HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

INSTITUT DE CANCÉROLOGIE DE L'OUEST - CENTRE PAUL PAPIN / CENTRE RENE GAUDUCHEAU

15 rue andre boquel
Cs 10059
49055 ANGERS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
Haute Qualité des soins
Établissement certifié avec mention

Validé par la HAS en Janvier 2024

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 – Janvier 2024

Sommaire

Préambule 4
Décision 7
Présentation 8
Champs d'applicabilité 9
Résultats 10
Chapitre 1 : Le patient 11
Chapitre 2 : Les équipes de soins 14
Chapitre 3 : L'établissement 18
Table des Annexes 23
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche 24
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l’établissement en 2024 25
Annexe 3. Programme de visite 29

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

• des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé

• des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini

• des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé

• des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain

• des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

• Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.

• Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la 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 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 decide la certification de l'établissement avec mention.

Présentation

INSTITUT DE CANCÉROLOGIE DE L'OUEST - CENTRE PAUL PAPIN / CENTRE RENE GAUDUCHEAU	
Adresse	15 rue andre boquel Cs 10059 49055 ANGERS Cedex 2 FRANCE
Département / Région	Maine-et-Loire / Pays de la Loire
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	490017258	INSTITUT DE CANCEROLOGIE DE L'OUEST	15 rue andré boquel Cs10059 49055 ANGERS cedex 2 FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

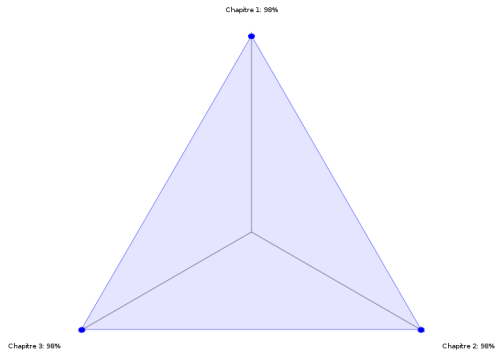
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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

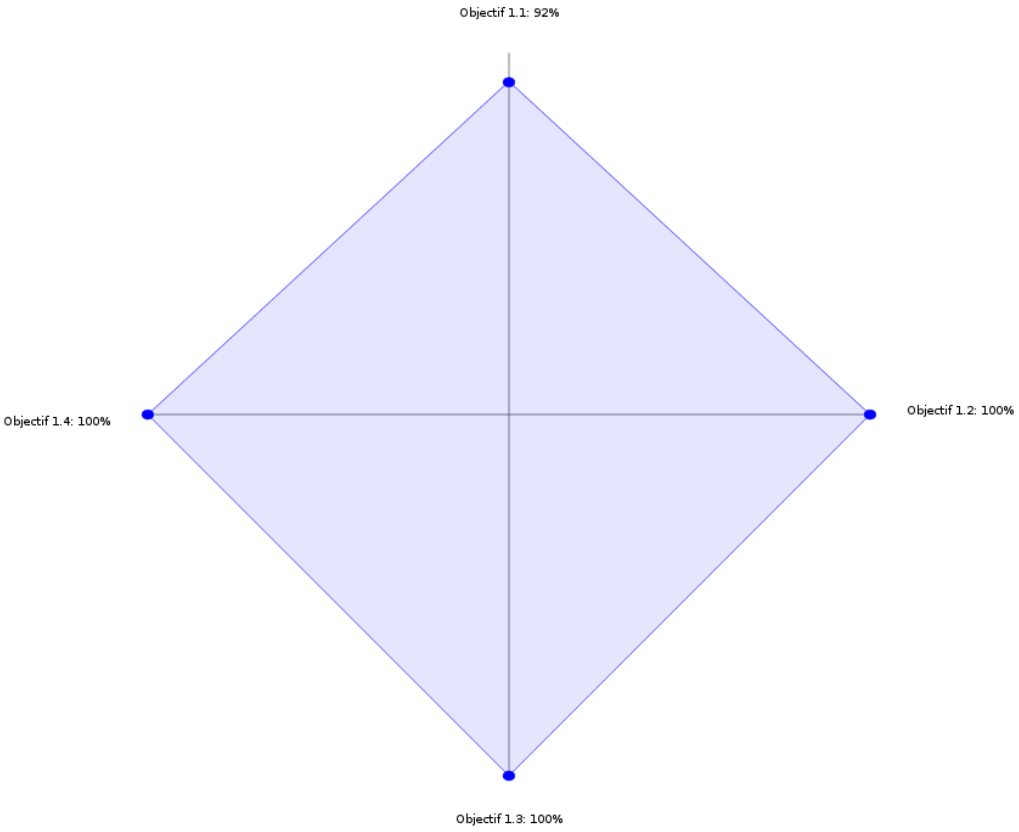
Au regard du profil de l'établissement,109 critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



98%

du score maximal

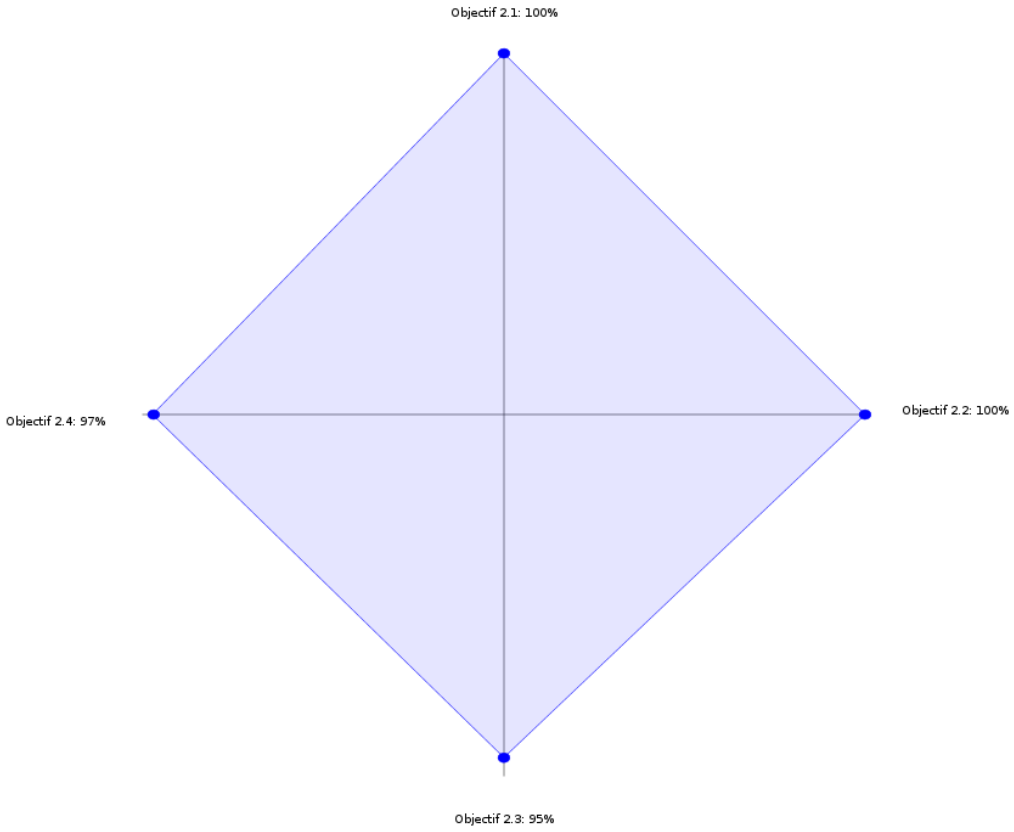
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	92%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

L'Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO) comprend deux sites : Le site René Gauducheau situé à Saint Herblain (département 44 Loire-Atlantique) ; Le site Paul Papin situé à Angers (département 49 Maine-et-Loire). L'ICO a démontré son expertise et son implication dans les parcours de soins des patients qu'il accueille et prend en charge, que ce soit sur le site de Saint Herblain ou sur le site d'Angers. Le patient reçoit une information claire et adaptée largement relayée dans le livret d'accueil, remis de façon systématique à son admission. Il existe également de nombreuses actions d'informations et d'éducations au sein de l'ICO. En effet, de nombreux documents sont disponibles et remis au patient, notamment lors de la consultation en chirurgie « lotus » suivi du RCP lotus. Il est également remis, pour les patients concernés, un kit préopératoire et des ordonnances (notamment antalgie, kiné,) Son implication est recherchée, que ce soit dans la démarche du

maintien de son autonomie ou que ce soit dans sa prise en charge directe, qui s'exprime au travers du plan personnalisé de soins (PPS), en hospitalisation conventionnelle, en radiothérapie, en médecine nucléaire ou lors de sa prise en charge ambulatoire ou de semaine, dans le cadre de son parcours cancérologique. Concernant l'évaluation bénéfice risque, elle est opérationnelle, de façon concertée et partagée, avec une prise en compte des facteurs de risques inhérents à cette prise en charge. Les messages relatifs au renforcement de la capacité du patient à agir pour sa santé sont prévus et diffusés, en particulier ceux qui concernent les maladies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, …) et les supports d'information et de communication sur les messages de prévention primaire type le tabac, l'alcool, l'activité physique, la sexualité, les dépistages. Le recueil de la personne de confiance est opérationnel et adapté sur l'ensemble des deux sites. Tous les patients connaissent leur droit à désigner une personne de confiance. Ceci leur est proposé à chaque hospitalisation lors de l'entretien d'accueil infirmier. Le document, signé, est retrouvé dans le dossier. Son parcours de soins et de prise en charge est défini précisément au travers du PPS. Il est planifié. Le projet de sortie est ainsi anticipé dès l'entrée du patient et adapté pendant toute la durée du séjour, en relation avec le service social, au besoin. La traçabilité des dispositifs médicaux pour les patients subissant des gestes techniques et des actes radio-thérapeutiques est complète, ce qui garantit aussi l'information qui lui est donnée quant aux consignes et à un suivi approprié. En ambulatoire, le circuit est structuré et permet de donner les informations nécessaires et spécifiques à sa prise en charge. L'information sur le droit du patient à rédiger ses directives anticipées est organisée et en place notamment dans le livret d'accueil, dans un flyer illustratif et au moyen d'une présentation, via un film, diffusé au sein de l'ICO sur les écrans de télévision en salles d'attentes. Les patients connaissent leur droit à la rédaction des directives anticipées dans le cadre d'une prise en charge palliative, en médecine. Si le patient a rédigé des directives anticipées, celles-ci sont bien retrouvées dans le dossier patient informatisé. Cependant, le patient n'est pas toujours informé sur son droit à rédiger des directives anticipées et n'en connaît pas les modalités ; comme le confirme l'évaluation externe. Concernant la prise en charge palliative, elle est réalisée en hospitalisation dans les lits de médecine. L'établissement dispose de 22 lits de soins palliatifs (LISP). En situation de fin de vie, le patient peut ainsi bénéficier d'une réelle démarche palliative au sein d'une prise en charge dédiée, anticipée, adaptée, prévue et intégrée dans son parcours, que cette prise en charge soit en hospitalisation, en ambulatoire ou à domicile. La démarche est réévaluée régulièrement. Les représentants des usagers sont présents au sein de l'établissement. Toutefois, le constat est posé que les patients ont une réelle méconnaissance des structures, des personnes, des représentants des usagers, de leur existence et de leurs rôles ainsi que des associations susceptibles de l'accompagner ; et ce malgré de multiplies informations affichées et retrouvées sur des supports, dans l'ensemble de l'ICO et la grande intégration des représentants des usagers au sein de certaines instances autres que la CDU, comme la CSIRMT. Il est également proposé aux représentants des usagers leur participation aux projets structurants, par exemple lors de l'élaboration du nouveau projet d'établissement. Le patient exprime sa satisfaction ; celle-ci est prise en compte. Les droits du patient sont respectés. Les démarches sont centrées sur lui, ainsi que ses proches. Concernant le respect de son intimité et de sa dignité, elles sont garanties. La prise en charge des enfants en radiothérapie, sur le site de Saint Herblain est assurée, avec un environnement qui est adapté et pris en considération. La préservation de l'aide pour les besoins élémentaires du patient est garantie. Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale et elle reste très exceptionnelle. Les proches et/ou les aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins, avec l'accord du patient. Une place importante est laissée aux proches du patient avec une association encouragée au projet de soin et de sortie. Dans l'ensemble des services, on retrouve des lieux d'accueil des familles et une adaptation importante des horaires de visite. Les conditions de vie et de lien social du patient sont considérées tout au long de sa prise en charge. Le relai est assuré par les cadres de santé, les secrétaires médicales, les psychologues et les assistantes sociales. Celles-ci et les services de soins travaillent en collaboration et dans la continuité. Une attention est portée aux personnes en situation de vulnérabilité. Les prises en charge complexes, multiples et répétées dans le cadre d'un cancer sont extrêmement structurées au sein de parcours. Ceux-ci sont définis, évalués et permettent, de cette sorte, une large anticipation. La prise en charge est globale tout en restant

individualisée. Elle prend en compte l’ensemble des aspects et des besoins des patients et de ses proches. Elle permet ainsi d’associer l’aspect psycho-social. Le patient reste au cœur des projets de l’Institut de Cancérologie de l’Ouest, avec des professionnels investis et impliqués auprès des patients, adultes, âgés et les enfants dont la prise en charge reste moins ciblée.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



98%

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	95%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	97%

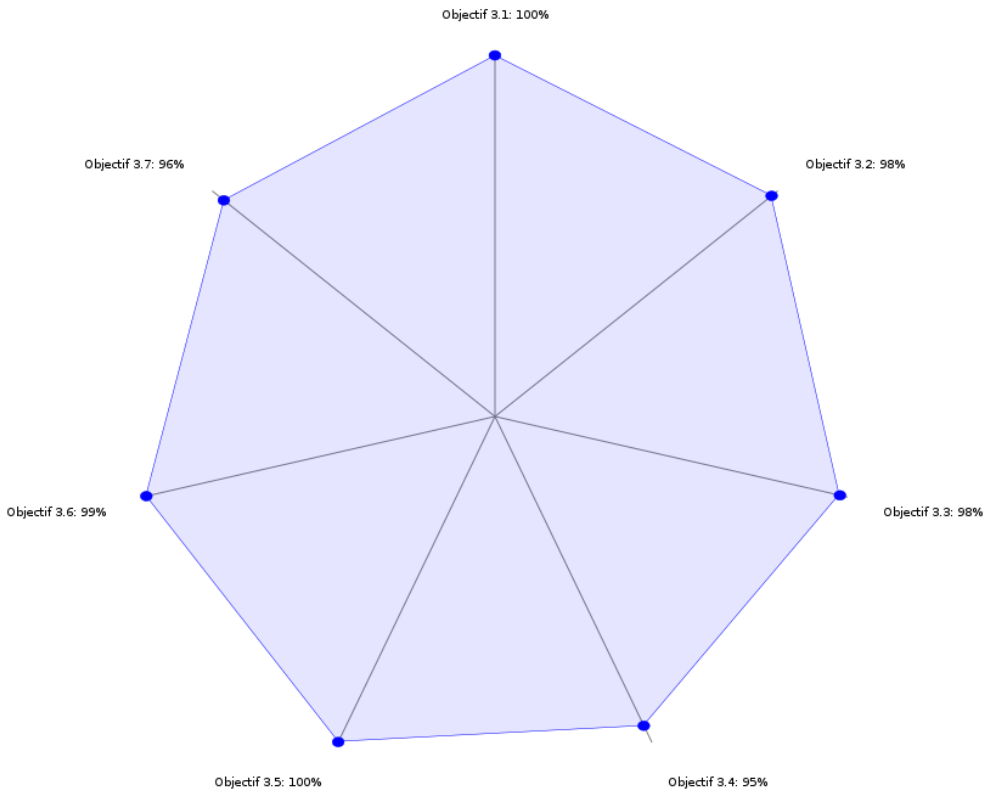
La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions, est argumentée au sein des équipes pluri professionnelles et transversales au sein de l'ensemble des services de l'Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO) comprenant géographiquement deux sites, situés, l'un à Saint Herblain (département 44 Loire-Atlantique) – Centre René Gauducheau ; le second à Angers – Centre Paul Papin situé à Angers (département 49 Maine-et-Loire). Des staffs de synthèse pluri-professionnels sont en place de façon hebdomadaire sur l'ensemble des deux sites, au sein des services d'hospitalisation et des secteurs médico-techniques. L'existence de ces temps de concertation permet d'argumenter les décisions de prise en charge, les décisions issues de la prise en charge palliative, la pertinence de l'admission, du séjour, des délais de prise en charge séquencés dans le cadre d'un parcours organisé lors du plan personnalisé de soins (PPS) qui permet anticipation, coordination et

adaptation aux besoins et aux modifications cliniques des patients. Les équipes s'appuient sur des procédures. Elles intègrent les recommandations de bonnes pratiques. Les parcours sont cadrés au sein de l'ICO et constituent le cœur de la prise en charge coordonnée des patients, avec une argumentation et une analyse entre l'amont de la prise en charge, son admission, et, l'aval, avec les professionnels libéraux ainsi que le secteur ambulatoire au domicile. Il existe un vrai travail en réseau avec les équipes mobiles de ville et l'HAD (un médecin de l'unité à Angers travaille à la fois sur l'ICO et sur l'HAD.) La prescription des antibiotiques est argumentée et réévaluée. Le praticien hygiéniste est référent en interne et apporte son expertise. Pour les situations plus complexes, un avis d'infectiologue peut être sollicité. La pertinence des prescriptions est argumentée dans le dossier de soins. Leur analyse est régulièrement réalisée en lien entre les équipes médicales et la pharmacie. Les protocoles d'antibioprophylaxie sont adaptés de la SFAR et réactualisés tous les deux ans. Au bloc opératoire, la prescription de l'antibioprophylaxie est réalisée dans le logiciel d'anesthésie. Le compte-rendu est ensuite intégré dans le DPI. Le circuit transfusionnel est maîtrisé. Avant tout acte de transfusion, l'analyse bénéfice/risque est effective. Le référent hémovigilance bénéficie de l'appui des référents des deux CHRU, qui est sollicité tant en termes d'expertise, de conseils que de méthodologie. Les équipes se coordonnent tout au long du parcours du patient, du patient âgé, et des enfants dans une logique ville – hôpital – médico - sociale, ce qui favorise la continuité des prises en charge, quelles qu'elles soient. Cette coordination entre professionnels est d'ailleurs développée sur l'ensemble des deux structures et l'accès à l'ensemble des soins de support est facilité à toutes les étapes des différents parcours. Ainsi, les équipes de soins assurent une coordination et une continuité tout au long de la prise en charge de façon pluri disciplinaire et pluri professionnelle, en relation avec les fonctions transversales : psychologues, assistantes sociales, secrétaires administratives et médicaux, secteur médico-technique et secteur de rééducation. Les staffs sont tracés dans le dossier et on y retrouve également les observations de l'ensemble des intervenants en soins de support et des autres intervenants tels que les masseurs-kinésithérapeutes, les psychologues, … Lors de la consultation avec l'oncologue et le chirurgien (lotus) puis lors de la consultation d'annonce et préopératoire, plusieurs documents informant la personne sur sa maladie et les modalités de prise en soins lui sont remis, ce qui contribue aussi à une organisation coordonnée au sein de son parcours. Par site, il existe une cellule de gestion des lits qui connaît les places disponibles et assure, en relation avec les cadres de santé, la régulation des lits et la fluidité des parcours. Le dossier patient est informatisé (DPI). Les équipes utilisent le dossier tout au long de la prise en charge. Il est élaboré et précis, mais complexe en termes d'ergonomie. Ainsi, bien que le dossier soit complet, il subsiste des pratiques des infirmiers au sein des services, qui utilisent un support papier où des synthèses sont réécrites, issues du DPI . Les équipes ont la possibilité de faire appel à un réseau d'équipe de recours et d'expertise : équipe mobile gériatrique, réseau soins palliatifs, équipe d'appui en adaptation et réadaptation, aide aux aidants, télémédecine, professionnels libéraux, équipe mobile psychiatrique, correspondants référents des CHRU, … L'ensemble des équipes, pluri professionnelles et multidisciplinaires, des différents secteurs qu'ils soient médico-soignants, les plateaux techniques en imagerie médicale, en radiothérapie, en curiethérapie, en médecine nucléaire, les secteurs interventionnels, techniques ou logistiques se coordonnent autour de la prise en charge, au moyen d'outils de liaison Service – Bloc / SSPI - Services et/ou de programmation dans une prise en compte de parcours de patient, de sa pathologie et de son parcours cancérologique. Le circuit ambulatoire est également déterminé, validé, concerté et appliqué, en HDJ – HDS en oncologie médecine et en chirurgie ambulatoire. En oncologie, sur les hospitalisations de jour, la présence d'infirmiers de pratique avancée (3 à Saint Herblain, 1 à Angers) permet une prise en charge appuyée et en relai de la prise en charge médicale, en particulier sur les consultations d'annonce et sur le suivi dans le cadre d'un parcours où chaque compétence par métier est identifiée en fonction des besoins des patients. Pour les personnes âgées, l'intervention d'un oncogériatre permet de réaliser un bilan adapté et individualisé. La prise en charge palliative est réalisée et coordonnée par les équipes de soins, médicale, paramédicale et de support. 22 LISP sont identifiées sur les deux sites, avec des professionnels formés et impliqués. La majorité des aides-soignants sont formés au toucher-massage et peuvent apporter ce soin quotidiennement auprès des patients dans le cadre de leur prise en charge et d'une réelle attention portée à

leurs douleurs et la chronicité de celles-ci. Il est retrouvé une très bonne prise en charge pluridisciplinaire, avec des staffs hebdomadaires et des moments fixés dans la journée, pour coordonner la prise en charge entre les médecins et les paramédicaux. Le recours aux structures d'expertises extérieures est possible même si les professionnels bénéficient de beaucoup de ressources en interne Des hôpitaux de jour en soins palliatifs présents sur les deux sites permettent une coordination de la prise en charge et du suivi des patients qui sont à domicile avec une anticipation de cette prise en charge, dans le parcours patient Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques professionnelles. Elles appliquent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de son parcours. En radiothérapie, dans le cadre du parcours de l'enfant, celui-ci, lorsqu'il remonte en SSPI, ne porte pas de bracelet d'identification, mais le binôme médecin anesthésiste et IADE accompagne l'enfant durant tout son parcours. Les vigilances sanitaires sont connues, coordonnées tant dans les circuits ascendants que descendants. Le circuit du médicament est sécurisé et la présence de la pharmacie au sein des services contribue à garantir le dispositif, les interfaces et les modalités associées. Ainsi, les équipes de soins respectent les bonnes pratiques de prescription, de dispensation et d'administration des médicaments. La conciliation médicamenteuse est peu développée et ne suis pas la priorisation décrite par l'établissement. Cette pratique concerne quelques dizaines de patients par an, sur demande des médecins. Toutefois, le pharmacien réalise des entretiens pharmaceutiques avec les patients pour l'explication du bon usage des thérapies orales ciblées en cancérologie, en s'appuyant sur le réseau Oncolink. Toutes les prescriptions médicamenteuses sont informatisées. Pour les chimiothérapies, le processus de prescription / dispensation / administration est sécurisé au moyen du logiciel Chimio®. Les ordonnances sont analysées par les pharmaciens. Toutefois, l'analyse pharmaceutique n'intègre pas les informations du dossier pharmaceutique du patient, pour les patients dotés d'un dossier pharmaceutique. Les modalités d'approvisionnement des médicaments sont adaptées aux pratiques des équipes de soins et une astreinte pharmaceutique permet d'assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse. La chaîne du froid pour les produits thermosensibles est maîtrisée à toutes les étapes du circuit. Les produits cytotoxiques sont préparés par la pharmacie dans une installation moderne. En particulier un contrôle analytique et un système de contrôle vidéo donnent un excellent niveau de qualité de la fabrication. L'outil de production est aussi adapté à la fabrication de pompes intrathécales qui est un savoir-faire à souligner. L'établissement a déployé des armoires informatisées sécurisées dans la majorité des salles de soins. Cet équipement sécurise la prise des médicaments et la préparation des doses à administrer qui sont réalisés par les infirmiers. La traçabilité informatique dans le DPI des doses administrées est effective. Toutefois, au centre René Gauducheau dans le service d'oncologie de semaine, les médicaments sont laissés systématiquement en autonomie au patient, après certes, une évaluation intégrée dans le PPS. Cependant, les doses à administrer devraient être préparées par les infirmiers et les traitements apportés par le patient, rangés en salle de soins, sauf cas particuliers. De même, sur le chariot de distribution mobile des médicaments par les infirmiers, il persiste une identification des casiers des patients par le numéro de chambre et non le nom du patient. Cette pratique a été corrigée immédiatement par l''établissement qui a intégré par casier un dispositif où est apposée l'étiquette du patient, ce qui sécurise l'administration des médicaments. Cette pratique, corrigée lors de l'évaluation, reste à mesurer afin de déterminer le niveau d'appropriation des infirmiers. Les médicaments à risque sont identifiés par une liste institutionnelle à l'établissement. Ils sont adaptés à l'ensemble des secteurs d'activités et correctement repérés dans les zones de stockage. Le stockage des médicaments à risque est optimal, au moyen des armoires à pharmacie informatisés. Les stockages conventionnels sont aussi conformes. Les équipes n'ont toutefois pas eu une formation et / ou sensibilisation aux risques spécifiques induits par l'utilisation de ces médicaments à risque, selon un programme défini, et à périodicité déterminée. L'ICO participe à une expérimentation, relevant de l'article 51, relative à des organisations innovantes sur les thérapies orales. Il s'agit de l'expérimentation Onco'Link Thérapies Orales, portant sur un parcours coordonné ville-hôpital pour accompagner la prise en charge des patients sous anticancéreux oraux. Il s'agit d'un parcours innovant par la mise en place d'un circuit pluri professionnel ville-hôpital, appuyé par des échanges réguliers entre l'équipe hospitalière et le patient, un entretien pharmaceutique à chaque dispensation d'anticancéreux

oraux, et une coordination entre les professionnels de ville et de l'hôpital. Les patients gèrent leur traitement, et donc leurs effets, depuis leur domicile ; l'infirmière coordonnatrice et le pharmacien d'officine jouent un rôle central dans le dispositif. Depuis 2022, 1946 patients ont été inclus dans l'expérimentation dont 72.8 % ont un pharmacien d'officine. La lettre de liaison est fonctionnelle. En chirurgie ambulatoire, la lettre de liaison est remise au patient, accompagnée du compte-rendu opératoire, à sa sortie. Cependant, aucun comparatif du traitement habituel et du traitement de sortie, s'il est différent, est prévu en tant que tel ; le bilan thérapeutique des traitements n'étant pas toujours intégré dans la lettre de liaison. Le dossier transfusionnel est complet et sécurisé. Le risque infectieux est garanti sur l'ensemble de l'ICO et des secteurs interventionnels. Une Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) assure la coordination et la gestion des bonnes pratiques d'hygiène ; elle est connue des professionnels et travaille avec eux en grande proximité. Les professionnels au bloc opératoire, sur les deux sites, appliquent et respectent les bonnes pratiques. Ils assurent une maîtrise du risque infectieux. Ils réalisent la Check List. Ils participent à des évaluations de leurs pratiques. Les interfaces avec les services sont opérationnelles (préparation cutanée, identitovigilance, dispositifs médicaux implantables, stérilisation, …) Le circuit des déchets est conforme aux règles de bonnes pratiques et d'hygiène. Les équipes appliquent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie. Elles connaissent les recommandations et les obligations vaccinales. La radioprotection est assurée au sein de l'ICO, y compris au bloc opératoire. Le parcours ambulatoire, en médecine et en chirurgie, est en place de façon coordonnée et partagée par les équipes. Le transport intra-hospitalier est prévu, réalisé par une équipe de brancardiers. Ces derniers sont particulièrement sensibilisés au confort du patient, au respect de sa dignité, de la confidentialité et de la prise en compte du patient douloureux. Les évaluations des pratiques par les équipes sur l'ensemble des secteurs, y compris en unités de soins continus, les plateaux médico-techniques et les plateaux interventionnels, ainsi que des plans d'actions avec des effets mesurés sont réalisés, sur chacun des sites. Ainsi, les équipes connaissent la démarche qualité sécurité des soins. Elles participent de façon pluri professionnelle et collective aux évaluations de pratiques professionnelles. Des audits, des EPP, des RMM, des RCP sont effectives et transversales : prise en charge de la douleur, check List, accès veineux centraux, bonnes pratiques d'identitovigilance, délais dans les prises en charge, les séjours, … De nombreux groupes de travail sont en place et fonctionnels. Il existe des ambassadeurs qualité dans les services (douleur, hygiène, pharmacie, qualité, communication). Les professionnels connaissent le système de gestion documentaire et l'utilisent. Ils participent aux audits. Ils bénéficient de formations. Ils prennent en compte la satisfaction et l'expérience de leurs patients. Il existe une application AMBULIS pour déterminer les éventuelles complications dans les jours suivants la sortie du patient. Un patient ressource peut donner des conseils aux patients traités. Des tableaux de bords des EPP, des EI et des indicateurs spécifiques par service et/ou secteur d'activités sont diffusés avec un relai des cadres, des responsables de services, des ingénieurs qualité présents dans les différents secteurs et les ambassadeurs qualité. Il existe en conséquence des indicateurs que les équipes suivent et qui sont plus spécifiques à leur secteur d'activités. Elles mettent ainsi en œuvre des actions d'amélioration consécutives aux résultats de leurs indicateurs. Les équipes réalisent des fiches d'événements indésirables. Le dispositif est structuré au niveau institutionnel. Les analyses se fondent sur une analyse des causes. Les retours d'expériences sont en place et associent les professionnels dans l'analyse et dans le déploiement des plans d'actions correctives. La Check List est évaluée tout comme les taux de déprogrammation. Les taux de non hospitalisation, de ré-hospitalisation à 48 – 72 heures sont suivis, cela même s'il n'existe pas un registre de refus d'admission en USC tenu par l'équipe. Concernant le circuit des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie, elles sont organisées. Les activités de prélèvements et de greffes d'organes ne sont pas applicables au sein de l'ICO et n'ont donc pas été investiguées. Une information sur le don d'organes est prévue (prélèvement de cornée notamment).

Chapitre 3 : L'établissement



98%

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	98%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	98%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	95%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	99%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	96%

L'Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO) fait partie du réseau Unicancer, fédération hospitalière nationale dédiée exclusivement à la lutte contre le cancer. Il réunit 18 Centres de Lutte Contre le Cancer dont l'ICO. L'Institut de Cancérologie de l'Ouest a été créé en janvier 2011 et réunit deux sites, au sein de la région Pays de la Loire : Le site René Gauducheau situé à Saint Herblain (département 44 Loire-Atlantique) ; Le site Paul

Papin situé à Angers (département 49 Maine-et-Loire). Organisé autour d'une organisation pluridisciplinaire et transversale, l'ICO offre une prise en charge globale, dédiée au cancer, dans un continuum soin – recherche. La stratégie principale pour l'ICO se structure autour de cette prise en charge au bénéfice d'une offre de soins qui comprend 245 lits et places dans les spécialités suivantes : Médecine oncologie médicale : 63 lits en hospitalisation conventionnelle et 101 places en Hospitalisation de Jour Chirurgie et anesthésie : 33 lits en hospitalisation conventionnelle, 27 places en ambulatoire et 13 lits d'Unité de Surveillance Continue – Blocs opératoires pour une totalité de 8 salles Radiothérapie et physique médicale Soins palliatifs : 22 lits de soins palliatifs Centre d'évaluation et de traitement de la douleur en cancérologie labellisé Plateforme de réhabilitation (soins de support) Plateformes médico-techniques : imagerie médicale, médecine nucléaire (8 lits) et imagerie théranostique, anatomocytopathologie, laboratoire de biologie médicale et des essais thérapeutiques, pharmacie à usage interne Prévention, promotion de la santé et éducation thérapeutique. La prise en charge cancérologique des patients concerne principalement : Le cancer du sein (34%) Le cancer colorectal (15%) Le cancer de la prostate (10%) Le cancer du poumon (10%) Le cancer gynécologique (10%) Le cancer ORL (6%) Les cancers rares (15%). L'ambition de l'ICO est d'être un « Centre Intégré de Recherche et de Soin en Cancérologie » pour faire progresser la lutte contre le cancer en transformant « les parcours de soins en parcours de vie ». Ainsi, un nouveau projet d'établissement 2023 – 2027 définit les 5 orientations stratégiques de l'ICO, en cohérence avec son territoire de santé : Rechercher l'excellence Faire équipe avec nos patients Mieux travailler ensemble Affirmer la place de l'ICO dans son écosystème Préparer les infrastructures de demain dans un cadre durable. Il comprend également le projet de la Direction Qualité, Gestion des Risques qui s'inscrit dans la continuité du projet d'établissement, visant à contribuer à une meilleure réactivité et une efficience pour des soins sécurisés. Il se traduit par : Le renforcement de la sécurité des soins autour du signalement des événements indésirables associés aux soins, aux retours d'expérience, à l'amélioration du travail en équipe et la conduite du changement ; Le déploiement de l'approche par processus ; La poursuite des démarches de certifications et d'accréditations. Outre la certification HAS, l'ICO est engagé dans une démarche continue pour sa qualité et ses innovations à travers ses certifications et ses labellisations. Il s'agit principalement de la procédure d'accréditation de l'Organisation of European Cancer Institutes (OECI) ; l'accréditation COFRAC pour les activités d'anatomie et de cytopathologies ; l'obtention du label Infrastructures en Biologie Santé et Agronomie (IBiSA) concernant la structuration de la qualité en recherche translationnelle ; des certifications ISO 9001 du département de recherche clinique et de l'unité de reconstitution des chimiothérapies ; de nombreux labels – label INCa de phase précoce – label Site de Recherche Intégré sur le Cancer – label Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie – Label European Society for Medical Oncology. L'Institut de Cancérologie de l'Ouest est implanté dans son territoire de santé et a établi de nombreuses coopérations qui lui permettent de participer activement au projets territoriaux de parcours cancérologique. En premier lieu, avec les 2 CHRU - Nantes et Angers - avec lesquels il travaille en étroite collaboration tant au niveau du soin que de la recherche. Les coopérations qu'il a mises également en place avec les autres établissements lui permet de renforcer l'accès au soin sur tout le territoire, notamment avec les centres hospitaliers de Cholet, de Châteaubriant, la clinique de l'Anjou, la Clinique Jules Verne et les établissements SSR de proximité. Il participe à 3 GCS (GCS du Bellay – ICO – CHU Angers / IRCAM – ICO – GCS IRéCAN Nantes / CHU Nantes – CHU Angers – ICO) ; à 1 GIE Camille de Lellis (ICO Imagerie). L'établissement a organisé des postes médicaux partagés avec les CH de Cholet, du Haut Anjou, la clinique mutualiste de Saint Nazaire, le CHD de Vendée, le SMR les Euménides, la HAD 44 et 49. L'ICO dispose et propose des consultations avancées en chirurgie, en oncologie et sur la prise en charge de la douleur avec les CH de Cholet, Le Mans et Laval. Enfin, des sites sont associés en chimiothérapie (CH Saumur, Châteaubriant, Haut Anjou et la clinique Elsan Santé Atlantique). L'ICO commence à s'engager dans les CPTS de son territoire dans une continuité du lien « ville – hôpital ». Un travail de collaboration est en conséquence effectif avec la ville et les professionnels de santé libéraux. La messagerie sécurisée permet un accès plus rapide aux résultats d'examens et aux échanges d'informations entre les professionnels ; cela même si l'alimentation du dossier médical partagé et du dossier pharmaceutique n'est pas toujours rendue possible. De même, l'ICO

contribue à prévenir les passages aux urgences au moyen de cellule de gestion des lits présentes sur chacun de deux sites, ainsi que d'une collaboration avec les partenaires des secteurs privés (cliniques de proximité et HAD). De plus, il existe, par site, des unités d'évaluation ambulatoire pour limiter les passages aux urgences : 2 lits sur Angers et 3 lits sur Saint Herblain. Le recours à la télé médecine, télé imagerie, télé consultation est structuré et opérationnel. Acteur majeur de l'accès à la recherche clinique en cancérologie en région Grand Ouest, l'ICO investit sa mission recherche et innovation pleinement. Cette mission est structurée autour d'une direction de recherche translationnelle et de recherche clinique, avec plusieurs instances qui permettent : L'évaluation des demandes de projets déposées sur le portail spécifique La présentation, les choix des essais cliniques La facilitation pour créer des projets de recherche La validation des essais à initier en recherche clinique L'innovation au travers un entrepôt de données de soins fonctionnel et labellisé et des Hub Innovations (pour starts ups numériques, alimentation, …). Des partenariats et des liens avec les CHU de Nantes et d'Angers sont réalisés ; également avec l'INSERM, le CNRS et les universités Nantes et Angers, notamment avec un des huit projets nationaux de recherche d'excellence sur le cancer. Une collaboration territoriale est effective avec plusieurs établissements de santé, inclus dans les projets de recherche dont le CH de Cholet, La clinique Brétéché, la clinique de l'Anjou, auquel s'ajoute une Equipe Mobile de Recherche Clinique. Concrètement, cela se traduit par 270 études cliniques dont des PHRC et 1 PHRIP ; 31 projets dont l'ICO est promoteur, 1390 patients inclus et 1215 nouveaux patients inclus. L'ICO promeut largement la prise en compte du patient et favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement, avec l'appui des représentants des usagers, présents au sein de la structure. 13 conventions sont signées par l'ICO avec les associations de patients. Le recueil E-satis est effectif au sein des deux sites, l'établissement participant au dispositif national : MCO 48 heures et Chirurgie ambulatoire. Il développe également des questionnaires d'évaluation propres à l'ensemble des départements des deux structures de l'ICO, en association avec les CDU. Ils sont relatifs à la satisfaction des patients : questionnaires de sortie en hospitalisation conventionnelle, en ambulatoire et sur les secteurs d'imagerie et de radiothérapie. Les actions mobilisant l'expertise des patients sont également promues par l'ICO qui, en 2019, a participé avec d'autres hôpitaux européens à une expérimentation sur le recueil des PROMs par les patientes atteintes d'un cancer du sein. Dans le cadre d'un appel à projet en 2021 par la Haute Autorité de Santé, pour la mise en œuvre d'indicateurs de résultats rapportés par les patients en ville ou en établissements de santé, l'ICO est retenu. Il démarrera ainsi cette démarche dès novembre 2023. Elle concernera la mesure des PROMs pour les patientes atteintes d'un cancer du sein non métastatique tout au long de leur prise en charge. Cette démarche d'expertise des patients est portée par la gouvernance et elle est structurée au sein des deux sites de l'ICO. La communication est centrée sur le patient ; elle intègre sa famille et des proches. De cette sorte, il existe, à Angers et à Saint Herblain, des Espaces de Rencontre et d'Information (ERI) qui permettent de répondre aux demandes des patients et de leurs proches ; de proposer des temps d'échanges, des ateliers thématiques, des conférences et des espaces de détente mais aussi d'orienter les patients et leurs proches vers des personnes ressources. Il est aussi proposé aux professionnels des formations à la communication avec le patient, telles que « l'accueil et la relation patient », « l'annonce du cancer et du parcours de soin », « les techniques communicationnelles », … 426 professionnels ont pu être formés. Les plaintes et les réclamations sont suivies et communiquées aux différentes instances, auxquelles par ailleurs, sont associés les représentants des usagers qui participent, outre la CDU, à la CSIRMT, aux auto-évaluations, aux audits type patient-traceur. Des patients ressources sont présents. Ils interviennent en soutien auprès des patients. L'ICO favorise sa participation à la lutte contre la maltraitance ordinaire. Une charte de la bientraitance est en place. Des formations sont données sur cette thématique, ce qui permet aussi de déployer la promotion de la bientraitance, dès l'accueil d'un patient et de ses proches, dans les actes d'accompagnement et de soins et de la longue prise en charge cancérologique. 426 professionnels sont formés à la bientraitance au cours des cinq dernières années. L'établissement assure l'accessibilité des locaux pour les personnes vivant avec un handicap ou en situation de vulnérabilité. Il porte une attention particulière avec de nombreuses actions réalisées : poignées de rappel à l'accueil, en hôpital de jour, en médecine nucléaire, signalisation, place de stationnement, …. Une formation est proposée aux

professionnels « accueillir les personnes en situation de handicap ». Des référents handicap sont en place ; ils animent pour chacun des deux sites un groupe de travail spécifique composé de soignants, de professionnels médico-techniques et de professionnels d'accueil. Les accès sur le site de Saint Herblain restent complexes, malgré la présence d'ascenseurs adaptés aux patients vivant avec un handicap. Un projet de reconstruction est prévu pour 2026. Il prendra en compte ce sujet. Sur le site d'Angers, les ascenseurs sont dotés d'un dispositif d'accompagnement sonore. L'ICO fonde son mangement sur la qualité et la sécurité des soins. La gouvernance s'appuie sur un COPIL qualité gestion des risques qui se réunit tous les mois. Fort de ses activités, l'ICO a construit et appuie son management sur la qualité et la sécurité de la prise en charge et des soins au sein des parcours identifiés et structurés, autour de la direction générale, des directeurs médicaux, de la direction qualité, de la direction des soins, du Président de la CME et son vice-président (ils représentent respectivement chacune des structures), du médecin hygiéniste et des pharmaciens, dans une grande proximité avec les praticiens hospitaliers médicaux, les coordonnateurs des sites, l'encadrement et les équipes paramédicales dans les services ainsi que les équipes médico-techniques, logistiques, administratives techniques. De nombreux groupes de travail, les sous-commissions de la CME (CLUD, CLIN, CLAN, COMEDIMS, Comité éthique, Conseil de Bloc, Equipe opérationnelle d'Hygiène, …), des ambassadeurs de proximité (référent douleur, hygiène, qualité, communication…) et le coordonnateur des risques associés aux soins relaient cette démarche de façon continue et soutenue. Des ingénieurs qualité sont présents au sein de l'ICO et interagissent eux-aussi, en proximité, selon les secteurs et les thématiques dont ils portent une responsabilité. De ce fait, des audits sont réalisés (douleur, lettre de liaison, personne de confiance, check List, hygiène des mains, identitovigilance, taux de séjour, proportion de patient pris en charge et délai selon les étapes des parcours, taux de pertinence, culture sécurité, …). Les EPP sont mises en œuvre et suivies dans un tableau de bord. Elles concernant par exemple la prise en charge de la douleur, des évaluations de bonnes pratiques, le PPS, la prise en charge médicamenteuse, … Les équipes médicales participent à des Revues de Pertinence des Soins, par exemple la pertinence des traitements au regard des décisions RCP, la pertinence des transfusions de produits sanguins labiles, la pertinence des prescriptions d'antibiothérapies pour les infections respiratoires. Les équipes paramédicales sont associées à des démarches tout comme à la rédaction des chemins cliniques dans le cadre des parcours de soins (cancer du sein, cancer du côlon, cancer gynécologique, …) Les médecins de l'ICO participent aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaires, aussi bien celles portées par l'ICO ou par les établissements partenaires. Au total, en 2022, 11 RCP se sont déroulées sur le site d'Angers et 13 à Saint Herblain. Le PAQSS articule l'ensemble de la démarche. L'ICO soutient une culture de sécurité des soins en organisant régulièrement des défis sécurité, en 2019 puis en 2021, ce qui contribue concrètement à l'implication des professionnels qui participent en grand nombre. L'implication des professionnels est également prise en compte par un pilotage marqué de l'adéquation entre les ressources humaines disponibles, la qualité et la sécurité des prises en charge et les organisations mises en places. A cette fin, le suivi de l'activité est effectif avec des maquettes révisées chaque année ou de chaque projet capacitaire ou d'évolution d'activité, un tableau des emplois partagé avec l'encadrement, des réunions pluriannuelles de gestion des effectifs et la gestion des remplacements au fil de l'eau et au regard des activités ouvertes surtout pendant la période estivale. Ce pilotage est couplé avec la gestion des compétences. Chaque compétence nécessaire est identifiée au sein des parcours, ce qui a permis, par exemple, la mise en place d'Infirmier en pratique avancée en Oncologie HDJ. Les parcours d'intégration sont identifiés en particulier en SSPI, sur les secteurs médico-techniques… Enfin, un plan de développement des compétences propose une offre de formation étoffée et adaptée aux activités. Il permet la formation tout au long de la vie pour l'ensemble des professionnels, au regard des besoins individuels et des besoins collectifs. A cette fin, l'ICO est pourvu d'un centre de formation nommé HECTOR qui permet le déploiement de ce plan de formation conséquent. L'accès à la formation est favorisé notamment sur les formations diplômantes (IDE, IBODE, IPA, DU soins palliatifs, douleur, addictologie, …) mais aussi les formations en fonction des compétences métiers sur chaque filière (soins, médico-technique, recherche, administrative, logistique, technique, praticiens…) ainsi que la participation aux congrès. Une attention est portée aux responsables d'équipes qui peuvent, d'une part,

bénéficier d'un dispositif d'accompagnement individuel à leur demande ; d'autres part de formation diplômantes et/ou de coaching en management (gestion du stress, conduite de réunion, conduite d'entretien…). L'ICO souhaite encore investir davantage ce champ puisqu'il a le projet de développer dès 2024 un plan de travail 2023 – 2027 pour développer la réponse managériale (charte managériale, dispositif d'accompagnement managérial collectif, formations à la RPS, etc…). La gouvernance favorise le travail en équipe l'existence de nombreux staffs dans l'ensemble des services, des réunions d'informations institutionnalisées, des dialogues de gestion, mais aussi des groupes de travail bi-site relatifs aux projets structurants comme l'amélioration de l'accueil des patients, les réorganisations, ... ainsi que le projet architectural sur les sites de Saint Herblain. Il existe aussi des temps de régulation et de travail, ce qui permet d'associer le plus possible et le plus souvent l'ensemble de équipes. L'ICO a participé au développement des démarches spécifiques du travail en équipe en s'engageant dans le programme d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE) durant la période 2018 – 2022, ce qui a été très structurant. Le questionnement éthique est promu par l'ICO et il existe un Comité éthique qui permet la mise en place d'actions partagées, en associant l'ensemble des acteurs, des experts externes et les représentants des usagers. La gouvernance a une politique qualité de vie au travail (QVT), impulsée par un COPIL QVT, renouvelé en 2022. Après une enquête « climat social » réalisée au printemps 2023, celui-ci a identifié un plan d'actions comprenant 3 axes : la prévention des conflits ; la communication et la santé au travail. La gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits. Il est possible d'avoir recours à des tiers sur des sujets complexes à l'instar de l'audit du bloc opératoire. Il existe un dispositif d'écoute et de soutien psychologique, à la demande. L'ICO dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté, en matière de tensions hospitalières, de SSE et de sécurité aux biens et aux personnes. Les risques numériques sont maîtrisés. Le plan de maîtrise des risques environnementaux est en place. Le référent développement durable est identifié. Le circuit des déchets respecte les règles d'hygiène avec des circuits identifiés et opérationnels. La prise en charge des urgences vitales est assurée sur les deux structures de l'ICO. Une procédure est en place, connue des professionnels, avec un numéro unique par site. Le dispositif est évalué. L'Institut de Cancérologie de l'Ouest développe largement une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. La gouvernance est engagée et implique l'ensemble des professionnels dans la maîtrise des bonnes pratiques qu'elle encourage. La CME et la CSIRMT sont mobilisées et s'assurent de la bonne diffusion des recommandations de bonnes pratiques tant cliniques, managériales qu'organisationnelles. Cela se traduit notamment par une remise à jour régulière de l'ensemble des procédures. Celles-ci sont d'ailleurs accessibles dans l'intranet et disponibles sur l'ensemble de l'établissement. La prise en compte de l'expérience du patient et son regard clinique sur sa prise en soin est structurée sur l'ICO. Il existe des démarches d'équipes spécifiques, des questionnaires de satisfaction et l'analyse des plaintes et réclamations est réalisée, bien que les équipes ne connaissent pas toujours les éventuelles recommandations établies par la CDU. Les plans d'actions qui en sont issues sont en place. L'ICO analyse, exploite et communique les indicateurs qualité sécurité des soins par l'intermédiaire principalement de son PAQSS. Les indicateurs sont définis et suivis par thématiques et prises en charge. Le PAQSS est connu des professionnels. Le dispositif de déclaration des événements indésirables, de traitement et d'analyse est structuré par la gouvernance. Une méthode d'analyse des causes est effective. Les plans d'actions sont déterminés et déployés collectivement. De nombreux CREX sont initiés et fonctionnent de façon régulière et concertée avec l'ensemble des équipes. La démarche a atteint un niveau de maturité qui permet un partage et un suivi en continu, pertinent et efficient. Les EIG sont déclarés sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables. L'établissement promeut la prise en compte du patient dans la qualité et la sécurité de la prise en charge. L'ICO promeut également le programme d'accréditation des praticiens. La démarche est initiée et elle débute. Seuls cinq praticiens, actuellement, ont finalisé leur démarche (4 médecins anesthésiste et 1 chirurgien). L'appropriation de la dynamique qualité gestion des risques en son sein, par les équipes, tant médicales, paramédicales, techniques et administratives est réelle, sur la base d'un collectif fort et engagé.

Table des Annexes

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024
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	490017258	INSTITUT DE CANCEROLOGIE DE L'OUEST	15 rue andré boquel Cs10059 49055 ANGERS cedex 2 FRANCE
Établissement principal	490000155	ICO - CENTRE PAUL PAPIN	15 rue andre boquel Cs 10059 49055 ANGERS Cedex 2 FRANCE
Établissement géographique	440001113	ICO - CENTRE RENE GAUDUCHEAU	Boulevard jacques monod 44805 St Herblain Cedex FRANCE
Établissement géographique	440048700	ICO - SITE SAINT AUGUSTIN	78 rue paul bellamy 44000 NANTES FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024

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	76

Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	48
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	13
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	25
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	136,546
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	Traceur ciblé			EI selon liste
2	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Enfant et adolescent Ambulatoire Médecine	
3	Audit système			
4	Audit système			
5	Audit système			
6	Audit système			
7	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient atteint d'un cancer Enfant et adolescent Ambulatoire Médecine	
8	Traceur ciblé			PSC
9	Traceur ciblé			psl
10	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient âgé	

			Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
11	Audit système			
12	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Médecine	
13	Traceur ciblé			antibioprophylaxie
14	Audit système			
15	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
16	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
17	Audit système			
18	Traceur ciblé			transport assis ou couché : chambre > imagerie > chambre
19	Traceur ciblé			EI selon liste

20	Audit système			
21	Traceur ciblé			per opératoire
22	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Patient âgé Adulte Ambulatoire Médecine Chirurgie et interventionnel	
23	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Médecine Chirurgie et interventionnel	
24	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant un médicament à risque ET un antibiotoque per os
25	Traceur ciblé			chimiothérapie
26	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Patient âgé Adulte Hospitalisation complète	

			Soins critiques Médecine Chirurgie et interventionnel	
27	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant un médicament à risque ET un antibiotique per os
28	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient atteint d'un cancer Adulte Hospitalisation complète Médecine	
29	Traceur ciblé			chimiothérapie
30	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
31	Traceur ciblé			psl
32	Audit système			
33	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Médecine	
34	Audit système			
35	Audit système			

36	Traceur ciblé			PSC
37	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Soins critiques Médecine Chirurgie et interventionnel	
38	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Médecine	
39	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient atteint d'un cancer Patient âgé Ambulatoire Médecine	
40	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète	

			Ambulatoire Médecine Chirurgie et interventionnel	
41	Audit système			
42	Traceur ciblé			transport assis ou couché : chambre > imagerie > chambre
43	Traceur ciblé			antibioprophylaxie
44	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient atteint d'un cancer Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
45	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
46	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Patient âgé Adulte Ambulatoire Médecine	
47	Audit système			
48	Traceur ciblé			per opératoire

49	Audit système			
50	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 – Janvier 2024