



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CLINIQUE LES NOUVELLES EAUX MARINES

4725 route la clinique
97160 Le Moule - Guadeloupe



Validé par la HAS en Septembre 2025

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



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

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	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 2025	21
Annexe 3. Programme de visite	25

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

- 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 avec mention.

Présentation

CLINIQUE LES NOUVELLES EAUX MARINES	
Adresse	4725 route la clinique 97160 Le Moule - Guadeloupe FRANCE
Département / Région	Guadeloupe / Guadeloupe
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

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	970100525	S. A. NOUVELLE LES EAUX MARINES	4725 route la clinique Port land 97160 Le Moule FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

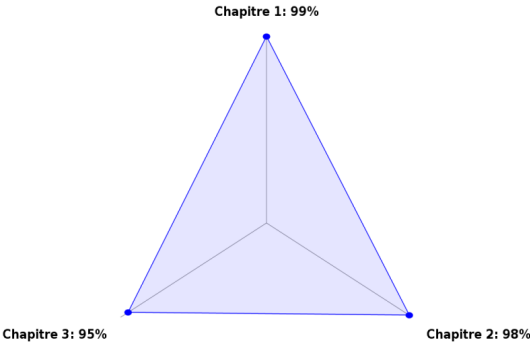
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Hospitalisation à domicile
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement

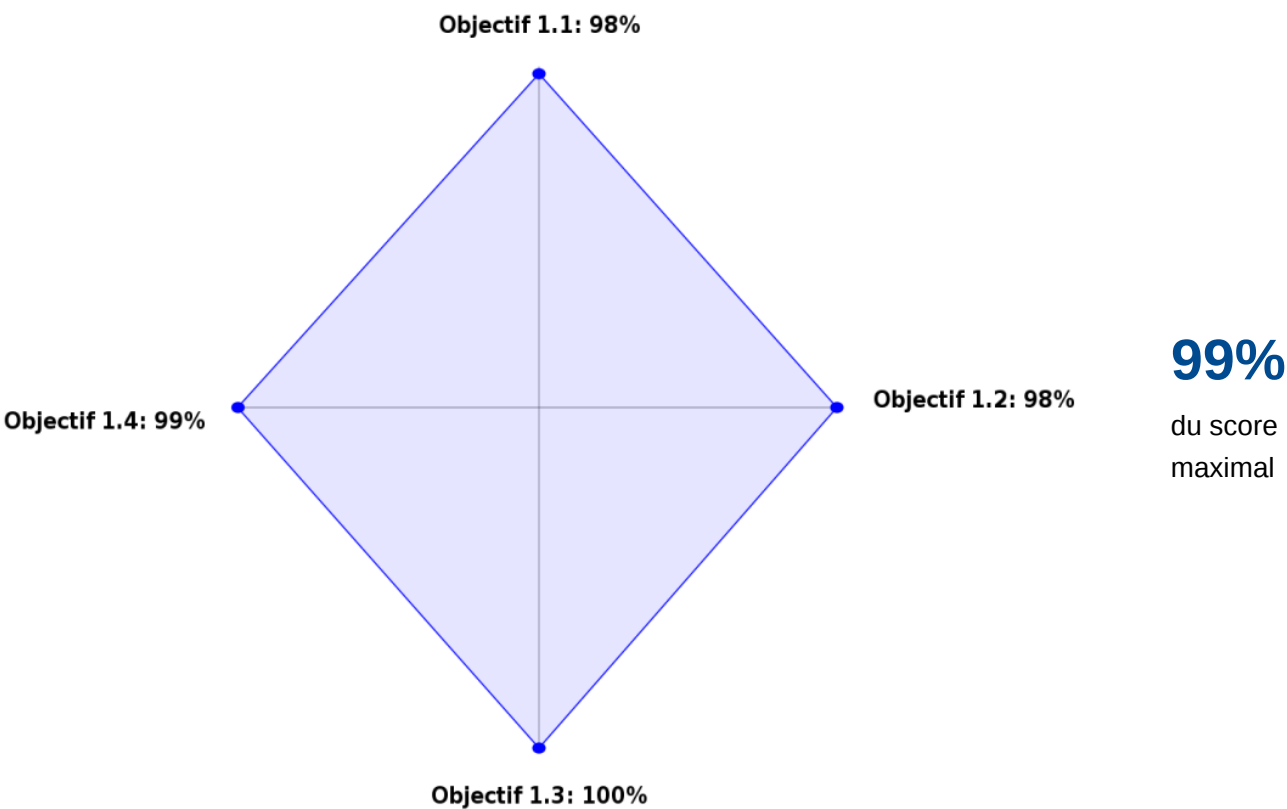
Au regard du profil de l'établissement, [102](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

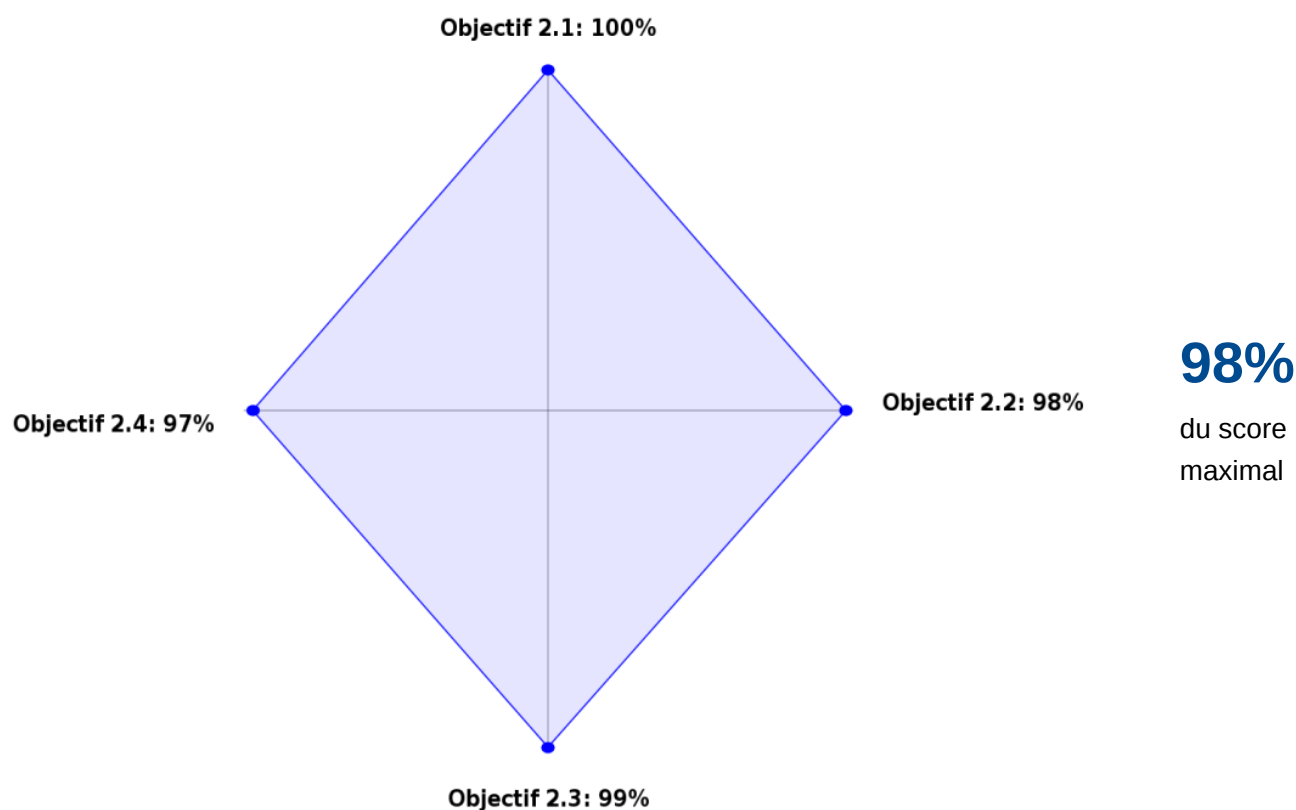


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	98%
1.2	Le patient est respecté.	98%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	99%

Les patients accueillis à la Clinique Les Nouvelles Eaux Marines reçoivent une information concernant leur état de santé et leur diagnostic. Ils peuvent exprimer leur consentement concernant le projet de soins après avoir reçu l'information sur les bénéfices et les risques. Ils reçoivent les informations nécessaires de la préadmission à la sortie. L'expression de la volonté du patient en fin de vie est recherchée et lui permet d'accéder aux soins palliatifs en cas de besoin. Les professionnels déclarent informer les patients et le livret d'accueil est remis dans tous les services. Néanmoins, des patients rencontrés ont déclaré ne pas être informé sur l'alimentation du dossier médical partagé et de la nécessité d'utiliser une messagerie sécurisée pour communiquer avec l'équipe médicale. La satisfaction et l'expérience patient sont recueillies que ce soit en hospitalisation complète ou partielle ainsi qu'en Hospitalisation A Domicile (HAD). Les droits des patients tels

que décrits dans la charte de la personne hospitalisée sont respectés au cours de la prise en charge. Les pratiques observées garantissent la dignité et l'intimité des patients. Cependant, certains locaux sont vétustes. La gouvernance a identifié les besoins de rénovation pour apporter le confort nécessaire. Une première tranche de travaux a été réalisée sur une unité d'hospitalisation complète (SMR) et la poursuite des travaux est prévue en plusieurs tranches jusqu'en 2026. Les patients présentant un handicap bénéficient du maintien de leur autonomie tout au long du séjour. Celle-ci fait l'objet d'une évaluation systématique à l'entrée et de réévaluation à fréquence régulière. Des mesures adaptées sont mises en œuvre pour préserver l'autonomie des personnes âgées hospitalisées. Les patients reçoivent une aide adaptée pour leurs besoins élémentaires (alimentation, hydratation, soins d'hygiène corporelle...). Leurs habitudes de vie sont prises en compte dès l'admission. L'accessibilité des locaux n'est pas assurée pour toutes les formes de handicap : les aménagements sont essentiellement adaptés pour le handicap moteur et des aides humaines sont apportées pour tout handicap. Le recours à la contention mécanique fait l'objet d'une prescription motivée dans le dossier du patient. Elle est réévaluée régulièrement lors des réunions pluriprofessionnelles. Concernant la prise en charge de la douleur ; on retrouve des évaluations et réévaluations régulières. La prescription d'antalgiques en "si besoin" est conditionnée à une échelle d'évaluation de la douleur. Les professionnels facilitent la présence des proches et des aidants lorsque la situation le nécessite. Des modalités particulières peuvent être mises en place pour leur faciliter l'accès en dehors des heures de visites. En HAD, l'implication des proches est particulièrement recherchée tout au long de la prise en charge. Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement au cours de l'hospitalisation et ses conditions de vie sont prises en compte pour l'organisation de sa sortie. En HAD, l'assistante sociale se rend au domicile du patient avant l'admission pour réaliser une évaluation du contexte social. En cas de précarité, à la suite d'une hospitalisation complète, un dispositif remarquable parmi d'autres peut être proposé : famille d'accueil avec intervention de l'équipe HAD.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



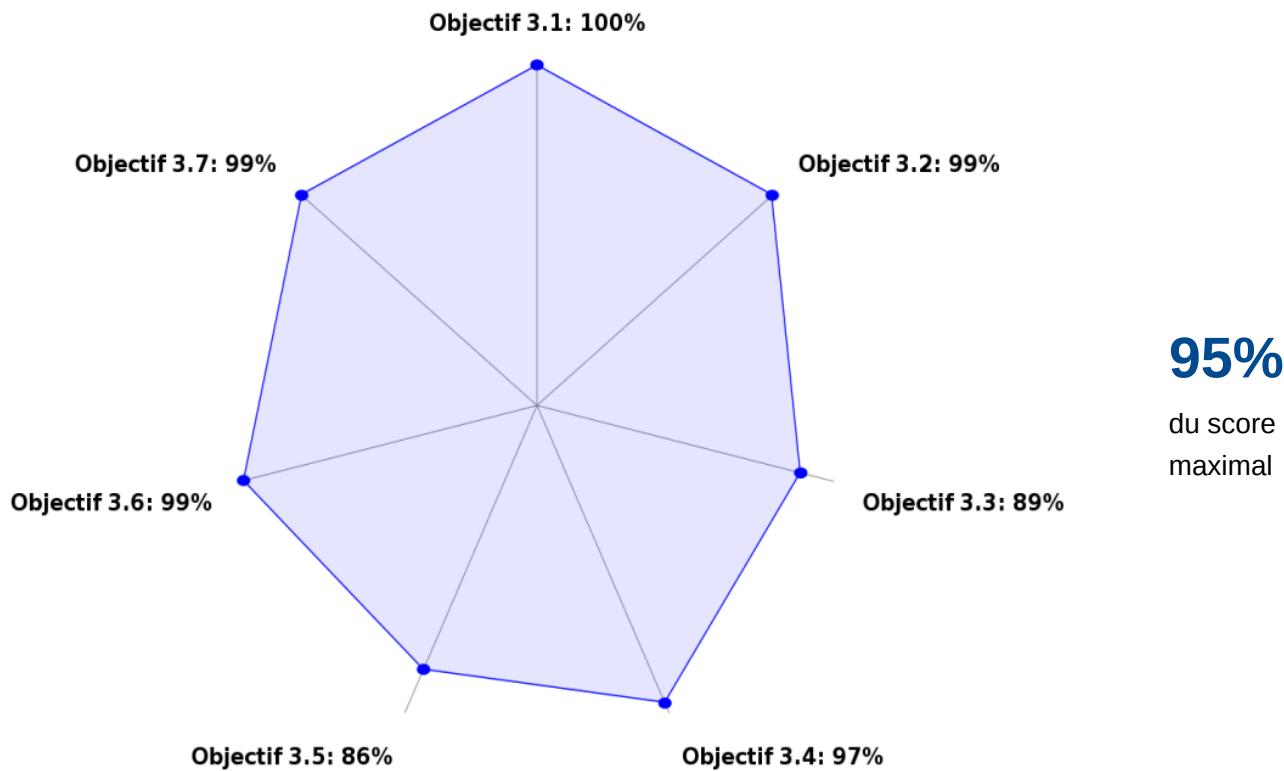
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	98%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	99%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	97%

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée. On retrouve les décisions prises dans le projet de soins du patient. Les demandes d'admission via trajectoire pour le Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) sont étudiées sur dossier avec parcours de validation des admissions à trois niveaux. La pertinence du maintien en hospitalisation ou en HAD est réévaluée à fréquence régulière au cours du séjour (réunion pluriprofessionnelle hebdomadaire). Les prescriptions des antibiotiques sont argumentées et réévaluées. Le référent antibiotique interne est identifié. Il peut avoir recours au référent du CHU de Pointe à Pitre en cas de besoin. Les prescripteurs sont formés (enseignement post universitaire) et ils peuvent s'appuyer sur l'antibioguide actualisé et validé en COMEDIMS. Le résultat de l'indicateur « réévaluation des antibiotiques » est suivi. Une organisation est effective dans chaque service pour la coordination des équipes,

la prise en charge pluri professionnelle et si nécessaire le recours à une expertise (douleur, hygiène, antibiothérapie, plaies et cicatrisation ...) ou à un avis spécialisé (soins palliatifs). Les référents en interne et en externe de la structure sont bien identifiés par les professionnels rencontrés. Les modalités de recours à la télésanté sont envisagées en hospitalisation complète. L'HAD utilise les lunettes connectées afin de recueillir un avis pour pansement complexe. Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée peut être mise en œuvre pour les patients en fin de vie avec l'appui d'une équipe mobile en soins palliatifs. Les éléments utiles à la prise en charge du patient sont collectés dans le dossier et accessibles à l'ensemble des professionnels. Cependant au moment de la visite, le logiciel intra et celui de l'HAD ne peuvent pas communiquer. Un projet de déploiement d'un logiciel unique est en cours. Le paramétrage est réalisé et le déploiement sur le terrain programmé. Au moment de la visite les médecins et le pharmacien ne consultent pas le Dossier Médical Partagé (DMP) ni le Dossier Pharmaceutique (DP). Les équipes sont mobilisées pour la maîtrise des risques liés à leurs pratiques en termes d'identitovigilance. Les procédures en place, sont connues et appliquées. Le taux de qualification est satisfaisant. Les professionnels sont sensibilisés à l'identitovigilance. Lors de l'admission le patient fait l'objet de la vérification de son identité au bureau des entrées selon les recommandations de bonnes pratiques puis en service de soins. En hospitalisation complète les patients portent un bracelet (bleu et rouge pour les personnes vulnérables) et en HAD lorsqu'ils partent en rendez-vous. Les responsables des vigilances sanitaires sont nommés et suivent les alertes ascendantes et descendantes et émettent les signalements si nécessaire. Ils sont clairement identifiés par les professionnels rencontrés. Les risques liés à la prise en charge médicamenteuse dont les médicaments à risque, les stupéfiants et les antibiotiques sont identifiés. La liste des médicaments à risque est connue dans chaque service. Ils sont identifiables de la prescription à l'administration. Les prescriptions se font exclusivement sur le Dossier Patient Informatisé (DPI). La dispensation nominative globalisée est réalisée suite à l'analyse pharmaceutique et à la validation par le pharmacien. Le stockage des médicaments à la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) et dans les salles de soins est conforme aux recommandations en vigueur. La surveillance de la température des réfrigérateurs contenant des médicaments est effective. L'administration du traitement est réalisée par l'infirmier(ère) avec la traçabilité dans le DPI au moment de la prise. En HAD, certains patients bénéficient du Programme d'Auto-Administration des Médicaments (PAAM). Le bilan thérapeutique est présent dans la lettre de liaison. Pour l'HAD, les produits de santé sont gérés par la PUI et une société externe concernant les dispositifs médicaux type lit médicalisé.... Au domicile, les produits sont stockés dans des contenants dédiés. Des coffres à codes sont installés en cas de présence de stupéfiants et pour les protocoles anticipés des situations à risque de complications. Les professionnels maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions standard et complémentaires. Les précautions complémentaires sont prescrites par les équipes médicales et les recommandations sont suivies. Le matériel pour isolement est disponible dans chaque service. L'établissement bénéficie des compétences de l'équipe opérationnelle d'hygiène. Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) est actif. Les pratiques sont évaluées (audit hygiène des mains, Indicateurs de Consommation de Solution Hydroalcoolique (ICSHA) suivi mensuellement, évaluation des dispositifs intravasculaires, EPP déchets ...). Le recueil des facteurs de risque iatrogéniques est formalisé dans le dossier du patient avec la complétude des mesures de prévention. Le transport des patients entre l'unité d'hospitalisation et le plateau technique ou le service de radiologie est maîtrisé (techniques de manutention, maintien de l'autonomie ainsi que le confort du patient). Les équipes évaluent leurs pratiques : audits hygiène, suivi d'indicateurs IQSS et indicateurs internes, EPP... Des évaluations en cours permettent d'analyser les résultats cliniques. La satisfaction des patients est évaluée par le biais des questionnaires de sortie. Le taux de retour du questionnaire e satis est faible compte tenu de la population accueillie. L'analyse de la satisfaction et l'analyse des réclamations permet de mettre en place des actions correctives qui sont connues des professionnels. Le dispositif de Retour de l'Expérience Patient (REP) est opérationnel en intra et en HAD au moment de la visite (entretiens réalisés par l'encadrement chaque mois). Il a été constaté une culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque accidents. Les EIAS sont déclarés sur la plateforme nationale. Les événements côtés graves et très graves font l'objet d'une analyse approfondie des causes avec

la méthode Alarm en y associant les professionnels concernés. Des actions d'amélioration sont mises en place et intégrées au PAQSS de l'établissement. Le process est informatisé et permet à chaque déclarant d'avoir un retour. Des professionnels de la clinique ont présenté l'analyse d'un EIG à la Structure régionale d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients. Ils ont été lauréats au niveau départemental et sélectionnés pour concourir au niveau national. La clinique dispose d'un service de radiologie mais pas de laboratoire. Au moment de la visite, les délais de rendu des examens ne sont pas suivis et partagés entre équipes du laboratoire et tous les services concernés. Les délais d'examens en radiologie pour les examens réalisés en externe ne donnent pas totale satisfaction aux praticiens rencontrés.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	99%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	89%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	97%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	86%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	99%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	99%

La Clinique Les Nouvelles Eaux Marines a identifié ses partenaires en amont et en aval et participe à la coordination des parcours sur le territoire. Le partenariat est développé avec les adresseurs des patients : médecins traitant, EHPAD, clinique Les eaux claires, CHU. Il est positionné dans la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS). Il collabore avec des spécialistes qui se déplacent pour les

consultations avancées en orthopédie, neurochirurgie, et traumatologie. L'établissement contribue à prévenir les passages évitables aux urgences des personnes âgées grâce aux admissions directes. Les modalités de communication permettant aux usagers et médecins de ville de contacter les professionnels sont aisées. Les numéros d'appel sont diffusés. Le standard est ouvert 7 jours sur 7 et 24H/24. La messagerie sécurisée est utilisée. Le dossier médical partagé (DMP) est alimenté au cours de l'hospitalisation sauf en HAD (le dispositif est opérationnel et sera alimenté prochainement). La clinique dispose d'une unité de recherche clinique placée sous la responsabilité d'un médecin. Une recherche a été conduite sur les troubles métaboliques et cognitifs et a donné lieu à des communications. L'hôpital vient de répondre à un nouvel appel à projet avec plusieurs promoteurs. L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement. Il promeut e-Satis mais ne parvient pas à obtenir suffisamment d'adresses mail pour être éligible. Plusieurs dispositifs de recueil de la satisfaction et expérience patients sont mis en place. Les questionnaires de sortie sont remis dans la pochette de sortie. Depuis peu, il est donné par l'encadrement une semaine avant la sortie en SMR et deux jours avant en médecine et les patients sont incités à le compléter. Un questionnaire de satisfaction pour la restauration est également diffusé tous les deux ans. Le dispositif REP a été mis en place récemment : tous les mois, les cadres (services de médecine, SMR et HAD) s'entretiennent avec des patients pour recueillir leur expérience. L'analyse est réalisée annuellement. Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement. Le projet des usagers est formalisé. La bientraitance fait partie des valeurs promues et intégrées dans la politique et les pratiques au sein de l'établissement. La charte bientraitance éthique est affichée. Les risques de maltraitance sont identifiés. Le dispositif de déclaration des situations de maltraitance et promotion de la bientraitance est opérationnel et connu des professionnels. La gouvernance fait preuve de leadership et la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins définit des orientations institutionnelles. La culture sécurité des soins a fait l'objet de deux évaluations en 2022 et 2024. La politique qualité est coordonnée par le COPIL QGR et déclinée en PAQSS actualisé au fil de l'eau. Chaque comité participe (CLIN, CLUD, COMEDIMS...) à l'élaboration et au suivi du Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS). Les comités Qualité Sécurité des Soins sont ouverts à tous les professionnels qui souhaitent y participer. L'encadrement est relai d'information sur des actions d'amélioration de la qualité et sécurité des soins auprès de leurs équipes. Les Représentants des Usagers (RU) émettent des recommandations dans le cadre de la CDU. Des cartographies ont été réalisées sur les principaux processus à risques et ont permis de définir les actions d'amélioration. On note une volonté d'adapter les ressources humaines pour la qualité et sécurité des soins, dans un contexte contraint. En cas d'absence, la responsable des Ressources Humaines ou l'administrateur d'astreinte dispose d'une liste de professionnels qui peuvent être contactés. Il y a adéquation entre les missions et les compétences des professionnels. Des entretiens annuels d'évaluation ainsi que de recueil des besoins de formation sont réalisés. La clinique dispose d'un plan de développement des compétences. Pour exemples : une formation à l'écoute active a été proposée en 2024, des simulations au vieillissement ou au handicap (port de prothèse) ont été réalisées. L'encadrement a effectué une formation au management mais il ne bénéficie pas d'action de soutien ou coaching individuel. La direction soutient le travail en équipe en termes de synchronisation des temps médicaux et paramédicaux, d'organisation du temps de travail et de moments d'échanges (réunions pluriprofessionnelles hebdomadaires, temps de transmissions entre équipes, réunions d'encadrement...). L'établissement ne s'est pas engagé dans une démarche d'accréditation ou de labélisation d'équipe. Une référente éthique anime le comité, qui travaille en lien avec l'espace régional d'éthique. Une enquête a été réalisée pour recueillir les questionnements éthiques des professionnels. Une séance de sensibilisation à l'éthique s'est déroulée dans l'établissement. En HAD, un Staff éthique a été animé par la cadre concernant une situation complexe. Toutefois, le comité éthique reste méconnu de certains professionnels. La politique qualité de vie au travail est en cours de finalisation. Cependant des actions pour la qualité de vie au travail sont mises en place : - dispositif de soutien psychologique, - réflexion et aménagement des horaires de travail. La gouvernance impulse et soutient des démarches favorisant la cohésion d'équipe : escape Games, rallyes, concours d'affiche etc... L'établissement a identifié ses risques et des actions sont intégrées au PAQSS pour répondre aux situations sanitaires

exceptionnelles, aux urgences vitales, aux enjeux du développement durable... Des plans sont formalisés et actualisés (plan blanc, Plan de Sécurité de l'Établissement ...). L'établissement est en permanence confronté aux risques environnementaux (coupures d'eau fréquentes sur le réseau et risque de cyclone une à deux fois par an). Il sait s'adapter afin de garantir la qualité des soins et la prestation hôtelière auprès de la patientèle. Les professionnels savent appliquer les procédures dégradées. Le dispositif pour pallier la situation d'urgence vitale est en place, matériel d'urgence à chaque niveau, numéro d'appel unique et formation des professionnels. Pour l'HAD, en cas d'urgence, un numéro unique permet de joindre à tout moment une infirmière coordinatrice et/ou un médecin. Le programme qualité (cartographie des risques, PAQSS, indicateurs, EPP) est l'outil managérial de la direction, du COPIL et de la CME. On constate l'appropriation de la démarche et des résultats par l'ensemble des professionnels rencontrés. Les résultats des Indicateurs Qualité Sécurité des Soins (IQSS) sont connus des professionnels et exploités à l'échelle de l'établissement. Le système de déclaration des événements indésirables est fonctionnel et donne lieu à des analyses collectives ainsi qu'à des actions d'amélioration.

Table des Annexes

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

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	970100525	S. A. NOUVELLE LES EAUX MARINES	4725 route la clinique Port land 97160 Le Moule FRANCE
Établissement principal	970103099	CLINIQUE LES NOUVELLES EAUX MARINES	4725 route la clinique 97160 Le Moule - Guadeloupe FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Non
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Oui
Autorisation de Médecine en HAD	Oui
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Oui
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Oui
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	24
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	59
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	20
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	0
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	60

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		El critique ou presque accident
2	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
3	Audit système	Représentants des usagers		
4	Audit système	Entretien Professionnel		
5	Audit système	Leadership		
6	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
7	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
8	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
9	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
10	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
11	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
	Patient		Hospitalisation à domicile	

12	traceur		Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
13	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
14	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque/ Antibiotique per os
15	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EI critique ou presque accident
16	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Balnéothérapie
17	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Maladie chronique Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière	

18			Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
19	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
20	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
21	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
22	Audit système	Coordination territoriale		
23	Audit système	Entretien Professionnel		
24	Audit système	Maitrise des risques		
25	Audit système	Dynamique d'amélioration		
26	Audit système	Entretien Professionnel		
27	Audit système	Entretien Professionnel		
28	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	

29	Patient traceur		Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
30	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
31	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
32	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque/ Antibiotique injectable
33	Audit système	QVT & Travail en équipe		
34	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NA
35	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation à domicile Maladie chronique Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité	

			Programmé Tout l'établissement	
36	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
37	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque/ Antibiotique per os ou injectable
38	Audit système	Engagement patient		
39	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
40	Patient traceur		Adulte Hospitalisation à domicile Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

41	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
----	-----------------	--	--	--

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

