HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CLINIQUE VALFLEUR

Route d'enco de botte
13190 Allauch

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Qualité des soins confirmée

Établissement certifié

Validé par la HAS en Février 2022

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Février 2022

Sommaire

Préambule 4
Décision 7
Présentation 8
Champs d'applicabilité 9
Résultats 10
Chapitre 1 : Le patient 11
Chapitre 2 : Les équipes de soins 12
Chapitre 3 : L'établissement 13
Table des Annexes 15
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche 16
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022 17
Annexe 3. Programme de visite 21

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 évaluéepar l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

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

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

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

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

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification;
- des critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, siune 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 maitrise des risques liés au soin. Les analyses des évènements 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 decide la certification de l'établissement.

Présentation

CLINIQUE VALFLEUR	
Adresse	Route d'enco de botte 13190 Allauch FRANCE
Département / Région	Bouches-du-Rhône / 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	130002322	MPC VALFLEUR	Route d'enco de botte 13190 Allauch FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

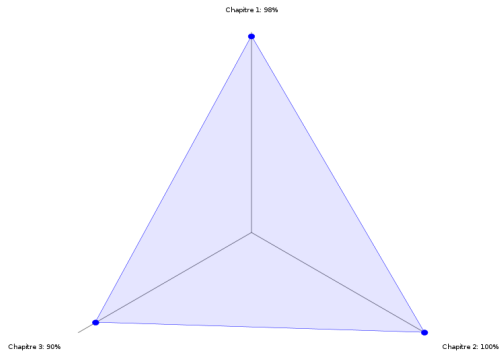
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

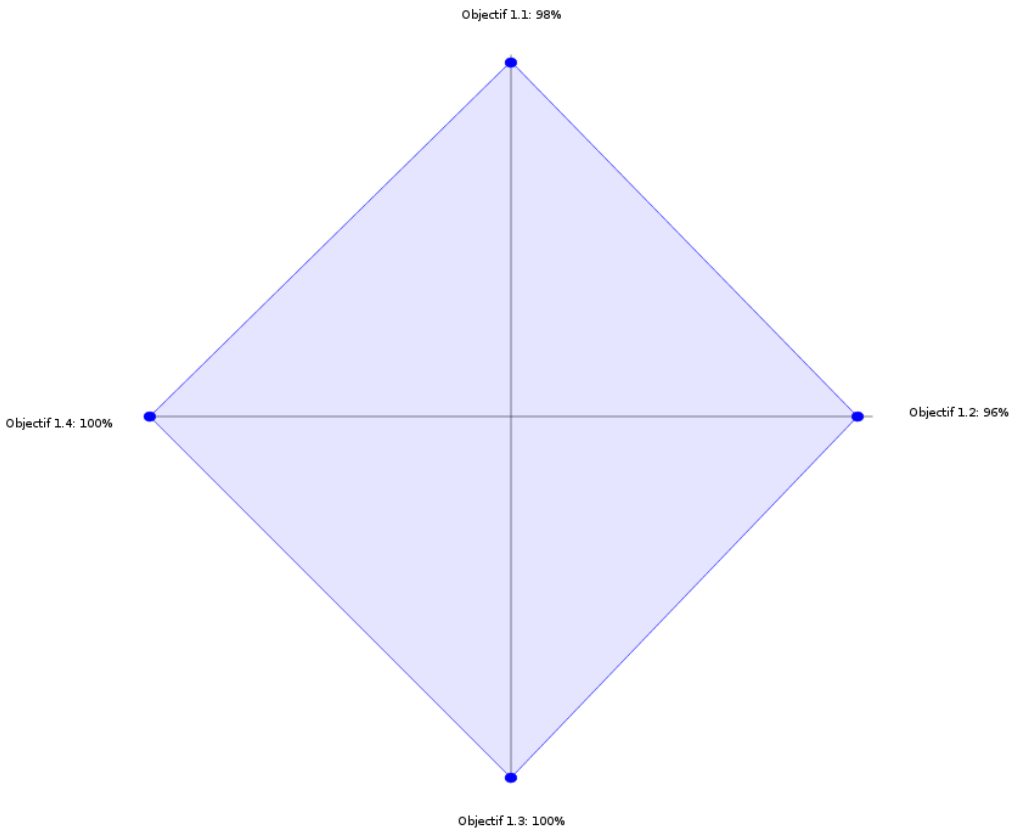
Champs d'applicabilité
Adulte
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Psychiatrie et santé mentale
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement, 101 critères lui sont applicables

Résultats



Chapitre 1 : Le patient

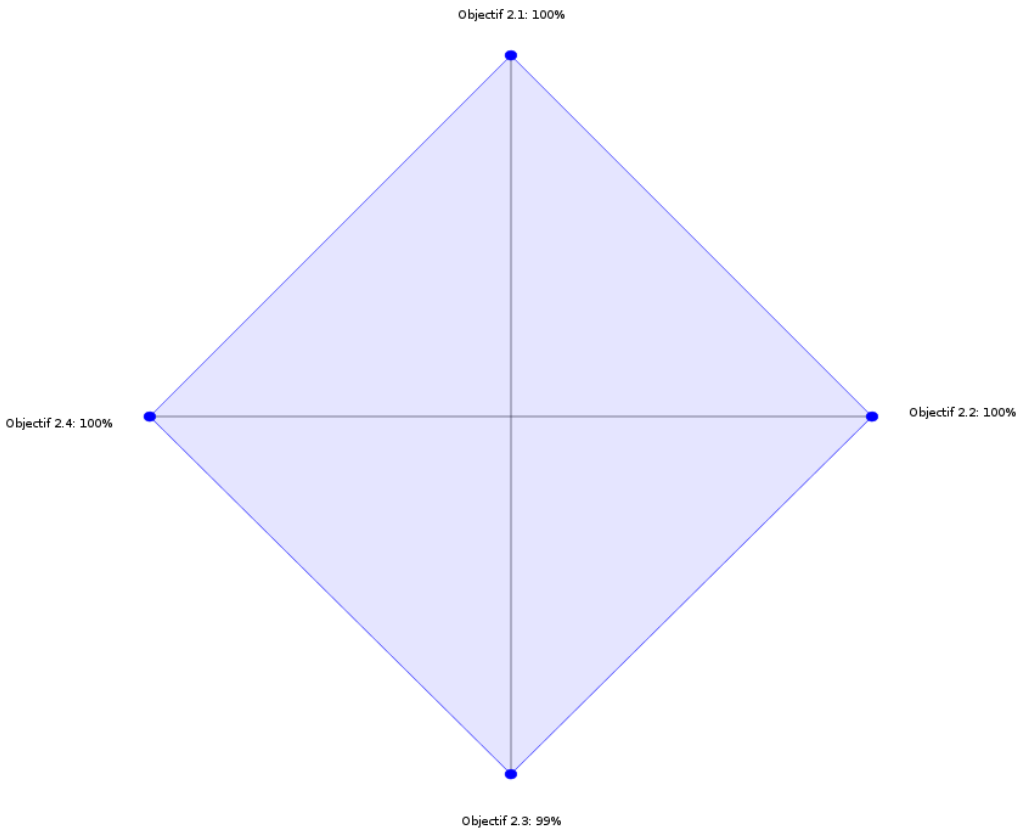


La clinique de Valfleur propose une prise en charge programmée de réhabilitation psychique dont le patient est informé dès sa demande d'admission. Son implication et son consentement sont recherchés dès le début de la prise en charge et fondent le projet de soins jusqu'à la sortie. Des contrats de soins peuvent être définis notamment dans le cadre de l'addictologie. La communication est adaptée aux difficultés rencontrées par le patient. La prise en charge utilise la participation à des groupes d'expression favorisant l'expérience patient et à des ateliers thérapeutiques renforçant son autonomisation.

Les pratiques des professionnels respectent l'intimité et la dignité des patients toutefois les conditions d'hébergement ne permettent pas toujours le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Les locaux sont vétustes notamment les chambres majoritairement à 2 lits. L'établissement a néanmoins réalisé un certain nombre de travaux avec intégration des salles d'eau dans 8 chambres, rénovation de la salle à manger des patients, amélioration du chauffage, réfection de la signalétique, de la peinture et des mobiliers. Une rénovation complète avec extension est actuellement programmée, le permis de construire a reçu un avis favorable et il est actuellement purgé de tout recours. Le démarrage des travaux est programmé au premier semestre 2022.

La douleur est prise en compte. Les proches sont associés au projet de soins avec accord du patient. Les conditions de vie, le lien social sont pris en compte par l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle impliquée (psychologue, assistante sociale coordinatrice de projet, IDE, psychiatre, MG…)

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Les équipes disposent des protocoles nécessaires à leur prise en charge (par exemple protocole d'entrée définissant les rôles de chaque professionnel, protocole de remise du traitement personnel, hygiène, nutrition, douleur). Les prises en charge complexes donnent lieu à des réunions régulières. Les professionnels disposent d'un dossier patient unique informatisé (DPI) regroupant notamment les observations faites dans les ateliers et les conclusions de la synthèse hebdomadaire faite en staff.

L'établissement n'utilise pas de mesures restrictives de liberté (pas d'isolement ni de contention).

La prise en charge somatique est réalisée dès l'admission et tracée dans le DPI et de manière régulière. Elle comprend systématiquement un volet sur la nutrition et les avis spécialisés nécessaires (cardiologue et ORL pour prévenir les risques de fausse route). Les professionnels se coordonnent avec les partenaires d'amont et d'aval (notamment les Centres Médico-Psychologiques), les médecins généralistes et spécialistes de proximité.

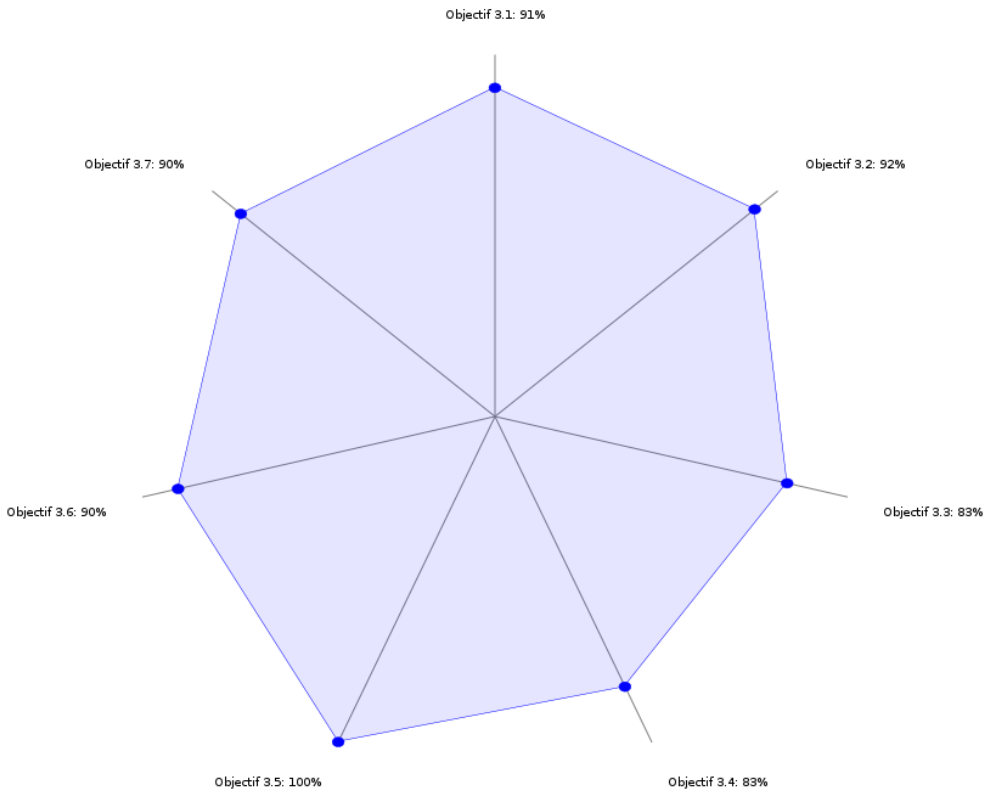
La lettre de liaison et de sortie est en place et assure la coordination à la sortie du patient.

Les modalités d'identification du patient sont adaptées à l'activité.

Le circuit du médicament est maîtrisé de la prescription à la dispensation par la PUI dépendant d'un autre établissement du groupe avec lequel la clinique Valfleur a conventionné. Les approvisionnements et le stockage des médicaments dans ce cadre sont adaptés notamment pour les médicaments à risque. La pertinence de la prescription d'antibiotique est argumentée et réévaluée.

Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard des évènements indésirables déclarés, de leur analyse et de la mise en place de plans d'actions impliquant l'ensemble des professionnels concernés. Le projet de soins est évalué régulièrement et réadapté.

Chapitre 3 : L'établissement



L'établissement dispose de multiples conventions avec les structures du groupe (SSIAD, SAAD…) et les CH de proximité, notamment les hôpitaux Laveran et Aubagne (cours séjour gériatrique). Des liens sont développés avec les EHPAD, notamment avec un EHPAD psycho gériatrique. Une convention avec une Plateforme Territoriale d'Appui est en place pour les cas complexes et une convention avec un ESAT permet de favoriser la réinsertion professionnelle. La clinique s'est impliquée dans le PTSM. L'établissement participe au répertoire opérationnel des ressources (ROR) de la région PACA et dispose d'une messagerie sécurisée.

L'engagement des patients est recherché en favorisant l'implication dans leur parcours de soins mais également par leur participation aux réunions communautaires mensuelles où les représentants des usagers sont présents. Une boite à idées permet de recueillir les souhaits des patients. Il existe une dynamique d'amélioration des questionnaires satisfaction. Les locaux ne sont pas complètement adaptés aux personnes handicapées. Un seul ascenseur est disponible dans l'établissement ne permettant pas l'accessibilité de 2 unités sur 4 de la clinique. L'amélioration de l'accessibilité des personnes handicapées a reçu un avis favorable de la commission d'accessibilité dans le cadre des prochains travaux. La maltraitance est prise en compte (risques connus, protocoles connus).

La gouvernance fonde son management sur la qualité et sécurité des soins. Elle est impliquée dans les plans d'actions avec les professionnels de terrain. Un audit sur la culture sécurité a ainsi été réalisé sur une plateforme collaborative. Les modalités de recrutement sont structurées, centrées sur les compétences attendues, la cohérence des pratiques de soins et l'accompagnement (cadre + tuteur). Les nouveaux professionnels disposent d'un livret d'accueil. Un plan de formation adapté est en place notamment sur les nouveaux outils informatiques. Le suivi des compétences et les entretiens annuels sont assurés. Les modalités de réponse aux absences sont formalisées les organisations dégradées nécessaires définies.

Les professionnels sont accompagnés dans leurs possibles difficultés lors des prises en charge, mise en mots, partage : accompagnement par la psychologue, soutien et réflexion collective sur les questions de bientraitance - maltraitance. La plateforme collaborative accessible aux professionnels permet un partage d'information large, y compris pour les professionnels vacataires, avec diffusion des protocoles et des audits et limite les pertes d'informations.

Un volet qualité de vie au travail est intégré au projet d'établissement. Les temps médicaux et paramédicaux sont coordonnés. Les professionnels peuvent s'adresser à un médiateur élu ou à la directrice en cas de conflit. Les professionnels sont formés à la communication non violente. Des échanges ont également lieu sur les organisations et leurs améliorations éventuelles. Ces échanges donnent également lieu à expression sur la satisfaction au travail. Les horaires essaient d'être adaptés à la vie familiale. Les plannings sont fixes. En cas de départ un entretien est organisé. Les ASH bénéficient d'actions de prévention des troubles musculosquelettiques , de matériels ergonomiques et de produits écolabellisés. Les professionnels disposent d'une salle de repos et d'une salle de réunion ouverte.

Un référent développement durable et un plan d'actions sont en place. Des dispositifs de protection du travailleur isolé et anti-intrusion sont en place. L'établissement a mis

en place un dispositif d'urgences vitales avec numéro d'appel (médecin de garde, Centre 15). Les formations AFGSU sont organisées. Un obus d'oxygène est disponible dans chaque unité. Toutefois, la prise en charge des urgences vitales n'est pas complètement maîtrisée : sur les 4 unités d'hospitalisation, seules 2 unités disposent d'un sac d'urgence (Forêt 1 et Colline 1). Pour les 2 autres unités d'accès difficiles et pour le rez-de-chaussée où se situe la salle à manger, l'accès aux sacs d'urgence n'est pas rapide. Par ailleurs l'ensemble du matériel nécessaire est dispersé : Défibrillateur dans le couloir (batterie non en place, risque de partir sans), aspiration mobile dans la salle de repos des personnels (aspiration faible, bouton de réglage défectueux). Lors de la visite les professionnels ont pris conscience de la fragilité du dispositif et se sont engagés dans des actions correctrice. Suite à la visite, l'établissement confirme avoir mis en place 2 malettes d'urgences supplémentaires équipant ainsi les 4 unités et s'engagent à augmenter le nombre de défibrilatteurs disponible dans les couloirs.

La dynamique d'amélioration continue de la qualité est organisée avec notamment le suivi d'indicateurs, leur communication régulière aux équipes et la surveillance de leur appropriation. De même le signalement des évènements indésirables et leur analyse sont intégrées par les équipes facilitant la mise en place de plans d'actions. Des EPP sont en place notamment sur le médicament.

Table des Annexes

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	130002322	MPC VALFLEUR	Route d'enco de botte 13190 Allauch FRANCE
Établissement principal	130786015	CLINIQUE VALFLEUR	Route d'enco de botte 13190 Allauch FRANCE

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

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

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

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	80

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	80
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)	0
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	Entretien Professionnel		
2	Audit système	Entretien Professionnel		
3	Audit système	QVT & Travail en équipe		
4	Audit système	Leadership		
5	Audit système	Maitrise des risques		
6	Audit système	Dynamique d'amélioration		
7	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		NON APPLICABLE
8	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NON APPLICABLE
9	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque Per Os : Prescription à administration
10	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG
11	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
12	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète	

			Programmé	
13	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Programmé	
14	Audit système	Représentants des usagers		
15	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
16	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards
17	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Programmé	
18	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires
19	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique injectable : Prescription à administration
20	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Stupéfiant

21	Audit système	Coordination territoriale		
22	Audit système	Engagement patient		

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

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – Février 2022