

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ANAP

appui santé & médico-social

“ Ensemble pour le développement de la *chirurgie ambulatoire* ”

***Recommandations
organisationnelles***

Mai 2013

Le document source est téléchargeable sur
www.has-sante.fr et sur www.anap.fr

Haute Autorité de Santé

2, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

**Agence Nationale d'appui à la performance
des établissements de santé et médico-sociaux**

23 avenue d'Italie – 75013 Paris

Tél. : +33 (0)1 57 27 12 00 – Fax : +33 (0)1 57 27 12 12

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
1. PRINCIPES D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS ORGANISATIONNELLES	6
2. DÉFINITION ET OBJECTIF	
Définition de la chirurgie ambulatoire	7
Objectif, périmètre et cibles	7
3. PRINCIPES FONDAMENTAUX POUR DÉVELOPPER LA CHIRURGIE AMBULATOIRE	
Recommandation A : identifier les étapes clés du processus	8
Recommandation B : maîtriser le processus par la gestion des flux	8
Recommandation C : maîtriser les risques	8
Recommandation D : identifier les incitations	8
4. RECOMMANDATIONS STRATÉGIQUES	
Recommandation E : inscrire la chirurgie ambulatoire comme une priorité du projet d'établissement	9
Recommandation F : dissocier le soin de l'hébergement	9
Recommandation G : prendre en compte 3 types de risques par la gouvernance	9
5. RECOMMANDATIONS OPÉRATIONNELLES	
Recommandation H : organiser, optimiser et réguler les flux	10
Recommandation I : protocoliser la substitution	10
Recommandation J : gérer les risques associés à la prise en charge	10
Recommandation K : définir les fonctions managériales et les modalités de pilotage	10
Recommandation L : disposer de compétences et de ressources humaines dédiées	11
Recommandation M : disposer de ressources matérielles adaptées	11
6. PROSPECTIVES	
Recommandation N : améliorer les relations entre la ville et l'unité de chirurgie ambulatoire	12
Recommandation O : former les acteurs	12
Recommandation P : développer les organisations qui consolident l'indépendance des flux	12
7. DOCUMENTS D'ACCOMPAGNEMENT	13
8. FICHE DESCRIPTIVE	14

INTRODUCTION



La HAS et l'ANAP ont défini en 2011 un programme de travail pluriannuel sur la chirurgie ambulatoire se déclinant en 6 axes de travail.

Ce programme a pour objectif de fournir à l'ensemble des acteurs de terrain et institutionnels, diverses productions séquentielles et cohérentes, leur permettant de développer cette activité¹. L'élaboration de recommandations organisationnelles et d'outils opérationnels associés constitue l'axe n° 3 de ce programme.

1. Note d'orientation sur la chirurgie ambulatoire décembre 2011.

1. PRINCIPES D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS ORGANISATIONNELLES

L'élaboration des recommandations organisationnelles françaises sur la chirurgie ambulatoire a reposé sur l'adoption de 3 grands principes directeurs :

- **une approche ascendante issue du terrain** : un *benchmark* visant à identifier les facteurs clés de succès du développement de la chirurgie ambulatoire dans les 15 établissements français les plus performants et représentatifs (étude conduite par l'ANAP) et une analyse de risques dans 5 établissements de santé visant à identifier leurs défaillances potentielles et les barrières de sécurité à mettre en œuvre (étude conduite par la HAS) ;
- **la mobilisation de théories et de techniques organisationnelles issues du monde industriel** : approche Lean pour la gestion des flux et méthode d'analyse des modes de défaillance et de leurs effets pour la gestion des risques ;
- **l'accompagnement d'experts professionnels de terrain** tout au long de la démarche.

Les constats issus des travaux de l'ANAP et de la HAS ont été retravaillés et regroupés en 16 recommandations pour s'assurer de la lisibilité et de la cohérence du dispositif.

Ces recommandations sont exprimées sous forme :

- de principes fondamentaux qui reprennent les concepts de la chirurgie ambulatoire et qui sont considérés comme les bases indispensables et préalables à toute démarche ;
- d'éléments stratégiques de niveau global ;
- d'éléments à visée opérationnelle ;
- et d'une vision prospective du développement futur de la chirurgie ambulatoire.

2. DÉFINITION ET OBJECTIF

Définition de la chirurgie ambulatoire

Ainsi que le précisent les articles D. 6121-301-1, R. 6121-4 du code de la santé publique, la chirurgie ambulatoire est une alternative à l'hospitalisation complète dont l'objectif est de permettre le retour à domicile du patient le jour même de son intervention : « ... dispensent les prises en charge prévues à l'article R. 6121-4, d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement... ».

Il s'agit d'une activité qualifiée ayant un caractère substitutif dont « les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet ».

En outre, l'article D. 6124-301-1 du CSP précise qu'en termes d'organisation, la structure doit disposer de moyens dédiés à la chirurgie ambulatoire en locaux et matériel (c'est-à-dire ne pouvant être utilisés pour une hospitalisation complète de chirurgie). Le décret ne permet pas la mutualisation au sein des unités de chirurgie ambulatoire des activités de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire avec les activités relevant d'une structure d'hospitalisation à temps partiel (exemple : chimiothérapie).

Le décret maintient une obligation d'une équipe médicale et paramédicale dédiée pour la chirurgie ambulatoire. Il s'agit d'une exception (avec l'anesthésie ambulatoire) par rapport à la possibilité de mutualisation avec les équipes d'hospitalisation complète pour les autres activités de soins. La seule mutualisation possible en chirurgie ambulatoire concerne les personnels de bloc opératoire.

Objectif, périmètre et cibles

L'objectif de ces recommandations est de proposer des processus organisationnels opérationnels et les outils associés permettant aux acteurs de terrain de développer la chirurgie ambulatoire.

Ces recommandations s'adressent aux professionnels de terrain, gestionnaires d'établissement et institutionnels.

3. PRINCIPES FONDAMENTAUX POUR DÉVELOPPER LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

Recommandation A : identifier les étapes clés du processus

La chirurgie ambulatoire est un concept organisationnel qui nécessite une approche par les processus.

Un processus est défini par l'ensemble des étapes permettant d'atteindre un objectif. Pour l'activité de chirurgie ambulatoire, cette approche appliquée sur le terrain permet l'identification de 6 segments comprenant chacun des étapes clés² :

- segment 1 : éligibilité du patient ;
- segment 2 : organisation de la prise en charge du patient éligible ;
- segment 3 : actions à mener la veille ou l'avant-veille de l'intervention prévue (J-1 ou J-2) ;
- segment 4 : prise en charge du patient le jour de l'intervention (J0) ;
- segment 5 : suivi immédiat après la sortie (J+1) ;
- segment 6 : à distance de la sortie.

Des notions plus complexes telles que la gestion des flux et la maîtrise des risques associés doivent ainsi être abordées.

Recommandation B : maîtriser le processus par la gestion des flux

La chirurgie ambulatoire est une organisation nécessitant de gérer et de synchroniser des flux multiples (patients, professionnels de santé, brancardiers, logistiques...). Sa spécificité essentielle est un temps de prise en charge réduit au maximum à 12 heures de présence du patient dans la structure tout en améliorant la qualité de sa prise en charge.

Cette contrainte de temps oblige l'optimisation des flux à chaque étape du processus, en réduisant au maximum les temps sans « valeur ajoutée » (ou zone de gaspillage).

Les temps à « valeur ajoutée » sont à renforcer, par exemple, le temps passé en consultation à informer le patient acteur de sa prise en charge.

Les zones de gaspillage à repérer sont de nature variables : les défauts ou erreurs, la surproduction, les attentes, le transport, les mouvements, les actions inappropriées, la sous-utilisation des ressources, le doublage de tâche.

Recommandation C : maîtriser les risques

La sécurité de ce processus nécessite d'anticiper les risques et de gérer leur survenue que ce soit en récupération des événements ou en atténuation de leur effet.

Elle repose sur l'identification des risques (erreur d'identification d'un patient, absence d'un matériel, etc.) puis sur la mise en œuvre de mesures visant à les réduire qu'elles soient de nature humaine, technique ou organisationnelle. Les barrières de sécurité à installer sont de 3 types : préventives, de récupération et d'atténuation des effets. Leur mise en place doit s'inscrire dans le cadre du développement d'une culture collective de sécurité.

Recommandation D : identifier les incitations

La chirurgie ambulatoire est une innovation organisationnelle qui modifie les comportements. Comme toute innovation, son développement nécessite la mise en place d'incitatifs, en réponse aux contraintes existantes.

Les contraintes peuvent être de différentes natures : capacitaires, environnementales, économiques et financières, politiques, architecturales, démographie médicale, etc.

Tous les incitatifs doivent être identifiés permettant d'insuffler une dynamique collective d'établissement dont la mise en œuvre ne peut se faire en l'absence d'un volume minimal d'activité chirurgicale.

2. Ces segments constituent l'architecture des outils proposés pour la gestion des risques

4. RECOMMANDATIONS STRATÉGIQUES

Recommandation E : inscrire la chirurgie ambulatoire comme une priorité du projet d'établissement

La chirurgie ambulatoire est le mode de prise en charge des patients chirurgicaux à privilégier. Il doit être un objectif prioritaire du projet d'établissement. Son inscription dans ce projet constitue un moteur au développement de la chirurgie ambulatoire et un vecteur significatif de la croissance de l'activité chirurgicale.

Développer la chirurgie ambulatoire en tant que « norme » impose à la fois :

- une harmonisation des démarches entre professionnels de santé et direction ;
- une impulsion forte au niveau de l'établissement ;
- le renforcement de la culture de sécurité et des pratiques de management associées.

Recommandation F : dissocier le soin de l'hébergement

Il faut dissocier le soin de l'hébergement. Tout hébergement (nuitée) doit être prescrit : il doit toujours être justifié par le type d'acte, le contexte médical ou psycho-social du patient.

Le développement de la prise en charge ambulatoire n'est pas compatible avec le maintien en unité d'hospitalisation traditionnelle de patients dont le séjour est inférieur à 12 heures (ambulatoire forain).

Recommandation G : prendre en compte 3 types de risques par la gouvernance

Le niveau de maturité des établissements de santé est variable, tant en matière de chirurgie ambulatoire qu'en matière de gestion des risques associés aux soins (échelle de Manchester et données de la certification des établissements de santé).

Trois grandes catégories de risques peuvent impacter la qualité de la prise en charge des patients et la sécurité des soins :

- risques liés aux processus proprement dits de prise en charge du patient, relevant de facteurs techniques, humains et organisationnels avec des impératifs de formation individuelle ou collective des différents acteurs concernés ;
- risques liés au défaut d'adhésion individuelle ou collective au changement organisationnel en cours, la chirurgie ambulatoire devenant l'offre de première intention ;
- risques liés à des pressions institutionnelles fortes sur des acteurs fragiles en termes d'expérience, d'organisation ou de culture de sécurité.

La gouvernance de l'établissement doit prendre en compte ces constats dans le cadre de sa stratégie de développement de la chirurgie ambulatoire.

5. RECOMMANDATIONS OPÉRATIONNELLES

Recommandation H : organiser, optimiser et réguler les flux

La bonne organisation de la chirurgie ambulatoire passe par la maîtrise des flux. Pour cela, il faut :

- identifier et caractériser ces flux ;
- repérer et réduire les sources de gaspillages ;
- anticiper tout ce qui peut l'être avant l'arrivée du patient ;
- diffuser toute information pertinente en temps utile aux acteurs concernés ;
- informer le patient de toutes les étapes de son séjour pour qu'il participe à sa prise en charge péri-opératoire.

L'organisation des professionnels, les systèmes d'information et les fonctions logistiques doivent étroitement concourir à cette mise en œuvre et conduire à une dynamique d'amélioration continue.

Compte tenu de ces spécificités, la performance de l'organisation des activités de chirurgie ambulatoire est favorisée par l'autonomisation complète des flux, voire de la structure en centre autonome, satellite ou indépendant. Ces dernières structures nécessitent des flux importants d'activité.

Par ailleurs, la chirurgie non programmée est éligible à l'ambulatoire, sous réserve d'une organisation formalisée (identification d'un flux).

Recommandation I : protocoliser la substitution

Il faut protocoliser la substitution d'une intervention chirurgicale (couple acte/patient) effectuée en hospitalisation traditionnelle vers l'ambulatoire selon une méthodologie spécifique. Ces « innovations » pour une unité de chirurgie ambulatoire donnée, compte tenu de la maturité de son organisation, s'appuient sur un protocole élaboré de façon collégiale. Celui-ci implique une approche privilégiant esprit d'équipe, pédagogie et évaluation. Il tient compte des conséquences induites en termes organisationnels, médico-économiques, capacitaires et de formation.

Recommandation J : gérer les risques associés à la prise en charge

La gestion des risques en unité de chirurgie ambulatoire nécessite de :

- s'insérer dans le dispositif institutionnel en qualité et sécurité des soins (exigences de la certification, système d'information...) ;
- mettre en œuvre un système de management de la qualité/sécurité des soins de l'activité de chirurgie ambulatoire ;
- mettre en œuvre une démarche de gestion des risques a priori (préventive) (étude de risques et plan d'action associé, outils de prévention) ;
- mettre en œuvre une démarche de gestion des risques a posteriori (gestion des événements indésirables associés aux soins dont les événements porteurs de risque dans le cadre de l'accréditation des médecins, retours d'expériences associés).

Recommandation K : définir les fonctions managériales et les modalités de pilotage

La coordination médicale de l'unité de chirurgie ambulatoire est le garant des orientations stratégiques, de l'organisation et de la culture ambulatoire (développement d'activité, protocolisation des interventions réalisées, adhésion de l'ensemble du personnel aux orientations chirurgicales adoptées, etc.). Cette fonction est attribuée par la réglementation à un médecin, celui-ci doit faire l'objet d'une reconnaissance explicite par la communauté médicale et la direction de l'établissement.

La gestion de l'unité de chirurgie ambulatoire au quotidien doit reposer sur 3 fonctions : encadrement, organisation des soins et gestion des flux. Un cadre de santé formé à la gestion des flux peut assurer ces fonctions.

Le pilotage de l'unité de chirurgie ambulatoire s'appuie sur des indicateurs mis à disposition de l'ensemble de l'établissement. Il se décline en 2 types :

- des indicateurs d'activité et de qualité collectés et partagés régulièrement au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire ;

- des indicateurs issus des données médico-économiques de l'établissement et de son environnement (PMSI, contrôle de gestion) permettant notamment d'identifier le potentiel de développement de l'ambulatoire. Les indicateurs sont partagés par la direction, les médecins et la gouvernance de l'unité de chirurgie ambulatoire.

Recommandation L : disposer de compétences et de ressources humaines dédiées

L'organisation de l'unité de chirurgie ambulatoire, dans laquelle s'impliquent les professionnels (administratifs, paramédicaux et médicaux), se structure autour du patient. L'équipe paramédicale doit être dédiée exclusivement à l'unité de chirurgie ambulatoire.

L'équipe médicale et paramédicale rompue au travail en équipe doit être formée à la spécificité de la prise en charge ambulatoire. Elle est entraînée et impliquée dans le déroulement du circuit, avec une bonne connaissance du rôle de chacun.

Les coopérations professionnelles (et s'il y a lieu dans le cadre de l'article L. 4011-1 et suivant du code de la santé publique), favorisant la fluidité de la prise en charge (flux continu) et réduisant la présence des patients au strict temps nécessaire aux soins, doivent être parfaitement formalisées au travers de procédures, notamment lors de l'évaluation du patient à son entrée et à sa sortie.

La chirurgie ambulatoire est un concept organisationnel fondé sur la gestion des flux. Son optimisation impose de nouvelles compétences dans ce domaine (exemple : brancardier régulateur, infirmière programmatrice) pouvant aller jusqu'à de nouveaux métiers (exemple : directeur de la régulation de l'activité médicale).

Recommandation M : disposer de ressources matérielles adaptées

Une bonne gestion des flux impose une organisation adaptée des espaces et des matériels, par exemple : chambre/box/espace partagé et lit/brancard/fauteuil

avec un niveau de confort hôtelier adapté en fonction de la situation clinique du patient ; vestiaires fixes/mobiles et vestiaires communs/individuels, etc.

La modularité, l'adaptabilité et la plasticité des structures constituent la garantie d'une organisation évolutive.

Il faut disposer d'un système d'information permettant, tout au long du processus, une vision unique partagée. Un accès en temps réel pour l'ensemble des acteurs aux informations est nécessaire pour minimiser les ruptures et les attentes.

L'attention portée au flux doit dépasser le cadre du séjour et s'attacher à optimiser l'accès à l'unité de chirurgie ambulatoire, la signalétique et le stationnement.

6. PROSPECTIVES

Recommandation N : améliorer les relations entre la ville et l'unité de chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire s'inscrit dans une continuité entre la ville et l'unité de chirurgie ambulatoire avant et après l'acte opératoire. Elle doit permettre la complémentarité entre les professionnels (médecins traitants, infirmiers, kinésithérapeutes, etc.).

La continuité des soins doit être organisée par les opérateurs/anesthésistes et coordonnée par l'unité de chirurgie ambulatoire afin d'assurer la prise en charge personnalisée du patient.

Elle nécessite :

- une sensibilisation des différents intervenants ;
- un partage de l'information (recueil en amont et diffusion en aval du séjour) entre l'unité de chirurgie ambulatoire et les différents professionnels (médecins traitants, infirmiers, kinésithérapeutes, etc.) ;
- une organisation formalisée des prises en charge impliquant différents intervenants ;
- un accès direct aux professionnels concernés.

Les complémentarités formalisées sont à inscrire dans le projet d'établissement.

Recommandation O : former les acteurs

Le développement de la chirurgie ambulatoire est un changement de culture dans le monde de la santé.

L'organisation de la chirurgie ambulatoire doit s'apprendre. Son enseignement introduit notamment des principes de logistique et d'organisation d'une part, d'évaluation et d'information du patient d'autre part. Les dimensions comportementales individuelles et de travail en équipe sont également à prendre en compte.

L'enseignement doit être initial et continu et concerner l'ensemble des acteurs des différentes filières (professionnels de santé, techniques et administratifs).

Recommandation P : développer les organisations qui consolident l'indépendance des flux

Dans la perspective d'un développement important de la chirurgie ambulatoire, la productivité et la qualité de l'organisation ambulatoire sont directement liées au degré d'indépendance de ses flux, ce qui les isole des flux potentiellement désorganisateurs des autres modes de prise en charge. Les impacts sur l'organisation sanitaire sont à apprécier.

7. DOCUMENTS D'ACCOMPAGNEMENT

Pour comprendre, évaluer et mettre en œuvre les recommandations organisationnelles : 2 documents fondateurs

- ▶ 15 fiches techniques explicatives, évaluatives, de mise en œuvre.
- ▶ Sécurité des patients en chirurgie ambulatoire : guide méthodologique.

Liste des outils et guides

- ▶ Outil de diagnostic interne chirurgie ambulatoire : Interdiag Chir Ambu.
- ▶ Guide de diagnostic externe chirurgie ambulatoire.
- ▶ Guide de gestion de projet chirurgie ambulatoire.
- ▶ Outils de gestion des risques de 1^{re} intention : référentiel d'évaluation interne, passeport(s) ambulatoire(s).
- ▶ Outils de gestion des risques de 2^e intention : listes et *check-lists* et chemin clinique.
- ▶ Outils de gestion des risques de 3^e intention : Analyse des Modes de Défaillance, de leur Effets et de leur Criticité (AMDEC).

Pour approfondir la réflexion

- ▶ Méthodologie et résultats du *benchmark* des 15 établissements de santé les plus performants et représentatifs en chirurgie ambulatoire.
- ▶ Actes de la table ronde nationale du *benchmark*.
- ▶ 15 monographies du *benchmark*.
- ▶ Socle de connaissances ANAP HAS en chirurgie ambulatoire (publication avril 2012).
- ▶ Guide HAS à la mise en œuvre de la gestion des risques associés aux soins en établissements de santé (publication mars 2012).
- ▶ WP n° 5 ANAP HAS du projet européen *Day safe* (publication janvier 2013).

8. FICHE DESCRIPTIVE

Intitulé	TITRE
Méthode de travail	Recommandations organisationnelles
Date de mise en ligne	Avril 2013
Date d'édition	Disponible sous format électronique sur www.has-sante.fr et www.anap.fr
Objectif(s)	
Professionnel(s) concerné(s)	Chirurgiens, médecins anesthésistes, médecins, cadres de santé, infirmières, Directeurs d'établissements Gouvernance hospitalière, institutionnels
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service évaluation des actes professionnels (SEAP) Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)
Comité de Pilotage	Pr Jean-Michel DUBERNARD, membre du Collège de la HAS, M. Jean-Paul GUERIN, membre du Collège HAS et du CSO ANAP, M. Etienne MINVIELLE, membre du CSO ANAP M. Dominique MAIGNE, directeur de la HAS, Dr Jean-Patrick SALES, directeur DEMESP, M. Christian ANASTASY, directeur général de l'ANAP, Dr Gilles BONTEMPS, directeur associé de l'ANAP
Coordination	HAS : Dr Jean-Patrick SALES, directeur DEMESP, Dr Michèle MORIN-SURROCA, chef de service SEAP ANAP : Dr Gilles BONTEMPS, directeur associé
Participants Expertise externe	Groupe d'appui : Brigitte BISSAUGE, Pr Laurent BRESLER, Pr Antoine BREZIN , Dr Carole CORDONNIER, Me Corinne DAVER, Dr Patrick DESVAUX, Marie-Odile GUILLON, Agnès MACE, Dr Sandra MALAUAUD, Dr Laure MEFAT, Pr François MOUTET, Marie-Christine POUCHELLE Groupe de travail sur le volet sécurité du patient : Dr Yves AUROY, Dr Jean-Luc BARON, Dr Henri BONFAIT, Eric BERTHONNAUD, Marie-Renée DAURES-FORTIER, Dr Jean-Pierre DE ROSA, Dr Georges EGLIN, Dr Jean-François GRAVIE, Dr Laurent JOUFFROY, Rita KEHRER, Helena KISLER, Dr Catherine LE ROUZIC-DARTOY, Eric MIZZI, Dr Marie-Christine MOLL, Yvonnick MORICE, Dr Jean-Luc QUENON, Isabelle VALLEE, Christine VINCENDET, Pr Corinne VONS Groupe des 18 experts du <i>benchmark</i> : Dr Guy BAZIN, Dr Gilles CUVELIER, Dr Laurent DELAUNAY, Dr Alain DELBOS, Dr Pierre-Yves DEMOULIN, Pr Claude ECOFFEY, Dr Claire GATECEL, Dr Thierry GAZEAU, Dr Marc-Edouard GENTIL, Dr Anne GUIDAT-TUILARD, Pr Jean-Marc MALINOVSKI, Dr Guy RAIMBEAU, Pr Marc RAUCOULES-AIME, Dr Jean-François SCHUHL, Pr Didier SCIARD, Pr Jean-Pierre TRIBOULET, Dr François VENUTOLO, Pr Corinne VONS

Intitulé	TITRE
Participants Expertise externe	Experts du Lean : Matthieu LOUIS, Thomas PIGNIER, Stéphanie AFTI-MOS, Agathe AXEL
Recherche documentaire	Réalisée par Emmanuelle BLONDET, documentaliste, avec l'aide de Yasmine LOMBRY, assistante documentaliste, sous la responsabilité de Frédérique PAGES, chef du service documentation information des publics, et Christine DEVAUD, adjointe au chef de service
Auteurs de l'argumentaire	HAS : Dr Jean-Patrick SALES, directeur DEMESP, Dr Michèle MORIN-SURROCA, chef de service SEAP, Dr Cécile MIGNOT, chef de projet SEAP et Dr Patrice ROUSSEL, chef de projet SEVAM, Secrétariat : Suzie DALOUR, assistante SEAP ANAP : Dr Gilles BONTEMPS, directeur associé, Dr Christian ESPAGNO, Jamel MAHCER, Anne BELLANGER, Dr Guy BAZIN expert, Dr Jean-François SCHUHL expert, Secrétariat : Magalie GLOMBARD
Validation	Examen par le Comité de Pilotage ANAP/HAS : 7 mars 2013 Examen par le Conseil d'Administration de l'ANAP : 25 mars 2013 Collège de la HAS : 27 mars 2013
Autres formats	Format électronique disponible sur www.has-sante.fr et www.anap.fr
Documents d'accompagnement	Note de cadrage, méthodologie et résultats <i>benchmark</i> , fiches techniques explicatives, évaluatives et mise en œuvre, guide méthodologique sécurité du patient, 15 monographies du <i>benchmark</i> , outils et guides, rapports <i>Day safe</i> , décision HAS (mars 2013) disponibles sur www.has-sante.fr et www.anap.fr



“ Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire ”

Mai 2013