut contribuer à analyser collectivement d'éventuelles FEI. En cas de questionnement ils peuvent avoir recours à la psychologue et à l'équipe mobile des soins palliatifs et ils connaissent le référent éthique. Bien que les professionnels n'aient pas fait état de problèmes, en cas de difficultés interpersonnelles et des conflits ils peuvent bénéficier de rencontres avec la psychologue du travail les réunions en équipes permettent ainsi aux personnels de s'exprimer. Les équipes de prise en charge de situations difficiles peuvent bénéficier de l'appui de la psychologue. Celle-ci passe en hôpital de jour de façon systématique une fois par mois, les professionnels savent qu'ils peuvent bénéficier d'un suivi par celle-ci. Un point particulièrement remarqué est le passage de la psychologue du travail dans les unités la nuit de manière systématique et plus si besoin, cette démarche est fortement appréciée par les agents. Les professionnels de nuit ont des informations sur la qualité par le CDS de nuit. Les afflux de patients ponctuels ou de saisonnalité peuvent être gérées depuis le secteur UHCD des urgences qui s'élargit sur le secteur PUMA : des chambres deviennent des box ; le personnel est en nombre sans recours aux intérimaires. L'évaluation des risques professionnels (document unique évaluation des risques professionnels, DUERP) est réalisée au décours des visites par le préventeur avec la psychologue du travail et les organisations syndicales, le DUERP est accessible sur Intranet. Concernant la prévention d'atteinte aux des biens et personnes, il existe dans certaines chambres des coffres, en l'absence les dépôts sont organisés avec inventaire. Les secteurs sensibles sont sécurisés, les accès sont fermés la nuit et il existe une société de surveillance avec un agent de sécurité aux urgences en H24, 7 jours sur 7. La gestion des tensions et des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) est maîtrisée. L'établissement a démontré son savoir-faire dans divers accidents et sa collaboration lors de la crise sanitaire. La cellule de crise est identifiée, le plan Blanc actualisé, la disponibilité des fiches réflexes et le rappel pour le personnel du centre 15 de régulation médicale sont organisés. Le CHN participe aux exercices

annuels préfectoraux (dont NRBC) avec les mobilisations en rapport, et des RETEX réalisés. Le CH de Narbonne s'est fortement investi dans une démarche de développement durable, après un autodiagnostic et l'installation d'un comité de pilotage les différentes mesures lui ont permis d'obtenir le label THQSE pour le service Maternité – Niveau Or en 2022 puis le label THQSE pour tout le CH de Narbonne – Niveau Or en 2023. Parmi les actions, on peut citer la mise en place d'une éco-conception des soins (éviction du plastique, biberon en verre offert, nettoyage des sols à la vapeur microfibrilles + vinaigre blanc, éviction des détergents) et le Green bloc : mise en place de filières de tri des déchets (aluminium, papier valorisé SPA, Emmaüs, diminution des DASRI de 15% au bloc). Le développement durable est en place avec tri sélectif et une seconde vie pour le matériel type fauteuil roulant, cadres de marche donnés à une association HUMAMED, livret d'accueil comportant tous les éléments sous forme plastifiée, lavable et réutilisable... En cas d'urgence vitale, les équipes font appel au numéro unique affiché : le 15 directement qui déclenche le médecin SMUR disponible de l'hôpital le délai moyen est de 3 à 4 min. Le chariot d'urgence est vérifié mensuellement selon un planning élaboré pour l'année par la référente urgences vitales permettant à l'ensemble des binômes AS-IDE de vérifier et de s'approprier le chariot d'urgence. Les professionnels sont formés par une équipe de formateurs certifiés AFGSU et bénéficient de mise en situation (Simulation d'un ACR) une grille d'évaluation des compétences est remplie. Toutefois, il n'existe pas de registre de traçabilité de la mobilisation pour les urgences vitales sur le CHN. Il est mis en place sur PLN. Les résultats des indicateurs IQSS sont présentés aux bureaux de pôle, et aux instances CDU, COGERI, CME, CSIRMT, en réunion d'encadrement et aux équipes lors des rencontres. Un plan d'action d'amélioration est mis en œuvre et intègre les actions issues de l'analyse des indicateurs qui sont aussi affichés par secteur. L'équipe qualité et les cadres ont depuis deux ans relancé la culture positive de déclaration des EI. L'ensemble des personnels déclare ; une analyse trimestrielle est réalisée avec la direction qualité avec rétro information en réunions d'équipe. Il est possible d'avoir accès à une cellule psychologique. En cas de dommage liés aux soins, le patient et la famille sont informés par le médecin responsable qui renseigne le dossier. La cellule d'analyse des EI a lieu tous les deux mois, les RU, les cadres supérieurs de santé, la direction des soins et les directions fonctionnelles y participent. La synthèse des EI ainsi que les EIG sont présentés en CDU. Le REX est réalisé hors service avec l'ensemble des personnes invitées ; au préalable la DQ transmet aux personnes concernées les premiers éléments classés afin de permettre d'initier la réflexion de chacun. Les règles déontologiques sont rappelées en début de réunion. Chacun peut s'exprimer ; la méthode utilisée, connue de l'équipe est la méthode ALARM. Le plan d'action est validé collectivement et il est suivi selon l'échéancier par la Qualité. L'encadrement assure la mission de Bed Manager afin de connaître en temps utile la disposition des lits. L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement ; le chef de service de réanimation est accrédité. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à améliorer la prise en charge des enfants (accueil aux urgences, accessibilité de la chambre d'apaisement et du CMP en psychiatrie, utilisation du carnet de santé en UCA).

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	110781010	CENTRE HOSPITALIER DE PORT LA NOUVELLE	150 rue Frédéric de girard 11210 Port-La-Nouvelle FRANCE
Établissement géographique	110000262	CENTRE HOSPITALIER FRANCIS VALS	150 rue Frédéric de Girard BP 71 11210 Port La Nouvelle FRANCE
Établissement géographique	110006996	CH NARBONNE HJ PSY ADULTE ALCOOLIQUE	911 rue mascara 11100 NARBONNE FRANCE
Établissement principal	110000056	CENTRE HOSPITALIER DE NARBONNE - HOTEL DIEU	Boulevard du docteur Iacroux 11108 Narbonne FRANCE
Établissement géographique	110781283	CH NARBONNE USLD PECH DALCY	15 rue marcellin boule 11100 NARBONNE FRANCE
Établissement géographique	110788114	CH NARBONNE - HOPITAL DE JOUR BROSSOLETTE	26 avenue de bordeaux 11100 Narbonne FRANCE
Établissement géographique	110787256	CH NARBONNE HOPITAL DE JOUR ELISE SAUNIER	10 rue henri dunant 11100 Narbonne FRANCE
Établissement géographique	110781291	CH NARBONNE - CLINIQUE STE THERESE PSY-ADULTES	1 rue simon castan 11100 Narbonne FRANCE
Établissement géographique	110002953	HOPITAL DE JOUR DE PSYCHIATRIE ADULTE	9-11 rue mascara Ch narbonne 11100 Narbonne FRANCE
Établissement géographique	110003381	CH DE NARBONNE -CMP INFANTO-JUVELNIE	3 cite jean moulin 11200 Lezignan-Corbieres FRANCE
Établissement géographique	110005246	SSR GERIATRIQUE - ETABLISSEMENT "LES QUATRE FONTAINES"	Zi la coupe n°20 Rue nicolas leblanc 11100 NARBONNE FRANCE
Établissement géographique	110003308	CH NARBONNE - CMP ADULTE PORT LA NOUVELLE	129 rue de la mairie 11210 Port La Nouvelle FRANCE
Établissement géographique	110788072	CH NARBONNE CMP PSY INFANTO-JUVENILE	12 rue henri dunant 11100 Narbonne FRANCE

Établissement géographique	110788080	CH NARBONNE CDAG	5 rue du bois rolland 11100 Narbonne FRANCE
Établissement juridique	110780137	CENTRE HOSPITALIER DE NARBONNE	Boulevard du docteur Iacroux 11108 Narbonne FRANCE
Établissement principal	110000056	CENTRE HOSPITALIER DE NARBONNE - HOTEL DIEU	Boulevard du docteur Iacroux 11108 Narbonne FRANCE
Établissement géographique	110781283	CH NARBONNE USLD PECH DALCY	15 rue marcellin boule 11100 NARBONNE FRANCE
Établissement géographique	110788114	CH NARBONNE - HOPITAL DE JOUR BROSSOLETTE	26 avenue de bordeaux 11100 Narbonne FRANCE
Établissement géographique	110787256	CH NARBONNE HOPITAL DE JOUR ELISE SAUNIER	10 rue henri dunant 11100 Narbonne FRANCE
Établissement géographique	110781291	CH NARBONNE - CLINIQUE STE THERESE PSY-ADULTES	1 rue simon castan 11100 Narbonne FRANCE
Établissement géographique	110002953	HOPITAL DE JOUR DE PSYCHIATRIE ADULTE	9-11 rue mascara Ch narbonne 11100 Narbonne FRANCE
Établissement géographique	110003381	CH DE NARBONNE -CMP INFANTO-JUVELNIE	3 cite jean moulin 11200 Lezignan-Corbieres FRANCE
Établissement géographique	110005246	SSR GERIATRIQUE - ETABLISSEMENT "LES QUATRE FONTAINES"	Zi la coupe n°20 Rue nicolas leblanc 11100 NARBONNE FRANCE
Établissement géographique	110003308	CH NARBONNE - CMP ADULTE PORT LA NOUVELLE	129 rue de la mairie 11210 Port La Nouvelle FRANCE
Établissement géographique	110788072	CH NARBONNE CMP PSY INFANTO-JUVENILE	12 rue henri dunant 11100 Narbonne FRANCE
Établissement géographique	110788080	CH NARBONNE CDAG	5 rue du bois rolland 11100 Narbonne 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	Oui
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)	Oui
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Oui
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	Oui
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	4,877
Nombre de passages aux urgences générales	42,874
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	188
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	49
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	19
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	14
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	14
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	1,890
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	16
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	25
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	9
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	30
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	90
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	4
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	49

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	49
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	20
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	38
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	8,975
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	6,057
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	15,032
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	8
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
3	Parcours traceur		Médecine Soins de longue durée Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
4	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
6	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
7	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
8	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
9	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	

10	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
11	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
12	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
13	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
14	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
	Patient		Soins Médicaux et de Réadaptation	

15	traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
16	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
17	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
18	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
19	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte 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	Parcours traceur		Médecine Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
22	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
23	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
24	Traceur ciblé			EI
25	Traceur ciblé			EI
26	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière	

			Programmé Tout l'établissement	
27	Traceur ciblé			EI
28	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
29	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
30	Traceur ciblé			SAMU/SMUR
31	Traceur ciblé			"Prescription PSL
32	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
33	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie et Per opératoire
34	Audit système			
35	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
36	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
37	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable

38	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
39	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os ou injectable
40	Audit système			
41	Audit système			
42	Audit système			
43	Audit système			
44	Audit système			
45	Audit système			
46	Audit système			
47	Audit système			
48	Audit système			
49	Audit système			
50	Audit système			
51	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète	

52			Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
53	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
54	Parcours traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
55	Audit système			
56	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
57	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

58	Audit système			
59	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
60	Audit système			
61	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
62	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
63	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
64	Audit système			
65	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
66	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Parcours		Chirurgie et interventionnel	

67	traceur		Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
68	Audit système			
69	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
70	Audit système			
71	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
72	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
73	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

74	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
----	-----------------	--	--	--

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

