



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**ADDITIF AU RAPPORT DE
CERTIFICATION
POLYCLINIQUE MEDIPOLE SAINT ROCH
Rue Ambroise Croizat
66330 Cabestany
Mars 2021**

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	2
INTRODUCTION.....	3
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	4
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	7
THEMATIQUE PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE	8
THEMATIQUE PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	12

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

La certification mise en œuvre par la Haute Autorité de santé a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé. Elle tient compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients.

Il s'agit d'une procédure obligatoire.

La certification consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge des patients. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer l'existence et la maturité de projets relatifs à la qualité et à la sécurité et en conséquence, la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques.

Pour conduire son évaluation, la Haute Autorité de santé se réfère à un référentiel qu'elle a élaboré : le Manuel de certification publié sur son site Internet. La version du Manuel de certification applicable est celle en vigueur à la date de la visite.

Si elle ne se substitue pas aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire diligentés par les autorités de tutelle, la certification fournit aux ARS une évaluation externe qualifiée sur le niveau de maturité des différentes composantes de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé.

Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif mis en place (référentiel général, visite non exhaustive, experts-visiteurs généralistes) porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à analyser spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

2. L'additif au rapport de certification V2014

Le développement d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé nécessite une étape première de développement d'une culture partagée et d'une maîtrise des processus transversaux clés pour la qualité et la sécurité des soins.

Avec la V2014, la certification évalue :

- l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour tout ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité ;
- les résultats obtenus mesurés par l'atteinte d'un niveau de qualité et de sécurité sur des critères jugés essentiels à savoir les « pratiques exigibles prioritaires » (PEP).

Le présent additif au rapport de certification rend compte de l'analyse du compte qualité supplémentaire communiqué par l'établissement après une certification avec obligation(s) d'amélioration. Cette analyse porte sur la ou les obligation(s) d'amélioration et se fait selon 3 axes :

- L'identification et la hiérarchisation des risques,
- La cohérence et déploiement du programme d'actions,
- La mobilisation des données et évaluation du programme d'actions,

Établi après une phase contradictoire avec l'établissement, l'additif au rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle. Il est rendu public.

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

POLYCLINIQUE MEDIPOLE SAINT ROCH	
Adresse Département / région	Rue Amboise Croizat 66330 Cabestany
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Groupement	660000000	Groupe ELSAN	58 rue la Boétie 75008 PARIS 08
Entité Juridique	660790379	SAS MEDIPOLE SAINT ROCH	CHEMIN DU MAS ANGLADE 66330 Cabestany
Établissement de santé	660004979	AUTODIALYSE SAINTLAURENT DE LA SALANQUE	1 rue Gustave Eiffel 66250 ST LAURENT DE LA SALANQUE
Établissement de santé	660790387	POLYCLINIQUE MEDIPOLE SAINT ROCH	Rue Amboise Croizat 66330 Cabestany
Établissement de santé	660006172	MEDI HAD	Rue Arnaud de Villeneuve 66330 CABESTANY
Établissement de santé	660004961	CENTRE D'AUTODIALYSE D'ARGELES SUR MER	4 rue des Flamants roses 66700 Argeles Sur Mer
Établissement de santé	660004953	CENTRE D'AUTODIALYSE LESOLE	Rue des roses 66270 LE SOLER
Établissement de santé	660005687	UNITE D'AUTODIALYSE DEPRADES	25, avenue louis prat 66500 PRADES

Activités						
Type de Prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places	Nombre de places en ambulatoire	Nombre de séances de dialyse	Nombre de journées d'HAD
HAD	HAD	/	/	/	37846	
MCO	Chirurgie	92	/	41	/	/
MCO	Chirurgie esthétique	4	/	/	/	/
MCO	Médecine	84	40	/	8993	11948

DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

1. Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, issus de l'analyse du compte qualité, la Haute Autorité de santé :

- prononce la certification de l'établissement avec recommandation(s) d'amélioration,

2. Décisions

RECOMMANDATION(S) D'AMELIORATION

Prise en charge des urgences et des soins non programmés

3. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche de management de la qualité et des risques.

Votre prochain Compte Qualité devra nous parvenir au format V2020. La HAS ne manquera pas de vous informer des développements en cours de cette future version.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE

1. Identification & hiérarchisation des risques

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Prise en compte des éléments du rapport de certification pour mettre à jour l'identification des risques ?	OUI	La Polyclinique Médipôle Saint Roch a actualisé ses risques après la décision de certification : elle a intégré dans son compte qualité supplémentaire de nouveaux risques, de nouvelles actions, complétant ainsi les risques et actions déjà présents dans le compte qualité initial. Dans les actions définies, on retrouve une réponse aux problématiques soulevées dans le rapport de certification V2014.
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	OUI	Les risques intégrés dans le compte qualité supplémentaire sont analysés, ce qui permet d'expliquer les choix de la Polyclinique Médipôle Saint-Roch sur les risques identifiés et les actions mises en place.
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?	OUI	Le niveau de maîtrise a été défini pour chaque risque retenu. En cohérence avec le niveau défini, la Polyclinique Médipôle Saint Roch présente pour chacun des risques le dispositif de maîtrise mis en place ce qui permet d'apprécier les organisations existantes.

2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions au regard des risques ?	OUI	La Polyclinique Médipôle Saint Roch a actualisé son plan d'actions, ajusté les niveaux de maîtrise des risques, et intégré dans son compte qualité supplémentaire de nouveaux risques et actions, permettant d'apprécier la prise en compte des décisions de certification dans la mise en œuvre du plan d'actions.

<p>Cohérence et déploiement du plan d'actions ?</p>	<p>OUI</p>	<p>Les actions décrites sont précises et cohérentes au regard des constats du rapport de certification.</p> <p>Le circuit patient ne permettait pas de garantir les conditions d'hygiène optimale au bloc opératoire (le brancard circule dans différents services et est stocké dans le bloc en attendant le patient). La polyclinique a modifié le circuit d'acheminement des patients vers le bloc opératoire en s'appuyant sur une analyse des flux associée à une analyse bénéfique/risque du mode de brancardage. 95% des patients opérés se rendent au bloc opératoire debout ou en fauteuil. Le transfert de ces patients est effectué dans le SAS du bloc sur un brancard préalablement désinfecté. Ce brancard est donc restreint à l'usage interne des blocs opératoires. Pour 5% des patients, le transfert est impossible avant anesthésie. Le bénéfique/risque est évalué s'il existe un risque de déplacement d'une fracture lors d'un transfert ou si la douleur est majorée les patients sont anesthésiés directement sur le brancard. Ces brancards sont désinfectés entre chaque patient. Un item a été ajouté dans le logiciel du brancardage sur le mode de transport à utiliser pour chaque patient : debout, assis ou couché. L'infirmière de l'unité de soins évalue le niveau d'autonomie du patient et le bénéfique/risque lors du transport permettant ainsi au brancardier extra bloc de s'équiper du moyen de transport le plus approprié.</p> <p>L'intimité et la confidentialité ne sont pas respectées en SSPI (brancards proches, sans distinction homme/femme, rideaux de séparation non utilisés, dans certains blocs les actes de surveillance et les actes d'anesthésie locale se côtoient). La polyclinique a sensibilisé les professionnels et l'encadrement de proximité veille à ce que les rideaux de séparation existants soient utilisés. Les flux en ophtalmologie ont été réorganisés afin de respecter l'intimité et la confidentialité des patients. Par ailleurs, la polyclinique a lancé un projet architectural global visant l'extension de la chirurgie ambulatoire, la zone d'attente (bloc orthopédie et bloc central) et la réfection des deux sites de SSPI avec un réaménagement total de l'espace pour améliorer le respect de l'intimité et de la confidentialité des patients mais également l'ergonomie du travail des professionnels en charge de ces patients.</p> <p>La traçabilité des pressions n'est pas mentionnée sur les fiches d'écologie et le maintien en pression au fil de la journée ne peut être garanti (salle d'intervention sans témoin de contrôle visuel, les pressions ne sont pas analysées). La Polyclinique Médipôle Saint Roch a équipé toutes les salles d'intervention en manomètre et, de ce fait, la surpression est contrôlée et tracée tout au long de la journée.</p> <p>Les pratiques de préparation et de stockage des médicaments d'anesthésie ne sont pas conformes aux bonnes pratiques (préparation anticipée de nombreuses seringues de</p>
---	------------	---

		produits anesthésiques (dont des stupéfiants) sans surveillance, sans identification de l'auteur de la préparation, au contact de professionnels non habilités). La polyclinique a mis en œuvre une série d'actions afin de sécuriser cette pratique : une note d'information rappelant les bonnes pratiques de préparation et de stockage des médicaments d'anesthésie au bloc opératoire a été diffusée en mars 2020 ; une procédure sur la prévention des erreurs médicamenteuses en anesthésie réanimation (reconstitution des médicaments utilisés en anesthésie) a été diffusée en mai 2020 aux membres de la cellule médicament, à l'ensemble des MAR ainsi qu'au président de la CME. Une EPP a été réalisée en juin 2020 sur les médicaments d'anesthésie au bloc opératoire.
Échéances définies et acceptables ?	OUI	Les responsables des actions sont identifiés, les échéances des actions sont définies et acceptables. A titre d'exemples, les travaux architecturaux ont déjà commencé et seront réalisés par phase.
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	OUI	Les modalités de suivi des actions proposées par la Polyclinique Médipôle Saint Roch sont définies, et s'appuient sur des indicateurs précis. Certains audits permettent déjà de vérifier l'efficacité des actions. Une EPP réalisée en juin 2020 sur la traçabilité des pressions au bloc opératoire montre une valeur de surpression tracée à 97 % et conforme à 97%. Il est prévu un second audit en février 2021. Une EPP sur les médicaments d'anesthésie au bloc opératoire montre 94% de conformité pour l'étiquetage des seringues, 100% de conformité pour le stockage des médicaments. Cette EPP doit être renouvelée en mars 2021.

3. Mobilisation des données et évaluation du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation des données suite au rapport de certification ?	OUI	Les données ont été actualisées à la suite du rapport de certification, de nombreuses actions sont finalisées (rédaction de procédure et leur diffusion, analyse bénéfice/risque et réorganisation des flux de patients, actualisation en oct. 2020 d'un protocole sur "La prise en charge du patient par les brancardiers vers le bloc opératoire", actualisation en juin 2020 du protocole "prévention du risque infectieux lors du brancardage", rédaction en avril 2020 d'une "Fiche traçabilité du nettoyage approfondi des brancards et fauteuils" - rédaction en avril 2020 d'une note de service "Intimité en SSPI" : rappel de l'obligation d'utiliser les paravents

		en SSPI, actualisation en mars 2020 de la "Charte de l'accueil du patient au bloc opératoire" et de la « charte de la SSPI » - actualisation en avril 2020 de la procédure d'ouverture de salle - Création en juin 2020 du protocole « conduite à tenir en cas de non-conformité des pressions des salles des blocs opératoires ».
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	OUI	Des résultats démontrent une amélioration. La Polyclinique Médipôle Saint Roch a reporté dans les indicateurs ou autres résultats d'évaluation, des modalités de suivi définies dans les plans d'actions, et ces résultats démontrent une amélioration. Par exemple, le taux de conformité d'étiquetage des seringues et des conditions de stockage des médicaments est respectivement à 94% et à 100% de conformité, ainsi que la valeur de surpression tracée à 97% et conforme à 97%. Des audits de vérifications de ces résultats sont déjà planifiés.

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Identification & hiérarchisation des risques

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Prise en compte des éléments du rapport de certification pour mettre à jour l'identification des risques ?	OUI	La Polyclinique Médipôle Saint Roch a réalisé un important travail et actualisé ses risques après la décision de certification : elle a intégré dans son compte qualité supplémentaire de nouveaux risques, de nouvelles actions, complétant ainsi le compte qualité initial. Dans les actions définies, on retrouve une réponse aux problématiques soulevées dans le rapport de certification V2014.
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	OUI	Les risques intégrés dans le compte qualité supplémentaire sont analysés, ce qui permet d'expliquer les choix de la Polyclinique Médipôle Saint Roch sur les risques identifiés et les actions mises en place.
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?	OUI	Le niveau de maîtrise a été défini pour chaque risque retenu. En cohérence avec le niveau défini, la Polyclinique Médipôle Saint Roch présente pour chacun des risques le dispositif de maîtrise mis en place ce qui permet d'apprécier les organisations existantes.

2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions au regard des risques ?	OUI	La Polyclinique Médipôle Saint Roch a actualisé son plan d'actions, et intégré dans son compte qualité supplémentaire de nouveaux risques et actions, permettant d'apprécier la prise en compte des décisions de certification dans la mise en œuvre du plan d'actions.
Cohérence et déploiement du plan	OUI	Les actions décrites sont précises et cohérentes au regard des constats du rapport de

d'actions ?		<p>certification ; elles sont déployées.</p> <p>L'identification des risques est incomplète (pas d'analyse des risques relatifs au circuit de l'endoscope et à son traitement, l'analyse relative à la traçabilité de la vie de l'endoscope n'est pas prise en compte). La Polyclinique a actualisé en septembre 2020 la cartographie des risques en endoscopie notamment le circuit de traitement des endoscopes. Le formulaire ATNC a été intégré dans le dossier de l'endoscope et une procédure a été rédigée en mai 2020 sur le Traitement des dispositifs médicaux et prévention de la transmission des ATNC.</p> <p>Les locaux de traitement des endoscopes ne permettent pas une parfaite maîtrise du risque infectieux (couloirs étroits, manipulations multiples au niveau des paillasses). La polyclinique a réorganisé deux secteurs pour améliorer l'hygiène. En septembre 2020, l'organisation du secteur urologique a complètement été revue. La salle attenante à la salle de désinfection, très peu utilisée pour la prise en charge des patients (1 à 2 patients par jour), est désormais dédiée uniquement au circuit des endoscopes urologiques. La marche en avant et le stockage des endoscopes sont ainsi respectés. Sur le secteur bronchique et digestif : des LDE ont été ajoutés limitant ainsi les manipulations pour les agents de désinfection. Les professionnels ont été formés à la désinfection des endoscopes, des bacs pour transporter les endoscopes ont été achetés, un calendrier de prélèvement a été défini.</p> <p>Les modalités d'évaluation ne sont pas définies ni opérationnelles (absence d'indicateurs pérennes, absence de tableau de bord d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs, peu de déclaration d'EI, pas d'indicateurs en rapport avec la pertinence des actes, pas d'EPP ni de RMM). La Polyclinique Médipôle Saint-Roch a défini en 2020 un tableau de bord comportant 4 indicateurs de processus : Taux de conformité de la traçabilité du dossier d'endoscope, Taux de conformité du dépistage du risque prion, Taux de conformité des prélèvements des endoscopes, Délai entre le prélèvement des endoscopes et le rendu du résultat. Un tableau de bord des EPP cible les thématiques suivantes : l'utilisation de la check-list, l'hygiène des mains, patient traceur, audit sur la bienveillance, escape game, audit de pratiques de désinfection des endoscopes. Les professionnels ont été formés et sensibilisés à la gestion des risques. Un audit sur la pertinence de l'utilisation de l'écho endoscope est en cours. Le nombre d'évènements indésirables a doublé entre 2019 et 2020. Deux CREX ont été réalisés en 2020. Les indicateurs propres à l'endoscopie ont été revus et intégrés dans le tableau de bord des indicateurs de pilotage.</p>
Échéances définies et acceptables ?	OUI	Les responsables des actions sont identifiés, les échéances des actions sont définies et acceptables.

Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?		<p>Les modalités de suivi des actions proposées par la Polyclinique Médipôle Saint Roch sont définies, et s'appuient sur des indicateurs précis. Des actions ont été mises en place, comme par exemple la formation des professionnels, la cartographie des risques, la mesure d'indicateurs et le déploiement de démarche d'évaluation des pratiques professionnelles, le réaménagement du circuit des endoscopes.</p> <p>Un programme prévisionnel d'EPP en endoscopie doit être déployé en 2021 (évaluation des bonnes pratiques de désinfection en endoscopies ; audit conformité du dossier d'endoscope ; audit de la fiche de liaison hospitalisation/endoscopie ; audit sur l'utilisation de la check-list en endoscopie ; patient traceur en endoscopie).</p>
---	--	---

3. Mobilisation des données et évaluation du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation des données suite au rapport de certification ?	OUI	<p>Les données ont été actualisées à la suite du rapport de certification et de nombreuses actions sont finalisées comme la définition des indicateurs de processus, la réactivation des CREX, la cartographie des risques, la réalisation d'audit de pratique. Des travaux de réaménagement des locaux sont en cours sur deux secteurs (bronchique et urologique).</p> <p>Un programme prévisionnel d'EPP en endoscopie doit être déployé en 2021 (évaluation des bonnes pratiques de désinfection en endoscopies ; Audit conformité du dossier d'endoscope ; Audit de la fiche de liaison hospitalisation/endoscopie ; Audit sur l'utilisation de la check-list en endoscopie ; Patient traceur en endoscopie).</p>
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	OUI	<p>Certains résultats démontrent une amélioration : Taux de conformité de la traçabilité du dossier d'endoscope (97% en 2020) ; Taux de conformité du dépistage du risque prion (92% en 2020 en progression par rapport à 2019) ; Taux de conformité des prélèvements des endoscopes (69% en 2020) ; Délai entre le prélèvement des endoscopes et le rendu du résultat (8 jours en 2020). 22 EI ont été déclarés en 2020 (baisse activité cause COVID) contre 11 en 2019. Deux CREX ont été réalisés en 2020 contre 0 en 2019.</p>

