



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE
CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER DE CAPESTERRE-BELLE-EAU

BANANIER/SAINT-SAUVEUR

BP 68

97130 CAPESTERRE BELLE EAU



Validé par la HAS en Juin 2026

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



Sommaire

Préambule	4
Présentation	5
Les critères évalués	6
Les évaluations réalisées pendant la visite	7
La décision	8
Les résultats	9
Les résultats des critères impératifs et avancés	10
Chapitre 1 : Le patient	13
Résultats du chapitre 1 : Objectifs	13
Synthèse du chapitre 1	14
Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient	17
Objectif 1.2 : L'information du patient	18
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	19
Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	20
Chapitre 2 : Les équipes de soins	21
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	21
Synthèse du chapitre 2	22
Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	26
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	27
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	28
Chapitre 3 : L'établissement	29
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	29
Synthèse du chapitre 3	30
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	34
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	35
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	36
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	37

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 de santé 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. Elle est un des outils de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par eux. 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. Par ailleurs, elle favorise la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Elle est une certification globale et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

L'évaluation s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers... Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS.

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 son accréditation pour son activité de certification.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DE CAPESTERRE-BELLE-EAU	
Adresse	BANANIER/SAINT-SAUVEUR BP 68 97130 CAPESTERRE BELLE EAU FRANCE
Département / Région	Guadeloupe / Guadeloupe
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	970100244	CENTRE HOSPITALIER DE CAPESTERRE-BELLE-EAU	BANANIER/SAINT-SAUVEUR BP 68 97130 CAPESTERRE BELLE EAU FRANCE
Établissement géographique	970104550	CENTRE HOSPITALIER DE CAPESTERRE BELLE EAU - USLD	BANANIER/SAINT-SAUVEUR BP 68 97130 CAPESTERRE BELLE EAU FRANCE
Établissement principal	970100459	CENTRE HOSPITALIER DE CAPESTERRE-BELLE-EAU	BANANIER/SAINT-SAUVEUR BP 68 97130 CAPESTERRE BELLE EAU FRANCE

Les critères évalués

Chaque établissement de santé est évalué sur des critères génériques, applicables à tous les établissements, et sur des critères spécifiques à son activité : secteurs à risques, population, mode de prise en charge, etc. En l'espèce, l'établissement a été évalué sur les critères génériques et sur les critères spécifiques suivants :

Secteur d'activité
 Soins de longue durée
 Soins Médicaux et de Réadaptation

Population
 Patient âgé

Les évaluations réalisées pendant la visite

Pendant la visite, les évaluations s'appuient sur des méthodes définies par la HAS. En l'espèce, les experts-visiteurs ont :



Rencontré **3** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



Évalué **2** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **7** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

- 1 évènement(s) indésirable(s) associé(s) aux soins
- 2 médicament(s) et des produit(s) de santé
- 0 acte(s) interventionnel(s)
- 2 mesure(s) de prévention des infections associées aux soins
- 1 transfusion(s) sanguine(s)
- 0 appel(s) au SAMU / sortie(s) du SMUR
- 0 prescription(s) d'isolement
- 1 prescription(s) de restrictions de libertés
- 0 acte(s) d'électroconvulsivothérapie



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **11** équipes de professionnels de terrain pour évaluer les organisations et leur déclinaison opérationnelle autour de 5 thèmes :

- Le management par la qualité et les risques
- Le positionnement territorial
- L'engagement des patients
- La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences
- La maîtrise des risques numériques



Observé les conditions générales de qualité et de sécurité des soins dans des services

La décision

La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification, valable 4 ans, qu'elle peut assortir d'une mention « Haute qualité des soins » ;
- une décision de certification sous conditions impliquant une nouvelle visite dans un délai maximum de 2 ans ;
- une décision de non-certification impliquant une nouvelle visite dans un délai maximum de 2 ans ;

Pour prendre sa décision, la HAS se base sur :

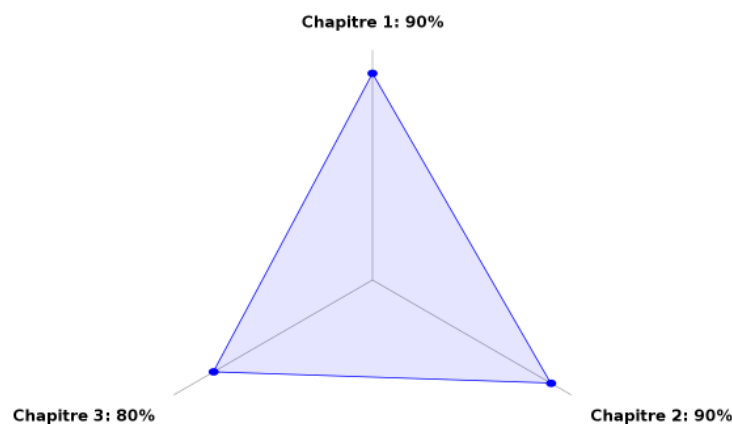
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus ;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) ;
- la criticité des anomalies éventuellement constatées sur les critères impératifs ;
- les observations de l'établissement

En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification. Cette décision est valable quatre ans.

Les résultats

A l'instar du référentiel, les résultats quantitatifs et qualitatifs des évaluations se traduisent dans ce rapport articulé en 3 chapitres :

- Un premier concerne le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, son engagement recherché, ses besoins, attentes et préférences pris en compte. Au-delà de son engagement dans sa prise en charge, son implication comme partenaire est favorisée par l'expression notamment de son expérience.
- Un deuxième concerne les équipes de soins. 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 aux pratiques et dans les secteurs à risques majeurs.
- Un troisième 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.



Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	90%
Chapitre 2	Les équipes de soins	90%
Chapitre 3	L'établissement	80%

Les résultats des critères impératifs et avancés

Le référentiel comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards qui correspondent aux attendus de la certification ;
- des critères impératifs qui correspondent à des exigences prioritaires ;
- des critères avancés qui correspondent à des pistes de réflexion pour améliorer la qualité et la sécurité des soins mais qui ne sont pas exigibles à ce jour. Ils correspondent aux potentiels critères standards de demain.

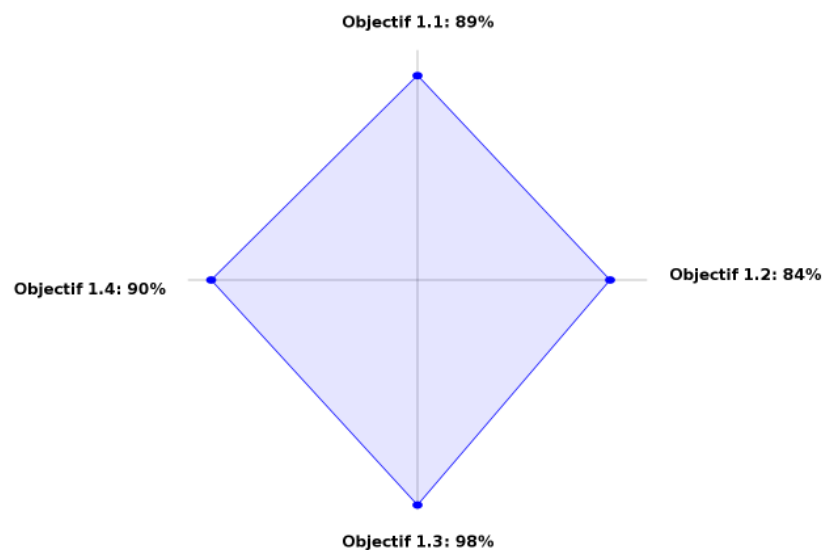
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	100%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Non Applicable
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante	100%
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	100%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque accidents	100%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	67%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	Non Applicable
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	100%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	0%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **90%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	89%
1.2	L'information du patient	84%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	98%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	90%

Synthèse du chapitre 1

À l'Hôpital de Capesterre Belle-Eau (CHCBE), la confidentialité, la dignité et la sécurité des patients sont garanties dans tous les services. La plupart des chambres sont individuelles et les quelques chambres doubles ont des rideaux de séparation pour préserver l'intimité. Toutes les chambres sont accessibles aux personnes à mobilité réduite et disposent de salles de bain avec douches, de terminaux multimédias avec accès à Internet, radio et télévision directement au chevet du patient. Les zones protégées bénéficient d'un dispositif de sécurité, les portes restent closes sauf sur demande du patient tracée dans le dossier.

Les pratiques professionnelles sont respectueuses, notamment vis à vis des personnes vulnérables ou avec handicap et les locaux et équipements leur sont adaptés.

Les familles ainsi que les aidants sont reçues sur demande et des modalités d'accueil adaptées sont mises en place pour les situations cliniques complexes. S'ils le souhaitent, ils ont la possibilité de rester en chambre H24 avec fauteuil de repos et une salle de restauration est à disposition

La confidentialité et le secret professionnel sont assurés. La vérification des connexions illégitimes est en place et l'établissement sensibilise les professionnels aux risques engendrés.

Le patient est informé de son droit à rédiger des directives anticipées et dispose des supports institutionnels nécessaires. Cependant, malgré ces informations, la plupart des patients ne connaissent pas pleinement leurs droits concernant les directives anticipées. Les professionnels rencontrent également des difficultés pour aborder ce recueil, en fonction des différents profils de patients. Des aides internes à la rédaction peuvent être proposées.

Le patient reçoit des soins destinés à anticiper ou à soulager la douleur. L'intensité de celle-ci est régulièrement évaluée et réévaluée à l'aide de différentes échelles connues puis tracées dans le dossier médical. Les prescriptions conditionnelles « si besoin » sont appliquées selon des valeurs seuils établies. Chaque service dispose « de référents douleurs » désignés. Un comité local de lutte contre la douleur (CLUD), composé de différents professionnels, se réunit périodiquement afin de déterminer les actions et évaluations à mettre en œuvre. Des audits sont menés afin d'assurer l'efficacité de l'évaluation, de la réévaluation et des traitements proposés, accompagnés d'actions d'amélioration.

Des méthodes antalgiques non médicamenteuses incluent le toucher relationnel, la musicothérapie, la sophrologie, la relaxation, l'ostéopathie et l'espace snoezelen...

La gestion des situations de maltraitance, qu'elles soient internes ou externes, est structurée. Une procédure formalisée de détection, de déclaration et de suivi des différents cas de maltraitance est en place et portée à la connaissance de l'ensemble du personnel. Une charte de la bientraitance est affichée.

Des actions de sensibilisation et de formation à la bientraitance ainsi qu'à l'identification des signes de maltraitance sont mises en place. Dans le cadre du mois de la bientraitance, divers ateliers ont été organisés autour de thèmes tels que le sourire, la patience, la tolérance et la bientraitance...Chaque participant rédige une phrase inspirée par le mot du jour et l'affiche sur l'arbre de la bientraitance, installé à l'accueil. Un atelier de simulation du vieillissement permet aux participants d'expérimenter différentes situations afin d'évaluer le quotidien des personnes âgées. Des questions anonymes sont

également posées aux patients, telles que « Qu'est-ce qui est important pour vous aujourd'hui ? » (« Ka ki fondal baw » en créole) avec un recueil des réponses dans une urne prévue à cet effet.

Des quizz et des audits ont été menés. Les résultats sont affichés sur les écrans situés dans les zones d'accueil, dans les couloirs et dans les chambres.

Une procédure décrite dans les livrets d'accueil et par affichage dans les différentes zones d'accueil précise les modalités d'accès des patients à leur dossier, qui peut être consulté sur place ou envoyé. Les délais légaux sont suivis et respectés. Les demandes de dossiers médicaux ainsi que les plaintes et réclamations sont présentées en CDU. Les patients rencontrés n'avaient cependant pas connaissance de la possibilité d'accéder à leur dossier médical.

En cas de décès, les professionnels apportent un soutien psychologique, social et administratif aux proches du défunt. L'établissement ne possède pas de chambre mortuaire, la prise en charge du défunt s'organise en fonction des souhaits exprimés par la famille. Une salle multi culte est disponible. Le nombre annuel de décès est suivi.

Le livret d'accueil institutionnel regroupe toutes les informations indispensables relatives au parcours de soins ; le livret est remis à chaque patient, lors de son admission. Des messages de santé publique et des chartes sur les droits et devoirs des patients sont affichés et diffusés dans toutes les zones, secteurs, sur les écrans disponibles et télévisions des chambres.

Lors de sa sortie ainsi que lors des transferts entre services, le patient reçoit une lettre de liaison comprenant le bilan et les modifications thérapeutiques ainsi qu'une lettre de liaison IDE. Il dispose des modalités pour contacter directement le service en cas de complication. Un ergothérapeute se déplace à domicile éventuellement pour adaptation du logement. Mais les patients ne sont pas informés de l'alimentation de leur dossier médical dans le DMP ainsi que de la possibilité de s'y opposer.

Les situations de vulnérabilité sociale ou psychologique du patient et de son entourage sont identifiées dès l'admission par des professionnels tels que psychologues, assistantes sociales et différents paramédicaux.

Malgré la diffusion d'informations dans le livret d'accueil, par affichage et vidéos dans les télévisions en chambre, les patients ne connaissent pas tous les Représentants des Usagers (RU) et ne savent pas comment les joindre ; de même que les patients rencontrés n'ont pas su dire comment déclarer une plainte ou un Evènement Indésirable Associé aux Soins (EIAS) ni la possibilité de faire appel à un médiateur.

L'autonomie du patient est évaluée dès l'entrée et réévaluée régulièrement. Le projet de soins, élaboré par l'équipe pluridisciplinaire, est tracé dans le dossier et soumis au patient et /ou son entourage pour consentement éclairé. En Soins de Longue Durée des activités ludiques et de maintien cognitif sont proposées musique, cinéma, peinture, contes...

Les proches et les aidants sont associés et impliqués, s'ils le souhaitent. Le risque de dépendance pour la personne âgée de plus de 75 ans est pris en compte pour établir son projet de soins avec évaluation du risque de dépendance iatrogène. La personne de confiance est renseignée avec signature de son consentement à sa désignation et traçabilité dans le Dossier sauf dans un cas non retrouvé. Une personne à prévenir est désignée également.

Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience par des questionnaires de satisfaction institutionnels. Le questionnaire e-Satis n'était pas recueilli pour des problèmes techniques récemment résolus.

Des questionnaires PROM's évaluant la qualité des soins perçue par le patient sont réalisés notamment concernant la bientraitance. Un projet de développement des questionnaires Prom's est porté par la gouvernance en relation avec des patients partenaires, aucun bilan n'a encore été réalisé.

Les résultats sont présentés régulièrement en Copil Qualité, aux professionnels lors de réunions de service, dans la newsletter qualité ainsi qu'en CDU et lors des causeries « TiKozé », réunions de formations et sensibilisations à diverses thématiques. Les actions d'amélioration déterminées sont intégrées au PAQSS.

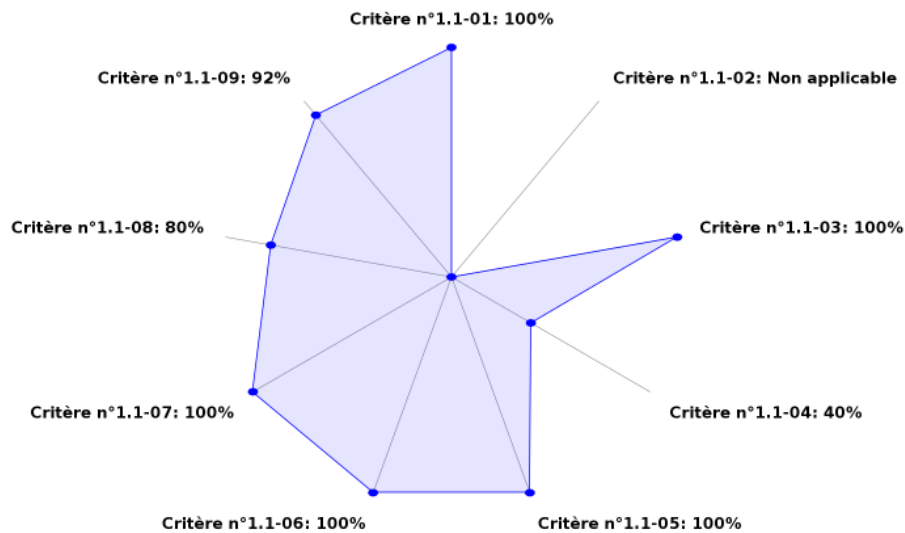
Les Représentants de Usagers (RU) sont impliqués, institutionnellement. Ils ont connaissance des plaintes et réclamations, des Evènements Indésirables (EI) et des Evènements Indésirables Graves (EIG), des réponses aux questionnaires de satisfaction, des demandes de dossier et des plaintes. Ils donnent leur avis concernant l'amélioration de la vie quotidienne des patients notamment sur la signalisation et la décoration de l'établissement. Ils disposent d'une adresse électronique ainsi que d'un bureau afin d'assurer une permanence. Une vidéo de présentation des RU est diffusée dans les écrans de télévision des chambres et dans les écrans des zones de passage. Ils participent aux différents comités dont la commission des menus, aux semaines « sécurité des patients », à la semaine du gout, au mois de la bientraitance ainsi qu'à l'accueil des Etudiants en Santé. Ils rencontrent les patients pour évaluer leur satisfaction à l'aide de questionnaires spécifiques, et organisent des moments d'échange avec les patients ainsi qu'avec les professionnels.

Ils prennent part aux démarches qualité en contribuant à la préparation de la certification ainsi qu'aux « Instants Qualité » organisés par les Responsables Qualité en collaboration avec les professionnels.

Un Projet des Usagers 2025-2029 a été élaboré avec les RU, la Cellule Qualité / Gestion des Risques et la CDU. Il définit 7 axes stratégiques concernant le rôle des RU, les droits des patients et le développement de l'expérience patient.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

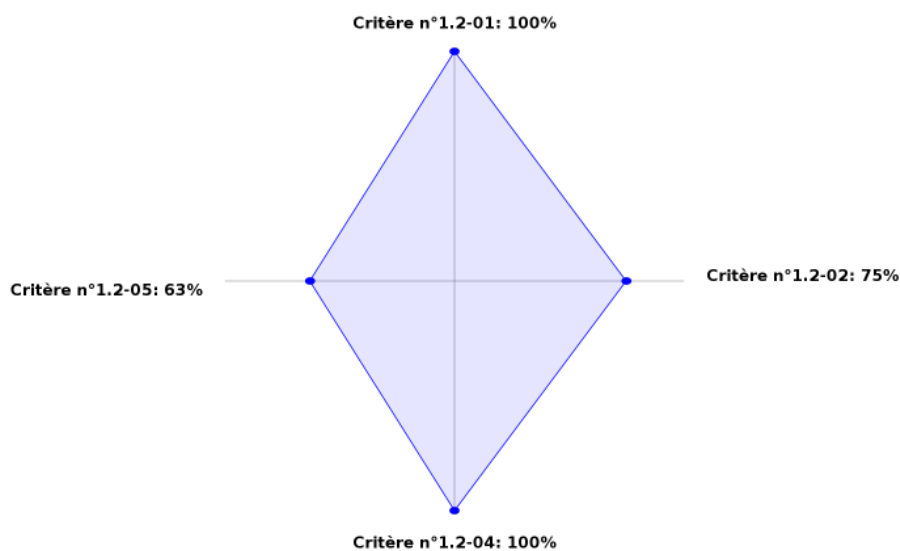
Score de l'objectif **89%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	100%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Non Applicable
1.1-03	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité et du secret professionnel	100%
1.1-04	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	40%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante	100%
1.1-07	La prise en charge des maltraitances externes est organisée	100%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	80%
1.1-09	Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée	92%

Objectif 1.2 : L'information du patient

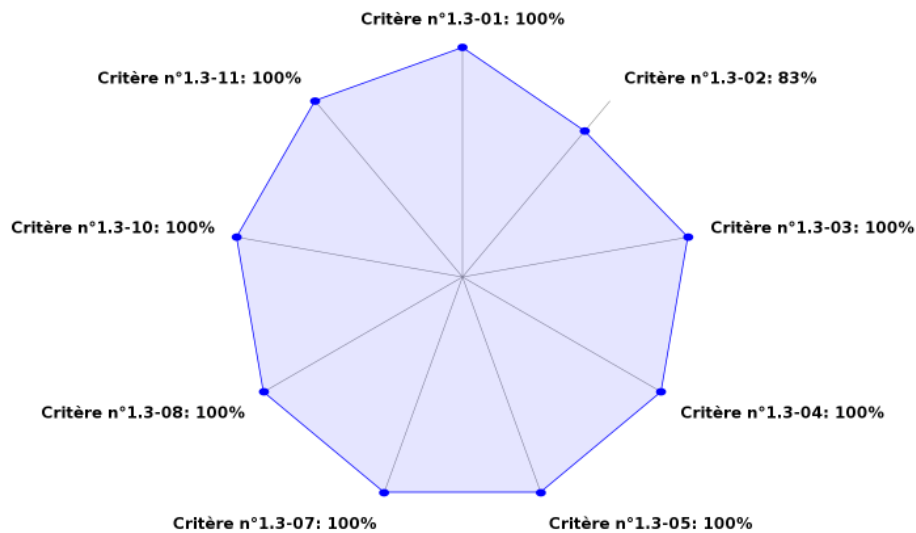
Score de l'objectif **84%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	100%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	75%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	100%
1.2-05	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner pour son retour à domicile.	62%

Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins

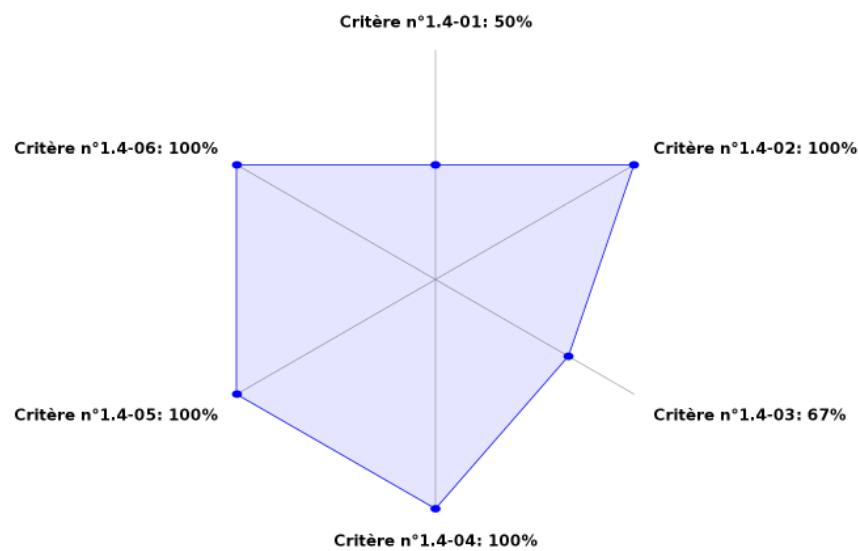
Score de l'objectif **98%**



Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	83%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	100%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-05	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.3-07	Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-08	En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social	100%
1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	100%
1.3-11	Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de soins	100%

Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement

Score de l'objectif **90%**

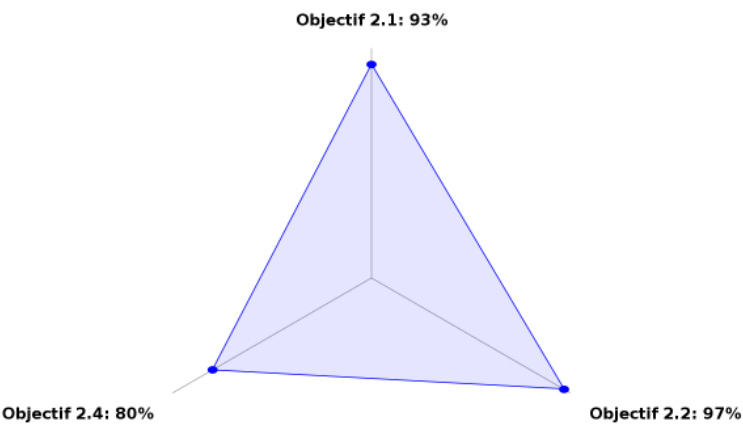


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	50%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	67%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	100%
1.4-05	Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement	100%
1.4-06	Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions	100%

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Résultats du chapitre 2 : Objectifs

Score du chapitre **90%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	92%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	97%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	80%

Synthèse du chapitre 2

L'établissement ne propose pas de consultations externes, mais effectue des examens d'Imagerie, pour lesquels la prise de rendez-vous s'effectue via une ligne dédiée. Les comptes rendus d'examens sont intégrés au dossier patient, cependant ils ne sont pas ajoutés au dossier médical partagé (DMP) de Mon Espace Santé.

Le dossier patient est entièrement informatisé (DPI). Quelques rares documents papiers identifiés persistent, ils sont scannés et intégrés au DPI. Tous les professionnels ont accès au DPI et tracent tous les éléments nécessaires pour assurer la coordination de la prise en charge du patient. Les équipes sont formées à l'utilisation du logiciel et des référents DPI sont disponibles.

Dans l'ensemble des secteurs, les projets de soins sont élaborés par une équipe pluriprofessionnelle, coordonnée par le médecin référent et incluant notamment les professionnels de soins de support.

Ces projets font l'objet d'une réévaluation lors des différents staffs. Ce projet personnalisé de soins (PPS) est élaboré de manière collégiale, validé par l'équipe, puis présenté et covalidé par le patient au patient et/ ou son entourage.

Les situations de handicap, de précarité et de vulnérabilité sont systématiquement prises en compte dans l'élaboration et l'adaptation du projet de soins, afin de garantir une prise en charge globale, individualisée et adaptée aux besoins de chaque patient.

Des médecins experts sont disponibles dans différents domaines de prise en charge, notamment en interne : IDE plaie et cicatrisation, antibiothérapie, douleur, soins palliatifs, gériatrie et gérontopsychiatrie... Des recours externes sont organisés si nécessaire, notamment en lien avec le Centre Hospitalier de Basse-Terre et le CHU de Guadeloupe (CHUG) concernant la chirurgie, la cardiologie, les services d'Urgences...

La possibilité d'une orientation vers une hospitalisation à domicile (HAD) est évaluée dès l'admission du patient, dans le cadre de l'élaboration du projet de soins, en tenant compte des besoins cliniques, du contexte médico-social et des ressources disponibles.

La conciliation médicamenteuse est mise en œuvre chez les patients de plus de 75 ans polymédiqués (? 14 traitements) et atteints de cancer. Elle est réalisée selon les bonnes pratiques, à partir des trois sources d'information. À ce jour, aucun bilan de conciliation n'a été réalisé, le déploiement étant récent. Aucune programmation n'est réalisée pour les secteurs ou catégories de patients à risque où cette procédure est non réalisée.

La démarche palliative est organisée. L'établissement ne dispose pas d'Unité de Soins Palliatifs ni de Lits identifiés. Mais la prise en charge est assurée par différents professionnels formés à la prise en charge palliative et aux soins de support. Des concertations pluriprofessionnelles sont assurées lors de situations palliatives complexes, notamment dans les cas de limitation ou d'arrêt thérapeutique. Les aidants et proches sont accompagnés par un soutien psychologique éventuel et leur présence continue auprès de leurs proches est organisée. Ils portent la parole du patient en cas d'absence de Directives Anticipées. Dans les situations complexes, le patient peut être transféré dans une structure palliative du territoire.

Les patients bénéficient d'une évaluation du risque nutritionnel dès l'admission et pendant le séjour par les professionnels avec intervention de la diététicienne, si nécessaire. Une commission des menus se réunit régulièrement avec évaluation des prestations et actions d'amélioration. Les diététiciennes animent des

ateliers internes autour de l'alimentation » Instant Nutrition », favorisant les échanges autour de l'alimentation auprès des patients, des familles et des professionnels.

Le transport des patients est pris en charge par les professionnels des services et sont effectués dans le respect de la sécurité et du confort du patient. La continuité de l'activité pour les autres patients est assurée.

Les besoins du patient, y compris ceux relatifs au matériel et à l'équipement du domicile nécessaires lors de la sortie, sont identifiés dès l'admission

Quand un transfert a lieu, toutes les informations essentielles à la continuité des soins sont transmises et expliquées au patient. Les délais de délivrance de la lettre de liaison font l'objet d'un suivi.

Tous les patients portent des bracelets d'identification de couleur différente pour les patients fugueurs. En SLD, la photographie du visage du patient est intégrée au DPI après accord sur le droit à l'image.

Le circuit du médicament est entièrement informatisé de la prescription à l'administration. L'outil informatique intègre des systèmes d'aide à la prescription, des protocoles thérapeutiques, l'accès à des banques de données comme la base thériaque et le Vidal, une base d'interactions médicamenteuses ainsi qu'à l'historique médicamenteux. Les prescriptions conditionnelles sont soumises à une valeur seuil. L'analyse pharmaceutique est réalisée pour tous les traitements et une alerte est déclenchée et visible dans le plan de soins, lors de validation avec réserve.

La délivrance des médicaments est nominative, selon une dispensation hebdomadaire individuelle nominative (DHIN), pour les services de SLD et de SMR. Dans les services de soins de médecine, les équipes réalisent la préparation des piluliers en dispensation journalière individuelle nominative, à partir de leur dotation de service, dans le respect des procédures en vigueur.

La pharmacie assure la déblistérisation et le sur-étiquetage des médicaments non identifiables en conditionnement unitaire, afin d'en sécuriser l'utilisation.

Les traitements personnels sont prescrits à l'admission et font l'objet d'une analyse thérapeutique médicale.

Les conditions de transport sont sécurisées. Le stockage des médicaments est sécurisé dont ceux thermosensibles. Le circuit des stupéfiants est conforme. La gestion des périmés est assurée mais il a été retrouvé en SMR dans la dotation des médicaments des ampoules en verre de Glucosé à 30% périmées depuis janvier et février 26 et qui ont été immédiatement retirées.

Les risques de rupture médicamenteuse sont suivis et des solutions alternatives assurées. Il n'y a pas de permanence pharmaceutique, des conventions pour dépannage existent avec les PUI du CH de Basse terre (CHBT) et du CHUG. Une Dotation pour Besoins Urgents (DBU) dans une armoire sécurisée comprend des médicaments disponibles, en cas de nécessité.

Un double contrôle des piluliers est réalisé au niveau de la PUI par les PPH ainsi qu'un nouveau contrôle par les IDE avant administration.

La préparation des médicaments s'effectue sans interruption de tâches, notamment au sein de la PUI où les piluliers sont préparés dans des espaces dédiés. Dans les services, elle est réalisée dans une salle de soins sécurisée et fermée, signalée par une affiche « ne pas déranger ». Des référents médicaments sont nommés par service.

Un travail important a été menée sur les Médicaments à Hauts Risques (MHR) avec une liste spécifique définie en Comédims. Ils sont identifiés par un logo spécifique, dans le dossier patient, dans les armoires,

dans les piluliers, et pendant le transport. Des formations et sensibilisations aux bonnes pratiques médicamenteuses, au risque d'erreur médicamenteuse, aux MHR et aux Never Events ont été dispensés à tous les professionnels. Ils bénéficient d'une double vérification avant administration. Les erreurs médicamenteuses déclarées sont analysées et un plan d'action suivi.

Le Programme d'auto-administration de ses médicaments par le patient (PAAM) n'est pas encore déployé dans l'établissement.

L'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales est structurée et formalisée par un Comité de Lutte contre les Infections Associées aux Soins (CLIAS) actif. Elle repose sur une Equipe pluridisciplinaire Opérationnelle en Hygiène (EOH) composée d'un IDE hygiéniste, d'un praticien hygiéniste, du chef de pôle, président du CLIN, ainsi que de la coordinatrice des soins, également hygiéniste. Un bilan des actions de prévention des IAS et des perspectives sont réalisés annuellement.

Dans chaque service, des correspondants et référents en hygiène formés sont identifiés. Un médecin est correspondant en hygiène et en antibiothérapie.

Par ailleurs, la structure bénéficie de l'appui du Centre Pour la Prévention des Infections Associées aux Soins (CPIAS) de Guadeloupe, qui apporte un soutien technique et méthodologique dans le domaine de la prévention des infections associées aux soins.

Des formations et sensibilisations au risque infectieux sont organisées par l'EOH et le CPIAS Guadeloupe. Le CPIAS planifie chaque année des rencontres pour les référents et correspondants Hygiène, et propose aussi des formations par simulations sur PICC LINE, MIDD LINE, chambres implantables, sondages urinaires et cathéters veineux périphériques...

L'indicateur ICSHA par service est évalué et des plans d'action réalisés, pour l'amélioration du score. Les professionnels sont formés aux précautions standards et complémentaires, à la prévention des IAS et des AES. Ils respectent l'hygiène des mains : zéro bijoux, manches courtes, désinfection des mains par friction hydroalcoolique Les précautions complémentaires sont prescrites médicalement dans le DPI, le personnel dispose du matériel nécessaire. Les proches et les aidants sont informés concernant l'isolement. Un Kit AES avec un protocole est disponible. La gestion des excréta est maîtrisée. Un travail concernant la gestion des DASRI a permis la mise en place des nouvelles recommandations.

Des audits sont réalisés concernant sur l'hygiène des locaux, hygiène des mains, la gestion des excréta, le tri des déchets, les Précautions complémentaires, le suivi des BRM et des ISO, des AES...

Ils sont intégrés dans le PAQSS spécifique et font l'objet de suivi et de plans d'action.

La pertinence du maintien des dispositifs médicaux invasifs est évaluée et réévaluée et systématiquement tracée dans le DPI. La surveillance des taux d'infection est assurée.

Un numéro d'Urgence Vitale unique et dédié est affiché et connu des professionnels. Les chariots d'Urgence Vitale sont vérifiés. Les formations à l'Urgence Vitale sont assurées. Des exercices de simulation ont été réalisés en SMR et SLD avec retour d'expérience (Retex).

Les recommandations de bonnes pratiques cliniques et soignantes sont adaptées aux prises en charge et accessibles sous forme de protocoles et de procédures dans la gestion documentaire. Des évaluations de pratiques professionnelles sont conduites par les équipes avec actions d'amélioration si nécessaire.

La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée avec traçabilité. Un audit de

réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24H et 72H a montré une conformité des prescriptions et réévaluations. Un référent antibiotique est nommé. Des avis d'infectiologues sont disponibles au CHUG. Les médecins sont formés au bon usage des antibiotiques. Les protocoles de bon usage des antibiotiques sont disponibles dans le site du Centre Régional d'Antibiothérapie (CRAtb) du CPIAS de Guadeloupe. La consommation des antibiotiques et de l'Antibiorésistance est suivie.

La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté est argumentée et réévaluée avec analyse des bénéfices-risques dans une démarche de réduction des contentions. La prescription de contention physique ou chimique est une décision pluridisciplinaire réévaluée lors des staffs et tracée dans le DPI. Des alternatives à la contention sont mises en place au préalable : déambulation, lits adaptés, accompagnement apaisant... Cette thématique est abordée et fait l'objet de sensibilisation/formation lors des causeries « TI KOSE »

Les équipes professionnelles sont sensibilisées aux soins écoresponsables mais ne sont pas engagées dans une démarche structurée visant à intégrer l'écoresponsabilité dans les pratiques de soins. Aucune réflexion collective n'a été menée afin d'identifier des actions d'amélioration au sein des services et la révision des protocoles de soins ne prend pas en compte la dimension des soins écoresponsables

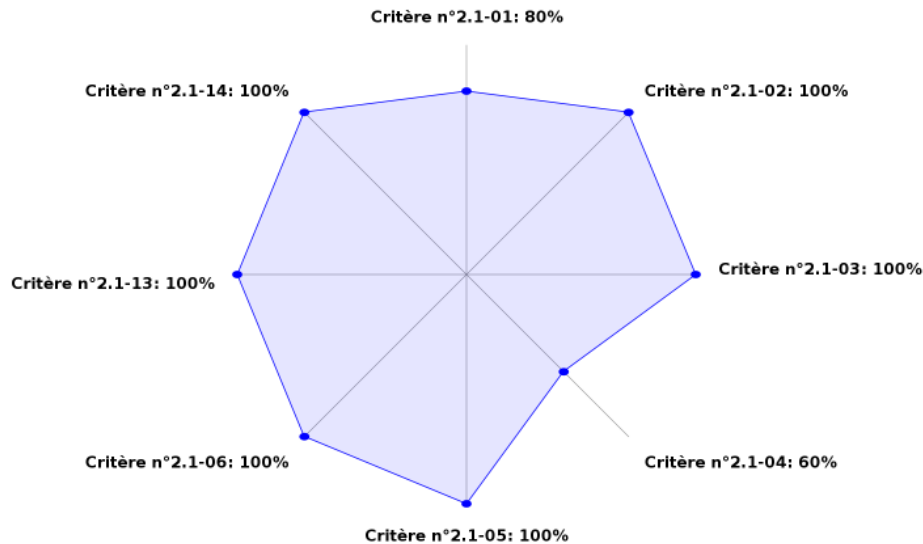
Les demandes d'admission en SMR sont analysées de manière pluriprofessionnelle afin d'évaluer la pertinence de l'admission, en Commission d'admission. Les informations et demandes associées sont saisies via l'outil Trajectoire. Toutefois, l'analyse de la pertinence de l'orientation à la sortie avec les structures d'aval n'est pas réalisée.

Dans chaque secteur, des indicateurs de pratique clinique et IQSS sont suivis et affichés. Les résultats sont présentés aux professionnels lors des réunions de service et dans la newsletter qualité, dans les différentes instances ainsi qu'au Copil Qualité ... Un tableau de bord est présenté dans les différentes instances.

Les examens de biologie sont réalisés par le CH de Basseterre (CHBT) certifié Cofrac et un bilan est réalisé concernant les événements indésirables liés à la biologie. De même des actions d'amélioration ont été mises en œuvre à la suite d'évènement indésirable en Imagerie

Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient

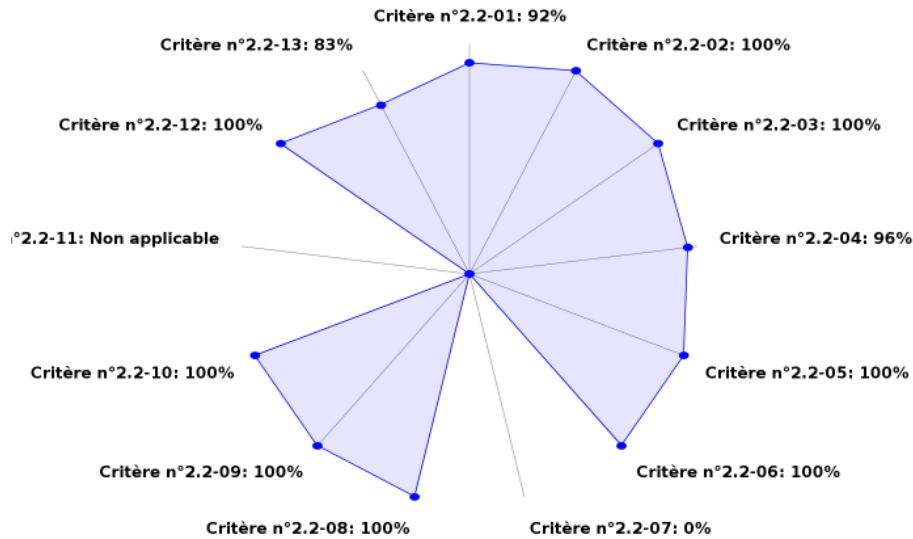
Score de l'objectif **92%**



Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	80%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	100%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	60%
2.1-05	Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	100%
2.1-06	Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	100%
2.1-13	Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients	100%
2.1-14	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins	100%

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

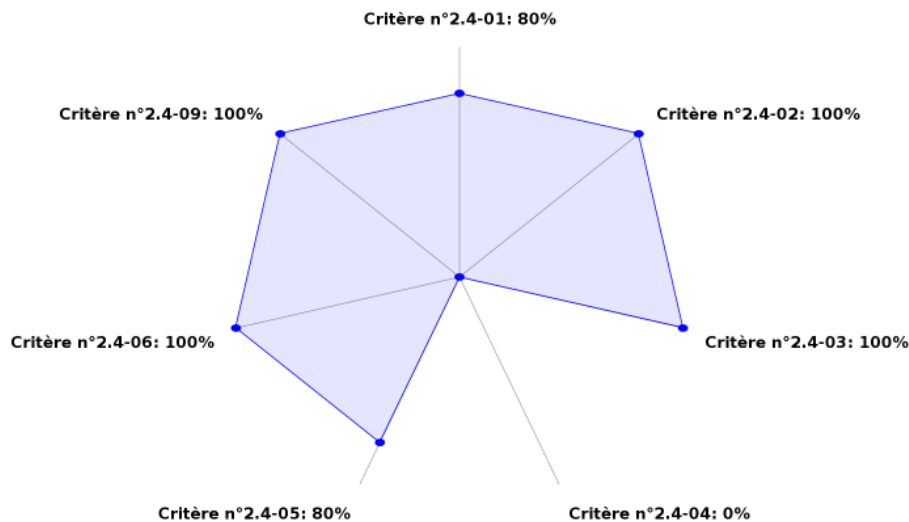
Score de l'objectif **97%**



Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	92%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	100%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	96%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	100%
2.2-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	100%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	Non Applicable
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	100%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	83%

Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation

Score de l'objectif **80%**

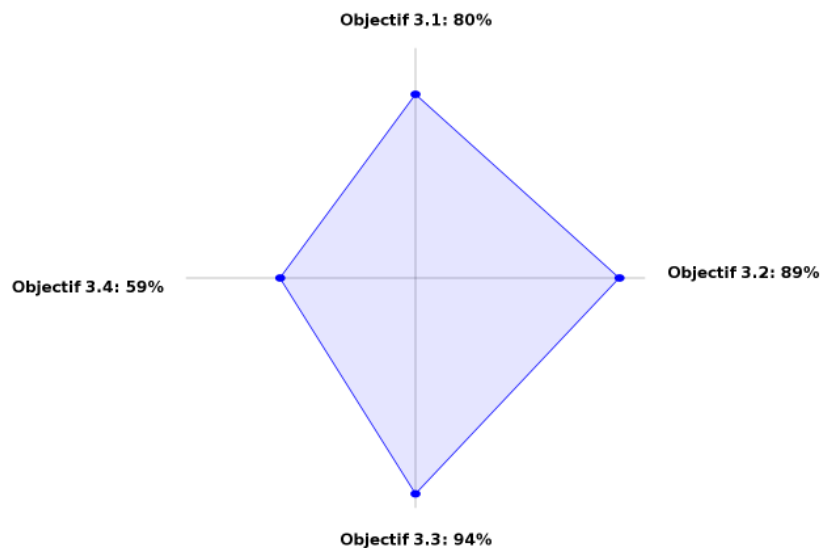


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	80%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	100%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	0%
2.4-05	La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	80%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	100%
2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	100%

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **80%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	80%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	89%
3.3	Le positionnement territorial	94%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	59%

Synthèse du chapitre 3

La gouvernance du CHBE a défini une Politique Qualité, Sécurité des soins et Gestion des Risques 2025-2029 comprenant 6 axes prioritaires chacun avec des objectifs, indicateurs de suivi et bilans réguliers. Le pilotage est organisé en deux niveaux, management et opérationnel, en coordination avec les différents comités dont la CDU.

Ces orientations sont déclinées dans un PAQSS global élaboré par processus, mis à jour en continu, structuré, complet avec état d'avancement, priorités. Il est fondé sur une analyse globalisée de l'ensemble des données, des risques et connaissances disponibles.

Des PAQSS spécifiques par secteurs / processus sont élaborés, suivis par les professionnels concernés et permettent d'alimenter le PAQSS global.

Des enquêtes sur la culture qualité des soins sont menées régulièrement, selon une méthodologie adaptée, dans l'ensemble des services. Mais l'encadrement médical et paramédical ne connaît pas tous les résultats de cette évaluation permettant de mettre en place des actions d'amélioration adaptées au secteur.

Des activités qualité sont organisées lors de journées thématiques, avec des jeux qualité, des QUIZZ des informations diffusées via la newsletter qualité, lors de réunion de service ou d'« Instants qualités ». Des moments de partage, causeries « TI KOZE » dans les services permettent des transmissions d'information ainsi que l'abord de thématiques choisies par les professionnels.

La déclaration des Evénements Indésirables est réalisée sous forme informatique. Ils sont analysés régulièrement et les déclarants informés des actions entreprises. Les Evénements Graves Associés aux Soins (EIGS) dont les presque accidents sont analysés selon la Méthode Alarm, lors des RMM ou CREX. Ils font l'objet d'une synthèse avec analyse des causes et plans d'action associés. Les EIGS sont systématiquement déclarés sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables. Les professionnels sont formés à la déclaration des EI. Une procédure d'annonce du dommage associé aux soins est mise en œuvre et les professionnels formés à cette annonce.

Le plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) est défini et les différentes catégories de risques dont les risques numériques ont été identifiés. Il est catégorisé établissement de troisième ligne. Des exercices de situations sanitaires exceptionnelles ont été réalisés avec actions d'amélioration issues de Retex.

Les professionnels sont sensibilisés à la réflexion éthique, mais aucun état des lieux des questionnements n'a été réalisé. Aucun cadre institutionnel de réflexion éthique incluant les RU ou les Patients Partenaires, avec des réunions régulières, n'a été établi. Des médecins sont formés à la réflexion éthique.

Si nécessaire, un recours à l'espace de réflexion éthique de Guadeloupe (EREGIN) peut être réalisé.

La continuité des soins ainsi que la permanence des soins sont assurées au sein de l'établissement. L'organisation médicale et paramédicale est conforme aux recommandations. Les maquettes organisationnelles ont été entièrement repensées à partir d'une analyse approfondie des besoins du terrain, des besoins de l'établissement et des ressources financières disponibles.

Des créations de postes ont été réalisées afin de garantir la sécurité des soins et le bon fonctionnement de la structure. L'absentéisme fait l'objet d'un suivi régulier, avec des modalités de remplacement adaptées mobilisant, si nécessaire, les ressources internes, la mobilité interne et un pool de vacataires.

Les bilans et les plans de formation sont formalisés incluant des formations par simulation. L'encadrement paramédical bénéficie d'un parcours managérial structuré. En revanche, l'encadrement médical n'a pas été formé au management.

Une charte managériale existe concernant l'encadrement paramédical. Par ailleurs, une charte de gouvernance passée entre le Directeur et le Président de CME a été élaborée détaillant les domaines de compétence respectifs et partagés et incluant des objectifs spécifiques intégrés aux contrats des médecins.

Les entretiens annuels sont conduits par l'encadrement paramédical, mais ne sont pas réalisés par l'encadrement médical.

L'encadrement médical et paramédical n'est pas formé à la prévention et à la gestion des faits de discrimination

L'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants dont les Etudiants en Santé est formalisé avec un parcours d'intégration, livret d'accueil, tutorat. Les résultats des questionnaires de satisfaction sont intégrés au PAQSS.

Les taux d'absentéisme (arrêt de travail, de maladie) sont suivis. Le DUERP (Document unique des risques professionnels) a été mis à jour en septembre 2025. Pour chacune unité la typologie du risque, leur criticité ont permis la priorisation de la prise en charge comme les risques physiques et TMS. Selon leur criticité, des actions de formation ont été conduites, sur les gestes et postures, l'agressivité, les aménagements de l'accueil. Le projet social est en cours de validation.

Une politique de qualité de vie au travail est élaborée selon la gestion prévisionnelle des métiers et compétences ainsi qu'avec les risques prioritaires issus du DUERP. Les professionnels sont associés dont les instances représentatives.

La communication interne permet la diffusion des projets et actualités de l'établissement : affichage, intranet, différentes réunions de service et de comités.

Les campagnes de vaccination sont conduites en lien avec la médecine de santé au travail : mise à disposition des vaccins gratuitement et suivi des taux de vaccination.

Tous les locaux sont sécurisés. Des agents SSIAP sont sur site. Un diagnostic de sureté a et réalisé par la Gendarmerie et mise en place des préconisations.

La gestion des conflits et difficultés de relations professionnelles est organisée en interne : entretien individuel avec l'encadrement, médiation, possibilité de solliciter des intervenants extérieurs dont la médecine du travail. Les professionnels ont accès à des dispositifs d'écoute et de soutien en interne ou en externe.

Les organisations du temps de travail permettent aux professionnels des temps dédiés à des actions qualité ou des projets en équipes.

Le Centre Hospitalier de Capesterre-Belle-Eau propose des activités de médecine, de soins médicaux et de réadaptation (SMR) et d'USLD ainsi qu'un plateau technique de rééducation. Il dispose également d'un service d'Imagerie médicale comprenant un scanner et des équipements d'échographie.

Labellisé hôpital de proximité en mars 2023, il est membre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de la Guadeloupe, qui regroupe sept hôpitaux publics du territoire.

Il héberge sur son site, l'Association pour l'utilisation du Rein Artificiel (AUDRA), un centre de vaccination, un

cabinet dentaire, un centre de Santé sexuelle.

Depuis le 1 janvier 2026, il est en Direction commune avec le Centre Hospitalier de Basse Terre permettant une structuration des parcours et des mutualisations de moyens.

Un Projet Médico-Soignant 2025-2029 détaille les axes stratégiques médicaux et paramédicaux. Des projets sont détaillés autour du « bien vieillir » et « hôpital de proximité ouvert sur le territoire ».

Il participe aux projets territoriaux de parcours et a des conventions avec les différents établissements privés ou publics pour organiser la prise en charge des patients ainsi qu'avec les HAD, CPTS , EHPAD...

Des filières de soins sont organisées en chirurgie, cardiologie, médecine, soins palliatifs ...

Des réseaux professionnels permettent des partages d'expérience.

La disponibilité des lits est connue quotidiennement et transmise aux différents acteurs du territoire et à l'ARS. Des actions d'adaptation sont prévues lors de périodes de tension probable : cyclone, carnaval...

Les admissions directes en hospitalisation sont possibles depuis la médecine de ville, les urgences, via trajectoire ou les EHPAD, y compris les week-ends et jours fériés. Des protocoles et procédures détaillent le parcours patient et sa prise en charge.

Des filières de soins gériatriques sont organisées avec les acteurs du territoire, en amont, pour éviter le passage des patients âgés, aux Urgences. Des admissions directes en service spécialisé peuvent être organisées avec le CH de Basseterre (CHBT) sans passage par le service des Urgences. Des indicateurs sont suivis et présentés aux instances.

Les patients et aidants peuvent joindre facilement l'établissement ainsi que les médecins adresseurs mais leur satisfaction n'est pas évaluée par un questionnaire.

Des CREX ont été réalisées avec les Etablissements du territoire à la suite de déclaration d'EI concernant des transferts de patients.

L'établissement entretient ses locaux et ses équipements, des plans de maintenance sont suivis.

Une politique de développement durable, en cours de validation vise à réduire l'impact environnemental, optimiser les infrastructures et soutenir l'économie locale. Les actions incluent la gestion écologique, la performance énergétique, les achats responsables' alimentation durable et les projets structurants (photovoltaïque, GTB, modernisation du froid). Un référent Développement Durable est nommé, et l'établissement souhaite collaborer avec le conseiller en transition énergétique des établissements de santé (CTEES) du CHT. Un groupe Développement Durable est en cours de constitution.

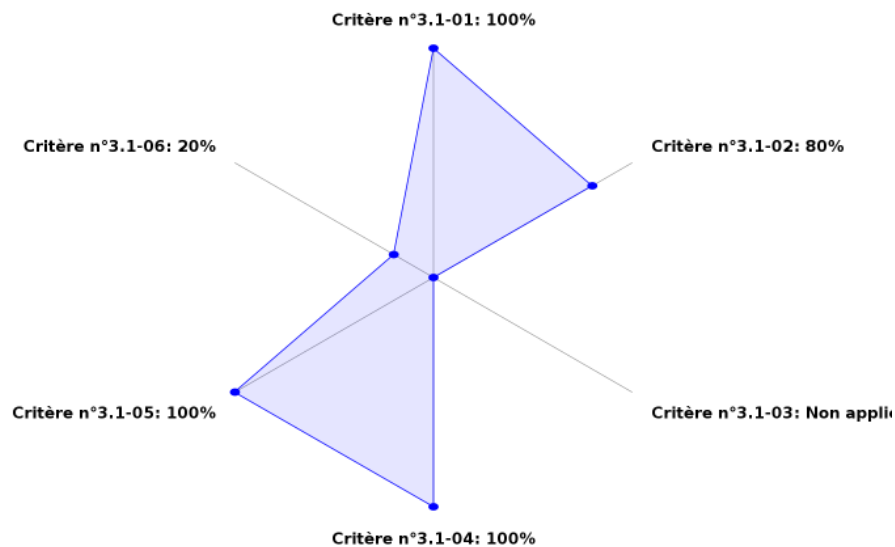
Le différentes filières et tri des déchets sont organisées permettant leur réduction. Des actions écoresponsables sont réalisées dans les services comme la réduction du petit matériel...

La télésanté n'est pas encore en place dans l'établissement, c'est un objectif du projet médico-soignant. Le chariot de télémedecine a été livré, mais il n'est pas encore opérationnel.

La gouvernance, en lien avec la Direction de la Recherche Clinique du CHUG, soutient l'engagement des professionnels dans la recherche clinique. Toutefois, aucun essai clinique n'a encore été mené.

Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins

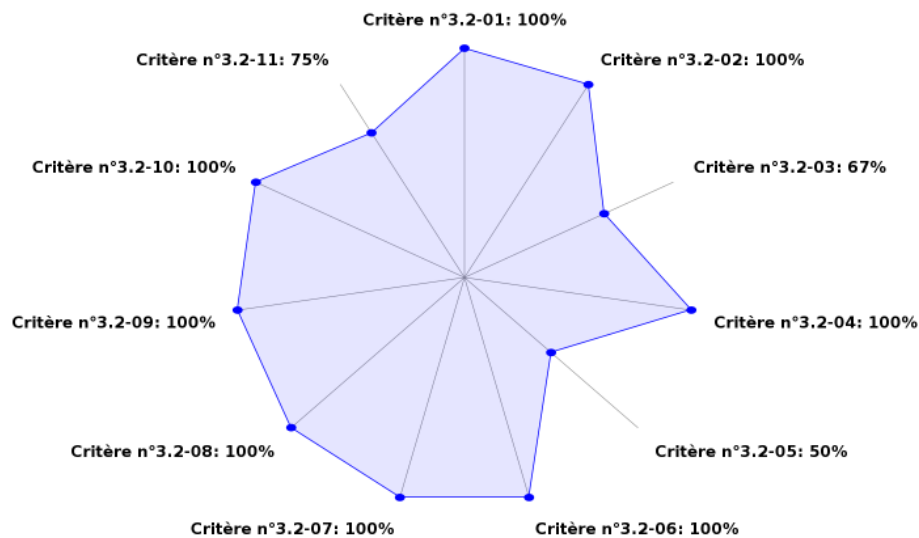
Score de l'objectif **80%**



Critères		
3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	100%
3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	80%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	Non Applicable
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque-accidents	100%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.1-06	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	20%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

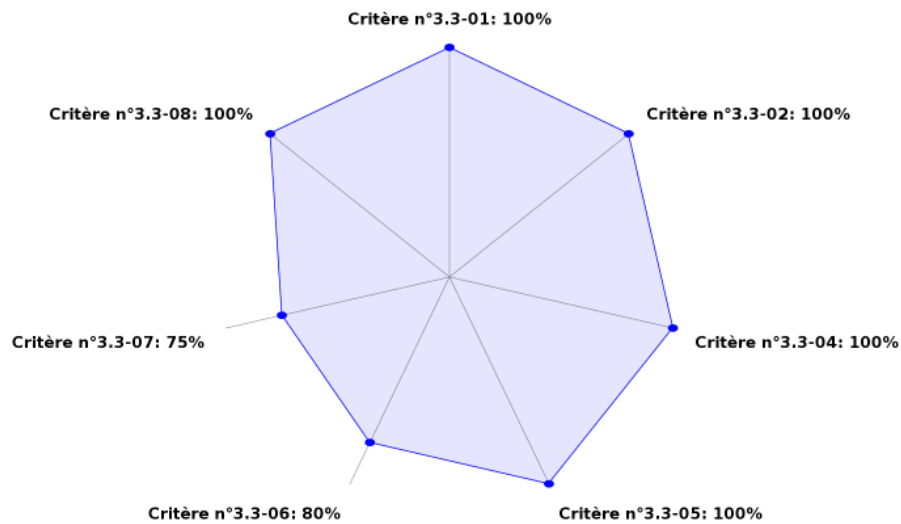
Score de l'objectif **89%**



Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	67%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	100%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	50%
3.2-06	La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels	100%
3.2-07	La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels	100%
3.2-08	L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	100%
3.2-09	L'établissement a un environnement favorable à la qualité de vie au travail	100%
3.2-10	La gouvernance a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	100%
3.2-11	L'établissement favorise le travail en équipe	75%

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

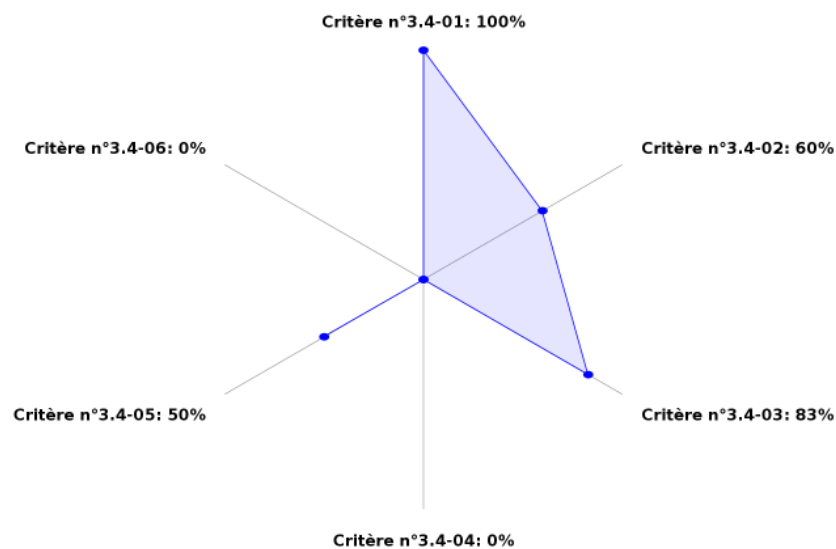
Score de l'objectif **94%**



Critères		
3.3-01	L'établissement est acteur de la coordination des parcours sur le territoire	100%
3.3-02	L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté	100%
3.3-04	L'établissement organise les prises en charges non programmées	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%
3.3-06	L'établissement est aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants	80%
3.3-07	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	75%
3.3-08	L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire	100%

Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques

Score de l'objectif **59%**



Critères		
3.4-01	L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	100%
3.4-02	L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables	60%
3.4-03	L'établissement agit pour la transition écologique	83%
3.4-04	L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient	0%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	50%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	0%

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

