



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**CLCC OSCAR LAMBRET  
LILLE**

3 rue frederic combemale

Bp 307

59020 Lille



Validé par la HAS en Mai 2023

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://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	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	21
Annexe 3. Programme de visite	25

# 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**

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé mobilise plusieurs méthodes d'évaluation :

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans

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

CLCC OSCAR LAMBRET LILLE	
Adresse	3 rue frederic combemale Bp 307 59020 Lille Cedex FRANCE
Département / Région	Nord / Hauts-de-France
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	590780334	CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER OSCAR LAMBRET LILLE	3 rue frederic combemale Bp307 59020 Lille Cedex FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

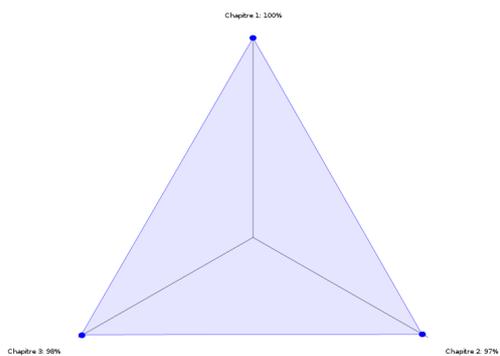
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# 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

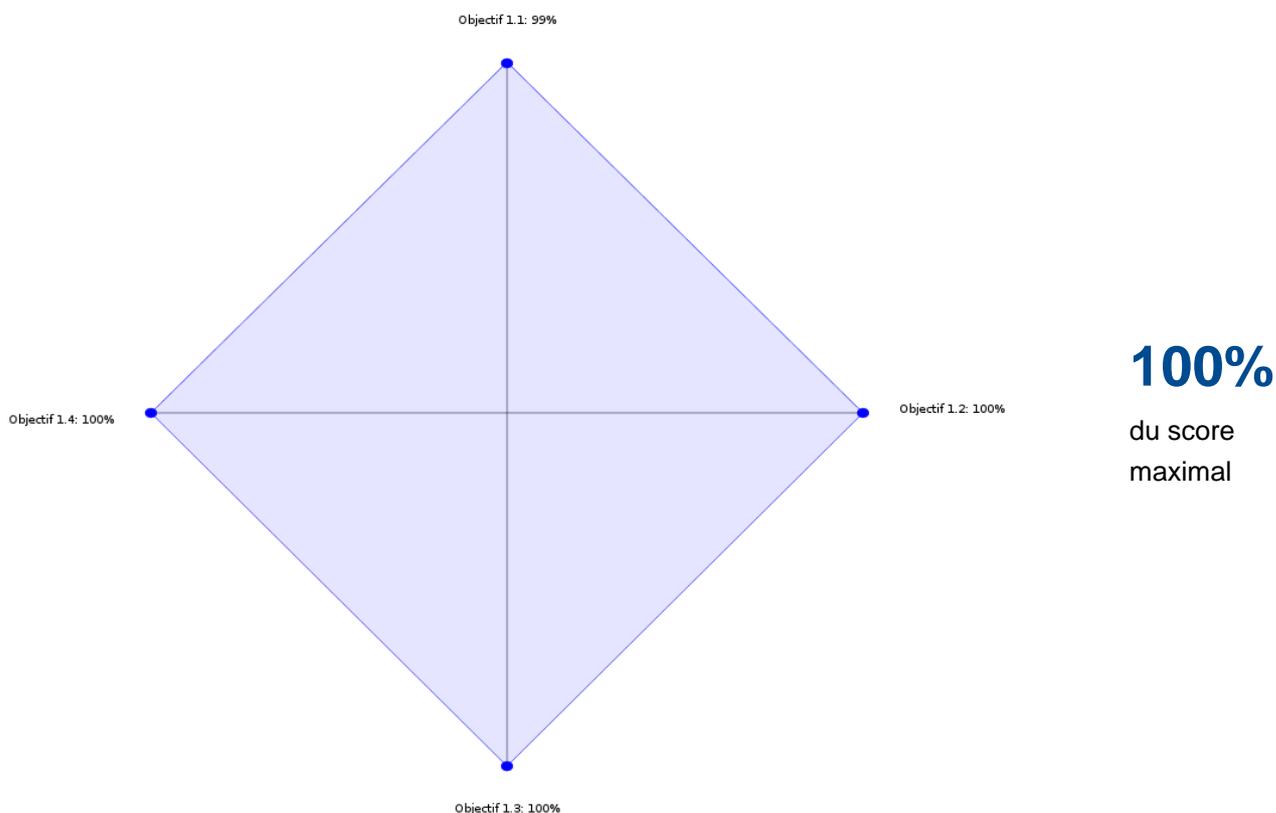
Au regard du profil de l'établissement, [109](#) critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient

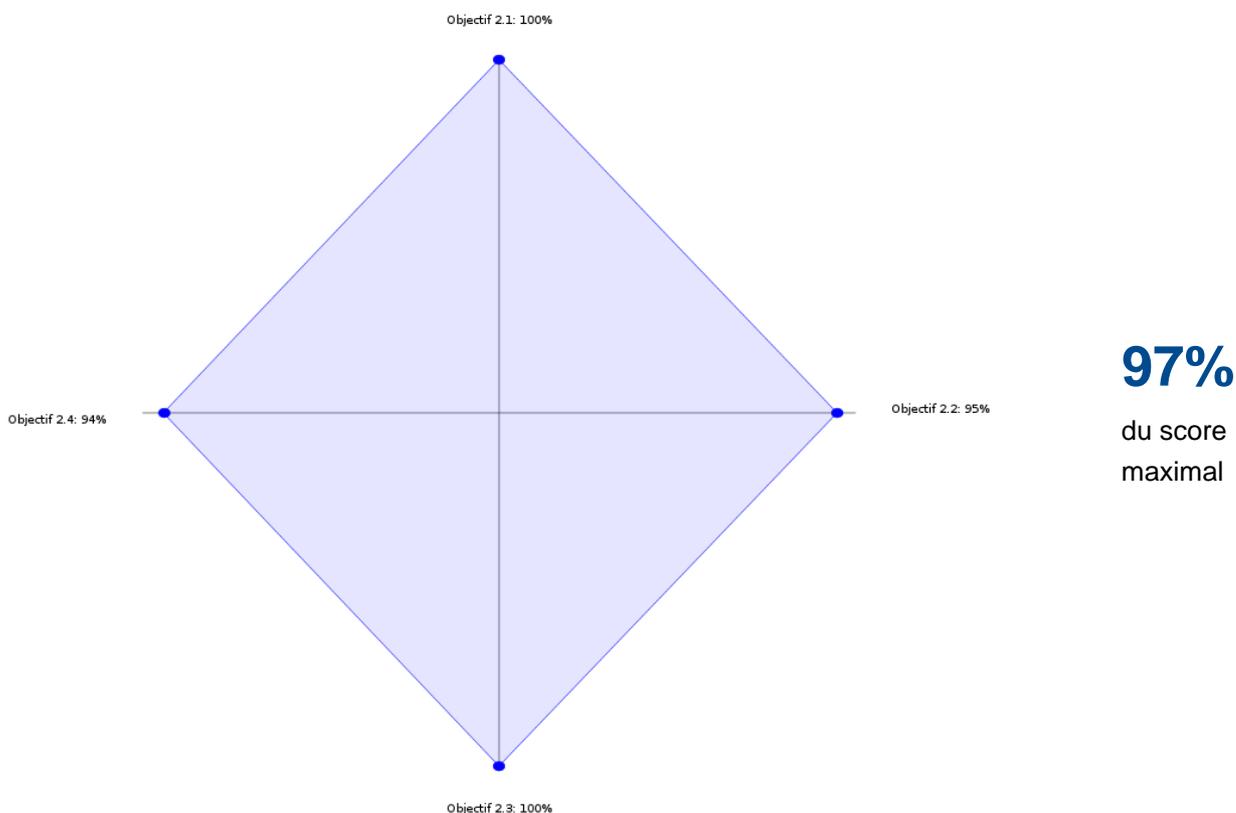


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	99%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le Centre Oscar Lambret assure l'information et l'implication des patients. Les patients bénéficient dès la première consultation avec le chirurgien ou l'oncologue d'informations sur leur état de santé, les options thérapeutiques, les bénéfices/risques de chaque alternative, l'intervention chirurgicale proposée le cas échéant et la durée d'hospitalisation prévisionnelle. Un livret d'information et des flyers adaptés à chaque situation leur sont remis. Les patients ont également accès à un ensemble d'informations via l'application « MonOscar ». Le projet personnalisé de soins est co-construit avec le patient et intègre les soins de support. Les adolescents sont également invités à exprimer leur avis. La traçabilité est retrouvée. Au-delà des informations données aux parents, les équipes d'oncopédiatrie s'appuient sur des documents destinés aux enfants et leur fratrie, explicatifs d'examens et techniques de soins, tels que l'IRM, le cathéter central, la curiethérapie. Ces supports ont été élaborés par une association et, pour certains, les équipes du Centre Oscar Lambret y ont participé : « La

scintigraphie », « Pour nous, frère et sœur, pas facile à vivre... Arthur a un cancer ». Dans chaque secteur, un entretien infirmier, pré interventionnel ou pré chimiothérapie, est organisé avec le patient. Il vise à prendre en compte les attentes et interrogations du patient et à lui transmettre des informations afin de l'impliquer dans sa prise en charge. La lettre de liaison à la sortie a été paramétrée dans le Dossier Patient Informatisé (DPI) pour comporter de façon successive le traitement habituel, les médicaments prescrits lors du retour à domicile et un comparatif explicatif. En visite, la présentation personnalisée de ces informations aux patients, a été observée par les experts visiteurs. Pour la chirurgie ambulatoire, les modalités de prise en charge sont précisées dans le passeport. La traçabilité dans le DPI atteste des consignes données en amont de l'hospitalisation, lors des entretiens infirmiers de la veille, à la sortie et lors des appels téléphoniques du lendemain. Les patients rencontrés avaient été informés de leur droit à rédiger leurs directives anticipées. Au regard du contexte spécifique de l'oncologie, les professionnels ont mené une réflexion institutionnelle à ce sujet. Il est laissé à l'appréciation de chaque équipe le libre choix d'identifier le moment le plus adapté pour aborder ce sujet avec les patients, selon le cheminement de chacun dans l'acceptation de la maladie et du pronostic. Au regard de l'évolution de la maladie, les souhaits du patient en fin de vie sont recherchés afin de lui permettre d'accéder aux soins palliatifs, en hospitalisation sur l'établissement ou à domicile. Le livret d'accueil et l'affichage comportent les informations sur les représentants des usagers (RU) et les modalités pour les contacter. Tous les patients rencontrés connaissaient ces éléments ainsi que les associations intervenant sur l'établissement : « Les blouses roses », « les clowns de l'espoir », « Vivre comme avant »... et pouvaient faire part d'actions menées. Le Centre Oscar Lambret suit l'enquête e-satis et mène un questionnaire de satisfaction et de retour d'expérience sur l'ensemble des services, en hospitalisation et sur les plateaux techniques. Tous les patients audités lors de la visite avaient intégré comment exprimer leur satisfaction ou soumettre une réclamation. Les droits essentiels du patient sont garantis. Les pratiques observées assurent le respect de son intimité et de sa dignité dans les services d'hospitalisation comme dans les secteurs interventionnels, radiothérapie, endoscopie, bloc opératoire et SSPI. Les chambres sont « individuelles » et l'oculus des portes, prévu pour une surveillance adaptée à l'état des patients, peut être fermé lors des soins ou des visites. Les enfants et adolescents bénéficient d'un environnement adapté ; le service d'onco pédiatrie a emménagé dernièrement dans de nouveaux locaux, repensés avec l'ensemble des professionnels. Le secteur enfants a été différencié du secteur Adolescents et Jeunes Adultes (AJA). Chaque unité a ainsi un mobilier et des salles d'activités ad hoc. Le matériel d'urgence vitale est également adapté à la pédiatrie. Les professionnels intervenant dans la prise en charge des enfants ont bénéficié d'une formation en pédiatrie, des puéricultrices DE font partie de l'équipe. Lors de la visite, aucun patient audité n'avait de mesure de contention. Le cas échéant, les professionnels ont présenté l'outil de traçabilité sur le DPI de la prescription médicale, de la surveillance et de la réévaluation. Les patients participent activement à l'évaluation de la douleur. Celle-ci est systématiquement recherchée et anticipée. La traçabilité de la réévaluation après l'administration d'un antalgique est retrouvée. Les équipes disposent d'échelles spécifiques pour les enfants. Avec l'accord du patient, la participation de l'entourage au projet de soins est recherchée. Les conjoints mais aussi les enfants des patients adultes, les parents mais également la fratrie des enfants malades, sont associés et bénéficient d'accompagnement. Leur présence est facilitée. Les proches peuvent rester la nuit auprès des patients et deux chambres sont à leur disposition. De plus, en collaboration avec le CHU de Lille, un hébergement est proposé à la Maison Familiale Hospitalière, et pour les parents des enfants hospitalisés, à la Maison des Parents. Les professionnels prennent en compte les éléments de vulnérabilité du patient pour adapter la prise en charge. Le cancer impacte la vie professionnelle, familiale et sociale. Les assistantes sociales de l'établissement peuvent être sollicitées tout au long du parcours de soin. Pour les enfants, un rendez-vous est systématiquement planifié dès l'annonce de la maladie. Une enseignante assure le suivi scolaire et permet également de compenser le retard pris lors de la phase de diagnostic et d'initiation des traitements. Pour les enfants et adolescents, l'éducateur spécialisé porte une attention particulière à la socialisation et au maintien des liens sociaux. L'organisation de la sortie prend en compte les conditions de vie et les besoins du patient afin d'identifier le mode de prise en charge le plus adapté : hospitalisation à domicile, SSIAD, prestataires ou encore aides sociales. Pour les adolescents et jeunes adultes, le projet après cancer s'appuie sur les évaluations et réévaluations réalisées par l'éducateur spécialisé.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins



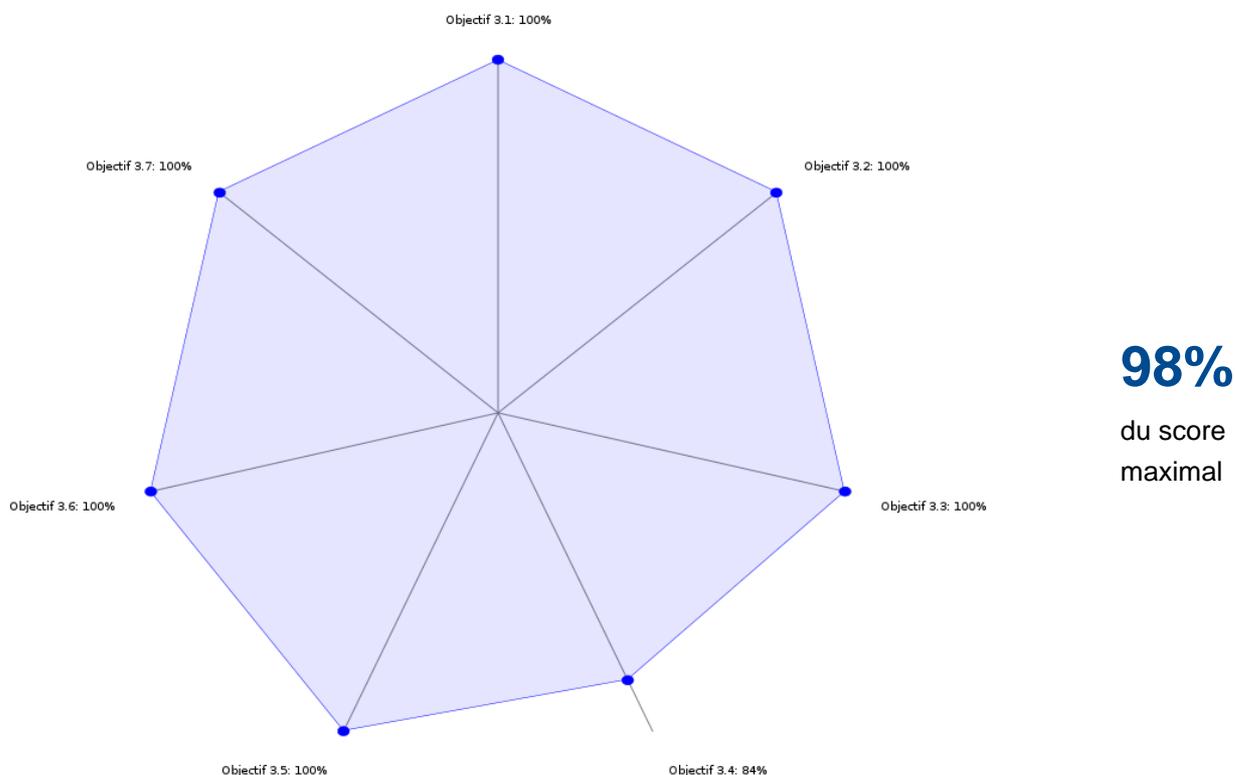
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	95%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	100%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	94%

Les équipes argumentent la pertinence des prises en charge et des actes. Le médecin, lors de la première consultation, inscrit le patient dans un parcours de soins défini par organe, selon les recommandations de bonnes pratiques et élaboré pour une prise en charge pluridisciplinaire, clinique et sociale. Au regard de l'évaluation des besoins du patient et de l'expression de ses préférences, la pertinence de certaines étapes de prise en charge est évaluée et le parcours est réajusté et personnalisé. Cette évaluation clinique et sociale dès l'inscription du patient dans un parcours de soins permet d'anticiper l'organisation de la sortie et le transfert en HAD si besoin. Quant aux actes, les prescriptions des antibiotiques sont justifiées et réévaluées entre la 24ème et la 72ème heure, une alerte est générée à 48h et la durée de la première prescription est d'emblée limitée à 3 jours. Les médecins connaissent les référents infectieux du Centre Oscar Lambret et les référents externes, sur le centre hospitalier de Tourcoing et le centre hospitalier universitaire de Lille. La traçabilité bénéfique/risque est retrouvée pour toutes les

transfusions. Une évaluation de la pertinence des actes transfusionnels a été réalisée au regard des carences martiales et des chemins cliniques ont été élaborés. Au début de chaque semestre, les nouveaux internes y sont formés. Le taux de transfusion a ainsi diminué parallèlement à l'augmentation de l'administration de fer. L'établissement a mis en place la coordination nécessaire à une prise en charge pluriprofessionnelle et interdisciplinaire. L'équipe du CISSPO (Coordination Interdisciplinaire des Soins de Support en Oncologie) est d'emblée intégrée aux parcours de soins ; elle contribue aux soins complémentaires du traitement de la maladie qui concernent la douleur, la fatigue, les problèmes nutritionnels, l'accompagnement social, la souffrance psychique, les perturbations de l'image corporelle, l'accompagnement de fin de vie... Le Centre Oscar Lambret a identifié le profil des patients pour lesquels il met en place la conciliation médicamenteuse : les primo prescriptions de chimiothérapies orales pour les cancers urodigestifs, thoraciques et les sarcomes. Ces patients sont reçus en entretien pharmaceutique en coordination avec la consultation de l'oncologue et celle de l'infirmière. La cellule de programmation de l'activité chirurgicale assure la planification opératoire. Ce programme hebdomadaire est validé en staff. Un « Time out » quotidien avec l'encadrement du bloc vérifie et consolide le programme du lendemain. La Commission d'organisation du bloc analyse les programmes, les écarts et les déprogrammations. D'une part, elle s'assure le cas échéant de la reprogrammation dans un délai raisonnable et d'autre part, elle identifie des actions d'amélioration telles que les règles de priorisation. Les check-lists spécifiques à chaque secteur interventionnel sont mises en œuvre et la traçabilité exhaustive a été retrouvée dans tous les dossiers audités. Le Centre Oscar Lambret dispose d'une Unité de Soins Palliatifs. Les professionnels sont sollicités également au titre d'experts pour la prise en charge de patients en fin de vie hospitalisés dans d'autres services. Les professionnels rencontrés ont décrit la démarche concertée, en équipe pluridisciplinaire, avec le patient et son entourage pour la décision et l'accompagnement en phase palliative. Un dispositif d'écoute et de soutien psychologique, « So call », est prévu pour les équipes. Des fiches de liaison entre les services de soins et le bloc opératoire puis entre la SSPI et les unités d'hospitalisation garantissent la continuité de la prise en charge. Un audit de septembre 2020 portait sur le suivi de la qualité et de la complétude de la fiche SSPI / services ; des actions d'amélioration ont été définies mais leur efficacité n'a pas encore été réévaluée. La transmission des informations en amont, des services vers le bloc, n'a pas été évaluée. Lors des échanges en visite, l'établissement s'est engagé à assurer ce suivi. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques. Les bonnes pratiques d'identification du patient sont respectées ; le patient porte un bracelet et l'établissement s'est doté d'un logiciel de reconnaissance faciale en radiothérapie. Toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse et du circuit spécifique aux médicaments à risques sont maîtrisées : prescription, dispensation, administration, identification, stockage, approvisionnement. L'analyse pharmaceutique est effective ; les alertes sont gérées et priorisées par un dispositif innovant d'intelligence artificielle qui prend en compte les profils des patients et les médicaments à risques. La dotation et l'approvisionnement des unités sont optimisés ; ils sont adaptés aux besoins à l'instant t, aux statistiques de consommation et prennent en compte des délais d'approvisionnement de l'établissement. Dans le domaine de prévention des infections associées aux soins, les équipes connaissent les bonnes pratiques d'hygiène des mains et les mettent en œuvre ; elles appliquent strictement la règle « zéro bijou ». Les protocoles de précautions standard et complémentaires sont connus et leur application est suivie par les audits de l'EOH. Les formations en hygiène sont inscrites aux JICOL (Journées d'Intégration du Centre Oscar Lambret). En secteur interventionnel, les bonnes pratiques per opératoires et d'antibioprophylaxie sont strictement respectées. Les évaluations de la mise en œuvre des recommandations ont permis le réajustement des pratiques et la première injection d'antibiotique est désormais réalisée au bloc opératoire. Le Centre Oscar Lambret a mis en place de nombreuses évaluations des pratiques professionnelles qui couvrent l'ensemble des secteurs. Ces évaluations ont porté par exemple sur la préparation cutanée de l'opéré, les poses et manipulations de CCI, la pose des aiguilles de Huber. Au regard des résultats de l'indicateur de délai de pose des CCI, la réorganisation du bloc par mutualisation des salles et plages horaires a été instaurée. Les équipes identifient les actions d'amélioration également au regard de l'évaluation de la satisfaction et de l'expérience des patients. Suite aux retours des enquêtes, les RU ont été associés au nouveau fléchage pour l'orientation des usagers. Ont été citées également les deux collations mises en place dans l'après-midi et dans la soirée. Les événements indésirables sont partagés en équipe. Si une analyse des causes profondes est nécessaire, elle est réalisée en CREX ou RMM institutionnel

selon la méthode ORION ; les déclarants et des soignants de chaque service y sont conviés et la plupart des agents rencontrés y avaient participé. Ils ont été en mesure de faire part d'actions d'amélioration issues d'analyses de causes réalisées en CREX ; ainsi, les équipes des services de chirurgie ont expliqué les codes couleurs que le médecin anesthésiste attribue en péri-opératoire à chaque patient et qui définissent les professionnels médicaux intervenant selon la lourdeur des soins ; l'équipe d'oncopédiatrie a fait part de la rédaction d'une procédure d'application d'EMLA en regard de la zone à biopsier. Au bloc opératoire, les indicateurs de suivi de la mise en œuvre des check-lists sont définis et analysés. Toutefois, le dernier audit date de janvier 2019 ; une évaluation de l'efficacité des actions alors identifiées et mises en place est programmée en 2023.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	100%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	84%
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	100%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

Le Centre Oscar Lambret est inscrit dans les projets territoriaux de parcours des patients conformément au projet régional décennal de santé de l'ARS des Hauts-de-France, en lien avec la stratégie nationale de santé. Il travaille en partenariat avec les CHU d'Amiens et celui de Lille avec lequel il est en groupement de coopération sanitaire depuis 2005. Avant même la crise COVID, le Centre Oscar Lambret a mis en place des téléconsultations de soins palliatifs avec l'HAD Santélyls. Le Centre Oscar Lambret est engagé dans des projets d'accès aux soins

et d'amélioration des parcours de santé des personnes les plus démunies. L'objectif est d'amener les patients vers les soins, en collaboration avec les acteurs du territoire. Ainsi, au regard des spécificités de la population régionale, il a engagé avec la CPTS de Tourcoing une démarche de consultation préventive pour la population cible des jeunes femmes de 25 ans de Roubaix. Un autre travail est en cours avec la CPTS de Lille Sud. Le Centre Oscar Lambret dispose d'un service de recherche clinique qui permet l'expérimentation et l'évaluation de nouveaux modèles de prise en charge diagnostique et thérapeutique, de pratiques de soins dont les soins infirmiers. L'établissement promeut l'engagement du patient. Depuis 2020, des « patients partenaires », au nombre actuel de 10 dont une proche aidante, sont associés aux démarches d'amélioration des pratiques : refonte du site internet, design de la salle de sport, participation aux RMM. A noter également leur participation aux audits de type patient traceur après avoir réajusté les grilles HAS au regard de leur expérience : des items ont été ajoutés quant à la SSPI et aux transports internes. De plus, les patients partenaires du Centre Oscar Lambret ont été intégrés au projet financé par l'Union européenne « I-KNOW-HOW » destiné à aider les personnes atteintes d'un cancer à se maintenir dans un emploi ou à réintégrer un emploi ; l'établissement s'est associé à Décathlon pour concevoir avec des patientes partenaires une brassière de sport post-mastectomie. L'établissement porte une attention particulière à la communication avec le patient. Une formation est reconduite tous les ans. Le plan de formation intègre également la communication avec les aidants et en particulier les jeunes aidants. La chaire de psycho-oncologie de l'Université de Lille, détenue par le Centre Oscar Lambret, assure la formation des jeunes médecins et internes à la consultation d'annonce. La bientraitance est promue par la gouvernance et partagée par les équipes. Lors des échanges avec les professionnels, cette valeur a d'emblée été énoncée comme fondement même du soin, inscrite au cœur du métier de chacun. Les conditions sont également réunies pour prévenir la maltraitance : les locaux, les effectifs, les temps dédiés à l'écoute des patients. L'établissement veille également au repérage des maltraitances. Une procédure d'identification des situations de violences intrafamiliales pour les adultes et pour les enfants existe et est connue des équipes. Des signalements au procureur de la République ont déjà été réalisés et les professionnels ont donné l'exemple récent de la préservation d'une patiente par hospitalisation, le temps de l'analyse de la situation. Le Centre Oscar Lambret prend en compte la vulnérabilité sous tous ses aspects : âge, précarité, handicap. Il met en place des actions afin que ces éléments ne soient pas des freins à l'accès aux soins. Pour le handicap lié à l'obésité, des aménagements adaptés ont été réalisés : locaux, mobilier mais également acquisition de matériels médicaux en radiothérapie. Les RU sont impliqués dans la vie de l'établissement et participent à différentes instances dont le comité éthique. Ils interviennent également sur des aspects innovants tels que la relecture du livret informatif quant à la recherche clinique. La gouvernance fait preuve de leadership. La politique qualité et sécurité des soins fait l'objet d'un travail collaboratif au sein de la gouvernance. Celle-ci impulse la dynamique nécessaire à l'ensemble des démarches qualité menées par les professionnels ; elle exploite au niveau institutionnel les résultats d'audits, les indicateurs, l'identification des risques a priori et a posteriori, la satisfaction et l'expérience patient pour définir le PAQSS. Les actions du PAQSS sont connues des professionnels ; l'étiquetage des chimiothérapies sur les lieux de stockage dans les services a été cité à plusieurs reprises. L'adéquation entre les ressources humaines et la qualité et sécurité des soins fait l'objet d'un suivi concerté entre la Direction des soins et la Direction. Les actions de fidélisation des professionnels, l'anticipation des départs à la retraite, un faible taux d'absentéisme, permettent d'éviter le recours aux intérimaires ; les nouveaux professionnels bénéficient de journées d'intégration, les « JICOL », et d'un tutorat. La direction, les médecins et les encadrants impulsent le travail en équipe. La gouvernance soutient les démarches collectives d'amélioration de la dynamique en équipe par des groupes de travail : projet d'établissement, agressions, Dossier Patient Informatisé, chemins cliniques ; un appel annuel à la proposition et à la participation aux projets et GT est instauré. Les organisations contribuent également au travail en équipe. Ainsi deux postes de médecins généralistes ont été créés en chirurgie pour assurer la permanence des soins au regard des activités des chirurgiens au bloc opératoire et la continuité de la coordination avec l'équipe paramédicale. L'accréditation en équipe est promue ; deux équipes ont été accréditées, en anesthésie et en radiologie. Les compétences des professionnels sont régulièrement suivies. De plus, le Centre Oscar Lambret dispose d'un institut de formation qui offre aux professionnels un ensemble de modules pour maintenir et approfondir leurs compétences ; cette opportunité de développement a été annoncée par les

équipes comme un élément important de fidélisation. La dynamique en faveur du questionnement éthique est impulsée par la gouvernance avec l'appui de l'expertise de l'Université Catholique de Lille. La Cellule de Pratique Ethique du Centre Oscar Lambret (CPE-COL) est en place depuis 2012. Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire à laquelle les RU participent ; elle se réunit au minimum trois fois par an et plus si nécessaire ; elle peut être saisie par tout membre du personnel via une adresse mail indiquée sur l'intranet et les CR sont diffusés sur ce même site interne. Cette cellule a été fortement sollicitée durant la crise COVID ; en dehors de ce contexte, ses premières actions ont concerné principalement le secteur AJA (Adolescents et Jeunes Adultes). Tous les professionnels rencontrés ont identifié les questionnements éthiques auxquels ils sont confrontés. Il existe une politique Qualité de Vie au travail. Elle s'appuie sur une enquête auprès de l'ensemble des personnels ; un plan d'actions avec suivi d'indicateurs a été défini. Un contrat d'amélioration des conditions de travail "Travailler ensemble" a été mis en place avec l'ARS et un cabinet externe. Il porte sur la cohésion d'équipe, entre les professionnels présents sur site et ceux en distanciel ; le télétravail a été ciblé non au regard des postes mais au regard des activités et ainsi, des médecins ou infirmières peuvent en bénéficier pour des temps de bibliographie, recherche documentaire, rédaction de procédures, téléconsultations. L'établissement maîtrise les risques auxquels il peut être confronté. Il dispose d'un Plan Blanc. Lors de la crise sanitaire, le Centre Oscar Lambret a mis à disposition des établissements proches dont le CHU, des ressources humaines (IDE, IADE et médecins anesthésistes). Un exercice annuel de réunion de la cellule de crise est réalisé ; le dernier consistait en une cyberattaque un samedi matin. La déclaration de l'événement à l'ANSSI était intégrée à cet exercice de mise en situation. Une démarche pour obtenir un label THQSE est en cours. Elle s'appuie sur un diagnostic social et environnemental. Des actions de développement durable ont déjà été initiées ; une prime de 400 euros est accordée aux professionnels utilisant les transports en commun ou le vélo pour se rendre au travail. Le circuit des déchets cytotoxiques injectables comporte une étape de mise en sachets thermosoudés par les IDE après la perfusion. La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée ; un plan de suivi des AFGSU est en place, il est complété pour tous les professionnels par des modules en e-learning et par des formations en présentiel de type mises en situation, dispensées par la cadre de santé de l'unité des soins continus. La gouvernance impulse une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. Le Centre Oscar Lambret mobilise ses équipes sur l'identification et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques, via notamment les coordinateurs de comités d'organes. Des professionnels de l'établissement ont participé à la rédaction de référentiels régionaux d'oncologie. Les indicateurs issus de l'ensemble des évaluations sont analysés avec les équipes et exploités au niveau institutionnel. Les professionnels rencontrés lors des audits ont fait part des revues de pertinence des séjours en chirurgie et de l'analyse des DMS. Les IQSS nationaux sont suivis et communiqués. Un travail sur la lettre de liaison à la sortie a été mené par la gouvernance et la CME et les derniers résultats 2022 sur les données 2021 ont montré une amélioration très nette en médecine et chirurgie ambulatoire. Les professionnels ont fait part de leur participation à l'identification collective des actions d'amélioration qu'ils ont illustrées, entre autres, par la prise en charge de la douleur, la consommation de SHA. Pour les indicateurs internes, les professionnels ont donné l'exemple des modifications des pratiques d'antibioprophylaxie au regard des résultats des audits. Chaque service dispose d'un récapitulatif synthétique de ses propres indicateurs. Par ailleurs, le système informatique de suivi en temps réel des parcours patients définis par localisation tumorale, permet à l'établissement de tenir des revues de pertinence pour chaque étape clef des parcours au regard d'indicateurs internes d'activité, cliniques, de qualité et sécurité des soins : taux de complications, cytotoxicité, morbidité, taux de récurrence, motif de fin de parcours... Au regard de ces résultats, la gouvernance et les acteurs impliqués réajustent collectivement les parcours de soins. Ce travail d'évaluation et de réajustement a fait l'objet du projet d'établissement précédent. Le projet actuel 2023-2027 est orienté vers un continuum territorial : consolider ces parcours de soins évalués, les enrichir en les développant vers la ville pour les inscrire dans des parcours santé. Les analyses systémiques des événements indésirables graves et presqu'accidents - cotés volontairement en gravité 4 « critique » dans l'établissement - et les plans d'actions identifiées sont suivis au niveau institutionnel. Les comptes-rendus de ces CREX et RMM sont diffusés à l'ensemble des professionnels, ainsi que les bilans des actions engagées. L'accréditation des médecins est promue par la gouvernance et pour chaque spécialité dite « à risque », des médecins sont accrédités.

# 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	590780334	CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER OSCAR LAMBRET LILLE	3 rue frederic combemale Bp307 59020 Lille Cedex FRANCE
Établissement principal	590000188	CLCC OSCAR LAMBRET LILLE	3 rue frederic combemale Bp 307 59020 Lille Cedex FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
<b>Autorisations</b>	
<b>Urgences</b>	
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
<b>Hospitalisation à domicile</b>	
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
<b>Tout l'établissement</b>	
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
<b>SAMU-SMUR</b>	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
<b>Soins critiques</b>	
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
<b>Médecine</b>	
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
<b>Chirurgie et interventionnel</b>	
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	Oui
<b>Activité Urgences</b>	
<b>Urgences</b>	
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
<b>SAMU-SMUR</b>	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
<b>Activité Hospitalière MCO</b>	
<b>Soins de longue durée</b>	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
<b>Médecine</b>	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	100
<b>Chirurgie et interventionnel</b>	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	44

Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	1
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	15
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	64,318
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)	9
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	1
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	QVT & Travail en équipe		
2	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Patient âgé Soins critiques Adulte Hospitalisation complète Programmé	
3	Audit système	Entretien Professionnel		
4	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
5	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque (chimiothérapie) injectable
6	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
7	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per opératoire et antibioprophylaxie
8	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient atteint d'un cancer Adulte Médecine Programmé	

9	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Patient âgé Hospitalisation complète Programmé	
10	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport intra-hospitalier des patients
11	Audit système	Entretien Professionnel		
12	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG
13	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Patient âgé Adulte Programmé	
14	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Patient âgé Programmé	
15	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient atteint d'un cancer Adulte Médecine Programmé	
16	Audit système	Entretien Professionnel		
	Traceur	Prévention des infections		Dispositif médical invasif

17	ciblé	associées aux soins		(endoscope)
18	Patient traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Patient atteint d'un cancer Médecine Hospitalisation complète Programmé	
19	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque (chimiothérapie) per os
20	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
21	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient atteint d'un cancer Hospitalisation complète Programmé	
22	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un ATB per os
23	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Programmé	
24	Audit système	Maitrise des risques		
25	Audit système	Représentants des usagers		
26	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un ATB injectable

27	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG
28	Audit système	Engagement patient		
29	Audit système	Coordination territoriale		
30	Audit système	Leadership		
31	Audit système	Dynamique d'amélioration		

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

