



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE FRANCOIS BACLESSE

3 avenue general harris

Bp 5026

14076 Caen



Validé par la HAS en Novembre 2025

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Novembre 2025

Sommaire

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

CENTRE FRANCOIS BACLESSE	
Adresse	3 avenue general harris Bp 5026 14076 Caen Cedex 5 FRANCE
Département / Région	Calvados / Normandie
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	140000639	CRLCC FRANCOIS BACLESSE - CAEN	3 avenue general harris 14076 Caen Cedex 5 FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

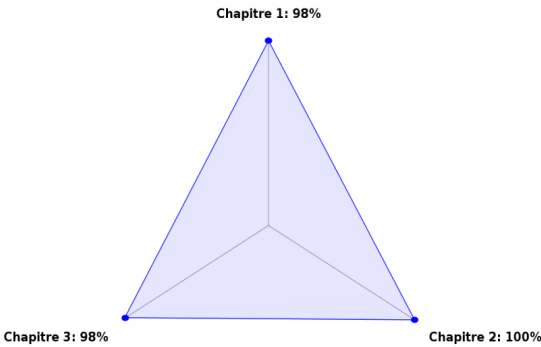
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
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

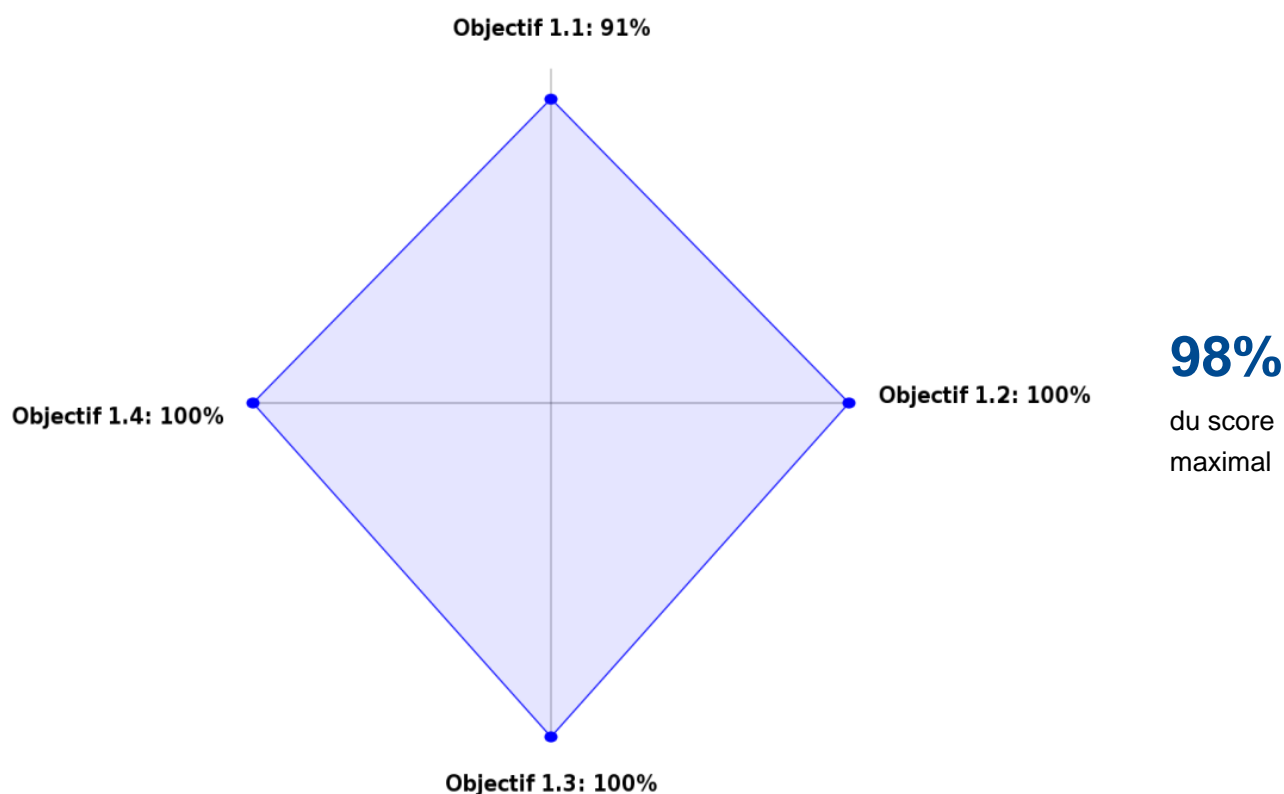
Au regard du profil de l'établissement, [110](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

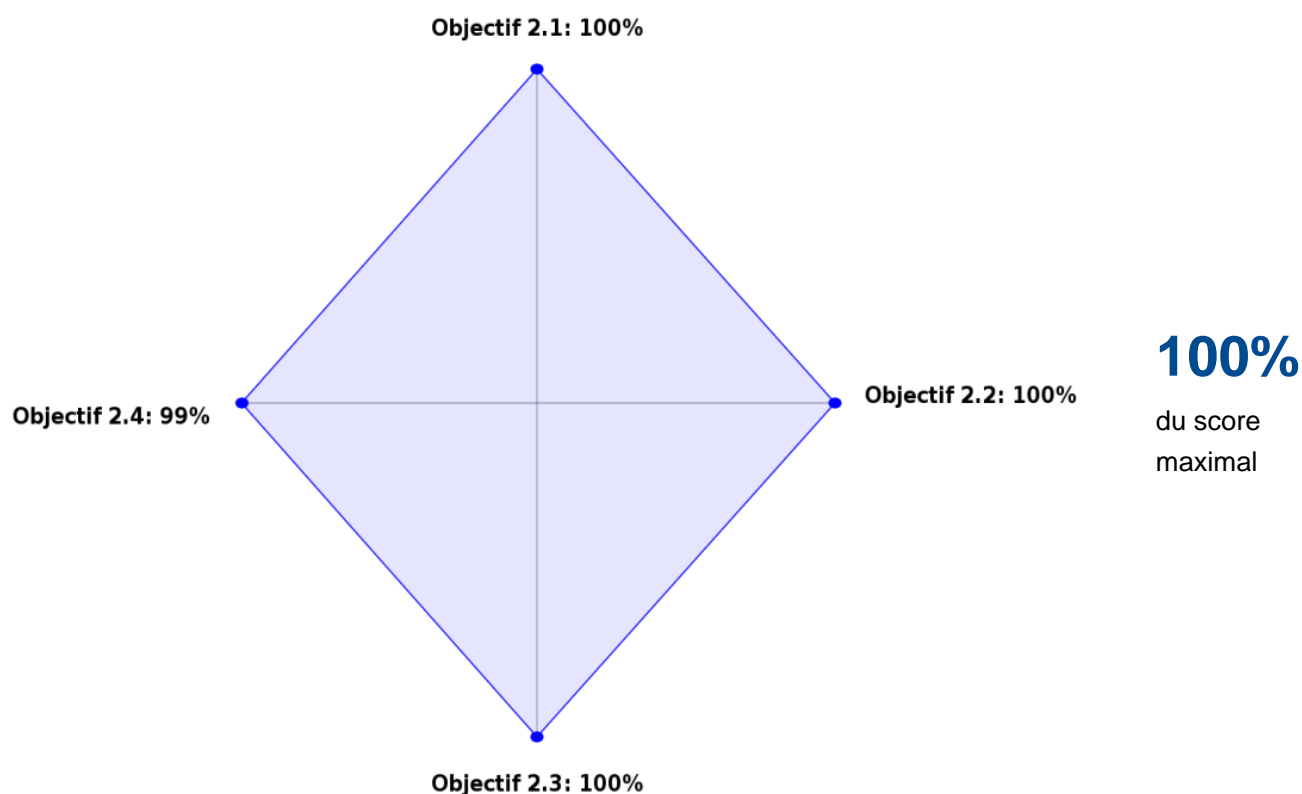


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	91%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le Centre de Lutte contre le Cancer F. Baclesse assure la prise en charge de toute pathologie d'oncologie à l'exception de l'hématologie. Il dispose d'un site proche de 3 km assurant la protonthérapie. L'accent est mis sur l'information du patient à tous les niveaux de sa prise en charge et notamment d'annonce et d'appréhension de sa pathologie par le patient. L'ensemble des patients rencontrés a fait part de leur implication dans leur projet thérapeutique, la reproduction des moments d'information notamment lors de la programmation du parcours du patient. Le livret d'accueil est remis au patient lors de son admission en début de prise en charge. Il est mis à jour régulièrement, et est disponible en format dématérialisé dans toutes les chambres. Il comporte tous les éléments d'information nécessaires (représentants des usagers, dossier médical partagé, réclamation...). Cependant le niveau d'acculturation des patients sur le rôle des RU, la possibilité de faire une déclaration d'événement indésirable est encore faible. Pour les prises en charge en ambulatoire, les éléments constitutifs du passeport

sont remis au patient après consultation avec une IDE de parcours, informant de nouveau le patient. Ces éléments intègrent le classeur du PPS du réseau Onco-Normand remis à tous les patients. L'information sur la transfusion est réalisée pour toute transfusion. Peu de mineurs sont pris en charge au sein du centre F. Baclesse. Sur les services d'hospitalisation se sont de jeunes adultes. Sur le centre de Protonthérapie des enfants peuvent être pris en charge en hôpital de jour. Le site comporte des secteurs ludiques pour les plus jeunes et les adolescents. Les casques et moulages sont customisés selon les goûts des mineurs. Les professionnels sont formés pour la prise en charge des enfants. En radiothérapie, une attention particulière est portée sur la surveillance des mineurs. La salle d'attente dédiée aux enfants en imagerie est au plus près des professionnels. Sur l'ensemble des secteurs d'hospitalisation, des coins enfants sont prévus dans les salons des familles. L'information sur les directives anticipées est apportée dès que possible dans la prise en charge. Dans le DPI sont tracés si le patient a émis ou pas des directives anticipées et où les retrouvées. L'ensemble des locaux sont bien entretenus, propres et sans signe de vétusté. Ils garantissent l'intimité du patient ; les quelques chambres doubles disposent de rideaux, également en ambulatoire et en SSPI. Il n'a pas été retrouvé de contention durant la visite. La prescription de contention fait l'objet d'une procédure mentionnant la réévaluation de la prescription. Le handicap est pris en compte. Les matériels nécessaires si besoin peuvent être loués (exemple lit bariatrique en location). La bientraitance est un axe central pour tous les professionnels. L'apport d'information détaillée et régulière au patient sur sa prise en charge contribue à la bientraitance ressentie par les patients. Les compétences d'une socio-esthéticienne est proposée aux patients dans un espace dédié. La douleur est évaluée systématiquement par chaque professionnel et sur toutes les prises en charge. Toute douleur est traitée. Des protocoles en « si besoin » sont utilisés avec le seuil de douleur spécifié pour chaque palier. A noter une démarche en anesthésie avec la prescription et l'administration des antalgiques avant l'anesthésie permettant de diminuer la douleur au réveil et l'administration d'antalgiques en post-opératoires. Les proches et les aidants sont associés à la prise en charge des patients et également dans la sortie, entre autre pour une prise en charge en HAD. La présence des proches est systématiquement facilitée, entre autre en dehors des horaires de visite. Des salons des familles sont à disposition dans tous les services avec à disposition eau, café, thés. Des fauteuils relax sont à disposition. Un point particulier est porté sur la décoration des services et des salons, grâce à des dons entre autre. Le centre F. Baclesse dispose d'un des trois sites français avec protonthérapie. Les patients peuvent venir d'un très large territoire au-delà de la Normandie. Des partenariats permettent de proposer des hébergements à moindre cout pour la durée des 30 jours de traitement, pour les patients habitants loin de Caen. Le service social est impliqué précocement dans la prise en charge afin d'organiser le retour à domicile ou en structure intermédiaire. Les IDE de parcours et les IDE de coordination favorisent l'accompagnement et le projet social du patient. Elles coordonnent la prise en charge du patient de son arrivée jusqu'à sa sortie et assurent le lien avec les équipes pluridisciplinaires en charge de sa prise en soin sur le territoire.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

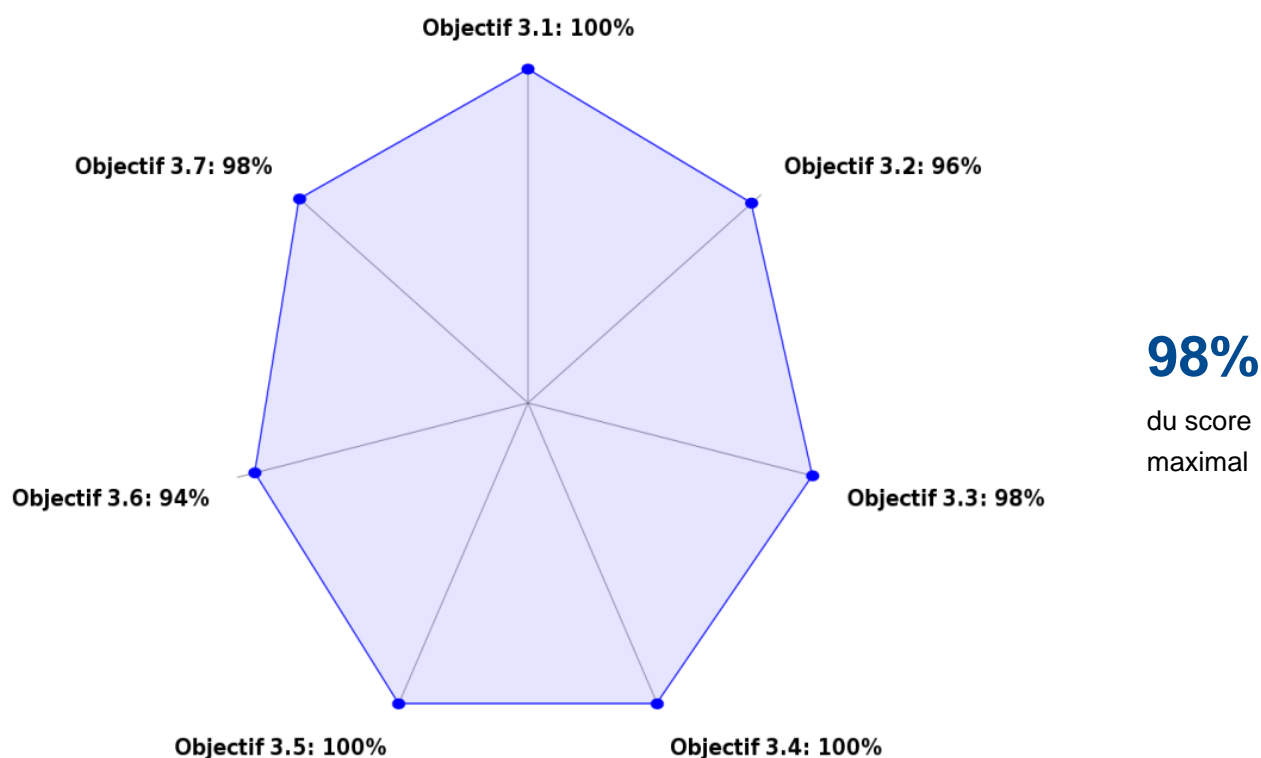


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent 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	99%

Les réunions de concertation pluridisciplinaires sont en place sur l'ensemble des secteurs au niveau territorial, régional voir national. Le projet de soins est partagé et permet une fluidité du parcours du patient entre les différents services et types de prise en charge. Le DPI est unique, accessible à tous et regroupent l'ensemble des éléments nécessaires à la prise en charge du patient. Un lien proche avec l'HAD de la Croix Rouge de Caen permet dès que possible l'organisation de la prise en charge à domicile. Une IPA y est dédiée. La pertinence de l'administration des antibiotiques est maîtrisée et fait l'objet d'un suivi régulier. Le référent antibiothérapie est identifié et connu des professionnels. Une étude de pertinence de la prescription des produits sanguins est régulièrement réalisée. Les professionnels sont formés, et connaissent les procédures transfusionnelles. Les médecins analysent le bénéfice et le risque avant toute transfusion. Chaque service dispose d'un référent hémovigilance. 2 IDE et une cadre hémovigilance sont formés et sont relais sur l'ensemble de l'établissement. Un

médecin oncologue est l'hémovigilant de l'établissement. La coordination avec l'ensemble des acteurs de ville est très dynamique que ce soit pour un adressage direct ou optimisé du patient, avec les établissements de santé partenaires, l'HAD, les réseaux de soins...toutes les catégories professionnelles étant impliquées. Des staffs d'équipe, des temps de synthèse ou des réunions pluri disciplinaires sont en place sur tous les secteurs. Le projet de soins du patient est argumenté en équipe toutes les semaines en impliquant les professionnels. L'inclusion des patients notamment en protonthérapie fait l'objet d'une analyse de l'inclusion du patient adressé par un établissement tiers. Pour les mineurs la planification est partagée avec les parents et ou l'établissement où est hébergé le patient. Les radiothérapeutes du centre de protonthérapie participent au staff d'onco-pédiatrie du CHU de Caen. La programmation du bloc opératoire est réalisée toutes les semaines pour les 2 semaines à venir par la coordination du bloc. En plus, un staff complémentaire et hebdomadaire permet d'analyser les places éventuellement libérées et d'inclure les demandes urgentes, en complément des créneaux déjà réservés aux urgences. Un chirurgien et un anesthésiste sont désignés chaque jour afin d'assurer la régulation quotidienne de la prise en charge des urgences. Tous les patients présentent une pièce justificative d'identité lors de leur première venue. Tous les patients hospitalisés HDJ inclus sont identifiés par un bracelet d'identification. L'établissement dispose d'une équipe opérationnelle d'hygiène très active et connue des professionnels. Les protocoles sont connus et appliqués. Les précautions standards sont appliquées et notamment le 0 bijou. L'utilisation des solutions hydro alcooliques sont privilégiées. L'antibioprophylaxie au bloc opératoire est prescrite et administrée au bon moment. Les protocoles sont à jour et connus des professionnels. La vaccination des professionnelles est proposée par le service de santé au travail de l'établissement avec un accès favorisé à la vaccination. Les vaccinations contre la rougeole et la coqueluche sont impulsées pour les professionnels de radiothérapie, en contact avec des enfants. Une organisation permet le recueil des vaccinations réalisées à l'extérieur. Le centre F. Baclesse a une unité de reconstitution des chimiothérapies. L'ensemble des étapes sont contrôlées et 40% des préparations sont issues d'un robot. Les protocoles permettent une harmonisation des prescriptions. Les IDE font l'objet d'une formation et d'une habilitation pour la pose d'un produit de chimiothérapie. Les locaux de l'URC ainsi que ceux de la PUI sont sécurisés et adaptés. La liste des médicaments à risque a été établie en concertation avec les professionnels. Ils sont identifiés que ce soit à la PUI, dans les armoires de rangement des services et sur le logiciel de prescription et de traçabilité. Les préconisations émises lors de l'analyse pharmaceutique sont appliquées. Certains services disposent de la DJIN d'autres sont en dispensation globale. La conciliation médicamenteuse est en place sur plusieurs secteurs. Le transport patient est organisé. Les horaires sont respectés et les professionnels formés. Les vigilances sont en place, et connues des professionnels. Les doses de rayonnements ionisants délivrées à chaque patient sont suivies (radiothérapie, médecine nucléaire). Les doses sont notifiées sur les clichés et les compte rendus d'imagerie. Sur le compte rendu opératoire est retrouvé la dose dispensée en per opératoire. Des analyses de pratique sont régulièrement réalisées comme l'analyse des parcours complexes en chirurgie. Les checklists des secteurs interventionnels sont retrouvées dans le DPI. Elles sont complétées en temps réel et des audits observationnels sont régulièrement réalisés. Les GO/No GO sont analysés. L'unité de soins critiques polyvalents suit ses admissions, ses refus et les ré hospitalisations à 48 heures. Différentes évaluations de pratiques professionnelles sont en place (gestion de la douleur liée au pansement compressif, l'antibioprophylaxie avec suivi du plan d'action, la check-list bloc...). Les professionnels déclarent les événements indésirables informatiquement (appelé fiche PROGRES, soulignant l'aspect positif de la déclaration). Ils participent aux analyses, CREX et RMM. La satisfaction patient est suivie par E Satis. Les résultats sont communiqués à tous les services ainsi que le Verbatim. Certains secteurs comme l'ambulatoire a mis en place des questionnaires papier, comme en HDJ médecine avec un recueil pendant une semaine tous les semestres. En protonthérapie le questionnaire est proposé toutes les semaines au patient. Les IQSS sont suivis et connus des professionnels pour leur secteur. Des indicateurs sont suivis comme en chirurgie ambulatoire (taux de conversion de chirurgie ambulatoire en chirurgie conventionnelle, reprise sous 30 jours, suivi des SMS adressés au patient avant et après sa prise en charge).

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	96%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	98%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	100%
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	94%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	98%

Le CLCC Baclesse est partenaire des structures sanitaires du territoire. L'établissement joue un rôle de soutien auprès des centres hospitaliers régionaux et promeut une approche proactive du « aller vers », notamment des formations à la prise en charge en oncologie pour les professionnels concernés, et également sur l'HAD de la Croix Rouge assurant des prises en charge en chimiothérapie. Une IPA est dédiée au lien avec les professionnels de l'HAD. L'établissement propose un programme de formation ambitieux, à destination des partenaires de ville,

des établissements hospitaliers ainsi que des patients et de leurs proches. Un lien étroit avec l'URPS Infirmiers permet d'assurer les relais ville-hôpital et fluidifier les parcours de soins. Des journées de sensibilisation sont proposées aux professionnels libéraux. Dans le cadre du prix Ruban Rose, l'établissement a prévu l'acquisition d'un bus de prévention en santé, en partenariat avec les CPTS et les acteurs de ville. Un cadre de santé est dédié à la coordination avec les acteurs de ville, pour le suivi des patients et l'organisation de la prise en charge à domicile. Le ROR est mis à jour quotidiennement. L'hospitalisation directe des patients est favorisée dans les limites des places disponibles, notamment pour les personnes âgées grâce à une communication avec le service des urgences du CHU de Caen et les liens avec les praticiens de ville. L'ensemble des médecins participent aux RCP régionales. La télé-expertise est développée ; les médecins de ville peuvent solliciter l'avis des médecins de l'établissement via une plateforme dédiée. La télé-radiologie est développée dans le cadre d'une démarche portée par Unicancer. L'HDJ chimiothérapie a mis en place une télésurveillance pour l'ensemble des patients. La gouvernance soutient fortement la recherche clinique, notamment la recherche en soins, la télésurveillance et l'IA. Il a à noter un dynamisme de l'établissement à répondre aux appels à projet (télé-expertise, labellisation des IDE Libéraux, démarche de développement durable comme Green bloc...). L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression des patients : e-Satis, questionnaires de satisfaction spécifiques aux services ou au profil patient (immunothérapie), PROMS et PREMS (initiés par Unicancer). Dans le cadre de l'expertise patient, les équipes de l'établissement se sont rendues au CHU de Montréal pour initier la mise en place des pairs aidants. Un patient partenaire a été recruté en CDD. Les représentants des usagers sont présents dans les instances : CDU, CLIN, CLUD, CLAN, RMM, CREX, et participent à toutes les conférences de l'établissement, aux journées de sensibilisation des professionnels (Olympiades des soins, journées portes ouvertes) ainsi qu'aux enquêtes auprès des usagers (l'identitovigilance, PROMS et PREMS). Il leur a proposé une formation à la médiation. Un groupe "Expérience patient" a été initié en 2019 avec la participation d'une RU. Le groupe "Patients et proches" a été constitué fin 2024, avec la participation de 13 patients bénévoles, 3 salariés de l'établissement et une RU. Le plan de formation propose des formations sur la communication avec les patients sont proposées (communication au patient, annonce, dommage associé aux soins, simulation) ; également des actions de sensibilisation et de formation à la bientraitance sont proposées. Les situations de maltraitance sont repérées, et les équipes connaissent la procédure de déclaration. Les situations de maltraitance via le PMSI ne sont pas identifiées, le code T74 n'étant pas utilisé dans l'établissement. La politique qualité et sécurité des soins est définie dans le projet d'établissement, au sein du projet qualité des soins. C'est un des axes prioritaires du projet d'établissement. La gouvernance s'est appuyée sur une démarche participative pour élaborer le projet de soins, avec la participation des cadres de santé, médecins, RU, représentants du personnel et du comité de direction. La politique qualité est articulée autour de 5 axes prioritaires : le Médicament, l'Expérience patient, le Risque infectieux, la Cyber-sécurité, l'Identitovigilance (MERCi). La gouvernance décline cette politique en actions concrètes sur le terrain, diffusées dans les différentes instances : CME, COPIL, CDU, réunions de cadres, CSE, ainsi que par les cadres de proximité lors des réunions de service. L'établissement axe sa communication afin que la qualité et la sécurité des soins soient l'affaire de tous. L'établissement dispose d'une équipe de suppléance chargée d'assurer les remplacements de dernière minute. Une formation spécifique est proposée à ces collaborateurs afin qu'ils soient habilités à travailler dans les différents secteurs de l'établissement et disposent des compétences nécessaires à la prise en charge spécifique des patients. Le suivi de ces formations est assuré par les cadres de santé. Une charte de fonctionnement des équipes de suppléance a été élaborée. Les absences de longue durée sont systématiquement remplacées par des CDD. Le recours à l'intérim reste très limité. L'établissement identifie les métiers en tension et propose des allocations de fin d'étude ou des contrats d'alternance aux étudiants. La direction des soins, avec le soutien de la direction générale, encourage la promotion professionnelle interne des soignants. Elle propose des semaines d'observation au bloc opératoire pour les IDE ayant un projet d'évolution vers un poste d'IBODE, afin de les conforter dans leur choix. Les IDE de l'USIP intègrent régulièrement la formation des IADE. Les IDE principales évoluent vers des postes d'encadrement, avec une prise en charge de leur formation managériale. La gouvernance encourage le travail en équipe et initie des challenges entre équipes pour valoriser leurs compétences. Les équipes de pharmacie ont remporté un challenge lancé par Unicancer autour de la gestion des interruptions de tâches. Le centre F.Baclesse a participé à un appel

à projet et a constitué une équipe QVCT dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail des salariés. Des ateliers QVCT sont organisés par service. Cette approche s'inscrit dans une démarche proche de celle de la démarche PACTE. L'établissement dispose d'un groupe de réflexion éthique, en place depuis 2009. Plusieurs sujets y ont été abordés, notamment : les droits des patients, le refus de soins, et la limitation des soins. Il est également engagé sur le territoire et participe à l'Espace Régional d'Ethique de Normandie. La politique de Qualité de Vie au travail est intégrée au projet social de l'établissement. Plusieurs actions sont mises en place et pilotées annuellement par le COPIL QVCT. Un indicateur de QVCT est suivi annuellement. Plusieurs mesures ont ainsi pu être instaurées (promotion de l'activité physique avec des séances d'APA pour les salariés, possibilité de télétravail, maintien du salaire pour les femmes enceintes ou allaitantes changeant de service durant cette période, en raison de contre-indications dans leur service d'affectation, ...). La gestion des conflits interprofessionnels est assurée par la DRH, les cadres de proximité et la direction. Une plateforme anonyme permet aux professionnels de réaliser un signalement (numéros distincts pour les cadres et les non-cadres). Une équipe de médecine du travail est sur site, composée d'un médecin du travail, d'une infirmière de santé au travail et d'un psychologue du travail. Concernant la gestion des tensions hospitalières et les situations sanitaires exceptionnelles, le plan blanc a été mis à jour récemment suite à 2 audits avec identification de l'ensemble des situations auquel peut être soumis le centre Baclesse. Des exercices sont régulièrement menés (5 exercices récents dont 2 cyber). Le plan et les organisations ont été présentés lors d'une assemblée générale aux professionnels avec présentation des référents selon les risques identifiés. Des sensibilisations sont réalisées et des formations sont possible. Des exercices de rappel de la cellule de crise sont réalisés avec des temps à 20 mn. En cas de tension en professionnels, le ration IDE/patients permet de pouvoir répondre aux besoins et un pool de remplaçants formés à l'ensemble des PEC est mobilisable. Le centre a réalisé une procédure spécifique de gestion de l'absentéisme avec différents degrés et les compétences mobilisables en regard. Le site est sécurisé (vidéo protection, dispositif anti intrusion, agents de sécurité). Une convention santé-sécurité-police-justice en cours de validation. La sécurisation des sources radioactives assurée. Les biens des patients sont sécurisés sur les secteurs ambulatoires. Les patients ne connaissent pas les moyens à leur disposition en hospitalisation. Cependant il n'a pas retrouvé de signalement d'EI en lien avec un vol, et les patients n'ont pas exprimé ce besoin. suite au constat, la procédure de sécurisation des biens a été affichée dans les chambres des patients. Les risques environnementaux et le développement durable sont des préoccupations de la gouvernance depuis 2010, et sont un axe majeur du projet d'établissement. Le comité développement durable est en place, et un référent développement durable désigné. La co génération a été mise en place depuis 26 ans. 28 filières de tri des déchets sont définies. Des projets novateurs comme Green bloc ont été réalisés (gestion des gaz, lames réutilisables, gestion du linge avec diminution à 1 drap par patient, pré médication sur la douleur avant l'anesthésie pour diminuer les injections IV et les consommables liés). La centrale d'achat de Unicancer intègre des critères de DD. L'Eco nettoyage est appliqué. Un projet novateur porte sur le transport partagé des patients. La prise en charge des urgences vitales est organisée (chariots identiques sur tous les secteurs et régulièrement contrôlés, numéro d'appel unique pour chaque site). Les professionnels sont à jour de leurs formations, grâce à 4 IADE formatrices AFGSU. Des simulations son réalisées dans chaque service (2022, 1 exercice de mise en situation a été réalisé en Protonthérapie. En 2023, 2 exercices ont été réalisés en radiologie interventionnelle et dans le service d'hospitalisation de recherche clinique). Chaque spécialité s'empare de la mise à jour de ses bonnes pratiques. L'établissement dispose d'un documentaliste assurant une veille documentaire diffusée mensuellement. Le centre Baclesse dispose des ressources de l'entrepôt de données de Unicancer (Onco DS). Des projets sont en cours afin d'utiliser ces données pour l'amélioration de la prise en charge des patients (consommations de soins, délais de prises en charge, distance parcourue par les patients...). La patiente expert présente pendant 18 mois étaient impliquées dans de nombreuses actions. Ces propositions alimentent le plan d'action qualité de l'établissement. Ayant dû cesser son activité récemment, un recrutement est en cours au moment de la visite. Au niveau régional, le centre Baclesse est impliqué dans PLANETH Patient afin de développer et favoriser l'éducation thérapeutique des patients. Les IQSS sont analysés et communiqués. En cas de résultat non satisfaisant sur un ou plusieurs items des relevés intermédiaires permettent de contrôler l'efficience des actions. L'indicateur ICSHA est suivi annuellement en global et par service. L'ensemble des

actions quelques soient leur origine (indicateurs, audits, CREX, RMM...) est intégré dans le même PAQSS informatisé dans un outil dédié. Au jour de la visite, un seul chirurgien a fait valider son accréditation par HAS ; plusieurs sont validés par leur société savante. Une démarche d'accréditation d'équipe est en cours pour l'anesthésie. Une communication importante a été réalisée CME avec témoignage du chirurgien accrédité. Les actions sont recueillies par la responsable qualité pour inscription dans le PAQSS d'établissement.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	140000639	CRLCC FRANCOIS BACLESSE - CAEN	3 avenue general harris 14076 Caen Cedex 5 FRANCE
Établissement principal	140000555	CENTRE FRANCOIS BACLESSE	3 avenue general harris Bp 5026 14076 Caen Cedex 5 FRANCE
Établissement géographique	140030891	UNITE RADIOTHERAPIE EXTERNE CFB	Citis 35 allée de dakar 14200 HEROUVILLE ST CLAIR FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025

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	117
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	38

Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	5
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	10
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	81,678
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)	6
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	Audit système	Représentants des usagers		
2	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
3	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
4	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicaments à risque injectables ou per os
5	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
6	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et per opératoire
7	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotiques injectables ou per os
8	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable (endoscope)
9	Audit système	Entretien Professionnel		
10	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
11	Parcours traceur		Adulte Enfant et adolescent Hospitalisation complète Maladie chronique Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap	

			Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
12	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Chimiothérapie
13	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
14	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
15	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Maladie chronique Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
16	Audit système	Dynamique d'amélioration		
17	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Audit système	Leadership		

20	Audit système	QVT & Travail en équipe		
21	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
22	Audit système	Maitrise des risques		
23	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
24	Patient traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
25	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
26	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
27	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
28	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
29	Audit système	Engagement patient		
30	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		El critique ou presque accident
31	Audit système	Coordination territoriale		
32	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Soins critiques Tout l'établissement	
33	Audit système	Entretien Professionnel		
34	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
35	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		

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

