

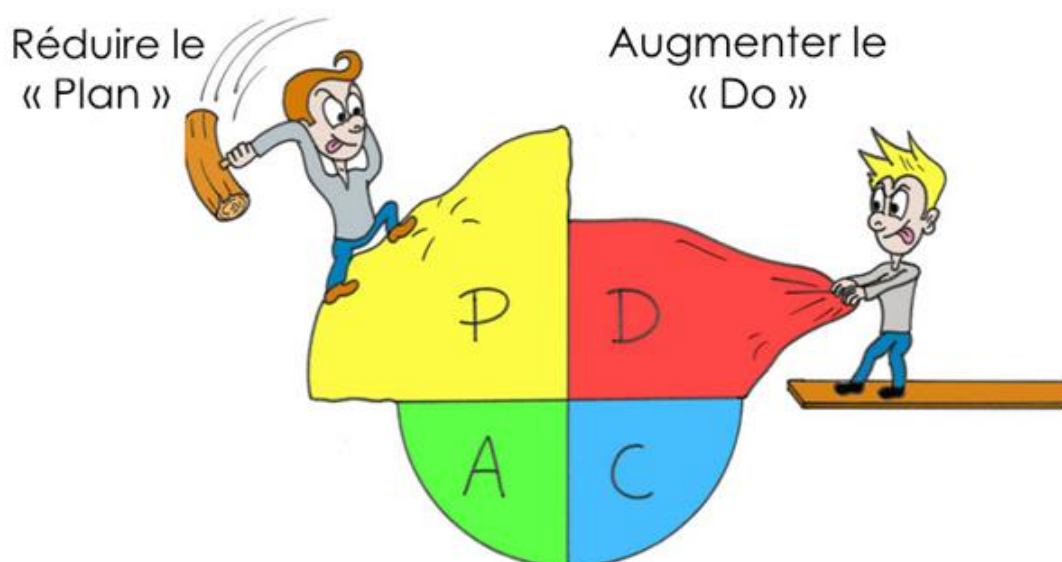


Centre Hospitalier d'Auch

EN GASCOGNE

Soigner & prendre Soins

La Qualité et la Gestion des Risques au Centre Hospitalier d'Auch



Plan / Do / Check / Act
Planifier / Faire / Contrôler / Ajuster

Ce livret a vocation à s'adresser à tous les professionnels du CH d'Auch.

Il présente de façon synthétique les incontournables de la démarche qualité et la gestion des risques de l'établissement.

Le service Qualité Gestion des Risques se tient à votre disposition pour toute question.

(Réf : PAQ DI 01 version 1 – décembre 2022)

Contacts du service qualité et gestion des risques :

servicequalite@ch-auch.fr

M. CIBIN
Ingénieur qualité et gestion des risques
05 62 61 32 47
s.cibin@ch-auch.fr

Mme ROYAL
Cadre de santé
05 62 61 56 41
r.royal@ch-auch.fr

Mme SEMONT
Technicienne qualité et gestion des risques
05 62 61 31 17
l.semont@ch-auch.fr

SOMMAIRE

-	LA CERTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT PAR LA HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS)	p. 4
▶	Les nouveaux enjeux de la certification.....	p.4
▶	Les niveaux de décision de certification.....	p.4
▶	Les critères de certification.....	p.5
▶	Les 5 méthodes d'évaluation de l'HAS.....	p.6-10
-	LA DEMARCHE QUALITE ET GESTION DES RISQUES DE L'ETABLISSEMENT	p. 11
▶	Le pilotage de la démarche qualité/GDR.....	p.11
▶	Le Projet Qualité et gestion des risques – Droits des usagers.....	p.12
▶	Le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins.....	p.12
▶	La gestion des risques.....	p.13
▪	Les évènements indésirables : EI, EIAS, EIG	
▪	Les RMM et CREX	
▶	Les indicateurs qualité.....	p.14
▪	Les IQSS	
▪	Les indicateurs par service	
▶	Les évaluations de pratiques professionnelles.....	p.15
▶	La gestion documentaire.....	p.15
▶	L'engagement patient.....	p.16
▶	Les représentants des usagers.....	p.16

LA CERTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS)

La certification est une procédure, conduite par la Haute Autorité de santé, visant à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement. (Article L.6113-3 du Code de la santé publique).

Elle s'applique à tous les établissements de santé publics et privés. Une visite est réalisée tous les 4 ans par des experts-visiteurs, professionnels de santé en exercice mandatés et formés par la HAS.

Les nouveaux enjeux de la certification V2020

Le développement de l'engagement patient

Le patient est considéré comme acteur de sa prise en charge.
Il agit comme un partenaire des professionnels de santé et des structures de soins.

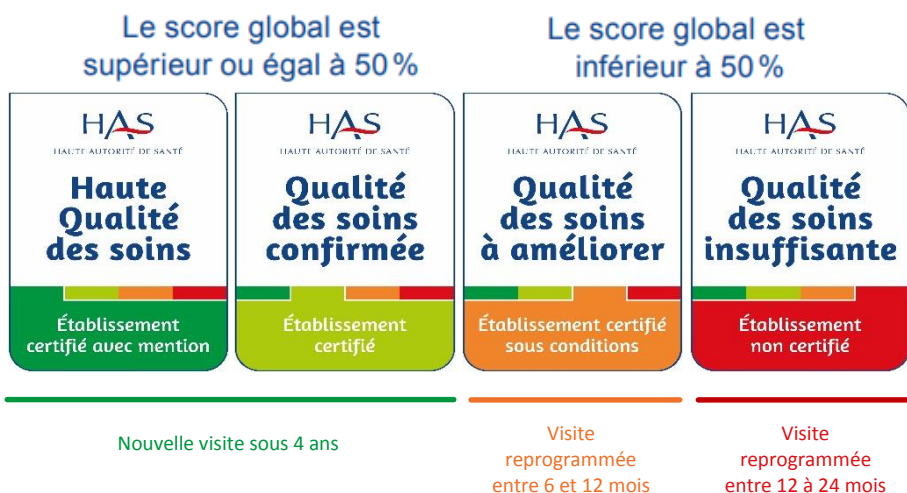
Le développement de la culture de l'évaluation de la pertinence et du résultat

Il s'agit pour les équipes d'évaluer leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle. La procédure de certification passe désormais d'une logique de moyens à une logique de résultats.

Le développement du travail en équipe, moteur d'amélioration des pratiques

L'adaptation aux évolutions du système de santé

Les niveaux de décision de certification



Les critères de certification

La procédure de certification repose sur un référentiel adapté au profil de chaque établissement dans lequel sont listés l'ensemble des critères à satisfaire :

100 critères standards qui correspondent aux attendus de la certification

15 critères impératifs qui correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé : une évaluation négative à l'un des critères entraîne la création d'une fiche anomalie pouvant conduire à une non-certification.

L'établissement :

- Consentement du patient sur son projet de soins et ses modalités
- Respect de son intimité et de sa dignité
- Environnement adapté aux mineurs
- Prise en charge des urgences vitales
- Prise en charge de la douleur
- Maîtrise du risque infectieux
- Utilisation des médicaments à risque
- Analyse collective des événements indésirables associés aux soins
- Lutte contre la maltraitance
- Management par la qualité et la sécurité des soins
- Communication et exploitation des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS)
- Gestion des tensions hospitalières et situations sanitaires exceptionnelles



Enjeu =
Non certifié

Les secteurs interventionnels

- Check-list « Sécurité du patient » en secteurs interventionnels
- Bonnes pratiques d'antibioprophylaxie

La maternité :

- Gestion des risques de l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI)

5 critères avancés qui constituent les potentiels critères standards de demain

1.1-07 Les futurs parents discutent d'un **projet de naissance** avec l'équipe soignante dès le début de la naissance

2.2-07 La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une **conciliation des traitements médicamenteux**

3.2-02 L'établissement mobilise les actions **d'expertise des patients**

3.4-02 La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du **travail en équipe**

3.7-06 **L'accréditation des médecins** et des équipes médicales est promue dans l'établissement

Les 5 méthodes d'évaluation de la Haute Autorité de Santé

MÉTHODE DU PATIENT TRACEUR

Évaluation de la qualité et de la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé.

1



IDENTIFICATION DU PATIENT

L'évaluateur choisit, en lien avec l'équipe, le patient pour lequel il souhaite mener l'évaluation. Il s'assure auprès de l'équipe que le consentement du patient a été recueilli. Le médecin présente la situation du patient.



2

RENCONTRE AVEC LE PATIENT (et/ou les proches)

L'évaluateur :

- se présente, s'assure que le patient a reçu le document d'information sur la méthode du patient traceur et s'assure que le patient a donné son accord ;
- s'entretient avec le patient sur sa prise en charge et son expérience dans l'établissement.

Comment avez-vous :

- délivré l'information au patient ?
- prévenu le risque infectieux, etc. ?



3

ENTRETIEN AVEC L'ÉQUIPE SOIGNANTE

(médecins, infirmiers, aides-soignants, masseurs-kinésithérapeutes...)

L'évaluateur s'entretient avec l'équipe soignante sur la prise en charge du patient depuis son entrée dans l'établissement, en s'appuyant sur son dossier.

A NOTER :

Il s'agit d'apprécier le développement de l'engagement patient et de prendre en compte l'expérience du patient et de ses proches. Le respect des droits des patients est ainsi réaffirmé dans la certification V2020.

Ex : la prise en charge de la personne âgée en hémodialyse

MÉTHODE DU PARCOURS TRACEUR

Évaluation de la continuité et de la coordination de la prise en charge des patients, du travail en équipe et de la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours.

1



IDENTIFICATION DU PARCOURS

L'évaluateur choisit le parcours qui sera analysé.



2

RENCONTRE AVEC LES ÉQUIPES

L'évaluateur :

- s'appuie sur plusieurs dossiers de patients sortis de l'établissement ayant suivi le parcours identifié ;
- réunit et s'entretient avec les équipes des différents services qui ont pris en charge les patients concernés par le parcours.

3



RÉALISATION DU PARCOURS

L'évaluateur réalise le circuit physique du patient avec un professionnel.

A NOTER :

L'évaluateur s'appuie sur un dossier fil rouge parmi 5 dossiers de patients sortis il y a 2 mois au moins.
Exemple : la prise en charge de l'urgence traumatologique prise en charge au bloc opératoire ; puis hospitalisée en chirurgie ortho-traumatologie et ensuite hospitalisée en SSR.

MÉTHODE DU TRACEUR CIBLÉ

Évaluation de la mise en œuvre d'un processus ciblé.



EXEMPLE D'UN TRACEUR CIBLÉ SUR UNE PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE



A NOTER :

L'objectif est d'investiguer sur le terrain la mise en œuvre réelle d'un processus à partir d'un objectif défini.

Ex : la prescription des antibiotiques injectables.

MÉTHODE DE L'AUDIT SYSTÈME

Évaluation des organisations de l'établissement
pour s'assurer de leur maîtrise sur le terrain.



RENCONTRE AVEC LA GOUVERNANCE

(direction, président de la CME,
direction des soins ou équivalent)

Sur une thématique donnée,
l'évaluateur analyse la politique,
les activités et les actions mises
en place par la gouvernance
pour s'assurer de la capacité
qu'a l'établissement à maîtriser
et à atteindre ses résultats.

1



CONSULTATION DOCUMENTAIRE

L'évaluateur consulte tous les documents
nécessaires à son évaluation.

Exemples : projet médico-soignant
(conventions de partenariat), politique
qualité (stratégie de recueil de l'expression
du patient), bilan des plaintes et
des réclamations, plan de formation, plan
de gestion des tensions hospitalières, etc.

2



RENCONTRE AVEC LES PROFESSIONNELS

L'évaluateur vérifie la bonne
diffusion de la politique, des activités
et des actions de l'établissement
sur la thématique concernée et
sa déclinaison par les professionnels
de terrain.

3



RENCONTRE AVEC LES REPRÉSENTANTS DES USAGERS

Selon les thématiques, l'évaluateur
s'assure de l'implication des
représentants des usagers et
des associations de patients
dans la vie de l'établissement.

4

A NOTER :

A la différence du traceur ciblé, l'évaluation est conduite en partant de l'organisation du processus jusqu'à sa mise en œuvre réelle sur le terrain.

Ex : la maîtrise des risques

MÉTHODE D'OBSERVATION

Évaluation des conditions générales de qualité
et de sécurité des soins.



RÉALISATION DES OBSERVATIONS

La méthode d'observation est :

- mise en œuvre dans tous les secteurs visités ;
- combinée avec les méthodes d'évaluation des traceurs ;
- réalisée sur la base d'une grille d'observations.

EXEMPLES D'OBSERVATIONS



Respect de la dignité et de l'intimité des patients :

- absence de patients dénudés ;
- portes des chambres fermées ;
- patients traités avec égard ;
- etc.



Accessibilité pour les personnes en situation de handicap :

- rampes d'accès dédiées ;
- hauteur adaptée des présentoirs et des guichets d'accueil ;
- sanitaires adaptés ;
- signalétique adaptée à tout type de handicap ;
- etc.



Affichage de l'information destinée au patient :

- charte du patient hospitalisé ;
- coordonnées des représentants des usagers ;
- messages de santé publique (maltraitance, vaccination,...) ;
- etc.



Maîtrise du risque infectieux :

- lavage des mains avant / après chaque soin ;
- disponibilité de solutions hydroalcooliques ;
- tenues conformes des professionnels ;
- présence de boîtes pour objets piquants et tranchants ;
- propreté des locaux ;
- etc.

A NOTER :

Cela correspond en interne à des audits d'observation ou à des Quick Audits réalisés dans les services.

Ex : le port de bracelet d'identification du patient

LA DEMARCHE QUALITE ET GESTION DES RISQUES

Le **pilotage** de la démarche qualité et gestion des risques de l'établissement est structuré en 3 niveaux :

- Le **Comité qualité et gestion des risques** qui représente l'organe stratégique et décisionnel de la démarche. Il est composé :
 - Du Président de la CME et de représentants de la CME
 - Du Directeur des Soins et de la Qualité et Gestion des risques
 - Des cadres supérieurs de santé
 - Des membres du service qualité
- Le **service qualité et gestion des risques** qui est en charge de la mise en œuvre opérationnelle de la démarche dans son ensemble (organisation, animation, support méthodologique, évaluation) :
- **L'encadrement des pôles et des services** (binôme médical/paramédical) qui est en charge du déploiement de la démarche au sein du pôle ou du service et de l'implication des **équipes** dans sa mise en œuvre.

La démarche qualité et gestion des risques repose sur :

- La Projet qualité et gestion des risques
- Le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS)
- Le signalement des évènements indésirables et leurs suivis,
- La conduite de RMM – CREX pour analyser les causes d'évènement indésirable
- L'élaboration de tableau de bord et le suivi d'indicateurs
- La conduite d'évaluations : audits, EPP et enquêtes
- La gestion documentaire
- L'engagement patient

Le Projet Qualité et gestion des risques – Droits des Usagers 2021-2025

Le projet qualité et gestion des risques – droit des usagers, constituant un volet du Projet d'Établissement, a été défini pour une durée de 5 ans en appui du projet médico-soignant.

Ce projet définit nos orientations stratégiques :

- ▶ Manager une démarche Qualité et de Sécurité des Soins par une implication des professionnels de santé ;
- ▶ Assurer une analyse des risques a priori et garantir le pilotage d'organisations apprenantes et de retour d'expérience ;
- ▶ Garantir la prise en charge des patients par une évaluation de l'accueil, de la qualité et de la sécurité des soins de nos pratiques professionnelles ;
- ▶ Associer l'usager/ le résident à la démarche qualité et sécurité des soins par la prise en considération de l'évaluation de sa satisfaction et de son expérience - patient ;

Il est consultable sur l'intranet (sur le menu de gauche : Projet d'établissement)

Le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS)

Le PAQSS est un outil qui recense les plans d'actions de l'établissement par thématique. L'objectif est de prioriser les actions à mener au sein de l'établissement et en assurer le suivi.

Il est composé d'actions institutionnelles et d'actions spécifiques aux différents services. Il est actualisé régulièrement au vu des résultats d'évaluation, de suivi d'indicateurs et des signalements d'évènements indésirables.

Le PAQSS de votre service est consultable auprès de votre cadre.

La gestion des risques

Les évènements indésirables

Un évènement indésirable (EI) est une « situation qui s'écarte de procédures ou des résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages. Il existe plusieurs types d'évènements indésirables : les dysfonctionnements (non-conformité, anomalie, défaut), les incidents, les évènements sentinelles, les précurseurs, les presque-accidents, les accidents. »

Un évènement indésirable associé aux soins (EIAS) est un « évènement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet évènement est consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement.

Un évènement indésirable grave (EIG) correspond à « tout évènement indésirable à l'origine du décès, de la mise en jeu du pronostic vital immédiat, de la prolongation de l'hospitalisation, d'une incapacité ou d'un handicap. »

Comment signaler ?

En se connectant sur la fiche d'évènement indésirable informatisée (logiciel QUALNET) accessible via l'INTRANET :



Cliquez sur [Accès au logiciel de déclaration](#)

Vos identifiant et mot de passe vous seront demandés (par défaut : votre identifiant est votre numéro de matricule, il apparaît sur votre fiche de paie)

Vous trouvez en dessous du lien de connexion un guide d'utilisation et la charte « d'incitation au signalement d'évènement indésirable » qui encadre le signalement sur l'établissement. Un flyer présentant le dispositif de signalement et de traitement des évènements indésirables a été diffusé au sein des unités et est disponible dans la gestion documentaire (GDR DI 01)

Chaque signalement fait l'objet d'une analyse et peut entraîner une investigation approfondie en fonction de sa gravité ou de sa récurrence (CREX ou une RMM).

Qu'est-ce qu'un CREX ? Qu'est-ce qu'une RMM ?

Le Comité de Retour d'Expérience (CREX) : c'est une démarche visant à détecter et analyser les anomalies, les écarts et tout évènement, qu'il soit positif ou négatif, en recherchant les causes et les enchaînements et en retirant des enseignements.

La Revue Morbidité-Mortalité (RMM) : c'est une analyse collective rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

Les indicateurs qualité

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS)

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont des outils d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients, de comparaison inter-établissements et d'aide à la décision développés par la HAS. Ils sont aussi utilisés pour répondre à l'exigence de transparence portée par les usagers

Les indicateurs recueillis en 2022 :

Indicateurs recueillis à partir des dossiers du patient Séjours de 2021	Secteur MCO	Secteur SSR	Chirurgie ambulatoire
Qualité de la lettre de liaison à la sortie	65/100	86/100	75/100
Evaluation et prise en charge de la douleur	96%	100%	
Projet de soins, projet de vie		82/100	
Evaluation à l'admission de l'éligibilité à l'intervention			86%
Anticipation de la prise en charge de la douleur			76%
Evaluation du patient pour la sortie de la structure			90%
Contact entre la structure et le patient, entre J+1 et J+3			84%
Mise en place effective des précautions complémentaires contact (PCC)	88%		
Information du patient lors de la mise en place de PCC	12%		
Indicateurs recueillis à partir d'un questionnaire établissement Données 2021			Résultat établissement
Indicateur de Consommation de Solution Hydro-Alcoolique (ICSHA)			83% Classe B
Taux de vaccination antigrippale du personnel hospitalier (hiver 2021-2022)			28,9%

Un tableau de bord des indicateurs qualité a été réalisé par service pour que chaque professionnel connaisse les résultats propres à son unité de soins :

LE MANAGEMENT PAR LA QUALITE : RESULTATS INDICATEURS 2021-2022

Résultats du Service « NOM DU SERVICE »

DOSSIER PATIENT (SEJOURS 2021)

Qualité du CRH /lettre de liaison à la sortie : à calculer

- Trace de l'identité de la personne de confiance : à calculer
- Dénutrition : Poids (à calculer), IMC (à calculer), mention de la variation du poids (à calculer)
- Evaluation de la douleur avec une échelle : à calculer
- Braden : Evaluation du risque d'escarre : à calculer
- Conformité de la prescription médicamenteuse : chiffre à récupérer
- Conformité de l'administration médicamenteuse : à calculer
- Traçabilité de la justification de la non-administration médicamenteuse : à calculer
- Traçabilité de l'inventaire des biens/effets personnels : à calculer
- SSR : projet de vie, projet de soins

SATISFACTION PATIENT / DROITS DES PATIENTS ET GESTION DES RISQUES 2021

- Nombre d'événements indésirables déclarés : à récupérer EI
- Nombre de CREX / RMM : chiffre à récupérer
- Nombre de patient(s) traceur(s) : chiffre à récupérer
- Nombre d'EPP de pertinence : chiffre à récupérer
- Taux de retour des questionnaires de satisfaction : à récupérer
- Taux de satisfaction globale à récupérer
- Taux de satisfaction de l'information délivrée au patient à récupérer
- Nombre de courriers de plainte/réclamation : à récupérer

HYGIENE / MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX 2021 :

- Consommation SHA (par l'EOH) : à récupérer

STOCKAGE MEDICAMENTS 2022

- Score Médicaments à risque (5 critères) : à récupérer
- Score Tenue de l'armoire à pharmacie (17 critères) : à récupérer
- Score Gestion des stupéfiants (4 critères) : à récupérer

URGENCE VITALE 2022 :

- Affichage de la PEC : à renseigner par le cadre
- Taux de personnels formés AFGSU2 (peut-être donné par le service formation une fois par an) : à récupérer (service formation)
- Score Tenue du chariot d'urgence (5 critères) : à récupérer

TRANSFUSION 2021 :

- Nombre de PSL transfusés : à calculer/évaluer
- Taux de destruction de PSL : à calculer/évaluer

IDENTITOVIGILANCE 2022 :

- Taux de port du bracelet d'identité patient : à calculer/évaluer

Légende : Taux ≥ 80% ; Taux entre 60 et 80% ; Taux < 60%

Date de diffusion / date de mise à jour

Les évaluations des pratiques professionnelles (EPP)

Le Centre Hospitalier d'Auch met en place une politique volontariste d'analyse de la pratique professionnelle selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques.

Le choix du thème des EPP se fait selon trois axes prioritaires : l'activité, les exigences réglementaires et les risques identifiés.



Cette analyse des pratiques se fait en réunion pluridisciplinaire et peut s'appuyer sur des référents selon la thématique.

Ex : référents douleur, correspondants en hygiène, référents identitovigilance



Quelques exemples d'EPP :

- Zéro bijou
- Evaluation des pratiques de la contention physique passive
- Dispositif veineux implantable

D'autres audits et enquêtes complètent ce dispositif d'évaluation comme par exemple sur le respect des droits des patients ou la tenue du dossier patient.

La gestion documentaire : où trouver les informations ?

La gestion documentaire contient l'ensemble des documents qualité (procédures, protocoles, fiches de traçabilité, documents d'information...).

Elle est accessible sur l'intranet, partie « Procédures Qualité » et prochainement sur le logiciel QUALNET (sur l'onglet « base documentaire »)



Engagement patient

L'engagement patient devient un **axe prépondérant de la certification V2020**.
Le positionnement du patient, en tant qu'acteur de sa prise en charge, doit être largement promu comme facteur de l'efficacité du soin.

Objectif :

- Faire de cet engagement une priorité afin d'améliorer la qualité des soins et des accompagnements.
- Cela nécessite l'engagement des professionnels et des décideurs afin que l'expérience, les besoins et préférences des patients soient pris en compte.

Le patient est informé et participe au projet individuel de soin

Le patient exprime son retour d'expérience et mesure sa satisfaction.

La satisfaction patient est évaluée à partir :

- Des questionnaires de satisfaction en interne
- Des résultats des indicateurs E-SATIS (enquête nationale de satisfaction remplie en ligne 2 à 3 semaines après le retour à domicile) concernant les patients hospitalisés en MCO (plus de 48h), en chirurgie ambulatoire et en SSR.
- Des courriers de plaintes et réclamations et des formulaires de recueil de l'expression des usagers
- Des courriers de remerciements

Les représentants des usagers

Porteurs de la parole des usagers, les Représentants des usagers sont nommés par l'ARS. Ils peuvent accompagner, écouter et orienter les usagers dans leurs démarches au sein de l'établissement.

Leurs missions :

- Agir collectivement au nom de tous les usagers
- Défendre la qualité et la sécurité des soins
- Défendre l'accès aux soins pour tous
- Promouvoir le respect des droits des usagers
- Accompagner et faciliter les démarches des usagers

Ils sont joignables à l'adresse suivante : usagers@ch-auch.fr

COMMISSION DES USAGERS LES REPRÉSENTANTS DES USAGERS



Jacques Tufner



Hélène Dousset



Gabrielle Tys



Pierre Puyol

Il s'agit de l'écoute des usagers et de leurs proches pour les accompagner dans leurs démarches. Ils contribuent notamment à une meilleure qualité dans l'accueil des patients.

Qui sont-ils ?

- > Des bénévoles, des membres d'une association agréée par le Ministère de la santé
- > Mandatés par cette association et nommés « Représentants des Usagers » par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé

Quelles sont leurs missions ?

- > Participer à la Commission Des Usagers (CDU) ainsi qu'aux différentes Instances et Commissions de l'Établissement
- > Veiller au respect des Droits des Usagers
- > Contribuer à l'amélioration de la Qualité de l'Accueil des usagers et de leurs proches
- > Accompagner les usagers lors de médiation

Quelles sont leurs activités ?

- > Porter la parole des usagers et des aidants
- > Participer à des évaluations et à des actions d'information des usagers
- > Être force de proposition vis-à-vis de :
 - l'accès aux soins et aux parcours de soins
 - l'analyse de la satisfaction ainsi que des plaintes et réclamations
- > Valider le rapport d'activité de la CDU
- > Participer à la certification de la Haute Autorité de Santé

Ils sont joignables par l'intermédiaire du secrétariat de la Commission des usagers (usagers@ch-auch.fr)

- > M. Jacques TUFNER, Association FNATH*
- *FNATH : Association Nationale des Accidentés de la vie et Handicapés
- > Mme Hélène DOUSSET, Association VMEH*
- *VMEH : Visiteurs de Malades en Etablissements Hospitaliers
- > Mme Gabrielle TYS, Association FNATH*
- *FNATH : Association Nationale des Accidentés de la vie et Handicapés
- > M. Pierre PUYOL, Association UNAF*
- *UNAF : Union Nationale des Associations Familiales



Centre Hospitalier d'Auch
Service à patients