



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

Polyclinique de KERIO

Kério

Cs 80040

56920 NOYAL PONTIVY



Validé par la HAS en Avril 2026

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 – Avril 2026

Sommaire

Préambule	4
Présentation	5
Les critères évalués	6
Les évaluations réalisées pendant la visite	7
La décision	8
Les résultats	9
Les résultats des critères impératifs et avancés	10
Chapitre 1 : Le patient	13
Résultats du chapitre 1 : Objectifs	13
Synthèse du chapitre 1	14
Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient	16
Objectif 1.2 : L'information du patient	17
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	18
Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	19
Chapitre 2 : Les équipes de soins	20
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	20
Synthèse du chapitre 2	21
Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	24
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	26
Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	28
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	29
Chapitre 3 : L'établissement	30
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	30
Synthèse du chapitre 3	31
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	33
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	34
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	36
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	37

Préambule

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

Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique. Elle est un des outils de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par eux. Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé, aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle. Par ailleurs, elle favorise la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

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

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

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

Présentation


Polyclinique de KERIO	
Adresse	Kério Cs 80040 56920 NOYAL PONTIVY FRANCE
Département / Région	Morbihan / Bretagne
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	560001307	POLYCLINIQUE PONTIVY KERIO	Kério Cs 80040 56920 NOYAL PONTIVY FRANCE
Établissement principal	560007510	POLYCLINIQUE PONTIVY KERIO	Kério Cs 80040 56920 NOYAL PONTIVY FRANCE

Les critères évalués


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

Secteur d'activité

 Chirurgie et interventionnel

Population

 Enfants et adolescents

 Patient âgé

Les évaluations réalisées pendant la visite

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



Rencontré **4** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



Évalué **4** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **10** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

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



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

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



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

La décision

La HAS peut prononcer trois types de décision :

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

Pour prendre sa décision, la HAS se base sur :

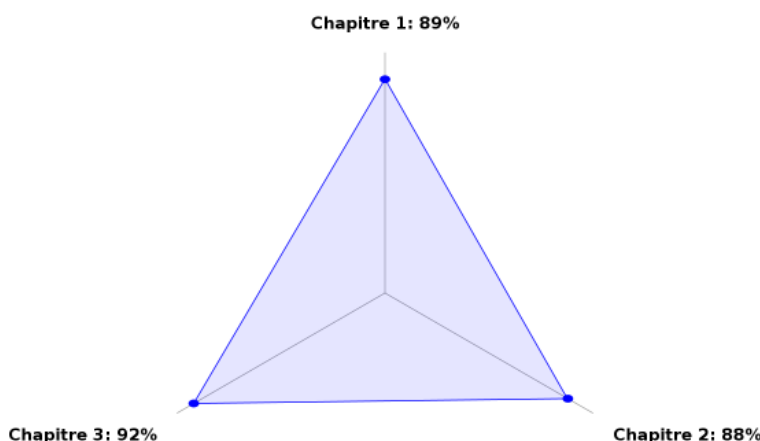
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs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

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

Les résultats

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

- Un premier concerne le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, son engagement recherché, ses besoins, attentes et préférences pris en compte. Au-delà de son engagement dans sa prise en charge, son implication comme partenaire est favorisée par l'expression notamment de son expérience.
- Un deuxième concerne les équipes de soins. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés aux pratiques et dans les secteurs à risques majeurs.
- Un troisième concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.



Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	89%
Chapitre 2	Les équipes de soins	88%
Chapitre 3	L'établissement	92%

Les résultats des critères impératifs et avancés

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

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

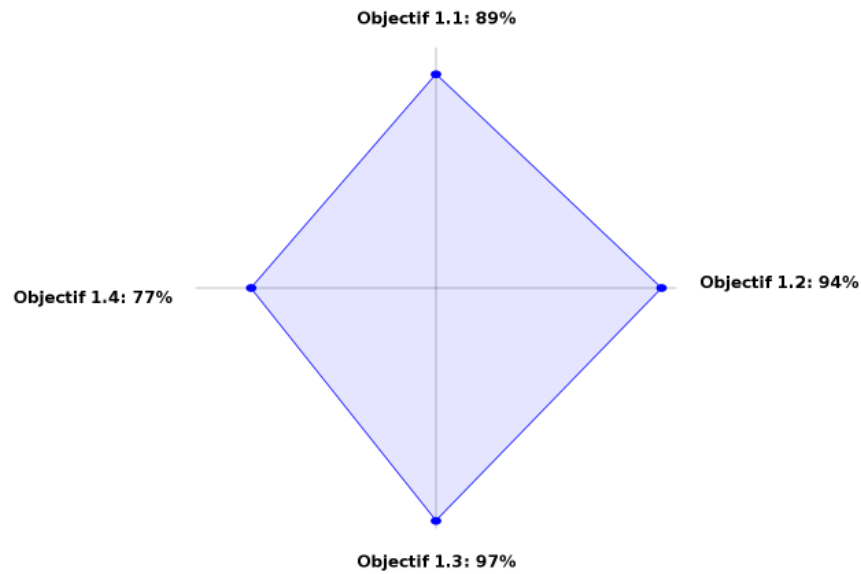
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	99%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	100%
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	100%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	100%
2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	75%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque-accidents	100%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	92%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	50%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	75%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	100%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **89%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	89%
1.2	L'information du patient	94%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	97%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	77%

Synthèse du chapitre 1

La polyclinique le Kério du groupe Vivalto assure les prises en charge programmées en chirurgie en hospitalisation conventionnelle et en ambulatoire. Il est situé à Noyal-Pontivy. Des mineurs sont pris en charge et uniquement en ambulatoire. Pour ce faire, dans secteur ambulatoire, des chambres ont été personnalisées, et en salle de réveil un espace est dédié et séparé par les paravents des patients adultes. Les professionnels sont formés à la prise en charge des mineurs.

La prise en charge des patients est assurée tout en respectant la dignité et l'intimité du patient. Les pratiques professionnelles dont le transport des patients s'assurent de la bienveillance des prises en charge.

L'identification de la maltraitance externe n'est pas formalisée, et ne fait pas l'objet d'évaluation, d'un recensement exhaustif des cas de maltraitance externe. **Une sensibilisation est possible par e-learning, suivie par 11 professionnels.**

Quelle que soit la prise en charge, la douleur est évaluée et prise en compte. La traçabilité en est exhaustive. Les protocoles de prescription en « si besoin » sont formalisés.

Tous les patients font l'objet d'une information sur leurs droits à émettre des directives anticipées ; un formulaire adapté au recueil leur est proposé. Il n'y a pas d'aide extérieure ou en interne structurée pouvant aider les professionnels au recueil des directives anticipées mais des formations et sensibilisation sont en place.

Les décès sont rares dans l'établissement. Les organisations sont en place, avec un local dédié. Un kit est à disposition des professionnels.

La satisfaction des patients est évaluée par voie électronique (e-Satis) et par des questionnaires papier. L'expertise patient n'est pas déployée **sur l'établissement mais est prévue par le groupe**. Des questionnaires PROMs sont en place.

Le patient reçoit toutes les informations nécessaires à son séjour. La consultation avec le chirurgien en cabinet libéral sur site ou en ville permet l'information du patient sur le type d'intervention voire le choix entre les différents types d'intervention avec présentation des avantages/risques de chaque chirurgie. Le consentement du patient et l'adhésion à son projet de soins sont systématiquement recherchés et tracés.

Les proches et les aidants sont impliqués si besoin dans la prise en charge du patient et dans l'organisation du retour à domicile. L'établissement ne dispose plus d'assistante sociale depuis fin 2024, et est en cours de recrutement. L'infirmière de coordination assure cette fonction dans les cas simples dans l'attente du recrutement.

Les programmations se font en présence du patient. Des informations personnalisées sont apportées à tous les patients, que ce soit sur l'organisation de leur séjour, les consignes opératoires ou pour le retour à domicile. En cas de prise en charge en ambulatoire, ces éléments sont consignés dans le passeport.

En cas de pose d'un DMI, l'information du patient et les éléments de traçabilité du DMI sont retrouvés. Des documents d'information construits par les professionnels et selon le type de DMI sont remis au patient, l'informant entre autres des mouvements autorisés en post-opératoire immédiat et pour le retour au domicile.

En hospitalisation, les patients ne connaissent pas le moyen afin de sécuriser leurs biens (coffre central), tout en n'en ayant jamais éprouvé le besoin.

Les coordonnées des RU sont affichées dans les services, et dans le livret d'accueil. L'information n'est pas systématiquement retenue par les patients rencontrés.

Les patients désignent systématiquement une personne à prévenir et une personne de confiance dont les coordonnées sont retrouvées dans le dossier patient informatisé.

De nombreux messages de santé publique sont affichés ou disponibles sous format flyer sont proposés aux patients, dans les lieux d'attente ou à l'entrée des services.

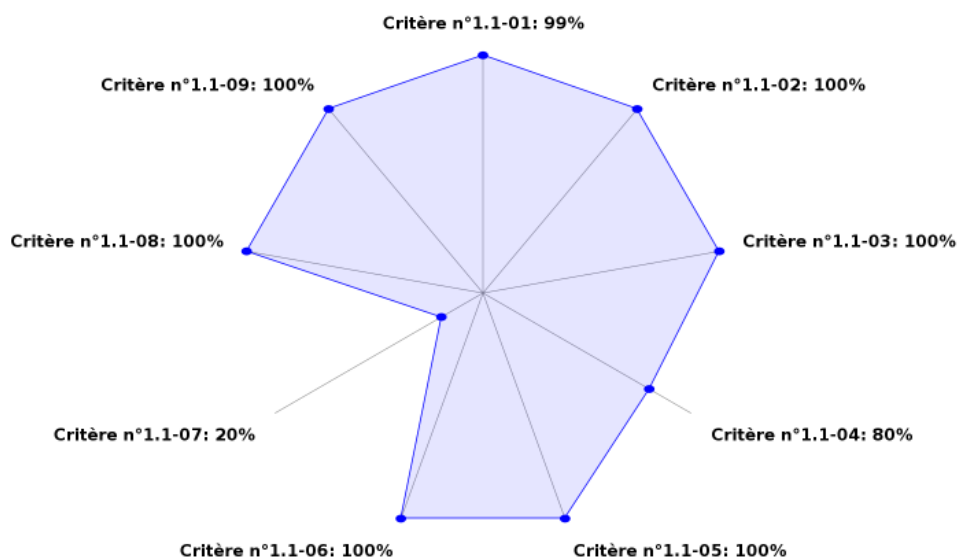
L'autonomie des personnes âgées est évaluée, et le maintien de l'autonomie est favorisé par des durées moyennes de séjour courtes et l'adaptation des traitements antalgiques.

La satisfaction des patients est évaluée, cependant ils ne connaissent pas les modalités de faire un éloge, signaler un événement indésirable entre autres.

Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement, ils sont informés et participent à l'évaluation de la satisfaction du patient ; cependant ils ne sont pas informés à chaque CDU des événements indésirables, mais uniquement une fois par an.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

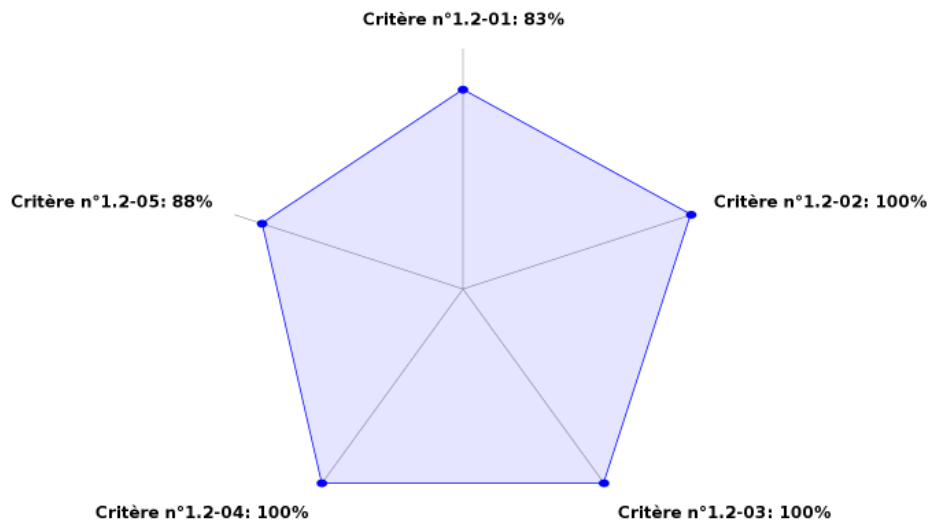
Score de l'objectif **89%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	99%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-03	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité et du secret professionnel	100%
1.1-04	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	80%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	100%
1.1-07	La prise en charge des maltraitances externes est organisée	20%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	100%
1.1-09	Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée	100%

Objectif 1.2 : L'information du patient

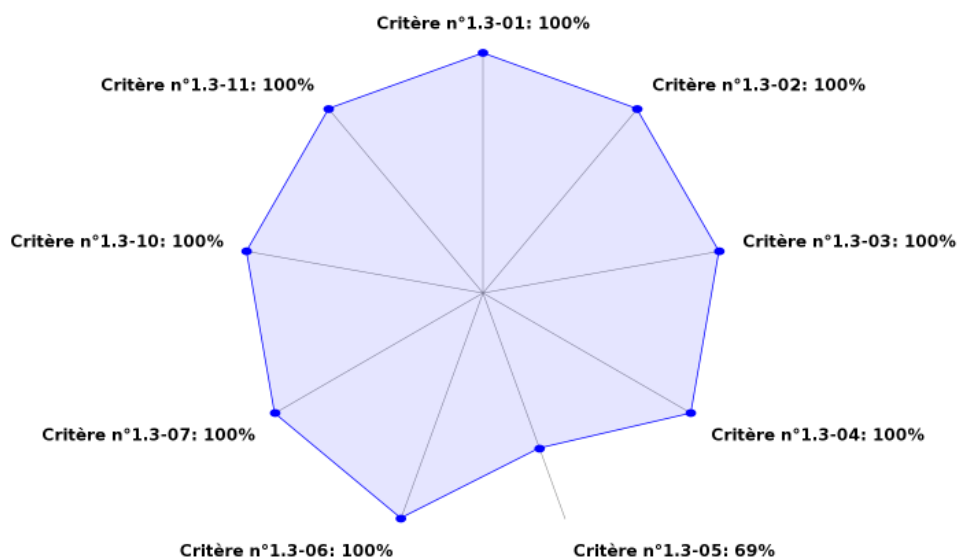
Score de l'objectif **94%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	83%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	100%
1.2-03	Le patient connaît les dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées.	100%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	100%
1.2-05	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner pour son retour à domicile.	88%

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

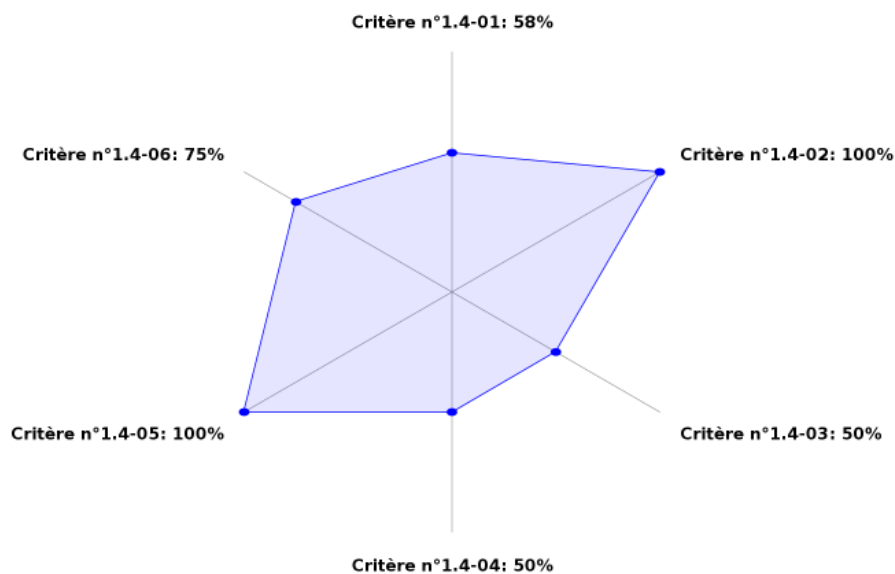
Score de l'objectif **97%**



Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	100%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	100%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-05	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	69%
1.3-06	Les liens familiaux, sociaux et scolaires du mineur sont préservés tout au long du séjour	100%
1.3-07	Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	100%
1.3-11	Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de soins	100%

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

Score de l'objectif **77%**

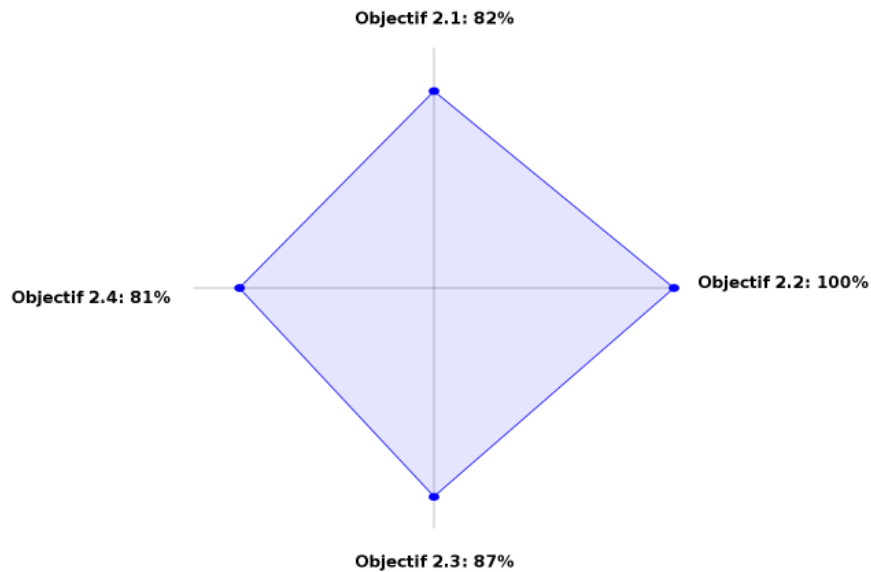


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	58%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	50%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	50%
1.4-05	Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement	100%
1.4-06	Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions	75%

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Résultats du chapitre 2 : Objectifs

Score du chapitre **88%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	82%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	100%
2.3	La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	87%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	81%

Synthèse du chapitre 2

Les courriers d'adressage sont retrouvés dans le dossier du patient. Le secteur de consultation est géré par chaque médecin dans le cadre de son activité libérale. Le dossier patient est informatisé et est accessible aux professionnels. Les professionnels médicaux accèdent au DMP du patient. Les professionnels non médicaux ne disposent pas encore de moyens pour y accéder. La programmation du bloc opératoire est accessible aux professionnels qui concourent à l'organisation du parcours du patient. Une première validation du programme opératoire est réalisée à J-15 et renouvelée à J-7, permettant une réactivité en cas de programmation en urgence. Les appels du patient avant ou après la prise en charge opératoire ambulatoire sont en place et suivis. En cas d'isolement ou éloignement du patient une solution en hôtel hospitalier est proposée. Les transports de patient concernent le transport vers et depuis le bloc opératoire. La venue des patients est échelonnée en ambulatoire, et les demandes de transport déclenchées à la demande évitant l'attente des patients à l'entrée ou sortie du bloc. Tous les patients font l'objet d'une évaluation nutritionnelle avec entre autre des repas adaptés. La qualité des repas est régulièrement évaluée par la diététicienne et la cadre de santé de l'établissement. Des repas tests sont commandés permettant une évaluation qualitative et quantitative des repas. La polyclinique Le Kério ne dispose pas de lits identifiés « soins palliatifs ». Si besoin, les professionnels ont recours à l'EREB (Espace Régional d'Ethique de Bretagne). Un questionnaire est disponible pour les professionnels sur la gestion documentaire. Tous les patients sortant disposent d'une lettre de liaison qui alimente le DMP pour mise à disposition pour le médecin traitant.

L'identification du patient est sécurisée par le contrôle de la pièce justificative d'identité et la qualification de l'identité patient. L'ensemble des documents papier et les courriers sont identifiés avec les traits d'identification nécessaire. Les organisations réglementaires en identitovigilance sont en place, notamment pour l'analyse des événements indésirables et pour la qualification des identités. Tous les patients (sauf ceux de consultation) sont porteurs d'un bracelet d'identification. Le circuit du médicament est sécurisé : les prescriptions font l'objet d'une analyse pharmaceutique de niveau 2. La prise en compte des avis par les prescripteurs est suivie. La dispensation est nominative et journalière. Le traitement personnel est prescrit dès la consultation d'anesthésie dans le DPI. Cependant la conciliation médicamenteuse n'est pas encore systématisée, une seule prescription (concernant un patient venu sans prescription de son traitement personnel) a été réalisée. De nombreux protocoles construits avec les médecins permettent la sécurisation des prescriptions. Quelques médicaments sont prévus pour les urgences et stockés dans des armoires sécurisées dans les salles de soins. Un travail est fait pour éviter les formes injectables. Le transport et le rangement des médicaments et piluliers sont réalisés par les préparateurs en pharmacie ou par le pharmacien. L'accès à la PUI est sécurisé et les horaires restreints. La permanence du pharmacien est prévue grâce à la collaboration avec le CHCB (CH Centre Bretagne) voisin. Une organisation est en place pour éviter les ruptures ou des besoins en dehors des horaires de la PUI. En cas de nécessité, un dépannage peut être demandé au CHCB. Les bonnes pratiques de préparation, d'administration et de traçabilité sont respectées par les professionnels. Pour les injectables des étiquettes spécifiques sont utilisées. Les Never Events et médicaments identifiés à risque sont connus. Les signalements en lien avec une erreur médicamenteuse sont analysés et peuvent l'objet de RMM ou de CREX (comité d'analyse et de retour d'expérience pour l'établissement). Une IDE est référente en hygiène **hospitalière et dispose du DU en hygiène**, et un médecin président le CLIN. L'ensemble des professionnels respectent les

recommandations de prévention des infections associées aux soins. Aucun port de bijou n'a été constaté. Les précautions complémentaires sont prescrites et réévaluées. Les bonnes pratiques en hygiène hospitalière au bloc opératoire sont respectées, notamment les tenues de bloc, et les temps de préparation de l'opéré. Les protocoles pour dispositifs invasifs sont connus, la traçabilité et le suivi réalisés. Les professionnels s'efforcent de limiter au maximum d'usage des dispositifs invasifs notamment au bloc opératoire. Un « Mémo Hygiène » distribué en cas de nouvel arrivant récapitule les précautions à mettre en place selon le germe. Des actes de transfusion sont réalisés. L'établissement dispose d'un dépôt d'urgence et d'un dépôt relai. Une revue des prescriptions a permis de diminuer fortement les prescriptions en produits sanguins. L'information du patient est systématique et réalisée lors de la consultation d'anesthésie. Le refus de transfusion est clairement notifié dans le dossier patient. Les IDE sont formées et toutes les étapes du contrôle de concordance et de la traçabilité des produits sont réalisées. Les transfusions sur les horaires de nuit sont évitées. Des sacs d'urgence vitale sont disponibles, régulièrement contrôlés. Le numéro d'appel est unique, rattaché au médecin anesthésiste de consultation ou d'astreinte. Les professionnels sont formés par simulation. La formation comprend les différents types d'urgence vitale et la prise en charge de l'enfant. Au bloc opératoire, les professionnels disposent de dosimètres et EPI. La dose délivrée est retrouvée dans le compte-rendu opératoire.

Le DPI permet l'accès aux compte rendus des consultations d'anesthésie qui comportent les éléments nécessaires à la sécurisation de la prise en charge du bloc opératoire. Cependant, la traçabilité de la visite pré-anesthésie n'est pas systématiquement retrouvée. Les checklists d'ouverture de salle et en anesthésie sont informatisées, et complétées. En SSPI la sortie du patient peut se faire sur score, méthode à laquelle les professionnels IDE sont formés. L'antibioprophylaxie est prescrite par protocoles, ceux-ci sont à jour. La prescription est réalisée lors de la consultation d'anesthésie. Les checklists pour les actes de chirurgie et d'endoscopie sont informatisées et tracées dans le DPI. Des audits de contrôle de complétude des checklists sont réalisés et suivis. Un audit observationnel a porté sur un acte en chirurgie programmée, un en chirurgie ambulatoire et un en endoscopie. Cet audit n'a pas relevé d'anomalie de remplissage, cependant l'audit n'a pas été pratiqué sur un nombre suffisant d'actes afin de définir des indicateurs et des actions d'amélioration en regard des résultats. Le parc des endoscopes est suivi et actualisé. Le local de désinfection des endoscopes est contigu à la salle du bloc opératoire dédié aux endoscopies. La marche en avant est respectées, ainsi que les temps de nettoyage et désinfection. L'Aide-Soignante en charge de la désinfection est absente, et l'ensemble des professionnels IDE assurent la désinfection. Cependant ils ont bénéficié pour la plupart d'un compagnonnage et non d'une formation. Durant la visite les IDE ont été inscrite en formation. Chaque endoscope dispose d'un carnet de vie informatisé. La référence de l'endoscope utilisé est retrouvée dans le dossier patient informatisé, néanmoins la référence n'est pas retrouvée dans le compte rendu d'intervention. En ambulatoire, des messages par SMS sont envoyés avant et après l'intervention, avec rappel des consignes. En cas de non réponse ou de patient ne disposant pas de portable, le patient est appelé sur son téléphone fixe. La sortie de chirurgie ambulatoire peut être réalisée sur score, les IDE sont formées.

La diffusion des bonnes pratiques se réalisent par les IDE référentes (hygiène, transfusion...) mais également par les médecins qui réalisent les mises à jour des protocoles. Des journées régionales sont organisées (nutrition, oncologie...). Les prescriptions d'antibiotiques sont justifiées et réajuster si besoin. Une politique de bon usage des antibiotiques a été formalisée par le CLIN et la COMEDIMS. Un

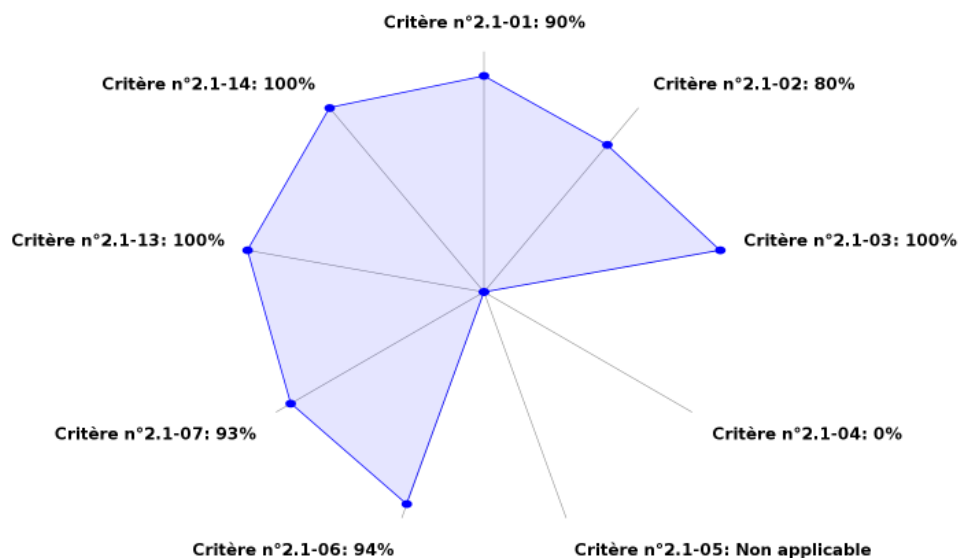
réfèrent médical Antibiotiques est identifié dans l'établissement. Si besoin l'infectiologue sur CHCB voisin peut aider aux avis. Plusieurs médecins ont bénéficié de formation en antibiothérapie, soit au CHU de Rennes, une formation DPC ou de formation lors de congrès. Le suivi des consommations des antibiotiques et des résistances bactériennes sont réalisées par le pharmacien. Des antibiotiques sont identifiés pour être dispensés uniquement sur prescription d'un infectiologue. Un audit en antibiothérapie a été réalisé afin d'évaluer le bon usage dont la traçabilité de la réévaluation.

La contention est limitée dans l'établissement. Un audit a été réalisé sur la période de décembre 2024 à juillet 2025 ; seuls 3 dossiers ont été retrouvés. Des actions d'amélioration ont été définies dont la réalisation d'un protocole dans le DPI à disposition des médecins anesthésistes pour faciliter la traçabilité de prescription et la réévaluation.

Une réflexion sur des soins écoresponsable est engagée, notamment sur le bloc opératoire. La démarche étant récente, il n'y a pas de mesure de l'impact des actions entreprises. Différentes évaluations sont menées sur le bloc opératoire et dans les services (port de bracelet d'identification, le circuit des déchets, le taux d'occupation des salles de bloc, le taux de débordement, les reports...). Les axes d'amélioration pour les prélèvements de biologie sont communiqués si besoin par le laboratoire extérieur à l'établissement. Pour les actes d'imagerie, ils sont réalisés par un cabinet extérieur de l'établissement et sur site. L'établissement ne dispose pas des retours des non conformités des prescriptions d'imagerie, malgré leur demande.

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

Score de l'objectif **82%**

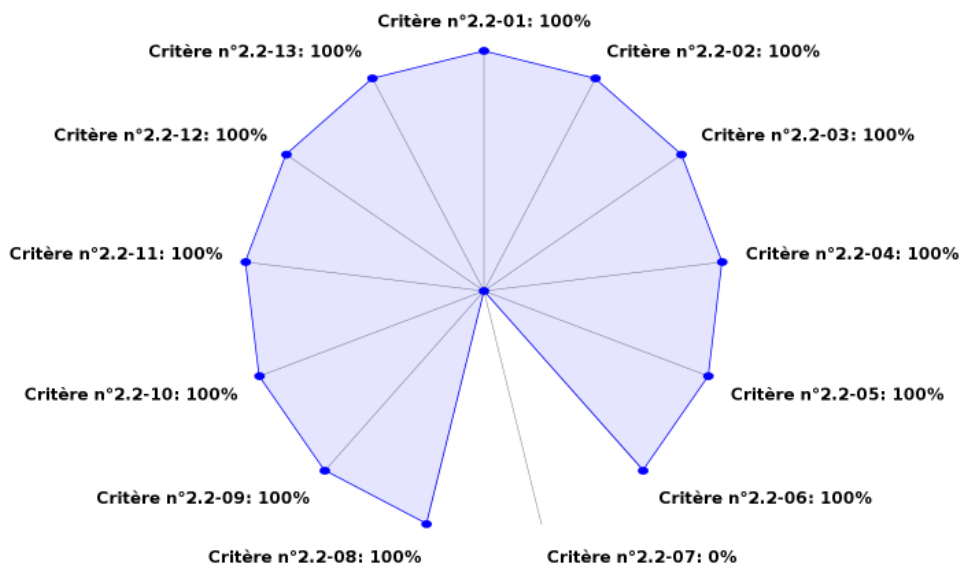


Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	90%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	80%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	0%
2.1-05	Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	Non Applicable
2.1-06	Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	94%
2.1-07	Les équipes des secteurs interventionnels se coordonnent pour la prise en charge des patients	93%
2.1-13	Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients	100%

2.1-14	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins	100%
--------	--	------

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **100%**

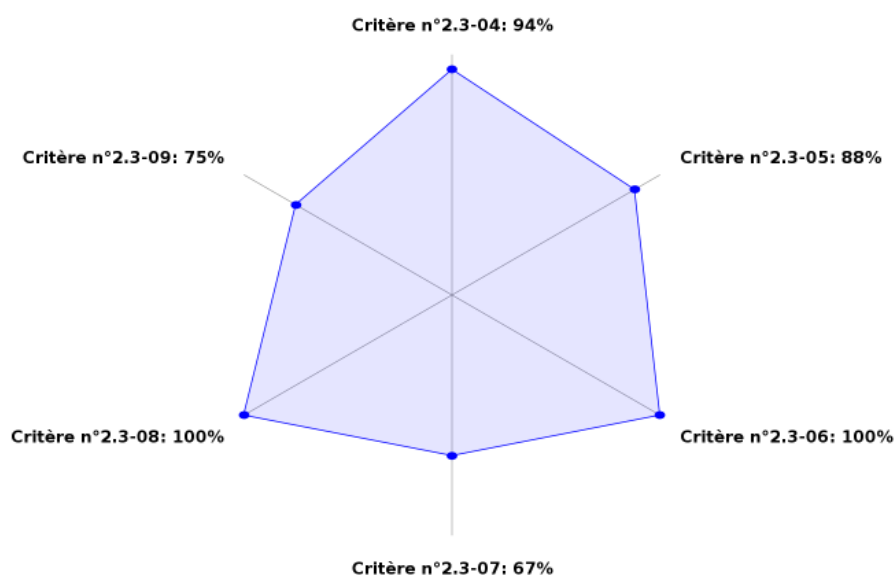


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments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

2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	100%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	100%

Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)

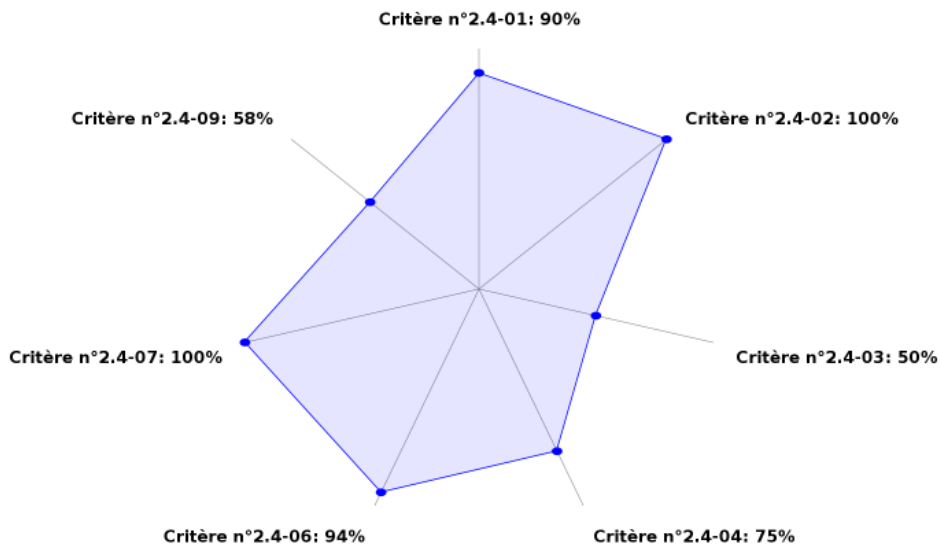
Score de l'objectif **87%**



Critères		
2.3-04	Les professionnels maîtrisent la prise en charge anesthésique des patients	94%
2.3-05	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	88%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	100%
2.3-07	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles	67%
2.3-08	Les équipes sécurisent le parcours du patient en chirurgie ambulatoire	100%
2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	75%

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

Score de l'objectif **81%**

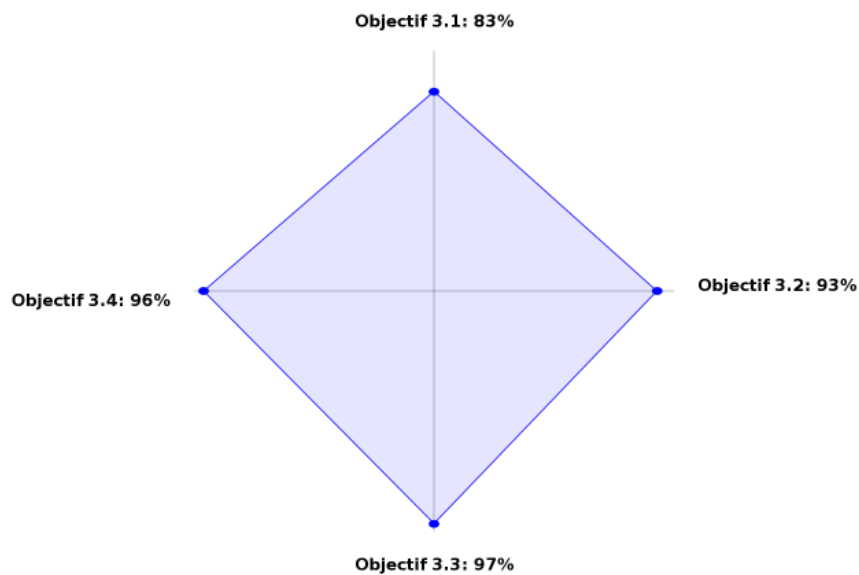


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	90%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	50%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	75%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	94%
2.4-07	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant leurs indicateurs	100%
2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	58%

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **92%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	83%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	93%
3.3	Le positionnement territorial	97%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	96%

Synthèse du chapitre 3

La politique Qualité est construite par la gouvernance médicale et administrative en incluant les différents éléments sources (directives nationales, suivi des indicateurs et des audits, le suivi et la préparation de la certification). Elle fait partie intégrante de la politique de l'établissement. Les IQSS obligatoires et non obligatoires sont relevés et des évaluations intermédiaires sont réalisées. Le pilotage qualité est assuré par un COPIL regroupant la représentation de la gouvernance, de la CME et les présidents des instances. La déclaration des événements indésirables est impulsée par une charte d'incitation à la déclaration. L'analyse pour les EI les plus graves est réalisée par une méthode définie. Une enquête « Culture Qualité » est réalisée tous les 3 ans, avec un taux de retour satisfaisant. Elle a permis de mettre en place les moments de concertation hebdomadaires au sein des équipes (« Go Up »). Une rencontre de sécurité est prévue en 2026 intégrant la direction, la CME et les équipes de soins. Au moment de la visite, 3 médecins sont accrédités. La promotion est faite en CME, une réflexion est en cours pour une accréditation en équipe d'anesthésie. Les médecins éligibles sont identifiés et un plan d'action sur 3 ans est prévu. Les situations sanitaires exceptionnelles sont identifiées et regroupées au sein d'un même plan. Les tensions en professionnels et les éventuelles déprogrammation sont prévues dans le document. Des exercices de crise sont régulièrement réalisés et notamment la mobilisation de la cellule de crise. Les moyens matériels sont quantifiés et suivis. L'établissement ne dispose pas de comité d'éthique structuré. Le questionnement éthique est favorisé cependant les professionnels ne disposent pas et ne connaissent pas les ressources externes qui seraient à mobiliser si besoin sur les questionnements éthiques auxquels ils sont confrontés. Ils n'ont pas bénéficié de sensibilisation au questionnement éthique.

La clinique construit sa politique qualité de vie au travail en lien avec le CSE, qui est force de proposition. Un questionnaire institutionnel est diffusé tous les deux ans afin de recueillir l'expression des professionnels. Une semaine dédiée à la qualité de vie au travail est organisée chaque année, comprenant divers ateliers tels que la relaxation ou le massage. Les ressources professionnelles sont maîtrisées et les compétences adaptées aux besoins de l'établissement. Une politique RH dynamique soutient le recrutement et la fidélisation, notamment grâce à l'organisation en semaine de quatre jours au bloc opératoire et en chirurgie ambulatoire, renforçant l'attractivité. En cas d'absentéisme, le premier niveau est le recours de remplacement en interne, l'interim est rare. Les professionnels encadrant sont formés à la gestion des conflits. L'encadrement médical ne bénéficie pas de formation à la gestion des faits de discrimination ou de violences sexistes ou sexuelles. Celles-ci sont programmées pour 2026. Une référente est identifiée pour la gestion des violences sexistes ou sexuelles. Un poste d'assistante sociale n'est plus pourvu depuis fin 2024, et est en cours de recherche de recrutement. Le travail en équipe est promu avec la généralisation sur les secteurs de soins et administratifs de temps collectifs nommés « Go Up » issus de la méthode Lean Management. L'établissement veille au maintien des compétences des équipes en matière de qualité et de sécurité des soins. Des mises de simulation, proposées chaque année par le groupe, permettent d'exercer les équipes à la prise en charge des urgences vitales et aux situations spécifiques du bloc opératoire. La prise en charge pédiatrique est prévue. L'environnement est propice aux conditions de travail, avec des locaux spacieux, et entretenus.

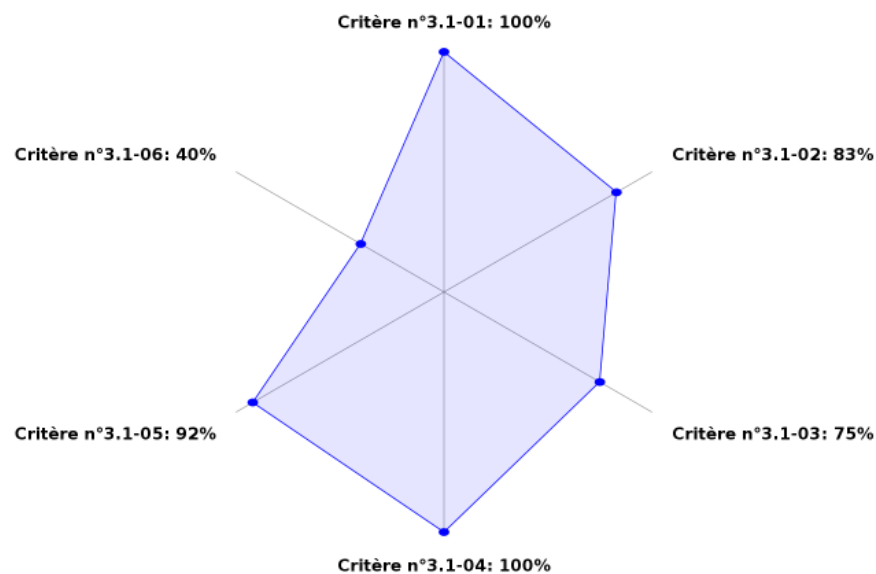
La Polyclinique Le Kério, établissement privé du centre Bretagne intégré au groupe Vivalto Santé depuis 2012, organise ses prises en charge autour de trois filières principales : la chirurgie, la chirurgie

ambulatoire et la cancérologie. Sa localisation mitoyenne du Centre Hospitalier de Centre Bretagne, avec une liaison par deux passerelles, favorise une coopération fonctionnelle entre les équipes médicales et paramédicales des deux structures. L'établissement s'appuie également sur le réseau des établissements Vivalto Santé du territoire. Ne disposant pas de centres de compétences ou de référence, ses partenariats structurants concernent principalement le CH de Lorient et le CHU de Rennes.. L'établissement est fortement impliqué dans l'organisation territoriale des soins. Il participe à trois CPTS du centre Bretagne, dont celle du pays de Rohan au sein de laquelle le directeur est membre fondateur, renforçant ainsi la coordination des parcours sur le territoire. Afin d'améliorer la proximité de l'offre de soins, la Polyclinique propose des consultations avancées en ORL et ophtalmologie à Baud, ainsi qu'en urologie à Loudéac. Elle contribue également à la gestion des prises en charge non programmées grâce à son service dédié, dont les modalités sont clairement définies, et est intégré dans la régulation régionale des urgences par le SAMU. Cette organisation permet notamment de limiter les transferts évitables, en particulier chez les personnes âgées, en privilégiant leur orientation vers les filières chirurgicales ou médicales adaptées. Les médecins peuvent avoir recours à la téléconsultation en anesthésie notamment en cas d'éloignement des patients. Les activités de télésanté ne font pas l'objet d'évaluation. L'accessibilité pour les professionnels et les patients aux services de l'établissement est facilitée par un annuaire d'adressage, un site internet, une ligne d'accueil disponible en continu et la prise de rendez-vous en ligne. La Polyclinique participe aux missions d'enseignement du territoire en accueillant des étudiants. L'offre de stage est organisée et un questionnaire de satisfaction permet d'évaluer l'expérience des étudiants accueillis. L'établissement ne propose cependant pas de programmes d'éducation thérapeutique ni de formations spécifiques pour les professionnels du territoire. La gouvernance identifie les professionnels souhaitant s'investir dans la recherche, lesquels peuvent bénéficier de l'appui du groupe Vivalto. Les locaux sont suivis par un référent identifié. La maintenance est assurée.

Une stratégie de développement durable est en place avec une personnes responsable identifiée. Le tri est organisé sur l'ensemble des filières. L'éco responsabilité est intégrée dans les achats. Un travail a été fourni sur la gestion des gaz médicaux au bloc opératoire, sur les calots réutilisables, sur la limitation de l'intra veineux pour le per os, la mise en place des éco cup en ambulatoire... L'établissement collabore avec des associations dont une pour la réutilisation des matériels réformés. La consommation des fluides est suivie tous les mois. Malgré un établissement récent des travaux d'isolation des planchers ont été réalisés.

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

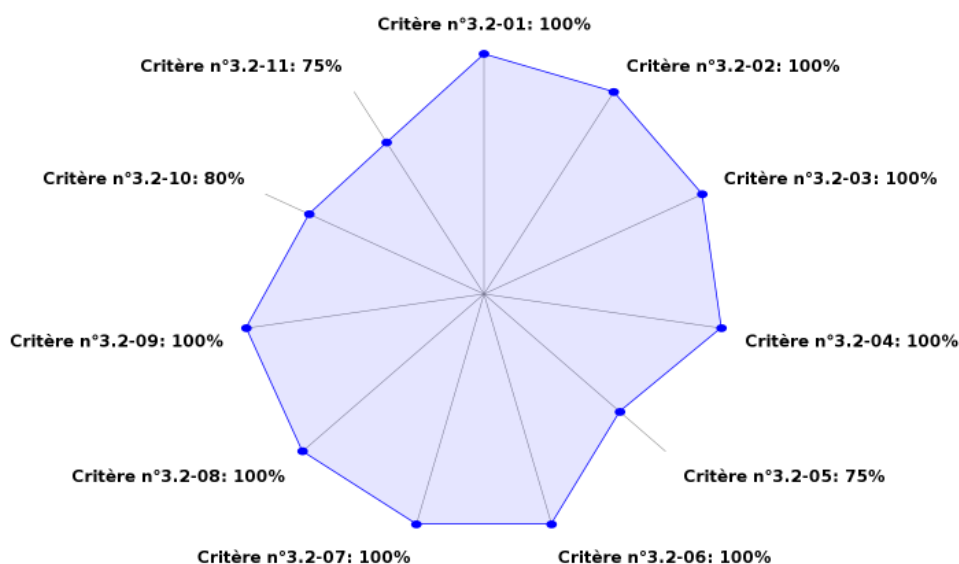
Score de l'objectif **83%**



Critères		
3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	100%
3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	83%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	75%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque accidents	100%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	92%
3.1-06	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	40%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **93%**

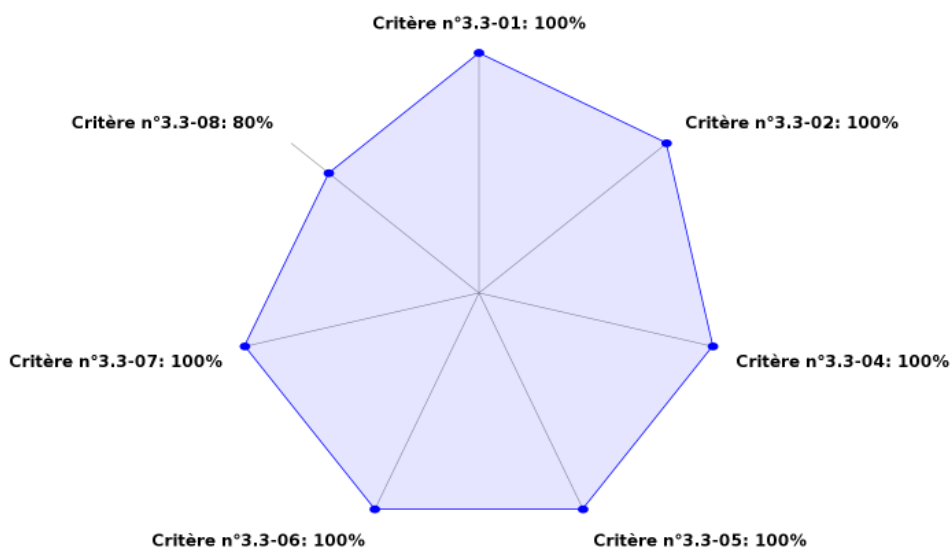


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	100%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	100%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	75%
3.2-06	La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels	100%
3.2-07	La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels	100%
3.2-08	L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	100%
3.2-09	L'établissement a un environnement favorable à la qualité de vie au travail	100%
3.2-10	La gouvernance a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	80%

3.2-11	L'établissement favorise le travail en équipe	75%
--------	---	-----

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

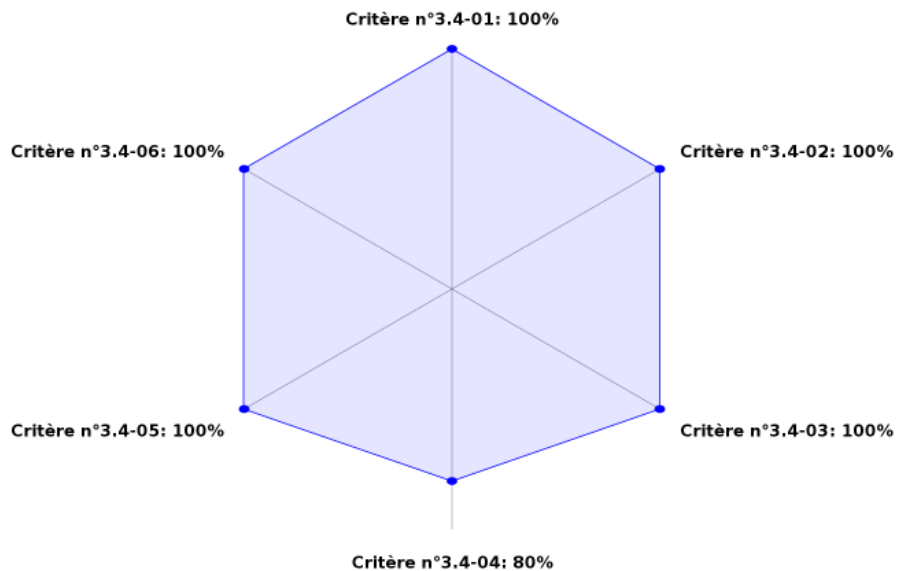
Score de l'objectif **97%**



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

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

Score de l'objectif **96%**



Critères		
3.4-01	L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	100%
3.4-02	L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables	100%
3.4-03	L'établissement agit pour la transition écologique	100%
3.4-04	L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient	80%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%

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

