



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

# **CENTRE HOSPITALIER DE LA BASSE TERRE**

Avenue gaston feuillard  
97109 Basse-Terre - Guadeloupe



Validé par la HAS en Janvier 2024

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)



Haute Autorité de santé – Service communication et information  
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00  
© Haute Autorité de santé – 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	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	21
Annexe 3. Programme de visite	22

# Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS : les experts-visiteurs. Cette procédure quadri-annuelle, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique.

La certification constitue une des modalités de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par les établissements. Elle y favorise également la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle.

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluée par l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

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

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

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

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

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

**| ... et sur des méthodes**

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

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

## **| Une décision et un rapport rendus publics**

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

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

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

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

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

# Décision

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

# Présentation

CENTRE HOSPITALIER DE LA BASSE TERRE	
Adresse	Avenue gaston feillard 97109 Basse-Terre - Guadeloupe FRANCE
Département / Région	Guadeloupe / Guadeloupe
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

**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	970100178	CENTRE HOSPITALIER DE LA BASSE TERRE	Avenue gaston feillard 97109 BASSE-TERRE FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

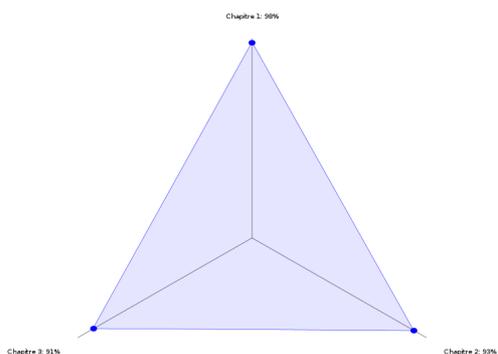
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Maternité
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
SAMU-SMUR
Soins critiques
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

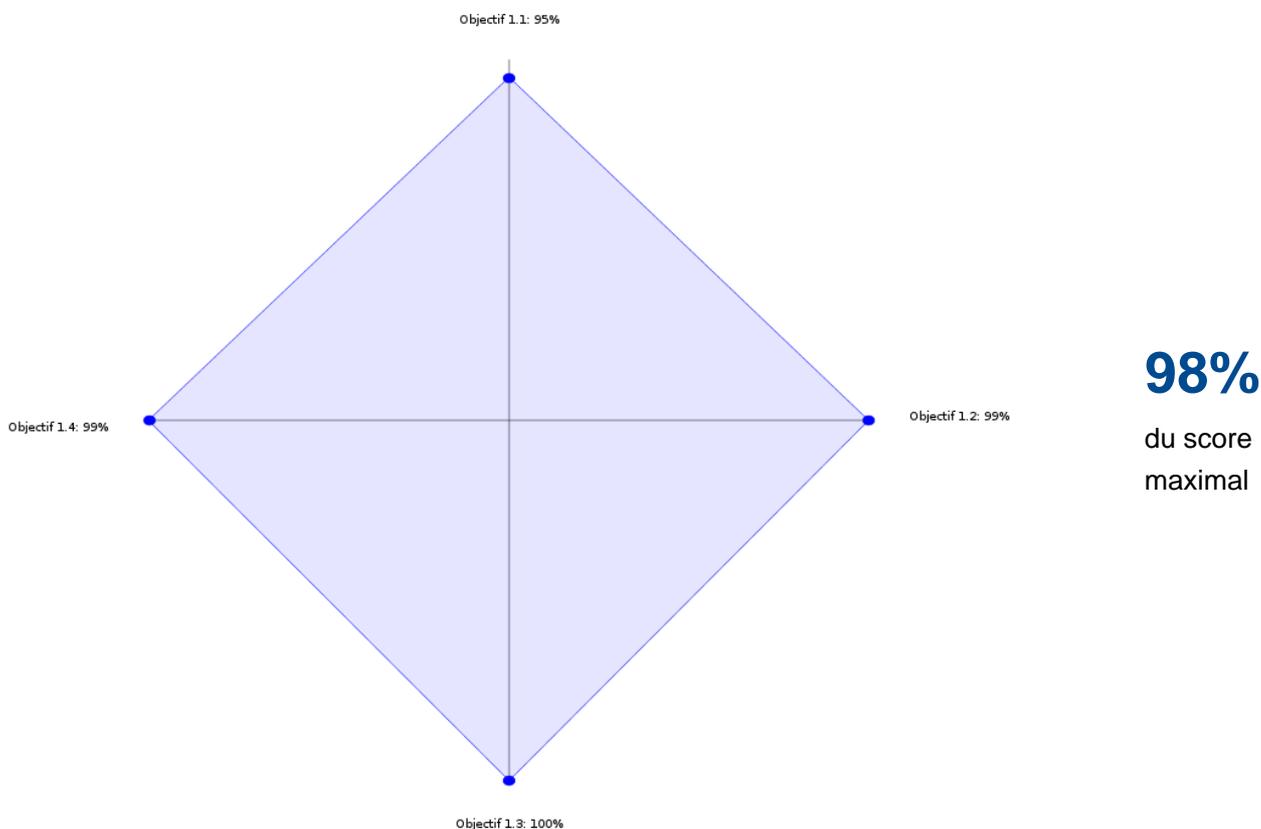
Au regard du profil de l'établissement, **119** critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient

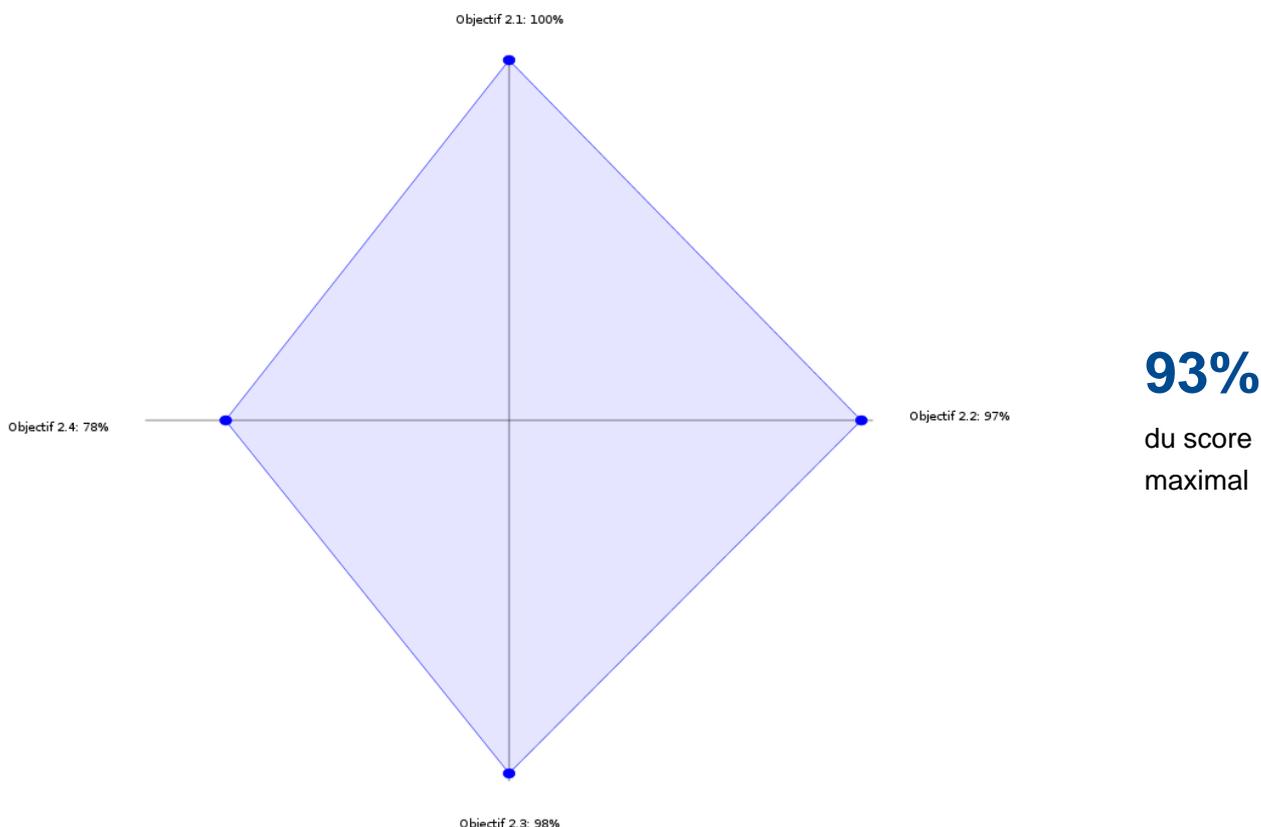


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	95%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	99%

Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques et sur les soins prodigués ; pour autant, si son admission est faite en urgence, le patient n'est pas toujours informé du délai de sa prise en charge. La grande majorité des patients est impliquée dans l'évaluation bénéfique/risque de toute décision majeure pour sa prise en charge. Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités (recherche constante de son adhésion avec une communication adaptée constaté dans différents services par exemple la cardiologie, la pédiatrie, la maternité ou la néonatalogie). L'enfant ou l'adolescent est invité à exprimer son avis sur le projet de soins. Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé. Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur de sa prise en charge (plusieurs programmes d'éducation thérapeutique

en HDJ dont une école du cœur). Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse (630 accouchements, maternité de niveau III, compte-tenu de l'isolement géographique de l'établissement situé sur Basse terre et de son éloignement du CHU situé sur Grande Terre). Le patient peut désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix. En prévision de sa sortie, il est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits. Le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant le séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées. Le patient est informé des produits sanguins labiles qui lui sont administrés. En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge. La plupart des patients est informée de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées (trace retrouvée dans les dossiers patient). De même le patient a la possibilité en situation de fin de vie de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs. Le patient reçoit toutes les informations sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins pour son retour à domicile ; en revanche il est peu informé des représentants des usagers et associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner et des modalités pour les contacter malgré les affichages dans l'établissement et les coordonnées dans le livret d'accueil. Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction ; de nombreux questionnaires spécifiques sont disponibles (chirurgie ambulatoire, hôpital de jour de médecine, bloc opératoire) et les représentants des usagers participent à un questionnaire un jour donné régulièrement ; pour autant il n'est que peu informé des modalités pour soumettre une réclamation et des modalités pour déclarer tout évènement indésirable associé à ses soins. Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité ; en dépit de certains locaux exigus ou anciens (exemple : service des urgences, bloc opératoire et SSPI, SMR cardiologie), il est constaté partout des pratiques respectueuses. Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté (urgences, bloc, SSPI, chirurgie) avec des professionnels formés à cette prise en charge. Le patient vivant avec un handicap ou le patient âgé dépendant bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour. Le patient bénéficie également du respect de la confidentialité des informations le concernant. Le recours à la contention mécanique relève d'une prescription médicale complète ; elle est toujours motivée et réévaluée régulièrement. Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité. Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager sa douleur (échelles adaptées, trace de la réévaluation en particulier) ; le niveau de douleur n'est cependant pas constamment retrouvé dans les prescriptions « si besoin ». Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants peuvent s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins. Ils peuvent rencontrer les soignants dans des lieux adéquats. Leur présence est facilitée dans tous les services en dehors des heures de visite lorsque la situation le nécessite (exemples : pédiatrie, soins palliatifs, cardiologie). Des séjours de répit de courte durée sont organisés en gériatrie pour les aidants. Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement vers les services sociaux et associations adéquates du territoire (service social de l'établissement très investi dans les services au regard d'une frange de la population très précaire). Le patient vivant avec un handicap – ou ses proches et aidants - exprime ses besoins et préférences pour une prise en compte dans son projet de soins. Le patient mineur, atteint de maladie chronique ou vivant avec un handicap bénéficie de modalités de prise en charge intégrant les préoccupations de socialisation, éducatives et scolaires adaptées à sa situation. Le centre référent des troubles du langage et des apprentissages assure une prise en charge pluridisciplinaire des enfants en lien avec l'école et la ville. Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie (culture et habitudes du patient pris en compte, assistance sociale proposée au patient, PASS organisée, relai de la PMI).

## Chapitre 2 : Les équipes de soins



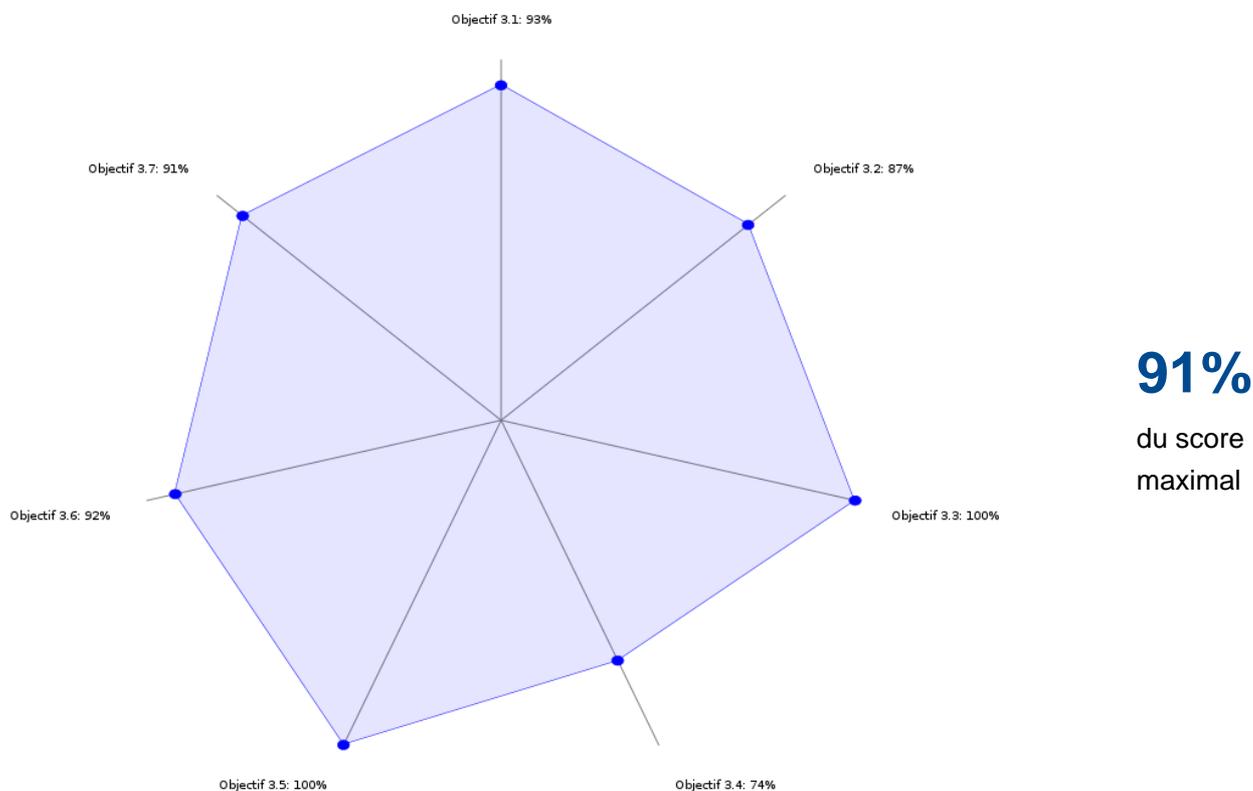
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	97%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	98%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	78%

La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe (nombreux staffs dans tous les services, RCP, argumentation des prescriptions de restriction de liberté telles que les barrières au lit). La pertinence de l'orientation du patient par le SMUR est argumentée avec les équipes d'aval. La prescription d'HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient (liens étroits avec toutes les HAD de Guadeloupe). La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée (nombreux protocoles, infectiologue en lien direct avec les praticiens des services, formations régulières). La pertinence de la transfusion des produits sanguins labiles est argumentée. Le dossier pré hospitalier du SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient ; il fait l'objet d'une analyse régulière. L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en

charge : circuits courts pour les urgences absolues pour les coronarographies, les AVC en lien avec le CHU de Guadeloupe, circuits courts internes pour la cardiologie ou la maternité, liens avec l'établissement de santé mentale pour raccourcir les délais de prise en charge des patients en psychiatrie. Cependant dans le service des urgences (25000 passages par an), l'exiguïté des locaux rend difficile le respect de la confidentialité et de l'intimité du patient en période forte activité. Elle a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement. Le dossier du patient est complet et accessible aux professionnels concernés. Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins (fiches de liaison inter services, staffs inter services, sollicitations des équipes mobiles de gériatrie, de soins palliatifs ou de professionnels de l'EOH ou les infectiologues, présence d'un professionnel de psychiatrie aux urgences). La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'un début de conciliation des traitements médicamenteux (traitements anticancéreux oraux). Les équipes se coordonnent dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité. L'équipe de soins peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise. Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent et tiennent compte de la priorisation des urgences ; néanmoins les écarts de programmation ne font pas l'objet d'une analyse régulière et commune entre les équipes de chirurgie et d'anesthésie. Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent toutes les informations relatives au patient ; cependant la qualité des informations transmises ne fait pas l'objet d'une analyse régulière dans toutes les spécialités. Au bloc opératoire et dans les secteurs interventionnels (endoscopie digestive, bloc obstétrical), la check-List « sécurité du patient » est utilisée de manière efficace. En phase de transition adolescent-adulte, les équipes se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge (secteur pédiatrique avec le secteur adulte et l'établissement de santé mentale). Il est constaté que le carnet de santé, le dossier du patient et le cas échéant le dossier médical partagé sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins. Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée est mise en œuvre pour les patients en fin de vie. Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant, pas toujours le jour de la sortie et parfois sous forme de compte-rendu d'hospitalisation. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge. Elles maîtrisent la mise en application de toutes les vigilances. Les équipes respectent également les bonnes pratiques de prescription et de dispensation et d'administration des médicaments ; l'analyse pharmaceutique n'intègre pas les informations du dossier pharmaceutique qui n'est pas alimenté. Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque (listes adaptées aux services, identification depuis la pharmacie jusqu'à l'administration, règles de stockage sécurisées professionnels formés). L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés très majoritairement conformément aux recommandations de bonnes pratiques. Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie ; le bilan thérapeutique des traitements est très souvent retrouvé dans les dossiers des patients. Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle. Elles maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains (nombreux audits réalisés) ; pour autant, les équipes rencontrées ne connaissent pas toujours l'indicateur de consommation de solution hydroalcoolique pour leur service. Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions standard et complémentaires (nombreux protocoles et audits, formation des professionnels, référents hygiène dans les services). Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liés aux actes invasifs. Elles maîtrisent également le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables. Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opératoires ; pour autant, l'EOH étant en difficulté passagère en termes de ressources humaines il n'y a pas d'audit sur les ISO et l'audit sur l'antibioprophylaxie est en cours. Les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène (liens forts entre pharmacie et services cliniques). Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels. Les équipes du service d'imagerie et du celle du bloc opératoire maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants ; cependant à la maison d'arrêt il n'y a pas de dispositif de maîtrise de ce risque pour le cabinet dentaire. Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat.

L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée sur la base d'un score protocolisé. Le transport du patient en intra hospitalier est maîtrisé (protocoles connus et appliqués, matériels d'urgence, formation des professionnels, traces dans le dossier des modalités de la délivrance). Les équipes améliorent le plus souvent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques (exemple en cardiologie) ; certaines ne sont pas en capacité de présenter une démarche d'évaluation sur un échantillon de patients. Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur la satisfaction et l'expérience de leurs patients ; cependant les représentants des usagers ne participent pas pour le moment à la campagne de recueil de l'expérience patient (participation active à l'analyse réalisée). Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur leurs résultats d'indicateurs notamment les indicateurs qualité et sécurité des soins (nombreux audits réalisés à l'appui des IQSS). Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés (nombreux CREX et RMM, analyse approfondies réalisées sur la base d'une méthode avérée). Les équipes de soins critiques mettent en œuvre des actions pour améliorer la prise en charge des patients sur la base d'indicateurs ; pour autant, il n'y a pas de registre de refus d'admission et les ré hospitalisations à 48/72 heures ne sont pas suivies. Les modalités de réalisation de la check-List dans les secteurs interventionnels sont peu analysées ; en particulier les GO/NO/GO ne sont pas suivis. Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont mises en place (analyse de pertinence des prescriptions, qualité des prélèvements, délai de rendu des examens). Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale sont mises en place ; cependant, le service d'imagerie fonctionnant essentiellement avec des prestataires extérieurs travaillant à distance, les imageurs ne participent pas aux RCP. Pour ce qui concerne les activités de prélèvement et de greffes d'organes, les équipes de soins critiques savent contacter le centre de référence au CHU de Guadeloupe.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	93%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	87%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	74%
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	92%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	91%

Seul établissement MCO du sud de Basse Terre, le centre hospitalier couvre une zone d'environ 100 000 habitants ; il participe aux projets territoriaux de parcours et met en place une politique active « d'aller vers » les autres établissements publics et privés qu'ils soient sanitaires (cliniques, hôpitaux de proximité, établissement public de santé mentale, HAD, consultations avancées dans plusieurs hôpitaux et cliniques) ou médico-sociaux

(EHPAD, IME et MAS) et vers la médecine de ville (IPA en cardiologie). Pour autant, le ROR n'étant pas encore opérationnel, l'établissement ne l'alimente pas. L'établissement participe à la coordination des parcours sur le territoire ou hors territoire dans le cas d'activités de recours (projet d'établissement 2023-2028), en concordance avec le projet médical partagé du GHT de 2011 (déploiement de filières type cardiologie et rythmologie, neurologie, parturientes à risque). Pour les admissions directes en urgence sans les unités spécialisées, l'établissement a mis en place des modalités de prise en charge rapide (urgences cardiaques, neuro-vasculaires, réanimation). L'établissement contribue à prévenir les passages évitables aux urgences des personnes âgées (intervention de l'EMG aux urgences, admissions directes dans le court séjour gériatrique, la cardiologie, la médecine interne). Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter aisément l'établissement (messagerie sécurisée, numéros d'appel directs des praticiens, rendez-vous en ligne débutant pour les patients). L'établissement promeut la recherche clinique en son sein et en lien avec le CHU de Guadeloupe (convention pour les urgences, les épilepsies, la prostate en imagerie et la réanimation). L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient (e-satis, questionnaires spécifiques dans les services, enquête un jour donné avec la participation de représentants des usagers) ; pour autant l'établissement n'a pas encore déployé de questionnaires sur le résultat de leur santé du point de vue des patients (PROMS). L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients qui commence à se mettre en place (des patients pairs dans les programmes d'éducation thérapeutique, présence de représentants des usagers à des CREX, permanence des RU depuis peu. L'établissement a une communication centrée sur le patient (par exemple formations de professionnels à la communication vers certaines populations spécifiques type mineurs, chaîne de télévision interne dédiée aux patients). L'établissement veille à la bientraitance (formation des professionnels, enquête auprès des professionnels et des patients en 2022, mise en place d'un groupe de travail éthique et bientraitance). Il participe au repérage et à la prise en charge des maltraitances éventuelles subies par les patients et il lutte contre la maltraitance en son sein (formations au repérage). Si l'accessibilité des locaux aux personnes vivant avec un handicap moteur est possible dans tout l'établissement en dépit de son caractère pentu et pavillonnaire, il n'en est pas de même pour les personnes vivant avec un handicap sensoriel. L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables (exemple : PASS, service social disponible pour les urgences). L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier. L'établissement favorise l'accès aux innovations pour les patients (essais cliniques en oncologie par exemple). L'établissement implique des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement dans les instances et la vie de l'établissement (exemples : organisations d'une journée de prévention avec les RU et associations sur les maladies sexuellement transmissibles, d'une journée sur la bientraitance, présence d'un R.U. au directoire un fois par an). Le projet des usagers est en cours de formalisation. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins (implication des instances, référents qualité dans les services, PAQSS décliné par service). L'établissement soutient une culture de sécurité des soins (lettre « qualité » mensuelle, évaluation de la culture sécurité en pédiatrie et obstétrique). La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge (maquettes organisationnelles, projet de pool de remplacement). Les responsables d'équipe (cadres, chefs de service, coordinatrice des secrétariats médicaux) bénéficient de formations ou de coaching en management. La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe en mettant en œuvre des solutions d'organisation du temps de travail et des temps dédiés de réunion de service ; pour autant les professionnels ne sont pas sensibilisés au travail en équipe type team building ou mise en situation. Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées mais il n'y a pas de programmes intégrés d'acquisition et de maintien de compétences type PACTE ou accréditation d'équipes. L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs (participation des R.U. à la réflexion éthique, groupe de travail éthique et bientraitance) ; pour autant l'établissement n'a pas encore réalisé d'état des lieux des questionnements éthiques ; un projet de structuration d'un comité d'éthique en lien avec le GHT est en cours. La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail basée sur l'amélioration des conditions de travail, le plan de formation

et le développement des compétences et l'amélioration de l'attractivité ; cette politique correspond aux préoccupations majeures de l'établissement (recrutement médical en particulier, locaux parfois vétustes dont certains seront rénovés d'ici 2025, développement des œuvres sociales). La gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée ; confronté à de multiples situations exceptionnelles (exemples : cyclone, volcan proche, distilleries) les professionnels mettent en œuvre régulièrement les plans d'urgence et la cellule de crise. L'établissement répond aux attendus liés aux risques numériques. La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée (plan de sécurisation de l'établissement réactualisé en fonction des travaux réalisés dans l'établissement, nombreux services sécurisés à l'entrée, liens étroits avec la gendarmerie et l'établissement de santé mentale pour les urgences). Les effets et objets personnels des patients ne sont pas toujours sécurisés. Les risques environnementaux et les enjeux du développement durable sont maîtrisés (réfèrent nommé, travail sur les économies d'énergie, le tri des déchets). La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement (procédure actualisée, chariots harmonisés, sécurisés et vérifiés, numéro d'appel unique vers les urgences sur un poste téléphonique dédié) ; la majorité des professionnels est formée à l'AFGSU ; les exercices de simulation ne sont pas réalisés (en projet pour 2024). La gouvernance mobilise les équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques (diffusion des bonnes pratiques, mise à jour des protocoles, discussions en instances) ; cependant il n'y a pas de revues de pertinence des admissions et des séjours avec indicateurs d'alerte. L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité ; néanmoins les équipes ne connaissent pas les recommandations et avis de la CDU. L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins ; les résultats sont utilisés par les équipes des services pour abonder leur plan d'actions ; des audits hors protocole sont menés chaque année sur le dossier de soins par l'encadrement et les soignants. De même l'établissement analyse, exploite et communique la survenue d'évènements indésirables liés aux soins (EIG déclaré sur le portail de signalement, CREX avec méthode avérée). L'établissement améliore l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intra hospitalier de qualité en toute sécurité. La gouvernance promeut l'accréditation des médecins. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à renforcer la sécurisation de la gestion de la douleur en cas de prescription si-besoin, le respect de la confidentialité et de l'intimité du patient aux urgences, les analyses de pratiques et l'évaluation de la pertinence des prises en charge et à mettre en oeuvre les exercices de mise en situation envisagé dans la gestion de l'urgence vitale.

# 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	970100178	CENTRE HOSPITALIER DE LA BASSE TERRE	Avenue gaston feillard 97109 BASSE-TERRE FRANCE
Établissement principal	970100392	CENTRE HOSPITALIER DE LA BASSE TERRE	Avenue gaston feillard 97109 Basse-Terre - Guadeloupe FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
---	--------

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système			
2	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Médecine	
3	Traceur ciblé			/
4	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient âgé Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
5	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient atteint d'un cancer Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
6	Audit système			
7	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Ambulatoire	

			Chirurgie et interventionnel	
8	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Maternité	
9	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
10	Audit système			
11	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
12	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins critiques Chirurgie et interventionnel	
	Parcours traceur		Tout l'établissement	

13			<p>SAMU-SMUR</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins critiques</p> <p>Médecine</p>	
14	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
15	Audit système			
16	Audit système			
17	Traceur ciblé			/
18	Traceur ciblé			/
19	Traceur ciblé			/
20	Traceur ciblé			/
21	Audit système			
22	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p>	

			<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
23	Audit système			
24	Audit système			
25	Audit système			
26	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Maternité</p>	
27	Traceur ciblé			/
28	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
29	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
30	Traceur ciblé			/
31	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	

32	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
33	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins critiques</p> <p>Maternité</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
34	Audit système			
35	Audit système			
36	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
37	Traceur ciblé			/
38	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p>	

			Médecine	
39	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Ambulatoire Médecine	
40	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
41	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
42	Traceur ciblé			désinfection des endoscopes
43	Audit système			
44	Traceur ciblé			/
45	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	

46	Traceur ciblé			/
47	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Médecine</p>	
48	Traceur ciblé			/

---

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

---

