

Organismes agréés pour l'accréditation

- www.has-sante.fr/portail/jcms/c_412343/organismes-agrees-pour-l-accréditation

Dispositif d'accréditation p.2

Questionnaire d'analyse approfondie sur les risques en chirurgie ambulatoire

Retour d'expérience p.3

Conseil national de la chirurgie de l'enfant (CNCE) et ambulatoire

Gestion des risques p.4

Qualité et sécurité des soins en chirurgie ambulatoire

Pour nous contacter

- accreditationdesmedecins@has-sante.fr

>> Abonnez vous
à la lettre électronique sur
www.has-sante.fr



La chirurgie ambulatoire constitue une véritable avancée au bénéfice des patients, des professionnels et du système de santé dans son ensemble.

Des progrès significatifs ont été réalisés en France ces dernières années : le taux de chirurgie ambulatoire qui représentait 32 % des pratiques chirurgicales en 2007 atteint près de 40 % en 2011. Pour poursuivre et amplifier ce développement, une politique volontariste a été engagée par les pouvoirs publics en concertation avec l'ensemble des acteurs. L'objectif partagé, à la fois ambitieux et réaliste, est de parvenir à une pratique ambulatoire majoritaire en 2016.

Cette politique nationale mobilise l'ensemble des leviers identifiés : l'information des patients, l'appui aux équipes et aux établissements (outils élaborés par la HAS et l'ANAP dans le cadre d'un programme commun), les actions de formation ciblées, le suivi de la qualité et de la sécurité des soins (indicateurs spécifiques), l'amplification de la politique tarifaire incitative, la mise sous accord préalable

Bimestriel d'information des acteurs de la gestion des risques médicaux

Numéro 26 – Novembre / Décembre 2012

Éditorial

Les enjeux de la chirurgie ambulatoire

Par Jean Debeaupuis
Directeur général de la direction générale
de l'offre de soins (DGOS)

par l'assurance maladie et l'adaptation des conditions techniques de fonctionnement des unités de chirurgie ambulatoire (décret du 20 août 2012). Les agences régionales de santé (ARS) sont pleinement engagées dans cette dynamique au travers des schémas régionaux d'organisation des soins et de l'élaboration et de la mise en œuvre de plans d'actions ciblés sur la période 2012-2016.

La chirurgie ambulatoire repose sur le triptyque patient – acte – organisation. Ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire mais le patient. Dès lors, la prise en charge repose sur une organisation structurée de l'unité de chirurgie ambulatoire permettant la sortie des patients le jour même au travers de la structuration de chemins cliniques.

Les professionnels sont aujourd'hui engagés dans cette démarche qui constitue un véritable changement culturel, fondé sur l'amélioration continue des pratiques et la gestion des risques associés aux soins. Ainsi, le développement de la chirurgie ambulatoire ira de pair avec l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au bénéfice des patients.

Nouveau

Brochure « Mieux communiquer avec les professionnels de santé »



À ne pas oublier

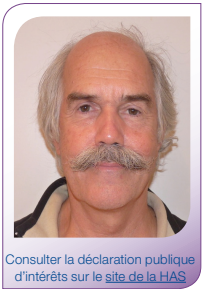
Certains documents ou certaines informations parmi cette liste peuvent être utiles pour votre prochain rendez-vous → Pensez à les emporter et à les signaler !

- Ordonnances de vos traitements en cours
- Liste de vos pathologies
- Résultats de vos derniers examens complémentaires (biologie, radiologie)
- Comptes rendus de vos consultations spécialisées
- Comptes rendus de vos dernières hospitalisations et interventions chirurgicales
- Liste des événements médicaux dans votre famille proche
- Liste de vos allergies (alimentaires, pollens, etc.) et des réactions à certains médicaments (pénicilline, etc.)
- Liste des éventuels autres traitements pris à votre initiative (remèdes naturels, compléments alimentaires, automédication, vitamines, consultations de médecine non conventionnelle, etc.)
- Liste de vos professionnels de santé et coordonnées de votre médecin traitant
- Vos coordonnées si elles ont changé
-

Si vous souhaitez aborder un sujet en particulier, préparer un déplacement ou un voyage (précautions à prendre, décalage horaire, etc.), n'hésitez pas à l'écrire pour ne pas oublier le moment venu → Et bien sûr, vous pouvez prendre des notes pendant votre rendez-vous.

Dans la boîte à outils de la relation soignant-patient, voici une nouvelle venue : la brochure « Mieux communiquer avec les professionnels de santé ». Son message clé : bien communiquer, c'est recevoir ET donner de l'information. En quatre pages, elle incite le patient à initier, développer ou entretenir un dialogue équilibré et transparent avec le soignant afin de faire circuler bilatéralement les informations utiles à sa prise en charge. Cette brochure a été pensée pour être aussi un outil pour les professionnels de santé, servant de support à un partenariat constructif et durable avec le patient. Par exemple, la « *check-list* du patient » sera aussi bien un mémo pour les patients que l'assurance pour les professionnels de disposer des bonnes informations au bon moment. Cette brochure sera diffusée fin 2012.

par Céline Schnebelen ■



Consulter la déclaration publique d'intérêts sur le [site de la HAS](#)



Consulter la déclaration publique d'intérêts sur le [site de la HAS](#)

Questionnaire d'analyse approfondie sur les risques en chirurgie ambulatoire

par Henri Bonfait gestionnaire de l'organisme agréé Orthorisq et Jean-François Gravié gestionnaire de l'organisme agréé de la FCVD

“ Pour faciliter et uniformiser l'analyse des déclarations d'événements indésirables dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, Orthorisq et la Fédération de chirurgie viscérale et digestive (FCVD) ont élaboré un questionnaire d'analyse approfondie constitué de deux parties : audit de pratique et analyse approfondie de l'événement déclaré. ”

Les experts de l'organisme agréé vont appréhender à travers un audit de pratique le cadre environnemental et organisationnel de la prise en charge du patient. Le déclarant compare sa pratique aux critères recommandés^{1,2} pour les unités de chirurgie ambulatoire.

Le circuit du patient en chirurgie ambulatoire est ainsi exploré en **7 points** :

- **l'environnement professionnel** : personnel, lieu d'hospitalisation, bloc opératoire, dossier, livret d'accueil ;
- **la phase avant hospitalisation** : critères d'éligibilité, facteurs de comorbidité, information du patient (préparation avant hospitalisation, appel téléphonique la veille, techniques d'anesthésie, prise en charge de la douleur, organisation du retour à domicile) ;
- **la préparation de la sortie** : document d'information concernant le retour à domicile, numéro de téléphone en cas d'urgence, prescription médicale concernant l'aptitude du patient à la sortie, consignes de sécurité formalisées par écrit et données au patient, vérification de la bonne compréhension par le patient des consignes, compte-rendu d'hospitalisation remis au patient ;
- **l'accueil à l'arrivée** : *check-list* permettant de vérifier le respect des consignes données aux patients en

préopératoire, la bonne compréhension de l'information délivrée, les documents médicaux utiles. Visite préanesthésique systématique avant le départ pour le bloc ;

- **l'organisation du bloc** : plages horaires dédiées, prise en compte des contraintes de la chirurgie ambulatoire, définition d'un circuit dédié ;
- **le postopératoire** : prise en charge de la douleur ;
- **la continuité des soins** : appel téléphonique systématique, information du médecin traitant.

La deuxième partie du questionnaire correspond à l'analyse approfondie proprement dite de l'événement déclaré, en trois étapes :

- identification du moment de survenue de l'événement porteur de risques (EPR) avec sept items : consultation du chirurgien, de l'anesthésiste, appel téléphonique et vérification de la veille, admission du patient dans l'unité d'hospitalisation, hospitalisation en postopératoire, préparation de la sortie, après la sortie ;
- caractérisation de l'EPR selon l'approche de la grille ALARM³ ; facteurs liés au patient, aux tâches à accomplir, au contexte individuel (professionnel), à l'équipe, à l'environnement professionnel, au management, au contexte institutionnel ;

- identification des barrières défaillantes et des barrières de récupération. Neuf barrières ont été identifiées : respect des critères d'éligibilité à la prise en charge en ambulatoire par les professionnels, étapes critiques de la prise en charge en préopératoire par le patient, contrôle des critères propres au patient avant l'admission par les professionnels, conformité des documents nécessaires au bon déroulement de la prise en charge en préopératoire, contrôle des critères propres au patient lors de son admission par les professionnels, organisation du circuit de prise en charge en préopératoire (visite préopératoire, brancardage, programmation), prise en charge au bloc opératoire, respect des critères permettant le retour du patient à domicile, information permettant la continuité des soins.

Développé cet été par un groupe de travail, relu par les organismes agréés pour l'accréditation (OA-Accréditation), le questionnaire sera soumis à validation lors de la prochaine Commission risques inter spécialités du 27 novembre 2012. À l'issue du circuit de validation, les OA-Accréditation pourront intégrer ce questionnaire d'analyse approfondie dans leur programme.

propos recueillis par
Frédérique Haniquaut ■

1. Société française de chirurgie digestive, Association de chirurgie hépatobiliaire et de transplantation. Indications de la chirurgie digestive et endocrinienne pratiquée en ambulatoire chez l'adulte. J Chir 2010;147(Supplément 4).
2. Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en chirurgie viscérale et digestive : Cure de hernie de l'aine en ambulatoire. http://www.chirurgie-viscerale.org/rc/org/chirurgie-viscerale/htm/Article/2009/htm-20090716-153458-774/src/htm_fullText/fr/HA_referentiel_V1.pdf
3. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/jam14_2010_09.pdf
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/alarm_supplement_jam14.pdf



Conseil national de la chirurgie de l'enfant (CNCE) et ambulatoire

par le Dr Régine Kuntz-Léculée,
chirurgien pédiatre – PH détachée à la plate forme régionale
d'appui à la gestion des événements indésirables PRAGE Aquitaine

“ La réalisation d'interventions en ambulatoire est une pratique ancienne en chirurgie de l'enfant. La diffusion des retours d'expérience pour sécuriser les pratiques permet une appropriation des barrières préconisées. L'évolution de la typologie des déclarations nécessite une communication régulière et actualisée. ”

La demande pressante des parents de rentrer à domicile avec leur enfant opéré le jour même, s'il ne nécessite pas de surveillance spécifiquement hospitalière, a contribué à faire admettre aux chirurgiens pédiatres l'intérêt de ce mode de prise en charge, bien avant les incitations financières et la nécessaire maîtrise médicalisée des dépenses.

La sécurité de l'enfant opéré est au premier plan. Le CNCE a souhaité encadrer cette pratique par des recommandations¹ élaborées avec l'Association des anesthésistes et réanimateurs pédiatriques d'expression française (ADAR-PEF) et suivre les événements indésirables inhérents à cette forme de prise en charge en en faisant un événement porteur de risque (EPR) ciblé.

Pour faciliter l'analyse des EPR colligés depuis 2009 (ouverture de l'organisme agréé), un tableau à double entrée² a été créé. Il permet de caractériser les causes immédiates des défaillances en les regroupant par familles selon la méthode des 5 M³ croisée avec les 5 étapes du parcours clinique (ante, pré,

per, postopératoire et domicile), en utilisant un code affecté à chaque cause. La relecture systématique des analyses réalisées et le recours à l'outil d'analyse Infocentre⁴ permettent de préciser les facteurs latents contributifs à la survenue de ces événements.

L'analyse en février 2012 des 60 premiers EPR ciblés en ambulatoire montre que 30 % des déclarations relèvent de 4 grandes causes immédiates : non respect du jeûne, présence d'une pathologie intercurrente non recherchée, absence de vérification croisée avant induction, défaut de consentement parental. Les recommandations rappellent l'importance de la visite préopératoire le matin de l'intervention, soit par un médecin, soit par un soignant avec une *check-list* spécifique, l'importance de l'appel téléphonique de la veille voire de l'avant-veille, l'importance de la *check-list* du bloc opératoire, entre autres.

Six mois plus tard, avec 30 EPR supplémentaires, la typologie des 90 EPR évolue avec le passage au premier plan de dysfonctionnements d'ordre juridique :

près de 20 % des causes, en regroupant les problèmes de consentement parental (les plus souvent cités), les autorisations d'opérer non signées et les dossiers incomplets⁵.

L'inquiétude habituelle des chirurgiens en matière de responsabilité juridique peut les amener à faire état plus souvent des difficultés à obtenir un double accord, dans un contexte d'augmentation des contentieux entre parents. L'habitude de nommer les enfants par leur prénom sans autre procédure fiable et sans *check-list* adaptée à l'enfant peut générer des erreurs d'identité, avec l'émergence d'EPR dans le domaine de l'identito-vigilance.

L'organisme agréé CNCE diffuse régulièrement auprès de ses membres les barrières mises en place par les praticiens eux-mêmes. Elles sont originales, astucieuses et concrètes, au plus près de la réalité des pratiques.

propos recueillis par
Frédérique Haniquaut ■

1. Recommandations pour la chirurgie ambulatoire de l'enfant de moins de 18 ans.
http://www.chirpediatric.fr/wa_files/recommandations_chir_ambu.pdf

2. Tableau d'analyse des EPR du CNCE.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/cnce___tableau_caracterisation_epr_cible.pdf

3. Outil développé par Ishikawa : Malade, Moyens humains, Matériel, Méthode-pratiques professionnelles, Milieu

4. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1244606/infocentre-operationnel

5. CNCE. 2012. Chirurgie ambulatoire. Analyse de 90 EPR
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-09/cnce_analyses90_epr_causes_immediates_2012.pdf

Qualité et sécurité des soins en chirurgie ambulatoire

“ La Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) accompagnent la réflexion¹ en matière de qualité et sécurité des soins de la chirurgie ambulatoire selon deux temps : en premier, réalisation d'analyses de risque conduites au sein de 5 établissements de santé publics et privés ; ensuite, utilisation des données recueillies pour la réalisation d'outils opérationnels destinés aux professionnels concernés (passport ambulatoire, listes et *check-lists*, parcours du patient en ambulatoire et indicateurs associés, référentiel d'audit). ”

L'utilisation optimale, efficiente, des ressources est une exigence sociétale ; elle passe par l'amélioration de la pertinence des interventions de santé à la fois sur les actes, mais aussi au travers du type de séjours. Les gaspillages représentent 20 % de l'ensemble des dépenses aux États-Unis².

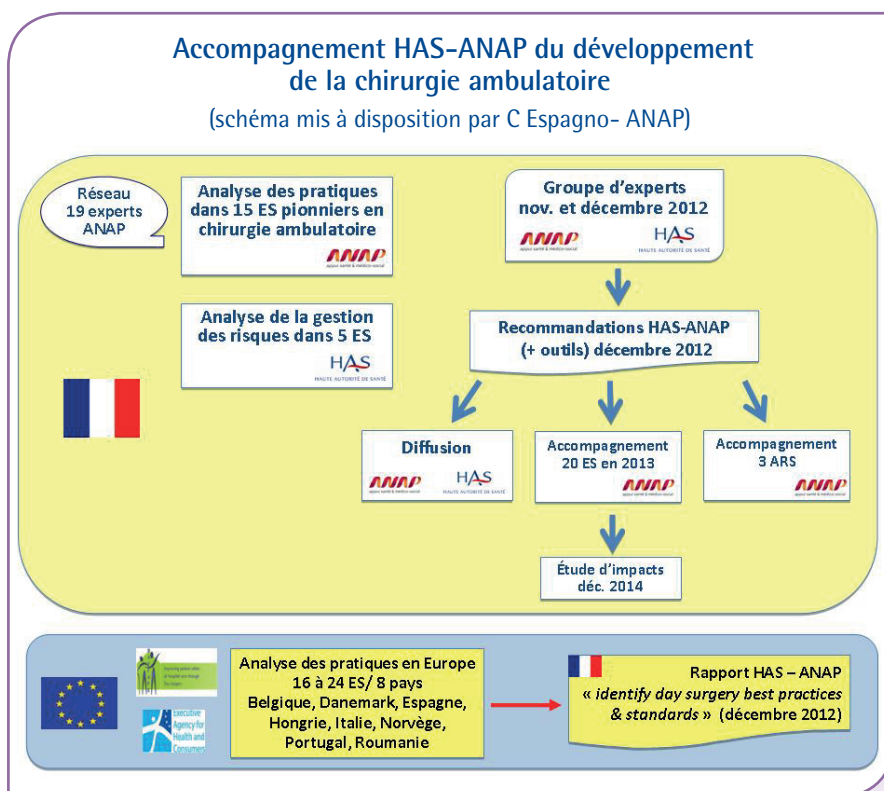
Le développement de la chirurgie ambulatoire répond à cette demande d'optimisation des ressources allouées qui doit garantir la qualité et la sécurité des soins.

En France, la culture de la chirurgie ambulatoire se développe petit à petit, souvent suite aux évolutions techniques comme le mini invasif ou l'endoscopie. Un peu plus de 37 % des interventions chirurgicales sont réalisées avec une hospitalisation de moins de 12 heures. La littérature ne retrouve pas de risques liés aux types d'hospitalisation sur les actes réalisés aujourd'hui classiquement en ambulatoire, sur des patients éligibles^{3,4,5,6}. L'objectif de 80 % d'actes techniques en ambulatoire nécessite un véritable changement de paradigme, loin des changements incrémentaux habituels.

La maîtrise des risques impose une réflexion sur les modes d'organisation, de sélection des patients, de maîtrise des nouvelles techniques d'anesthésie ou de chirurgie, de suivi

des patients, permettant d'étendre la chirurgie ambulatoire à de nouveaux actes réalisés aujourd'hui en hospitalisation traditionnelle.

par Patrice Papin et Patrice Roussel ■



1. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241930/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire

2. Berwick DM, Hackbarth AD. *Eliminating Waste in US Health Care*, JAMA. 2012;307(14):doi:10.1001/jama.2012.362

3. Fedorowicz Z, Lawrence D, Gutierrez P, van Zuuren E. *Day care versus in-patient surgery for age-related cataract (Review)2011*, The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

4. Gemayel G, Christenson J Can. *Bilateral Varicose Vein Surgery be Performed Safely in an Ambulatory Setting?* European Journal of Vascular and Endovascular Surgery 43 (2012) 95-99

5. Wu G, Pai S, Agrawal N, Richmon J, Dackiw A, Tufano R. *Profile of Patients with Completion Thyroidectomy and Assessment of Their Suitability for Outpatient Surgery Otolaryngology – Head and Neck Surgery* 2012, 145(5) 727– 731

6. Dubois L, Vogt K, Davies W, Schlachta C. *Impact of an Outpatient Appendectomy Protocol on Clinical Outcomes and Cost: A Case-Control Study* J Am Coll Surg 2010, 211(6) 731-737