



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE PAUL STRAUSS -ICANS

3 rue de la porte de l'hôpital
67065 STRASBOURG



Validé par la HAS en Mai 2023

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 – Mai 2023

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	15
Chapitre 3 : L'établissement	20
Table des Annexes	28
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	29
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	30
Annexe 3. Programme de visite	34

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 de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD).

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CENTRE PAUL STRAUSS -ICANS	
Adresse	3 rue de la porte de l'hôpital 67065 STRASBOURG FRANCE
Département / Région	Bas-Rhin / Grand-Est
Statut	ESPIC
Type d'établissement	Centre de Lutte contre le Cancer

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	670780063	CLCC PAUL STRAUSS	3 rue de la porte de l'hôpital Bp 30042 67065 Strasbourg FRANCE
Établissement juridique	670780055	HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG	1 place de l'hôpital Bp0426 67091 Strasbourg FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

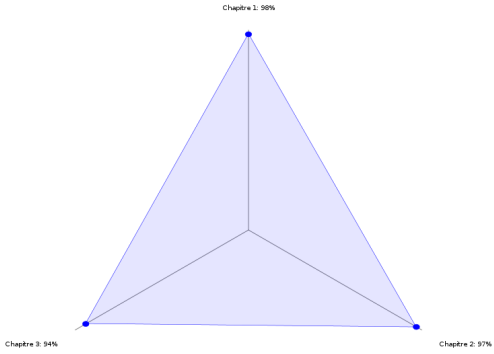
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins critiques
Tout l'établissement

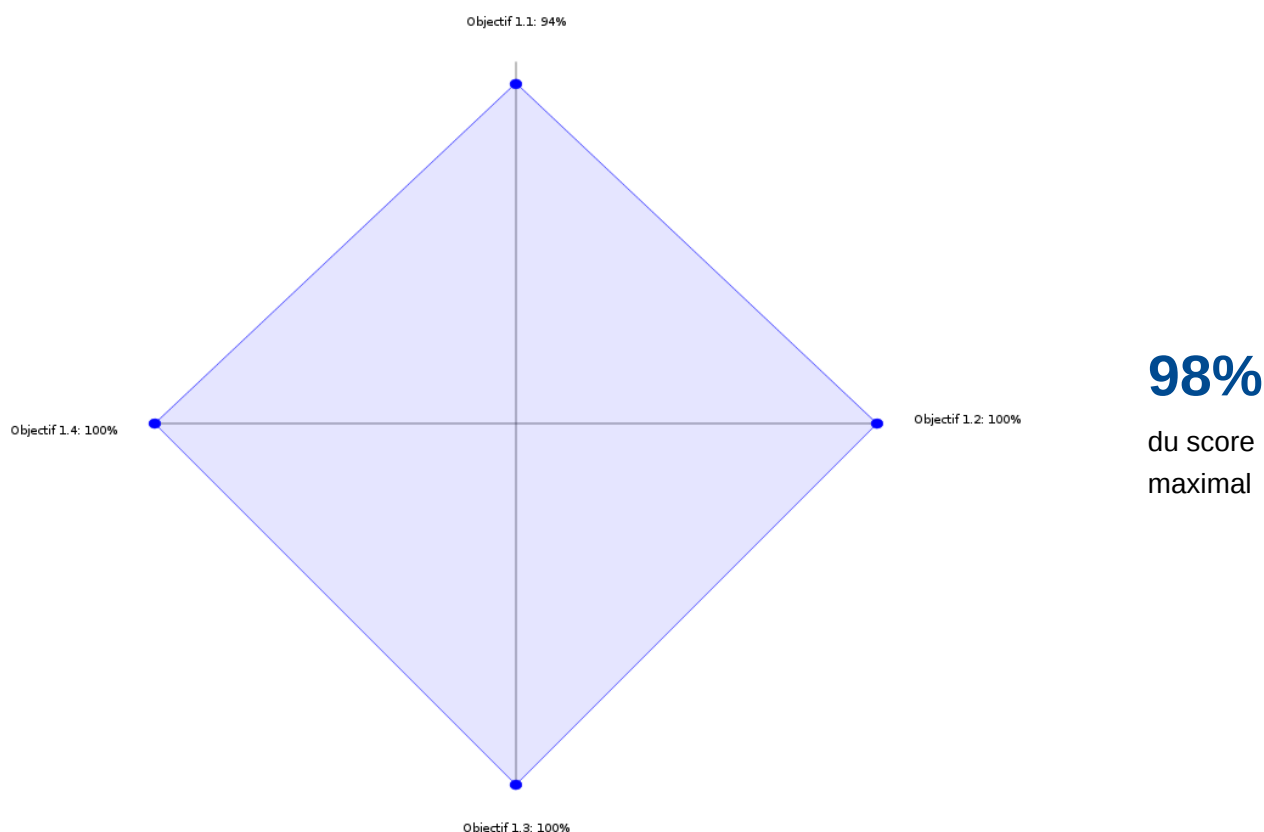
Au regard du profil de l'établissement, [109](#) critères lui sont applicables

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.	94%
1.2	Le patient est respecté.	100%
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%

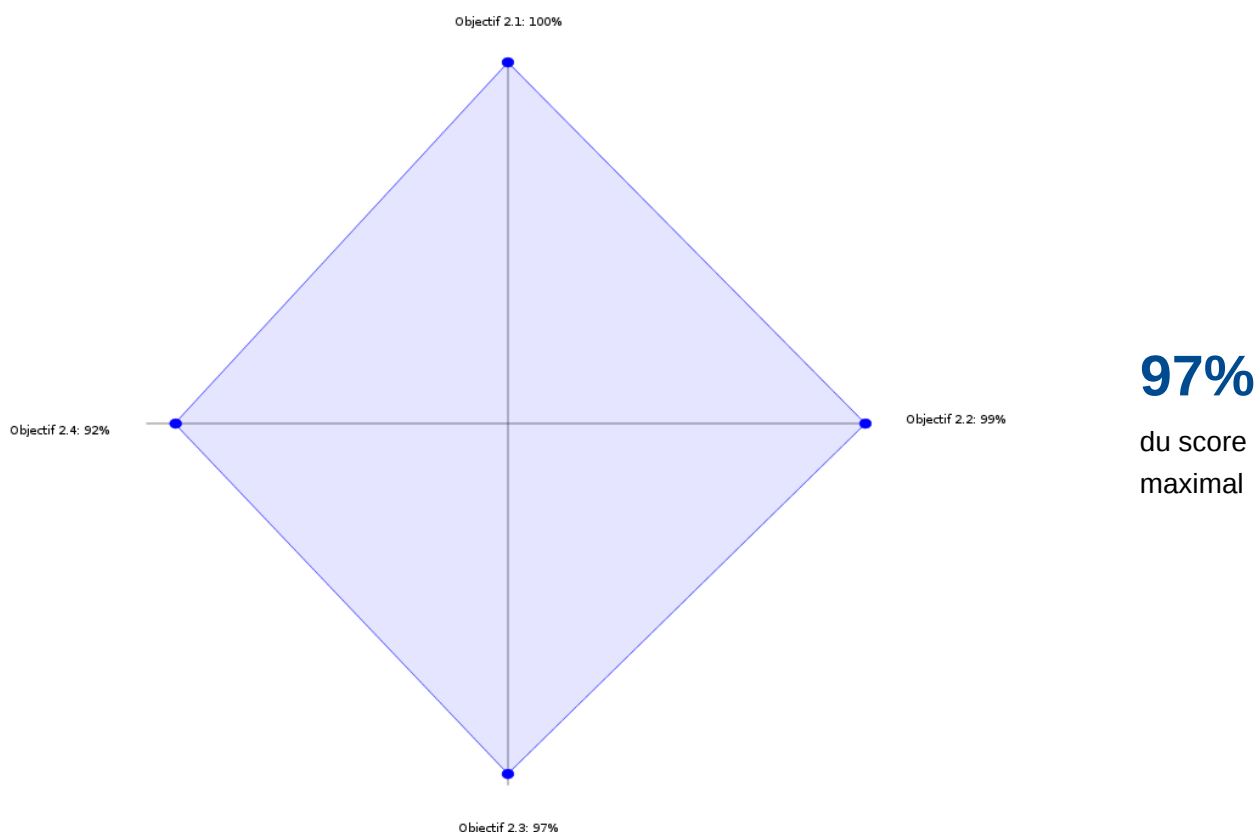
Les entretiens effectués avec les patients pris en charge à l'Institut de Cancérologie Strasbourg Europe (ICANS) et avec les équipes médicales et soignantes indiquent que les patients sont, dès la consultation initiale avec le médecin, informés sur le diagnostic et les examens complémentaires nécessaires (biologiques, imageries, ponctions, prélèvements..) pour confirmer le diagnostic et réaliser le bilan de la maladie tumorale ; ces examens réalisés, les options thérapeutiques sont envisagées lors d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire. Ces informations sont complétées par la remise du livret d'accueil de l'établissement à l'entrée du patient (également présent sur le site internet de l'ICANS) et l'affichage dans toutes les unités des chartes de la personne hospitalisée, de l'enfant hospitalisé et du patient en situation de handicap de Romain-Jacob. Les patients participent à l'évaluation bénéfice/risque des actes diagnostiques et thérapeutiques à

réaliser dans leur prise en charge ; ils sont aidés par la remise de documents complémentaires spécifiques de chaque service : livrets sur le traitement des cancers (la radiothérapie externe...), les soins de support, sur la greffe de moelle osseuse (recevoir une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques), livret destiné à l'enfant (« Dis moi, c'est quoi la radiothérapie »), fiches d'informations des Sociétés Savantes ou de l'institut (l'anesthésie générale de l'enfant en radiothérapie remis en DVD à l'enfant...). Les Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'État d'annonce et de coordination accompagnent le patient, s'assurent de la bonne compréhension des informations et les reformulent si besoin et répondent aux questions ; elles remettent au patient leur numéro de téléphone direct et les numéros de permanence téléphonique (Allo'Onco, SOS sein...). L'évaluation bénéfice-risque des actes diagnostiques et thérapeutiques ayant été expliquée et partagée, les patients expriment leur consentement libre et éclairé au Plan Personnalisé de Soins (PPS) qui leur est expliqué et qui est inscrit dans le Dossier Informatisé du Patient (DPI). Avant inclusion des patients dans un programme de recherche médicale et scientifique les patients reçoivent des informations orales et écrites, et signent un formulaire de consentement éclairé. En pédiatrie, les professionnels prenant en charge les enfants et adolescents adaptent les informations à leur âge et leur niveau de compréhension et documentent leur avis sur le projet de soins et ses modalités ; ces informations sont délivrées aux représentants légaux titulaires de l'autorité parentale qui expriment leur consentement libre et éclairé sur le projet de soins de leur enfant. Des messages de santé publique sont affichés ou présentés sous forme de flyers ou de livrets dans les services et sont expliqués par les équipes aux patients. Une consultation d'aide au sevrage tabagique est ouverte à tous les patients. Le patient est acteur de sa prise en charge ; une plaquette d'information « Être acteur de votre parcours de soins et participer aux décisions » est à disposition des patients. Il bénéficie d'actions éducatives sous forme de fiches pratiques (conseils alimentaires et radiothérapie ORL, perte de l'appétit, j'ai besoin d'une aide à domicile...). Le patient est informé sur la personne de confiance et ce droit du patient, expliqué par les professionnels, est rappelé dans le livret d'accueil et dans les fiches d'information présentes dans l'établissement « Être acteur de votre parcours de soins et participer aux décisions ». En prévision de sa sortie, les patients reçoivent des consignes de suivi pour les médicaments prescrits. Les patients sont informés lors de la consultation anesthésie ou la consultation d'annonce de la pose d'un dispositif médical implantable et des consignes de suivi avec remise d'un document (« Mon livret chambre à cathéter implantable »). Ils sont informés sur la transfusion de produits sanguins labiles. Des supports d'information sur la transfusion précisent les risques encourus et les conduites à tenir ; ils mériteraient d'être systématiquement remis et expliqués aux patients. En ambulatoire, dans les secteurs interventionnels, bloc opératoire et endoscopie, les patients sont informés par les praticiens les prenant en charge (chirurgiens, pneumologues, anesthésistes) des modalités pré, per et post-opératoire de leur prise en charge ambulatoire avec remise, d'une fiche d'information sur le déroulement du séjour en unité de chirurgie ambulatoire, des documents des sociétés savantes et des consentements. L'équipe soignante contacte par téléphone les patients la veille, tracé dans le DPI, pour confirmer l'heure d'arrivée et s'assurer de la prise en compte des recommandations pré-opératoires ; un appel du lendemain, tracé dans le DPI, évalue la qualité de la prise en charge et vérifie l'absence de complication. Un projet de passeport ambulatoire est en cours, démarche prototypée et lancée en février 2023. Les patients sont informés, de façon adaptée à leur situation clinique sur leur droit à rédiger les directives anticipées : l'article du Code de la Santé Publique (CSP) est rappelé dans le livret d'accueil et le site internet de l'ICANS ; les modalités de transmission des directives anticipées sont décrites dans le document d'information remis au patient, décrit plus haut « Être acteur de votre parcours de soins et participer aux décisions ». Surtout, un important travail de sensibilisation, d'explications, de formation (jeux de rôle, rédaction d'une procédure) a été mené auprès des équipes médico-soignantes par l'établissement en lien avec la sous-commission bientraitance. Lorsque les directives anticipées sont rédigées par le patient, elles sont archivées dans la gestion électronique des documents (GED) et tracées dans le DPI. En situation de fin de vie, le patient peut accéder aux soins palliatifs s'il le souhaite, et en l'absence de rédaction de directives anticipées, l'expression de sa volonté est recherchée auprès de sa personne de confiance ou de sa famille et ses proches. Les patients rencontrés sont informés de l'existence de représentants des usagers (RU) et des nombreuses associations de

patients et d'aidants bénévoles (La Ligue contre le cancer, J.A.L.M.A.V., Sève seins et vie...) qui assurent des permanences dans l'Espace des associations et participent aux événements organisés par l'Espace Rencontres Information (ERI). Les RU peuvent être joint par mail ou par courrier adressé à la Direction Qualité ; le calendrier de présence des bénévoles et leurs coordonnées sont affichés à l'ERI, et une adresse mail et un numéro de téléphone dédié permettent aux patients de contacter l'accompagnatrice en santé de l'ERI. Les patients peuvent s'exprimer sur leur expérience quant à leur maladie et leur satisfaction quant à leur prise en charge en utilisant le dispositif national e-Satis, et les questionnaires de satisfaction de l'établissement distribués en format papier et accessibles également en flashant un QR code présent dans le livret d'accueil et sur un flyer distribué au patient pendant son séjour. Les modalités pour soumettre une réclamation ou déclarer un Événement Indésirable Associé à ses Soins (EIAS) sont un peu moins connues des patients. L'accueil et la prise en charge des patients par les professionnels dans tous les secteurs de prise en charge et les locaux et équipements de l'ICANS, bâtiment neuf ouvert le 18 novembre 2019, garantissent leur intimité et leur dignité. Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté à leur sécurité et à leur protection. Les professionnels sont formés à la prise en charge des enfants et adolescents et l'encadrement fidélise ces professionnels volontaires en s'assurant du maintien de leurs compétences. L'autonomie des patients en situation de handicap et/ou âgés est maintenue ; une évaluation systématique de ses aptitudes par l'échelle de performance ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) est réalisée et tracée dans le dossier. Les professionnels du service des soins de support (kinésithérapeutes, éducateurs en activité physique adaptée) interviennent sur prescription médicale pour assurer des soins adaptés. Les professionnels respectent la confidentialité et le secret professionnel. Le recours à la contention mécanique fait l'objet d'une prescription médicale avec réévaluation de la pertinence de son maintien, expliquée au patient au patient ou à sa personne de confiance. Dans tous les services et pour tous les patients, le patient reçoit tout au long de sa prise en charge une réponse et une aide pour répondre à ses besoins élémentaires. Il en est de même pour la prise en charge de la douleur qui est évaluée chez le patient selon une échelle adaptée, et traitée ; une réévaluation régulière du niveau de douleur est assurée et l'intervention de l'équipe mobile de soins de support de l'établissement est sollicitée si nécessaire. Les proches et aidants sont sollicités et impliqués dans la mise œuvre du projet de soins du patient si celui-ci a donné son accord. Dans les situations cliniques difficiles, les horaires de visite sont adaptés pour faciliter la présence des proches et aidants, notamment en soins palliatifs, en oncopédiatrie et pour les patients en situation de dépendance. Les équipes de soins organisent le parcours de soins des patients en situation de précarité sociale en coordination avec les assistantes sociales. Les fragilités chez les patients sont identifiées lors du recueil des données à l'entrée (absence d'entourage, isolement social, absence de couverture sociale ou complémentaire, situation financière...). Les patients et les familles sont informés et accompagnés par les assistantes sociales en ce qui concerne leur accès au droit et aux soins (Aide Médicale d'État, coordination avec les services médico-sociaux, arrêt de travail), les démarches relatives au remboursement des frais et à des aides financières et familiales (Allocation Adultes Handicapés, Allocation Journalière de Présence Parentale), à la mise en place d'une aide à domicile. Les bénévoles des associations et l'accompagnatrice en santé intervenant à l'ERI apportent aux patients et aux proches des informations sur les organismes d'état et associations de soutien et d'entraides. Les habitudes, les besoins et préférences des patients vivant avec un handicap moteur et/ou sensoriel (visuel, auditif) sont évalués et intégrés dans le projet personnalisé de soins ; les référents des services travaillent en collaboration avec les Établissements et Services Médicaux Sociaux (ESMS) pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap. La prise en charge des adolescents et adultes jeunes prend en compte la scolarité de l'enfant et de l'adolescent : planification des séances de soins (radiothérapie) tenant compte de l'emploi du temps scolaire, aménagement du rythme scolaire. Les jeunes enfants ont à leur disposition des salles de jeux dans les espaces d'attente de tous les services. Les conditions de vie habituelle sont prises en compte pour la préparation de la sortie. Un Programme Personnalisé Après Cancer (PPAC) peut être organisé avec en alternance des consultations chez le médecin traitant et des examens de contrôle. Pour le patient dont l'état de santé nécessite une continuité de soins, l'ICANS organise les soins, soit au domicile avec les professionnels libéraux et les réseaux de soins,

soit, plus rarement, en Hospitalisation A Domicile (HAD).

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	99%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	97%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	92%

La prise en charge des patients s'appuie sur les dernières recommandations professionnelles de bonnes pratiques et les référentiels nationaux ou internationaux : référentiels de l'Institut National du cancer (Inca), des Sociétés Savantes (Association Française d'Urologie, Société Française d'Hématologie...). Une commission de pertinence évalue et identifie les axes d'amélioration sur les 10 indicateurs de parcours des patients atteints de cancer, copilotés par l'Inca et la HAS, qui s'intègrent dans le cadre du plan cancer 2014-2019 et dans le chantier pertinence et qualité de « Ma santé 2022 ». Des revues de pertinence sont également conduites en hématologie, infectiologie, sur les actes de biologie et d'imagerie et lors d'audits et d'Évaluation de Pratiques Professionnelles (échelle de Waterloo dans les 48 heures, précautions complémentaires, prise en charge de la douleur). Après la consultation de diagnostic et le bilan de la maladie tumorale réalisé, le dossier du patient est

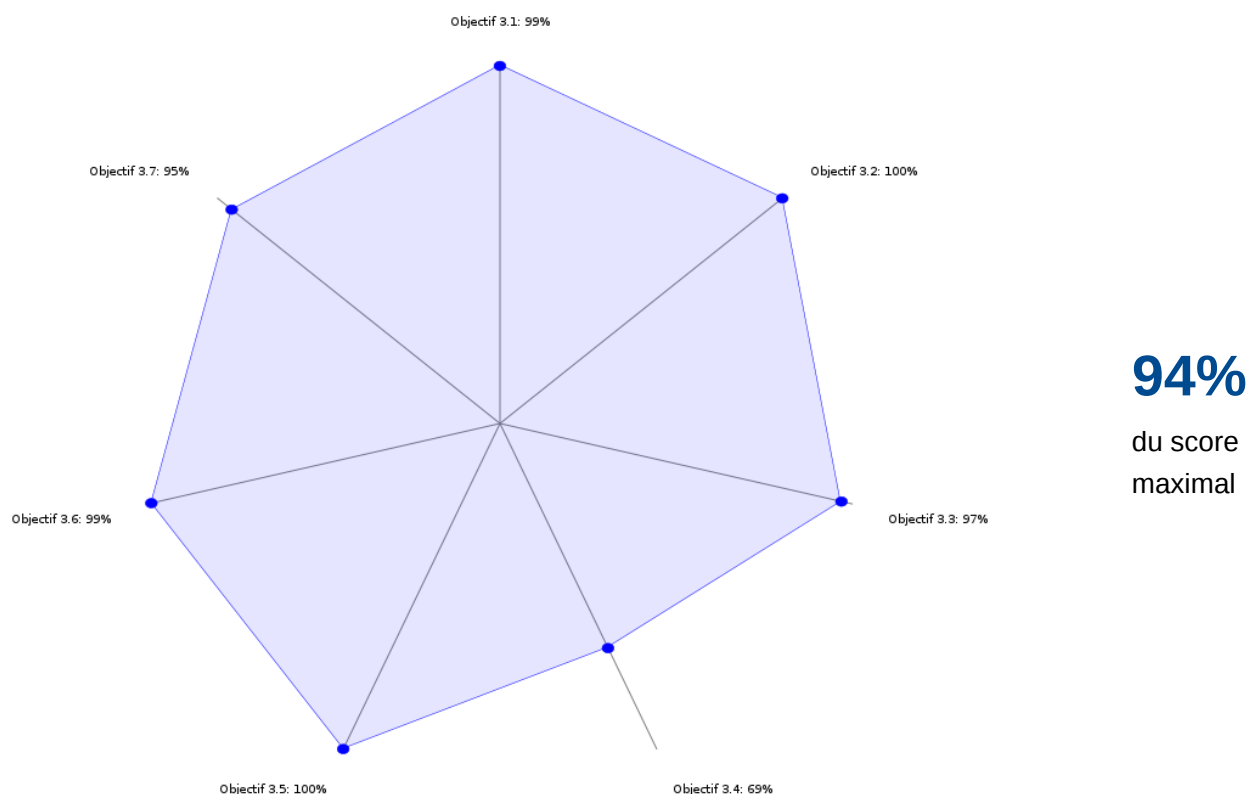
présenté en RCP spécifique de l'organe atteint (RCP préthérapeutique) ; un protocole thérapeutique adapté est proposé à l'issue de cette réunion, conformément aux dernières recommandations professionnelles nationales ou internationales et aux différents référentiels communs. L'analyse bénéfice-risque est partagée avec le patient, un plan personnalisé de soins (PPS) lui est remis, tenant compte si possible de ses préférences. Les dossiers sont rediscutés périodiquement à chaque étape de la prise en charge ou lors de modifications de l'état de santé du patient avec organisation d'une nouvelle RCP post-thérapeutique, post-opératoire, ou de recours. Les prescriptions d'antibiotiques sont justifiées et argumentées par la clinique et les examens microbiologiques. Les praticiens de l'ICANS disposent de protocoles d'antibiothérapie actualisés et peuvent faire appel aux deux médecins hygiénistes, au médecin référent antibiotique et au médecin infectiologue des HUS. Une alerte sur le DPI rappelle que la prescription doit être réévaluée par le médecin entre la 24^{ième} et la 72^{ième} heure. Le suivi de la consommation d'antibiotiques est assuré par la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI). L'analyse bénéfice/risque est réalisée pour tout acte de transfusion et la pertinence des transfusions est régulièrement analysée par un groupe de travail depuis 2017. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Tous les professionnels tracent dans le DPI les informations administratives, médicales, soignantes, les soins et actions entreprises, les observations et comptes-rendus d'examens. Ces éléments sont partagés avec les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient. Le PPS, adapté aux besoins et préférences du patient est, après la RCP, mis en œuvre dans un parcours coordonné associant les compétences et expertises de tous les professionnels de l'ICANS impliqués dans une des quatre filières médico-scientifiques de l'ICANS (sénologie-gynécologie-sarcome, urologie-ORL-endocrinologie, hématologie-radiothérapie, digestive-neurologie-pneumologie) et répartis au sein des trois pôles : pôle 4R (Radiothérapie-Radioisotopes-Radiologie-Radiophysique), pôle Oncologie, d'Hématologie, de Chirurgie et de Génétique, pôle Évaluation, Soins de support et Accompagnement. En oncopédiatrie, le PPS tient compte des souhaits de l'enfant et des actions sont mises en place par les équipes pour faciliter l'acceptabilité du traitement, avec par exemple, pendant les séances de radiothérapie, qui nécessite une immobilité constante, la diffusion d'un dessin animé par un vidéo projecteur qui capte l'attention de l'enfant et évite le recours à une anesthésie générale parfois quotidienne. L'accès au DPI par tous les professionnels, les temps de transmissions quotidiens, les réunions de service, les staffs cliniques les débriefing sur les situations complexes, facilitent la coordination de tous les professionnels impliqués dans la prise en charge et la réévaluation du projet personnalisé de soins. La conciliation médicamenteuse d'entrée, tracée dans le DPI, est mise en œuvre en hospitalisation complète en oncologie et hématologie et priorisée chez les patients de plus de 65 ans, avec un score de performance ECOG supérieur à 2 et prenant au moins 5 médicaments ; le développement de la réalisation de la conciliation de sortie est prévu avec des moyens humains adaptés. Les patients ambulatoires bénéficient d'une consultation pharmaceutique dans le cadre de plusieurs parcours (thérapies orales anticancéreuses, immunothérapies, interventions coordonnées en onco-gériatrie et soins de support, lors des primo-dispensations en rétrocessions), et lors d'essais cliniques. Des consultations pharmaceutiques ont lieu sur demande des médecins pour des cas complexes au cours de la prise en charge de patients. Les équipes se coordonnent lorsque le patient n'a pas été orienté dans le service adapté faute de disponibilité d'accueil. L'ICANS et les HUS étant implantés sur le même site et reliés par deux passerelles, ces deux structures offrent aux patients des solutions de recours ou d'expertise dans toutes les spécialités. L'ICANS organise son activité chirurgicale dans deux blocs opératoires des HUS et fonctionne avec le personnel de l'ICANS ; la surveillance en Salle de Surveillance Post- Interventionnelle (SSPI) est effectuée par les professionnels des HUS, la surveillance médicale et la décision de sortie de la SSPI est sous la responsabilité de l'anesthésiste de l'ICANS. La programmation opératoire est établie conjointement avec les professionnels des HUS et tient compte de la priorisation des urgences. L'accessibilité au DPI et l'interfaçage avec les logiciels du bloc assurent la transmission des informations entre les équipes du bloc et les secteurs de soins. La check-list sécurité patient au bloc opératoire, informatisé dans le DPI, est mise en œuvre de façon systématique et réalisée de façon exhaustive à chaque étape. Les équipes de pédiatrie des HUS, formées aux soins des Adolescents Jeunes Adultes (AJA), se coordonnent avec les équipes de l'ICANS pour assurer la

continuité de la prise en charge. L'équipe met à jour le carnet de santé de l'enfant avant sa sortie en prenant la précaution de respecter le secret médical ; un compte-rendu de fin de traitement est adressé au médecin référent du patient. Chez les patients en fin de vie, l'équipe pluriprofessionnelle des soins de support met en œuvre, après une RCP tracée dans le DPI dont les objectifs sont annoncés à la patiente et partagés avec les proches, un projet de soins adapté avec une stratégie thérapeutique axée particulièrement sur la prise en charge de la douleur (instauration d'un traitement, réévaluation de la douleur et confort, limitation des traitements) ; des bénévoles des associations patients et aidants (Association Pierre Clément, J.A.L.M.A.L.V) présents à l'ERI accompagnent les patients et leurs proches et les équipes bénéficient du soutien de la psychologue et du médecin du travail. Une lettre de liaison, conforme à une procédure récemment actualisée, est préparée dans le DPI par les assistantes médicales de chaque service, validée par le médecin et remise au patient le jour de sa sortie, adressée au médecin traitant par messagerie sécurisée et intégrée dans le portail « Mon espace santé » du patient lorsqu'il existe. Les équipes maîtrisent les risques liés à leur pratique. Les bonnes pratiques d'identification du patient sont respectées à toutes les étapes de la prise en charge. Les vigilances sanitaires sont opérationnelles, la coordination avec les structures régionales et nationales est opérationnelle. La sécurisation du circuit du médicament dans toutes ses composantes est maîtrisée par les équipes de l'ICANS dans toutes les unités de soins ; les bonnes pratiques de prescription, de dispensation et d'administration des médicaments sont mises en œuvre. L'analyse pharmaceutique est réalisée et les interventions de la pharmacie sont prises en compte par les prescripteurs. Les médicaments sont, dans les secteurs d'Hospitalisation Complète (HC), stockés dans des armoires de dispensation automatisée, intégrées au DPI avec accès des professionnels sécurisé par empreinte digitale, emplacement du tiroir et du compartiment contenant le médicament à prélever indiqué par un voyant lumineux et système de contrôle de dose. En Hospitalisation de Jour (HDJ), la dotation des médicaments est plus réduite, les médicaments sont stockés dans des armoires classiques et les professionnels connaissent et mettent en œuvre les bonnes pratiques d'administration des médicaments. Les professionnels sont formés à l'utilisation des médicaments à risque, la liste de ces médicaments est connue des professionnels et affichée dans tous les postes de soins ; ils sont identifiés par un logo, dans le compartiment du tiroir des armoires à dispensation automatisée, et dans les armoires classiques où ils sont stockés à distance des autres médicaments. Le transport, le stockage, l'utilisation et l'injection des Médicaments Radio-Pharmaceutiques, la radioprotection respectent les bonnes pratiques pharmaceutiques et les préconisations de l'Autorité de Sûreté Nucléaire. La traçabilité de toutes les étapes du circuit de la chimiothérapie est réalisée dans le logiciel de chimiothérapie dédié. La fabrication des poches, anticipée, est réalisée, dans les deux Unités de Reconstitution des Cytostatiques situées dans les PUI du Centre Paul Strauss et celle des HUS, assistés par un dispositif vidéo-numérique de contrôle de l'ensemble des étapes de préparation des chimiothérapies ; l'analyse et la validation pharmaceutique sont réalisées systématiquement dans le logiciel dédié. Le transport des médicaments vers la PUI de l'ICANS est sécurisé dans des containers récents répondant aux exigences de sécurité. Le stockage et le transport des médicaments sont conformes aux bonnes pratiques, avec pour les médicaments thermosensibles, un transport dans des caisses isothermes, une surveillance et une traçabilité centralisée des températures des réfrigérateurs dans les PUI et les unités de soins par sonde électronique. Chez le patient vulnérable et/ou âgé, les équipes de soins lui expliquent les modifications de son traitement et lui remettent la lettre de liaison comportant le bilan thérapeutique. La sécurité transfusionnelle est maîtrisée par les équipes infirmières, qui sont formées aux bonnes pratiques de la transfusion et disposent d'un protocole transfusionnel actualisé récemment ; les nouveaux professionnels et les internes bénéficient également d'une formation sur l'acte transfusionnel et ses complications. La traçabilité de la prescription et de la surveillance est réalisée dans le DPI. Le dossier transfusionnel, en format papier, est archivé à l'ICANS. Le suivi post transfusionnel et la destruction des poches sont assurés. Les bonnes pratiques d'hygiène des mains, l'application des précautions standard et complémentaires, la connaissance des procédures, contribuent à la maîtrise du risque infectieux à l'ICANS. L'IDE hygiéniste et les référents hygiène sont connus dans tous les services, les professionnels sont formés aux bonnes pratiques, savent contacter l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) et participent aux

audits : visites de services, consommation de solutés hydro-alcooliques, audit national précautions complémentaires, bionettoyage, enquête nationale de prévalence des IAS. Le suivi, l'affichage et la connaissance par les équipes de l'indicateur de suivi de la consommation hydro-alcoolique (ICSHA) de l'établissement et par services permettent de maintenir un bon niveau de maîtrise du risque infectieux. Les professionnels respectent et appliquent les protocoles d'antibioprophylaxie encadrant les actes invasifs, remis à jour en janvier 2023, respectant les recommandations les plus récentes de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR). La prescription de l'antibioprophylaxie est tracée dans le DPI de l'ICANS et l'administration est tracée dans le logiciel d'anesthésie du bloc opératoire (interfacé avec le DPI institutionnel) et dans la check-list sécurité patient au bloc opératoire ; le moment et la durée de l'antibioprophylaxie en grande partie respectés mériteraient d'être évalués. Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables. L'établissement réalise des endoscopies dans le secteur de consultation sous anesthésie locale ; les endoscopes utilisés en consultation (fibroscopes bronchiques et nasofibroscopes en ORL) sont traités dans une salle de désinfection avec des professionnels formés, des procédures actualisées, des conditions de désinfection et de stockage respectés, des contrôles des prélèvements microbiologiques des endoscopes et du laveur-désinfecteur mensuels suivis par l'EOH. Les étapes de la désinfection sont tracées dans le DPI. Le risque ATNC (Agents Transmissibles Non Conventionnels) est pris en compte et audité. Le compte-rendu d'examen comprend les références de l'appareil utilisé, la date et l'opérateur. Les professionnels disposent de protocoles de pose et d'entretien des dispositifs médicaux invasifs (cathéter veineux centraux et périphériques, sonde vésicale...), sont formés et appliquent les bonnes pratiques de prévention des infections lors de la pose et de la surveillance du DMI ; la date de pose et la pertinence de son maintien sont tracées dans le DPI et dans la lettre de liaison. Le contrôle de la bonne préparation opératoire est effectué par l'IDE à l'arrivée du patient sur tous les critères (hygiène, dépilation, intégrité cutanée, ...) et tracée dans le DPI et dans le premier temps de la check-list sécurité patient au bloc opératoire. Des supports d'information sont remis au patient en amont de l'intervention chirurgicale (fiches d'information du service de chirurgie « douche et hygiène corporelle » « admission en unité chirurgie ambulatoire »). Des visites avec observation des pratiques de soins sont réalisées par l'EOH lorsque survient un incident infectieux ; elle donne lieu à un rappel des bonnes pratiques et éventuellement à des actions d'amélioration. Les facteurs de risque de dépendance iatrogène liée au processus de soins de la personne âgée sont recherchés, prévenus et traités précocement avec traçabilité dans le DPI. L'établissement assure la promotion des vaccinations recommandées et le suivi vaccinal des professionnels dès l'embauche ; les vaccinations obligatoires et antigrippales sont gratuites. Le médecin du travail, la Direction communication assurent des actions de sensibilisation des professionnels : campagnes de vaccinations affichées dans les vestiaires du personnel, envoyées par mail, journée d'information. Le taux de couverture vaccinal est connu par les cadres et par des médecins. Les équipes maîtrisent les risques liés aux rayonnements ionisants. Une inspection de l'Autorité de Sûreté Nucléaire du 11 septembre 2019 « dans le cadre du transfert progressif des activités de radiothérapie du Centre Paul Strauss vers l'ICANS et d'une autorisation de détention et d'utilisation de rayonnements ionisants à des fins de radiothérapie externe », suivi d'inspections ciblées des autres activités (médecine nucléaire, curiathérapie, scanographie) ont validé les conditions d'installation et de fonctionnement avec des demandes d'actions correctives qui ont été réalisées par l'établissement. Le patient est informé des doses qu'il a reçu (doses en nombre de séances en radiothérapie) ainsi que des risques qui en découlent, données tracées dans le DPI. L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée par un médecin et tracée dans le DPI. Le transport intra-hospitalier des patients est formalisé dans une charte et des protocoles de fonctionnement ; il est assuré par des professionnels qui possèdent leurs attestations de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU), sont formés à l'hygiène et respectent les droits des patients. La gestion du programme de transport des patients est informatisée et régulée par un professionnel. La prévention des risques professionnels est assurée par des tireurs-pousseurs de lits électriques (Bed Mover). Les résultats cliniques sont analysés par l'équipe et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés. En 2021, l'Unité de Recherche Clinique de l'ICANS a inclus 21% de patients dans les

665 essais cliniques à promotion interne. Parmi ceux-ci, une étude randomisée en cours avec l'autorisation de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM) et le Comité de Protection des Personnes a été présentée pendant la visite de certification comparant la satisfaction des patients hospitalisés bénéficiant de soins invasifs pour leur prise en charge du cancer, avec une séance Snoezelen (démarche d'accompagnement sensorielle) versus une prise en charge standard. Des actions d'amélioration menées par les équipes sont également mises en œuvre suite aux Évaluations de Pratiques Professionnelles liées aux bonnes pratiques de précautions complémentaires contact et aux résultats des indicateurs IQSS 2022. Les équipes recueillent, analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour l'évaluation de la satisfaction du patient et de l'expérience patient, pour les réclamations et éventuelles plaintes. Les représentants des usagers participent à la campagne de recueil de la satisfaction et de l'expérience patient, à l'analyse des résultats et à la mise en place des actions d'amélioration. Les Indicateurs du service et les Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins sont recueillis, affichés dans toutes les unités de soins, commentés dans les réunions de services et des actions d'amélioration sont mises en place. Les professionnels de tous les services déclarent et partagent dans le logiciel dédié les événements indésirables associés aux soins (EIAS) dont les presque-accidents ; une charte de confiance et d'incitation à la déclaration d'événements indésirables est en place. Les Événements Significatifs en Radioprotection (ESR) sont également déclarés avec l'appui du Conseiller en Radioprotection et du technicien de radioprotection. Les EIAS dont les presque-accidents sont analysés selon la méthode ORION, en Comité de Retour d'Expérience (CREX) ou en Revue de Morbi-Mortalité (RMM) avec mise en œuvre d'actions d'amélioration. Ces actions issues de l'analyse des EIAS dont les presque-accidents, sont reportés dans le PAQSS de l'établissement et suivi par le gestionnaire de risques. La déclaration à l'ARS est faite selon les deux volets, déclaratif au plus tôt de l'événement, puis pour une analyse plus approfondie. Une présentation est réalisée en CDU et en inter-CME et par le référent dans les services. Dans les secteurs de soins critiques (Unité de Soins Continus et Soins Intensifs d'Hématologie), impactés actuellement par la fermeture de 4 lits en raison du départ d'IDE, des indicateurs de suivi des modalités de prise en charge du patient sont définis et exploités avec mise en œuvre d'actions pour améliorer la prise en charge du patient. Au bloc opératoire, les modalités de réalisation des check-list et l'évaluation de son utilisation par les équipes sont analysées et font l'objet de plans d'actions d'amélioration. Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale, d'anatomopathologie et des examens d'imagerie médicale sont en place. Les conditions de réalisation des examens d'imagerie médicale sont conformes aux référentiels des sociétés savantes d'imagerie et les imageurs participent au RCP. Les équipes de greffe de cellules souches hématopoïétiques évaluent leurs résultats avec les indicateurs de l'Agence de Biomédecine et ceux de la Société Francophone de Greffe de Moelle et de Thérapie Cellulaire (SFGMTC). L'ICANS n'a pas encore engagé sa démarche d'accréditation JACIE (Joint Accreditation Committee International Society for Cellular Therapy) ; cette démarche, regroupant l'Unité de Thérapie Cellulaire, le service d'Hématologie pédiatrique des HUS et le service d'Hématologie de l'ICANS, est co-construite avec tous les acteurs de la prise en charge. Un groupe de travail JACIE fonctionnant depuis février 2022 pilote la stratégie d'accréditation commune et sa mise en œuvre avec un engagement programmé au dernier trimestre 2023.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	99%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	100%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	97%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	69%
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	99%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	95%

L'ICANS est un Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC) qui associe le soin, la recherche et l'enseignement offrant, dans le cadre du Projet Régional de Santé, une offre de prise en charge d'excellence en cancérologie publique à tous les patients de la Région Grand-Est. L'ICANS, est issue de l'alliance entre le CLCC Paul Strauss et les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) constitué en Groupement de Coopération Sanitaire

(GCS) de moyens facturants de droit privé et fonctionnant comme un établissement de santé (GCS ICANS). Il regroupe les services du CLCC Paul Strauss et les services d'oncologie, d'hématologie, de sénologie et de médecine nucléaire des HUS au sein du bâtiment ICANS, relié par une passerelle au site Hautepierre (HUS). Les équipes, les compétences et la gouvernance, sont mutualisées : inter-CME (Commission Médicale d'Établissement), inter-CSIRMT (Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques), Commission des Usagers (CDU). Des conventionnements organisent la mise à dispositions de deux salles du bloc opératoire des HUS, l'hygiène hospitalière (EOH, contrôle environnemental avec le laboratoire de bactériologie des HUS), la pharmacie (la Pharmacie à Usage Intérieur de l'ICANS est en sous-traitance avec la PUI des HUS et du Centre Paul Strauss), la logistique (déchets, repas patients, blanchisserie, courriers, sécurité incendie et sécurité des biens et des personnes). L'ICANS répond aux besoins de prise en charge de proximité et assure un rôle de recours et de référent territorial pour des prises en charge complexe (tumeurs rares, hématologie). L'ICANS consolide les filières en lien avec les partenaires territoriaux et en développant des synergies avec les professionnels de ville : de nombreuses conventions sont élaborées, des consultations avancées sont en place notamment pour le parcours sein, et des partenariats sont formalisés avec les établissements de santé de proximité, les structures d'Hospitalisation à Domicile (HAD) et les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) oncologiques. Les modalités d'accès aux urgences oncologiques sont établies pour les patients externes ou internes à l'ICANS qui relèvent de la prise en charge en Unité de Surveillance Continue et aux Soins Intensifs hématologiques. Afin d'éviter le passage des patients âgées aux urgences générales, l'accueil de ces patients est réalisé, si possible, directement à l'ICANS ; en dehors des heures ouvrables, le soir et le week-end, la gestion de la disponibilité des lits est assurée avec les HUS. Des partenariats sont établis avec les SSR et les EHPAD pour assurer une prise en charge de proximité. Les usagers et les professionnels des autres établissements ou de ville peuvent joindre l'établissement pour des prises de rendez-vous ou des renseignements ; les numéros utiles figurent dans le livret d'accueil des patients et proches et sur le site internet de l'établissement, les patients traités ont accès aux lignes directes des secrétariats dédiés à un parcours. En urgence une ligne téléphonique (Allo Onco, Allo Hémato) permet aux usagers (et aux médecins de ville) de disposer d'une écoute immédiate et d'organiser rapidement une prise en charge. Une messagerie sécurisée permet l'envoi sécurisé des données cliniques ou des résultats d'examens aux praticiens du territoire ; ils peuvent également inscrire un patient à un RCP sur un logiciel dédié ou y assister en visioconférence. Le troisième axe du projet stratégique 2020-2025 de l'ICANS est « l'ancrage de la recherche clinique au cœur des prises en charge et des pratiques de tous les professionnels ». Pilotée par la cellule promotion de l'Unité de Recherche Clinique (URC), avec pour objectif de favoriser l'inclusion des patients, les professionnels médicaux et paramédicaux de l'ICANS s'engagent dans la recherche clinique ou les appels à projets au niveau régional ou national. L'ICANS est investi dans la recherche translationnelle dans le but d'améliorer les soins notamment sur les modalités de rayonnement et les biothérapies. La recherche fondamentale est réalisée en collaboration avec des laboratoires de recherche. D'autres domaines de recherche sont développés : recherche paramédicale, ressources humaines, management... L'établissement adresse ses publications scientifiques au SIGAPS (systèmes d'interrogation de gestion et d'analyse des publications scientifiques) et intègre le système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques (SIGREC). L'ICANS assure les missions universitaires : il est terrain de stage notamment pour les externes, les internes des Hôpitaux et pour les étudiants paramédicaux. Piloté par un Comité expérience patient, l'établissement soutient le recueil de l'expérience patient (PREMS) à l'aide du dispositif national e-Satis, complété, depuis l'ouverture de l'ICANS, par cinq questionnaires internes (Êtes vous satisfait-e) en hospitalisation conventionnelle et de jour, en chirurgie, en prise en charge ambulatoire et pour les visiteurs. L'institut s'est engagé dans la mesure de la qualité perçue par les patients (PROMS) dans l'appel à projet HAS sur les PROMS et PREMS selon la méthodologie ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement) pour les personnes atteintes d'un cancer du sein, et a choisi par ailleurs, un questionnaire de satisfaction sur une application de portail patient connectée, le Picker Patient Experience Questionnaire, pour évaluer au travers de sept dimensions l'expérience des soins vécus par les patients. Les résultats des questionnaires de satisfaction et de

l'expérience patients sont analysés en collaboration avec les représentants d'usagers et présentés à la CDU. L'exploitation des résultats est restituée aux unités de soins pour alimenter leurs actions d'amélioration de la qualité. Plusieurs actions mobilisant l'expertise des patients sont portées par la gouvernance : un Collectif patients et aidants, en lien fonctionnel avec le Comité expérience patient, propose des pistes d'amélioration basées sur leur expérience, s'exprime sur des projets, soutenu par un pilote ICANS, et propose des outils, pensés par et pour eux, facilitateurs dans le parcours de soins des patients (travail en cours de déploiement sur les nombreux documents d'information remis aux patients, amélioration de l'accueil des patients) ; ce premier projet co-construit avec les patients méritera d'être étendu vers une participation des patients à des démarches collectives de développement et d'amélioration de pratiques, en particulier dans les projets d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (revue de mortalité et de morbidité, comité de retour d'expérience, revue des erreurs médicamenteuse, Évaluation de pratiques professionnelles...) et dans les projets de recherche. Des patients ressources témoins dans le cadre des enseignements, sensibilisent les étudiants en médecine sur les difficultés de vie des patients, des patients partenaires accueillent des étudiants préparant le diplôme universitaire patient partenaire, des podcasts « De vous à nous » présentés par un binôme médecin-patient, visibles sur toutes les plateformes, valorisent l'expression des patients en apportant des témoignages sur leur parcours et le combat contre la maladie, des partenariats d'associations de patients rencontrent les patients dans les permanences, des journées des associations, témoignent et accompagnent les patientes en immédiat post cancer du sein. L'ERI met à disposition un dispositif d'information et de partage pour les usagers. L'impact des intégrations de l'expertise des patients est évalué par des audits et enquêtes (« Parlons satisfaction des usagers, patients et proches la parole est à vous ! ») et par des cartes postales à compléter en libre accès dans les salles d'attente. La politique de communication de l'établissement, formalisée dans le projet stratégique Impulsion 2025, est mise en œuvre auprès du patient et de son entourage (site internet de l'établissement, livret d'accueil patients et proches, documents d'information, Espace de Rencontres et d'Information, accompagnateurs en santé) et auprès des professionnels (Lettre aux professionnels, rapport d'activité sur la recherche clinique, diffusion du projet stratégique Impulsion 2025, journées d'accueil des nouveaux recrutés). Le plan de formation intègre des formations sur la communication relatives à la qualité de l'accueil (prise de parole, accueil en anglais, soigner son écoute et sa communication, formation des secrétaires à différents cancers...), à la relation aux soins (gestion du stress, des patients difficiles, prise en charge en soins palliatifs...). Les plaintes et réclamations, centralisées à la Direction Qualité Gestion des Risques (DQGR), font l'objet de communication en inter-CME, en CDU et auprès des professionnels, sont suivies et alimentent les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; dans les situations difficiles, une médiation peut être proposée. Les résultats de l'enquête e-Satis sont diffusés et affichés dans les salons d'attente. L'ICANS applique son « premier principe intangible » inscrit dans le projet stratégique Impulsion 2025 « Agir avec humanité » et les valeurs de la charte du patient hospitalisé affichée dans tous les services, que sont l'accueil, le respect des patients et de leur famille, la bientraitance. Une Commission bientraitance, composée de plusieurs soignants et d'un cadre a pour mission de développer une culture de la bientraitance et d'évaluer sur le terrain le positionnement des professionnels quant à la bientraitance. Les risques impactant la bientraitance et les actions visant à renforcer la bientraitance ont été évalués en mars 2022 par un questionnaire bientraitance auprès des soignants et des patients ; l'exploitation des premiers résultats a conduit à des actions d'amélioration portant sur la nomination de référents bientraitance dans chaque service, la rédaction d'une charte et l'aménagement des plateaux techniques. Une campagne de communication « Tous engagés pour prévenir la maltraitance ordinaire » a été réalisée après les retours des questionnaires bientraitance. La commission bientraitance a rédigé un mode opératoire pour prendre en compte les situations de maltraitance subies par le patient, les repérer et les traiter : repérage par le médecin, les équipes soignantes, qui sont formées, ou l'entourage du patient, évaluation du patient par le médecin mandaté par l'ICANS et orientation vers une assistante sociale avec requête familiale ou le procureur de la république si le patient est isolé ; à sa sortie, le patient sera suivi par les assistantes sociales de son secteur. Les conditions architecturales de l'ICANS, bâtiment neuf ouvert le 18 novembre 2019, répondent aux exigences

légales et réglementaires d'accessibilité des patients en situation de handicap. Les accès extérieurs, les locaux de consultations, d'hospitalisations, la signalétique sont adaptés à toutes les formes de handicap (handicap moteur, visuel, auditif). L'ICANS est un établissement pilote ARS pour cette prise en charge avec créations d'outils d'information et de communication et formations croisées avec l'ESMS) ; les professionnels sont informés et formés et l'accueil des patients est personnalisé avec un accompagnement physique.

L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables grâce à un dispositif de repérage réalisé par les équipes médico-soignantes à l'aide d'un questionnaire de précarité saisi dans le DPI et la prise en compte du contexte social à l'entrée du patient ; les patients sont signalés et orientés vers les soins de support dédiés : assistante sociale, psychologue et si besoin mise en lien avec le service de psychiatrie de liaison. Des interprètes sont disponibles dans la structure. L'accès du patient à son dossier dans les délais de transmission est organisé et conforme aux exigences réglementaires ; le suivi des délais de remise des dossiers est assuré et la CDU en est informé. La gouvernance, les praticiens de l'ICANS sont fortement impliqués dans la recherche clinique et favorise l'accès des patients aux innovations cliniques. En 2021, 21% des patients sont inclus dans les essais ICANS et 30 essais sont en cours de conception. L'Unité de Recherche Clinique a formalisé des partenariats favorisant l'inclusion dans des essais cliniques, avec des laboratoires pharmaceutiques, avec la fédération des CLCC UNICANCER, avec l'European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC), avec la structure opérationnelle de recherche clinique sur le lymphome (LYSARC) et sur de nombreuses filières (digestif, gynécologie, pneumologie..). La communication vis-à-vis des acteurs de l'offre de soins du territoire et des associations d'usagers est réalisée par plusieurs supports (lors des RCP, newsletter envoyée aux oncologues des autres établissements, portail des essais cliniques sur le site internet ICANS) et par des communications sur les nouveaux équipements et innovations technologiques (TEP IRM, immunothérapie cellulaire dans certains cancers du sang - CAR-T Cells). Les représentants des usagers et les associations de patients sont impliqués au sein de l'établissement. Les associations de patients, constituées d'anciens patients bénévoles assurent des permanences dans l'Espace des associations ; elles proposent un partage d'expérience, comme par exemple l'association « Vivre comme avant », qui intervient dans le parcours sein, ou proposent un temps de discussion libre. Deux associations proposent également un accompagnement en chambre. Les associations de patient participent également aux événements organisés par l'ERI (Octobre Rose, Mars bleu). Un nouveau partenariat pour accompagner les enfants est en cours. Les représentants des usagers participent aux actions d'amélioration de la vie quotidienne des patients en lien avec l'Expérience Patient ; trois projets sont en cours avec l'accueil (amélioration de l'accueil des patients), avec la Direction Qualité Gestion des Risques (encourager l'expression de l'expérience patient), avec le plateau de consultation (pour accompagner les temps dédiés aux consultations). Ils participent à des groupes de travail (un représentant d'utilisateur a participé à l'aménagement de la nouvelle entité ICANS) et aux thématiques traitées en CDU (prochainement sur le consentement des mineurs), sont informés sur la vie de l'établissement et sur la recherche clinique. Le projet des usagers validé en 2019, rédigé pour 3 ans, aborde la politique de l'accueil, le respect des droits, le projet des associations, l'amélioration de la qualité des soins. Les représentants des usagers ont connaissance des plaintes et réclamations, des EIAS, des résultats d'e-Satis, des réponses aux questionnaires de satisfaction et ils participent aux évaluations des actions entreprises. L'ICANS est l'aboutissement d'un projet commencé en 2004 avec la création d'un accord cadre de GCS de coopération entre le Centre Paul Strauss et les HUS, jusqu'au déménagement complexe, anticipé et planifié sur une durée de deux semaines à partir du 18 novembre 2019. L'ICANS a construit avec ses professionnels et sa gouvernance, une organisation mutualisant les équipes et les compétences des HUS et du Centre Paul Strauss sous une bannière unique l'ICANS. La volonté de l'ICANS et de sa Direction qualité gestion des risques (DQGR), avec l'appui du Comité Exécutif (COMEX) qui déploie la stratégie avec l'Assemblée Générale, a été de déployer une démarche qualité gestion des risques propre à ce nouvel ensemble avec création d'instances communes : inter-CME, inter-CSIRMT, CDU commune. Pendant, la première année de fonctionnement, des référents qualité, le plus souvent binôme médecin-soignant ont été identifiés dans chacun des services, une structuration de la démarche gestion des risques a été mise en place avec l'identification d'un CREX par

service, l'incitation à la déclaration d'événements indésirables via un logiciel unique accessible à tous, la mise en place d'un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins unique. La politique qualité et gestion des risques de l'ICANS, élaborée et suivie par le Comité de Coordination de la Qualité et des Risques (CCQR) élargi, formalisé dans le projet stratégique Impulsion 2025, est de consolider une culture ICANS de la qualité et de la gestion des risques, et d'accompagner son déploiement au cœur des services et directions dans une démarche d'amélioration continue des pratiques et des organisations. Cette politique est déclinée en actions concrètes recensées dans le Plan d'Amélioration continue de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS). Les actions sont issues des déclarations de événements indésirables, des résultats des évaluations, audits, indicateurs, des risques identifiés lors des inspections (ASN), des plaintes et réclamations et des retours des CREX et RMM. De nombreuses actions ont été réalisées : désignation du médecin coordinateur des risques associés aux soins (CGRAS), relecture et validation de procédures, gestion des restitutions des sous-commissions de l'inter-CME, création d'un bulletin d'information DGQR, labellisation (Comprehensive Member Center par l'OECI (Organisation of European Cancer Institutes) et certification ISO 9001 de l'Unité de Recherche Clinique, de la Rétrocession du Service Pharmacie et de la Société Internationale de Sénologie. Les professionnels sont informés lors de réunions d'échanges dans les services, sur l'intranet, par des fiches d'informations, une publication « La lettre aux professionnels », et lors de journées qualité à thème. La gouvernance s'assure de l'équilibre entre les personnels permanents présents et les personnels de remplacement. Des effectifs cibles ont été définis compte tenu de l'évolution des activités. Un ajustement de rythmes de travail des soignant est en lien direct avec la QVT et les projets des services (étude de la semaine sur 4 jours). Les planning sont informatisés avec double gestion (cycles horaires mis en place, temps de chevauchement entre équipes). Les indicateurs (turn over, absentéismes) sont suivis. Un pool de remplaçant Infirmier(e) diplômé(e) d'État (IDE) et Aide Soignant(e) Diplômé(e) (ASD) est opérationnel pour l'ensemble des services. Une politique de recrutement attractive cherche à fidéliser les étudiants venus en formation. Les nouveaux professionnels sont accompagnés (journée de formation et tutorat). L'encadrement a bénéficié après l'installation à l'ICANS d'une formation externe de coaching et sur la prise de parole en public. La gouvernance, dans l'objectif de favoriser l'intégration des nouveaux cadres et de renforcer le collectif de travail, a instauré des temps de formation et de coaching pour l'encadrement. Le médecin du travail et le psychologue sont présents et impliqués pour accompagner les professionnels dans leur quotidien et plus particulièrement dans des actions de soutien lorsque les situations sont présentes. Il existe une impulsion institutionnelle du travail en équipe soutenue par la gouvernance. Des équipes, décrites plus haut, sont labellisées ou accréditées : équipes URC, pharmacie, sénologie (Centre d'excellence en sénologie par la Société Internationale de Sénologie), gynécologie (formations d'excellence européennes de spécialisation et oncologie gynécologique par l'European Society of Gynaecological Oncology). Des actions sur le travail collaboratif en équipe sont mises en œuvre et valorisées par des publications (Lettres aux professionnels, BioExpress : Portraits de professionnels), mises à l'honneur des équipes des directions et services de l'ICANS présentant leurs travaux lors des éditions « Talents Croisés », podcast « De vous à nous ». La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux est assurée, l'organisation du temps de travail est mise en œuvre pour permettre un travail en équipe. Les organisations et les actions mises en place n'ont pas amené la gouvernance à développer des démarches spécifiques de type PACTE. La gouvernance s'assure des compétences et des missions des professionnels, l'activité est prise en compte (recrutement et renfort par équipe pool) ; un point effectif mensuel entre la Direction des ressources humaines (DRH) et les cadres supérieurs est mis en place. Les compétences des professionnels sont évaluées à échéance régulière et réglementaire dans le cadre d'un entretien individuel qui permet l'élaboration d'un programme de formation institutionnel. Les orientations politiques de la démarche Qualité de Vie et des conditions de Travail (QVCT) sont fixées dans le projet stratégique Impulsion 2025. La démarche a été construite à partir d'un diagnostic terrain et des évaluations des professionnels et a concerné tous ses aspects : contenu du travail, santé au travail, compétences et parcours professionnels, égalité professionnelle, management participatif et engagement, relations au travail et climat social. L'élaboration, le suivi et l'évaluation de la démarche sont concertés avec les instances représentatives. Des ressources sont dédiés : un médecin

du travail et un IDE, un psychologue du travail, un responsable Ressources Humaines et un chargé QVCT, référent handicap, maintien dans l'emploi qui pilote, harmonise et met en œuvre les projets dans le domaine de la QVCT et du maintien de l'emploi des professionnels en situation d'inaptitude (politique HAND'ICANS). Le médecin du travail et le psychologue sont présents et impliqués pour accompagner les professionnels dans leur quotidien et plus particulièrement dans des actions de soutien lorsque les situations le nécessitent. Des actions améliorant les conditions de travail sont mises en œuvre : marches à blanc organisées dans les nouveaux pour apprécier la faisabilité des parcours patient et pour les professionnels, espaces de discussion, semaine de la Qualité de Vie au Travail (intervention de l'école d'ostéopathie Strasbourg, micro-siestes pleine conscience, jeux de rôles, ateliers de socio-esthétiques..), formations gestes et postures pour les plateaux techniques, accord relatif à l'égalité professionnelle, Mise en place d'un service type conciergerie à disposition des patients mais aussi des professionnels ...Le handicap et le maintien dans l'emploi font partie des priorités institutionnelles et se concrétisent par une dynamique d'accompagnement personnalisé ; l'ICANS est lauréat en 2021 et en 2022 CLAT (Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail). Une journée de sensibilisation autour du handicap au travail a été organisée en mai 2022. Les orientations politiques de la démarche Qualité de Vie et des conditions de Travail (QVCT) sont fixées dans le projet stratégique Impulsion 2025. La démarche a été construite à partir d'un diagnostic terrain et des évaluations des professionnels et a concerné tous ses aspects : contenu du travail, santé au travail, compétences et parcours professionnels, égalité professionnelle, management participatif et engagement, relations au travail et climat social. L'élaboration, le suivi et l'évaluation de la démarche sont concertés avec les instances représentatives. Des ressources sont dédiées : un médecin du travail et un IDE, un psychologue du travail, chargé QVCT, référent handicap, maintien dans l'emploi qui pilote, harmonise et met en œuvre les projets dans le domaine de la QVCT et du maintien de l'emploi des professionnels en situation d'inaptitude (politique HAND'ICANS) et un responsable Ressources Humaines. Le médecin du travail et le psychologue sont présents et impliqués pour accompagner les professionnels dans leur quotidien et plus particulièrement dans des actions de soutien lorsque les situations le nécessitent. Des actions améliorant les conditions de travail sont mises en œuvre : marches blanches organisées dans les nouveaux locaux pour apprécier la faisabilité des parcours pour les patient et les professionnels, espaces de discussion, semaine de la Qualité de Vie au Travail (intervention de l'école d'ostéopathie Strasbourg, micro-siestes pleine conscience, jeux de rôles, ateliers de socio-esthétiques..), formations gestes et postures pour les plateaux techniques, accord relatif à l'égalité professionnelle, mise en place d'un service type conciergerie à disposition des patients mais aussi des professionnels ...Le handicap et le maintien dans l'emploi font partie des priorités institutionnelles et se concrétisent par une dynamique d'accompagnement personnalisé ; l'ICANS est lauréat en 2021 et en 2022 CLAT (Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail). Une journée de sensibilisation autour du handicap au travail a été organisée en mai 2022. Les difficultés de relations interprofessionnelles, interdisciplinaires, interpersonnelles et de conflits au travail sont discutées avec les professionnels, le cadre de proximité, le médecin du travail, le psychologue ; au-delà, les professionnels sollicitent le DRH. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée. L'ICANS, établissement de 2^{ème} ligne s'appuie sur les HUS structure de santé de 1^{er} ligne et assure la prise en charge de patients conventionnels. Une cartographie des risques a été établie. Le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) est rédigé et a été actualisé. La cellule de crise est opérationnelle. L'Institut a déclenché un plan de gestion de crise pour faire face à la situation sanitaire pendant la pandémie COVID. Un exercice basé sur un scénario interne (vol de sources curiethérapie) a été réalisé en février 2023. Les ressources tant matérielles que humaines sont prévues ; La Directrice qualité gestion des risques, référent SSE est en cours de formation sur la gestion des risques numériques. La gestion des matériels et des équipements de protection est organisée en lien avec les HUS ; les conditions d'isolement pour la prévention du risque de transmission d'agents infectieux sont organisées dans les chambres de l'Unité de Soins Continus qui disposent notamment d'un accès contrôlé, d'un sas d'entrée et d'un traitement d'air. Les risques numériques sont identifiés et maîtrisés au niveau de l'établissement. La sécurité du Système d'Information (SI) est un des quatre volets de la feuille de route annuelle du SI de l'ICANS. Une analyse des

risques numériques a été réalisée dans le cadre de la Politique de sécurité du système d'information et pour la présentation du programme HOP'EN. Il existe une charte d'accès et d'usage du SI, un plan de reprise d'activité et de continuité d'activité (PRA, PCA), une protection des données à caractère personnel (RGPD). Les équipes changent leurs mot de passe régulièrement et connaissent les conduites à tenir en cas d'incident ou d'attaque (exercice régulier d'envois de faux mail). Une synthèse avec analyse des indicateurs de sécurité est réalisée semestriellement en CODIR. Les incidents significatifs ou graves de sécurité des systèmes d'information seraient déclarés auprès de l'Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information (ANSSI). La prévention aux biens et aux personnes est assurée. Le Plan de Sécurisation de l'Établissement est élaboré, intégré à l'annexe du PSE des HUS en tant que responsable unique de sécurité conformément à la réglementation, avec un responsable unique de sécurité HUS ET ICANS. Une équipe de sécurité incendie présente sur place et un contrat de maintenance avec essai semestriel couvrent le risque incendie. Les situations à risque pour les patients et les professionnels sont répertoriées et prévenues par des rondes de sécurité, un centre de supervision de la vidéosurveillance avec un opérateur présent 24H/24, des secteurs sont protégés et sécurisés (Pharmacie à Usage Interne, radiopharmacie, USC), un dispositif antifugue, un contrôle d'accès et un dispositif anti-voiture bélier en extérieur. Les risques environnementaux et les enjeux du développement durable sont pris en compte par l'ICANS qui met en œuvre une politique de développement durable et une démarche écoresponsable : sobriété énergétique, gestion des déchets, promotion des mobilités douces, achats écoresponsables. Le pilotage de la démarche est assuré par un Comité développement durable. Le bâtiment de l'ICANS est neuf, les consommations d'énergie sont connues et le plan d'action sobriété énergétique exécuté : consommations d'énergies relevées par bâtiments, réduction du chauffage à 21°C dans les secteurs d'hospitalisation et 19° pour les zones tertiaires et les consultations, éclairages à LED, détecteurs de mouvement sur l'ensemble des circulations, domotique sur les volets, rationalisation de l'utilisation de l'eau chaude dans les locaux tertiaires... Concernant les déchets, des actions sur la diminution de productions sont en place (gaspillage alimentaire, plats uniques sans barquettes, suppression des bouteilles d'eau dématérialisation des dossiers patients et des bons de commandes, paramétrage des imprimantes, bionettoyage à la vapeur et réduction du grammage de produit lessiviel) et tri des déchets (tri du verre, valorisation des aliments non consommés). Le plan déplacement comporte des actions réalisées : prime transport collectif, arceaux à vélo et parking vélos sécurisé sur le site de l'institut, voiture électrique pour les trajets entre les sites. Tous les secteurs de l'établissement peuvent appeler un médecin compétent pour intervenir en cas d'urgence vitale, grâce à un numéro d'appel unique, mise en place en 2023, qui oriente vers l'anesthésiste de garde le jour et l'interne de garde la nuit. Un mode dégradé est en place en cas de non réponse, qui fait sonner les numéros des cinq médecins anesthésistes. À la PUI du Centre Paul Strauss, située en centre ville, l'appel est dirigé vers le SAMU. Dans tous les services des chariots d'urgence sont accessibles, avec une composition identique comprenant du matériel et des médicaments de réanimation adulte et enfant, dont la maintenance est assurée par les IDE avec traçabilité de la vérification. Des quiz sur le chariot d'urgence sont réalisés, mais une analyse du dispositif mis en place n'a pas encore fait l'objet d'évaluation. Les formations professionnelles aux gestes d'urgences sont suivies ; des professionnels de santé de l'établissement n'ont pas encore bénéficiés du recyclage de leur formation aux gestes d'urgence (AFGSU) par défaut de place disponible au niveau du CESU. De nouveaux exercices de simulations sont programmés en 2023, puis tous les 2 ans. L'établissement pilote les revues de pertinence de pratiques. Une commission de pertinence au sein de l'ICANS pilotée par la Directrice Qualité Gestion des Risques et des Relations avec les usagers et la Directrice des Affaires Financières, a pour objectifs de travailler sur la pertinence d'activités réalisées ou d'actes, de mobiliser les professionnels sur la diffusion des recommandations de bonnes pratiques et sur la réalisation de revues de pertinence, d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients et de diminuer le volume des dépenses par réduction des prescriptions non adaptées. La veille documentaire est organisée par la direction de la communication et elle diffuse notamment les recommandations de bonnes pratiques des Sociétés Savantes, celles issues des journées qualité et des journées sur la gestion des risques et des correspondants vigilances ; elles sont accessibles dans le logiciel de gestion documentaire. Pendant la

visite, une étude de pertinence a été présentée : amélioration de la pertinence des hémocultures (les prélèvements répétés n'améliorent pas le rendement diagnostiques avec comme bénéfice attendu, pour le patient diminution du nombre de prélèvements sanguins, et pour la structure, gain de temps soignant et diminution des coûts) ; des actions ont été mis en œuvre pour modifier les pratiques (diffusion des bonnes pratiques, formation des prescripteurs seniors et internes, formation des préleveurs, rédaction d'un protocole, aménagement de l'outils de prescription). L'ICANS travaille également sur l'amélioration de la pertinence des actes de biologie, des actes d'imagerie et des pertinences d'hospitalisation pour la réalisation d'exams complémentaires (endoscopie, PET SCAN). Le programme d'amélioration de la qualité de l'Institut prenant en compte l'expérience du patient est mis en œuvre. Depuis l'ouverture de l'institut, des patients, des représentants d'usagers (et des professionnels) se sont focalisés sur le parcours des patients venant en consultations, ont réalisé des observations de patients pris en charge et ont contribué, en groupe de travail, à des actions d'améliorations : le « bon plan du plateau de consultation » testé sur un panel d'usagers, « A vous la parole » cartes postales et mur d'expression pour recueillir l'expérience patient, dont les retours négatifs sont traités en cellule qualité avec mise en œuvre d'actions ; ces actions et les recommandations ne sont pas connues des équipes de l'ICANS. L'Institut analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité de soins. Ils sont présentés aux instances (inter-CME, COMEX, CODIR, CDU, Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques), aux professionnels (courriel, lettre aux professionnels, affichage dans les services). Le programme d'actions d'amélioration intègre les actions issues de l'analyse des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, notamment sur les critères, impactant l'indicateur, mesuré en 2022, Qualité de la Lettre de liaison remise à la Sortie (QLS) portant sur l'identification et l'envoi au médecin traitant et le traitement et le bilan médicamenteux de sortie. L'ICANS analyse, exploite et communique la survenue d'évènements indésirables liés aux soins. Les professionnels connaissent les évènements indésirables associés aux soins dont les presque-accidents déclarés dans leur service. Ils informent les patients ou leurs représentants des dommages imputables à cette activité de prévention, de diagnostic ou de soins. Les évènements indésirables graves font systématiquement l'objet d'une analyse systémique des causes et sont déclarés sur le portail sanitaire des évènements sanitaires indésirables. Une synthèse des travaux d'analyse et des résultats des plans d'actions mis en place à la suite de cette analyse est réalisée et diffusée. Lorsque un événement indésirable concerne une prise en charge avec les HUS, la fiche est partagée entre les DQGR des deux établissements. Les accréditations HAS des médecins dans les spécialités à risques (anesthésie, chirurgie) ne sont pas engagées que ce soit à titre individuel ou en équipe. Elles sont programmées par l'établissement en décembre 2024.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
- 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	670780063	CLCC PAUL STRAUSS	3 rue de la porte de l'hôpital Bp 30042 67065 Strasbourg FRANCE
Établissement géographique	670018779	CRLCC PAUL STRAUSS SITE HUS-HAUTEPIERRE	1 AVENUE MOLIERE 67200 STRASBOURG FRANCE
Établissement géographique	670018787	HUS SITE ICANS	17 RUE ALBERT CALMETTE 67200 STRASBOURG FRANCE
Établissement principal	670000033	CLCC PAUL STRAUSS - ICANS	3 rue de la porte de l'hôpital 67065 STRASBOURG FRANCE
Établissement juridique	670780055	HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG	1 place de l'hôpital Bp0426 67091 Strasbourg FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023

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 SSR 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	Oui
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	Oui
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	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Oui
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	57
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	12
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	38
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	7
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	52,143
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	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)	7
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	Circuit du médicament et des produits de santé		médicament à risque per os ou injectable
2	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Patient âgé Adulte Médecine Programmé	
3	Audit système	QVT & Travail en équipe		
4	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable
5	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		antibiotique
6	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		à définir en visite
7	Audit système	Coordination territoriale		
8	Audit système	Leadership		
9	Audit système	Représentants des usagers		
10	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards ou complémentaires
11	Audit système	Maitrise des risques		
12	Audit système	Entretien Professionnel		
13	Audit système	Engagement patient		

14	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI
15	Audit système	Dynamique d'amélioration		
16	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		per opératoire
17	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Patient atteint d'un cancer Médecine Programmé	
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Audit système	Entretien Professionnel		
20	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
21	Audit système	Entretien Professionnel		
22	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Patient âgé Soins critiques Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	

23	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Hospitalisation complète Programmé	
24	Patient traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Médecine Hospitalisation complète Programmé	
25	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
26	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
27	Patient traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
28	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
	Patient		Tout l'établissement	

29	traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent Patient atteint d'un cancer Médecine Programmé	
30	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Adulte Programmé	
31	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient atteint d'un cancer Patient âgé Médecine Programmé	
32	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		antibioprophylaxie
33	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		chimiothérapie
34	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards ou complémentaires
35	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient atteint d'un cancer Adulte Médecine Programmé	
36	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		

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

