



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

GCS CLINIQUE DU TER

5 ALLEE CLINIQUE DU TER

56270 PLOEMEUR



Validé par la HAS en Juillet 2024

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 – Juillet 2024

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	20
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	21
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	22
Annexe 3. Programme de visite	26

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite de l'établissement par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport de visite articulé en cohérence avec les 3 chapitres du référentiel.:

- Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés au soin. Les analyses des événements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.
- Le troisième chapitre concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

GCS CLINIQUE DU TER	
Adresse	5 ALLEE CLINIQUE DU TER 56270 PLOEMEUR FRANCE
Département / Région	Morbihan / Bretagne
Statut	Privé
Type d'établissement	GCS ES de droit privé

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	560029050	GCS CLINIQUE DU TER	5 ALLEE DE LA CLINIQUE DU TER 56270 PLOEMEUR FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

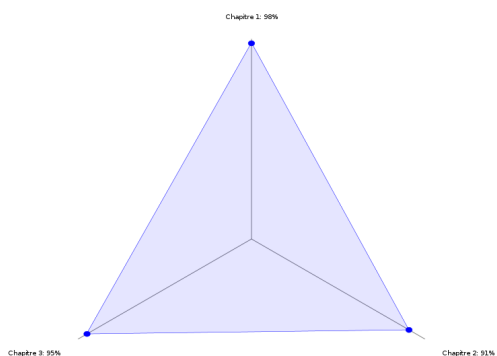
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

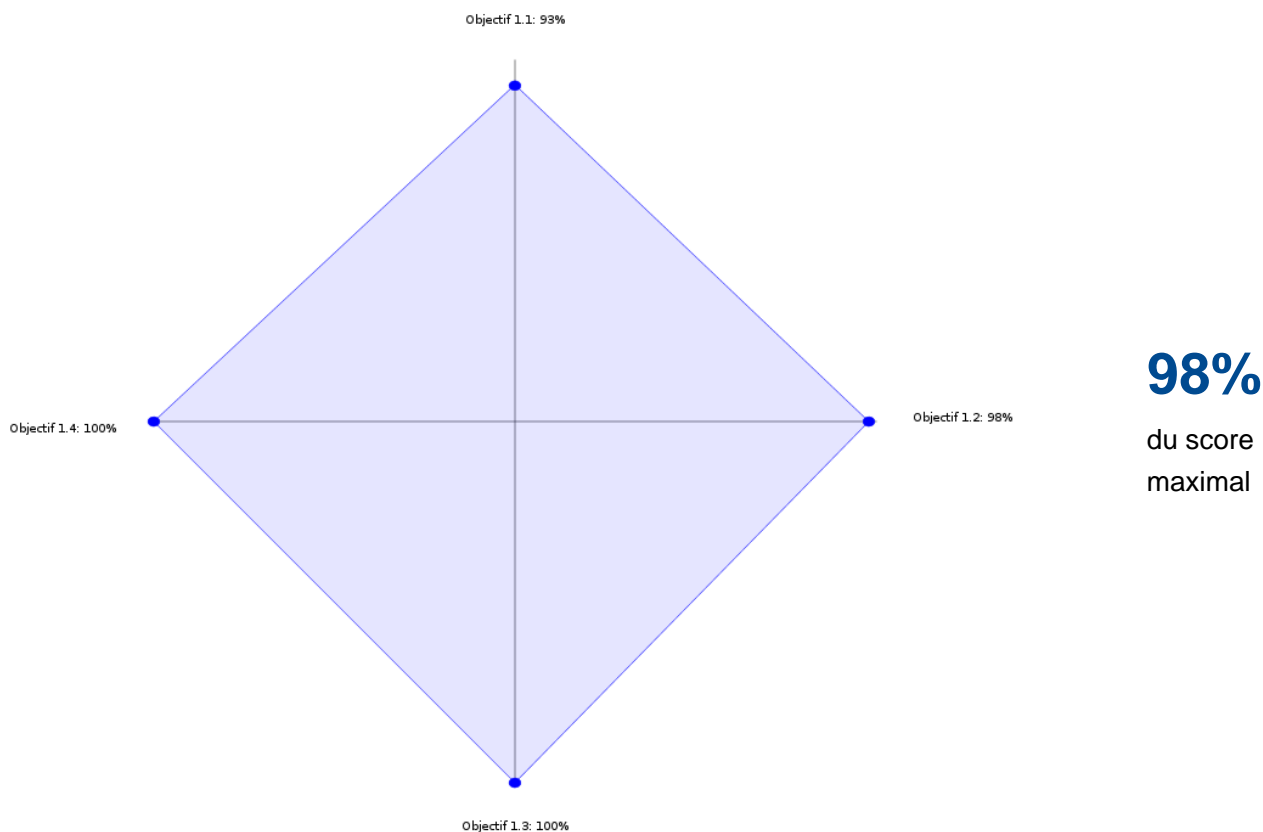
Au regard du profil de l'établissement, **110** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

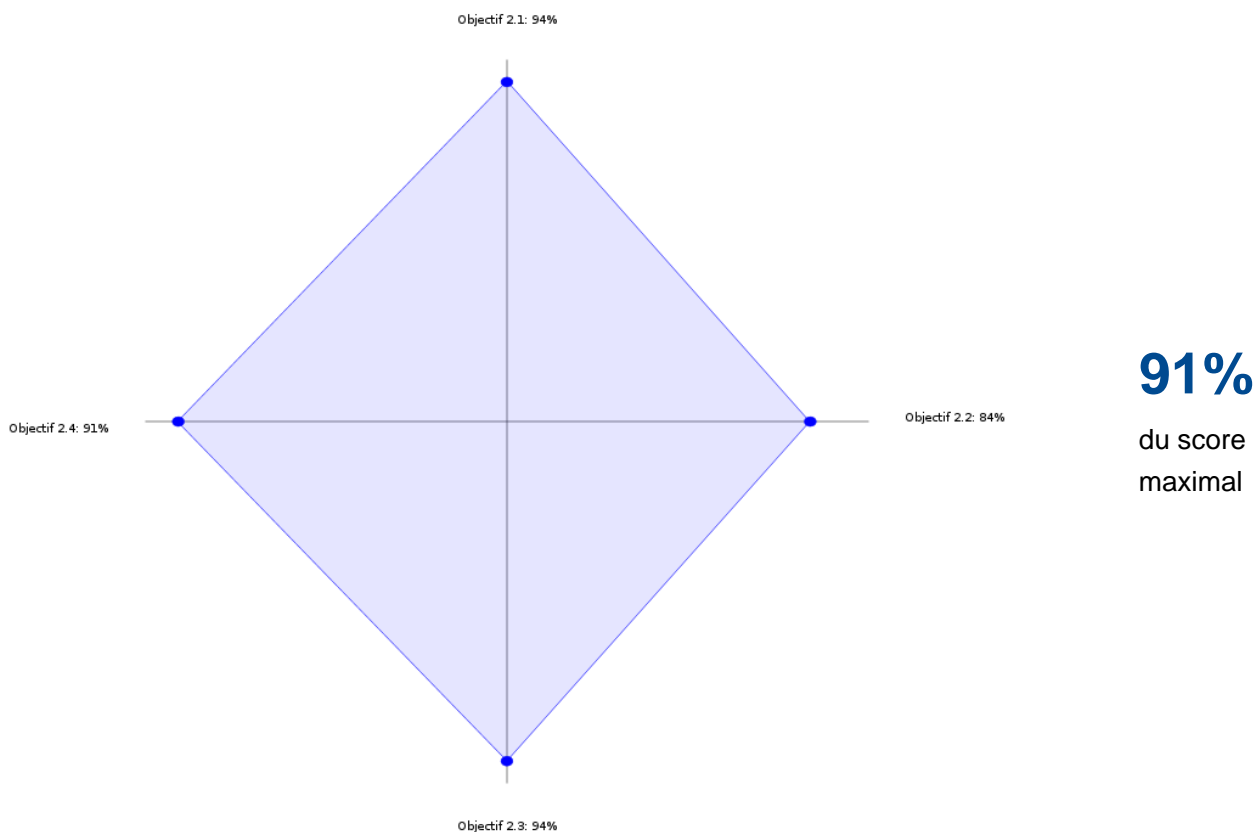


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	93%
1.2	Le patient est respecté.	98%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Issu de la reprise en mars 2019 par le Groupe Hospitalier Bretagne Sud (GHBS) à 90% et l'association des praticiens (10%) sous la forme d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), la clinique du Ter est adossée à un cabinet médical de traumatologie, un centre de médecine du sport, un cabinet de kinésithérapie et des consultations de médecins libéraux (anesthésistes, chirurgiens, neurologue...). Un service de médecine appartenant au GHBS est également présent sur ce site. L'activité de la clinique du Ter, exclusivement chirurgicale, se répartit entre chirurgie ambulatoire (85%) et hospitalisation complète avec une activité notamment ophtalmologique, orthopédique, ORL et thoracique. Le développement de l'engagement des patients et le respect de leurs droits qui est un des trois axes prioritaires de la Politique Qualité pour 2023-2027, se traduit notamment par l'affichage dans tous les services des chartes dédiées : patient hospitalisé, enfant

hospitalisé dans les services concernés et charte de Romain Jacob pour les patients atteints de handicap. Cependant, les informations concernant les représentants des usagers ainsi que les modalités de signalement d'événement indésirable ou de réclamation, ne sont pas toujours connues des personnes interrogées. L'implication des patients est recherchée dès le début de leur prise en charge par les différents professionnels. Ils disposent d'informations adaptées, transmises notamment lors des différentes étapes de leurs parcours par des flyers ou des affichages. Malgré cela, ils ne connaissent pas toujours la fonctionnalité de Mon espace santé (dossier médical partagé) et la nécessité d'échanger par messagerie sécurisée. La traçabilité et l'accessibilité des données dans le dossier patient informatisé contribuent à la coordination des soins. Les futurs opérés disposent de toutes les informations afférentes à la mise en place de dispositifs médicaux, le cas échéant ; la carte d'implant correspondante leur est presque toujours remise à la sortie sur un support cartonné. Les consentements chirurgicaux et anesthésiques sont signés pour les patients concernés. Des actions d'éducation thérapeutique sont menées par des infirmiers dans le cadre de la Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) pour les traitements anticoagulants. Le médecin traitant et les autres professionnels de santé intervenants au domicile du patient sont informés et disposent des éléments leur permettant d'assurer la continuité des soins dès le retour à domicile. Les patients rencontrés ont mis en exergue le ressenti très positif de leur prise en charge. L'accueil dans la clinique est facilité par la présence d'une personne dédiée. Pour les activités de chirurgie, l'ambulatoire et la récupération améliorée après chirurgie (RAAC) ont été développées à l'initiative du corps médical : par exemple 40% d'interventions de prothèses totales de hanche et de genou sont réalisées en ambulatoire. Les patients en chirurgie bariatrique ou en chirurgie thoracique peuvent bénéficier d'un programme personnalisé d'accompagnement. Les parcours de soins sont optimisés avec des soins de support adaptés. Les pratiques des professionnels garantissent la dignité et l'intimité dans leurs pratiques ainsi que la confidentialité des informations tout au long des différents parcours de soins. Cependant, certains locaux ne permettent pas de garantir l'intimité du patient, comme par exemple, une douche pour 30 lits en hospitalisation complète. Les enfants sont systématiquement hébergés en espace individualisé et accompagnés d'un parent. Ils sont accueillis dans une zone dédiée en salle de surveillance post interventionnelle. Ils bénéficient de dispositions adaptées pour leur prise en charge (livret d'information, jeux, tablette électronique, chariot d'urgence vitale pédiatrique...). Dans tous les secteurs, l'évaluation de la douleur est effectuée et tracée systématiquement. Les prescriptions d'antalgiques permettent aux infirmiers d'appliquer les bonnes pratiques pour prévenir et lutter contre la douleur et ce, jusqu'à disparition complète et durable. Les patients porteurs de handicap bénéficient d'actions pour faciliter le maintien de leur autonomie autant que possible, de même que les patients âgés. Les patients qui le souhaitent peuvent associer leurs proches ou aidants à toutes les étapes de leur parcours de soins. Les professionnels médicaux, administratifs et soignants rencontrés lors de la visite en ont témoigné largement. La présence des proches est facilitée notamment dans les situations difficiles ou lorsque l'état du patient le justifie. Des prises en charge adaptées sont proposées aux personnes en situation de handicap tenant compte de leurs besoins et préférences. Le patient bénéficie au cours de son séjour de la facilité d'accès aux soins de kinésithérapie dont les professionnels mettent en œuvre les soins adaptés à leurs pathologies. L'anticipation de l'organisation de la sortie permet d'optimiser le retour à domicile et/ou en médecine physique et de réadaptation ou hospitalisation à domicile le cas échéant.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



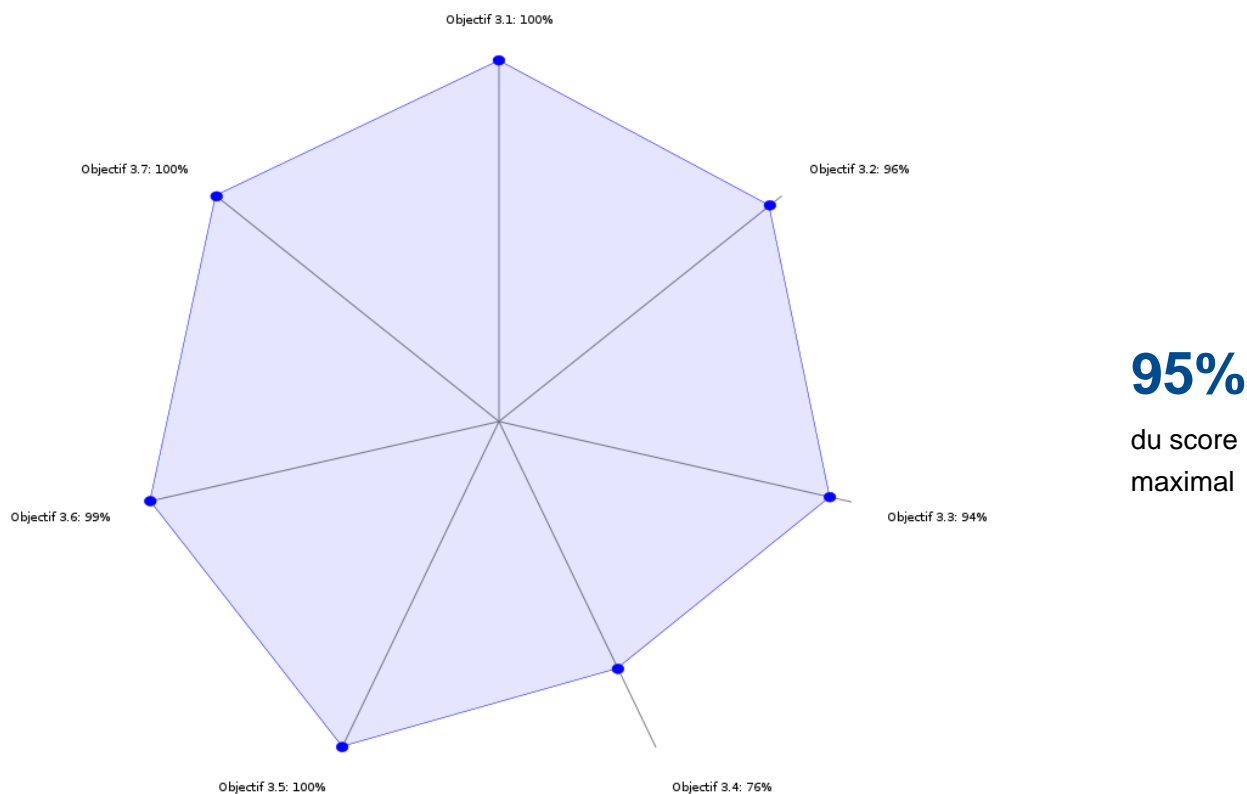
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	94%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	84%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	94%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	91%

La pertinence des actes et des prescriptions est argumentée de manière générale. Les différents parcours de prise en charge sont structurés avec les professionnels concernés et protocolisés selon les bonnes pratiques (chirurgie bariatrique, cataracte...). Les filières d'admission directes via le cabinet médical de traumatologie voisin, sont effectives, notamment pour les personnes âgées, ce qui permet un avis médical rapide ainsi que l'accès au plateau technique si besoin. Les équipes disposent de protocoles d'antibiothérapie, les prescriptions probabilistes sont justifiées et réévaluées dans les deux à trois jours avec possibilité de faire appel à un référent local (infectiologue). Les professionnels tracent l'argumentation des prescriptions de produits sanguins labiles et dérivés du sang. Les mesures de suivi après hospitalisation sont prescrites et l'analyse de la pertinence des actes transfusionnels est réalisée régulièrement, en lien avec l'EFS. Les patients bénéficient

d'une prise en charge pluridisciplinaire dans un souci de recherche de solutions adaptées à leurs besoins (kinésithérapeute, diététicienne...). La coordination des parcours est anticipée notamment pour les patients concernés par la récupération améliorée après chirurgie en orthopédie, en chirurgie thoracique ou infantile. Le label GRACE (Groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie) a été attribué à la Clinique du Ter pour la chirurgie de la hanche, du genou et de l'épaule. Le recours aux avis spécialisés est assuré. Quand il est nécessaire, le transfert en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) ou en Hospitalisation à Domicile (HAD) est anticipé dans le projet de soins. Tous les professionnels veillent à la complétude du dossier informatisé qui intègre les éléments issus de la consultation d'anesthésie pour les patients concernés et à chaque étape de la prise en charge. Les praticiens ont été sensibilisés par le groupement régional e-Santé aux modalités de Mon Espace Santé, au Dossier Médical Partagé et à la messagerie sécurisée professionnelle. Cependant, ils ne consultent pas encore à ce jour le Dossier Médical Partagé des patients. Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins. Au bloc opératoire et en endoscopie, la check-list « sécurité du patient » est utilisée de manière systématique et efficace. La réunion de programmation opératoire hebdomadaire (comité de bloc) et la régulation effectuée quotidiennement, contribuent notamment à la fluidité des différents parcours. Une lettre de liaison est remise au patient avec les explications par un médecin, le jour de sa sortie. Le carnet de santé de l'enfant n'est pas demandé systématiquement aux parents à leur arrivée et n'est pas toujours renseigné après l'intervention chirurgicale. En post-visite, l'établissement a mis en place un rappel aux parents afin qu'ils amènent le carnet de santé. Dans les différents secteurs, les équipes s'appuient sur des recommandations de bonnes pratiques et maîtrisent les risques correspondants (par exemple, bonnes pratiques per opératoires). Cependant, le risque de dépendance iatrogène des personnes âgées n'est pas toujours connu des patients concernés ou de leurs proches. Les règles d'identitovigilance sont appliquées. La qualification des identités, prérequis à l'alimentation du DMP, est réalisée par les équipes des admissions et les secrétaires des services. Le taux de qualification des identités est suivi (94%) et partagé en Cellule d'Identitovigilance. La sécurité transfusionnelle est assurée. Concernant la prise en charge médicamenteuse, les modalités d'approvisionnement et de transport sont adaptées. Les bonnes pratiques de prescription, de dispensation et d'administration sont en place. L'analyse et la validation pharmaceutique des prescriptions informatisées est organisée. La liste des médicaments à risque adaptée au service est affichée selon les règles internes. Ceux-ci sont identifiés dans les armoires de rangement et les réfrigérateurs. Les infirmiers ont bénéficié de formations/sensibilisations spécifiques sur les risques correspondants et les mesures barrières afin d'éviter les erreurs qui y sont liées. La prévention des infections associées aux soins est assurée. L'équipe opérationnelle d'hygiène veille au respect des précautions standard et complémentaires. Le transport intra-hospitalier est maîtrisé et effectué selon les secteurs par une équipe de brancardiers dédiées. Les prescriptions utiles d'antibioprophylaxie sont effectuées par les médecins anesthésistes dès leur consultation. Un audit a été réalisé en mai 2023 sur vingt-deux dossiers (orthopédie, thoracique et viscéral) pour évaluer notamment le respect du moment et de la durée de l'injection correspondante avant l'incision opératoire. Les protocoles issus des dernières recommandations de la SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation) datant de 2024 ont été mis à jour pour l'ensemble des spécialités à l'exception de l'orthopédie du fait des changements de pratiques induits. Depuis la visite, l'établissement, les protocoles concernant la chirurgie orthopédique ont été mis à jour. Les nouveaux protocoles n'ont pas été diffusés et il n'y a pas eu d'évaluation permettant d'attester leur mise en œuvre, au moins pour les spécialités qui ont validé ces nouvelles modalités. Les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie ne sont pas évaluées pour toutes les spécialités et pas toujours respectées, notamment en chirurgie thoracique et digestive où la pose de la perfusion contenant l'antibiotique prescrit lors de la consultation anesthésique est effectuée dans le service d'hospitalisation et clampée, puis administrée au bloc opératoire par un autre professionnel. En post-visite, l'établissement a mis en place un groupe de travail pour améliorer le circuit. Le site de traitement et de désinfection des endoscopes souples est identifié (endoscopie digestive et bronchique) au niveau des soins externes. Les résultats des contrôles microbiologiques des endoscopes souples, des équipements de désinfection sont suivis et connus des équipes. Enfin, les comptes rendus d'examen permettent d'identifier le dispositif médical utilisé avec la mention

de sa référence. Cependant, les professionnels n'ont pas reçu de formation spécifique externe. L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée par un médecin ou sous condition du score de Chung. Les équipes rencontrées ont été sensibilisées aux méthodes d'analyse des causes profondes des événements indésirables et ont participées à des revues de morbi-mortalité (RMM) ou à des retours d'expérience permettant d'identifier des actions d'amélioration dont ils assurent le suivi. Ils connaissent les résultats des indicateurs qualité et de sécurité des soins de leur secteur. Les équipes mettent en place les actions correctives éventuelles issues de leurs démarches d'évaluation des résultats cliniques de leurs prises en charge. Les modalités de réalisation des check-lists sécurité ont été évaluées pour toutes les spécialités concernées. En unité de soins continus, il y a un registre de refus d'admission et le suivi des réhospitalisations est réalisé. Les modalités concernant le don d'organes ont été communiquées pendant la visite.

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	96%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	94%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	76%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	99%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

La Clinique du Ter a inscrit sa stratégie dans les orientations du pré-projet d'établissement 2024-2028. Elle s'engage à approfondir le travail entrepris sur les parcours en développant la récupération améliorée après chirurgie (RAAC) et en l'instaurant comme standard de prise en charge tout en faisant évoluer son infrastructure et ses équipements. En orthopédie, les patients éligibles aux parcours RAAC peuvent bénéficier

d'un suivi spécifique grâce à l'application ORTHENSE dont l'un des objectifs est de fluidifier et de sécuriser le retour à domicile. Dans le cadre du Groupement de Coopération Sanitaire, la Clinique du Ter a institué des liens privilégiés avec le Groupe Hospitalier Bretagne Sud (GHBS) qui se traduisent pour certains par des conventions pour les transferts de patients vers le service de réanimation, par exemple. Le service de médecine du GHBS intégré sur le site de la clinique du Ter permet en particulier les entrées directes pour les personnes âgées afin d'éviter le passage par les urgences. Trois gastroentérologues du GHBS interviennent sur le site de la clinique pour des consultations et des interventions endoscopiques. Par ailleurs, la Clinique du Ter a établi des conventions avec l'HAD, des structures de convalescence (Le Divit, Kerpape, Keraliguen...), l'ADAPEI pour la prise en charge de patient en situation de handicap et la clinique Saint Vincent pour la psychiatrie. L'établissement alimente le DMP des patients avec notamment le compte rendu opératoire, la lettre de liaison et l'ordonnance de sortie. Les cibles attendues par le programme SUN-ES ont été atteintes et le taux d'alimentation est suivi. L'engagement du patient est favorisé et la bientraitance fait partie des priorités de l'établissement, comme le souligne la Charte de bientraitance, apposée dans les salons d'attente et à l'accueil de la clinique. La promotion des bonnes pratiques de communication avec les patients est assurée notamment à travers les différentes formations réalisées : approche par l'hypnose, gestion de l'agressivité, toucher-massage... ainsi que par l'affichage au bloc sur la communication positive concernant le vocabulaire à utiliser. L'évaluation de la procédure « Signalement d'un cas de maltraitance interne ou externe » permet à la gouvernance de vérifier son application régulièrement. Cependant, l'établissement ne recense pas les cas de maltraitance dans le PMSI. Des dispositifs de recueil de l'expression des patients sont en place. La gouvernance assure la promotion de l'évaluation de la satisfaction des patients via e-Satis et exploite les résultats obtenus ainsi que ceux issus des trois questionnaires de satisfaction élaborés avec les représentants des usagers (ambulatoire, hospitalisation et explorations fonctionnelles) en mettant en œuvre les actions correctives nécessaires. Des actions d'expertise des patients sont mobilisées dans différents domaines tels que celles menées par l'association ALLO (cinq interlocutrices) dans le cadre de la chirurgie bariatrique ou à travers des vidéos (parcours des prothèses totales de hanche et de genou en ambulatoire, Music Care...). Les représentants des usagers participent activement à la campagne de recueil de la satisfaction et de l'expérience du patient, à l'analyse des résultats et à la mise en place des actions d'amélioration, cependant le projet des usagers n'est pas formalisé. L'accessibilité des locaux aux personnes handicapées est effective. Les patients sont informés de leur droit d'accès à leur dossier. Le nombre de demandes annuelles ainsi que les délais de réponse sont suivis et communiqués par la Commission Des Usagers. La Clinique n'a pas développé d'actions spécifiques pour favoriser l'inclusion de ses patients dans des essais cliniques. La politique qualité gestion des risques 2023-2027 de la Clinique du Ter s'articule autour de trois axes : la promotion du développement de l'engagement des patients, la maîtrise des risques hospitaliers pour renforcer la culture des risques et la recherche de l'amélioration continue de la qualité et de la pertinence des pratiques professionnelles. Cette politique est déclinée par la CME, la CDU et le COPIL qualité et gestion des risques qui en assure le suivi en coordination avec les instances concernées. Le management des équipes s'appuie sur la qualité et la sécurité des soins à partir de l'exploitation des déclarations d'événements indésirables, des cartographies, des patients traceurs, des indicateurs, des retours d'expérience patient, des simulations et des analyses de causes telles que RMM, CREX, RETEX. Le pilotage et le suivi des actions du PAQSS est assuré par l'encadrement en lien avec les activités des professionnels concernés grâce au logiciel dédié. Des points qualité sont effectués en réunion de service. Les cadres bénéficient de formations au management du GHBS (management intergénérationnel, Fondamentaux en management...). Les responsables d'équipes partagent leurs expériences lors des réunions d'encadrement mensuelles. L'adéquation des ressources humaines en lien avec l'activité prévisionnelle est pilotée par le comité de bloc hebdomadaire et veille notamment à l'équilibre entre les personnels permanents présents et les personnels de remplacement. Les nouveaux arrivants bénéficient d'un parcours d'intégration structuré selon les compétences attendues en fonction de leur métier. La gouvernance assure la promotion du système de signalement des événements indésirables en interne mais l'évaluation de la culture sécurité des soins initiée en mai 2023 n'a pas été finalisée. La coordination des équipes est effective et

témoigne de la volonté managériale de promouvoir le travail collectif. Les actions concertées de l'encadrement encouragent les professionnels dans la recherche de solutions d'amélioration des organisations (exemple : projet SISMO en cours en ambulatoire pour l'identification des flux de patients avec « preuves de concept » (POC)) notamment à l'occasion des réunions d'équipes intégrant les professionnels de jour et de nuit. Des démarches spécifiques réalisées à partir d'exercices de simulation en multi professionnels sont effectués sur site avec le B3S (Bretagne Sud Simulation Santé) pour entrainer les équipes aux situations critiques, notamment pour la prise en charge d'une urgence vitale en service de soins ou la gestion des situations critiques en anesthésie pédiatrique. L'évaluation des pratiques professionnelles réalisée à partir des différents scénarios exploités a conduit notamment à la mise en œuvre d'actions concrètes concernant l'efficacité de la formulation d'une alerte, l'organisation du travail en équipe et la cohésion de groupe. Les entretiens annuels d'évaluation permettent notamment d'identifier les besoins en formation (exemple : formation infirmier au bloc opératoire, formation par immersion en pédiatrie et en réanimation). L'accès à l'espace dédié au Comité Local d'Ethique du GHBS a été confirmé pendant la visite et un ou deux représentants médico-soignants de la Clinique du Ter pourront être associés aux travaux de ce Comité en 2024. Cependant, l'état des lieux des questionnements éthiques n'a pas été réalisé pour les professionnels de la clinique du Ter pour déterminer leurs besoins en formation et sensibilisation éventuels ou leur programme d'actions annuel. La démarche Qualité de Vie au Travail (QVT) est déclinée à partir de la description qui en est faite dans le cadre de l'appel à projet de l'ARS. La mise à jour du DUERP permet d'actualiser le programme qui en découle. L'évaluation et le suivi de cette démarche sont effectués en concertation avec le Comité Consultatif du Personnel notamment à partir du questionnaire de satisfaction des professionnels incluant les risques psycho sociaux. Les actions menées telles que l'aménagement de poste sont accompagnées par un ergothérapeute et sollicitent la participation des professionnels concernés. Les dispositifs de prévention et de régulation des conflits sont connus des professionnels et opérationnels. En cas de conflits interpersonnels, la direction peut être sollicitée en première intention puis si besoin, un organisme externe dans le respect de la confidentialité. Tous les professionnels peuvent bénéficier d'un soutien psychologique le cas échéant. La procédure de gestion de crise actualisée et déclinée en volets, à partir de la cartographie des risques susceptibles d'entraîner une crise, est accessible dans la mallette « gestion de crise » et diffusée en interne via le logiciel de gestion documentaire dédié. Ces risques ont été identifiés à l'occasion de situations de crises ayant données lieu à des retours d'expérience : inondation en stérilisation (2021), panne de transformateur électrique (2022) et tempête en octobre 2023 ainsi que lors des exercices réalisés (accident Lann Bihoué en juin 2023) et cyber-attaque, en novembre 2023. La capacité de mobilisation de la cellule de crise en moins de 45 mn a donc ainsi pu être confirmée. Les risques environnementaux sont quant à eux maîtrisés. Les dispositions nécessaires à la prévention des atteintes aux personnes et aux biens sont mises en place. La gouvernance a mis en œuvre, par ailleurs, une démarche de développement durable notamment à partir des bilans carbone et émission de gaz à effet de serre réalisés avec COSTRATEN, déposé sur la plateforme Bilan GES de l'ADEME. Diverses actions ont été mises en œuvre telles que la réduction des consommations électriques ainsi que le tri des déchets par différentes filières DAOM, DASRI, papier, cartons, plastiques, piles, métaux... Par ailleurs, la prise en charge des urgences vitales est organisée. Les chariots dédiés sont présents dans les différents services. La traçabilité des vérifications effectuées atteste de la fiabilité de leur contenu. La procédure d'appel en cas d'urgence vitale indique la conduite à tenir avec un numéro d'appel unique permettant de joindre directement le médecin anesthésiste d'astreinte. Ce dispositif testé par l'établissement dans le cadre des formations par simulation aux situations critiques a permis ainsi de valider son efficacité. La dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins au sein de la Clinique du Ter se traduit par le suivi des indicateurs qualité et sécurité des soins pour l'ensemble de l'établissement et par service. Les événements indésirables déclarés, leurs analyses et les actions d'amélioration sont intégrés dans la base correspondante et dans le programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) ; ils sont connus à l'échelle de l'établissement. Les instances veillent à la diffusion des recommandations de bonnes pratiques par l'intermédiaire des référents internes par thématiques. L'ensemble des professionnels y compris le corps médical participe à la démarche. L'expérience

des patients est prise en compte et oriente certaines actions. La gestion documentaire permet l'accès à tous les documents nécessaires (procédures, comptes rendus d'instance...). Les équipes peuvent déclarer les événements indésirables et reçoivent une réponse via le logiciel dédié. L'encadrement présente le bilan des indicateurs, le suivi des événements indésirables ainsi que les actions mises en place par service avec le soutien de la Responsable Qualité. Enfin, pour les médecins concernés par une spécialité ou une activité dite « à risque », seuls les chirurgiens orthopédistes sont accrédités à titre individuel, les médecins anesthésistes quant à eux, ont initié une démarche d'accréditation en équipe. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à :? Pérenniser la mise en place des nouveaux protocoles de bonnes pratiques pour l'antibioprophylaxie Systématiser la complétude du carnet de santé Développer le questionnement éthique des professionnels Recenser les situations de maltraitance dans le PMSI

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	560029050	GCS CLINIQUE DU TER	5 ALLEE DE LA CLINIQUE DU TER 56270 PLOEMEUR FRANCE
Établissement principal	560029068	GCS CLINIQUE DU TER	5 ALLEE CLINIQUE DU TER 56270 PLOEMEUR FRANCE

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

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)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
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	Oui
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	8
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	68
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	1
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	43
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	1
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	64
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	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
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)	16
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	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système			
2	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
3	Traceur ciblé			EIG ou presque critique selon la liste fournie par l'ES
4	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
5	Audit système			
6	Audit système			
7	Traceur ciblé			PSL
8	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
9	Audit système			
10	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os

11	Audit système			
12	Audit système			
13	Audit système			
14	Audit système			
15	Audit système			
16	Audit système			
17	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
18	Audit système			
19	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
20	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
21	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

22	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie et bonnes pratiques per opératoire
23	Audit système			
24	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
25	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
26	Audit système			
27	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
28	Patient traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
29	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable

30	Audit système			
31	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
32	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires

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

