



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE POST CURE LE BOY -CENTRE DE SOINS SPECIALISE DE LANUEJOLS

Chateau du boy
48000 Lanuejols



Validé par la HAS en Février 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 – Février 2025

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	18
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	19
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	20
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 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.

Présentation

CENTRE POST CURE LE BOY -CENTRE DE SOINS SPECIALISE DE LANUEJOLS	
Adresse	Chateau du boy 48000 Lanuejols FRANCE
Département / Région	Lozère / Occitanie
Statut	ESPIC
Type d'établissement	Établissement privé à but non lucratif

Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	480782168	ASSOCIATION LES AMIS DE LA PROVIDENCE	8 RUE DE LA CHICANETTE 48000 MENDE FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

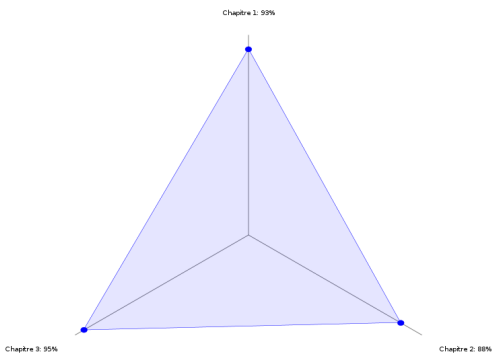
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

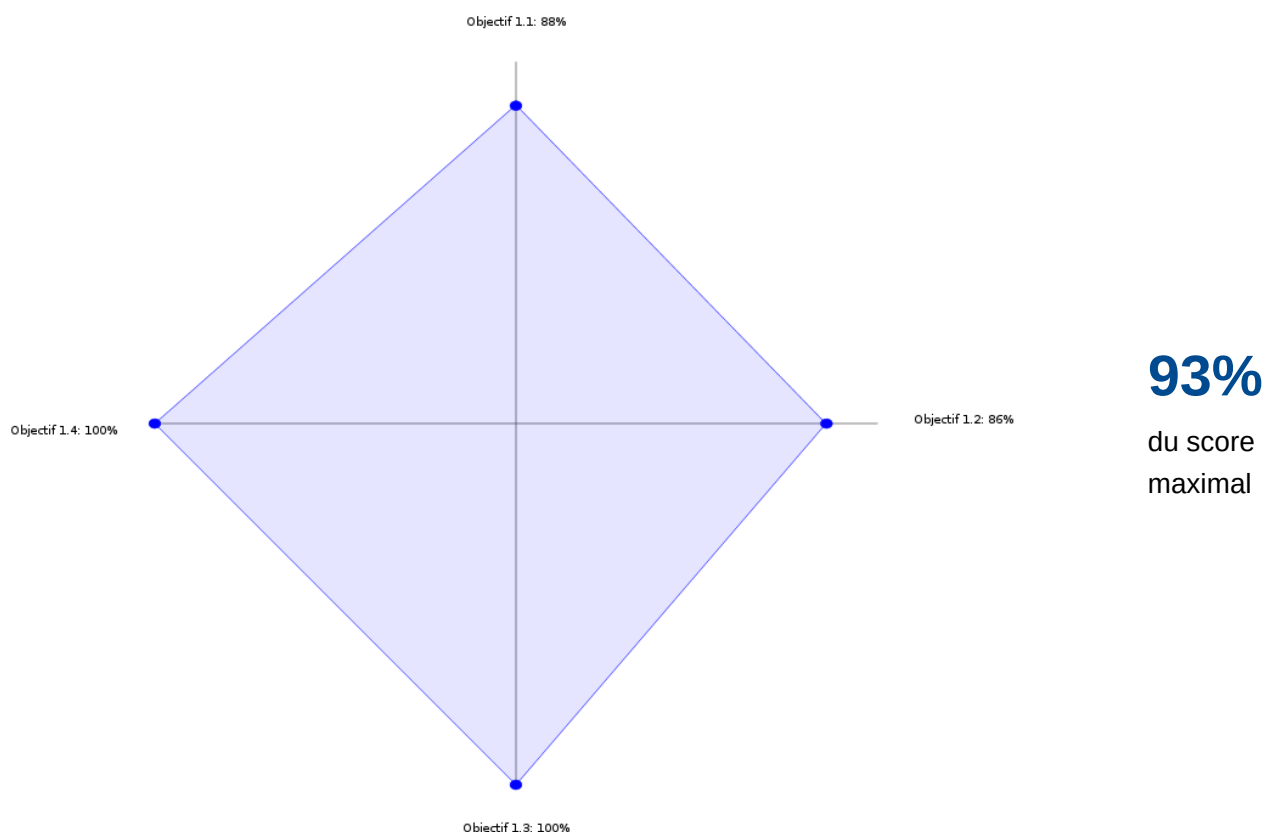
Au regard du profil de l'établissement, [96](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

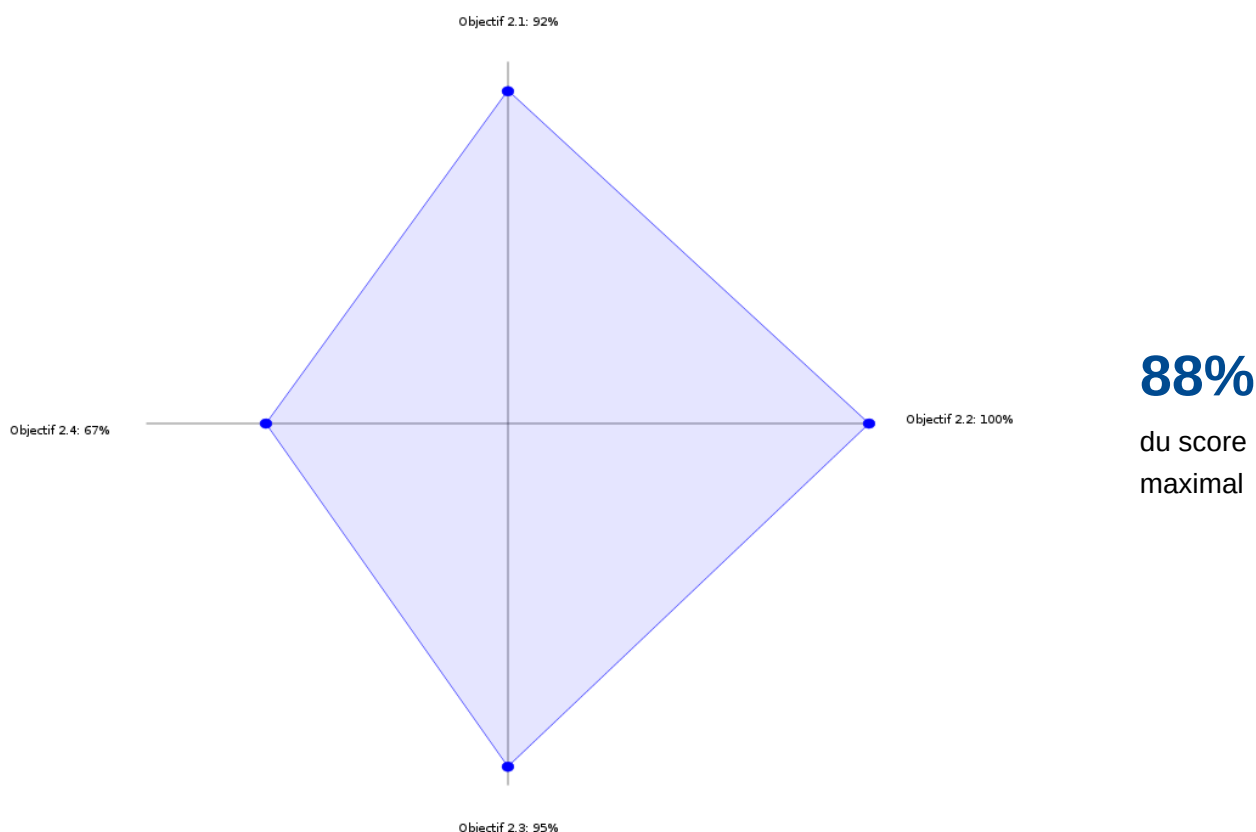


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	88%
1.2	Le patient est respecté.	86%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

L'établissement Le Boy (SMR) admet des personnes souffrantes d'addiction en phase de post cure pour des séjours de trois ou six semaines. Toute admission en hospitalisation complète est validée par le médecin spécialiste de la structure. Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, et sur les modalités de sa prise en charge en soins. Son consentement est recherché et tracé par le médecin dès l'admission et tout au long de sa prise en charge. Le patient signe un contrat de soins individualisé. Le projet de soins personnalisé est formalisé et consenti par le patient en début de séjour. L'implication du patient et son adhésion sont systématiquement recherchées dans la co-construction et mise en œuvre de son projet thérapeutique. Son avis est sollicité dans l'évaluation bénéfice/risque pour les prises de décisions majeures le concernant. Les besoins spécifiques des patients et préférences sont pris en compte au

travers des observations médicales et des transmissions des acteurs de soins qui sont tracées dans le dossier patient. Au moment de l'admission, un livret d'accueil est remis au patient l'informant de ses droits et de l'organisation de son hospitalisation. Un chapitre concerne les règles de vie à respecter au cours du séjour. L'expression des usagers et la composition de la Commission des Usagers sont stipulées dans le livret d'accueil. Les contacts des représentants des usagers sont inscrits dans le lieu de vie de la structure. Cependant, lors des entretiens patients ; ils ne connaissent pas toujours les modalités de contact des représentants des usagers ; ni la démarche pour soumettre un événement indésirable associé aux soins ou une réclamation durant et après le séjour. La personne de confiance est recherchée systématiquement. La signature de la personne de confiance n'a pas été retrouvée dans le formulaire utilisé dans la majorité des cas. Le patient est informé sur son droit à rédiger des directives anticipées par le livret d'accueil et lors de son admission lors des entretiens avec l'équipe médicale et soignante. L'information du patient sur les directives anticipées n'est pas stipulée dans le dossier patient. Des supports d'information sur les messages de santé publique (vaccination) et la prévention primaire (drogues, alcool, exercices physiques...) sont disponibles dans le service. Tout au long de sa prise en charge, le patient reçoit des messages adaptés mobilisant ses capacités à agir pour sa santé et l'aidant à devenir acteur à part entière de sa prise en charge (entretiens, ateliers...). Les patients évaluent leur satisfaction du séjour. Elle est recherchée à partir du questionnaire de sortie remis en fin de séjour, du questionnaire de satisfaction e- satis, boîte à idées... L'expérience patient est valorisée à travers la réunion mensuelle patients / soignants. Des patients pairs peuvent ponctuellement intervenir pour animer des rencontres avec les patients. Par exemple lors des journées portes ouvertes. L'architecture et l'organisation de l'établissement permet de garantir le respect de l'intimité et de la dignité des patients. Le recours à la contention mécanique est très exceptionnel et concerne essentiellement la prescription de barrières de lit. Cependant il n'existe pas de procédure au cas où une prescription serait nécessaire. Les professionnels sont soumis au secret professionnel et les règles de confidentialité sont respectées. Les documents sensibles ne sont pas visibles et accessibles. Une sensibilisation est assurée par le personnel encadrant. L'autonomie du patient est préservée tout au long de son séjour. Les soignants leur apportent l'aide nécessaire en cas de vulnérabilité ou handicap. L'équipe pluridisciplinaire spécialisée adapte la prise en charge pour maintenir l'autonomie physique et psychique des patients. La mesure de la douleur est réalisée dès l'entrée du patient et dès lors qu'il la ressent. La douleur est traitée. La réévaluation de la douleur est systématiquement tracée dans le dossier patient. Les proches et/ou les aidants sont sollicités avec l'accord du patient pour la réalisation du projet de soins. Un accompagnement social, est mis en place pour répondre aux besoins du patient en situation de précarité ou d'isolement social. Le projet de soins est coconstruit avec des objectifs de socialisation et de réhabilitation pour la préparation de la sortie.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

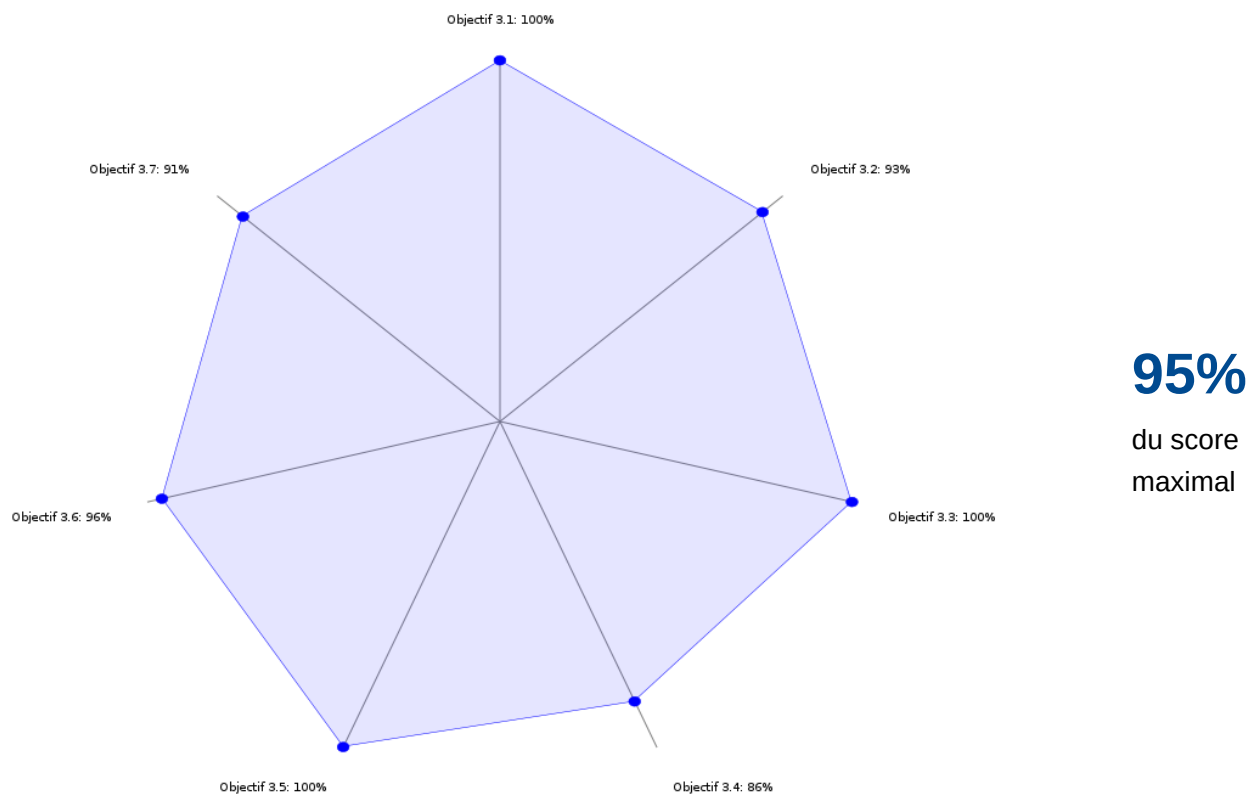


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	92%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	95%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	67%

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée. Les équipes s'appuient sur les protocoles et les recommandations de bonnes pratiques. Une organisation pour coordonner les équipes est en place. Le projet de soin est construit en équipe et avec le patient. Le séjour est réévalué à fréquence régulière lors des staffs pluridisciplinaires. On retrouve la synthèse des échanges dans le dossier patient informatisé. Le parcours audité lors de la visite confirme une prise en charge personnalisée en équipe pluridisciplinaire. En SMR addictologie, il n'y a pas de transfert en hospitalisation à domicile envisagé. Les praticiens peuvent se référer à des recommandations pour la prescription de l'antibiothérapie ainsi qu'à un référent antibiotique. Cependant, l'évaluation de la pertinence d'une prescription d'antibiotique entre la 24ème et la 72ème heure n'est pas retrouvée systématiquement dans les dossiers investigués. L'infirmier note la nécessité de réévaluer

la prescription d'antibiotique sur un cahier de transmission et celle-ci est effectuée par le médecin ou par les infirmiers en son absence. Or cet acte est de la responsabilité médicale et ne peut être délégué à un infirmier. Le dossier patient informatisé est accessible à l'ensemble des professionnels à tout moment. Le suivi somatique est réalisé par le médecin responsable du service et tracé à fréquence régulière au cours du séjour. Lors de l'admission du patient l'identité est vérifiée à l'accueil selon les recommandations. Les professionnels appliquent les règles de mise en œuvre de l'identitovigilance. La photographie est intégrée dans le dossier informatisé après accord du patient. Les experts ont constaté que la lettre de liaison était remise aux patients le jour de la sortie et transmise aux professionnels de santé via la messagerie sécurisée. Le bilan thérapeutique est présent dans le dossier et dans la lettre de liaison. La maîtrise des risques liés à la prise en charge médicamenteuse est assurée dans la majorité des étapes du circuit. La prescription des traitements se fait exclusivement sur le Dossier Patient Informatisé (DPI). Elle fait l'objet d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 pour l'ensemble des patients. L'analyse pharmaceutique réalisée par le pharmacien d'officine n'intègre pas les informations du Dossier Pharmaceutique du Patient (DMP) pour tous les patients dotés d'un Dossier Pharmaceutique. Après validation, la dispensation est nominative globalisée. Au cours du transport, assuré par le pharmacien de l'officine à la salle de soins du SMR, les médicaments ne sont pas dans des containers sécurisés. Les médicaments à risque sont signalés par la couleur jaune stabilotée sur la boîte jusqu'au stockage dans l'armoire à pharmacie. Le soignant dispose d'une alerte sur le logiciel au moment de l'administration. Au moment de la visite, la conciliation médicamenteuse est mise en œuvre mais pas de manière pluriprofessionnelle. Des conciliations médicamenteuses ont été réalisées par le médecin sans la participation d'un pharmacien. Les professionnels maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions standard et complémentaires. Les pratiques sont évaluées (audit hygiène des mains, DASRI, Dispositifs Médicaux...). Le SMR addictologie n'est pas soumis à la campagne nationale de recueil de l'ICSHA (Indicateur de Consommation des Solutions Hydro-Alcooliques) et ne suit pas en interne la consommation de solution hydroalcoolique. Les équipes évaluent leurs pratiques : audits hygiène, suivi d'indicateurs IQSS pour le SMR et indicateurs internes ; mais il n'y a pas de démarche d'évaluation des résultats cliniques. Il a été constaté une culture de la déclaration des événements indésirables. Les plus graves font l'objet d'une analyse approfondie des causes avec la méthode Alarm en y associant les professionnels concernés. Des actions d'amélioration sont mises en place. La satisfaction des patients est évaluée sous différentes formes : questionnaire de sortie et questionnaires e-satis. Cela permet de mettre en place des actions d'amélioration qui sont connues des professionnels. Il y a des rencontres organisées pour le recueil de l'expérience patient dont l'expérimentation de la méthode AMPATTI. La coordination en place entre l'équipe de soins et l'équipe de biologie (laboratoire externe) ne réalise pas d'analyse des délais de rendu des examens.

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	93%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	86%
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	96%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	91%

Le SMR addictologie est inscrit dans le maillage territorial de santé. Il participe activement au réseau départemental : Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS), au Conseil territoriaux de Santé (CTS) ainsi qu'au Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC). L'établissement participe à des réseaux régionaux et nationaux pour la coordination des parcours de soins en

addictologie (Addictopôle, Fédération Nationale des Etablissements de Soins et d'Accompagnement en Addictologie...). Le Centre de soins Le Boy promeut la recherche clinique depuis 2018. Il recueille des données concernant les troubles cognitifs qu'il communique annuellement au CHU de Nîmes qui mène la recherche. L'établissement pilote des actions pour garantir les droits individuels des patients en termes de bientraitance, de communication, d'implication dans sa prise en charge... Cependant, la gouvernance n'évalue pas le repérage des situations de maltraitance dont ont été victimes les patients vulnérables avant leur prise en charge et ne recense pas les cas de maltraitance dans le PMSI. Les représentants des usagers sont conviés aux instances. Le projet des usagers 2023-2027 a été actualisé en novembre 2024. Il est en cours de validation et d'intégration au projet médico soignant. Les représentants des usagers déclarent ne pas mener d'actions d'information auprès des patients. L'établissement est engagé dans le recueil de l'expression du patient. Il a mis en place une évaluation de la satisfaction et de l'expérience patient sous différentes formes (questionnaire de sortie et questionnaires e-satis, et rencontres patients/ personnels). L'établissement assure l'accessibilité des locaux aux personnes présentant un handicap. Un état des lieux sur l'accessibilité handicap a permis de mettre des actions d'amélioration en place. La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins constitue le « chapeau » des orientations institutionnelles de l'établissement. On a pu constater que la démarche qualité a été restructurée depuis la dernière certification avec le recrutement d'un cadre de santé qui assure la fonction de responsable assurance qualité. Une enquête culture sécurité a été réalisée. On note l'implication et la connaissance de la culture qualité des professionnels rencontrés. Il y a adéquation entre les missions et les compétences des professionnels. La direction a mis en place un plan de formation et d'accompagnement en faveur du développement des compétences des professionnels (addictologie, communication, gestes d'urgence, hygiène...) dont l'encadrement avec analyse de pratiques professionnelles. On note une adéquation des ressources humaines pour la qualité et sécurité des soins avec un pool de remplacement constitué d'IDE à la retraite, et une organisation du temps de travail permettant d'assurer les remplacements. Une présence médicale est organisée en journée les jours ouvrés. La convention avec le Centre Hospitalier de Mende a été précisée par avenant en 2024 pour la sécurisation des parcours patients, de la continuité de la prise en charge si besoin d'un médecin la nuit, le week-end ou jour férié. Cependant au moment de la visite, il n'y a pas de procédure disponible pour les infirmiers précisant cette organisation et les modalités d'appel au dispositif départemental en place (N° Azur ou le 15). On observe un affichage dans le poste de soins des numéros sur post- it ou flyer. La gouvernance impulse le travail en équipe grâce à des réunions à fréquence régulière avec l'encadrement et la direction. La promotion de la bientraitance a été impulsée lors de réunions pour amener les professionnels à réfléchir sur les valeurs professionnelles. Le cadre opérationnel permettant la prise en compte des problématiques éthiques en temps opportun est en cours de nomination. Le projet social est intégré projet d'établissement 2023/2027. Des enquêtes sur les conditions de vie au travail sont réalisées auprès des professionnels à fréquence régulière (questionnaires de la Direction et des représentants des personnels). À la suite de ces enquêtes, des actions pour la Qualité de Vie au Travail (QVT) ont été intégrées au Plan d'Actions Qualité Sécurité des Soins (PAQSS). Le soutien des équipes est assuré par l'encadrement de proximité. Un travail est engagé avec les professionnels concernant l'organisation du travail et l'élaboration des plannings. L'établissement a identifié ses risques et des actions sont intégrées au PAQSS pour répondre aux situations sanitaires exceptionnelles, aux risques numériques, aux risques environnementaux... Des plans sont formalisés et actualisés (plan blanc, Plan de Sécurité de l'Établissement ...). La prise en charge des urgences vitales est organisée. Les professionnels sont formés aux gestes et soins d'urgence. Un tableau de suivi formations AFGSU1 et 2 est en place et les formations de renouvellement sont programmées avec le CESU pour 2025. Le matériel d'urgence est présent dans la salle de soins (sac d'urgence, défibrillateur et oxygène). Il est vérifié à fréquence régulière et on retrouve la traçabilité du contrôle. Un audit du matériel et des médicaments de la trousse a été réalisé par le CESU. Le numéro d'appel en cas d'urgence affiché au moment de la visite n'est pas unique puisqu'il permet d'appeler un infirmier qui ensuite compose le 15. Pour donner suite à notre remarque, l'établissement a décidé de changer les modalités avec le 15 en numéro unique. Les affiches ont été préparées au cours de la visite et l'affichage et l'information des

équipes seront réalisées par la Cadre de santé. Des actions sont menées pour la sécurisation des biens et des personnes. Pour exemple : les patients disposent de la clé de leur chambre. Pour développer une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins, le projet qualité de l'établissement prévoit : - la mise en œuvre du Plan d'Actions Qualité Sécurité des Soins, - le suivi des indicateurs nationaux, - la réalisation d'audits, - le suivi de la gestion documentaire, - la déclaration et l'analyse des événements indésirables. Des Comité de Retour d'Expérience ont été organisés en équipe pluridisciplinaire. Ils concernaient des erreurs médicamenteuse, d'identification.... Lors de l'audit, on a constaté l'appropriation de la démarche en termes et d'analyse avec la méthode ALARM. Ces démarches aboutissent à des actions d'amélioration décrites par les professionnels rencontrés. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : Sécuriser le transport des médicaments S'assurer de l'appropriation des professionnels du numéro unique en cas d'urgence vitale. Structurer le recours à la contention mécanique Systématiser la traçabilité de la réévaluation de la pertinence de l'antibiothérapie

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	480782168	ASSOCIATION LES AMIS DE LA PROVIDENCE	8 RUE DE LA CHICANETTE 48000 MENDE FRANCE
Établissement principal	480780212	CENTRE POST CURE LE BOY - CENTRE DE SOINS SPECIALISE DE LANUEJOLS	Chateau du boy 48000 Lanuejols 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	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
2	Traceur ciblé			EI critique ou presque accident
3	Audit système			
4	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
5	Audit système			
6	Traceur ciblé			Médicament à risque et antibiotique
7	Audit système			
8	Audit système			
9	Audit système			
10	Audit système			
11	Audit système			
12	Audit système			
13	Audit système			
14	Traceur ciblé			NA
15	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
16	Audit système			
	Parcours		Soins Médicaux et de Réadaptation	

17	traceur		Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
18	Audit système			
19	Audit système			

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

