HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER ANTOINE LACASSAGNE

33 Avenue de Valombrose

06189 Nice

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Haute Qualité des soins

Établissement certifié avec mention

Validé par la HAS en Novembre 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 – Novembre 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 évaluéepar l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

Une évaluation qui s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers…

Chaque établissement de santé est évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur des critères spécifiques relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins médicaux et de réadaptation (SMR), unité de soins de longue durée (USLD).

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

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

… et sur des méthodes

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 maitrise des risques liés au soin. Les analyses des évènements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.
- Le troisième chapitre concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

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

Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER ANTOINE LACASSAGNE	
Adresse	33 Avenue de Valombrose 06189 Nice Cedex 2 FRANCE
Département / Région	Alpes-Maritimes / Provence-Alpes-Côte d'Azur
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	060780962	CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER ANTOINE LACASSAGNE	33, avenue de valombrose 06189 Nice Cedex 2 FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

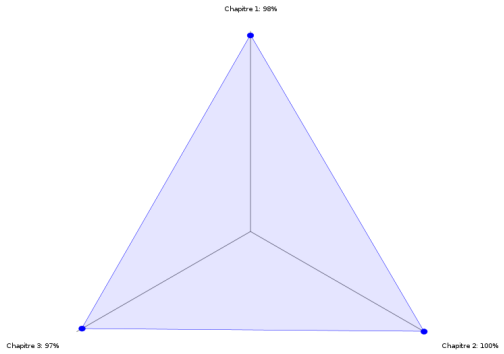
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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

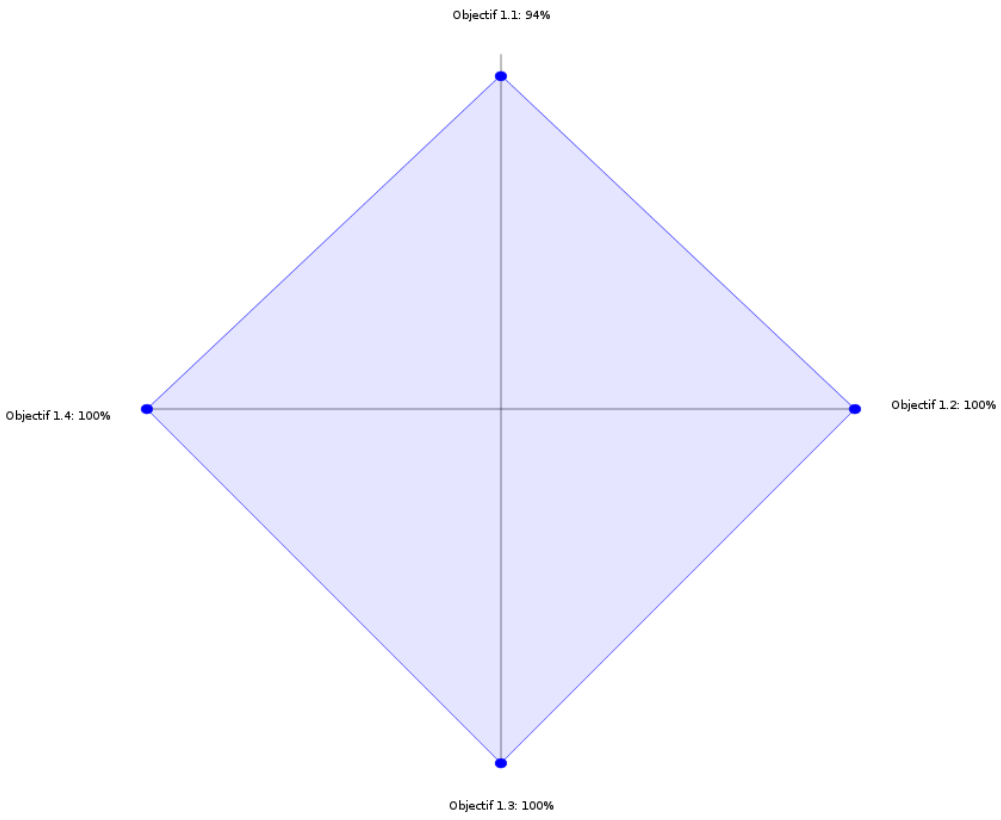
Au regard du profil de l'établissement,109 critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



98%

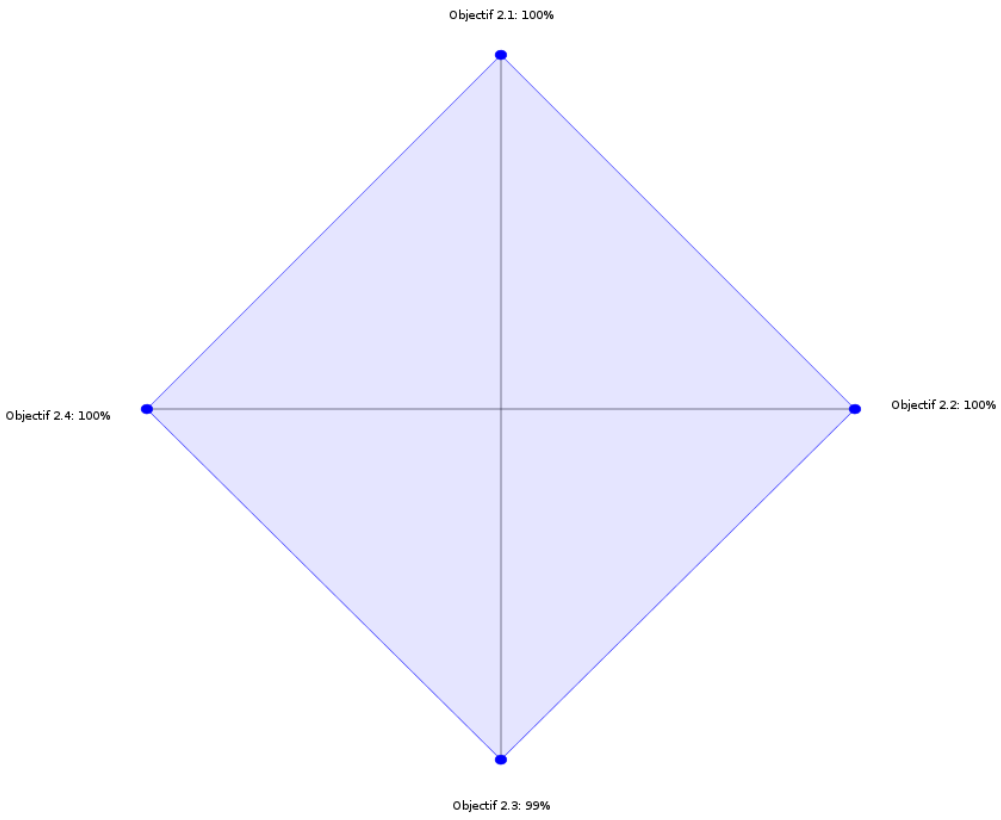
du score maximal

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%

Le Centre Lacassagne (CAL) est le centre de lutte contre le cancer de Nice, avec 200 lits et places répartis sur deux sites Est (médecine, chirurgie, radiothérapie, bloc opératoire, laboratoires, pharmacie, imagerie, consultations et soins de support) et Ouest (institut méditerranéen de Protonthérapie & CyberKnife). Un groupement de coopération sanitaire avec le CHU de Nice (Institut universitaire de la face et du cou) a été créé, installé dans un bâtiment neuf intégré au CAL. Le patient reçoit une information claire en amont de son admission, avec la recherche systématique de son consentement, tenant compte de la réflexion bénéfice/risque, tracé dans le dossier patient informatisé (DPI). L'infirmière d'annonce s'assure de la bonne compréhension de la thérapeutique envisagée après la consultation médicale, avec un accompagnement qui se poursuit tout au long de sa prise en charge intra et extrahospitalière, associé à l'infirmière coordinatrice présente dans chaque unité de soins. De plus, les représentants des usagers assurent la relecture des différents documents fournis au patient

pour apporter des éventuelles modifications et ainsi les rendre plus compréhensibles. Dès le début de l'hospitalisation, son plan personnalisé de soins (PPS) est établi, avec la participation de l'ensemble des professionnels (médical, paramédical, rééducation, éducation, social, médicotechnique et soins de support). L'établissement n'a pas d'autorisation d'accueil de patient mineur, hormis en protothérapie (séances externe avec un environnement adapté), où les parents sont informés et impliqués dans la prise en charge de leur enfant. Trois chartes (droits des patients, Jacob, personnes âgées et handicap) sont affichées dans toutes les unités et le patient bénéficie d'actions d'informations, d'actions éducatives adaptées, qui favorisent son implication dans sa prise en charge (programme d'éducation thérapeutique). Le livret d'accueil est transmis dans l'unité de soins, avec un accompagnement explicatif par le personnel soignant, en particulier pour désigner la personne de confiance, tracée dans le DPI, ainsi que sur son droit à rédiger ses directives anticipées. A ce titre, un document spécifique porte sur sa définition, son contexte et les modalités de rédaction, associé à la personne de confiance pour faciliter leur compréhension. Chaque acte (PSL, pose de DMS, soins palliatifs) ou prise en charge (ambulatoire, transfert en HAD) est accompagné préalablement d'information au patient et tracé dans le DPI. La sortie du patient est préparée bien en amont et l'ensemble des documents nécessaires à son retour à domicile ou transfert font l'objet d'explications au moment de leur transmission. Les représentants de usagers et les associations de bénévoles, dont l'existence est affichée dans toutes les unités et figure dans le livret d'accueil, organisent des rencontres régulières dans les unités, mais ne sont pas connus par l'ensemble des patients rencontrés. Il en est de même concernant les modalités de déclaration d'une réclamation ou évènement indésirable malgré un affichage sur la porte des chambres des patients . L'établissement recueille à l'admission l'adresse mail de chaque patient pour le questionnaire E-Satis et des questionnaires ou enquêtes spécifiques à chaque secteur sont réalisés périodiquement. (questionnaires spécifiques à chacun des secteurs qui proposent tous une partie témoignage d'expérience : secteur de médecine, de chirurgie ORL, de chirurgie sénologie/ gynécologie, unité de surveillance continue en hématologie, radiothérapie, radiologie, médecine nucléaire, hôpital de jour, consultations). La dignité et l'intimité du patient sont respectées à travers le comportement des professionnels, malgré une architecture affectée liée aux multiples extensions dans un environnement contraint. L'établissement n'a pas d'autorisation d'accueil de patient mineur, hormis en protonthérapie (séances en externe). Les règles de confidentialité sont connues des professionnels et appliquées (office de soins fermés, veille systématique sur les ordinateurs portables…). Dans les situations de handicap, les besoins et préférences du patient sont prises en compte par les professionnels et tracés dans le DPI. Des mesures high-techs (micro intégré par connexion) ont été installées dans les services de consultations pour les patients malentendants. Dès son entrée, le patient âgé est interrogé sur ses capacités, afin de les maintenir durant son séjour. Il bénéficie de consultation onco-gériatrique (échelle oncodage). La prise en charge de la douleur se traduit par une évaluation systématique (cible d'entrée) et un suivi avec traçabilité dans le DPI, soutenu par une équipe ressource du Département Interdisciplinaire des Soins de Support pour les Patients en Oncologie (DISSPO). Les aidants peuvent être sollicités et sont impliqués à la demande du patient, en étant informé durant toute sa prise en charge. Dans les situations le nécessitant, des dispositions sont prises pour faciliter l'accompagnement du patient (lit accompagnant, espaces dédiés, l'équipe de DISSPO suit les familles endeuillées). Un service social accompagne tout patient en précarité sociale, en tenant compte de ses conditions de vie. Sa sortie est organisée avec les professionnels de ville, à travers un dispositif « Hors les murs » Département Interdisciplinaire Complexe de Parcours Ambulatoire (DICPA) dans le cadre de l'expérimentation article 51 (projet innovant), avec un numéro unique d'appel. Une fiche parcours de soins global après traitement d'un cancer (AZUREZO) permet au patient d'être suivi et de bénéficier de services APA, diététique et psychologues.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



100%

du score maximal

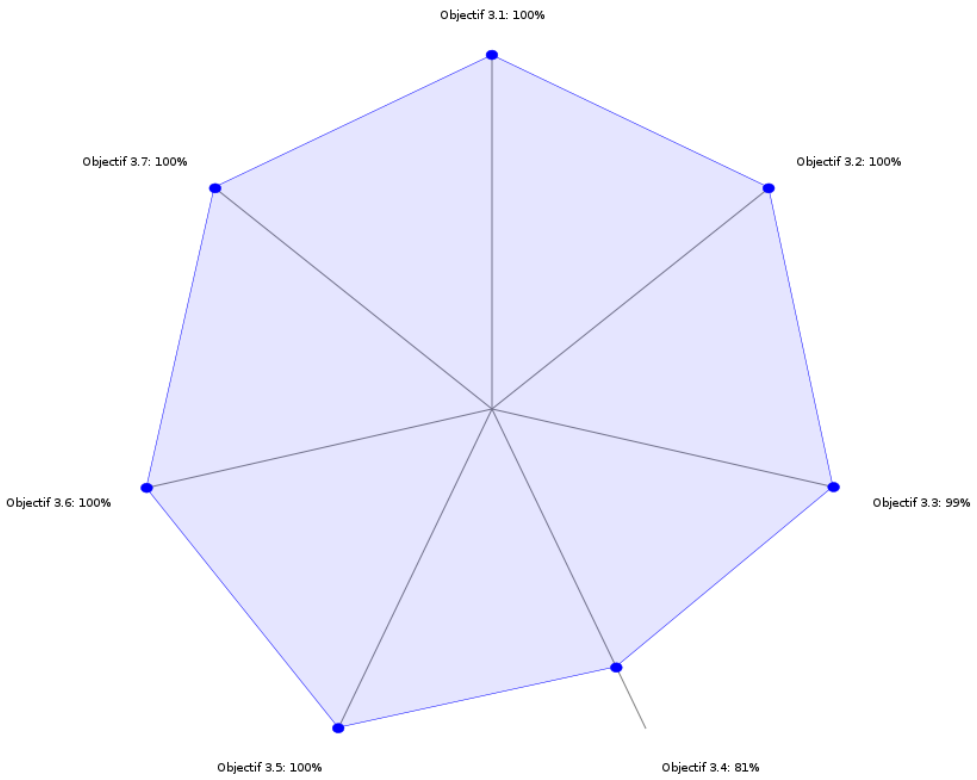
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent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

Avant toute hospitalisation, dès la consultation médicale, le patient est accompagné par une infirmière d'annonce. Tout au long de son séjour, plusieurs staffs de concertation (relèves médico soignantes quotidiennes, Réunions de concertation pluridisciplinaires à chaque étape du parcours) sont organisés régulièrement avec l'ensemble des professionnels (médical, paramédical, rééducation, éducation, social, diététique, médicotechnique et soins de support). Un transfert en HAD peut être initié à la demande du patient ou de son entourage ou de l'équipe, après une analyse préalable d'éligibilité. La prescription d'antibiotique est justifiée (symptômes cortège clinique et biologique) et tracée dans le DPI. Un livret thérapeutique (dernière mise à jour mai-juin 2023) est mis à la disposition des prescripteurs (comité infectieux) et un référent antibiotique est présent sur l'établissement si besoin. La prescription est réévaluée à la 24ème et 72ème heure et les médecins prescripteurs suivent régulièrement des formations à l'utilisation des antibiotiques. La pertinence de la transfusion des produits

sanguins labiles est effective. A ce titre, une EPP sur les transfusions la nuit a été réalisée, ce qui a amené à une diminution des destructions de culots. Le dossier patient (papier et informatique), alimenté tout au long du séjour, est accessible à l'ensemble des professionnels en temps utile, permettant ainsi la coordination des équipes pluridisciplinaires, y compris quand le patient n'est pas affecté dans l'unité de spécialité adaptée. La conciliation médicamenteuse est systématiquement réalisée sur un profil de patients ciblé (patients de plus de 75 ans, polymédiqués, polypathologiques ou présentant un changement de traitement notoire). Cette conciliation s'inscrit dans un programme de pharmacie clinique appliquée (situations complexes), avec trois pharmaciens dédiés à cette activité. L'établissement, en partenariat avec le CHU et les autres partenaires de son territoire, peut faire appel un réseau d'experts selon ses besoins, ainsi qu'en interne (EOH, DISSPO, référent antibiotique, soins de support…). Des supports informatiques sont partagés entre les unités, l'équipe de brancardage et le bloc opératoire (QBloc) pour faciliter la coordination des équipes. La check-list, spécifique à chaque secteur interventionnel (bloc opératoire, endoscopie, curiethérapie) est utilisée de manière conforme (time-out, étapes). A ce titre, un suivi de sa complétude de remplissage a été suivi d'actions d'amélioration (RMM sur le GO/NO GO pour les anesthésies locales et menu déroulant pour signature des intervenants). Une fiche de liaison spécifique est transmise aux professionnels de la ville lors de la sortie du patient, ainsi que le compte-rendu d'hospitalisation et traitement au médecin traitant. Pour les patients en fin de vie, à leur demande, le DISSPO les accompagne à travers l'intervention des soins de support, RCP, staff hebdomadaires pluridisciplinaires, accompagnement des proches (après le décès du patient, un feuillet d'informations propre au CAL est remis à la famille), avec une collaboration DISSPO/réseau de soins palliatifs (plateforme C3S) et les deux unités de soins palliatifs de Nice et Antibes. L'identitovigilance est respectée par les professionnels, à travers des procédures connues (port d'un bracelet vert pour les patients en cours de validation de leur identité sinon blanc), une cellule d'identitovigilance active, et leurs comportements. Les correspondants vigilants sont identifiés et connus des professionnels et la coordination des structures régionales et nationales est effective. La prescription est informatisée. La prescription informatisée répond aux règles de bonnes pratiques. La dispensation des médicaments est sécurisée (mise en place de la dispensation journalière individuelle et nominative). En chirurgie ambulatoire, il est demandé aux patients de ne pas venir avec leur traitement ; une dotation est mise à disposition. L'analyse pharmaceutique est systématique pour toutes les unités. L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé respectent les bonnes pratiques (approvisionnement géré par la PUI, chariots fermés jusqu'à l'office de soins, locaux dans les services fermés, dotation urgente sécurisée…). L'administration des médicaments répond aux bonnes pratiques respectées par les professionnels, avec une traçabilité pour la non administration. Le médicament à risque est identifié par un code couleur jaune tout au long du circuit ; les listes spécifiques à chaque unité sont connues des professionnels, ainsi que de la vigilance à apporter dans leur utilisation. Les professionnels ont été formés. La transfusion respecte les bonnes pratiques par des professionnels formés. Les professionnels respectent les bonnes pratiques de lavage des mains (équipe opérationnelle d'hygiène dynamique et proche du terrain, plusieurs évaluations des pratiques, atelier Pulp Friction, sensibilisation des patients à l'hygiène des mains avec la participation des représentants des usagers, mise à disposition des SHA…). L'EOH et les correspondants assurent régulièrement des audits sur les précautions standards et complémentaires dans toutes les unités de soins et sur les plateaux médico-techniques (formation, audits, contrôles bactériologiques, éducation des patients, procédures…). L'EOH accompagne systématiquement les équipes à chaque mise en place de précautions complémentaires et une évaluation est réalisée. Une veille infectieuse dans chaque unité est suivie par l'EOH (application Epidetect). L'antibioprophylaxie fait référence au guide d'antibiothérapie & antibioprophylaxie et est respecté par les prescripteurs. Les dispositifs médicaux invasifs sont recensés et connus des professionnels, qui en assurent le traitement (formation « généralités sur les dispositifs invasifs ») et le suivi microbiologique des endoscopes est assuré (COPIL deux fois par an). Chaque pose est tracée dans le DPI. Des contrôles microbiologiques sont effectués par l'EOH et connus des professionnels. Les professionnels de bloc opératoire respectent les bonnes pratiques per-opératoires. Des campagnes vaccinales sont régulièrement menées par l'EOH auprès des professionnels, avec des facilités pour la prise en charge vaccinale. Les rayonnements ionisants, pour l'ensemble des services concernés, sont maitrisés, avec le personnel adéquate (médecin physiciens, PCR, radio-pharmacien.). Le dossier de radiothérapie précise le traitement reçu par le patient

(justification, matériel utilisé, doses, fin de traitement). Dans l'unité ambulatoire, la sortie, après l'application du score de Shung, est validée par un médecin. Le transport intra hospitalier est structuré (planning hebdomadaire des services de soins géré par les brancardiers en autonomie), avec des professionnels formés à la confidentialité, le confort, l'hygiène et gestes d'urgence. Les résultats cliniques font l'objet d'analyses régulières permettant l'amélioration des pratiques professionnelles. De plus, l'expérience patient est sollicitée à travers l'analyse des questionnaires de satisfaction, des dispositifs spécifiques avec la participation des représentants des usagers (questionnements des patients sur la reprise d'activité après un cancer en ORL, anxiété au bloc opératoire), qui ont permis la mise en place d'actions (accompagnement à la reprise d'activité, « Zen bloc » au bloc opératoire). Les IQSS et indicateurs expérimentaux sont transmis aux professionnels par unité ; ils font l'objet de réflexion d'équipes avec propositions d'amélioration. Tout évènement indésirable préalablement analysé par la Direction qualité et coordination des risques sollicite l'ensemble des acteurs concernés pour une analyse approfondie de l'évènement (accompagnement méthodologique par la Direction qualité et coordination des risques de type ALARM) pour proposer collectivement un plan d'actions d'amélioration. Le bloc opératoire assure un suivi régulier de la complétude de remplissage de la check-list. La qualité des résultats des examens biologiques et d'anatomopathologie et d'imagerie médicale font l'objet d'un suivi et d'actions d'amélioration.

Chapitre 3 : L'établissement



97%

du score maximal

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	99%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	81%
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%

L'établissement est un acteur dynamique au sein de son territoire de santé et au-delà par ses missions spécifiques en cancérologie. Il a développé des partenariats opérationnels sur son territoire, tant avec les établissements adresseurs que les structures d'aval, afin de fluidifier le parcours du patient et améliorer son confort de vie (réduction des durées d'attente lors des séances, soins de support). Dans le cadre de l'expérimentation article 51, l'établissement est en continuel gestion de projets (projet Hors les murs, formation

des professionnels des SSR à la prise en charge de la transfusion pour faciliter l'admission des patients du CAL, Onco-link, Institut Axel Khane, application Satelia, développement numérique CAL & YOU, dispositif quick chimio, DICPA, CERES, « 2ème avis » …). Il est impliqué dans les communautés professionnelles territoriales de santé et est joignable auprès des partenaires et usagers. Il utilise une messagerie sécurisée relative au patient (MS Santé) et avec les professionnels de ville (AZUREZO). Par ailleurs, le logiciel du DPI permet d'alimenter le DMP. L'établissement est doté d'un département de la recherche clinique et innovation & département d'épidémiologie, biostatistiques et données de santé, certifié, qui soutient les projets externes et internes soumis au comité d'essais thérapeutiques, ainsi que les publications à travers un appui logistique. Par ailleurs, une cellule d'accompagnement et promotion de la recherche en soins (CAPRES) soutient les projets paramédicaux. L'établissement recueillent à l'admission l'adresse mail de chaque patient pour le questionnaire E-Satis et des questionnaires spécifiques à chaque secteur sont recueillis. L'analyse est réalisée avec la participation des représentants des usagers. L'établissement mobilise l'expertise patient, par un accompagnement à la formation et par sa sollicitation, en particulier en éducation thérapeutique (sénologie). La culture de bientraitance est promue dans l'établissement, à travers les comportements professionnels, axe fort des valeurs de l'établissement. A ce titre, un questionnaire sur la bientraitance/maltraitance ordinaire, présenté en CDU, a permis de réaliser un état des lieux dans tous les secteurs et de définir un plan d'actions à l'analyse des résultats. L'établissement propose des formations centrées sur la communication (management de la bientraitance, retentissement psychologique du cancer, PEC relationnelle du patient…). Les professionnels ont été sensibilisés et formés au repérage et le signalement de situations de maltraitance selon les procédures établies. Des médiateurs peuvent intervenir quand des situations le nécessitant. Les situations de maltraitance des patients sont signalées et prises en charge, en lien avec le service social et le psychologue. Les cas de maltraitance sont suivis à partir du PMSI. La structure de l'établissement facilite l'accès à toute forme de handicap. L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables par un service social actif. Toute demande d'accès au dossier patient est tracée et évaluée en-dessous de ses délais (moins deux jours). Les représentants des usagers sont invités aux instances de l'établissement et aux projets institutionnels (projet des usagers), ainsi qu'aux groupes de réflexion avec les professionnels (relecture des réclamations pour apporter des suggestions d'amélioration, état des lieux des parcours sur le versant accessibilité, participation au recueil de l'expérience patient…). Les professionnels sont bien identifiés dans leur fonction. La politique qualité et gestion des risques est déclinée en plan d'actions et est présentée aux instances, avec une campagne de communication dans les unités. Les professionnels connaissent les résultats les concernant et participent à leur analyse et préconisations d'actions d'amélioration. Le développement de la culture sécurité se traduit par une semaine sécurité organisée tous les ans, suivie de formations (chambre des erreurs, médecine nucléaire des erreurs, audit croisé sur la tenue des unités…). L'adéquation entre les besoins et les ressources humaines est organisée et graduée (équipe de suppléance, application HUBLO, intérimaires fidélisés). Par ailleurs, un programme structurant est proposé aux nouveaux arrivants : 2 jours de formation sur certaines thématiques, parcours formant avec des durées d'accompagnement variables selon le secteur d'activité (cadre de santé, « Stars Wars » en radiothérapie…). De nombreux échanges réguliers et structurant entre professionnels (médical, paramédical, rééducation, éducation, social, diététique, médicotechnique et soins de support) permettent d'inscrire une culture du travail en équipe. Cependant, l'établissement a organisé un accompagnement par un coaching collectif sur une unité (Hôpital de jour), mais elle n'est pas connue des professionnels rencontrés des autres unités. Les compétences sont régulièrement évaluées (entretien annuel et entretien professionnel), permettant de réfléchir sur les évolutions de carrières promues et l'acquisition de compétences. Un comité éthique vient d'être relancé depuis quelques mois, avec une charte universelle d'éthique en cours de rédaction. La démarche QVT se traduit par une équipe QVT dédiée, avec un médecin, un psychologue et assistante sociale pour un accompagnement individuel et collectif. Un questionnaire a été réalisé, suivi de groupes de travail portant sur la communication et bientraitance interpersonnelle, la synchronisation médico-soignante la nuit, appel à projet par unité dans le cadre de la répartition du don de donateur externe… Elle a été intégrée au projet social. Des ressources internes sont mises à la disposition pour la gestion de conflits interpersonnels (médiateurs, psychologues, sophrologues). La gestion des tensions hospitalières est effective et un exercice de crise a été réalisé avec les professionnels alors sensibilisés. La

sécurité numérique s’appuie sur des procédures et la sensibilisation des professionnels. Un exercice de cyber simulation a été réalisé, sous la responsabilité du directeur des services informatiques et biomédicaux. Les accès aux bâtiments sont sécurisés (fermetures, agent de sécurité 24H/24H, vidéo surveillance, accès par badge) et un plan de sécurisation d’accès au public a été réalisé. Les consommations générales sont suivies par l’établissement. Les filières déchets ont fait l’objet, sous forme de concours pour mobiliser les professionnels, du tri des conditionnements. Un responsable sécurité environnementale local est nommé, avec une fiche de missions. Un Diagnostic initial a été réalisé, suivi d’un plan d’actions mobilisant les professionnels (énergie, écogeste, mobilité, gestion des déchets…). La politique développement durable a été définie et un appel à projet au niveau national (CTEES) a permis l’appui d’un conseiller pour accompagner le plan de maitrise. La procédure d’urgence vitale, avec un numéro unique, est structurée et connus des professionnels formés régulièrement (support partagé entre l’encadrement et le service RH pour une mise à jour de la validité des formation AFGSU de niveau 1 et 2) et les chariots d’urgences scellés sont harmonisés, avec des exercices de simulation réalisés. L’établissement favorise les recommandations de bonnes pratiques, à travers leurs diffusions et son soutien à tout appel à projet. Les EPP, RMM et CREX sont développés à chaque situation le nécessitant. Les représentants des usagers ont été associés à différents groupes de travail relatifs à l’expression patient, ainsi qu’aux enquêtes de satisfaction et leur participation au sein de l’établissement est sollicitée, avec la prise en compte de leurs suggestions. Les IQSS ont été présentés en instances et diffusés par unité et individuellement via les journaux internes (C’est à lire, QualiOCAL) et affichage, pour une exploitation au sein des équipes, alimentant ainsi le PAQSS. Les professionnels et les représentants des usagers connaissent les évènements indésirables associés aux soins. L’analyse est réalisée collectivement avec les professionnels concernés et la direction qualité et coordination des risques pour un accompagnement méthodologique.

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	060780962	CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER ANTOINE LACASSAGNE	33, avenue de valombrose 06189 Nice Cedex 2 FRANCE
Établissement géographique	060000528	CENTRE ANTOINE LACASSAGNE	33 AVENUE DE VALOMBROSE 06189 NICE FRANCE
Établissement principal	060024551	CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER ANTOINE LACASSAGNE	au 227 avenue de la Lanterne 06189 Nice Cedex 2 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 SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	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	93
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	36

Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	44
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	13
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	59,391
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	8
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	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Ambulatoire Médecine	
2	Traceur ciblé			psl
3	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
4	Audit système			
5	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Médecine	
6	Traceur ciblé			transport assis ou couché d'un patient : chambre > imagerie > chambre
7	Audit système			
8	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète	

			Médecine	
9	Audit système			
10	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Médecine Chirurgie et interventionnel	
11	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Ambulatoire Médecine Chirurgie et interventionnel	
12	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
13	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé	

14			Patient en situation de handicap Patient âgé Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
15	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Soins critiques Médecine Chirurgie et interventionnel	
16	Traceur ciblé			eig
17	Traceur ciblé			antibio^prophylaxie
18	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un médicament à risque injectable ou per os
19	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un antibiotique injectable ou per os
20	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, une chimiothérapie
21	Audit système			
22	Audit système			
23	Audit système			
24	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte	

			Hospitalisation complète Ambulatoire Médecine Chirurgie et interventionnel	
25	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Médecine	
26	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
27	Traceur ciblé			précautions standards et complémentaires
28	Audit système			
29	Traceur ciblé			entretien des endoscopes
30	Traceur ciblé			per opératoire
31	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Médecine Chirurgie et interventionnel	
32	Audit système			

33	Audit système			
34	Audit système			
35	Audit système			

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

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – Novembre 2023