



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE NATIONAL
D'OPHTALMOLOGIE
DES QUINZE VINGTS**

28 rue de charenton
75571 Paris



Validé par la HAS en Juillet 2022

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 2022

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	18
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	19
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	20
Annexe 3. Programme de visite	24

Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS : les experts-visiteurs. Cette procédure quadri-annuelle, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique.

La certification constitue une des modalités de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par les établissements. Elle y favorise également la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle.

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluée par l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

Une évaluation qui s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers...

Chaque établissement de santé est évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur des critères spécifiques relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD).

Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS, comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification;
- des critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, si une évaluation de l'un de ces critères est négative pour un ou plusieurs de ses éléments d'évaluation, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification de l'établissement.
- des critères avancés correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils correspondent potentiellement aux critères de certification de demain et sont valorisés pour les établissements qui peuvent y répondre sous condition d'un niveau minimal sur l'ensemble des critères standards et impératifs.

| ... et sur des méthodes

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite de l'établissement par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport de visite articulé en cohérence avec les 3 chapitres du référentiel.:

- Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés au soin. Les analyses des événements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.
- Le troisième chapitre concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

Cette structuration permet l'analyse croisée entre le résultat pour le patient, les pratiques mises en œuvre par les équipes de soins et la dynamique impulsée par la gouvernance de l'établissement et du groupement, le cas échéant.

| Une décision et un rapport rendus publics

Sur la base du rapport de visite, complété d'éventuelles fiches d'anomalies et des observations de l'établissement, la HAS adopte le rapport de certification et rend une décision. La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans qu'elle peut assortir d'une mention ;
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure dans un délai maximum de deux ans ;
- une décision de certification sous conditions ; une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai compris entre six et douze mois. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS constate si l'établissement a rempli les conditions pour être certifié. Elle prononce alors une décision de certification, avec ou sans mention, ou une décision de non-certification.

Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'établissement.

L'établissement doit en assurer la plus large diffusion interne. Il doit notamment la porter à la connaissance des instances délibérantes, de la commission ou conférence médicale d'établissement et de la commission des usagers.

Ce rapport de visite est produit par l'équipe des experts-visiteurs dans un délai d'une quinzaine de jour après la fin des évaluations et de la réunion de restitution, il est transmis à l'établissement pour que celui-ci puisse formuler ses observations. Il sera remis également à la HAS et fera partie des éléments de référence pour l'élaboration du rapport de certification

Décision

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'établissement.

Présentation

CENTRE NATIONAL D'OPHTALMOLOGIE DES QUINZE VINGTS	
Adresse	28 rue de charenton 75571 Paris Cedex 12 FRANCE
Département / Région	Paris / Ile-de-france
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	750110025	CENTRE NATIONAL D'OPHTALMOLOGIE DES QUINZE-VINGTS	28 rue de charenton 75571 Paris Cedex 12 FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

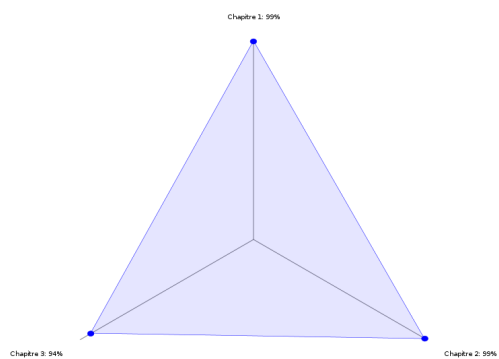
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

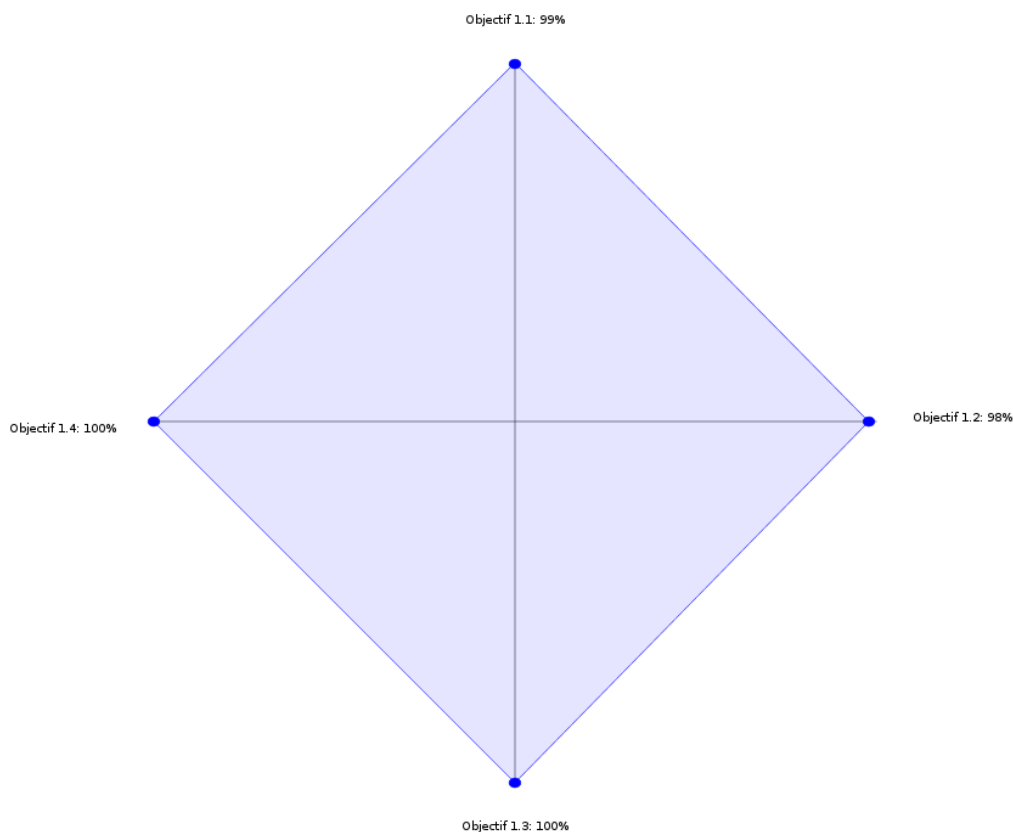
Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Tout l'établissement
Urgences

Au regard du profil de l'établissement, **111** critères lui sont applicables

Résultats



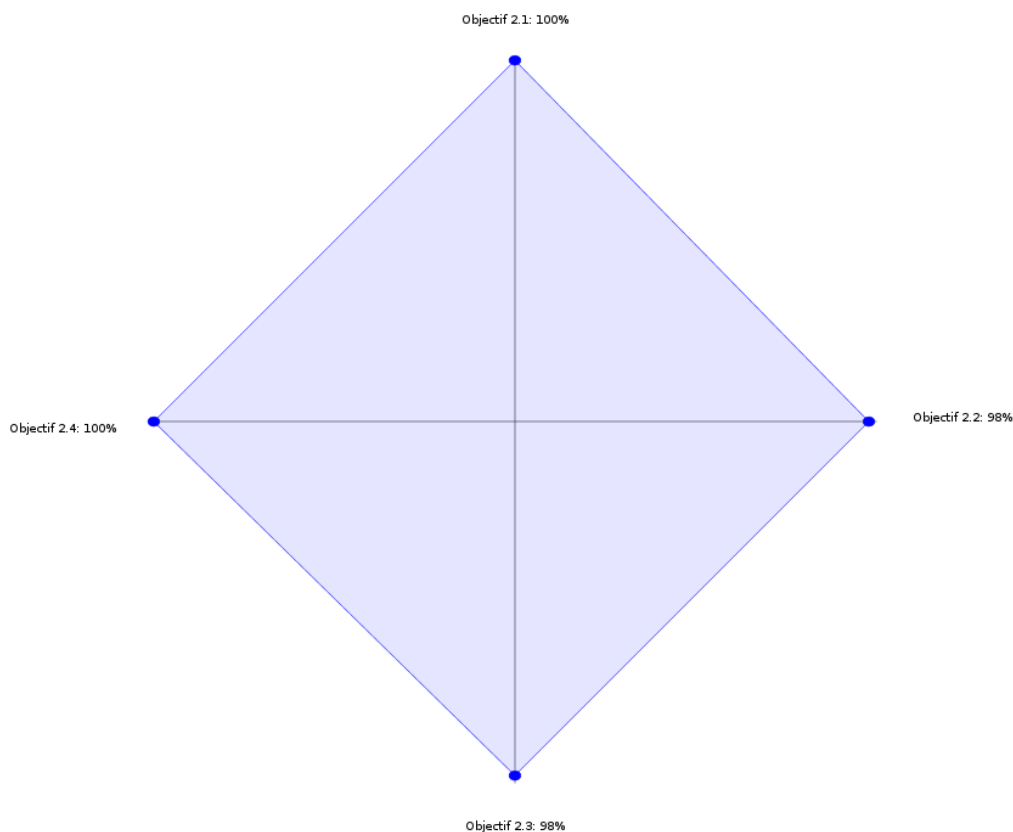
Chapitre 1 : Le patient



Le patient est informé sur ses droits au travers du livret d'accueil remis au moment de l'admission et des affichages positionnés dans les services, contenant différentes chartes, la charte de la personne hospitalisée ainsi que la charte Romain Jacob, et documents d'informations obligatoires. Le livret d'accueil est accessible de manière audible sur le site de l'établissement. La compréhension par le patient et son implication dans le projet de soins sont recherchées. Concernant l'accès à ces informations, des modalités sont définies. Les patients sont informés et les délais de traitement sont suivis et analysés lors de staffs hebdomadaires. Le consentement libre et éclairé du patient est recueilli. L'enfant ou adolescent est invité à exprimer son avis. Les parents ou titulaires de l'autorité parentale sont impliqués dans le projet de soins. Sauf contre-indication, leur présence auprès de l'enfant est systématiquement recommandée. La personne de confiance est toujours recueillie et tracée dans le dossier patient. Les directives anticipées sont recueillies et explicitées si besoin. En prévision de sa sortie, le patient reçoit l'information sur son traitement et le suivi de son hospitalisation. Les patients sont informés de l'existence de la Commission des Usagers et du rôle de ses représentants. Ils peuvent joindre en direct un représentant des usagers pour les accompagner si nécessaire dans les démarches. D'une manière générale le patient est invité à compléter les questionnaires de sortie et à répondre à l'enquête nationale de satisfaction e-satis. Les contraintes structurelles de locaux (anciens et en partie vétustes ou inadaptés à la croissance de l'activité) ne permettent pas aux patients de bénéficier de conditions d'accueil et de prise en charge respectant la dignité et l'intimité dans certains services (Urgences,...). Les équipes et la gouvernance ont conscience de ces difficultés et veillent à les compenser autant que possible par une politique d'aménagement des locaux, d'entretien et de maintenance d'une part et des pratiques favorisant le respect du patient d'autre part. Un projet de travaux de rénovation est validé pour remédier à la vétusté des unités. Les

enfants et adolescents bénéficient d'un environnement adapté et de professionnels formés spécifiquement. Une attention forte est portée pour éviter la perte d'autonomie des patients âgés dépendants quel que soit le service dans lequel ils sont hospitalisés. Une décision prise au cours de la visite permettra aux personnes arrivées en urgence de disposer d'un nécessaire de toilettes. D'une manière générale, les patients bénéficient d'une prise en charge axée sur le retour à une autonomisation de façon très précoce dans leur parcours de soins. La majorité des séjours est réalisée en ambulatoire (90% en février 2022). La mise en place d'une contention mécanique se fait sur décision médicale. Elle est prescrite et une information est délivrée au patient et à la personne de confiance. Elle est tracée dans le dossier du patient. Le patient est sollicité pour évaluer sa douleur à l'aide d'échelles de mesure adaptées à sa compréhension. L'apport des proches ou aidants est recherchée. Leur présence est facilitée. Quel que soit le service où il se trouve, le patient en situation de précarité bénéficie d'une orientation vers une assistante sociale dès le début du séjour afin de mettre en place un accompagnement et permettre des conseils adaptés. Les patients vivant avec une maladie chronique ou un handicap bénéficient d'une attention particulière dès le passage par les urgences jusqu'à la préparation à la sortie d'hospitalisation. La personne âgée arrivée par les urgences est incluse sur le circuit court pour limiter les temps d'attente. Des actions sont réalisées pour assurer un accueil des personnes à mobilité réduite (identification au maximum en amont de l'admission des besoins ; places de stationnement, rampes d'accès).

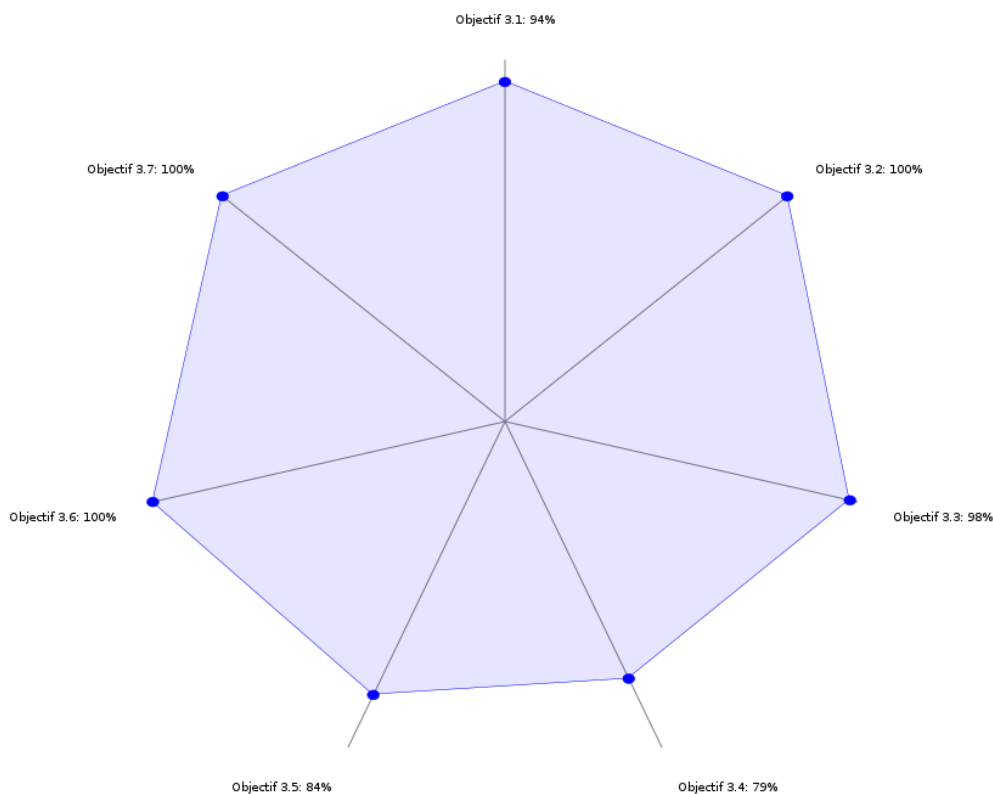
Chapitre 2 : Les équipes de soins



Quel que soit le service, les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluri professionnelle et pluridisciplinaire. Dans l'ensemble des services, la pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée. Elle fait l'objet d'échanges réguliers en équipe permettant de prendre en compte la réflexion bénéfiques risques partagée avec le patient ou la personne de confiance et les recommandations de bonnes pratiques. L'antibiothérapie et l'antibioprophylaxie sont spécifiques à l'ophtalmologie. Elles sont protocolisées et réalisées avec le concours d'un infectiologue. L'antibiothérapie est systématiquement réévaluée entre la 48ème et 72ème heure. Cette réévaluation est tracée. Les équipes peuvent s'appuyer sur l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène, EOH, les référents hygiène de chaque service et les différents vigilants. Les professionnels connaissent les types d'hygiène des mains et utilisent préférentiellement la friction hydro-alcoolique conformément à ses indications. Le zéro bijou est respecté par l'ensemble des professionnels. Aux urgences, le patient bénéficie d'un accueil et d'une orientation par des professionnels formés. Bien que les locaux ne soient pas totalement adaptés au respect de l'intimité et de la confidentialité, au vu de l'augmentation du nombre de passages, les équipes ont engagé un travail sur l'optimisation des flux et des temps d'attente, la prise en compte du handicap ou des personnes vulnérables, la présence des parents ou des proches. Le dossier du patient informatisé est en cours de déploiement, accessible aux professionnels impliqués. Il favorise la coordination du parcours patient. Néanmoins, l'utilisation de plusieurs logiciels différents pour lesquelles les interfaces ne sont pas encore opérationnelles peut créer des dysfonctionnements dans la continuité de la prise en charge médicamenteuse. Comme cela avait déjà été relevé lors de la visite V2014 en 2016, il a été constaté au moins une retranscription infirmière en post opératoire. Le support unique prescription/administration n'existe pas en per opératoire. Il existe en post opératoire. Toutefois, malgré ce support et la prescription

conforme, la traçabilité de l'administration ne permet pas l'identification systématique des IDE. Ce dysfonctionnement, confirmé par les équipes de la pharmacie, constitue un facteur de risque identifié que l'Informatisation prévue du DPI pourra résoudre. De nombreuses actions ont été mises en place pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse. Les médicaments à risque sont identifiés et stockés dans des armoires sécurisées, selon des règles connues des professionnels. Chaque service a sa liste de médicaments à risque à partir de la liste institutionnelle des médicaments à risque. Les professionnels connaissent les modalités d'accès à des médicaments en urgence. Certains collyres sont stockés dans la chambre du patient dans un sac isotherme pour y accéder facilement. Pour maintenir la bonne température, des pains de glace sont mis dans le sac, et changés dans la journée selon un protocole. Toutefois, il n'est pas retrouvé la traçabilité de ce changement. La conciliation médicamenteuse est mise en œuvre pour les situations les plus à risques. La programmation opératoire prend en compte la priorisation des urgences. Au bloc opératoire, les modalités de réalisation de la check-list sont analysées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration pilotés par le Conseil de Bloc et dont les effets sont mesurés en temps réel. L'analyse des écarts de programmation est également réalisée en temps réel par le chef de bloc qui est en contact direct avec les opérateurs pour des réajustements instantanés. L'environnement au bloc opératoire est conforme en matière de propreté, hygiène et maîtrise du risque infectieux. Les équipes connaissent les règles à respecter en matière d'identitovigilance quelle que soit l'étape du parcours de soins du patient. Celui-ci dispose d'un bracelet d'identification pour sécuriser sa prise en charge. Pour les urgences vitales, les équipes disposent dans les services d'une liste de médicaments d'urgence assortie des dilutions et posologies pour gagner en rapidité de récupération. Le projet de soins est élaboré en équipe. Les facteurs de risque de dépendance iatrogène liée à la prise en soins de la personne âgée sont recherchés et tracés par l'équipe. La procédure d'urgence vitale est connue des professionnels. Le matériel est disponible et vérifié. Les équipes bénéficient d'un suivi vaccinal par la médecine du travail et sont sensibilisées à l'importance des vaccinations. Une coordination des transports internes de patients est en place, les professionnels sont formés. Ils informent les patients de leur destination et des horaires de transport. Les équipes sont destinataires des résultats des indicateurs qualité sécurité des soins nationaux et des actions institutionnelles engagées, qu'elles sont chargées de décliner dans leurs services. Cette première approche est complétée dans certains secteurs par des indicateurs cliniques spécifiques. Les professionnels connaissent l'outil de déclaration des événements indésirables liés aux soins. La démarche d'incitation à la déclaration reste à promouvoir, surtout concernant les équipes de nuit. Les événements indésirables graves sont analysés et font l'objet d'actions correctives. Une cellule centralisée de gestion des événements indésirables est en place et assure une priorisation et un suivi des événements indésirables associés aux soins, en lien avec les équipes. Ces dernières bénéficient si besoin, d'un soutien méthodologique pour la réalisation des analyses de causes approfondies ou RMM. La culture du travail en équipe est développée. Elle est valorisée au niveau du service, du pôle ou transversal du CHNO, au travers de la réalisation de CREX, Staff, analyse de pratiques, travail sur la pertinence, etc.

Chapitre 3 : L'établissement



Un maillage territorial développé par l'établissement permet d'assurer la coordination des parcours et la continuité des soins. L'hôpital des 15-20 est le centre de référence de l'ophtalmologie reconnu en France et à l'international. Il est au cœur d'une dynamique territoriale, à différents niveaux : conventions d'association avec les centres hospitaliers de Paris. Il existe de multiples partenariats avec les autres établissements participants au service public notamment la Fondation Rothschild, les cliniques privées et la médecine de ville. Cette coopération forte avec la médecine de ville (SAS, maisons médicales de garde...) et les autres acteurs, assure un soutien aux établissements de la région prenant en compte la gradation des soins et des filières de recours au plan régional et interrégional. La particularité de cet établissement est d'être un centre de référence national et international en ophtalmologie notamment pour les maladies rares. C'est un centre de recherche clinique et fondamentale et d'enseignement avec un statut d'IHU reconnu depuis 2018. De ce fait, il attire des étudiants français et étrangers. Le CHNO a souhaité inscrire l'engagement du patient dans les grandes orientations de sa politique qualité. Un comité mixte usagers/professionnels a été mis en place, aux côtés de la Commission des Usagers (CDU). Au-delà de sa composition élargie, ce collectif patient/professionnels aborde différentes formes de l'engagement patient et a pour objectif la déclinaison opérationnelle d'actions concrètes de partenariats patient/professionnels. L'expérience patient est prise en compte dans l'amélioration des pratiques et des organisations. Les patients partenaires par l'intermédiaire de l'association OVR (Association réunissant les patients atteints d'une occlusion veineuse rétinienne) ou représentants des usagers sont sollicités pour participer aux différents programmes dont le projet des usagers annexé au nouveau projet d'établissement du CHNO, à des démarches d'évaluation (semaine de la sécurité), à l'élaboration d'outils de communication, à des médiations, et à des programmes de formation. Le CHNO poursuit sa démarche visant à une acculturation

réciproque soignants-patients en souhaitant proposer à chaque pôle et service d'inclure des patients partenaires dans leurs projets. Dans le cadre de l'Institut Hospitalo Universitaire, l'IHU, une chaîne WEB TV diffuse des formations informations destinées aux patients, spécifiquement sur des thématiques des pathologies ophtalmiques. Le projet de développement d'une filière basse vision (SMR, SAMSAH) fait partie des ambitions du projet stratégique, en lien avec l'association Valentin Haüy. L'établissement veille au quotidien à la bientraitance et aucun des manquements aux prises en charge des patients n'est à signaler. Une sensibilisation des professionnels sur la bienveillance, et notamment la maltraitance ordinaire, est initiée pour tous les secteurs. Les professionnels ont bénéficié de formations en lien avec la bientraitance, et, dans les pratiques, les équipes veillent à une prise en charge bientraitante. Un film a été créé par les professionnels du CHNO pour mettre en scène des situations de maltraitance ordinaire et conforter cette sensibilisation à la "maltraitance ordinaire" déployée pour l'ensemble des professionnels. Concernant la prise en compte des personnes en situation de vulnérabilité, l'appel à l'assistante sociale permet d'accompagner les équipes médicales soignantes et sociales dans la gestion des situations complexes. Le CHNO a formalisé un plan égalité femme-homme, présenté et validé en instance, impliquant notamment la Commission Médicale d'Etablissement. Le CHNO s'est mobilisé et organisé pour faire face à la crise sanitaire COVID en adaptant en fonction des différentes vagues, les circuits patients, le capacitaire en lits, les pratiques, les formations et les circuits d'information. La Cellule de crise et plus généralement la gouvernance des situations sanitaires exceptionnelles ou des situations de tension sont co-pilotées par la direction générale, la présidence de la CME, et la sous-commission de la CME. Un accompagnement psychologique et des espaces de repos ont été proposés aux professionnels durant la pandémie. Un RETEX COVID a été réalisé. Le risque cyber est pris en compte de façon opérationnelle. Chaque professionnel possède sa messagerie du 15/20 et a accès à toutes les informations. Le CHNO a défini une politique et un plan d'actions visant à améliorer la qualité de vie au travail. Une vigilance est portée sur l'anticipation des recrutements, le remplacement des postes vacants. Dans ce cadre et pour l'aider dans le pilotage de ses ressources humaines notamment en situation de pénurie, la DRH a mis en œuvre des partenariats qu'elle complète par des actions ciblées pour attirer de nouvelles recrues (dispositif d'accueil personnalisé pour les nouveaux arrivants, mise en place de cours de yoga, accessibilité à des logements et à une crèche, proximité des cadres). Le travail sur la Marque employeur, sera engagé en 2022. Face à des difficultés de recrutement, la gouvernance a adapté le nombre de lits ouverts en fonction des ressources pour continuer à privilégier une prise en charge de qualité dans les services et une sécurité dans les soins. A noter que la stabilité de certains membres des équipes permet d'intégrer les intérimaires et les vacataires et les accompagner dans leurs prises de poste. La gouvernance de l'établissement met en place des concertations systématiques sur tous les projets (études des plaintes et réclamations, FEI, projet médico-soignant, etc..) en associant étroitement à la préparation des décisions les acteurs de terrain et les commissions institutionnelles. Une délégation de gestion large est mise en place pour favoriser le quotidien dans les services (étude sur les irritants du quotidien) et les responsables de tous secteurs sont soutenus et valorisés. Dans des situations de conflit, une médiation peut être proposée soit en interne soit en externe. Le centre hospitalier vérifie que la lettre de liaison est datée du jour de la sortie. La lettre de liaison n'est pas toujours datée du jour de la sortie, et cette date est variable d'un service à l'autre, ce qui a amené l'hôpital à porter des actions d'amélioration dans l'organisation du process et les outils utilisés. La « lettre de liaison datée du jour de la sortie » est un critère indispensable pour pouvoir calculer l'indicateur QLS. La remise au patient à la sortie est également un critère à travailler. D'une manière générale, l'établissement a identifié ses risques : numérique, atteintes aux personnes et biens. Il a mis en place des actions de contrôle et de maîtrise des risques. Le CHNO a défini dans son projet d'établissement une politique qualité gestion des risques. Celle-ci est déclinée en programme d'actions au niveau transversal mais aussi en feuille de route au niveau des secteurs. L'établissement a défini une politique et un plan d'actions développement durable. La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement avec une harmonisation des chariots d'urgence qui sont sécurisés et la formation du personnel à leurs utilisations ainsi que la ligne téléphonique dédiée (numéro unique) qui est affichée et connue de tous. L'établissement conduit des campagnes de

sensibilisation à la vaccination. Il a mis en place des dispositions particulières pour faciliter aux personnels l'accès à la vaccination anticovid et l'a proposé aux patients. Les personnels ont pu également bénéficier d'un accès à la vaccination anti grippale dans l'établissement, ou à l'extérieur. Les professionnels sont sensibilisés au risque numérique et connaissent les mesures nécessaires pour assurer la continuité de l'activité. Un serveur miroir permet d'éditer les éléments nécessaires à la continuité des soins en cas de panne informatique. La dynamique d'amélioration continue est fortement portée par la gouvernance médicale, administrative et soignante. Ils bénéficient d'une formation (DU ou autre). De nombreux dispositifs d'évaluation sont conduits et des actions innovantes sont proposées par les équipes ou les commissions qualité sécurité des soins sur la pertinence des soins. Les résultats sont mesurés. Malgré les encouragements de la direction, les médecins concernés ne sont pas encore engagés dans l'accréditation.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
- 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	750110025	CENTRE NATIONAL D'OPHTALMOLOGIE DES QUINZE-VINGTS	28 rue de charenton 75571 Paris Cedex 12 FRANCE
Établissement principal	750000481	CHNO DES QUINZE VINGTS	28 rue de charenton 75571 Paris Cedex 12 FRANCE
Établissement principal	750000481	CHNO DES QUINZE VINGTS	28 rue de charenton 75571 Paris Cedex 12 FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	
Existence de Structure des urgences générales	
Existence de Structure des urgences pédiatriques	
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	
Autorisation de Médecine en HAD	
Autorisation d' Obstétrique en HAD	
Autorisation de SSR en HAD	
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	
Existence de SMUR pédiatrique	
Existence d'Antenne SMUR	
Existence d'un SAMU	
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	0
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	79
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	55
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	1,280
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	14
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	Audit système	Entretien Professionnel		
2	Audit système	Entretien Professionnel		
3	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique / Médicament à risque
4	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
5	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Urgences Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
6	Audit système	Dynamique d'amélioration		

7	Audit système	Maitrise des risques		
8	Audit système	Entretien Professionnel		
9	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Service > Bloc > Service
10	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Hospitalisation complète Programmé	
11	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Hospitalisation complète	
12	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Pas de situation particulière Programmé	
13	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Patient âgé Programmé	

14	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé	
15	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Hospitalisation complète Programmé	
16	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires si applicables
17	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Injectable / Antibiotique / Médicament à risque
18	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences
19	Traceur ciblé	Prélèvement et greffe d'organes et de tissus		NA
20	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Adulte Pas de situation particulière Programmé	
21	Audit système	Représentants des usagers		

22	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per opératoire + Antibioprophylaxie
23	Audit système	Leadership		
24	Audit système	QVT & Travail en équipe		
25	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI
26	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires si applicables
27	Audit système	Engagement patient		
28	Audit système	Coordination territoriale		
29	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NA

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

