HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**MESURER**
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE CERTIFICATION**

# INSTITUT CAMILLE MIRET

Le bourg
46120 Leyme




**Validé par la HAS en Mars 2025**

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 – Mars 2025

# Sommaire


Préambule 4
Décision 7
Présentation 8
Champs d'applicabilité 9
Chapitre 1 : Le patient 10
Chapitre 2 : Les équipes de soins 12
Chapitre 3 : L'établissement 14
Table des Annexes 17
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche 18
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l’établissement en 2025 20
Annexe 3. Programme de visite 24

# Préambule

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

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

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

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même 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 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, 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 sous conditions de l'établissement.

# Présentation

| INSTITUT CAMILLE MIRET | |
|---|---|
| Adresse | Le bourg<br>46120 Leyme FRANCE |
| Département / Région | Lot / Occitanie |
| Statut | Privé |
| Type d'établissement | Établissement de santé privé d'intérêt collectif |

### 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 | 460785090 | INSTITUT CAMILLE MIRET | 46120 Leyme 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 |
| 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 |
| Soins de suite et réadaptation |
| Tout l'établissement |

Au regard du profil de l'établissement,108 critères lui sont applicables

# Chapitre 1 : Le patient

L'Institut Camille Miret (ICM), sous statut associatif, adhérent à la FEHAP, accompagne des personnes atteintes de troubles psychiques et des personnes en situation de polyhandicap dans le département du Lot. Sa mission sanitaire est assurée par deux établissements : le Centre hospitalier Jean-Pierre Falret, établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) sans but lucratif et les Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) « Notre Dame ». Le SMR, situé sur la commune de Bretenoux, à proximité du CH de Saint Céré, propose des soins de rééducation polyvalents et comprend 30 lits installés dont 1 lit de soins palliatifs. Il compte cependant 19 lits en activité depuis 2021. Le CH Jean-Pierre Falret gère 267 lits et places et suit 7200 patients. Les unités d'admission sont toutes situées sur le site de Leyme sauf l'UHCA (unité d'hospitalisation complète pour adultes) localisée sur le site de Cahors. Les urgences psychiatriques se trouvent au sein des urgences du CH de Cahors et les structures ambulatoires sont réparties sur Leyme, Cahors, Saint Céré et autres communes du département. Le patient reçoit une information claire et adaptée au travers de la remise d'un livret d'accueil, de l'affichage des chartes et de messages de santé publique dans les deux établissements. Les patients ont pu désigner la personne de confiance et la personne à prévenir de leur choix. Les patients rencontrés indiquent être informés sur leur droit à rédiger des directives anticipées par les équipes. Le dossier patient informatisé (DPI) en psychiatrie et en SMR permet une traçabilité de l'information dispensée s'agissant des droits du patient. Des ateliers « infodroits » sont proposés aux patients sur le site de Cahors. Dans tous les secteurs, le patient est impliqué dans sa prise en charge et les décisions qui le concernent tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. Il est acteur de sa prise en charge. Ainsi, par exemple en pédopsychiatrie, le projet de soins est co-construit avec l'enfant et fait l'objet d'évaluations régulières par l'équipe pluridisciplinaire. Pour les adolescents, le pouvoir d'agir est constamment recherché au travers de l'utilisation d'un carnet ressources. En SMR et dans les unités de psychiatrie de la personne âgée, le patient et ses proches aidants avec son accord sont impliqués dans la construction de son projet de vie. Le DPI des deux secteurs propose un paramétrage du projet de soins qui facilite sa formalisation et sa réévaluation. Le patient exprime sa satisfaction en répondant à un questionnaire d'amélioration de la prise en charge. En dépit de l'information délivrée dans le livret d'accueil et dans le journal Qualité Sécurité des Soins, certains des patients rencontrés déclarent ne pas être informés des modalités de déclaration d'un évènement indésirable associé aux soins et ne pas connaître les modalités pour contacter les représentants d'usagers et/ou associations d'usagers qui peuvent les accompagner. La recherche du consentement du patient est tracée dans son dossier. Une évaluation bénéfice/risque est partagée avec le patient notamment en termes d'information sur son traitement et d'accompagnement dans la gestion de ce traitement en hôpital de jour. Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité. En SMR, il existe trois chambres doubles sur les 19 lits actifs, des rideaux sont en place et les pratiques soignantes garantissent le respect de l'intimité des personnes. Les locaux en psychiatrie et en SMR, y compris ceux des bâtiments anciens, sont fonctionnels et bien entretenus. Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté en service adulte. Des chambres situées à proximité de la salle de soins sont fléchées dans ces unités d'admission. Néanmoins, s'agissant de la chambre d'isolement dans l'unité des adolescents, il a été constaté que l'accès aux toilettes est maintenu fermé et nécessite l'intervention d'un soignant. Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou soulager rapidement sa douleur. Une évaluation instrumentée de la douleur à l'admission et sa réévaluation régulière quand le patient est douloureux est intégrée aux pratiques médico-soignantes. La traçabilité est effective dans le dossier patient informatisé. Une moindre connaissance des échelles pour patients dyscommunicants a été constaté en SMR. Le patient se voit proposer un panel de soins permettant de maintenir son inclusion sociale : il s'agit d'une plateforme transversale appelée « sociothérapie » qui propose des activités de sport adapté, les prestations d'un ergothérapeute, d'un

psychomotricien, les services d’une assistante sociale, des ateliers d’art-thérapie et de l’équithérapie. Des activités thérapeutiques dans les unités sont également proposées. Même si le livret d’accueil délivre une information précise sur « Mon espace santé », le patient ne sait pas que l’équipe qui le prend en charge, va alimenter et pourra consulter son dossier médical de Mon espace santé (DMP) dans le cadre de sa prise en charge sauf en cas d'opposition de celui-ci. Il ne sait pas non plus qu’une messagerie sécurisée doit être utilisée pour tout échange avec l’équipe médicale. Des locaux adaptés permettent dans les différentes unités les échanges avec les aidants dans le respect de la confidentialité et de l’intimité. Des salons de familles aménagés sont à disposition. Un lit accompagnant est proposé en SMR. Le recours à la contention mécanique en SMR relève d’une décision médicale, intègre la réflexion bénéfice/risque et est réévaluée tout au long de l’hospitalisation. Les mineurs en soins bénéficient d’un accompagnement scolaire et éducatif (hospitalisation séquentielle limitée à 3 semaines). Un soutien de la parentalité est en place au travers notamment du programme d’entraînement aux habiletés parentales de Barkley. Un travail en lien avec la maison des adolescents est effectif et des consultations urgentes peuvent être organisées. La participation des familles avec l’accord du patient, en collaboration étroite avec les représentants des usagers, constitue une priorité au travers des programmes PROfamille et BREF. La prise en charge de la précarité est assurée notamment via l’Equipe Mobile Psychiatrie Précarité. Les conditions de vie des personnes sont prises en compte pour la préparation de la sortie par les assistantes sociales. Un poste de coordinatrice de parcours complexes a été créé en 2021. Elle concourt activement à la concrétisation du projet de vie des personnes en dehors de l’hôpital en œuvrant avec le Dispositif d’Appui à la Coordination du Lot et en lien avec les médecins traitants et les infirmières libérales.

# Chapitre 2 : Les équipes de soins

Le contexte lors de la visite fait état de fortes tensions sur le plan des ressources humaines à savoir 30% (8,4ETP) des postes de médicaux et 12% (25.2 ETP) des postes paramédicaux sont vacants. Au-delà de la réduction de certaines activités, les postes non pourvus et l'absentéisme du personnel soignant nécessitent de faire appel à des professionnels intérimaires pour garantir la présence des effectifs minimum à la continuité des soins. L'investissement des soignants, présents lors de la visite, dans l'accompagnement thérapeutique des patients a été observé. La pertinence des admissions en SMR est argumentée et réévaluée. Les demandes d'admission déposées sur la plateforme dédiée font l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle chaque jour. Des réunions de synthèse hebdomadaires permettent la réévaluation régulière de la pertinence de la prise en charge. La première réunion de synthèse a lieu 7 jours après l'admission. S'agissant de la pertinence des mesures de restriction de liberté, il existe trois chambres d'isolement au sein d'une seule unité fermée située sur le site de Leyme (UFHC) et une sur l'unité pour adolescents (unité Elango). La conception de ces chambres d'isolement est conforme. Elles sont équipées d'une caméra qui transmet l'image et le son vers un ordinateur. Afin de respecter l'intimité du patient, le positionnement de la caméra ne visionne ni les sanitaires, ni la salle d'eau, seulement la partie centrale de la chambre. Cette vidéosurveillance n'est pas réalisée en continu et se fait dans un local spécifique qui permet le respect de la confidentialité. Elle ne se substitue pas à la surveillance infirmière qui fait l'objet d'une traçabilité effective dans le dossier patient. Le patient est informé de ce recours à la vidéosurveillance. Cette information a été renforcée dans le temps de la visite par un affichage ad hoc. A l'issue d'une période d'isolement, il est pratiqué un débriefing avec le patient qui inclut ce point particulier du vécu de la vidéosurveillance. Les équipes rapportent que le dispositif est bien accepté par les patients. Pendant le temps de la visite, aucun patient n'était en isolement. La consultation de dossiers de patients montre que toute mesure d'isolement relève d'une décision médicale, systématiquement évaluée et réévaluée régulièrement durant le séjour, mais que le calendrier des renouvellements de mesure n'est pas toujours respecté. La mesure est alors levée par le juge puis remise en place immédiatement compte tenu de l'état clinique du patient. Les visites infirmières dans la période d'isolement sont tracées dans le dossier et conformes sur le plan de leur fréquence. Une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles a été mise en place en juillet 2024 pour évaluer la conformité légale des mesures d'isolement et contentions pour les mineurs. Sur le site de Leyme, il a été constaté que l'application stricte du plan Vigipirate implique la fermeture de toutes les unités de l'établissement et réduit la liberté d'aller et venir des patients qui demandent aux soignants de leur ouvrir la porte. Toute prescription d'antibiotiques est justifiée (paramétrage bloquant dans le logiciel dossier patient). Les praticiens peuvent se référer à des recommandations locales via une application dédiée et faire appel à un référent interne (Président du CLIN) et externe (praticien au CHG de Cahors). Des audits réguliers de la pertinence des prescriptions d'antibiotiques entre la 24iè et la 72iè heure sont réalisés par le pharmacien. Cependant, les praticiens ne bénéficient pas de formations à l'utilisation des antibiotiques. Les équipes médico-soignantes en SMR et en psychiatrie disposent d'un dossier patient informatisé très ergonomique, au service de la prise en charge du point de vue du paramétrage et des évolutions proposées. Il en ressort un dossier bien tenu et une maîtrise des professionnels de l'outil (mémo-pocket détenu par les soignants). La coordination entre les équipes est opérationnelle. C'est le cas par exemple au SMR (doté d'un LISP) dans le co-travail établi avec l'équipe de soins palliatifs du CH de Saint Céré, ou encore au travers du dispositif d'hospitalisation séquentielle en pédopsychiatrie (limitation de l'hospitalisation à 3 semaines) conduisant à un travail de partenariat avec des structures médico-sociales lors de temps réguliers de concertation pluriprofessionnelle dans une logique de parcours de soin et de vie de l'enfant. Le recours à la télésanté n'est pas intégré dans les pratiques. La lettre de liaison à la sortie a fait l'objet d'actions d'amélioration et aujourd'hui sa structuration

répond aux attendus, son renseignement est facilité au moyen d'un pré-paramétrage dans le DPI. Elle est adressée au médecin traitant quand il existe. Seul le délai de remise au patient reste encore à améliorer. En effet, la lettre de liaison n'est pas toujours remise à J0 au patient. Malgré un effectif contraint de médecins généralistes, le CH Jean Pierre Falret s'est organisé pour rendre effectif un examen somatique dans les 24h donnant lieu à un suivi tout au long du séjour. Il a été constaté un travail en synergie entre médecins généralistes, médecins psychiatres et pharmacien prônant une approche globale de la prise en charge médicamenteuse des patients. En dehors de la pédopsychiatrie qui utilise des photos et du SMR « Notre Dame » où le bracelet est proposé au patient, il n'existe pas dans les autres services d'hospitalisation complète de dispositif d'identification du patient autre que l'implication du patient. La Pharmacie d'Usage Intérieur (PUI) de l'Institut Camille Miret assure la dispensation pour les 13 établissements sanitaires et médico-sociaux. L'organisation définie concourt à la sécurisation du circuit du médicament. Une analyse pharmaceutique de niveau 2 est effectuée sans mobilisation du dossier pharmaceutique et une dispensation nominative hebdomadaire est en place. La continuité pharmaceutique est assurée par le biais d'une astreinte pharmaceutique des préparateurs, d'une convention avec le CH de Cahors et auprès des pharmacies d'officine de Leyme et de Bretenoux. Des visites de risques sont régulièrement réalisées par la PUI et clairement identifiées par les soignants dans les unités de soin. Les conditions d'administration des médicaments dans les services ont été homogénéisées : elles permettent une validation en temps réel, une zone de confidentialité, une préparation extemporanée des formes buvables et une traçabilité du motif de non-administration. La PUI est partie prenante dans les analyses d'erreurs médicamenteuses qui sont effectuées sous l'égide du service qualité. L'utilisation des médicaments à risque est maîtrisée. Une identification visuelle est en place à toutes les étapes du circuit. Il a été fait le choix de mettre à disposition des soignants quatre listes de médicaments à risque proposant chacune une adaptation à la population prise en charge (psy adultes, psy enfants, psy personnes âgées, SMR). Elles sont connues des professionnels, elles précisent pour chaque produit le risque et le dispositif de maîtrise. Cependant, les professionnels n'ont pas bénéficié de formations à l'utilisation des médicaments à risque. Les pratiques en matière de prévention du risque infectieux répondent aux attendus du référentiel. Des audits sont réalisés et les résultats sont communiqués aux équipes. Des actions d'amélioration sont identifiées. Concernant la gestion des récidives de violence, des formations sont mises en œuvre, cependant le plan de prévention partagé n'est pas généralisé. L'analyse des résultats cliniques permettant l'amélioration des pratiques est initiée au travers par exemple de la démarche d'évaluation des pratiques portant sur une analyse des bénéfices et des risques liés à l'usage de la clozapine. Pour ce qui concerne les actions d'amélioration émanant de l'analyse collective des EIAS, elles sont inscrites dans le PAQSS. Une charte de confiance et d'incitation à la déclaration des évènements indésirables, co-signée par le directeur des établissements de santé, la présidente de la CME et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, a été diffusée en mars 2024. La culture de la déclaration est soutenue, des analyses basées sur une approche systémique sont organisées par le service qualité et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins en associant les professionnels concernés. Cependant, il a été mis en évidence que l'annonce d'un dommage lié aux soins constituait un axe de progrès. S'agissant des examens radiologiques effectués, il n'est pas retrouvé dans le dossier du patient le compte rendu précisant notamment le matériel utilisé et la quantité de dose reçue. Il n'y a pas de démarche d'amélioration continue formalisée entre les services cliniques et le laboratoire prestataire.

# Chapitre 3 : L'établissement

Le CH Jean-Pierre FALRET et le SMR « Notre Dame », deux structures sanitaires appartenant à l'Institut Camille Miret dont dépendent également des établissements médico-sociaux. Le CH Jean-Pierre FALRET est le seul établissement spécialisé en santé mentale dans le département du Lot couvrant un territoire de 175 000 habitants. Basé initialement sur le site de Leyme, cet hôpital est présent au travers de son offre de soins ambulatoires pour les enfants et adolescents, les adultes et les personnes âgées, dans les différents bassins de vie du département du Lot (Cahors, Gordon, Figeac Saint Céré et Souillac). L'ensemble des unités d'admission est localisé sur le site de Leyme à l'exception de l'UHCA (unité d'hospitalisation des conduites addictives) situé sur le site de Cahors et une unité d'appartements thérapeutiques à Figeac. Un projet d'établissement du Centre hospitalier Jean-Pierre Falret 2023-2027 a été établi. Il propose une approche parcours (structuration de 5 parcours avec projets de pôles rédigés). La gouvernance se compose d'un conseil stratégique qui a intégré les chefs de pôle. Un directeur-adjoint à la direction générale gère les deux établissements sanitaires de l'Institut. L'ouverture d'un Centre d'Accueil et de Crise sur le CH de Cahors pour lequel l'ICM a obtenu l'autorisation va constituer une amélioration dans la réponse apportée sur le département aux situations de crise. Des liens conventionnels ont été formalisés en 2023 avec le Groupement Hospitalier de Territoire du Lot . Ainsi, la participation effective d'un chef de pôle du CH JP Falret à la commission médicale du groupement a permis d'intégrer un groupe de travail sur l'articulation somatique-psychiatrie, considérant différentes problématiques telles que la gestion des situations de crise, les patients sans médecin traitant, l'accès aux soins somatiques pour les patients au long cours, le passage aux urgences des personnes âgées. La difficulté à recruter des personnels médicaux s'avère une contrainte majeure pour le maintien et le développement de certaines activités. En sa qualité de membre du comité attractivité médicale 46, l'ICM a été récemment sollicité par l'ARS pour contribuer à une évaluation du plan départemental attractivité médicale 46 co-construit par ses membres en 2021. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) sur le territoire sont récentes et instables dans leur composition. L'Institut est porteur du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) 46, a obtenu le financement d'un poste de coordonnateur PTSM qui a pour mission d'assurer la mise en œuvre du plan d'action en cohérence avec le volet santé mentale du Projet Médical Partagé du GHT. Malgré cette implication, il a été constaté que certains professionnels du CH ne connaissent pas le PTSM. Bien qu'adhérent à la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et santé mentale en Occitanie FERREPSY, l'établissement ne promeut pas à ce jour d'actions concrètes comme par exemple la participation à des essais cliniques pour les patients. Aujourd'hui, la préoccupation des délais d'obtention d'entrée en soins prévaut. Le CH JP Falret s'est engagé dans l'expérimentation e-satis mais il s'est heurté à la faible mobilisation d'adresses électroniques chez les usagers. Depuis 2023, il diligente des enquêtes à jour donné pour l'ensemble de ses activités sanitaires. Un questionnaire d'amélioration de la prise en charge a été travaillé conjointement avec les représentants d'usagers. Des scores de satisfaction sont transmis aux équipes. Les circuits de signalement de la maltraitance sont connus des professionnels, une cartographie a été réalisée par service. Une charte de la bientraitance a été diffusée dans les services, et l'ICM a diligenté l'enquête « Regards croisés sur la bientraitance » via la Structure Régionale d'Appui Qualité à laquelle il adhère. L'implication des Représentants des Usagers (RU) et de leurs associations a conduit à l'élaboration d'un projet des usagers 2024-2028 autour de deux axes visant l'amélioration de l'expression des usagers et de la connaissance de leurs droits, et positionnant les RU comme partenaires au sein de l'établissement. Un cercle éthique est en place et fonctionne en lien avec l'espace éthique régional. Il propose un cadre opérationnel aux questionnements éthiques portés par les professionnels et associe un RU. Les RU s'accordent avec la direction pour considérer que la Maison des Usagers située sur le site de Leyme ne répond plus aux besoins. Aussi, une

dynamique d'aller vers les unités de soin par le biais de visites, vient d'être initiée. Par ailleurs, Les RU expriment leur volonté d'une association plus soutenue des Groupes d'Entraide Mutuelle aux Commissions Des Usagers qu'ils souhaiteraient pourvoir organisées de manière tournante dans les différentes communes couvertes par l'offre de soins ambulatoires du CH. Enfin, la mise en place d'une pré-CDU serait selon eux de nature à favoriser le travail collaboratif entre les RU /partage d'informations. Une réflexion sur la mobilisation de l'expertise patient est en cours et la promotion de dispositifs de pair-aidance est inscrite dans le Projet associatif 2025-2029. Une politique Qualité a été élaborée à l'échelle de l'Institut en juin 2019 et mise à jour en janvier 2024. L'un des axes prioritaires de cette politique est de promouvoir une culture qualité et sécurité des soins forte et pérenne. Il existe un comité de pilotage de la qualité qui a notamment pour mission de suivre la mise en œuvre du Plan d'Actions Qualité Sécurité des Soins (PAQSS). Néanmoins, il a été observé que des professionnels ne pouvaient pas citer des actions concrètes de ce PAQSS en lien avec leurs activités. Une évaluation de la Culture Sécurité des Soins a été réalisée en 2023 avec un taux de retour de 26%. Les résultats mettent clairement en évidence une culture de sécurité des soins à renforcer traduisant une perception globale de la sécurité faible liée aux fortes tensions des effectifs. Une politique de remplacement graduée est définie au niveau de l'Institut. Durant les périodes d'absence des professionnels (arrêts maladie, mobilité, départs), il est possible de recourir aux heures supplémentaires, à un pool de remplacement (IDE) et à des missions d'intérim. Les chefs de pôle et l'encadrement soignant bénéficient de formations au management et d'actions de soutien dans l'exercice de leur mission. Au niveau de la Qualité de Vie au Travail, une politique qualité de vie et conditions de travail (QVCT) est adossée au Projet d'établissement 2023-2027 avec un ensemble d'objectifs opérationnels tels qu'un accord sur le télétravail signé avec les partenaires sociaux. Les professionnels encadrants bénéficient d'une formation institutionnelle sur la Qualité Relationnelle au Travail (QRT) qui constitue un support au management et à l'analyse des situations conflictuelles. Néanmoins, les mesures de gestion des tensions et conflits interpersonnels en place au niveau institutionnel et à l'extérieur de l'Institut ne sont pas connus de tous les professionnels. De même, les équipes ne connaissent pas les recommandations établies par la Commission des Usagers (CDU) et les actions d'amélioration qui en découlent. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée. L'organisation et les modalités de mise en œuvre du plan blanc sont connues des professionnels. L'établissement a réalisé en octobre 2024 un exercice de vérification de l'opérationnalité de la cellule de crise qui a fait l'objet d'un retour d'expérience formalisé. L'Institut a élaboré une politique Responsabilité Sociétale (RSE) et développement durable dans le cadre de son projet associatif et désigné un référent RSE. S'agissant de la prise en compte des risques environnementaux, des actions concrètes sont réalisées comme par exemple le suivi des consommations, le tri des déchets, la gestion des consommables et des périssables, le recours accru à du recyclable et à du matériel reconditionné. S'agissant du risque suicidaire, les éléments de réduction du risque mobilisés sont les suivants : une évaluation instrumentée systématique (RUD), le recours au dispositif VigilanS, un partenariat avec la Mutuelle Sociale Agricole pour la prévention chez les agriculteurs entre 50 et 60 ans, la réalisation de Revues de Morbidité et de Mortalité (RMM), des formations institutionnelles. L'organisation de la prise en charge des urgences vitales montre une accessibilité et une vérification effective des matériels, des formations suivies ainsi que des exercices de mise en situation. Néanmoins, sur le site de Leyme, le numéro unique (le 18) ne met pas directement en lien avec un médecin habilité à intervenir (passage par une ligne dédiée urgence vitale à l'accueil). Il est à noter que la gouvernance a immédiatement réagi en diffusant en interne une modification du circuit de manière à ce que le 18 permette de joindre directement et automatiquement le médecin généraliste d'astreinte. En dépit d'un affichage de certains indicateurs dans les unités (par exemple, le score de satisfaction par service au titre d'indicateur local), d'une présentation aux instances des résultats d'Indicateurs Qualité Sécurité des Soins et d'une diffusion de ces résultats via l'intranet, les actions d'amélioration issues d'une analyse partagée de ces indicateurs ne sont pas connues des professionnels dans tous les services. Pour la gouvernance, les leviers résident dans l'accompagnement pédagogique en la matière au moyen de revues régulières d'indicateurs au plus près du terrain, dans l'évolution de la nature des indicateurs Qualité Gestion des Risques dans les contrats de pôle et dans la poursuite de la mobilisation des équipes dans le recueil de

ces indicateurs. La HAS prononce une certification sous conditions. Une nouvelle visite sera programmée dans l’année qui suit cette décision. Dans l’intervalle, la HAS encourage prioritairement l’établissement à : Permettre au patient d’aller et venir dans le cadre de son hospitalisation libre. Systématiser la formalisation du plan de prévention partagé pour prévenir la récidive des épisodes de violence. S’assurer du fonctionnement de la nouvelle organisation de la prise en charge des urgences vitales, en particulier concernant le numéro d’appel unique. Accompagner les professionnels pour l’appropriation de la démarche qualité Une nouvelle visite sera programmée dans un délai de 6 à 12 mois.

# 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 | 460785090 | INSTITUT CAMILLE MIRET | 46120 Leyme FRANCE |
| Établissement principal | 460780554 | CENTRE HOSPITALIER JEAN PIERRE FALRET | Le bourg<br>46120 Leyme FRANCE |
| Établissement géographique | 460785819 | HOPITAL DE JOUR ADULTES FIGEAC | Rue de l'abbe debons<br>46100 Figeac FRANCE |
| Établissement géographique | 460785801 | HOPITAL DE JOUR ENFANTS FIGEAC | 14 boulevard pasteur<br>46100 Figeac FRANCE |
| Établissement géographique | 460784895 | HOPITAL DE JOUR ENFANTS SAINT CERE | 366 avenue robert destic<br>46400 Saint Cere FRANCE |
| Établissement géographique | 460784325 | HOPITAL DE JOUR ENFANTS SOUILLAC | Rue edmond michelet<br>46200 Souillac FRANCE |
| Établissement géographique | 460781693 | HOPITAL DE JOUR ENFANTS CAHORS | 173 rue montaudie<br>46000 Cahors FRANCE |
| Établissement géographique | 460781685 | HOPITAL DE JOUR ADULTES CAHORS | 1 quai de la verrerie<br>46000 Cahors FRANCE |
| Établissement géographique | 460784861 | CMP CATTP ADULTES FIGEAC | Rue de l'abbe debons<br>46100 Figeac FRANCE |
| Établissement géographique | 460781891 | CMP ADULTES ENFANTS CATTP ENFANTS CAHORS | 173 rue montaudie<br>46000 Cahors FRANCE |
| Établissement géographique | 460002850 | CMP CATTP ADULTES ENFANTS SAINT CERE | 366 avenue robert destic<br>46400 Saint Cere FRANCE |
| Établissement géographique | 460002793 | CMP ENFANTS ADULTES CATTP ENFANTS SOUILLAC | Rue edmond michelet<br>46200 Souillac FRANCE |
| Établissement géographique | 460006646 | CAA CATTP MAISON ADO CAHORS | 191 rue de la croix cabessut<br>46000 CAHORS FRANCE |
| Établissement géographique | 460006943 | DARIS CATTP ADULTE CAHORS | 151 rue de la guingette<br>46000 CAHORS FRANCE |
| Établissement géographique | 460006638 | CMP/CATTP ADULTES ENFANTS GRAMAT | 18 faubourg saint-pierre<br>46500 GRAMAT FRANCE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Établissement géographique | 460006083 | CSSR NOTRE DAME | 119 rue du moulin de cere<br>46130 BRETENOUX FRANCE |
| Établissement géographique | 460006166 | CMP/CATTP ADULTES SOUILLAC | 156 rue des granges<br>46200 SOUILLAC FRANCE |
| Établissement géographique | 460006158 | CATTP GERONTO CAHORS | Le divone<br>413 rue j. murat<br>46000 CAHORS FRANCE |
| Établissement géographique | 460006141 | CMP ADULTES PRAYSSAC | 2 bis rue toulouse lautrec<br>46220 PRAYSSAC FRANCE |
| Établissement géographique | 460005507 | UNITE D'HOSPITALISATION COMPLETE | 125 rue bouthoumieux<br>46000 Cahors FRANCE |
| Établissement géographique | 460004559 | HOPITAL DE JOUR SPIJ LEYME | Chs<br>46120 Leyme FRANCE |
| Établissement géographique | 460005549 | HOPITAL DE JOUR ADULTES LEYME | Chs - espace rembrandt<br>46120 Leyme FRANCE |
| Établissement géographique | 460004518 | HOPITAL DE JOUR ADULTES SAINT CERE | 93 rue philippe castanie<br>46400 Saint Cere |
| Établissement géographique | 460005473 | APPARTEMENT THERAPEUTIQUE CAHORS | 151 rue de la guinguette<br>46000 Cahors FRANCE |
| Établissement géographique | 460002769 | APPARTEMENT THERAPEUTIQUE FIGEAC | 1 avenue des cretes<br>46100 Figeac FRANCE |
| Établissement géographique | 460005606 | CATTP ADULTES LACAPELLE | Rue petit pierre<br>46120 Lacapelle Marival FRANCE |
| Établissement géographique | 460005572 | CATTP ADULTES GOURDON | 11 rue barairon<br>46300 Gourdon FRANCE |
| Établissement géographique | 460005564 | CMP CATTP ENFANTS FIGEAC | 14 boulevard pasteur<br>46100 Figeac FRANCE |
| Établissement géographique | 460005556 | CMP ADULTES GOURON | 9 rue amable lagane<br>46300 Gourdon 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 | Non |
| 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) | Non |
| Existence de Structure des urgences générales | Non |
| 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 | Non |
| 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) | Non |
| 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 | Non |
| Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant | Non |
| Médecine | |
| Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre | Non |
| Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale) | Non |
| Patient atteint d'un cancer | |
| Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie | Non |
| Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie) | Non |
| Chirurgie et interventionnel | |
| Autorisation de Chirurgie cardiaque | Non |
| Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie | Non |
| Autorisation de Neurochirurgie | Non |
| Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie | Non |
| Autorisation d'Activité de greffe | Non |
| Activité Urgences | |
| Urgences | |
| Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans | 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 SMR | |
| Soins Médicaux et de Réadaptation | |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR | 30 |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR | 0 |
| Activité Hospitalière SLD | |
| Soins de longue durée | |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD | 0 |
| Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC) | |
| Chirurgie et interventionnel | |
| Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV) | 0 |
| Activité Hospitalière PSY | |
| Psychiatrie et santé mentale | |
| Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein | 0 |

| | |
|---|---|
| Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein | 0 |
| Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein | 0 |
| Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein | 0 |
| Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour | 0 |
| Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour | 0 |
| Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour | 0 |
| Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour | 0 |
| Nombre de CATTP en Psychiatrie générale | 0 |
| Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile | 0 |
| Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire | 0 |
| Nombre Total de CATTP en Psychiatrie | 0 |
| Nombre de CMP en Psychiatrie générale | 0 |
| Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile | 0 |
| Nombre Total de CMP en Psychiatrie | 0 |
| Sites opératoires et salles d'intervention | |
| Chirurgie et interventionnel | |
| Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé) | 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 | Traceur ciblé | | | NA |
| 2 | Traceur ciblé | | | EI critique ou presqu'accident |
| 3 | Traceur ciblé | | | Médicament à risque et antibiotique |
| 4 | Patient traceur | | Psychiatrie et santé mentale<br>Hospitalisation complète<br>Patient âgé<br>Patient en situation de handicap<br>Programmé<br>Tout l'établissement | |
| 5 | Patient traceur | | Psychiatrie et santé mentale<br>Hospitalisation complète<br>Adulte<br>Patient en situation de handicap<br>Programmé<br>Tout l'établissement | |
| 6 | Patient traceur | | Psychiatrie et santé mentale<br>Ambulatoire<br>Enfant et adolescent<br>Patient en situation de handicap<br>Programmé<br>Tout l'établissement | |
| 7 | Traceur ciblé | | | Médicament à risque et antibiotique |
| 8 | Traceur ciblé | | | Médicament à risque et antibiotique |
| 9 | Traceur ciblé | | | Précautions standard et complémentaires |
| | Parcours traceur | | Psychiatrie et santé mentale<br>Ambulatoire | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 10 | | | Hospitalisation complète<br>Adulte<br>Patient âgé<br>Patient en situation de handicap<br>Programmé<br>Tout l'établissement | |
| 11 | Audit système | | | |
| 12 | Audit système | | | |
| 13 | Audit système | | | |
| 14 | Audit système | | | |
| 15 | Audit système | | | |
| 16 | Audit système | | | |
| 17 | Audit système | | | |
| 18 | Audit système | | | |
| 19 | Audit système | | | |
| 20 | Audit système | | | |
| 21 | Audit système | | | |
| 22 | Audit système | | | |
| 23 | Traceur ciblé | | | Précautions standard et complémentaires |
| 24 | Audit système | | | |
| 25 | Patient traceur | | Soins Médicaux et de Réadaptation<br>Hospitalisation complète<br>Patient âgé<br>Patient en situation de handicap<br>Programmé<br>Tout l'établissement | |
| 26 | Patient traceur | | Psychiatrie et santé mentale<br>Ambulatoire<br>Adulte<br>Patient en situation de handicap<br>Programmé | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Tout l'établissement | |
| 27 | Patient traceur | | Psychiatrie et santé mentale<br>Hospitalisation complète<br>Adulte<br>Patient en situation de handicap<br>Programmé<br>Tout l'établissement | |
| 28 | Audit système | | | |
| 29 | Audit système | | | |
| 30 | Audit système | | | |
| 31 | Parcours traceur | | Soins Médicaux et de Réadaptation<br>Hospitalisation complète<br>Adulte<br>Patient âgé<br>Patient en situation de handicap<br>Programmé<br>Tout l'établissement | |
| 32 | Patient traceur | | Psychiatrie et santé mentale<br>Hospitalisation complète<br>Enfant et adolescent<br>Patient en situation de handicap<br>Programmé<br>Tout l'établissement | |
| 33 | Traceur ciblé | | | Précautions standard et complémentaires |
| 34 | Audit système | | | |
| 35 | Audit système | | | |
| 36 | Audit système | | | |
| 37 | Audit système | | | |
| 38 | Traceur ciblé | | | Médicament à risque et antibiotique |
| 39 | Audit système | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 40 | Parcours traceur | | Psychiatrie et santé mentale<br>Ambulatoire<br>Hospitalisation complète<br>Enfant et adolescent<br>Patient en situation de handicap<br>Programmé<br>Tout l'établissement | |
| 41 | Parcours traceur | | Psychiatrie et santé mentale<br>Ambulatoire<br>Hospitalisation complète<br>Patient âgé<br>Patient en situation de handicap<br>Programmé<br>Tout l'établissement | |
| 42 | Parcours traceur | | Psychiatrie et santé mentale<br>Ambulatoire<br>Hospitalisation complète<br>Enfant et adolescent<br>Patient en situation de handicap<br>Programmé<br>Tout l'établissement | |
| 43 | Parcours traceur | | Psychiatrie et santé mentale<br>Ambulatoire<br>Hospitalisation complète<br>Adulte<br>Patient âgé<br>Patient en situation de handicap<br>Programmé<br>Tout l'établissement | |
| 44 | Parcours traceur | | Psychiatrie et santé mentale<br>Hospitalisation complète<br>Adulte<br>Patient âgé | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Patient en situation de handicap<br>Programmé<br>Tout l'établissement | |

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 – Mars 2025