



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

## MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

### RAPPORT DE CERTIFICATION

---

## CLINIQUE SAINT FRANCOIS

10 boulevard pasteur  
06046 Nice



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	14
Chapitre 3 : L'établissement	19
Table des Annexes	23
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	24
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	25
Annexe 3. Programme de visite	26

# Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**| ... et sur des méthodes**

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

## **| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres**

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

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

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

## **| Une décision et un rapport rendus publics**

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

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

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

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

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

## Décision

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

# Présentation

CLINIQUE SAINT FRANCOIS	
Adresse	10 boulevard pasteur 06046 Nice FRANCE
Département / Région	Alpes-Maritimes / Provence-Alpes-Côte d'Azur
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but 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	060000213	CLINIQUE SAINT FRANCOIS	10 boulevard pasteur 06046 Nice FRANCE

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

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

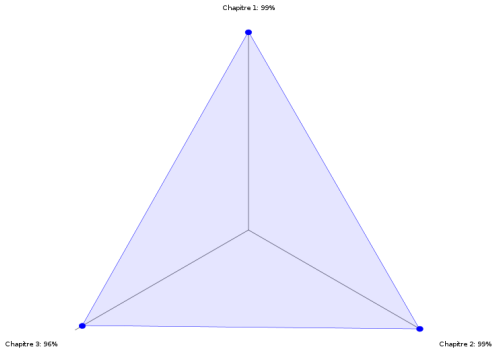


# Champs d'applicabilité

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
Psychiatrie et santé mentale
Tout l'établissement

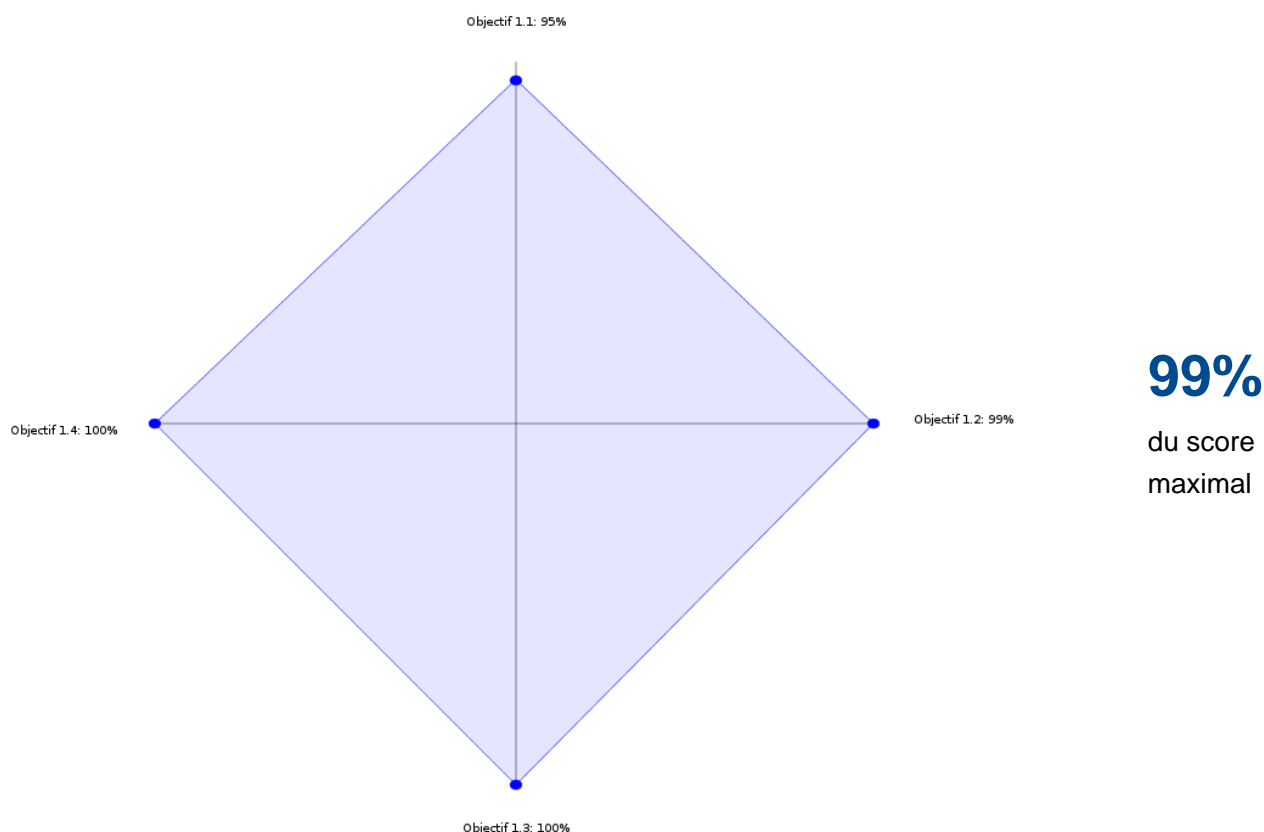
Au regard du profil de l'établissement, [115](#) critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient



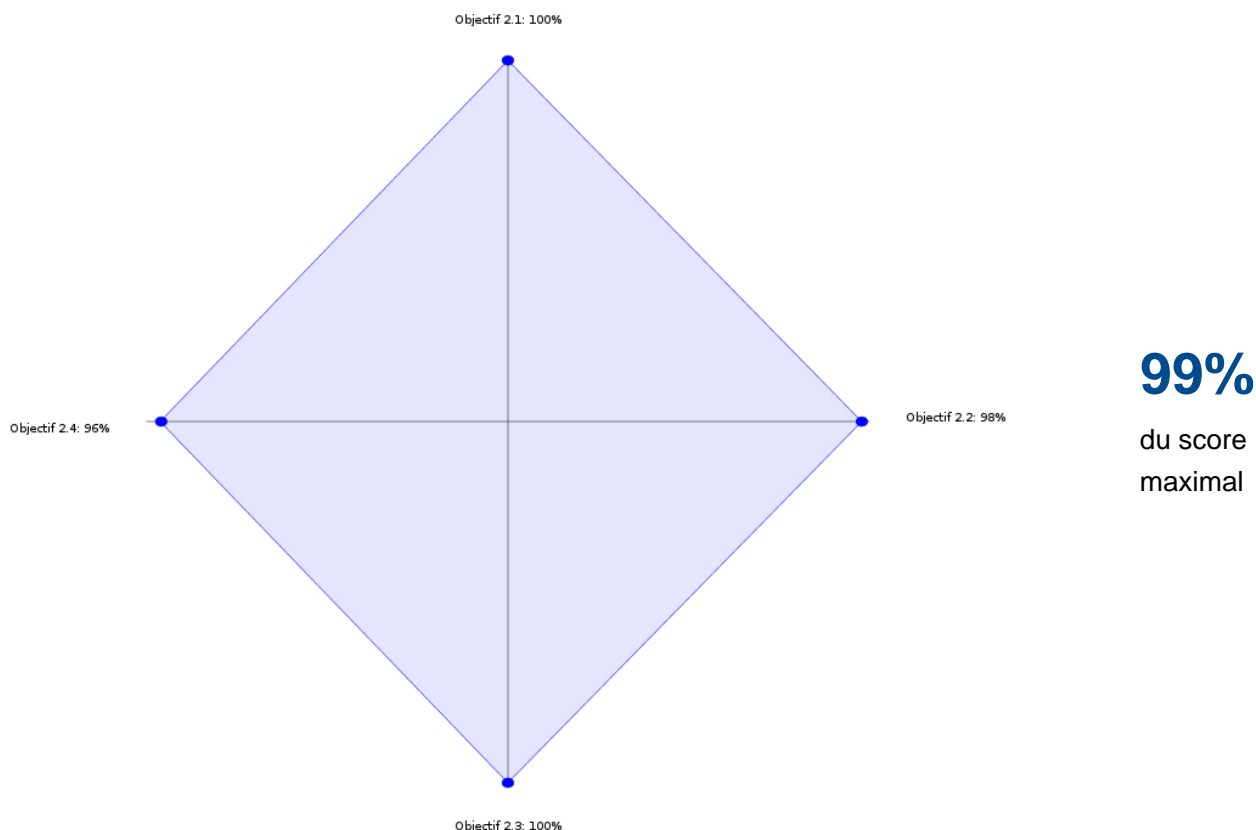
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	95%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

À la Clinique Saint François, dès son admission ou sa pré admission, le patient se voit remettre le Livret d'accueil spécifique, selon sa prise en charge en chirurgie, en psychiatrie et en hôpital de jour psychothérapeutique. Il contient l'ensemble des informations nécessaires, à sa prise en charge. Les professionnels accompagnent cette remise, par des compléments d'informations. Il est aussi disponible, sur le site Internet. Il comprend les informations sur les droits de la personne hospitalisée : personne à prévenir, personne de confiance, Directives Anticipées, le parcours de soins, la Commission des Usagers, le don d'organe, plaintes et réclamations, Mon Espace Santé... Les Représentants des Usagers (RU), la composition, les missions et coordonnées de la Commission des Usagers (CDU) sont affichés, dans l'ensemble des secteurs et zones d'accueil ainsi que sur le site Internet. Malgré tous ces canaux pour transmettre l'information,

les patients rencontrés ne connaissent pas tous, les missions et existence des RU, les Directives anticipées, les modalités pour réaliser une réclamation ou déclarer un Evènement Indésirable Associé aux Soins. Les patients sont informés, par affichage ainsi que sur tous les documents institutionnels de l'alimentation de leur Dossier Médical sur mon Espace Santé (DMP), sauf en cas de refus de leur part et également du fait de ne pas échanger par mail non sécurisé, avec son praticien, ce qu'ils connaissent majoritairement. Des panneaux d'information Qualité, dans les différents services et zones d'accueil des patients affichent les chartes spécifiques, des messages de santé publique et de prévention primaire, adaptés au type de prise en charge, les IQSS ainsi que les résultats des enquêtes de satisfaction. Le patient est informé sur son état de santé et les différentes étapes de sa prise en charge dès et avant son admission, en consultation médicale préalable, en service par les médecins responsables et par les différents professionnels. Toutes ces informations sont retrouvées dans le Dossier Patient Informatisé (DPI). L'évaluation bénéfice/risque a été expliquée et partagée avec le patient ou le cas échéant, à la personne de confiance qu'il a désignée. Le consentement du patient est recherché et tracé, à toutes les étapes de son parcours et dans tous les types de prise en charge. L'identité de la personne à prévenir et de la personne de confiance sont systématiquement recherchées et renseignées, dans les dossiers ainsi que le recueil des Directives Anticipées. L'expression du point de vue des patients et / ou des aidants est recueillie, par des enquêtes de satisfaction institutionnelles ou spécifiques, par service et par e-Satis permettant une analyse de cette expression. L'établissement participe au recueil expérimental de e-Satis en Psychiatrie. Tout au long de son séjour, les droits du patient, l'intimité, la dignité sont respectés par les professionnels, du point de vue du patient exprimé. On note dans tous les secteurs, la présence, dans les chambres doubles, en SSPI, de rideaux d'intimité entre les patients, les portes des chambres et les salles de soins sécurisées. En hospitalisation complète en Psychiatrie, dans le secteur protégé, les patients peuvent sécuriser leur chambre. Les mineurs sont pris en charge de façon programmée, en chirurgie ambulatoire. Aucun enfant n'est opéré en hospitalisation complète sauf cas exceptionnel ni pris en charge en Psychiatrie. Dans tous les cas, ils sont hospitalisés dans des chambres seules avec présence permanente des parents. Des médicaments pédiatriques et du matériel pédiatrique dans le chariot d'Urgence Vitale sont disponibles. La prise en charge chirurgicale a été réfléchi, avec des critères spécifiques d'éligibilité, organisation du bloc opératoire avec plages pédiatriques, prise en charge en SSPI, dans une zone spécifique, sécurisée, avec une décoration ludique. Les personnels ont eu une formation spécifique à la prise en charge pédiatrique. Des échelles pédiatriques de la douleur et des protocoles antalgiques sont paramétrés dans le Dossier Patient Informatisé (DPI). Des livrets d'information pédiatriques sont remis " je vais me faire opérer ", " diplôme du courage ". Le carnet de santé de l'enfant est renseigné, systématiquement. Des bilans d'autonomie sont réalisés, à l'admission. Les mesures permettant le maintien de l'autonomie du patient, tout au long de son séjour sont mises en place, tant pour les personnes atteintes d'un handicap que pour les personnes âgées, notamment en prise en charge, en Hospitalisation complète, en Psychiatrie. La confidentialité des informations est assurée, les dossiers papiers se trouvent dans des espaces fermés. Les dossiers informatisés sont sécurisés par login et mot de passe, changés régulièrement. Le secret professionnel est respecté tout au long du séjour. Le patient est informé des produits sanguins labiles, administrés et des Dispositifs Médicaux Implantés (DMI), les consentements signés. Aucune contention mécanique n'était en place lors de la visite, la politique de l'établissement étant de ne pas mettre de contention (0 contention depuis 2 ans). Le service de psychiatrie ne dispose pas de chambre d'apaisement. Le patient nécessitant une contention mécanique, après mise en place de mesures alternatives, est transféré dans un établissement psychiatrique du territoire. Il a été constaté que le recours à la contention est une décision médicale. Elle est prescrite sous forme informatisée comprenant le type, les moyens de contention et la réévaluation. La surveillance est effectuée et tracée. L'information et le consentement de la famille et /ou des aidants est recherché. La douleur est prise en compte, évaluée avec des échelles spécifiques, réévaluée régulièrement. Les prescriptions d'antalgiques sont protocolisées dans le DPI et dans le cas de prescription, si besoin, le niveau d'évaluation de la douleur est précisé, dans la majorité des cas. Des prescriptions d'antalgiques anticipées sont réalisées, en consultation chirurgicale, au préalable. L'association des proches et/ou aidants est facilitée, dans les situations cliniques

difficiles. Leur présence auprès du patient est proposée par l'équipe, en dehors des heures de visite, ainsi que des lits accompagnants, pour les cas le nécessitant. Des salons de convivialité sont disponibles pour les patients et/ou les aidants ainsi que des salles de sport, salon de coiffure, salle à manger... Leur association est facilitée dans la co-construction et mise en œuvre du projet de soins, notamment, pour les patients en situation de dépendance ou vulnérable. Un panel de soins est proposé au patient, atteint de troubles psychiques, pour accompagner son inclusion sociale et sa réhabilitation psychosociale. Une évaluation des conditions de vie et des besoins d'accompagnement médico- sociaux est effectuée, au préalable, lors de la consultation chirurgicale, pour organiser, au mieux la sortie. Les conditions de vie des patients orientent les types de prise en charge pour le retour à domicile avec les organisations disponibles : RAAC, PRADO, HAD, SMR, EHPAD, CPTS, Prestataires externes... La sortie de l'hospitalisation complète en psychiatrie est organisée, en fonction du projet de soins et de réhabilitation psychosociale. Le patient peut être orienté vers des structures de type CMP, Assistance Sociale de quartier ou vers le centre psychothérapique de jour de l'établissement. Le repérage des situations de vulnérabilité de nature sociale et/ou psychologique est assuré par différents professionnels : psychiatres, psychologues, paramédicaux dans les différentes prises en charge.

## 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	98%
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	96%

La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée, au sein de l'équipe, concernant les hospitalisations complètes ou partielles en chirurgie, elles prennent en compte une évaluation globale du patient et s'appuient sur des recommandations de bonnes pratiques. Pour les prises en charge complexes, en Psychiatrie, en hospitalisation complète, un Projet Thérapeutique est réalisé avec analyse Bénéfice/Risque, accord du patient et/ou des aidants et réévaluations régulières. Des réunions RCP sont faites, 2 fois par semaine. Un bilan d'autonomie est réalisé de manière systématique. Une commission des admissions se réunit pour évaluer l'égibilité à la prise en charge. En hôpital de jour Psychothérapique, la prise en charge est réalisée soit à la demande d'un médecin psychiatre de ville, soit à la sortie de l'hospitalisation complète en psychiatrie. À l'issue de la consultation avec le médecin psychiatre, un auto-questionnaire réalisé par le patient permet

d'évaluer son autonomie sociale. Un projet de soins de réhabilitation psychosociale est formalisé et réévalué. Des activités sont proposées pour la réhabilitation professionnelle et sociale, l'éducation à la santé, remédiation cognitive, remobilisation physique, relaxation... Des sorties thérapeutiques de demi-journée sont organisées, avec l'accord et le suivi du médecin psychiatre référent, afin d'aider à la réinsertion sociale. Les différents spécialistes médicaux de l'établissement interviennent pour avis ainsi que des professionnels extérieurs, si nécessaire ainsi que des soins de support : psychologue, kinésithérapeute, psychomotricienne, Educateur Spécialisé, APA... La disponibilité des lits est connue en temps réel et le lissage de l'activité chirurgicale permet une gestion de l'accueil des patients. En lien avec l'ARS, la disponibilité des lits en Psychiatrie, dans le territoire de santé est connue. Une unité protégée en Psychiatrie est fermée à clé, 24 h sur 24. À l'admission, lors de la consultation médicale, une charte est signée entre le patient et le psychiatre concernant sa liberté d'aller et venir, en fonction de son état psychique et de son risque de fugue. Cette charte est systématiquement revue, une fois par semaine et réajustée, en fonction de l'état de santé du patient. Aucun patient n'est contentonné dans cette unité. Après des mesures alternatives, si une contention est nécessaire, il est transféré aux urgences psychiatriques d'un établissement voisin. Un Médecin somaticien réalise des évaluations, tout au long de la prise en charge. Un parcours de prise en charge complexe de patient psychiatrique, pour un traitement par électro convulsivothérapie est structuré. Une concertation pluriprofessionnelle permet de discuter les indications entre les médecins psychiatre, anesthésiste, cardiologue. L'équipe a coconstruit avec le patient, un projet de soins adapté un s'appuyant sur l'évaluation globale de sa situation, des risques encourus. Une plage horaire spécifique, en début de matinée, permet aussi la prise en charge et la surveillance, en SSPI, du patient dans le cadre de l'électro- convulsivothérapie, avec la présence d'une aide-soignante du service de psychiatrie, en renfort de l'équipe médicale, pour sécuriser le patient. Les demandes d'admission en SMR, HAD, EHPAD sont faites dans le logiciel « Trajectoire » pour l'orientation des patients, à la sortie d'hospitalisation. Des téléconsultations d'Anesthésie sont réalisées, pour les patients éloignés. La prescription d'antibiothérapie est nominative et la dispensation réalisée, pour une durée limitée de 72 h. Au-delà, elle aura lieu, sur justification : antibiogramme et ou avis du médecin référent. Le pharmacien valide systématiquement, toutes les prescriptions d'antibiotiques. Le référent antibiotique est le médecin infectiologue, du CHU de Nice, disponible pour avis. Des protocoles de prescription actualisés sont disponibles, dans la gestion documentaire. Des formations aux antibiotiques ont été réalisées pour les médecins (Prise en charge des infections ostéo-articulaires...). Une analyse de la pertinence de la prescription des antibiotiques, dans les infections urinaires a été réalisée. L'établissement ne dispose pas de Dépôt de PSL. Les prescriptions sont nominatives, à la demande et transmises à l'EFS. Le transport des PSL est assuré par un coursier habilité. La sécurité transfusionnelle est assurée, le consentement du patient recherché ainsi que l'analyse bénéfice/risque. Une analyse de la pertinence des transfusions, selon les recommandations de l'HAS est réalisée tous les ans avec présentation au CSTH annuel ainsi qu'une analyse des dossiers transfusionnels montrant une exhaustivité des conformités. Les formations des professionnels, aux bonnes pratiques de transfusion sanguine, sont assurées. Le taux de destruction est suivi (0%). Les protocoles de prise en charge des précautions standards liés aux complications graves d'œdèmes aigus de surcharge posttransfusionnelle (OAP, TRALI et TACO) sont disponibles, dans la gestion documentaire. Le Dossier Patient est informatisé sauf le peropératoire anesthésique ainsi que le dossier transfusionnel. L'ensemble des éléments, utiles à la prise en charge du patient, sont disponibles dans le DPI, tracés par tous les intervenants dont les soins de supports. Les documents recueillis sous forme papier : consentements, informations, personne de confiance, directives anticipées ... sont scannés et intégrés au DPI. En chirurgie ambulatoire et en hôpital de jour psychothérapeutique, le patient reçoit toutes les informations en amont, pour sa prise en charge ainsi que les consignes de suivi. En chirurgie ambulatoire, l'appel de la veille et du lendemain sont réalisés et pour certaines interventions pédiatriques, renouvelé à J+ 2. La sortie est validée selon le score de CHUNG, réalisé par des IDE formés. Les médecins responsables signent l'autorisation de sortie. Pour certaines interventions de chirurgie pédiatrique, une organisation est en place avec la Fondation Lenval-Hôpital pour enfants -Nice pour prise en charge des enfants, après leur sortie, en cas d'Urgence. En Hôpital de jour psychothérapeutique, un

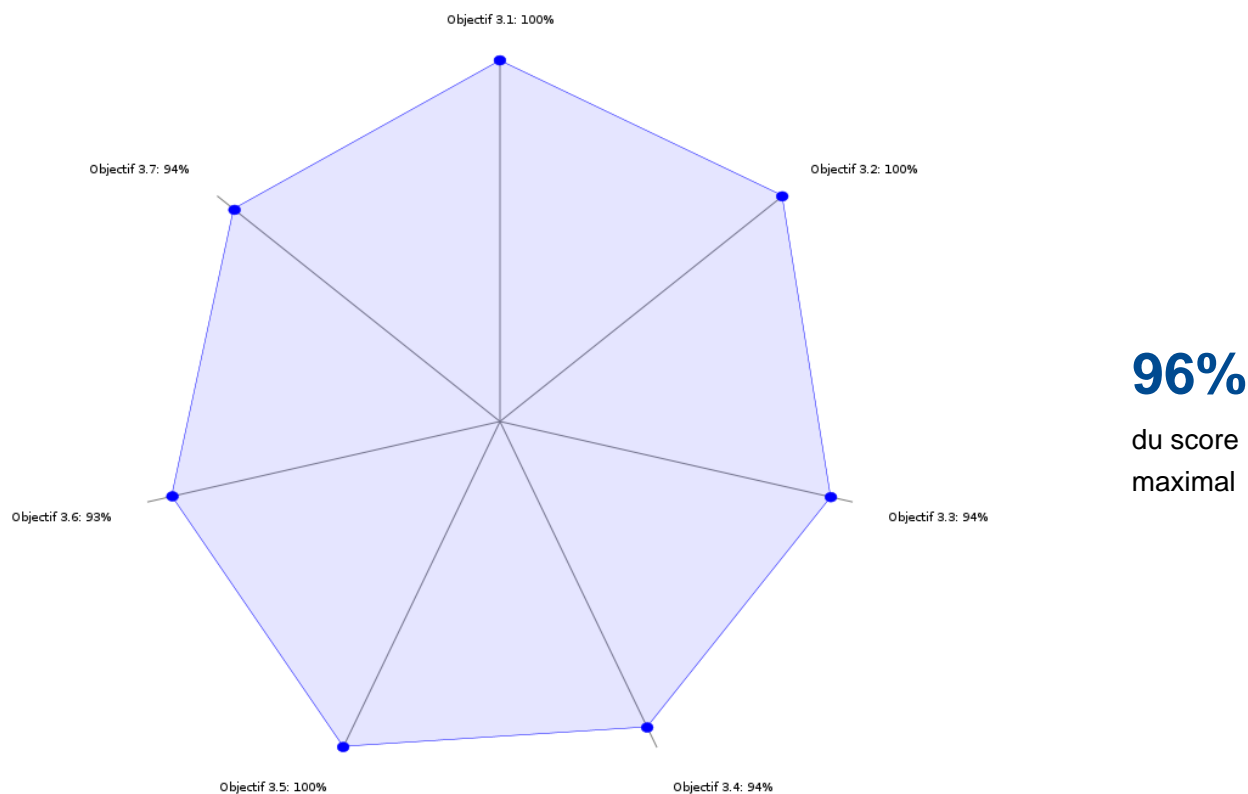
appel est réalisé en amont par le service pour organiser l'admission. En chirurgie en hospitalisation complète un appel J-1 est réalisé par les IDE pour rappel des horaires et des consignes. Tous ces appels sont réalisés selon une Check-List et tracés dans le DPI. La conciliation médicamenteuse est réalisée par le pharmacien et un Préparateur en Pharmacie Hospitalière formés, pour les patients de plus de 75 ans, polymédiqués, en psychiatrie. Le dossier Pharmaceutique est accessible. Les programmations opératoires sont organisées, en amont, dans un logiciel de programmation opératoire. La validation du programme opératoire est réalisée, lors de la réunion hebdomadaire du bloc opératoire. Cette réunion permet d'évaluer la faisabilité des programmes opératoire et de l'organisation matérielle de la prise en charge des patients. Le règlement de fonctionnement du bloc opératoire décrit les principes et les modalités d'organisation du bloc opératoire, dont la prise en charge des urgences et des enfants. Le secteur interventionnel et les services échangent les informations nécessaires, à la prise en charge du patient, en amont et en aval, dans le DPI. La Check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire », est réalisé sous forme informatique. Ses modalités de réalisation sont définies. Des évaluations de l'utilisation sont réalisées, régulièrement, montrant une conformité de l'utilisation et une exhaustivité du remplissage. Une Check-List simplifiée a été élaborée et mise en place, après expérimentation, pour certaines chirurgies. Les GO/NOGO font l'objet de recueil et d'analyse et mise en place d'actions correctives. De même, les écarts entre programmation, annulation et reports font l'objet de recueil et d'actions dont reprogrammations avec information du patient. Des indicateurs d'activité permettent l'analyse de l'efficience de fonctionnement du secteur. Dans l'ensemble des secteurs, une lettre de liaison est remise au patient, le jour de la sortie et adressée au médecin traitant. Elle contient l'ensemble des informations permettant la continuité des soins, lors de son retour à domicile. Les délais de délivrance sont suivis par des audits et les actions d'amélioration déterminés. Le dossier médical de Mon Espace Santé (DMP) est mis à jour systématiquement. L'établissement ne réalise pas de prise en charge palliative, un transfert peut être organisé dans une structure palliative du territoire. L'identification qualifiée INS du patient est réalisée par le service des admissions en psychiatrie et lors de la préadmission du patient après consultation anesthésique. La bonne identification est reportée sur tous les documents dont les documents papiers, avec la qualification INS. Les professionnels savent qui contacter comme Identitovigilant. Tous les patients disposent de Bracelet d'Identification, dès leur admission. L'identité est vérifiée à toutes les étapes de la prise en charge. Les vigilances sanitaires sont organisées, des référents identifiés. Les informations sont affichées dans les tableaux qualités des services, dans la gestion documentaire. Il existe une permanence du dispositif 24/24 (circuit descendant et ascendant). Un Manuel d'Assurance Qualité (10/24) détaille le Management de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicaux. La délivrance des médicaments est sous forme globale en service de Chirurgie et individuelle, nominative, bi hebdomadaire en Santé Mentale. La concordance entre le produit, le patient et la prescription est systématiquement réalisée, avant l'administration. L'administration ou le motif de non-administration du médicament au patient sont tracés, dans son dossier. Les armoires de médicaments, dans les services de soins sont approvisionnées et le réassort réalisé, les transports sécurisés dans des boîtes fermées. Une dotation d'antibiotiques est disponible en service de Chirurgie. Des conventions avec des établissements de territoire permettent l'approvisionnement en médicaments, en Urgence. Les produits thermosensibles sont stockés dans des réfrigérateurs sécurisés dont la température est vérifiée, quotidiennement. Il a pu être constaté l'absence de produits périmés. Le circuit des stupéfiants est conforme. Le stockage des médicaments à Hauts Risques (MHR) est sécurisé avec identification par un logo dans les armoires de médicaments, dans les réfrigérateurs, dans le DPI. La liste des MHR a été élaborée par le Comédims, de manière pluriprofessionnelle et spécifique par service. Elle est disponible dans le classeur pharmacie des services qui contient également la liste de la dotation en médicaments, les médicaments écrasables, les Never Events, les effets indésirables, les antidotes concernant les MHR... Les ampoules de KCL sont stockées, dans le chariot d'Urgence, dans une boîte sécurisée et identifiée. Une double vérification des médicaments, selon une checklist prédéfinie est réalisée pour la morphine administrée en PCA, la Nalbuphine et le midazolam en pédiatrie, dans le service de chirurgie. Des formations et de la sensibilisation des professionnels ont été réalisées par le pharmacien, sur la sécurisation du circuit du médicament, les MHR, iatrogénie



médicamenteuse, les médicaments de la personne âgée, les flacons multi doses.... Les professionnels rencontrés confirment leur connaissance sur les Risques Médicamenteux. Des actions d'éducation à la santé sont réalisées par les IDE, en psychiatrie concernant leur traitement et le risque de prise de poids avec sensibilisation à la nutrition. L'analyse pharmaceutique de niveau 2 est réalisée, pour toutes les prescriptions. Un bilan thérapeutique est retrouvé, dans les lettres de liaison. Les équipes maîtrisent le risque infectieux, en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains. Les solutions hydroalcooliques sont disponibles et l'indicateur ICSHA, par service, est affiché. Le Président du CLIN, médecin anesthésiste et la responsable du service de chirurgie, Référent hygiène, pilotent le processus maîtrise du risque infectieux. Les responsables de chaque secteur sont les correspondants en Hygiène. Le CLIN de composition pluriprofessionnelle dont un médecin biologiste définit un programme annuel de lutte contre les infections nosocomiales. Les professionnels sont formés aux précautions standards et complémentaires dont les nouveaux arrivants. Des audits sont réalisés : Précautions standards et complémentaires, désinfection des mains avec le SHA, préparation cutanée de l'opéré, surveillance et prévention des AES, suivi des Infections Associées aux Soins, sondage urinaire en système clos, tri des déchets, bon usage des antibiotiques et antibioprophylaxie... Les précautions complémentaires sont prescrites médicalement dans le DPI, le personnel dispose du matériel nécessaire. Les proches et les aidants sont informés, concernant l'isolement. Des chambres d'isolement sont prévues. L'environnement du patient est propre. Les bonnes pratiques concernant les Dispositifs Médicaux Implantables sont respectées : pose, surveillance, traçabilité, dans tous les secteurs. De nombreux protocoles actualisés sont disponibles dans la gestion documentaire. Les ISO sont suivis et font l'objet de CREX/RMM, si nécessaire. Les protocoles d'antibioprophylaxie, par type de prise en charge chirurgicale sont formalisés et conformes aux recommandations des sociétés savantes. La prescription est effectuée en consultation d'anesthésie, informatisée. Elle est vérifiée, lors de la check List « Sécurité du patient au bloc opératoire ». Une EPP a été réalisée « antibioprophylaxie en Ophtalmologie » montrant une conformité des prescriptions, du moment et de la durée de l'injection et de sa traçabilité L'ensemble des éléments attendus, pour la traçabilité du Dispositif Médical Implanté (DMI) est retrouvé, dans le dossier patient ainsi que dans la lettre de sortie. L'établissement assure la promotion de la vaccination, par affichage et notes d'information. Les obligations vaccinales, pour les professionnels de santé sont assurées, par le Service de Santé au Travail. Le vaccin contre la Grippe est mis à disposition, gratuitement par l'établissement pour les professionnels ainsi que pour les patients hospitalisés en psychiatrie. Les responsables des services connaissent le taux de couverture vaccinale contre la Grippe des professionnels de leur service qui sont par ailleurs affichés, dans tous les services de soins. L'IQSS évaluant « la couverture vaccinale antigrippale du personnel hospitalier » a été recueilli. Le zonage, les moyens de radioprotection et la formation des professionnels sont mis en œuvre au Bloc Opératoire. Les doses de rayons reçues par le patient ainsi que l'appareil utilisé sont tracées dans le Compte-Rendu Opératoire. Un audit réalisé a montré l'exhaustivité de la traçabilité. Le transport des patients du service de chirurgie ambulatoire ou de chirurgie en hospitalisation complète, est réalisé soit en fauteuil roulant, soit le patient arrive à pied au bloc opératoire, accompagné par un Aide-Soignant. Le retour du bloc opératoire est réalisé en brancard. Concernant les patients hospitalisés en psychiatrie, les modalités de transport sont les mêmes et lors de nécessité d'examen extérieur, le transport est réalisé par un véhicule de l'établissement avec accompagnement par des professionnels. L'établissement a un programme d'évaluations : enquêtes, audits, EPP, RMM, CREX, évaluations des pratiques, analyses de pertinences etc. et dispose de nombreux indicateurs : suivi des plaintes et réclamations, signalement des EI, EIG, IQSS, suivi de la satisfaction des patients, Patients traceurs, cartographie des risques. Un tableau de bord d'Indicateurs par processus est suivi et présenté aux différentes instances. Il est consultable par les professionnels. Les professionnels rencontrés participent aux évaluations, EPP, audits, CREX, RMM et sont force de proposition. Les résultats sont portés à la connaissance des professionnels par différents modes de communication, Intranet, Journal interne, dans les différents comités. Des affichages qualité par service informent les professionnels sur les Indicateurs qualités spécifiques du service et nationaux, le taux de vaccination, l'ICSHA, les résultats des questionnaires de satisfaction, les plaintes et réclamations, les Evénements indésirables déclarés... Des « points qualités » ont lieu régulièrement

sur des thématiques : IQSS, EIAS, PAQSS... Des réunions et informations qualité sont faites dans toutes les commissions dont la CME et la CDU. Les RU ne participent pas au recueil de la satisfaction des patients et de l'expérience patient. Les équipes mettent en place des actions d'amélioration, lors de réclamation ou de plainte. Les EIAS dont les presque accidents sont déclarés, analysés et font l'objet de CREX/RMM selon la méthode « ALARM ». Les examens de biologie sont réalisés par un laboratoire accrédité Cofrac. Les résultats des examens sont disponibles dans le DPI. La qualité des examens de biologie fait l'objet d'actions d'amélioration, entre les services de soins et le laboratoire. Seuls les examens de radiologie standards sont réalisés sur site. Les examens d'Imagerie sont réalisés dans des établissements conventionnés.

# 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	100%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	94%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	94%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	93%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	94%

La Clinique Saint François à Nice réalise une activité chirurgicale avec un service d'hospitalisation complète et un service de chirurgie ambulatoire et une activité de psychiatrie, avec 2 services d'hospitalisation complète et d'un hôpital de jour psychothérapeutique. Un plateau technique permet la réalisation d'Electro-Convulsivothérapie. Un bloc opératoire est composé de 6 salles d'intervention et une salle de surveillance post

interventionnelle de 9 postes. La clinique Saint-François a intégré le Groupe Vivalto Santé, en octobre 21. L'établissement a identifié de nombreux partenaires dans le territoire et établi des conventions ou relations avec des établissements hospitaliers: avec le CHU de Nice pour les urgences psychiatriques, l'infectiologie, et le traitement du cancer, l'anesthésie-réanimation; avec le Centre Lacassagne et la Clinique Saint Dominique pour les soins palliatifs ; l'Interclud de PACA Est; avec le dispositif d'appui à la coordination C3S; convention Prado pour la chirurgie orthopédique.... Un des axes du projet d'établissement comporte l'objectif de favoriser la collaboration avec les acteurs de santé du territoire afin d'améliorer le parcours de soins des patients. Il est référencé par la CPTS Nice Centre Nice est, membre du Conseil local en Santé Mentale. L'établissement participe aux réunions de travail du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) dont celui concernant la « lutte contre la stigmatisation ». Le projet d'établissement (2022-2025) développe 6 axes majeurs autour des orientations stratégiques de l'établissement, des conditions de vie au travail-QVT, le bien-être et la satisfaction du patient, la démarche qualité et gestion des risques, le développement et la performance durable et une politique d'informatisation. Il est en lien avec les engagements du Groupe Vivalto, dans le cadre de sa reconnaissance d'entreprise à missions « Soigner et accompagner les patients tout au long de leur parcours de soins et de leur vie ». Le ROR est actualisé quotidiennement. Les admissions directes sont possibles, dans tous les services, notamment pour la prise en charge des personnes âgées. En cas de nécessité, un médecin somaticien est disponible pour avis et éviter un transfert qui peut être réalisé, en admission directe dans un Hôpital Gériatrique du territoire. La communication avec l'établissement, des usagers ou des professionnels de santé, est effective. Des numéros d'appels directs permettent de joindre les services/professionnels (site internet, livret d'accueil, lettres de sortie...). Une messagerie sécurisée de santé permet un accès rapide aux échanges d'informations entre les professionnels. Les plaintes et réclamations des patients sont recueillies et font l'objet de communication et d'actions d'amélioration dans les différentes instances, aux professionnels et à la CDU. L'établissement assure le recueil de la satisfaction des patients par e-Satis et participe à l'expérimentation du recueil e-Satis en psychiatrie. Des questionnaires de satisfaction sont recueillis par service. Un travail est en cours dans services de soins concernant les PREMS et PROMS. Les patients participent à des démarches collectives de développement et d'amélioration des pratiques, notamment dans le parcours d'Electro-Convulsivothérapie. La bonne communication avec le patient est assurée par l'établissement, par des supports de communication comme les livrets d'accueil, le site Internet, le Parcours d'intégration du nouvel arrivant, la formation à la communication des professionnels, les groupes de parole. Des formations à l'écoute active sont proposés. L'établissement assure une prévention des situations difficiles, en matière de communication, en facilitant le recours des patients et des aidants et des équipes aux médiateurs, si besoin, notamment en faisant appel aux RU. L'établissement est accessible aux personnes handicapées : chambre PMR, ascenseur vocal, fléchage. Un référent handicap est nommé. Des dispositions sont en place, pour l'accès aux soins des personnes vulnérables : organisation du bloc opératoire pour les soins dentaires des personnes souffrant de handicap mental, interprètes en différentes langues, accompagnement facilité par les aidants. En psychiatrie, dès l'admission ou au cours du séjour, un entretien socio-éducatif, par le psychiatre, permet d'identifier les besoins du patient, en soins de réhabilitation psychosociale dans le projet thérapeutique. L'accès du patient à son dossier est organisé, les délais réglementaires respectés, la CDU a connaissance des demandes et de délais de réponses. Il existe une politique du Groupe Vivalto concernant la recherche clinique, encourageant les médecins à des travaux de recherche. L'établissement a participé à l'étude de l'Observatoire des Electro-Convulsivothérapie (50 patients inclus) et réalisé 11 publications en 2023. Il continue à recueillir les données cliniques, avec le consentement du patient et participe, une fois par an, aux échanges entre les établissements impliqués, dans la même étude. La bientraitance est une culture promue par tous les acteurs de l'établissement. Une charte de la bientraitance validée en CDU est affichée. Une autoévaluation des pratiques professionnelles a été réalisée et présentée, en réunion de services. Les professionnels ont été formés à l'éthique, la bientraitance et aux droits des patients. Des affichages, à destination des patients sont visibles dans les différents services. Les professionnels connaissent les conduites à tenir pour signaler et prendre en charge les situations de maltraitance y compris

celles à risque, notamment pour les personnes fragiles ou potentiellement exposées. Ils connaissent les circuits d'alerte pour les différents types de maltraitance. L'établissement suit annuellement le repérage des situations de maltraitance des patients, avant leur prise en charge et le bilan annuel des codes familles du PMSI concernés. Les RU sont impliqués, institutionnellement. Ils ont connaissance des plaintes et réclamations, des EI et EIG, des réponses aux questionnaires de satisfaction dont e-Satis ainsi que des Indicateurs Qualités. Ils donnent leur avis concernant l'amélioration de la vie quotidienne des patients, notamment concernant la signalisation. Les RU ne participent pas à la campagne de recueil de la satisfaction et de l'expérience du patient, mais sont associés à l'analyse des résultats et à la mise en place des actions d'amélioration. Un projet des Usagers (2024-2025) validé, fixe les orientations, en matière de respect des Droits des Patients. Il est coordonné avec le projet d'établissement et décline 4 objectifs, autour du respect du patient et de ses droits, l'engagement du patient, la place des usagers au sein de l'établissement, la bientraitance et le questionnement éthique. La CDU est associée à la Réflexion éthique et a été renommée CDU et Groupe Ethique. Un état des lieux des questionnements éthiques a été réalisé, notamment autour des droits du patient, de leur état de santé, de la stratégie thérapeutique et des soins proposés. Des formations éthiques, incluant les RU, ont été réalisées, permettant de sensibiliser les professionnels aux problématiques auxquelles ils sont confrontés. Un projet de collaboration est en cours avec un espace éthique régional afin de confronter les problématiques éthiques. La Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est définie, dans le projet d'établissement, validé en CME, en COPIL et présentée en CDU. Elle détaille les structures de pilotage de la démarche qualité ainsi que les modalités de mise en œuvre et les moyens mobilisés. La gouvernance est impliquée dans la démarche qualité avec participation aux différentes instances qualités, différents comités, réunions régulières avec l'encadrement. Des points qualités sont réalisés, dans toutes les instances et comités ainsi qu'aux professionnels, dans les réunions de service. Un Plan d'action qualité et sécurité des soins (2023-2027) a été élaboré à partir de l'identification et l'analyse structurée de l'ensemble des risques pour chacun des processus, en prenant en compte les risques, à priori et à posteriori, la cartographie des risques, les EIAS, les résultats des audits, les différents comités, les Indicateurs Qualités et la satisfaction patient. Ce PAQSS structuré, complet avec état d'avancement, priorisé, est fondé sur une analyse globalisée de l'ensemble des données, des risques et connaissances disponibles. Les responsables suivent des actions formation sur le management. Ils peuvent bénéficier d'actions de soutien ou de coaching, notamment avec le soutien du Groupe. La culture qualité et sécurité des soins des professionnels n'a pas été évaluée, un audit est prévu pour 2025. L'établissement assure l'adéquation entre les ressources humaines et la qualité et la sécurité des patients : démarche d'évaluation des compétences professionnelles, modalités de remplacement, plan de formation. Des temps de partage d'expérience sont réguliers. Une politique de Qualité de Vie au Travail (QVCT) est un des axes du projet d'établissement ainsi que l'un des objectifs opérationnels du groupe Vivalto visant à mettre en place une politique QVCT dans chaque établissement. La démarche a été construite à partir de 2 questionnaires de satisfaction, janvier 22 et janvier 24 avec analyse des résultats concernant la satisfaction, en termes de qualité de vie au travail. Un questionnaire Groupe permet l'échange, entre les établissements du groupe sur les pratiques et actions, mises en place, dans le cadre de la démarche QVCT. Les plans d'action sont présentés et validés en Comité Social et Economique (CSE) ainsi que dans les réunions de service. La démarche tient compte des différents paramètres RH. Les actions identifiées sont la promotion de la qualité de vie et du bien-être au travail, la formation continue, la qualité du dialogue social, les échanges réguliers sur les conditions de travail, la participation des personnels en équipe à des actions diverses (semi-marathon, Octobre rose...), accord intéressement, réaménagement du mobilier extérieur du jardin, crèche pour le personnel... Des démarches collectives d'amélioration du travail et de la dynamique du travail, sont mises en œuvre dont des staffs pluridisciplinaires, réunions de service, concordance temps médicaux et paramédicaux, travaux sur les irritants au quotidien. Des partages d'expérience sont réalisés dans des séminaires Groupe, audits croisés Groupe et intégration dans des groupes métiers. La gestion des conflits et difficultés interprofessionnels est réalisée, en interne par l'encadrement et la Direction, avec possibilité d'intervention du service de prévention et de santé au travail et du CSE. Le Groupe Vivalto met à disposition un

service anonyme » Social Direct » pour avoir en direct, une assistante sociale ou un psychologue selon le cas, avec un suivi par téléphone, mail ou avec des rencontres terrain facilitées. Il n'existe pas dans l'établissement de démarches spécifique de type Pacte ou d'accréditation en équipe. L'établissement a mis à son plan de formation 2025, une formation portée par l'HAS, pour la Directrice Adjointe, de type Pacte. Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées dont l'accompagnement des nouveaux arrivants. L'établissement dispose d'un Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et Situation sanitaires exceptionnelles (SSE) comprenant un volet sur le risque numérique. Les catégories de risques ont été identifiées et l'établissement connaît son positionnement dans le plan ORSAN. Un Référent SSE est nommé. Un exercice SSE a été réalisé et a fait l'objet d'un RETEX avec plan d'actions. Le plan de sécurisation de l'établissement est formalisé. Les accès pour les secteurs protégés sont sécurisés, par des badges individuels ainsi que toutes les chambres. Un système de vidéosurveillance, déclaré avec caméras, enregistre des vidéos pour un temps déterminé. Les patients peuvent sécuriser leur chambre par un badge individuel, lors de sorties. Les situations à risque pour les patients et les professionnels (urgences, malveillance, fugue, fausse route, suicide...) font l'objet de procédures, connues par les professionnels. Un agent de sécurité assure une permanence, la nuit. Un des axes du projet d'établissement décrit les objectifs en matière de développement et de performance durable. Le Groupe Vivalto Santé est une entreprise à mission dont l'un des engagements est à visée sociale, sociétale et environnementale avec maîtrise de l'empreinte environnementale. Un Référent Développement Durable est nommé ainsi qu'un comité référent. Un diagnostic initial a été réalisé, et un plan d'action engagé, dès 2023 (changement groupe froid, circuit des déchets...) Les consommations d'énergie et d'eau ainsi que des déchets sont connus et un plan d'action de réduction a été mis en place. De nombreuses filières de déchets sont identifiées : DAOM, DASRI, verre, plastique, papiers, piles, biodéchets ...Chaque filière faisant l'objet d'analyse afin de réduire son impact. Une politique d'achat écoresponsable est en place : centrale d'achat, produits bio... Les professionnels sont sensibilisés au quotidien par les réunions de service, les formations (dilution des produits, nettoyage vapeur au bloc opératoire), dans les différents Comités... La prise en charge des Urgences Vitales dans l'enceinte de l'établissement a fait l'objet d'une démarche très complète et structurée. Les chariots et sacs d'Urgence Vitale, adulte et pédiatrique, selon les secteurs sont homogénéisés, disponibles, accessibles et vérifiés dans les services. Des aides cognitives et un protocole Urgence Vitale sont disponibles. Il existe un numéro d'appel unique direct, dédié et facilement identifiable, visible dans tous les locaux de l'établissement et connu par tous les professionnels. Un médecin anesthésiste intervient H24. Des analyses de pratiques ont été réalisées, par un médecin anesthésiste, en 2023. Une formation de simulation en santé avec gestion des situations critiques a été réalisée par le Groupe Vivalto en juillet 24, au bloc opératoire et dans les unités de soins. Des scénarios ont été proposés avec débriefing et évaluation. Toutes les urgences vitales font l'objet d'une déclaration d'événement désirable, analysées en comité de pilotage. Les recommandations de bonnes pratiques cliniques et de procédures sont accessibles, dans la base de gestion documentaire informatisée. La gouvernance et la CME mobilise les équipes sur l'identification et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques. Une veille documentaire est organisée. Les Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins sont recueillis, suivis et partagés dans les différentes instances dont la CDU. Ils sont déclinés par service, des plans d'action sont déterminés et alimentent le PAQSS. Les EIAS et les EIG sont analysés par la méthode ALARM et déclarés sur le portail de signalement de l'ARS, si nécessaire. Ils font l'objet de RMM ou CREX. Une synthèse annuelle des EI est réalisée, par la responsable qualité et présentée, dans les différentes instances dont la CDU. Les personnels connaissent les modalités de déclaration des EI. Le retour au déclarant est effectif. En cas de dommages imputables aux soins, les modalités d'information du patient sont définies. On retrouve, dans le DPI, la traçabilité de l'information donnée et de l'accompagnement. L'établissement ainsi que le Groupe Vivalto promeut le dispositif d'accréditation des médecins avec information en CME. Par ailleurs, les actions menées dans le cadre de l'accréditation sont articulées, avec la démarche qualité de l'établissement.

# 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	060000213	CLINIQUE SAINT FRANCOIS	10 boulevard pasteur 06046 Nice FRANCE
Établissement principal	060780442	CLINIQUE SAINT FRANCOIS	10 boulevard pasteur 06046 Nice FRANCE



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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
---	--------

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système			
2	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
3	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
4	Audit système			
5	Audit système			
6	Audit système			
7	Audit système			
8	Audit système			
9	Audit système			
10	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Patient âgé	

			Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
11	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque / antibiotique injectable / per os
12	Audit système			
13	Audit système			
14	Audit système			
15	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
16	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
17	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque / antibiotique injectable / per os
18	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque / antibiotique injectable / per os
19	Audit système			
	Audit			

20	système			
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	Traceur ciblé			EI selon liste fournie par l'établissement
25	Audit système			
26	Traceur ciblé			PSI
27	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie et Per opératoire
28	Audit système			
29	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
30	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
31	Traceur ciblé			PSC
32	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
33	Audit système			
34	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
35	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

---

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

---

