



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**FONDATION  
OPHTALMOLOGIQUE  
ROTHSCHILD**

25-29 rue manin  
75019 PARIS 19



Validé par la HAS en Février 2025

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)



Haute Autorité de santé – Service communication et information  
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00  
© Haute Autorité de santé – Février 2025

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	21
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	22
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	23
Annexe 3. Programme de visite	27

# 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**

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé mobilise plusieurs méthodes d'évaluation :

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans

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 avec mention.

# Présentation

FONDATION OPHTALMOLOGIQUE ROTHSCHILD	
Adresse	25-29 rue manin 75019 PARIS 19 Cedex 75940 cedex 19 FRANCE
Département / Région	Paris / Ile-de-france
Statut	ESPIC
Type d'établissement	Établissement privé à but non lucratif

**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	750150229	FONDATION OPHTALMOLOGIQUE ADOLPHE DE ROTHSCHILD	25-29 rue manin 75019 PARIS 19 Cedex 75940 cedex 19 FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

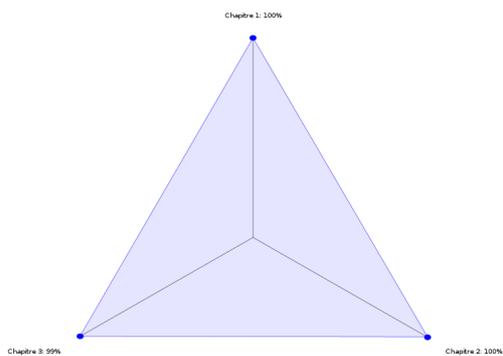
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# 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
Soins critiques
Tout l'établissement
Urgences

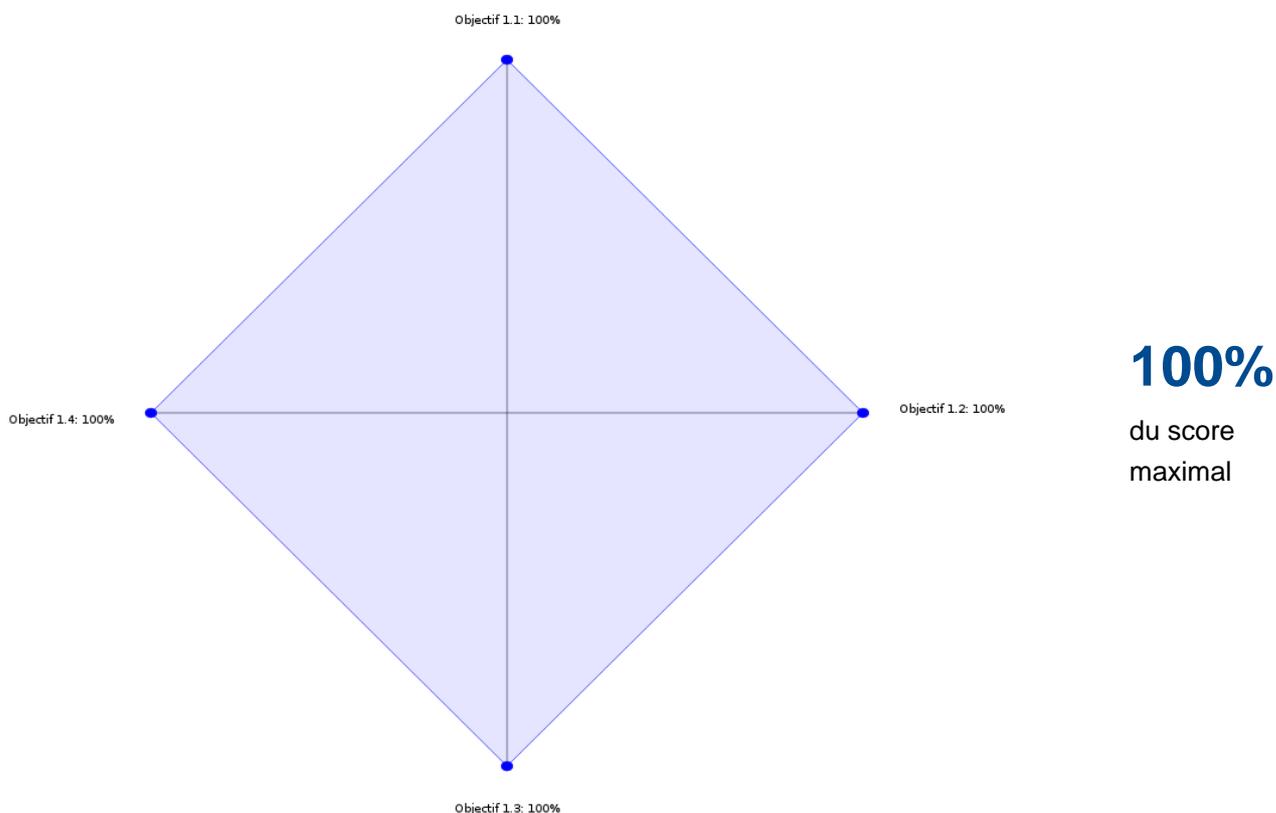
Au regard du profil de l'établissement, [113](#) critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient

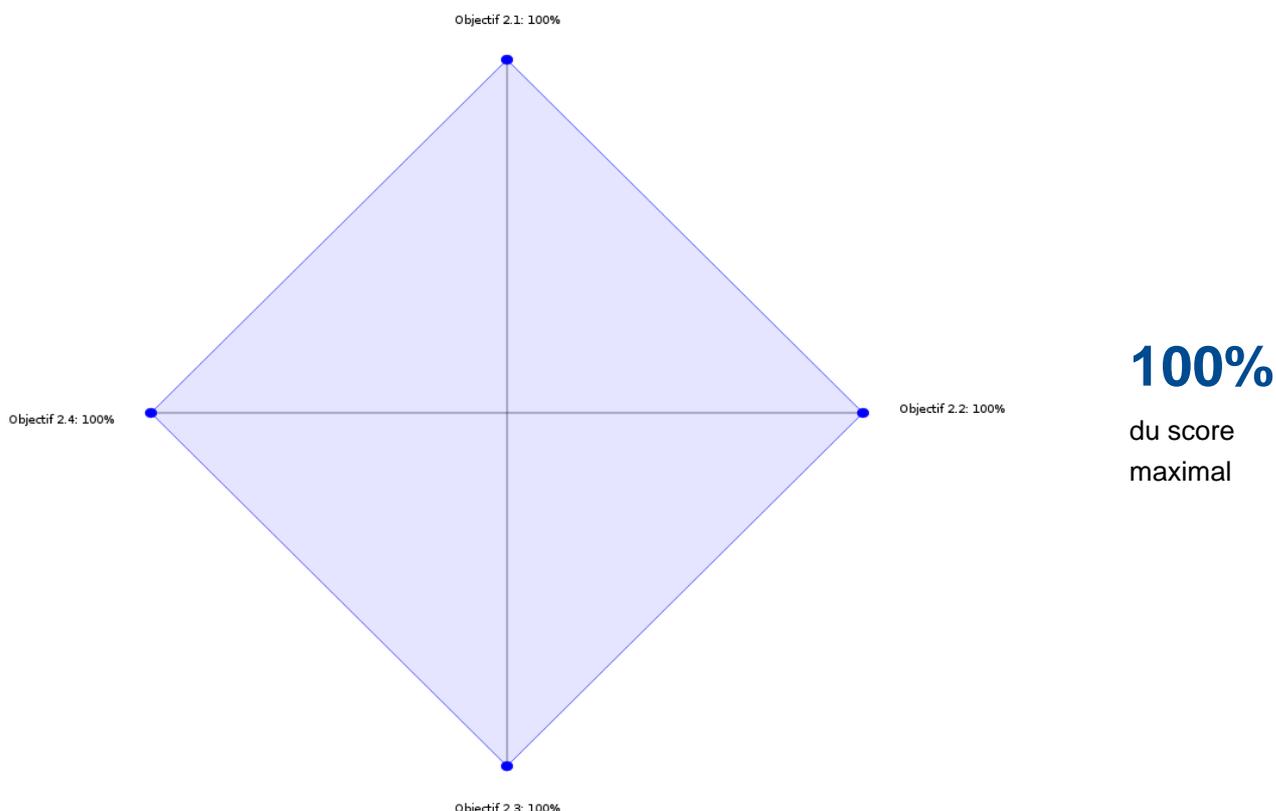


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	100%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte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

L'HÔPITAL FONDATION Adolphe de ROTHSCHILD (HFAR) est un établissement historique, spécialisé en ophtalmologie et destiné aux indigents à son ouverture en 1905 selon les volontés testamentaires du baron Adolphe de Rothschild. Reconnu d'utilité publique dès 1909, il a désormais le statut d'établissement privé d'intérêt collectif (ESPIC) spécialisé dans toutes les pathologies de la tête et du cou courantes ou rares, avec une reconnaissance de la participation au service public hospitalier depuis 1990. Dès son premier contact avec les professionnels de l'établissement, le patient bénéficie d'informations sur les modalités de son admission, de son accueil et son implication est recherchée. Les prises en charges du patient sont coordonnées. L'information du patient est fondamentale pour qu'il exerce ses droits, fasse ses choix et pour éviter les incompréhensions. Le patient est informé sur son diagnostic, son état de santé, ses traitements et ses soins. Une particulière attention est portée au consentement du patient à l'administration de Produits Sanguins Labiles (PSL). Des supports

d'information sur la transfusion précisant les risques encourus et les conduites à tenir en cas d'accident sont remis et expliqués au patient. Il est impliqué dans le projet de soins, ses besoins et ses préférences sont prises en compte tout au long de la prise en charge. Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur la prise en charge et ses modalités. L'Expérience du patient est recueillie pour toutes les modalités de prise en charge et analysée grâce à l'Intelligence Artificielle (e-Satis, l'application « Merci Docteur », BetterWorld). Ces informations enrichissent le Programme Qualité et Sécurité des Soins de l'établissement (PAQSS). Le consentement à tout acte d'anesthésie et/ou chirurgical est présent dans le dossier patient. En chirurgie le patient est informé des modalités de pré, péri et post-opératoire de sa prise en charge ambulatoire. Les professionnels invitent également le patient mineur à exprimer son opinion sur son projet de soins. Au-delà des informations données aux représentants légaux, les informations destinées aux enfants sont adaptées à leur niveau de compréhension. D'une façon générale, personne à prévenir, personne de confiance et directives anticipées sont recueillies et tracées dans le dossier du patient. Ces notions sont expliquées aux patients. En prévision de la sortie, le patient est informé des modifications éventuelles de son traitement, du nouveau traitement prescrit, des consignes de suivi, de la date du prochain rendez-vous de consultations et des numéros de téléphone utiles en cas de complications post-opératoires. Les explications sont répétées plusieurs fois par le personnel médical et paramédical afin de s'assurer du bon niveau de compréhension du patient, surtout en situation de handicap ou de précarité. Le patient est informé des structures, des associations et des représentants des usagers qui peuvent l'accompagner. Il connaît les modalités pour les contacter (livret d'accueil, affichage...). Le patient bénéficie d'interventions pour promouvoir sa santé et réduire ses risques : pour le patient hospitalisé pour AVC (accident vasculaire cérébral), des actions pour sevrage du tabac sont proposées. Pour les patients hospitalisés pour diabète, des consultations diététiques pour stabilisation de la glycémie et perte du poids sont en place. L'établissement met en place des mesures qui visent à garantir, en toute circonstance, le respect de l'intimité, de la dignité et de l'ensemble des droits du patient. Les conditions de prise en charge respectent la dignité et l'intimité du patient (portes fermées, hygiène des locaux, etc.). Dans les services accueillant des mineurs, les professionnels sont formés à la prise en charge des enfants et l'environnement est adapté à leur sécurité et leur protection. Si des mineurs doivent être hospitalisés dans des secteurs adultes, toutes les précautions sont prises afin de garantir une prise en soins sécurisée (présence des parents, chambre seule...). Les équipes de pédiatrie se déplacent alors au moins une fois par jour, ou plus si nécessaire, pour prendre soin de ces mineurs. Une attention toute aussi particulière est apportée aux personnes âgées et aux personnes les plus vulnérables. L'évaluation de la douleur est réalisée systématiquement. L'anticipation, le soulagement de la douleur et la réévaluation sont retrouvés dans le dossier. En cas de prescription « si besoin », le besoin est précisé en référence à une des échelles de douleur utilisées en fonction du patient et de ses capacités cognitives. Les proches et les aidants sont impliqués dans le projet de soins du patient s'il en est d'accord. Une attention particulière est portée pour les patients pédiatriques. Pour les patients mineurs la présence des parents est favorisée 24h/24. En Salle de Surveillance Post- Interventionnelle (SSPI), l'espace enfant est adapté, décoré. Les parents sont invités à rejoindre leur enfant dès sa sortie du bloc opératoire. Ils l'avaient accompagné jusqu'en salle de pré induction d'anesthésie. L'enfant ne reste ainsi éloigné de ses parents que le temps de l'intervention chirurgicale. Le patient est interrogé sur ses conditions de vie habituelle en prévision de sa sortie. Pour les patients en situation de précarité sociale, pour ceux porteurs d'un handicap, pour les mineurs, tout est mis en œuvre pour un accompagnement personnalisé en lien avec les services sociaux et les associations si nécessaire. Les professionnels prennent en compte l'environnement du patient pour organiser la sortie, par exemple pour le choix de l'établissement de SMR (soins médicaux et de rééducation) post-AVC.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins



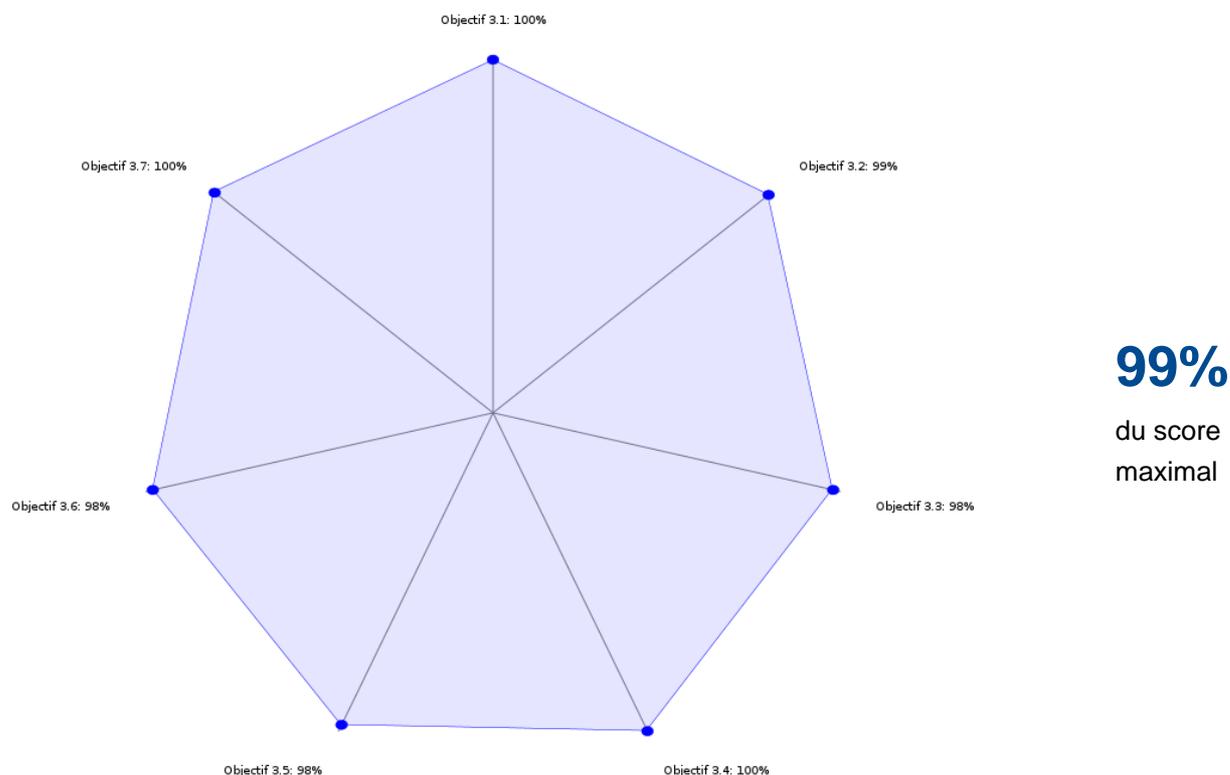
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent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

Dès l'entrée du patient, les professionnels réalisent une évaluation initiale qui est partagée en équipe afin de proposer et mettre en œuvre le projet thérapeutique du patient. Les proches et aidants sont parties prenantes du projet de soins. En cas de prise en charge complexe, les alternatives concernant les modalités de prise en charge sont évaluées en concertation pluridisciplinaire et/ou pluri professionnelle et permettent d'appréhender la prise en charge la plus adaptée. Ces décisions de prise en charge s'appuient sur des protocoles et des recommandations de bonnes pratiques, sur l'expertise des professionnels de santé et sur l'analyse bénéfique/risque partagée avec le patient. Toute prescription d'antibiotique répond à une justification. Tous les praticiens peuvent faire appel à un référent infectiologue si besoin, notamment pour les infections en Neurochirurgie (NCH) complexes comme par exemple les infections du site opératoire, ou pour les infections sur Dérivations Ventriculaires Externes (DVE). Cette prescription antibiotique est pertinente, argumentée et réévaluée systématiquement à 24 et 72 heures. Le

logiciel de prescription alerte le praticien qu'une réévaluation de l'antibiothérapie est demandée. L'analyse de pertinence des actes transfusionnels est régulièrement réalisée ainsi que l'analyse bénéfique/risque pour tout acte de transfusion. Le taux de destruction des produits sanguins labiles (PSL) est suivi. L'établissement forme les professionnels sur la correcte utilisation des PSL. Le dossier du patient informatisé (DPI) est complet et accessible aux professionnels impliqués, avec des droits en lien avec leur périmètre de compétence. Il est l'outil principal de coordination des équipes, largement complété par les réunions pluridisciplinaires et pluri professionnelles. Tous les éléments utiles à la prise en charge (exemple : allergies, bactéries multi résistantes) sont intégrés dans ce dossier. Les équipes disposent des accès directs à des experts pour des avis (par exemple douleur, infectiologie) à l'intérieur ou à l'extérieur de la structure. Les modalités de recours à la télésanté sont formalisées et connues par les professionnels. Toutes les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre d'un projet de soins le plus possible adapté au patient. Par exemple, en Neurochirurgie (NCH) pédiatrique, avec nécessité de prise en charge chirurgicale d'un patient avec hydrocéphalie, on retrouve une collaboration étroite entre le praticien de NCH, le secteur d'anesthésie, l'organisation du bloc opératoire et le plateau d'imagerie pour une prise en charge chirurgicale rapide (7 jours). La conciliation médicamenteuse est effective pour les patients âgés et/ou poly médicamenteux. Avec l'aide de l'Intelligence Artificielle (IA), les pharmaciens font des revues des interventions pharmaceutiques (exemple : cardiologie et diabétologie). Une salle d'intervention chirurgicale est dédiée aux urgences. Les écarts de programmation sont analysés. Les IDE de Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI) bénéficient d'un encadrement (tuilage) d'un mois par leurs pairs et de formations/actions par les Infirmiers Anesthésistes (IADE) et les Médecins Anesthésistes-Réanimateurs (MAR). Les sorties de SSPI sont, en fonction de la nature de l'intervention et de la clinique du patient, soit validées par le MAR soit soumises à un score. L'autorisation de sortie du patient de chirurgie ambulatoire est signée par un médecin (chirurgien et/ou anesthésiste en fonction de l'intervention chirurgicale et/ou de l'anesthésie) ou par délégation du(des) médecin(s) sur la base du score de « Chung ». Les IDE de l'unité de chirurgie ambulatoire sont formées à son utilisation. Le formulaire d'évaluation/d'habilitation des aptitudes des IDE à la réalisation de la sortie du patient de SSPI a été formalisé en cours de visite et intégré à la charte de fonctionnement du bloc opératoire. Ces éléments ont ensuite été intégrés à la charte du bloc opératoire. La décision de soins palliatifs est prise en équipe pluridisciplinaire et pluri professionnelle. Des soins de confort non médicamenteux sont proposés tels que : auriculothérapie, musicothérapie, toucher massage, hypnose ainsi qu'un soutien psychologique à la famille. A la sortie d'hospitalisation une lettre de liaison est remise au patient et adressée au médecin traitant. L'organisation des soins à la sortie et les prescriptions sont prévues en amont de la sortie. Pour les enfants, l'équipe met à jour le carnet de santé avant sa sortie. Les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont connues et appliquées. L'approvisionnement, le transport et le stockage et la délivrance des médicaments sont sécurisés. La délivrance du médicament est soumise à l'identification de l'IDE, du prescripteur et du patient. Les armoires à médicaments sont particulièrement sécurisées. Il s'agit d'armoires connectées pour le stockage et la dispensation des médicaments dans tous les services et au bloc opératoire. Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risques. La liste des médicaments à haut risque et celle des médicaments à risque est affichée dans les salles de soins et est spécifique à chacune des unités. Les IDE sont formés aux médicaments à risque (effets secondaires, surveillance, antidotes possibles), des référents médicaments sont identifiés dans les unités de soins. L'équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH), en lien avec les infectiologues, veille tout particulièrement à la maîtrise du risque infectieux avec l'application par les professionnels des précautions standards et complémentaires. De nombreux référents sont reconnus par leurs pairs : douleur, hygiène, plaies cicatrisation... Les professionnels détenteurs d'endoscopes ont participé à l'audit National du CPIAS fin 2023. L'EOH réalise de façon mensuelle une visite de risques sur le respect des procédures et la traçabilité des endoscopes. Chaque nouveau recruté bénéficie d'une formation sur les bonnes pratiques de désinfection et de traçabilité des endoscopes. L'approvisionnement des produits de santé répond aux besoins des services. Les risques de rupture de stocks sont identifiés et font l'objet d'actions palliatives. Concernant les PSL, les professionnels tracent dans le dossier transfusionnel et dans le DPI la prescription, l'administration et les effets secondaires éventuels. Les équipes connaissent les protocoles de prise en charge des complications graves des transfusions (OAP, TRALI et TACO). Des formations de tous les internes à

l'antibiothérapie et l'antibioprophylaxie ainsi qu'aux précautions standards et complémentaires sont réalisées. De fait, les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie pour les actes invasifs sont connues et appliquées, dès la consultation de pré anesthésie. Le menu déroulant du DPI est bloquant si le volet antibioprophylaxie n'est pas renseigné correctement. Les équipes rencontrées lors des différents audits connaissent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé. Le taux de couverture vaccinale pour la grippe saisonnière, supérieur à 25 % pour l'établissement, est connu également au sein de chacun des services. Les transports des patients sont organisés. Des brancardiers sont dédiés au bloc opératoire et à la radiologie. Les équipes sont sensibilisées à la déclaration des événements indésirables. Une fois par mois, dans chacune des unités y compris au bloc opératoire les fiches d'événements indésirables (FEI) sont analysées en présence de l'encadrement et d'un membre de la direction qualité, qui apporte un soutien méthodologique si nécessaire. Plus de 2500 FEI sont déclarées chaque année. Les professionnels déclarants connaissent les suites données à ces FEI. Les actions correctives sont suivies. Les Indicateurs Qualité Sécurité des Soins (IQSS) sont suivis, analysés et connus des équipes. Un affichage dans le hall d'entrée de la Fondation et dans les différentes unités est en place. Des « Salles de Pilotage » sont en place dans certains services (Pédiatrie et Hôpital de jour) et permettent le suivi des indicateurs par l'ensemble des équipes. Sur ces tableaux, les patients peuvent également écrire leurs remarques sur les prises en soins. La Check-list Sécurité du Patient au Bloc Opératoire (BO) est utilisée en routine et de façon efficace. Cette efficacité est suivie par audit quantitatif mensuel et audit qualitatif semestriel. Les résultats sont communiqués en Conseil de BO, à l'ensemble de l'équipe du BO avec plan d'actions et réévaluation en continu. Une convention est passée pour les transports d'analyses biomédicales, une IDE est dédiée à cette activité externalisée. Un audit est réalisé annuellement avec retour des non-conformités et plan d'actions. Les activités de prélèvement et de greffe d'organes ou de tissus sont évaluées par l'équipe pluridisciplinaire de PMOT et des plans d'actions sont proposés et suivis, notamment en matière de sensibilisation, de promotion pour le don d'organes et de formation des professionnels. Les résultats cliniques sont suivis au regard des indicateurs proposés par l'Agence de Biomédecine et sont excellents.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	99%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	98%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	100%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	98%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	98%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

L'Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild (HFAR), créé depuis plus de 110 ans, prend en charge toutes les pathologies de la tête et du cou, depuis le dépistage jusqu'à la chirurgie des cas les plus complexes, adultes et enfants, urgents et programmés. Cet établissement est reconnu au niveau national et international dans toutes ses spécialités, les patients étrangers proviennent de 45 pays différents. Ses valeurs originelles sont « qualité des soins, accessibilité et humanisme » et sa volonté affichée, inscrite dans son projet d'établissement 2022-2026, est

d'ancrer de façon pérenne l'établissement en tant que référence nationale et internationale. Son ambition est de devenir le premier hôpital universitaire privé non lucratif d'Europe pour les pathologies tête et cou. L'excellence est recherchée, tout est mis en œuvre pour y parvenir. Le projet Hôpital 2030 représente une transformation architecturale et organisationnelle ambitieuse, avec un investissement de 104 millions d'euros sur six ans afin d'anticiper les besoins croissants de santé et répondre aux défis futurs. Une augmentation de 30 % de la capacité hospitalière et de 50 % de l'activité est attendue, le tout avec des équipements de dernière génération. Une direction de la transformation Hôpital 2030 a été créée pour accompagner ce projet tout en garantissant la poursuite d'activité dans des conditions de sécurité optimales. C'est dans ce contexte que s'est déroulée la visite de certification HAS, et l'établissement s'est organisé en conséquence, malgré des contraintes lourdes liées aux travaux, afin de répondre aux attendus du manuel de certification et surtout en garantissant qualité et sécurité des soins du patient. L'HFAR a établi de multiples partenariats afin de faciliter la fluidité des parcours. Ses partenaires sont identifiés et plus de 100 conventions sont formalisées et actives. Il est l'hôpital de référence « tête et cou » de toute la partie nord-est de l'Île de France. Un continuum MCO-HAD-SLD est organisé dans le cadre de l'alliance « Synergie Soins Paris Est » avec le GH Diaconesses Croix Saint Simon, la Fondation Œuvre de la Croix Saint Simon, la Fondation de Reuilly et la Fondation de Rothschild (EHPAD). Des conventions d'appui pour adressage de surspécialités sont également en cours, ainsi que des partenariats avec la médecine de ville, les SMR, les SSIAD et les établissements médico-sociaux du territoire. Des expérimentations de type « article 51 » sur les parcours AVC et cataracte sont retrouvées. Plusieurs hôpitaux de l'AP-HP et autres hôpitaux franciliens sont en partenariat avec l'HFAR (dispositifs de consultations avancées spécialisées, télé-interprétation en neuro-imagerie spécialisée, dépistage des rétinopathies des prématurés en Île-de-France avec télé-interprétation, etc.). L'HFAR fait partie de nombreuses structures de coordination (ex : partenariat dans le domaine des PMOT, participation à 11 centres d'expertises des maladies rares, participation à 4 réseaux européens de référence...). L'établissement a contribué au développement de la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) Paris 19 et a mis des locaux à disposition du siège de cette CPTS. Des accès organisés fluides et rapides pour les filières spécialisées de prise en charge en urgence sont en place. Pour l'ophtalmologie, l'établissement dispose d'un Pôle Technique d'Urgences Spécialisées (PTUH) et il participe aux dispositifs régionaux de permanence des soins (PDSES) en Neurosciences. Les procédures internes décrivent les parcours et chemins cliniques des urgences spécialisées. Des circuits courts sont en place afin de faciliter l'accès aux spécialités. Le suivi de l'occupation des lits est a minima biquotidien et la politique du « zéro refus » vis-à-vis des partenaires externes est recherchée par le management de l'établissement. Les Conférences activité-ressources suivent des indicateurs permettant d'évaluer cette politique (ex : taux d'occupation des blocs réservés aux urgences, nombre d'hébergements hors service de spécialité, indicateurs de performance dans la prise en charge de l'AVC, etc.). Une Commission de l'Organisation et de la permanence des Soins (COPS) suit, évalue et propose des améliorations des dispositifs en place, avec par exemple la création d'une astreinte pédiatrique en ophtalmologie. Les patients âgés sont admis directement dans le cadre des urgences en neurosciences, et une « Clinique de l'AIT » en accès direct est en place. Le dispositif PRADO gériatrique est largement activé et une convention de partenariat avec la Maison des Aidants et des Aînés (M2A) est signée. Une équipe support gériatrique est mobilisable si nécessaire. Un comité des séjours longs hebdomadaire pour fluidifier l'aval des patients lourds et/ou âgés à l'appui du dispositif Via Trajectoire a également été mis en place. L'activité de l'HFAR est suivie attentivement par ses dirigeants, par exemple avec une organisation détaillée des périodes de haute et basse activité en liens étroits avec les services. Il y a également un accord de délestage croisé entre les PTUS de l'HFAR et celui de l'hôpital des 15-20. Les équipes de l'HFAR sont joignables aisément via Doctolib ou depuis le site Internet de l'établissement. Des dispositifs spécifiques pour les médecins traitants, correspondants externes et adresseurs sont proposés et présentés sur Internet. Les documents alimentent « MonEspaceSanté » et la messagerie sécurisée est déployée et utilisée par les professionnels. Les patients peuvent joindre facilement les professionnels en cas de nécessité, les numéros et mails étant communiqués sur les convocations, sur les comptes rendus opératoires et sur la lettre de liaison de sortie. L'HFAR porte une attention particulière aux lettres de liaison (LDL) à la sortie et aux comptes rendus de consultation. Le taux de LDL à J0 est de 96 %. Investi de missions universitaires, l'HFAR promeut, soutient et valorise l'engagement dans le domaine de la recherche et de l'innovation. La recherche clinique est

effectivement une priorité institutionnelle de 1er plan et un chapitre lui est dédié au sein du projet d'établissement. Une certification ISO 9001 V2015 du service de recherche clinique et du Centre de Ressources Biologiques structure cette démarche. Un comité éthique ad hoc, des soirées recherches, lunch & learn et pitch express, la participation à deux IHU, 1 biocluster, 1 DHU et 2 RHU témoignent de cette investissement autour de la recherche et de l'innovation. L'HFAR est très actif en terme de structuration et de soutien à la recherche clinique : Mise en place de Rothschild Médical Développement, DRCI de référence pour les établissements de soins primaires, membre fondateur du réseau RESPIC (pôle de recherche clinique des privés non lucratifs), participation active au GIRCI Ile-de-France, partenariats INSEP et Racing 92, etc. Enfin, le soutien aux professionnels (médecins et soignants) désireux de s'investir en matière de recherche et d'innovation est particulièrement fort : 65 ETP au service de recherche clinique, 223 études en cours, aide aux publications scientifiques, soutien de la gouvernance pour les dépôts de brevets et les créations de start-up, création et animation d'un DU « Pilotage d'une structure de recherche clinique ». La promotion de l'Expérience Patient (EP) est un axe fort du projet d'établissement de l'HFAR. Elle se fait en lien avec les Représentants d'Usagers (RU) très investis dans l'établissement et associés à de nombreuses instances (CDU, CA, CME, etc.). Ces RU ont aussi été associés au projet Hôpital 2030. Dès l'accueil des nouveaux arrivants, les professionnels sont acculturés à la définition de l'EP, de ses enjeux et des outils proposés par l'établissement, comme E-satis, les enquêtes réalisées au lit du patient par les RU, la plateforme « Merci Docteur », « Better World » (outil d'IA qui analyse les items principaux d'une prise en charge). Les résultats de ces indicateurs sont restitués aux unités afin que les professionnels alimentent les actions d'amélioration qualité, mais quelques professionnels rencontrés, une minorité d'entre eux, n'ont pas été en mesure de parler de ces résultats d'indicateurs et des démarches d'expertise des patients mobilisées dans différents domaines. Pour autant, les actions mobilisant l'expertise des patients sont plurielles grâce à l'impulsion forte de la gouvernance dès 2020 : création d'un poste de responsable de l'EP, aménagement d'un espace dédié dans le hall d'entrée (« Atelier de l'expérience patient » avec mise en place d'ateliers de co-construction, centrés sur l'approche du patient partenaire de son projet de soins »), soutien de la Gouvernance à plusieurs associations de patients (France AVC, Myopa...), participation d'un patient à un RETEX en ophtalmologie, ou encore participation des RU et des associations à l'analyse des verbatim via Better World pour construire les axes d'amélioration du Projet des Usagers. Des patients experts sont identifiés et ont participé aux ateliers d'ETP SEP. Les témoignages de patients sont largement diffusés sur les écrans d'information de l'hôpital, sur le site Internet et les réseaux sociaux. La bientraitance est une valeur cardinale pour l'HFAR, intégrée dans l'axe 3 du projet de soins. Un COPIL bientraitance et lutte contre la maltraitance, pluri professionnel, a été créé et travaille en lien avec le comité d'éthique et la cellule formation. Une Charte de bientraitance a été définie par ce COPIL et largement diffusée pour les patients et les professionnels. Les professionnels sont formés (160 en 2024 par e-learning), et le médecin CORAS (Coordonnateur des Risques Associés aux Soins) intervient lors des journées d'intégration des nouveaux arrivants, des internes et des assistants. Les experts-visiteurs ont pu voir et analyser cette enquête très fournie. Des enquêtes des violences faites aux femmes aux urgences ophtalmologiques sont réalisées. Des procédures et des outils de repérage de la maltraitance sont proposés, et présentés en réunions de service. Ils sont en priorité centrés sur les enfants, les personnes vulnérables et les femmes victimes de violence. Des tests de connaissances, des actions de formation et de sensibilisation sont également proposés. Plusieurs actions ont été réalisées afin de mieux repérer et signaler les situations de maltraitance : création d'un volet intégré au DPI (non éditable) afin de faciliter la coordination des équipes, cellule spécifique sur le repérage des violences, suivi des données PMSI, journée annuelle en novembre d'actions de sensibilisation sur le terrain... La plupart des professionnels sont informés de l'exploitation des résultats de l'expression du patient et son expertise. L'accès aux soins pour tous est une priorité institutionnelle : PASS pour les parcours ophtalmologie, partenariats avec les réseaux et associations, consultations dédiées le vendredi pour des patients vulnérables, mobilisation du service social, convention avec les CPAM 75 et 93 pour faciliter l'ouverture des dossiers, structuration du parcours « aller vers » en lien avec la CPTS 19. Le patient a accès gratuitement à son dossier dans les délais réglementaires. Une attention particulière est portée à la prise en soins des patients vivant avec un handicap, cette thématique étant également intégrée au Projet d'Etablissement (volet 4) : audit d'accessibilité en juin 2023, signature de la Charte Romain Jacob en février 2024, travail sur le parcours patient et sur l'accessibilité des

locaux (signalétique, boucles magnétiques pour malentendants, guidage au sol et bandes contrastées, bandes sonores, Qmatic sonores, ascenseurs sonores, disponibilité de fauteuils roulants, présence de nombreux agents en Service Civique, chargés d'accompagner et d'orienter. Des formations à la communication avec le patient sont proposées, mais ne sont pas connues de tous. Dans cette phase de travaux Hôpital 2030, la Gouvernance a cherché à réduire au maximum les contraintes fortes liées à ces opérations d'ampleur. Le leadership de la Gouvernance est marqué, en particulier en matière de qualité et de sécurité des soins. L'approche qualité est systémique et la Politique Qualité Gestion des Risques (QGDR) est un des volets du Projet d'établissement 2022-2026. Des cartographies des risques propres à l'établissement ont été élaborées et elles s'appuient sur les résultats des différents indicateurs (IQSS, satisfaction et expérience patient...). Dans le cadre du Projet Hôpital 2030 et en perspective de la certification HAS, l'établissement a réalisé une auto-évaluation au premier trimestre 2023 et une visite à blanc a été mise en œuvre par un prestataire externe en juin 2023. Les cinq méthodes d'évaluation HAS (audit système, traceurs et observations) sont exploitées par les équipes de l'HFAR. Ainsi la politique QGDR est élaborée, partagée et suivie avec tous les acteurs notamment au niveau de la Cellule Opérationnelle Qualité (COQ). Des d'objectifs qualité sont intégrés dans les accords d'intéressement. Cette politique qualité est déclinée en actions concrètes sur le terrain et portée au plus près des agents par la Gouvernance (un des deux DGA a directement dans ses missions la gouvernance qualité, et le DG y attache lui-même une très forte attention). Le PAQSS numérisé est alimenté en continu, les actions sont suivies, des objectifs qualité par service sont négociés dans le cadre des conférences annuelles activité-ressources. La volonté de clarté et d'appropriation par tous les professionnels des objectifs prioritaires de l'année est réelle (flyer annuel « Nos 10 objectifs prioritaires »), elle est déclinée au niveau des Cadres Supérieurs de Santé et des Chefs de services et Responsables de secteurs, qui ont tous bénéficié de formations de haut niveau (Master 2, cycle de formation ESSEC au management...). Une enquête Culture Sécurité des Soins a été réalisée et partagée fin 2023, la majorité des professionnels rencontrés en ont entendu parler. L'adéquation des ressources à l'activité et aux besoins est en permanence recherchée, avec entretien managériaux annuels pour les PNM et triennaux pour les PM. Un plan de développement des compétences annuel est réalisé. Une politique volontariste de qualification aux missions (DU) et de promotion professionnelle (IDE, puéricultrices, IADE, IBODE, IPA, Masters) visent à améliorer la performance des collaborateurs et à fidéliser les équipes. Des dispositifs de simulation en santé complètent cette liste non exhaustive des formations réalisées. L'HFAR promeut l'accréditation en équipe. Les équipes d'ORL, de Neurochirurgie et Neurochirurgie interventionnelle sont accréditées. Les équipes d'anesthésie et de réanimation rentrent dans cette démarche d'accréditation qui est donc en cours pour ce secteur. Le dispositif PACTE est déployé au Bloc Opératoire, avec un travail renforcé sur les facteurs humains en santé et la cohésion d'équipe. La synchronisation du travail en équipe est recherchée (staffs médicaux, points journaliers ouverts à l'ensemble de l'équipe, dispositifs de formation de courte durée délivrés par les PM aux PNM dans les services) et des accords d'entreprise sur les temps de transmission permettent le relai entre les équipes. Le questionnement éthique est un enjeu fort pour l'HFAR. Un Comité d'éthique présidé par un membre du Conseil d'Administration de la Fondation est en place. Il est composé de représentants de l'ensemble de l'hôpital et est largement ouvert aux professionnels souhaitant s'y investir. La prise en compte des problématiques éthiques de terrain se fait le plus souvent par l'organisation de « Café éthiques Philo selon Sophie » (8 séances en 2024). Il existe également un comité éthique spécifique pour la Recherche Clinique et l'Innovation. La coordination des PMOT et de l'EMSP peut s'appuyer sur l'expertise de deux réanimateurs titulaires de diplômes en éthique médicale. A cela s'ajoutent les liens avec l'Espace régional de réflexion éthique, l'organisation régulière de conférences et d'évènement sur ce sujet et, plus original encore, l'élargissement de la réflexion éthique à la compliance administrative et financière (ex : charte des bonnes pratiques anti-corruption), ainsi qu'au développement durable. L'axe Qualité de Vie et des Conditions de Travail (QVCT) est un axe majeur et structurant de la stratégie de l'établissement, intégré dans le projet social (axe 4). La santé et la sécurité des professionnels est le préalable de cette politique QVCT : Document Unique des Risques Professionnels (DURP) à jour, Service de Santé au Travail (SST) opérationnel (externalisé), vigilances en place (ex : radioprotection des travailleurs). Le plan d'action QVCT est pluriannuel, suivi en continu, accessible sur intranet et l'état d'avancement est présenté en CSE. La stratégie de l'établissement dans ce domaine est articulée autour de quatre piliers :

articulation vie privée/vie professionnelle ; communication, droit d'expression et de participation, santé et bien-être au travail et enfin, inclusion, transparence et éthique. Plusieurs appels à projet de l'ARS ont d'ailleurs été remportés par l'HFAR sur les sujets QVCT (ex : cocons de sieste, cours de yoga, réfection des salles de pause). La démarche QVTCT est participative, elle est fondée sur un accord d'entreprise 2022-2025 signé à l'unanimité. Le dispositif de baromètre social annuel, permet les échanges au sein des services et la mise en place des plans d'action QVCT. Les rencontres de professionnels ont mis en exergue la proximité de la Gouvernance avec le terrain (ex : déjeuners et diners de la DG, soirée du personnel) et un mode de communication innovant (1er compte Tik-tok d'un hôpital français car cela parle davantage aux jeunes générations, ou encore campagne de recrutement par WhatsApp). L'établissement s'est organisé afin de répondre aux risques auxquels il peut être confronté. Le Plan blanc précise le rôle de la cellule de crise et contient les fiches réflexes nécessaires à la mise en œuvre des SSE. Des exercices sont réalisés : exercices de rappel par SMS au moins une fois par an, participation aux exercices de l'ARS. La crise sanitaire COVID a été l'occasion pour l'HFAR de tester sa capacité à réagir : augmentation quadruplée de la capacité en lits de soins critiques, ouverture d'un centre de dépistage, puis de vaccination avec la CPTS 10. Un RETEX post-COVID a été réalisé. Un plan de sécurisation (PSE) est en place et l'établissement a été lauréat de plusieurs appels à projets de l'ARS « sécurisation des établissements ». Une politique « zéro tolérance » pour les incivilités et menaces sur les professionnels est assumée et affichée dès le hall d'entrée. Une convention Police/Justice permet de faciliter l'accompagnement des personnels dans les démarches administratives. Les secteurs sensibles ne sont accessibles que par badge, la vidéo surveillance est en place et des agents de sécurité sont disposés aux endroits stratégiques et peuvent être appelés par les professionnels si nécessité. La prise en charge de l'urgence vitale est globalement maîtrisée : numéro d'appel unique 115, sécurisation des chariots d'urgence vitale, traçabilité des vérifications, double scellés (rouge pour les vérifications mensuelles, jaune si un produit ou un dispositif doit être recommandé), téléphone rouge dédié en réanimation, procédure présente dans la gestion électronique des documents (GED), audits annuels des chariots, évaluation du dispositif « urgences vitales » par la COPS, exercices... Les professionnels de l'établissement sont formés à l'urgence vitale, mais lors des entretiens professionnels il a été constaté que la formation AFGSU 1 ou 2 n'avait pas été suivie par tous et quelques professionnels déclarent n'avoir participé à aucun exercice. Un tableau récapitulatif fourni par la DG montre que 40 % des soignants sont à jour de cette formation AFGSU 2 et 12 % des personnels non soignants (AFGSU 1). Par contre, d'autres formations aux gestes d'urgence sont proposées et largement suivies: simulation, ACR pendant la semaine Sécurité du Patient. Pour les trois années à venir l'établissement s'est engagé à former 400 personnels/an à l'AFGSU. L'établissement garantit l'accessibilité des bonnes pratiques à tous ses professionnels. Procédures et règles de bonnes pratiques sont accessibles dans la GED institutionnelle, la veille documentaire est assurée, les correspondants des vigilances sont identifiés et connus, plusieurs praticiens de l'HFAR participent aux sociétés savantes et organismes émetteurs de bonnes pratiques. Les alertes ARS ou autres sont suivies sur une adresse de messagerie générique. Le médecin CORAS, l'EOH, les vigilants participent aux staffs médicaux des experts. Des référents Qualité/RMM sont désignés au sein de chaque service médical. Les équipes médicales participent aux séances du CLUD et au CLIAS. L'établissement attache une importance forte à l'analyse, l'exploitation et la communication des IQSS. Ces IQSS sont affichés dans le hall et dans les différents secteurs d'activité. Ces indicateurs et les plans d'action qui en découlent sont connus des professionnels rencontrés. Les EI, EIGS et EIAS sont suivis, analysés et exploités. Ils sont communiqués aux instances et en particulier à la CDU. Des accords et conventions sont passés avec les établissements du territoire afin d'améliorer l'organisation d'aval pour les urgences. Un accord de délestage croisé avec le Centre National d'Ophtalmologie des 15/20 a été passé pour ces urgences spécialisées. L'accréditation des équipes est promue par la direction générale et la CME.

# Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025
- 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	750150229	FONDATION OPHTALMOLOGIQUE ADOLPHE DE ROTHSCHILD	25-29 rue manin 75019 PARIS 19 Cedex 75940 cedex 19 FRANCE
Établissement principal	750000549	FONDATION OPHTALMOLOGIQUE ADOLPHE DE ROTHSCHILD	25-29 rue manin 75019 PARIS 19 Cedex 75940 cedex 19 FRANCE

## Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025

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	Non
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)	Non

Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Oui
<b>Médecine</b>	
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
<b>Chirurgie et interventionnel</b>	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Oui
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Oui
Autorisation d'Activité de greffe	Non
<b>Activité Urgences</b>	
<b>Urgences</b>	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	2,985
Nombre de passages aux urgences générales	45,323
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
<b>SAMU-SMUR</b>	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
<b>Activité Hospitalière MCO</b>	
<b>Soins de longue durée</b>	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
<b>Médecine</b>	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	52
<b>Chirurgie et interventionnel</b>	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	100

Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	21
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	33
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	3,903
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	13
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	2
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	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)	24
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)	17
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	6
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			
2	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
3	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
4	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
5	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
6	Audit système			

7	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
8	Audit système			
9	Audit système			
10	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
11	Audit système			
12	Audit système			
13	Audit système			
14	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie et Per opératoire
15	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
16	Patient traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
17	Traceur ciblé			EI critique ou presqu'accident
18	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
19	Audit système			
20	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
21	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
22	Audit système			
23	Audit système			
24	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
25	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Parcours		Médecine	

26	traceur		Ambulatoire Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
27	Audit système			
28	Traceur ciblé			Prescription PSL
29	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
30	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
31	Audit système			
32	Audit système			
33	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte	

34			Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
35	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
36	Audit système			
37	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
38	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
39	Audit système			
40	Patient traceur			
41	Patient traceur			
42	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

