



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

# EPSM DE LA GUADELOUPE

Premier plateau  
97120 SAINT CLAUDE



Validé par la HAS en Mars 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 – Mars 2024

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	12
Chapitre 3 : L'établissement	14
Table des Annexes	16
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	17
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	18
Annexe 3. Programme de visite	19

# 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 non-certification de l'établissement.

# Présentation

EPSM DE LA GUADELOUPE	
Adresse	Premier plateau 97120 SAINT CLAUDE FRANCE
Département / Région	Guadeloupe / Guadeloupe
Statut	Public
Type d'établissement	CHS / EPSM

**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	970100277	EPSM DE LA GUADELOUPE	1ER PLATEAU 97120 SAINT CLAUDE 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
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Psychiatrie et santé mentale
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement, **106** critères lui sont applicables

# Chapitre 1 : Le patient

Le livret d'accueil dont la dernière version est datée de septembre 2023 contient des informations sur la personne de confiance, les directives anticipées et les représentants des usagers. Cependant il est diversement distribué aux patients comme indiqué lors des patients traceurs. Si lors de son admission l'état de santé du patient ne permet pas de recevoir des informations, le livret d'accueil est souvent oublié lorsque son état de santé s'est amélioré. Les patients sont impliqués dans leur prise en charge et leur consentement est recherché. Le patient majeur ou mineur est associé à son projet de soins, ses préférences sont prises en compte. Dans les unités, des messages de santé publique sont communiqués. Dans l'unité la passerelle, de nombreux flyers ayant attiré à la contraception, à la prévention des IST, des préservatifs sont en accès libre. Toutefois, dans l'unité des adolescents (UDSI) aucun support d'information et de communication n'est affiché. Lors de sa sortie, le patient reçoit une information sur les médicaments prescrits. Cependant, l'établissement n'a pas mis en place un document adapté à l'ambulatorio relatif à des informations sur la conduite à tenir en cas de survenue d'évènements indésirables. Le patient est sollicité pour faire part de sa satisfaction avec le questionnaire de sortie joint au livret d'accueil. Le taux de retour est de 7,72%. Quant à l'expérience patient, une expérimentation est en cours au secteur G06. Des réunions soignants-soignés ont lieu dans les unités de soins afin de recueillir le vécu des patients. Les équipements et les locaux ne garantissent pas la dignité des patients. Lors des différentes investigations réalisées dans les unités d'hospitalisation complète des secteurs adultes (Bois de Rose, l'unité G05, les Manguiers), il a été constaté que les conditions d'accueil et les pratiques des professionnels en lien avec les soins quotidiens ne permettaient pas de préserver la dignité des patients le temps de leur passage en espace dédié à l'isolement. Ces espaces sont délimités par deux portes ouvrant sur des couloirs de circulation de l'unité. Ces deux portes sont équipées d'un fenestron qui laisse passer le regard sur l'espace commun de la zone d'isolement et même sur une partie de deux chambres de soins intensifs. A l'intérieur de cette zone commune qui dessert directement les 4 chambres d'isolement de cette unité, des espaces vitrés importants laissent le patient à la vue de toutes les personnes présentes (patients ou professionnels). Dans chacune des chambres d'isolement, si le patient bénéficie d'un espace toilette et de douche, il ne dispose pas d'un appel malade ni d'un accès à la lumière. Pour l'une de ces chambres la vue sur l'espace toilette ne préserve pas l'intimité du patient. Par ailleurs il n'y a dans ces chambres aucun mobilier adapté (table et chaise) pour que le patient puisse s'asseoir ou manger dans des conditions satisfaisantes. Le patient, en l'état, doit manger sur le bord de son lit. Parfois il mange assis à même le sol après avoir mis son matelas par terre. Le plateau est laissé dans le SAS, seule la barquette plastique est donnée au patient. Dans une des chambres d'isolement de l'unité d'hospitalisation complète du secteur G04, il se dégage une odeur pestilentielle d'urines. Le problème est connu des professionnels qui cependant continuent à l'utiliser. Dans l'unité des adolescents, la chambre d'isolement est dépourvue de sanitaires. Il en est de même dans la chambre d'isolement du CAC; de plus la porte de l'espace d'isolement est pourvue d'un large oculus accessible aux autres patients installés dans les box. Lors de la visite du CGLPL en 2015, il était noté " Tout patient placé en situation d'isolement ou sous contention doit disposer d'un système d'appel accessible. L'aménagement des chambres d'isolement doit permettre de s'asseoir et de manger dans des conditions dignes". A ce jour, aucun matériel n'a été acquis. Il a été passé un appel à marché pour les boutons d'appel malade le 6 octobre. Suite aux constatations des EV, l'établissement a occulté les oculi et les baies vitrées du couloir desservant les chambres d'isolement. Par ailleurs, suite à la visite l'établissement déclare avoir lancé un marché pour l'acquisition de matériel dédié aux repas et aux équipements de confort. Dans l'unité des adolescents qui reçoit 5 voire 6 patients, se trouvent 3 sanitaires non fermables à clés, 2 lavabos et 1 douche pour tous les garçons et idem pour les filles plus une douche sans cloison à proximité des lavabos. De plus les chambres sont

composées d'un lit uniquement : pas de chaise, pas de table, aucune couleur ou affiche sur les murs. Dans l'unité la passerelle, 3 salles de bains vétustes pourvues de toilettes non fermables pour 11 patients. Dans les chambres doubles très exiguës, aucune séparation permet de préserver l'intimité, les placards des effets personnels ne ferment pas à clé. La réévaluation de la douleur n'est pas systématiquement retrouvée dans le dossier patient. Le résultat de l'IQSS à 10% en 2022 en témoigne également. La prescription ne précise pas le niveau de déclenchement du « si besoin ». Le patient est impliqué dans l'élaboration de son projet de soins. Les proches et /ou aidants sont reçus sous réserve de l'accord du patient afin de préparer le projet de sortie. Toutefois, l'information des proches lors du dépassement des 48 heures d'isolement et/ou des 24 heures de contention (instruction 29 mars 2022) n'est pas systématiquement tracée dans les dossiers. Une prise en charge sociale, éducative et scolaire est proposée, selon les besoins, à l'enfant ou à l'adolescent et à ses parents. A cette fin, l'équipe de l'unité des adolescents est pluriprofessionnelle : puéricultrices, psychologues, infirmières, éducateurs spécialisé, aides-soignants et un temps d'enseignant spécialisé.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins

La pertinence des décisions est argumentée au sein des équipes lors des staffs pluridisciplinaires. Pour les prises en charge standards, l'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques. Les situations complexes font l'objet d'une concertation et de suivi en équipe avec les différents partenaires acteurs de la prise en charge. L'équipe définit les modalités de prise en charge au vu des besoins spécifiques des patients et de leurs souhaits. La construction du projet de soin fait suite à une approche globale de la situation du patient. En l'absence d'un règlement intérieur institutionnel, certaines unités ont rédigé des règles de vie non validées institutionnellement comme dans l'unité passerelle. Celui-ci précise que le téléphone des patients est autorisé sur prescription médicale. Cette règle (dans une unité de réhabilitation) est une atteinte à la liberté des patients, la liberté étant la règle, la prescription ne peut concerner qu'une restriction de liberté en lien avec un état clinique. Dans l'unité des adolescents, les téléphones portables sont interdits ainsi que les visites les premières 48h de l'hospitalisation. Sur le site de Grande Terre, toutes les unités d'hospitalisation complète sont fermées limitant ainsi la liberté d'aller et venir des patients en soins libres notamment. L'établissement dispose de 38 chambres d'isolement. Un groupe de travail sur l'isolement est en cours sans qu'à ce jour aucune action concrète ne soit menée ou inscrite dans le PAQSS. L'établissement n'a pas mené une réflexion sur les droits des patients en identifiant les situations mettant en jeu la dignité et l'intimité des patients et limitant leurs libertés. Les prescriptions d'antibiotiques correspondent à une justification, toutefois la réévaluation de l'antibiothérapie n'est pas systématiquement tracée, les praticiens n'ont pas tous bénéficié de formations. Le dossier patient est accessible pour tous les professionnels. Les équipes se coordonnent dans les situations d'hébergement et lors de la transition adolescent adulte. Des synthèses intra / extra sont organisées dans les secteurs G04 et G05. Lors de l'hospitalisation des mineurs, le carnet de santé n'est pas rempli par les praticiens ; ceux-ci préfèrent remettre aux parents la lettre de liaison. L'EPSMG précise que cela est fait afin d'éviter toute stigmatisation. En ce qui concerne la prise en charge somatique, tous les patients en soins sans consentement sont évalués aux urgences du centre hospitalier de Basse Terre ou au CHU de la Guadeloupe. Toutefois, lors d'un patient traceur cet examen somatique dans les 24 h n'a pas été retrouvé. Lorsque nécessaire pour la prise en charge de comorbidités, il est fait appel à des correspondants externes. Les modalités de télésanté ne sont pas mises en œuvre. 32 structures extra hospitalières maillent le territoire permettant un accès précoce aux soins. Toutefois, l'établissement ne mesure pas le délai d'entrée en soins. Une grille d'évaluation du risque suicidaire est intégrée dans le dossier patient. A la sortie du patient, une lettre de liaison est remise au patient et adressée au médecin traitant. L'IQSS de la qualité de la lettre de liaison était de 35% en 2022. Les bonnes pratiques de l'identitovigilance sont respectées par les professionnels. Le nom du patient est demandé avant chaque acte. Les vigilances sanitaires sont peu connues des professionnels rencontrés. L'établissement ne dispose pas de PUI, il est conventionné avec celle de centre hospitalier de Basse Terre (CHBT). Il n'y pas de dispensation nominative, l'analyse pharmaceutique n'est pas réalisée, aucune cible de patients n'a été identifiée. Aucun regard sur la pertinence de la prescription n'est réalisé par la pharmacienne du CHBT, d'où l'absence d'interventions pharmaceutiques à prendre en compte par les prescripteurs. L'établissement reçoit peu de personnes âgées, mais les actions de prévention des facteurs de risque de dépendance iatrogène ne sont pas toujours tracées dans le dossier. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration. La concordance entre prescription/produit est réalisée avant l'administration. Une demi-heure avant l'administration, l'IDE constitue son pilulier de la prise avec étiquetage systématique et au moment de l'administration, l'IDE recontrôle et valide en temps réel. Une liste des médicaments à risque est identifiée, avec sécurisation par une étiquette appropriée spécifique. Cependant, celle-ci n'est pas adaptée à la population des enfants. La liste des médicaments à risque a été édictée par la PUI du CHBT sans tenir compte

des spécificités de l'EPSM. Il n'y a pas eu de travail conjoint spécifique et adapté à l'élaboration d'une liste de médicaments à risque pour les enfants et adolescents. Le stockage des médicaments n'est pas conforme aux bonnes pratiques dans toutes les unités, souvent par défaut de matériels adaptés. C'est par exemple le cas à l'unité passerelle, les médicaments sont en vrac dans l'armoire à pharmacie, ne respectant pas la règle un casier/une molécule. Le frigo de cette unité est en panne (+14 degrés) depuis plusieurs semaines, les médicaments thermosensibles sont stockés à l'UTP G06 distant de plusieurs kilomètres. Suite à la visite, l'EPSM déclare que le stockage des médicaments de cette unité a été revu conformément à la règle susvisée et que des réfrigérateurs de secours en cas de panne ont été livrés et la procédure afférente diffusée.

Également dans l'unité d'hospitalisation complète du secteur G06, l'armoire à pharmacie est cassée, les tiroirs de médicaments sont posés sur la paillasse. L'équipe EOH est en place depuis peu mais témoigne d'une dynamique forte. Une équipe constituée d'un cadre et de 2 IDE récemment diplômés d'un DU d'hygiène ont mis en place un réseau de 60 correspondants d'hygiène dans les unités qui ont été formés avec l'appui du CPIAS régional. Il a été réalisé des audits « Pulp-friction » avec résultats par unité et mise en place de propositions d'actions correctives. Les équipes connaissent les indications de l'hygiène des mains ainsi que la consommation ICSHA qui est affichée dans l'unité et les modalités de contact de l'EOH. Toutefois, il a été observé un manque de matériel (balais, lavettes...) adapté pour effectuer dans des conditions satisfaisantes le bionettoyage. Les équipes sont formées aux bonnes pratiques de mise en place des dispositifs intravasculaires périphériques. Une base documentaire accessible est en cours d'actualisation. Il n'a pas été réalisé d'audits sur les précautions complémentaires. L'établissement met en place les conditions nécessaires pour favoriser la vaccination des professionnels : transports pour se rendre au centre de vaccination, campagne de communication... cependant les résultats restent modestes et peu connus de l'encadrement. Les équipes de soins préviennent les risques de récurrence de moments de violence des patients sans toutefois formaliser de plan de prévention partagé. Une évaluation de pratiques professionnelles (EPP) a été menée dans les secteurs G02 et G06 concernant le patient en Programme De Soins. Le secteur G06 mène un projet de restructuration selon les critères Quality Rights du CCOMS et a défini des actions d'amélioration. Dans les autres secteurs, il n'est pas mené d'EPP, il n'est pas défini d'indicateurs de pratique clinique. Des réunions soignants-soignés ont lieu dans les unités d'hospitalisation complète. Les représentants des usagers ne participent pas au recueil de la satisfaction des patients. L'établissement suit les indicateurs qualité des soins auquel il est soumis, ceux-ci sont communiqués aux différentes instances. De plus, il mène des audits de dossier annuels sur les structures ambulatoires et sur les unités temps pleins avec différents critères (médecin traitant, diagnostic, motif d'envoi, éléments biographiques...). Cependant, les résultats de ceux-ci ne donnent pas lieu à des actions d'amélioration intégrées au PAQSS. Les équipes analysent les événements indésirables associés aux soins selon la méthode ALARM et mènent les actions d'amélioration qui en découlent. Toutefois, les patients ne sont pas associés aux RMM, souvent en raison de leur profil, et ne sont pas associés à des formations auprès des professionnels. Des actions d'amélioration sur la qualité des résultats des examens de biologie ainsi que sur l'imagerie médicale sont menées.

## Chapitre 3 : L'établissement

L'établissement participe aux projets territoriaux, il a créé une direction en charge de la coopération territoriale. Il développe sa politique d'aller-vers notamment dans la création d'équipes mobiles pour les adolescents, pour les personnes âgées ainsi que le développement d'équipes mobiles d'insertion par le logement. Il accompagne la mise en place du Centre de Ressources Handicaps Psychiques et la mise à disposition d'information à destination des acteurs de 1er niveau en santé mentale. Il contribue à la mise en place des conseils locaux de santé mentale. Il n'existe pas de CPTS sur le territoire. L'établissement suit les actions du PTSM en collaboration avec l'ARS. Il a été mis en place une Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle en santé mentale pour les cas complexes. Les délais de lettres de liaison sont suivis. Les équipes des CMP et des hôpitaux de jour collaborent avec la médecine de ville, elles accompagnent la recherche de médecins traitants pour les patients et les tiennent informés par la suite de leur état de santé. Le service des adolescents a établi des liens avec le service de pédiatrie du CHBT. Les usagers ainsi que les professionnels peuvent joindre l'établissement 24h/24. Dans les CMP, il est remis aux patient un carton de RDV avec les coordonnées téléphoniques. La messagerie sécurisée est opérationnelle. Il n'y a pas d'utilisation du dossier pharmaceutique. Des actions d'amélioration dans le secteur G05 sont réalisées à partir de l'expérience patient via des questionnaires (utilisation d'un budget cuisine pour des repas et goûter améliorés suite aux remarques négatives sur la qualité des repas). Dans l'hôpital de jour du Gosier il est effectué un travail d'éducation thérapeutique avec des patients experts relatif à la prise en charge du patient atteint de schizophrénie. Les plaintes et réclamations des patients sont communiquées dans les différentes instances. Des formations à la communication avec les patients sont proposées aux professionnels (relation d'aide, entretien infirmier...). Toutefois, il n'est pas mené d'évaluation des pratiques de communication. L'établissement a défini une charte de bientraitance ainsi qu'une affiche intitulée les clés de la bientraitance et un organigramme élaboré par un groupe de travail. Toutefois, il n'a pas été effectué d'évaluation de risques impactant la bientraitance. L'établissement n'a pas identifié les situations de soins sensibles comme la mise en isolement. L'établissement diffuse les modalités de signalement des faits de maltraitance auprès du Procureur de la République ou du Conseil Départemental concernant les mineurs et les personnes vulnérables. Toutefois, aucun recensement de ces signalements et aucune évaluation ne sont effectués. Des documents définissant la maltraitance ont été diffusés sans que les modalités d'appropriation aient été définies. Aucun outil, aucune recommandation de bonnes pratiques n'ont été mis à disposition des professionnels. Toutes les structures de l'EPSM ne sont pas accessibles aux personnes en situation de handicap. Pour exemple, l'unité « passerelle » d'hospitalisation complète est une maison à étages sans ascenseur, le CMP Abymes sud, l'hôpital de jour Boisvin ne sont pas accessibles aux patients en situation de handicap ceci venant à limiter l'accès de certains patients à la structure. Dans ce cas, ils peuvent être orientés vers les structures accessibles aux personnes à mobilité réduite. L'établissement est organisé pour que le patient accède à son dossier, les délais sont suivis et présentés en CDU. Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie institutionnelle, ils participent à la CDU dont ils assurent la présidence, au conseil de surveillance ainsi qu'au Directoire, à la CME, au Comité de réflexion éthique, CLAN, CSIRMT et CSE. L'établissement s'est engagé dans une démarche d'amélioration de la qualité et a édicté (octobre 2023) une charte de management par la qualité au travers de 5 thèmes : leadership et cohésion managériale ; continuité et coordination des équipes ; évaluation des pratiques ; culture qualité des soins ; sécurisation des risques prioritaires. Le COPIL qualité se réunit toutes les semaines, la revue des évènements indésirables est effectuée tous les vendredis. Toutefois, tous les professionnels rencontrés ne peuvent citer des actions qualité. Une enquête qualité sécurité des soins a été organisée mais pas sur l'ensemble des unités. L'établissement n'a pas recours à l'intérim mais a constitué une équipe de

suppléance pour le jour comme pour la nuit. Une politique de formation des cadres et d'accès au diplôme cadre de santé est promue. Le collectif cadres a bénéficié de formation « team building ». Il n'a pas été mis en œuvre de démarches type PACTE ni de programme d'accréditation en équipes. L'encadrement soignant est réuni une fois par mois ainsi que l'ensemble des cadres logistiques et techniques. Un comité éthique est formalisé, un état des lieux des questionnements éthiques a été réalisé. Les professionnels identifient les questions éthiques sans recourir à des ressources externes ; son président (psychologue retraité), un avocat et un sociologue. L'établissement a rédigé une politique de qualité de vie au travail intégré au projet social. Des dispositifs de soutien psychologique sont accessibles pour les professionnels grâce à un numéro de téléphone. En cas de conflits dans une équipe, un médiateur externe peut être désigné. L'établissement maîtrise la gestion des tensions hospitalières spécifiques au territoire (cyclonique, sismique, volcanique, tsunami...), avec la mise à jour du plan blanc, un dispositif de communication en cas de rupture téléphonique, dotation de citerne d'eau potable, exercices suivis de RETEX, mise à disposition de ressources dans le cadre de la cellule d'urgence médico-psychologique. La prévention des atteintes aux biens est assurée. Un audit de sécurisation des bâtiments a été réalisé par la gendarmerie suivi de préconisations : mise en place de deux postes d'agents de sécurité, portes fermées. Les situations à risque pour les professionnels ne sont pas identifiées et prises en compte, tel que l'absence de système de Protection de Travailleur Isolé. Suite à la visite, l'établissement déclare que le système de Protection de Travailleur Isolé sera couplé au système d'appel malade qui est en cours d'acquisition. L'établissement n'a pas procédé à un diagnostic au regard des enjeux de développement durable avec un plan d'actions et la nomination d'un référent. Tous les secteurs de l'établissement ont un numéro de téléphone unique dédié aux urgences vitales. Les chariots d'urgence sont accessibles aux professionnels avec un contrôle du contenu régulier. En pédo psychiatrie, les valises d'urgence vitale ont des scellés avec un code couleur bleu pour la valise incomplète en attente de réassort et rouge pour la valise complète. Dans certaines unités les mallettes d'urgence ne sont pas scellées, ne permettant pas de s'assurer de leur complétude (exemple unités Passerelle, Poinsettias). Il n'est pas mis en œuvre d'exercices de mise en situation, les professionnels ne sont pas tous régulièrement formés aux gestes d'urgence. La gouvernance s'assure de la diffusion des bonnes pratiques. Cependant, il n'est pas mené de revue de pertinence des admissions et des séjours. Les contributions des représentants des usagers sont prises en compte, toutefois les actions d'améliorations issues de l'expérience patient ne sont pas intégrées au PAQSS. Les recommandations de la CDU ne sont pas connues des professionnels. L'établissement analyse et exploite les Indicateurs Qualité Sécurité des soins. Les événements indésirables liés aux soins sont déclarés, analysés selon la méthode ALARM, les plans d'actions sont suivis. La CDU est informée et les RU sont formés à l'annonce d'un dommage lié aux soins. Toutefois, lors des traceurs ciblés événements indésirables menés, la traçabilité de l'information au patient du dommage lié aux soins n'a pas été retrouvée. La HAS prononce une non-certification et encourage l'établissement à garantir la dignité des patients pris en charge et le respect de leurs libertés individuelles, identifier les risques de maltraitance inhérents aux pratiques, assurer l'analyse pharmaceutique des prescriptions, adapter les listes de médicaments à risque aux spécificités des unités de prise en charge, garantir le respect des bonnes pratiques liées au stockage des médicaments, améliorer la prise en charge des urgences vitales, développer la culture de l'analyse des résultats. Une nouvelle visite sera programmée au plus tard dans deux ans.

# 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	970100277	EPSM DE LA GUADELOUPE	1ER PLATEAU 97120 SAINT CLAUDE FRANCE
Établissement géographique	970112868	EPSM DE LA GUADELOUPE GRANDE-TERRE	Route de Chauvel 97158 POINTE A PITRE CEDEX FRANCE
Établissement géographique	970104139	S.M.P.R.	Centre pénitentiaire Fonds sarail 97122 BAIE MAHAULT FRANCE
Établissement principal	970100475	EPSM DE LA GUADELOUPE	Premier plateau 97120 SAINT CLAUDE 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	Traceur ciblé			/
2	Traceur ciblé			
3	Audit système			
4	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Enfant et adolescent Maladie chronique Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
5	Audit système			
6	Audit système			
7	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
8	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

9	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
10	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
11	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
12	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
13	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

14	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
15	Traceur ciblé			/
16	Traceur ciblé			/
17	Traceur ciblé			/
18	Traceur ciblé			/
19	Traceur ciblé			/
20	Traceur ciblé			/
21	Audit système			
22	Audit système			
23	Audit système			
24	Audit système			
25	Audit système			
26	Audit système			
27	Traceur ciblé			/
28	Traceur ciblé			/
29	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
30	Audit système			
31	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
32	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
33	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
34	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
35	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
36	Traceur ciblé			/
37	Traceur ciblé			/

38	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
39	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
40	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
41	Audit système			
42	Audit système			
43	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale	

44			<p>Ambulatoire</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
45	Parcours traceur		<p>Psychiatrie et santé mentale</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
46	Parcours traceur		<p>Psychiatrie et santé mentale</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
47	Audit système			



---

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

---

